



Odborný časopis Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP

practicus

tip tohoto čísla

č. 7/2011

ročník 10

nejoblíbenější
časopis
praktických
lékařů
(CEGEDIM 2011)

Vkladem tohoto čísla
jsou doporučené
postupy

**Srdeční
selhání
a
Onkologická
prevence**

**příloha
informace
pro pacienty**

Vydává
Společnost
všeobecného
lékařství ČLS JEP

www.practicus.eu

Chřipka v sezóně 2011/12

str. 7 - 14



Z OBSAHU

INFO SVL

Změny v celoživotním vzdělávání lékařů od 1. 1. 2013
Vykazování a úhrada očkování proti chřipce v sezóně 2011 - 2012
Praktické aspekty očkování proti chřipce
Chřipka – trocha teorie i praxe

Chirurgická léčba refluxní choroby jícnu a hiátové hernie

Transnazální gastrokopie

Sekundární hypertenze

Pigmentové změny na kůži

Hodnocení 24-hodinového měření krevního tlaku

Zdravotní průkaz pro cizince

Změna vyhlášky č. 473/2008 Sb.

Průzkum čtenosti odborných periodik 6/2011

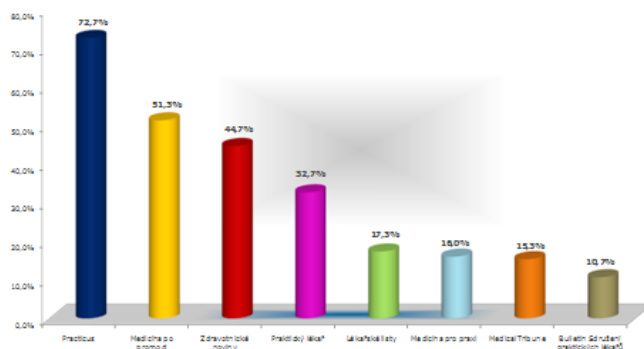


cegedim
Strategic Data



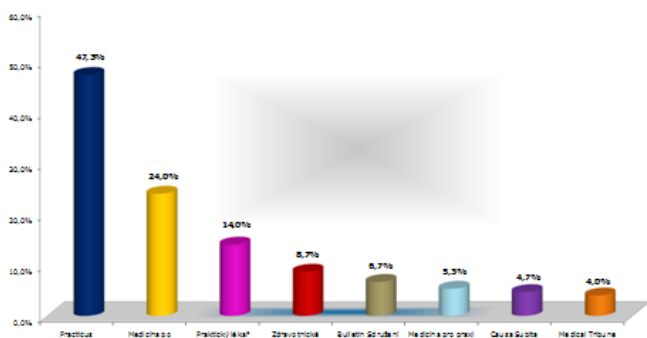
Ot. 1: Které odborné časopisy pro praktické lékaře se Vám v tuto chvíli vybaví? (nejčastěji jmenované)

(% báze - celý vzorek)
N=162



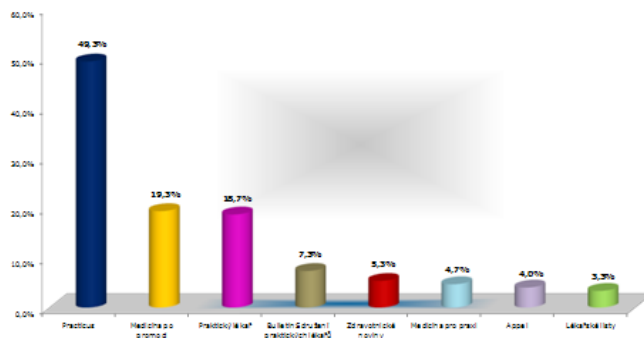
Ot. 2: Který z těchto odborných časopisů máte nejraději? (nejčastěji jmenované)

(% báze - celý vzorek)
N=162



Ot. 3: Který z těchto odborných časopisů poskytuje podle Vašeho názoru nejpřínosnější informace pro Vaši praxi? (nejčastěji jmenované)

(% báze - celý vzorek)
N=162

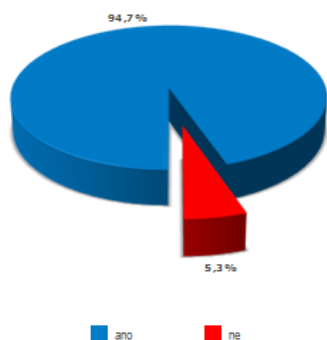


Čtenost časopisu Practicus



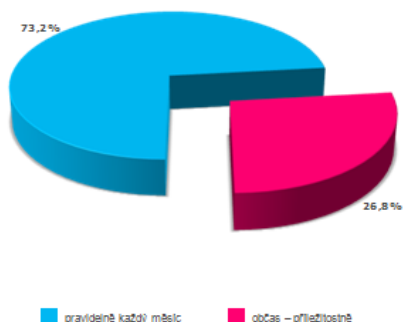
Ot. 4: Dostáváte časopis Practicus?

(% báze - celý vzorek)
N=162



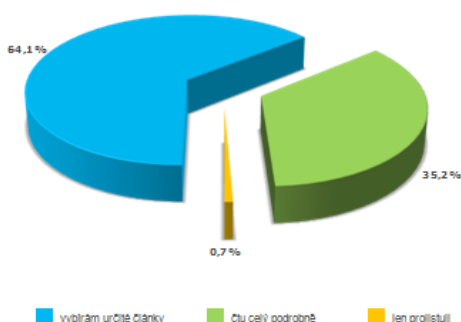
Ot. 5: Čtete Practicus pravidelně každý měsíc nebo jen občas - příležitostně?

(% báze - lékaři, kteří dostávají časopis Practicus)
N=162



Ot. 6: Jak obvykle Practicus čtete? Myslím tím, zda jej čtete prakticky celý nebo si vybíráte určité články nebo jej většinou jen zběžně prolistujete.

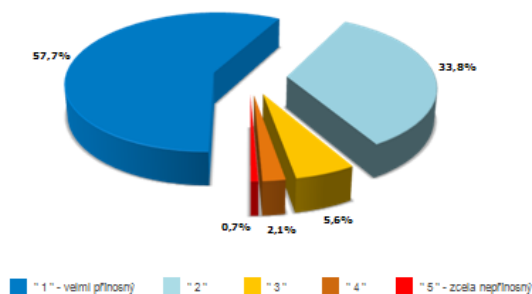
(% báze - lékaři, kteří dostávají časopis Practicus)
N=162



Ot. 7: Ohodnotte, jak je tento časopis pro Vás a Vaši praxi přínosný - použijte škálu stupnic 1 - 5, kde 1 = velmi přínosný, až 5 = zcela nepřínosný.

(% báze - lékaři, kteří dostávají časopis Practicus)
N=162

PRŮMĚRNÁ ZNÁMKA - 1,5



OBSAH

INFO SVL

Změny v celoživotním vzdělávání lékařů od 1. 1. 2013	6
Chřipka 2011 /2012	7
Vykazování a úhrada očkování proti chřipce v sezóně 2011 - 2012	9
Praktické aspekty očkování proti chřipce	10
Chřipka – trocha teorie i praxe	11

ODBORNÉ ČLÁNKY

Chirurgická léčba refluxní choroby jícnu a hiátové hernie MUDr. Jiří Jungwirth	15
Transnazální gastroscopie MUDr. Anna Jungwirthová	18
Sekundární hypertenze MUDr. Ivan Řiháček, Ph.D.	24
Pigmentové změny na kůži MUDr. Petra Šefrnová, As. MUDr. Monika Arenbergerová, PhD.	25

RUBRIKY

...Dotazy a odpovědi Hodnocení 24-hodinového měření krevního tlaku Zdravotní průkaz pro cizince	28
...Ze světa mladých praktiků Co je EURACT Mladí praktici a EURACT	32
...Legislativa Změna vyhlášky č. 473/2008 Sb. o systému epidemiologické bdělosti pro vybrané infekce	36

practicus

odborný časopis SVL ČLS JEP
7/2011, 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 redaktoři: 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. Svatoopluk Býma, CSc., MUDr. Rudolf Červený, Ph.D., MUDr. Eva Grzegorzová, MUDr. Jiří Havránek, MUDr. Otto Herber, MUDr. Ambrož Homola, Ph.D., MUDr. Toman Horáček, MUDr. Jiří Horký, MUDr. Karel Janík, MUDr. Igor Karen, MUDr. Stanislav Konštacký, CSc., MUDr. Josef Kořenek, CSc., MUDr. Zuzana Miškovská, Ph.D., 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.** ••• Přihlášky přijímá redakce. ••• Toto číslo bylo dáno do tisku **10.9.2011.** 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 neprochází jazykovými korekturami. ••• Přetisk a jakékoliv šíření je povoleno pouze se souhlasem vydavatele. ••• © **SVL ČLS JEP, 2011**



K tomuto číslu

Vážení, kolegyně a kolegové,

vítám Vás po prázdninách a dovolených opět u našeho časopisu. Agentura Cegedim průzkumem mezi praktickými lékaři v průběhu června 2011 zjistila velmi zajímavé výsledky s **pozitivním hodnocením našeho časopisu, který je mezi praktickými lékaři hodnocen jako nejčtenější a nejoblíbenější**. Výsledky hodnocení si můžete přečíst na druhé straně obálky tohoto čísla. Máme z toho velkou radost a současně je to pro nás závazek, abychom si do budoucna toto pozitivní hodnocení udrželi. K tomu nám významně mohou pomoci Vaše komentáře, návrhy, příspěvky a další spolupráce.

Během prázdnin a dovolených (11. 7. 2011) a bohužel bez konzultace s odbornými společnostmi, byla vyhlášena novelizace Stávovského předpisu ČLK č. 16 (SP 16), kterým je definováno celoživotní vzdělávání lékařů. Touto novelizací se zásadně zvyšují nároky na lékaře a mění podmínky akreditací vzdělávacích akcí. Blíže se o této změně dočtete v rubrice SVL informuje. Bohužel tento předpis s okamžitou platností reguluje počet kreditů, které za správné vyřešení znalostního testu může přidělit časopis a to ze stávajících 9 na 2 kredity ČLK. Navíc za jednorozhodní akreditaci má časopis zaplatit na konto ČLK významnou finanční částku a není dořešeno, jakým způsobem budou kredity řešitelům započítávány - tj. kdo bude vést databázi a podobně. Z tohoto důvodu jsme se rozhodli **do vyřešení této záležitosti vydávání znalostního testu přerušit**. Velmi se za to všem pravidelným řešitelům omlouváme.

Vzhledem k tomu, že od září opět **začíná sezóna očkování proti chřipce**, zařadili jsme rubriky SVL informuje hned několik článků s aktuálními informacemi k tomuto tématu, včetně praktických informací k účtování ze zdravotního pojištění.

V edukační části najdete 2 články z oblasti gastroenterologie z pera manželů Jungwirthových ze Sanatoria sv. Anny v Praze. V prvním z nich se dočtete **o možnostech chirurgické léčby refluxní choroby jícnu**, jejíž uvažovaná a včasná indikace může pacienta natrvalo zbavit subjektivních obtíží a předejít komplikacím. Druhý článek se zabývá možnostmi a výhodami **transnázální gastroscopie**, která jednoznačně znamená menší zátěž pro vyšetřovaného pacienta.

Dále jsme zařadili článek se stále aktuální **problematikou sekundární hypertenze**, kterou můžeme očekávat u každého 10. pacienta s hypertenzí, což není zanedbatelný výskyt. Včasná a správná diagnostika etiologie hypertenze a její specifická léčba může výrazně zlepšit prognózu pacienta a předejít nevratným komplikacím, včetně terminálního srdečního selhání, které je předmětem **novelizace doporučeného postupu Chronické srdeční selhání**. Tato novelizace je přílohou tohoto čísla a přináší novinky v diagnostice, prevenci a léčbě srdečního selhání z posledních let. Prognóza srdečního selhání však vzdor léčebným pokrokům zůstává velmi vážná. Významně ji však lze ovlivnit včasnou léčbou stavů vedoucích do srdečního selhání a včasnou diagnostikou a léčbou vlastního srdečního selhání. Tento doporučený postup vychází z podrobnějších postupů České kardiologické společnosti a Evropské kardiologické společnosti, které jsou pro zájemce dostupné na internetových stránkách obou společností.

Další přílohou tohoto čísla je novelizace doporučeného postupu k onkologické prevenci, kterou vhodně doplňuje článek autorky z Dermatovenerologické kliniky 3. LF UK Praha o **typech pigmentových nívů a možnostech jejich vyšetření**. Ačkoliv onkologický screening včetně vyšetření kůže aspekci je pravidelnou součástí preventivních prohlídek a edukace pacientů o ochraně před účinky UV záření probíhá zejména v časných jarních měsících, chodí nejvíce pacientů s různými pigmentovými skvrnami ke konzultaci právě na konci léta.

V rubrice dotazy a odpovědi tentokrát řešíme otázku **správného hodnocení výsledků 24-hodinového monitoringu krevního tlaku**. Kromě odpovědí našich předních hypertenziologů redakce pro zájemce zpracovala i kompilát aktuálních doporučení z literatury. V rubrice mladých praktiků se tentokrát dočtete o činnosti evropské akademie učitelů primární péče EURACT a o zapojení našich lékařů v této organizaci. Z legislativy uvádíme čerstvě platnou vyhlášku č. 233/2011, která v 82 bodech **novelizuje vyhlášku č. 473/2008 Sb, o systému epidemiologické bdělosti u vybraných infekcí**. Vyhláška č. 233 ale popisuje pouze změny. Vlastní aktualizovaná vyhláška s 30 přílohami bohužel svým rozsahem přesahuje možnosti tohoto časopisu. Tuto vyhlášku by měla mít k dispozici každá ordinace, proto její aktualizace v plném znění bude vyvěšena na internetových stránkách www.svl.cz.

za redakci

Jaroslava Laňková
šéfredaktorka



Změny v celoživotním vzdělávání lékařů od 1. 1. 2013

Doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc.
Předseda SVL ČLS JEP

Celoživotní vzdělávání lékařů po složení atestace v příslušné specializaci je nezbytnou podmínkou udržování a zvyšování jejich kvalifikace a kvality poskytované léčebné a preventivní péče. Z důvodů vzájemného uznávání celoživotního vzdělávání lékařů v rámci EU, rozhodla ČLK s platností od 1. 1. 2013 o trojnásobném navýšení nutných kreditů pro získání diplomu celoživotního vzdělávání a to z požadovaných 10 kreditů za jeden rok, a 50 kreditů za 5 let na 30 kreditů za jeden rok, resp. na 150 kreditů za 5 let.

Při platnosti současného hodnocení vzdělávacích akcí SVL ČLS JEP (viz tab. č. 1) každá forma edukační činnosti může sama o sobě zabezpečit současný i nově požadovaný počet kreditů ČLK. Uvedený závěr je ale komplikován dalšími schválenými změnami Stavovského předpisu (SP) 16, a to přílohy 1, která získávání kreditů redukuje následujícím způsobem (viz tab. č. 2).

Tabulka č. 1: Požadovaný počet kreditů do 31. 12. 2012

Název akce	Počet kreditů za akci	Možný počet kreditů za rok	Možný počet kreditů za 5 let
regionální semináře	4	40	200
Jarní interaktivní konference SVL	18	18	90
Výroční konference SVL	20	20	100
autodidaktické testy v časopisu	9	90	450
E – learning	8	až 480	480

Tabulka č. 2: Požadovaný počet kreditů od 1. 1. 2013 (30 kreditů ročně, 150 kreditů za 5 let)

Název akce	Počet kreditů za akci	Možný počet kreditů za rok	Možný počet kreditů za 5 let
regionální semináře	4	40	200
Jarní interaktivní konference SVL	16	16	80
Výroční konference SVL	16	16	80
autodidaktické testy v časopisu	2	20	100
E – learning	2-4	až 120-240	120-240

Závěr

Poslední formalizovaná úprava ČLK z 11. 7. 2011 zásadním způsobem zvyšuje nároky na lékaře. Proto **pokládáme za nejvyšší účelné, aby si všichni VPL do konce roku 2012 doplnili svoje celoživotní vzdělávání o potřebné kredity a požádali o vydání „Diplomu celoživotního vzdělávání“ při splnění dosavadních podmínek, tedy získání 50 kreditů za posledních 5 let.** Od 1. 1. 2013 nový vzdělávací systém bude mnohem náročnější jak pro samotné lékaře, tak i pro SVL ČLS JEP.

Vzdělávací semináře SVL ČLS JEP v říjnu 2011

Hlavní téma: Onemocnění prostaty a uroinfekce v ordinaci praktického lékaře.

Pondělí	3. 10. 2011	Zlín	Sobota	15. 10. 2011	Plzeň
Čtvrtek	6. 10. 2011	Liberec	Sobota	15. 10. 2011	Karlovy Vary
Čtvrtek	6. 10. 2011	Ústí nad Labem	Sobota	15. 10. 2011	Olomouc
Čtvrtek	6. 10. 2011	Liberec	Čtvrtek	20. 10. 2011	Praha
Sobota	8. 10. 2011	Praha	Čtvrtek	20. 10. 2011	Ostrava
Sobota	8. 10. 2011	Brno	Čtvrtek	20. 10. 2011	Hradec Králové
Středa	12. 10. 2011	Litomyšl, Hotel Zlatá Hvězda	Středa	26. 10. 2011	Praha
Středa	12. 10. 2011	Jihlava	Středa	26. 10. 2011	České Budějovice



Chřipka 2011 /2012

Novinky pro VPL z jednání Komise pro chřipku MZ

MUDr. Igor Karen

Praktický lékař pro dospělé, Benátky nad Jizerou

Místopředseda pro profesní záležitosti SVL ČLS JEP

V červnu 2011 se sešla na MZ ČR k dalšímu pracovnímu jednání Komise pro chřipku. Na tomto jednání zaznělo několik důležitých informací, které vám všem rád poskytnu.

Na MZ ČR se pracovního jednání zúčastnili odbor epidemiologie: MUDr. Šedivá a MUDr. Kvášová, tiskový odbor: Mgr. Sršeň, odbor zdravotního pojištění: Ing. Jenšovská, odbor farmacie: MUDr. Rahmaniová, SZÚ: MUDr. Kynčl, VZP: MUDr. Švecová, SZP: MUDr. Frnka, ČPS: MUDr. Cabrnchová, SPL: MUDr. Uhrová omluvena, zastoupil MUDr. Karen, SVL: MUDr. Karen

1. Ze strany zástupců SZP (Svaz zdravotních pojišťoven) zazněla informace, že byla vypovězena firmou GSK tzv. nejnižší dohodnutá cena na trhu (dále DNC) za očkovací látku Fluorix, jejíž platnost končí 30. 9. 2011 a tudíž z toho plyne pro nás, jako VPL rozdílnost cen jak při nákupu, tak i v proplácení ze strany ZPP i pacientů.
(Další podrobnosti viz následující informační dopis VZP).
2. DNC - čili dohodnutá nejnižší cena na trhu bude stanovena v průběhu prázdnin 2011 (**pro aktuálnost ji již uvádím zde - od 1. 10. 2011 byla stanovena platná cena 168,50 Kč za vakcínu Influvac**).
3. Na jednání zazněla informace, že dle dat ÚZIS ale i velkodistributorů a lékáren došlo k dalšímu poklesu proočkovanosti populace v ČR a to pouze na úroveň 4,7 %.
4. MZ ČR chystá mediální kampaň k větší proočkovanosti celé populace v ČR, ale konkrétní formy kampaně zatím nemá ujasněné.
5. Zazněla dosti důležitá informace, že VPL spolu s pediatri jsou v současné době jediné dvě možné a akce schopné skupiny, na kterých závisí konečný stav proočkovanosti celé populace, jinými slovy, záleží na každém praktickém lékaři a jeho přístupu k očkování. Na dotaz, zdali ZPP připravují nějaké bonifikace pro aktivní očkující lékaře, MUDr. Švecová za VZP sdělila, že VZP chystá motivační program pro VPL (připo-

jený dokument viz níže), další ZPP se zatím podrobněji nevyjádřily, kromě zástupců ZP ŠKODA.

6. ZP ŠKODA připravuje pilotní projekt v regionu její působnosti od 1. 9. 2011 ve spolupráci s VPL ohledně větší proočkovanosti produktivní populace, na kterou se nevztahuje vyhláška MZ ČR, kdy by všichni pojištěnci ZPŠ v produktivním věku od 18 roku věku života měli bezplatné (i bez doplatku) očkování proti chřipce. Tento pilotní projekt garantuje SVL ČLS JEP, Vakcinologická společnost ČLS JEP a MZ ČR.
7. Zazněla jedna důležitá informace pro všechny zúčastněné strany na tomto jednání. Kdyby byla proočkována populace „jenom“ všech pacientů na 65 let, (kterých je cca 1,5 miliónu), dostaneme se v proočkovanosti ihned na 15 %.
8. Bohužel také zaznělo, že někteří VPL, (zdůrazňuji někteří), nejsou příliš nakloněni očkování proti chřipce a svým negativním postojem mnohdy brání dostupnosti tohoto očkování většímu množství pacientů (cca 1 500 – 2 000 pacientů) a do budoucna se tento problém bude muset řešit stran bonifikací, ale i restriktivních opatření ze strany ZP a MZ ČR.
9. Zazněla informace, že bude i nadále platit symbol „A“, (vakcína je dnes považována za ZÚLP), a že jediná možná cesta, jak očkovat bezplatně pacienty (dle platné vyhlášky MZ ČR), je možnost nákupu do ordinací od distributora a po aplikaci vakcíny ji i s aplikačním kódem vykázat ZP. Jestliže ji napíšeme na recept a pacient si ji vyzvedne a rovnou zaplatí v lékárně, pak nelze tuto aplikaci požadovat k proplacení od příslušné ZP, ale aplikační poplatek musí uhradit pacient, a to i v případě, že by se na něj vztahovala vyhláška MZ ČR.
10. MZ ČR chystá v rámci podpory proočkovanosti hrazení očkování proti chřipce i pro obecnou populaci, ale to je zatím věcí jednání mezi ZPP a MZ ČR.
11. Informační materiál od VZP, který bude distribuován do ordinací primární péče, otiskujeme níže.

Preventivní programy VZP týkající se očkování pro dospělé

VZP nabízí svým klientům v roce 2011 několik programů hrazených z fondu prevence, v rámci kterých může získat pojištěnec VZP příspěvek na očkování, které není hrazeno z veřejného zdravotního pojištění.

Z fondu prevence VZP se hradí příspěvky na očkování v rámci programu **Zdravý život** (pro členy Klubu pevného zdraví od 15 let). Příspěvky na očkování lze čerpat na jakékoli očkování nehraněné z veřejného zdravotního pojištění kromě těch, která jsou zařazena do voucherového systému. Pro účast v programu Zdravý život je podmínkou, aby pojištěnci byli zároveň členy Klubu pevného zdraví VZP a nasbírali na své kartě Zdravý život potřebný počet bodů – za absolvování preventivních prohlídek, onkolo-

gického screeningu, očkování plně hrazeného klientem, dárčovství krve, pravidelnou pohybovou aktivitu nebo rehabilitaci atd. V případě voucherových programů se jedná o program **"Třetí dávka zdarma"**, týkající se očkování žen a dívek od 10 do 25 let proti HPV infekci. Klientka uhradí za dvě dávky očkovací látky maximálně 5 400 Kč (2 x 2 700 Kč) v případě vakcíny Cervarix nebo maximálně 6 400 Kč (2 x 3 200 Kč) v případě vakcíny Silgard. Za třetí dávku uhradí 1 000 korun, které jí však budou proplaceny na základě vyplněného potvrzení o zaplacení celého očkovacího schématu a jeho předání na pobočkách VZP.

V rámci programu **Zdravá firma** s VZP (v závislosti na dohodě s konkrétním zaměstnavatelem) je možno získat mj. příspěvek na očkování proti klíšťové encefalitidě, meningitidě, chřipce nebo proti hepatitidě typu A.

Více informací na www.vzp.cz/vyhody.

Vykazování a úhrada očkování proti chřipce v sezóně 2011 - 2012 u pojištěnců VZP ČR praktickými lékaři pro dospělé

Proti minulému období nedošlo k legislativním změnám a úhrada nepovinného očkování proti sezónní chřipce se tedy týká stejných skupin pojištěnců jako v předchozí sezóně.

Podle zákona č. 48/1997 Sb., v platném znění, hrazená péče zahrnuje poskytnutí očkovacích látek proti chřipce

- u pojištěnců nad 65 let věku,
- u pojištěnců po splenektomii nebo po transplantaci krvetvorných buněk,
- u pojištěnců, kteří trpí závažným chronickým farmakologicky řešeným onemocněním srdce a cév nebo dýchacích cest nebo ledvin či diabetem,
- u pojištěnců umístěných v léčebnách dlouhodobě nemocných nebo v domovech pro seniory či v domovech pro osoby se zdravotním postižením nebo v domovech se zvláštním režimem.

Hrazena je v těchto případech i aplikace očkovací látky.

Výkon očkování bude praktickými lékaři pro dospělé vykazován **kódem: 02129 – Očkování včetně očkovací látky**, která je hrazena z veřejného zdravotního pojištění – sezónní chřipka – povinné očkování.

Aplikace očkovací látky bude hrazena praktickým lékařem pro dospělé výkonově nad rámec kapítace s hodnotou bodu 1,08Kč.

Očkovací látku je možné vykázat pouze jako ZULP na příslušném dokladu VZP-03/2006, a to do výše ekonomicky nejméně nákladné vakcíny.

Úhrady všech očkovacích látek jsou stanoveny dle ekonomicky nejméně nákladné varianty takto:

- **ve výši 133,00 Kč za 1 dávku do 30. 9. 2011** - tímto datem končí platnost DNC LP Fluarix, tzn. že do tohoto data je výrobce této vakcíny povinen ji dodávat za tuto cenu a tato DNC je současně do tohoto data i maximální úhradou od pojišťovny.
- **ve výši 168,50 Kč za 1 dávku od 1. 10. 2011** - na základě DNC LP Influvac. Tzn. že od tohoto data je maximální úhradou od pojišťovny tato částka.

Vzhledem k této skutečnosti ve snaze maximálně šetřit prostředky veřejného zdravotního pojištění se VZP ČR obrací na všechny PL, aby v maximální možné míře využili k nákupu chřipkové vakcíny období do 30. 9. 2011, kdy je přinejmenším od výrobce vakcíny Fluarix garantována nízká cena a za tuto cenu i vakcínu pojišťovně vykázali i o 1. 10. 2011.

Případné doplatky při aplikaci nákladnější očkovací látky hradí pojištěnec.

Připomínáme, že vyhláškou MZ ČR č. 299/2010 Sb., kterou se mění vyhláška č. 537/2006 Sb., o očkování proti infekčním nemocem, bylo s účinností od 1. listopadu 2010 zrušeno očkování proti sezónní chřipce, kde byla vakcína hrazena ze státního rozpočtu, a to jak pravidelné očkování (u fyzických osob umístěných v LDN, v domovech pro seniory, v domovech pro osoby se zdravotním postižením nebo v domovech se zvláštním režimem, pokud tyto osoby trpí chronickým nespecifickým onemocněním dýchacích cest, chronickým onemocněním srdce, cév nebo ledvin nebo diabetem léčeným inzulinem), tak očkování zvláštní (u fyzických osob pracujících na zmíněných pracovištích, tj. v LDN atd.). Od 1. 1. 2011 pak je ze SZV vyrazen kód 02128 – Očkování v případech, kdy očkovací látka je hrazena podle předpisů o ochraně veřejného zdraví – sezónní chřipka – rizikové skupiny.

Doporučte svým pacientům

Pojištěnci VZP, kteří nemají očkování proti chřipce hrazené z veřejného zdravotního pojištění, mohou získat příspěvek na očkování z fondu prevence VZP, a to v rámci programu Zdravý život. Příspěvky na očkování lze čerpat na jakékoli očkování nehrzené z veřejného zdravotního pojištění kromě těch, která jsou zařazena do voucherového systému (očkování dětí od 6. do 24. týdne věku proti rotavirům a dívek od 10 do 25 let proti HPV). Pro účast v programu Zdravý život je podmínkou, aby pojištěnci byli zároveň členy Klubu pevného zdraví VZP a nasbírali na své kartě Zdravý život potřebný počet bodů – za absolvování preventivních prohlídek, onkologického screeningu, očkování plně hrazeného klientem, dárcovství krve, pravidelnou pohybovou aktivitu nebo rehabilitaci atd.

Více informací na www.vzp.cz/vyhody.

Bonifikace v odbornosti 001

Mezi vybrané sledované ukazatele pro motivační bonifikaci praktických lékařů pro dospělé patří očkování proti sezónní chřipce - v procentech vyjádřený poměr provedených očkování u pacientů starších 65 let k celkovému počtu registrovaných pojištěnců starších 65 let. Pro bonifikaci je stanoveno minimálně 10 procent.



Praktické aspekty očkování proti chřipce

MUDr. Cyril Mucha

Praktický lékař, Praha

Spoluautor doporučených postupů Očkování v primární péči

Původce:

3 typy chřipkových virů: A, B, C. Nicméně pouze viry A, B jsou schopné způsobovat epidemie. Proměnlivost povrchových antigenů hemagglutininu (HA) a neuraminidázy (NA) je odpovědná za neustálé opakování chřipkových epidemií a zároveň i dosavadní nemožnost vytvoření univerzální očkovací látky proti všem chřipkovým virům a tedy i potencionální eradikaci chřipky. U mladých je efektivita očkování vysoká až 90 %, u starších zejm. zlehčuje průběh, ale hlavně snižuje výskyt komplikací a smrtelnosti (o cca 80 %) - Platí slogan: „mladí neonemocní, staří neumrou“. Složení očkovacích látek stanovuje každoročně WHO. Vakcíny jsou trivalentní: obsahují dva viry typu A a jeden B.

Pro sezónu 2011/2012 je složení vakcín:

A/California/7/2009 (H1N1)

A/Perth/16/2009 (H3N2)

B/Brisbane/60/2008

V ČR dostupné očkovací látky:

Štěpené vakcíny (tzv. split): obsahují rozštěpený virus, tedy: hemagglutinin, neuraminidázu, RNA a nukleoprotein. Imunogenita vakcín dobrá, reaktivita malá. (Begrivac, Fluarix, ID Flu, PreFlucel, Vaxigrip).

Subjednotkové vakcíny: obsahují pouze čištěný HA a NA. Reaktivita je minimální, imunogenita dobrá (Influvac).

Koho očkovat:

1) Ze zákona na účet zdravotních pojišťoven jsou očkováni pacienti:

- nad 65 let věku
- osoby jakéhokoli věku (včetně dětí):
- po splenektomii
- po transplantaci krevetvorných buněk
- trpící závažným chronickým, farmakologicky řešeným onemocněním srdce a cév, nebo dýchacích cest, nebo ledvin a diabetem

2) Za úhradu:

- osoby, které zvyšují možnost nákazy rizikových skupin, tedy zejm. ti, kteří pečují o rizikové osoby (zdravotníci, pracovníci v soc. službách)
- osoby žijící s rizikovými osobami v domácnosti
- osoby, které jsou v kontaktu s rizikovými osobami nebo s velkým počtem lidí (zaměstnanci ve školství, poštách, v obchodech, službách, dopravě)
- zaměstnanci firem, které si nemohou dovolit výpadek zaměstnanců v „chřipkové sezoně“, manažeři firem apod.
- děti – snížení přenosu mezi dospělými a rizikové pacienty
- těhotné ženy od druhého trimestru těhotenství a zejména ženy, které plánují těhotenství

Jak nakupovat vakcíny a vykazovat očkování

Nákup

Nákup je možný přímo přes výrobce (zajištění minimální ceny), přes distributory, nebo přes lékárny. Hrazené vakcíny nelze napsat na recept, resp. pojišťovna vakcínu na receptu neuhradí.

Vykazování

Úřady nám jako každoročně i letos při vykazování připravily překvapení, resp. rébus. Očkování bude probíhat ve dvou etapách:

I: Do 30.9. 2011 bude očkování probíhat jako v loňském roce: **ZULP symbol A** (přípravek se účtuje zdravotní pojišťovně v souvislosti s příslušným výkonem jako zvlášť účtovaný léčebný přípravek svázaný s kódem aplikace: **02129** (167 bodů á 1,08 Kč) + **kód příslušné očkovací látky (133,- Kč)**. Většina výrobců zaručuje jako loni při dodání „běžných vakcín“ přímo do ordinace cenu 133,-Kč (maximální cena hrazená pojišťovnami), pokud by cena vakcíny překročila tuto částku, musí rozdíl hradit pacient.

II: Od 1.10. 2011 se zvýší úhrada za vakcínu na **168,50 Kč**. Úhrada kódu aplikace lékaři - tedy 02129 (167 bodů á 1,08 Kč) zůstane stejná. VZP se obrací na PL, aby nakoupili a naočkovali maximální množství vakcín do 30.9., což umožní významnou úsporu prostředků veřejného zdravotního pojištění. Lékař smí pojišťovně vykazovat v rámci ZULPu jenom tu částku, za kterou vakcínu skutečně nakoupil.

Několik poznámek na závěr

- Zejména u chřipky platí to, co i u jiných očkování - nechrání jen očkovaného, ale i jeho okolí. Čím je vyšší procento očkovaných v populaci, tím je šíření infekce pomalejší. Platí to i pro „mikrokomunity“, např. rodiny. Pokud je v rodině chronicky nemocný, měla by se očkovat celá rodina.
- Proočkovanost v ČR je téměř nejnižší v celém civilizovaném světě, dlouhodobě se pohybuje kolem 7 % populace (v loňském roce byla dokonce kolem 5 %). **WHO doporučuje proočkovanost v rizikové populaci 75 %, v celé populaci 30 %.**
- Žádná jiná odbornost kromě praktických lékařů není schopná proočkovanost zvýšit. My jsme s pacienty v denním kontaktu a často jednoduché připomínky typu: „jste již letos očkován/a proti chřipce?“, „víte, že máte nárok na očkování zdarma?“, „trpíte astmatem (diabetem, CHOPN....), měl byste se nechat očkovat proti chřipce“ může proočkovanost výrazně zvýšit, nejen protože to žádá WHO, ale protože z ní profitují všichni zúčastnění: stát (nižší nemocnost, vyšší výběr daní), zaměstnavatel (menší nemocnost – menší absence, nemusí hradit nemocenskou), pracovník (3 dny nedostává nemocenskou, dále jen zlomek mzdy), lékař (menší nemocnost, nižší náklady na léčbu – zejm. ATB, finanční benefit z očkování – u průměrné praxe je příjem navíc cca 100 000 Kč/sezónu), zdravotní pojišťovny (nižší náklady na léčbu – 1 Kč vložená do očkování se 10 x vrátí v nižších nákladech).



Chřipka – trocha teorie i praxe

prof. MUDr. Jiri BERAN, CSc.

Centrum očkování a cestovní medicíny, Hradec Králové

Souhrn: Chřipka je závažným zdravotnickým a sociálním problémem, který je neustále podceňován či bagatelizován. Chřipkou jsou nejvíce postiženy rizikové skupiny obyvatel. Virus chřipky A je nejčastější příčinou klasického klinického obrazu chřipky. K rozšíření nákazy dochází mezilidským stykem. V minulých 100 letech byly popisovány větší, či menší epidemie každý rok a pandemie v chřipkových sezónách 1918-19, 1957, 1968 a 2010-11. Pro odlišení nemoci „z nachlazení“ od chřipky na základě klinických příznaků, byl zaveden termín ILI (Influenza Like Illness) pro tzv. chřipce podobné onemocnění. ILI je charakterizováno horečkou 38 °C a vyšší, která je doprovázena kašlem, bolestí v krku nebo myalgii. Antivirotika druhé generace zanamivir a oseltamivir je možné užívat v rámci léčby, prevence a postexpozici profylaxi sporadické, epidemické, pandemické i ptačí chřipky. Protichřipkové vakcíny obsahují antigeny tří aktuálních kmenů chřipky pro následující chřipkovou sezónu. Vakcíny by měly obsahovat dle doporučení WHO pro sezónu 2011-12 kmeny A/California/7/2009 (H1N1), A/Perth/16/2009 (H3N2), B/Brisbane/60/2008.

Úvod

Chřipka nejčastější lidské infekční onemocnění, které každoročně postihne 10 % světové populace a v době pandemie dokonce 40–50 %. Na rozdíl od běžných virových infekcí horních cest dýchacích, jež probíhají vesměs mírně, je chřipka závažné onemocnění, které je každoročně příčinou úmrtí tisíců lidí na celém světě (1).

Především v mezipandemickém období (tj. při epidemiích s driftovými změnami viru) je nemocnost a úmrtnost u chřipky mnohem vyšší, než je oficiálně hlášeno. Nejvíce jsou postiženy tzv. rizikové skupiny obyvatel, tj. především osoby vyššího věku nebo se základním chronickým onemocněním. U nich dochází mnohem častěji k závažným komplikacím a úmrtím. Očkováním proti chřipce lze chránit nejen osoby nejvíce ohrožené komplikovaným průběhem onemocnění, ale i zdravé, jejichž nemocnost vede k obrovským ekonomickým ztrátám (2).

Chřipkové viry

Nejen pro člověka, ale i celou živočišnou říši jsou **nejvýznamnější chřipkové viry A**, které často mění své vlastnosti, vyskytují se epidemicky a mají nejzávažnější průběh. Viry chřipky B se mění málo, způsobují onemocnění méně závažná onemocnění pouze lidí a to jednotlivců nebo menších skupin. Výskyt infekcí způsobených viry chřipky C je poměrně vzácný a klinický průběh mírný. Rozhodující pro šíření chřipkového viru v populaci jsou povrchové antigeny a to hemagglutinin (H), kterých je dosud známo 16 typů a neuraminidáza (N), jichž je známo 9. Hemagglutinin umožňuje uchycení viru na povrchu vnímavé (receptorové) buňky v horních dýchacích cestách. Neuraminidáza umožní průnik uchyceného viru do cytoplasmu hostitelské buňky a poté, kdy v ní postupně dozrají nové viry, zase umožní jejich výstup z buňky do okolí. O vzniku onemocnění různých druhů živočichů rozhoduje kombinace H a N antigenů na povrchu chřipkového viru A. Tak např. člověk a vepř jsou vnímaví k virům, které mají hemagglutinin H1, H2, H3 a neuraminidázu N1 a N2. Naproti tomu hrabavá drůbež je zvláště vnímavá k virům s antigeny H5, H7, H9, norci, koně, kytovci a další živočišné k virům s jinou kombinací H a N antigenů. Někteří migrující vodní ptáci – především divoké kachny – mohou být nositeli chřipkových virů A s kterýmkoliv hemagglutininem nebo neuraminidázou. V průběhu minulých tisíciletí

se chřipkový virus stal komenzálem v zažívacím traktu vodního ptactva, odkud jsou viry trusem vylučovány do okolí. Divoké kachny jsou nosiči chřipkových virů, ale samy ne onemocní (1).

Pro lidskou populaci jsou patogenní pouze ty viry chřipky A, které mají na svém povrchu kombinaci antigenů H1N1, H2N2 a H3N2, protože člověk má v nosohltanu a spojivkách epitelové buňky s receptory, které umožňují uchycení jen takových virů. Za normálních okolností se člověk nemůže nakazit viry tzv. „ptačí chřipky“ s antigeny H5, H7, H9 a dalšími, protože ty se mohou navázat pouze na buňky dýchacích cest s odlišnými receptory. Ty jsou sice u lidí přítomny, ale jen v nejdálších bronchiolích. Aby chřipkový virus pronikl do této části plic je nutná vysoká infekční dávka a opakovaná expozice (1).

Epidemiologie chřipky

Virus chřipky A je nejčastější příčinou klasického klinického obrazu chřipky. K rozšíření nákazy dochází mezilidským stykem. Nákaza se šíří kapénkovou infekcí a předměty kontaminovanými virem. Každoročně vyvolává chřipka epidemie, které se objevují v našich podmínkách většinou ve dvou vlnách; první z nich během prvních 3 týdnů prosince, zatímco druhá vlna se objevuje mezi 4. - 12. kalendářním týdnem po novém roce. K rozsáhlým epidemiím postihujícím celé země dochází přibližně každé tři roky. Menší změny povrchových antigenů (drift) se objevují plynule, velké změny (shift) u převládajícího antigenního typu chřipky A vznikaly jednou za 10 - 42 let v období 1900 až 2010, poslední se objevila v sezóně 2009/2010. Po velké změně v hemagglutininu dojde obvykle k pandemii. Chřipka B vyvolává přibližně každých pět let epidemie, pandemie jsou vzácnější. Virus chřipky C má sporadický charakter (3).

Ne každé onemocnění projevující se kašlem, bolestí v krku, rýmou či lehce zvýšenou teplotou, je chřipka. Aby se odlišily nemoci „z nachlazení“ od chřipky bez drahé diagnostiky a na základě jasných klinických příznaků, byl nejen v České republice, ale i v ostatních vyspělých státech zaveden **termín ILI (Influenza Like Illness)** pro tzv. chřipce podobné onemocnění. ILI je charakterizováno horečkou 38 °C a vyšší, která je doprovázena kašlem, bolestí v krku nebo myalgii. Pokud dotčený pacient neudává příznaky typické pro ILI, je jeho onemocnění klinicky lehčí a je řazeno do skupiny **akutní respirační infekce (ARI)**.

Obr. 1 ukazuje, že ILI se vyskytují od konce ledna v souvislosti s výskytem skutečné chřipky, kdežto ARI se objevují již od podzimních měsíců. Jsou často způsobeny rhinoviry, adenoviry, koronaviry a RS viry. Prováděná surveillance chřipky tak jednoznačně ukazuje, kdy je nutné se skutečnou chřipkou počítat a kdy jde o tzv. nemoci „z nachlazení“ (3).

Epidemie a pandemie

U chřipkových virů A dochází téměř každoročně k „chřipkovému driftu“, avšak při sezónních epidemiích to nevede k výraznějším změnám klinického obrazu chřipky. Nákaza ale vyvolává jinou imunologickou odpověď než předchozí. Proto je nezbytné každý rok očkování proti chřipce opakovat. Mnohem závažnější je z hlediska klinického i epidemiologického „chřipkový shift“. Při něm dochází ke změně jednoho nebo obou rozhodujících povrchových antigenů, tedy hemagglutininu a neuraminidázy. Celá populace je vnímavá, protože téměř nikdo nemá proti novému viru žádné protilátky a tedy žádnou imunologickou zkušenost. Proto se nákaza rychle šíří, vzniká pandemie a během krátké doby jsou chřipkou postiženy všechny kontinenty. Pandemie může vzniknout v kterémkoliv ročním období a může probíhat s různou závažností i ve více vlnách. Vždy je klinický průběh alespoň u rizikových skupin závažnější, než při sezónních epidemiích a četnější jsou i komplikace (1).

V minulém století byly popisovány větší, či menší epidemie každý rok a pandemie v chřipkových sezónách 1918-19, 1957 a 1968. V roce 1918-19 na tzv. „Španělskou chřipku“ způsobenou chřipkovým virem H1N1 zemřelo asi až 40 miliónů osob a na „asijskou chřipku“ v roce 1957 (virus H2N2) zemřely 2 milióny osob. Předposlední pandemie („Hongkongská chřipka“) usmrtila asi 1 milión osob. Pseudopandemie se objevily v roce 1947, kdy byla hlášena vysoká nemocnost a nízká úmrtnost a v roce 1977, kdy aspekty pandemie vyjadřoval výskyt chřipky u dětí. V chřipkové sezóně 2009/2010 se objevil „Nový (prasečí, mexický)“ virus chřipky A/H1N1, který způsoboval především nemocnost a úmrtnost na pneumonii u mladých lidí, imunosuprimovaných osob, osob s metabolickým syndromem a u těhotných žen. Dopad na populaci jako celek však nebyl příliš vysoký. Pravděpodobnost výskytu další nové chřipkové pandemie je téměř nulová, protože chřipková epidemie na Jižní polokouli byla vcelku mírná a neobjevil se dramaticky odlišný nový chřipkový virus. Postupně se budou chřipkové viry přesouvat přes rovník na Severní polokouli a nepředpokládá se, že by během naší chřipkové sezóny (prosinec - duben 2011-12) byla situace odlišná. Během léta roku 2011 se zatím nepozoroval výskyt nového chřipkového viru. Výjimkou jsou ojedinělé výskyty „ptačí chřipky“, jejich výskyt ale nevybočuje z běžného výskytu v minulých letech.

Svou úlohu v mírnějším průběhu posledních tří pandemií sehrála bezesporu i vyšší dostupnost antibiotik a tak možnost léčby sekundárních komplikací včetně pneumonie. Počty nemocných a zemřelých v jednotlivých pandemiích ukazují, že příprava na pandemii a vyspělé zdravotnictví mohou předejít výrazné nemocnosti nebo úmrtnosti. Někteří autoři uvádějí, že ekonomický dopad další pandemie by byl obrovský. Domnívám se, že vypočítávané ztráty jsou přehnané a vůbec nereflktují možnosti specifické léčby a možnosti imunizace.

Ptačí chřipka

V současnosti je diskutována a povětšinou zveličována tzv. ptačí chřipka resp. jedna z jejích variant a to virus H5. Ten je považován za přímého kandidáta nového pandemického kmene společně s virem chřipky H7. Ti jsou řazeni do skupiny nebezpečných ptačích chřipkových virů HPAI (Highly Pathogenic Avian Influenza), protože jejich hemagglutinin může být štěpen obecnými proteázami a tak se snáze uchytil na receptoru buněk dýchacího ústrojí. Tento proces je jeden z nejdůležitějších faktorů pro

vznik chřipkové infekce. Dále to mohou být kmeny H9N2, H5N2, H7N3, které ale patří do skupiny méně nebezpečných ptačích chřipkových virů LPAI (Low Pathogenic Avian Influenza) a jejichž hemagglutinin je štěpen specifickými proteázami. Do července 2011 onemocnělo chřipkovým virem H5 po celém světě několik stovek osob, z nichž přibližně 320 zemřelo (4). V současné době, po pandemii „prasečím“ chřipkovým virem, je většina aktivní zabývajících se vývojem vakcín zaměřena na virus H5, příští chřipková pandemie však může být způsobena úplně jiným typem ptačího viru či virem vzniklým zkrížením genetické informace viru ptačí a lidské chřipky.

Prevence, profylaxe a léčba chřipky antivirotiky

Specifická terapie sezónní chřipky může být prováděna antivirotiky první nebo druhé generace (tab. 1 a 2). Princip účinku první generace tedy **amantadinu a rimantadinu** spočívá v inhibici funkce proteinového kanálu M2 chřipkových virů A. Amantadin v kapslích je v ČR registrován jako antiparkinsonikum a jako potenciální lék k profylaxi chřipky A.

Antivirotika druhé generace neboli inhibitory chřipkové neuraminidázy se specificky vážou na aktivní část enzymu neuraminidázy a tím blokují opuštění nových virů chřipky A i B z postižené hostitelské buňky a jejich šíření na vnímavé epiteliální buňky v okolí. Léčba má být zahájena nejpozději do 48 hodin po prvních příznacích. Pak je dosaženo zkrácení horeček a zmírnění příznaků o 1–3 dny. Pozdější aplikace průběh chřipky výrazně neovlivní.

Antivirotika druhé generace je možné užívat v rámci léčby, prevence a postexpoziční profylaxe. V současnosti jsou na českém území k dispozici dva preparáty. **Zanamivir a oseltamivir** se používají k léčbě, profylaxi i prevenci sporadické, epidemické, pandemické i ptačí chřipky. Mezi nejběžnější nežádoucí (NÚ) účinky preparátu Tamiflu patří pocit na zvracení, zvracení, bolesti břicha, dyspepsie. Pro preparát Relenza je nejběžnějším NÚ bronchospasmus. V podstatě je možné antivirotika kombinovat se všemi léky, jen je nutná opatrnost všude tam, kde se další léky vylučují stejnou cestou, nebo pokud dojde poruše vylučování ledvinami. Předepisování antivirotiky by mělo být omezené a první indikací by měla být léčba chřipky, naprosto výjimečně jako prevence či profylaxe. Pro léčbu standardní sezónní chřipky se u těhotných žen léčba antivirotiky nedoporučuje (5-9).

Očkování proti chřipce

Očkování proti chřipce inaktivovanými trivalentními štěpenými nebo subjednotkovými vakcínami (tab. 3) představuje dnes velice účinnou možnost prevence proti chřipce. Protichřipková vakcína pro i.m. aplikaci obsahuje 3x15 mcg antigenů tří aktuálních kmenů chřipky pro následující chřipkovou sezónu adjustovaných do 0,5 ml. Vakcíny pro i.d. aplikaci obsahují 3x9 nebo 3x15 mcg antigenů adjustovaných do 0,1 ml. Ve vakcíně jsou obsaženy dva kmeny chřipky A a jeden kmen chřipky B (1, 2.). Vakcíny by měly obsahovat dle doporučení WHO pro sezónu 2011-12 kmeny A/California/7/2009 (H1N1), A/Perth/16/2009 (H3N2), B/Brisbane/60/2008 (10). **Sezónní chřipková vakcína tak obsahuje i původní pandemický „prasečí“ kmen.** Díky driftovým změnám je nutná každoroční příprava nové varianty vakcíny. Vakcíny se dnes vyrábějí z vysoce čistěných kmenů chřipky získaných pomnožením buď klasicky na kuřecích embryích, nebo nověji na tkáňových kulturách. V budoucnosti se předpokládá použití čtyřvalentní vakcíny (2x A a 2x B). Očkování inaktivovanými sezónními vakcínami pro i.m. aplikaci je celkem dobře snášeno. Asi u 20 % očkovaných se projeví nežádoucí reakce jako je bolestivost v místě vpichu, otok či zarudnutí v místě vpichu častá je únava několik hodin po očkování, horečka není častým symptomem po očkování. Nejčastěji po aplika-

ci i.d. vakcín se objevuje svědění a změna pigmentace v místě aplikace. Kontraindikací očkování proti chřipce je akutní horečnaté onemocnění, přecitlivělost na kteroukoliv složku vakcíny, především na vaječnou bílkovinu. Tato kontraindikace neplatí pro vakcíny připravované na tkáňových kulturách. Další kontraindikací je závažná reakce s alterací stavu po předchozí aplikaci vakcíny. U imunodeficitních pacientů je očkování doporučováno individuálně a to v závislosti na příčině imunodeficiency. Aplikace kortikosteroidů do dávky 0,2 mg/kg váhy nesnižuje výrazně účinek vakcíny. U osob s autoimunitním onemocněním se dává přednost subjednotkové vakcíně (např. Influvac). Všechny dostupné očkovací látky a to jak štěpené tak subjednotkové, které jsou dostupné na českém trhu jsou srovnatelné co do imunogenity i reaktogenity. Protilátky přetrvávají až 36 měsíců a tak dostatečně a spolehlivě ochrání 6-8 měsíců od provedení očkování v aktuální chřipkové sezóně. Současné schéma očkování proti sezónní chřipce pro dospělé je proto pouze jedna intramuskulární injekce. Očkovací látka proti chřipce se aplikuje, jakmile jsou vakcíny k dispozici – většinou to bývá již koncem září. Od té doby je možné očkovat až do doby cca 14 dní před výskytem chřipky v sezóně. Pak se účinnost vakcíny může teoreticky snížit, protože není jistota, zda je očkována osoba ochráněna – na ochranu je třeba cca 14 dní od aplikace vakcíny. Na druhou stranu očkování během epidemie není kontraindikované, protože nedochází k žádné interferenci mezi antigenem vakcíny a případnou chřipkovou infekcí (1).

Shrnutí pro praxi

Chřipka je nejčastější lidské infekční onemocnění, které každoročně postihne 10 % světové populace a v době pandemie dokonce 50 %. Je i závažným onemocněním, protože je na světě příčinou tisíců úmrtí. Nejvýznamnější jsou chřipkové viry A, které často mění své vlastnosti (driftové změny), vyskytují se každoročně epidemicky a mají nejzávažnější průběh. Při shiftové změně vzniká nový chřipkový virus, který je příčinou pandemie. **I přes současný výskyt ptáčích chřipky v nejbližší době neočekáváme vznik nové pandemie.** Specifická terapie chřipky může být prováděna antiviroty první nebo druhé generace. Všechny očkovací látky a to jak štěpené tak subjednotkové, které jsou dostupné na českém trhu, jsou srovnatelné co do imunogenity i reaktogenity.

Literatura:

1. Beran J., Havlík J. Chřipka – klinický obraz- prevence-léčba 2005. Maxdorf Jensenius, 2. vyd. Praha.
2. Beran J., Moravik J. Effectiveness of vaccination against influenza in SkodaAuto Company employees during the influenza season 2000-2001. Cent Eur J Public Health. 2003 Dec;11(4):209-
3. Havlíčková M., Otavová M., Kynčl J., et al. Surveillance akutních respiračních infekcí (ARI) v České Republice v sezóně 2004/2005. Zprávy centra Epidemiol Mikrobiol 2005;14/6:286-293.
4. Avian Flu report. (http://www.aphca.org/Avian%20Influenza%20Alert/HPAI_update_110707.pdf). Přístup dne 8/8/2011.
5. Matheson NJ, Harnden AR, Perera R, Sheikh A, Symmonds-Abrahams M. Neuraminidase inhibitors for preventing and treating influenza in children. Cochrane Database Syst Rev. 2007 Jan 24;(1):CD002744.
6. Shun-Shin M, Thompson M, Heneghan C, Perera R, Harnden A, Mant D. Neuraminidase inhibitors for treatment and prophylaxis of influenza in children: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. BMJ. 2009
7. Jefferson TO, Demicheli V, Di Pietrantonj C, Jones M, Rivetti D. Neuraminidase inhibitors for preventing and treating influenza in healthy adults. Cochrane Database Syst Rev. 2006 Jul 19;3:CD001265.
8. Khazeni N, Bravata DM, Holtz JE, Uyeki TM, Stave CD, Gould MK. Safety and Efficacy of Extended-Duration Antiviral Chemoprophylaxis Against Pandemic and Seasonal Influenza. Ann Intern Med. 2009 Aug 3.
9. Tanaka T, Nakajima K, Murashima A, Garcia-Bournissen F, Koren G, Ito S. Safety of neuraminidase inhibitors against novel influenza A (H1N1) in pregnant and breastfeeding women. CMAJ. 2009 Jul 7;181(1-2):55-8.
10. Složení chřipkových vakcín pro sezónu 2011-12. (http://www.who.int/csr/disease/influenza/recommendations_2011_12north/en/index.html). Přístup dne 8/8/2011

Tabulka 1: Specifická léčba, profylaxe a prevence chřipky antiviroty první a druhé generace

Amantadin

2x 100 mg/den pro zdravé a mladé; 1x 100 mg/den pro osoby starší 65 let a 3 mg/kg/den u dětí

Relenza (Zanamivir)

- Inhalační podání pomocí inhalátoru „Relenza Diskhaler“
- K léčbě chřipky dospělých, mladistvých a dětí (≥ 5 let)
- Aplikace v průběhu prvních 48 hod
- Dospělí - celková DD je 20 mg
- Seniorům ani dětem není třeba dávkování upravovat
- U pacientů s poruchou funkcí jater nebo ledvin není třeba dávku upravovat
- Léčba: Dvě inhalace (2x 5 mg) po 12 hod po dobu 5 dnů
- Profylaxe: Po kontaktu s nemocným do 36 hod 2 inhalace (2x 5 mg) jednou denně po dobu 10 dní
- Prevence: Dvě inhalace (2x 5 mg) jednou denně v období nejvyššího výskytu onemocnění maximálně po dobu 28 dnů

Tamiflu (Oseltamivir)

- Léčba chřipky u dospělých a adolescentů od 13 let
- I děti s váhou nad 40 kg
- Zahájit do 2 dnů
- Léčba: Jedna tobolka (75 mg) 2x denně po dobu 5 dnů
- Profylaxe: Po kontaktu s nemocným do dvou dnů hod 1 tobolka (75 mg) 1x denně po dobu 7-10 dní
- Prevence: Jedna tobolka (75 mg) jednou denně v období nejvyššího výskytu onemocnění maximálně po dobu 6 týdnů
- Standardně neužívat v těhotenství, změna dávkování u snížení funkce ledvin

Aplikace antiviroty u dětí

Obě antiviroty je možné aplikovat i u dětí. Pro preparát Relenza je dávkování stejné jako u dospělých. Pro Tamiflu (používá se Tamiflu suspenze 12 mg) je dávkování následující:

- Léčba chřipky u dětí od 1 roku do 13 let (dětí s váhou pod 40 kg)
- Zahájit do 2 dnů
- Profylaxe není u dětí v SPC popsána; doporučena stejně jako léčba jen jedna dávka po dobu 7-10 dní
- NÚ - Zvracení, méně bolesti břicha, epistaxe, konjunktivitida

Poznámky:

1. Léčba by měla být zahájena do 48 hodin od počátku onemocnění, kdy je replikace viru nejvyšší a efekt léčby výraznější
2. Profylaxe = užívání antiviroty po kontaktu s nemocným chřipkou v průběhu epidemie či pandemie
3. Prevence chřipky = užívání antiviroty v průběhu epidemie (v ČR nejčastěji mezi 4-12 kalendářním týdnem) či pandemie

Tabulka 2: Dávkování Tamiflu suspenze u dětských pacientů

Váha v kg	Věk v letech	Dávka v mg
Méně než 15	1-3	30 mg (2,5 ml) 2x/den
15-23	4-7	45 mg (3,75 ml) 2x/den
24-40	8-12	60 mg (2,5 ml) 2x/den
Více než 40	Více jak 13	75 mg 2x/den (tobolka)

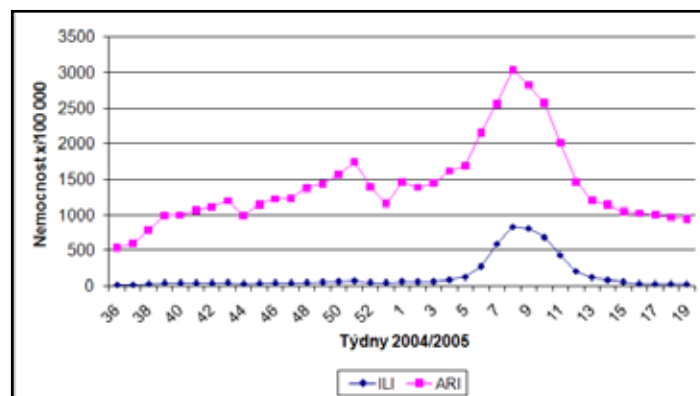
Tabulka 3: Protichřipkové vakcíny dostupné v ČR pro sezónu 2011-12

Obchodní název	Výrobce	Typ očkovací látky	Věk
Fluarix	GlaxoSmithKline	Štěpená	Od 6 měsíců
Vaxigrip	SanofiPasteur	Štěpená	Od 6 měsíců
IDFLU 9	SanofiPasteur	Štěpená	18-59 let
IDFLU 15	SanofiPasteur	Štěpená	Od 60 let
Begrivac	Novartis Vaccines	Štěpená	Od 6 měsíců
Influvac	Abbott	Subjednotková	Od 6 měsíců
Preflucel	Baxter	Štěpená (na Vero buňkách)	Od 18 let
Fluad	Novartis Vaccines	Subjednotková nové adjuvans	Starší 65 let

Poznámka:

Pro děti od 6 měsíců do 35 měsíců se podává jedna nebo dvě dávky vakcíny 0,25 ml. Dvě dávky se dávají dětem, které doposud nebyly očkovány proti chřipce. Rozestup mezi dávkami musí být minimálně čtyři týdny. Od 36 měsíců věku se podává jedna dávka vakcíny 0,5 ml. Vakcíny by měly obsahovat dle doporučení WHO tyto kmeny A/California/7/2009 (H1N1), A/Perth/16/2009 (H3N2), B/Brisbane/60/2008.

Obr. 1: Výskyt chřipky podobných onemocnění (ILI) a akutních respiračních infekcí (ARI) během chřipkové sezóny 2004/2005 ⁽³⁾



Data poskytnuta SZÚ Praha NRL pro chřipku a NRL pro nechřipkové viry se svolením MUDr. M. Havlíčkové, CSc. a MUDr. J. Kynčla.

Prof. MUDr. Jiří BERAN, CSc. (*1960), je ředitelem Centra očkování a cestovní medicíny v Hradci Králové. Je vedoucím Subkatedry tropické a cestovní medicíny IPVZ v Praze. Profesorem epidemiologie byl jmenován v roce 2002. V letech 1997-2005 byl předsedou Sekce tropického a cestovního lékařství SIL ČLS JEP. Je členem předsednictva SIL a SEM ČLS JEP a v zahraničí TropNetEurop. Je často citován (SCI=523). V roce 2005 a 2008 získal cenu předsednictva ČLS JEP za monografii Očkování, minulost, přítomnost, budoucnost a za Lexikon očkování.



Influvac®
Silná ochrana²

očkování
hrazeno ze
zdravotního
pojištění



pro rizikové skupiny¹

osoby starší 65 let, osoby s chronickým onemocněním srdce a cév, ledvin, s astmatem, diabetem, po transplantaci, odstranění sleziny

Doporučená vakcinace proti chřipce: těhotné ženy a děti do dvou let věku

Název přípravku: Influvac, injekční suspenze (vakcína proti chřipce, povrchový antigen, inaktivovaná).
Složení: 1 dávka 0,5 ml obsahuje: inaktivované povrchové antigeny viru chřipky (hemagglutinin a neuraminidasa) kmenů: A/California/7/2009 (H1N1); použitá varianta (reass. NYMC X-181) 15 mikrogramů HA, A/Perth/16/2009 (H3N2); použitá varianta (reass. NYMC X-187) odvozená z A/Victoria/210/2009 15 mikrogramů HA, B/Brisbane/60/2008 15 mikrogramů HA. Toto složení vakcíny odpovídá doporučení Světové zdravotnické organizace pro severní polokouli a rozhodnutí Evropské unie pro sezónu 2010/2011.
Indikace: Prevence chřipky. Podání je vhodné zvláště u pacientů se zvýšeným rizikem vzniku komplikací souvisejících s chřipkou. **Dávkování:** Dospělí a děti od 36 měsíců: 1 dávka 0,5 ml. Děti od 6 do 35 měsíců: klinické údaje jsou omezené. Podávají se dávky 0,25 ml nebo 0,5 ml. Dětem, které dříve nebyly očkovány, by se měla podávat druhá dávka po uplynutí nejméně čtyř týdnů. Vakcína se aplikuje intramuskulárně nebo hluboko subkutánně. **Kontraindikace:** Přecitlivělost na léčivé látky, na jakoukoli pomocnou látku a reziduová vejce, kuřecí bílkoviny (jako je ovalbumin), formaldehyd, cetyltrimethylamoniumbromid, polysorbát 80 nebo gentamycin. Očkování je třeba odložit u osob, které mají horečnaté onemocnění nebo akutní infekci.
Nežádoucí účinky: Nežádoucí účinky z klinických studií: Časté ($\geq 1/100$, $< 1/10$): horečka, nevolnost, svalový třes, únava, bolest hlavy, pocení, myalgie, artralgie, lokální: zčervenání, otok, bolest, ekchymóza, zatvrdnutí. Tyto příznaky obvykle během jednoho až dvou dnů samovolně vymizí. Z postmarketingového sledování byly navíc hlášeny tyto nežádoucí účinky: generalizované kožní reakce včetně svědění, kopřivky nebo nespecifické vyrážky, neuralgie, parestázie, febrilní křeče, neurologické poruchy jako encefalomyelitida, neuritida a syndrom Guillain Barré, dále přechodná trombocytopenie, přechodná lymfadenopatie, alergické reakce, které v ojedinělých případech způsobily šok, angioedém, vaskulitida spojená velmi vzácně s přechodným poškozením ledvin. **Zvláštní upozornění:** Podobně jako u všech injekčních vakcín musí být pro případ, že se po aplikaci vakcíny vyskytne anafylaktická reakce, okamžitě dostupná odpovídající lékařská péče a dohled. Influvac nesmí být nikdy podán intravaskulárně. U pacientů s endogenní nebo iatrogenní imunosupresí může být protilátková odpověď na očkování nedostatečná. **Interakce:** Influvac je možno podat souběžně s jinými vakcínami, tyto však musí být aplikovány do různých končetin. V tomto případě mohou být nežádoucí účinky intenzivnější. Imunologická odpověď může být při současně imunosupresivní léčbě snížena. **Balení:** 0,5 ml injekční suspenze v přeplněné injekční stříkačce, velikost balení po 1 nebo 10. **Podmínky uchování:** Influvac se musí uchovávat v chladničce při teplotě +2 až +8°C. Nezmrazovat. Chránit před světlem. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Abbott Biologicals B.V., C.J. van Houtenlaan 36, 1381 CP Weesp, Nizozemsko. **Registrační číslo:** 59/1004/97-C. **Datum revize textu:** 6. 8. 2010. **Způsob výdeje:** Lék je vázán na lékařský předpis. **Způsob hrazení:** U vybraných osob je Influvac hrazen z veřejného zdravotního pojištění. V ostatních případech hradí očkování.
Složení pro sezónu 2011/2012 podle doporučení Světové zdravotnické organizace pro severní polokouli a rozhodnutí Evropské unie: A/California/7/2009 (H1N1); použitá varianta (reass. NYMC X-181), A/Perth/16/2009 (H3N2); použitá varianta (reass. NYMC X-187) odvozená z A/Victoria/210/2009, B/Brisbane/60/2008
Literatura: 1. Metodický pokyn MZD k novele zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění (dále také „zákon“), a vyhlášky č. 537/2006 Sb., o očkování proti infekčním nemocem, v platném znění 2. K.M. Giesemann et al: Trivalent inactivated subunit influenza vaccine Influvac: 25-year experience of safety and immunogenicity; Elsevier; Vaccine 27(2009) 2414-2417

Abbott Laboratories, s.r.o.
Hadovka Office Park, Evropská 2591/33D
160 00 Praha 6
Telefon: +420 267 292 111
Fax: +420 267 292 100
www.abbott.cz

Abbott
A Promise for Life

www.influvac.cz



Chirurgická léčba refluxní choroby jícnu a hiátové hernie

MUDr. Jiří Jungwirth

Sanatorium sv. Anny, Praha 3

Souhrn:

Laparoskopická antirefluxní operace spojená ve vysokém procentu s operací hiátové kýly je rovnocennou alternativou konzervativní léčby refluxní choroby jícnu.

Endoskopické klasifikace refluxní choroby jícnu

V současné době se paralelně používají dvě endoskopické klasifikace refluxní choroby jícnu:

Klasifikace Savary – Miller, modifikace (1981)

• Stadium I

Jedna nebo více supravestibulárních erozí (erytematózní nebo erytomato-exsudativní), nesplývající

• Stadium II

Erozivní a exsudativní slizniční léze splývající, nepostihující však cirkumferenci jícnu vcelku

• Stadium III

Erozivní a exsudativní léze pokrývající celou cirkumferenci, bez striktury

• Stadium IV

- Chronické léze (vřed, stenóza, Barrettův jícen, apod.) se známkami floridního zánětu
- Chronické změny s jizvením (vřed, Barrettův jícen, apod.) bez floridního zánětu

Endoskopická klasifikace refluxní choroby jícnu – Los Angeles (1997)

• Stupeň A

Dobře ohraničené slizniční léze kratší než 5 mm

• Stupeň B

Dobře ohraničená slizniční léze delší než 5 mm

• Stupeň C

Slizniční defekt, který přesahuje z jedné řasy na druhou

• Stupeň D

Cirkulární postižení jícnu

Klasifikace bráničních kýl

Axiální hiátová hernie

- Rozšíření hiátu
- Kardie v mediastinu

Paraesophageální hernie

- Abdominální jícen a kardie ve správné poloze
- Do mediastina herdovaný fundus

Směšený typ

- Kardie a abdominální jícen v mediastinu
- Fundus v mediastinu

Up-side down stomach

- Prakticky celý žaludek v mediastinu
- Organoaxiální i mezenterioaxiální volvulus žaludku

- Selhání maximální kombinované konzervativní léčby (inhibitory protonové pumpy + prokinetikum)
- Vývoj komplikací – Barrettův jícen, stenóza
- Trvalá symptomatologie jícnová i mimojícnová
- Přetrvávající objektivní nález
- Nemocní, kteří odmítají dlouhodobou konzervativní léčbu, nebo upřednostňují chirurgické léčení, zejména ti s perspektivou dlouhodobé léčby
- Nemocní, kteří mají anatomické, chirurgicky korigovatelné odchylky – skluzné a smíšené hiátové hernie (skluzná hiátová hernie bez refluxu není indikována k chirurgické léčbě)
- Nemocní s proběhlými, nebo trvajících komplikacemi

Úvod

Refluxní choroba jícnu je spojená podle literatury v 80 – 90 % s hiátovou hernií. Tyto dvě nosologické jednotky bývají často nesprávně směřovány pod jednu. Z etiologického, funkčního a chirurgického hlediska se však jedná o dvě jednotky, byť jsou spolu spojeny v 80 – 90 % případů.

Řešením refluxní choroby jícnu je antirefluxní plastika. Řešením hiátové hernie je hiátoplastika.

Historie chirurgické léčby

Technika klasické operace se rozvíjela v 40. a 50. letech minulého století a odpovídala tehdejšímu poznatku o patofyziologii refluxní choroby jícnu (Toupet, Thall, Mark IV, Teres plastika). Německý chirurg Nissen působil ve 40. a 50. letech 20. století v USA vypracoval techniku, kterou modifikoval Rossetti. Technika spočívala v cirkulárním protažení ventrální stěny fundu žaludku zezadu kolem jícnu a její fixaci na přední stěnu žaludku.

Při klasickém operování této choroby se používala rozsáhlá horní střední laparotomie sahající od processus xiphoideus až k pupku, která se často musela prodloužit distálně kolem pupku. Je potřeba si uvědomit, že chirurgický přístup k hiatus esophageus, kardii a distálnímu jícnu z přední strany je obtížný, neboť tyto struktury leží hluboko od laparotomie a vysoko v kupule bránice ventrálně od hiatus aorticus a břišní aorty. Při klasické operaci musel chirurg používat dlouhé nástroje a kolem jícnu pronikal tupou preparací prstem po disekci Laimerovy membrány (membrána frenoesophagealis). K usnadnění přístupu pomáhaly speciální retraktory – Rochardův, který se upevňoval za speciální konstrukci (šibenici) na chirurgický stůl. Hák byl široký asi 12 centimetrů, umísťoval se do proximálního pólu horní střední laparotomie a tahem vzhůru rozevíral žeberní oblouky a usnadnil přístup k distálnímu

jícnu a kardii. Hák se zavěsil v tahu za stativ (šibenici) upevněný k operačnímu stolu. Na podobném principu fungují i tzv. Haruštijakovy háky – systém dvou háků, které přímo distrahují oblouky žeberní kraniálním a laterálním směrem. Rozsáhlá laparotomie trpěla v první době poruchami hojení, seromy atd. a komplikacemi pozdními – kýlymi v horní střední laparotomii.

Laparoskopická operace refluxní choroby a hiátové hernie

Laparoskopické miniinvazivní operování tyto nepříjemné komplikace odstranilo. S rozvojem laparoskopického operování v devadesátých letech minulého století byla vypracována technika laparoskopické operace refluxní choroby a hiátové hernie. V principech se laparoskopická operace od klasického přístupu neliší. U většiny pacientů bývá refluxní choroba spojena s hiátovou kýlou a musí se řešit oba tyto nálezy.

1. Operace hiátové kýly. Cílem operace je rekonstrukce anatomických poměrů v oblasti hiátus oesophageus tj.

- uvolnění distálního jícnu, který bývá „zkrácen“ a lokalizován spolu s větší, či menší částí žaludku v zadním mediastinu
- uzavření kýlní branky

2. Antirefluxní plastika. Cílem je obnovení kompetence distální partie jícnu vytvořením manžety z fundu žaludku obkružující distální jícen.

Pro odlehčení nudného popisu úskalí chirurgické operace si dovoluji na tomto místě věnovat vzpomínku kolegovi gastroenterologovi z Brněnské kliniky MUDr. Dolinovi, který přednášel před lety o významu perioperačně prováděné manometrie distálního jícnu při fundoplikaci. Cílem jeho snažení bylo exaktně perioperačně kalibrovat tlak manžety žaludku při fundoplikaci. Tehdy řekl nezapomenutelnou větu: „Jistě by bylo vědecky přínosné provádět ve chvíli, kdy chirurg odděluje zadní stěnu jícnu od aorty, anorektální manometrii operujícímu chirurgovi.“

Ad 1. Operace hiátové kýly

Abdominální jícen je třeba uvolnit z hrudníku, kde bývá lokalizován a adhezemi fixován tak, aby znovu volně a zcela bez tahu ležel v dostatečné délce pod crura esophagealis. Pouhé obtočení manžety bez řádného uvolnění distálního jícnu z hrudníku vede k recidivě brániční kýly, retrakci distálního jícnu zpět nad bránicí, sklouznutí manžety distálně a z toho vyplývajícím obtížím.

Důležitá je pečlivá preparace ramének bránice (crus dextrum,

crus sinistrum), které jsou tvořeny nejmediálnějším svalovým snopci obou ramen lumbální části bránice a které se ventrálně i dorsálně od otvoru kříží a tvoří laterální části branky kýly. Těmito svalovými snopci je třeba laterolaterálně branku z dorzální strany „za jícnem“ uzavřít tak, aby nebyla příliš volná, nebo naopak, aby při přílišném uzavření netísnila jícen. Branka se uzavírá stehem distálních partií ramének k sobě dvěma či třemi stehy. Při nedostatečném uzavření branky dojde k recidivě hiátové kýly a při jejím přílišném stažení kolem jícnu nastanou pooperační, často dlouhodobé dysfagické obtíže. Pokud je branka tak velká, že ji nelze pouhým stažením ramének zmenšit (u lidí ve starším věku a pozdně indikovaných kýl), je možné použít implantátu – sítky. Vzhledem k přirozenému neklidu v této lokalizaci (dýchací pohyby bránice, přenesená pulzace srdce, peristaltika jícnu) bývá vhojení implantátu problematické. Proto je vhodné indikovat operaci včas.

Ad 2. Antirefluxní plastika

Principem Nissen-Rossettiho antirefluxní operace je fundoplikace. To je vytvoření volné, dostatečně velké manžety z přední stěny fundu žaludku a její obtočení zezadu kolem distálního jícnu a fixace této manžety na přední stěnu žaludku, nebo fundu /podle autorů/. Podle anatomických poměrů při každé jednotlivé operaci je tento krok z chirurgického hlediska různě obtížný. Kardie a fundus bývají při brániční kýle retrahovány v mediastinu a často zde fixovány adhezemi. Ty je třeba při operaci uvolnit a rozrušit. Nepříjemným a poměrně častým jevem je fixace fundu k viscerální ploše sleziny. Aby manžeta nebyla pod tahem je nutné oddělit tyto adheze bez poranění sleziny, uvolnit proximální část velké kurvatury a přerušit Aa. gastricae breves z nichž hrozí mimořádně nepříjemné krvácení při jejich poranění. Při preparaci abdominálního jícnu hrozí poranění okolních orgánů – aorty, sleziny a perforace jícnu nebo žaludku v oblasti kardie, poranění, nebo přerušení nervus vagus respektive jeho pravého kmene, který intimně leží na zadní ploše jícnu. Při preparaci v mediastinu je nepříjemnou komplikací poranění parietální pleury s následným pneumothoraxem a krvácení při poranění pletení v oblasti kardie. Pro výsledek operace je nezbytné dostatečné uvolnění manžety fundu žaludku. Pokud se tato manžeta přišije kolem distálního jícnu pod přílišným tahem, hrozí v časném pooperačním průběhu perforace žaludku průřeznutím stehů zatíže-

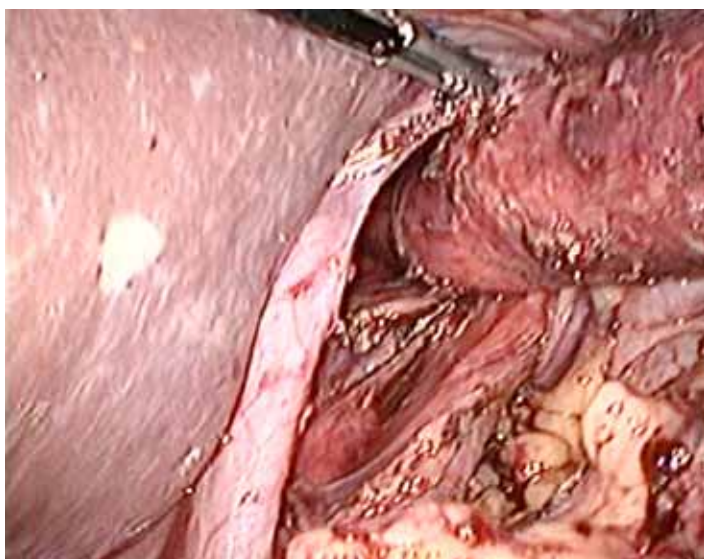
Hiátová hernie před antirefluxní operací – pohled do jícnu



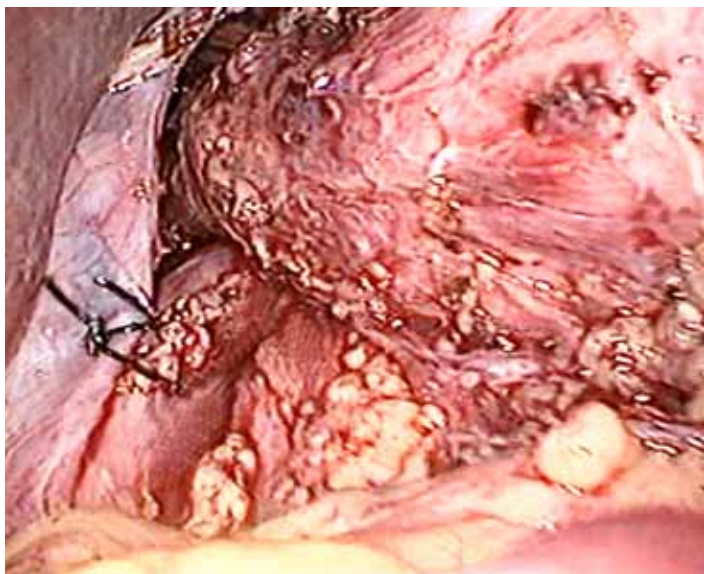
Stav po antirefluxní plastice a operaci hiátové kýly – pohled ze žaludku v inverzi



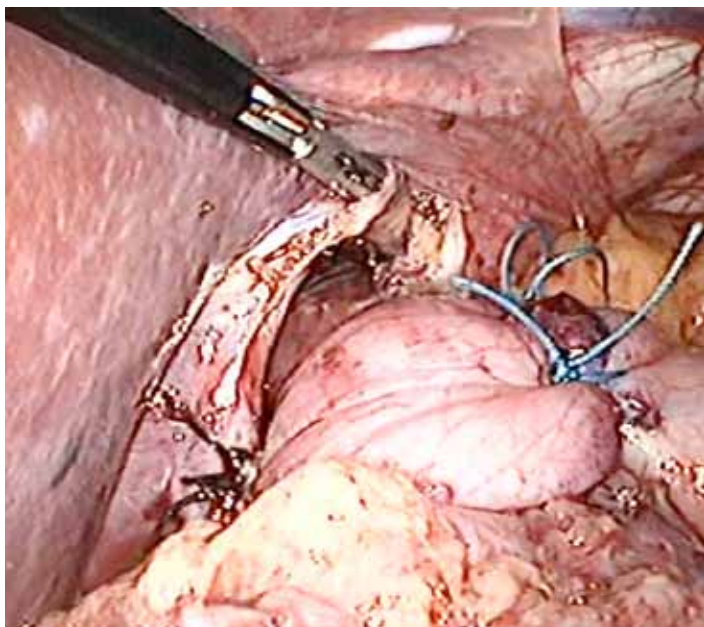
Perioperační fotografie – vypreparovaný hiatus esophageus



Perioperační fotografie – stav po sutuře bráničních křídel



Perioperační fotografie – výsledek operace



ných nepřiměřeným tahem, nebo v pozdním průběhu různě závažné dysfágie. Podceňovanou, obávanou, ale z chirurgického hlediska často nezbytnou součástí operace je resekce tukového tělesa kardie. Těleso bývá hypertrofické, a pokud se neresekuje, stává se pelotou, která distrahuje fundoplikací obnovený ostrý Hissův úhel. Bez resekce tukového hypertrofického tělesa kardie nelze obnovit anatomické poměry v této oblasti.

Na základě výše uvedených skutečností není operace refluxní choroby jícnu a hiátové hernie určena pro každé pracoviště. Perioperační komplikace (krvácení, poranění sleziny, žaludku, jícnu, pleury) a pooperační komplikace (peritonitida a zejména mediastinitida při nepoznaném poranění jícnu nebo žaludku, dysfágie, sklouznutí manžety) se všemi následky jsou mementem pro každého z nás – chirurgů.

S veškerou pokorou a odpovědností však můžeme říci, že léčebné výsledky chirurgické léčby na pracovištích, která mají zkušenosti s touto operativou jsou dlouhodobé a vynikající. Nezbytnou podmínkou pro úspěšný výsledek operace je mimořádně dobře technicky vybavený operační sál (harmonický skalpel, ligasure - systémy pro bezpečné uzavírání cév, HD endoskopická kamera pro ostrý obraz operačního pole).

Závěr

Při odpovědné indikaci a s vědomím nepříjemných komplikací spojených s dlouhodobým užíváním H2 blokátorů a PP inhibitorů, plicních komplikací refluxu, kardiálních obtíží při nepoznané hiátové hernii, Barrettovým jícnem a jeho někdy fatálních důsledků lze konstatovat, že chirurgická léčba refluxní choroby jícnu je standardní operací a plnoprávnou alternativou léčby konzervativní.

Pro chirurga i pro pacienta je uvážena a včasná indikace k výkonu výhodná.

Pro chirurga je provedení včas indikované operace technicky jednodušší a dává naději na lepší výsledek, než výkon u pacienta s rozsáhlým bráničním defektem.

Pacienta správně indikovaná a provedená operace prakticky natrvalo zbaví subjektivních obtíží, ale zejména předejde komplikacím refluxu (Barrettův jícen, rozvoji asthmoidních obtíží atd. atd.).

Výsledky léčení pozdně indikovaných operací brániční kýly s rozsáhlým defektem, který je nutno řešit implantátem (sítkou) nejsou srovnatelné s výsledky správně a včas indikovaných operací.

MUDr. Jiří Jungwirth promoval v roce 1986 na lékařské fakultě. Zaměřuje se na operace břišní a od roku 1993 se věnuje laparoskopické chirurgii. Celkem provedl dosud přes 3 500 laparoskopických operací v břišní dutině. Prakticky všechny chirurgické pacienty v Sanatoriu sv. Anny operuje MUDr. Jungwirth osobně a to činí 350 až 400 operací ročně. Má atestaci II. stupně z oboru všeobecná chirurgie.



Transnazální gastroskopie

- gastroskopické vyšetření bez obav a nepříjemného dávení

MUDr. Anna Jungwirthová

Sanatorium sv. Anny, Praha 3

Endoskopická vyšetření trávicího ústrojí plní nenahraditelnou úlohu v diagnostice a endoskopické terapii patologických slizničních lézí. Kromě exaktní diagnózy stanovením histologického a imunohistochemického nálezu umožnila endoskopie rozvoj terapeutických metod: odstraňování polypů, dysplazií, časných stadií maligních lézí, ošetření krvácení, léčení zánětů, striktur, angiodysplazií, extrakci cizích těles, zavádění stentů, extrakci choledochu - a hepatikolitíazy – to vše s minimální invazivitou, bez nutnosti laparotomie.

Gastroskopické vyšetření není pacienty oblíbené, ani vyhledávané pro svoje nepříjemné doprovodné projevy, jako je dávení, kašlán, slinění a nepříjemný tlak v krku. Klasický transorální gastroskop tyto projevy neeliminuje, proto se mnohdy používá v přípravě na vyšetření sedativní medikace. Nový typ endoskopu - **transnazální gastroskop** - se zavádí skrz nosní průchody, nosohltan do hypofaryngu, jícnu, žaludku a dvanáctníku velmi snadno, bez doprovodného dráždění. Rozšíření možnosti transnazálního přístupu endoskopem o průměru 5,9 mm umožnil vynález malého super CCD čipu, o rozměrech 4x4 mm s velmi vysokým rozlišením a stejně kvalitním obrazem, jaký poskytují běžné endoskopy o průměru 10 mm a více. Endoskopista dobře vidí a hodnotí, když je vyšetřovaný orgán v klidu, bez bouřlivé peristaltiky drážděné přítomností přístroje ve vyšetřované tělní dutině neklidného pacienta.

Endoskopie umožňuje cílené zásahy s vynikající precizností. Nevýhodou endoskopického vyšetření horní části trávicího traktu prováděné konvenčním transorálním přístupem je diskomfort pro pacienta představovaný říháním, kašlem, u anxiózních pacientů výraznějším dávením až zvracením žaludečního obsahu, hypersalivací, motorickým neklidem při vyšetření, bolestivým tlakem endoskopu v krku a iritací kořene jazyka. Zavádění endoskopu širšího průměru působí dismotilitní poruchu, podobnou akutní křeči svalů jícnu kolem velkého kusu potravy u hltavého jídla s následným tlakem v krku, za hrudní kostí a s nucením na zvracení. Předtucha těchto stavů u pacientů informovaných od těch, kteří gastroskopii absolvovali s problémy, vyvolává obavy z gastroskopického vyšetření, či dokonce jeho odmítání. V případech vyšetřování anxiózního pacienta konvenčním transorálním endoskopickým přístupem je vhodné v premedikaci parenterálně aplikovat sedativum s cílem dosažení zklidnění vyšetřované osoby. Nevýhodou sedace je následná krátkodobá změna vědomí a riziko nežádoucích účinků podaných léků. Nutností je monitorace saturace organismu kyslíkem, systémového krevního tlaku, pulzu, elektrokardiografického záznamu v průběhu vyšetření i po něm, medicínský dohled v odpočinkové místnosti dostatečně dlouhou dobu po vyšetření a doprovod pacienta při odchodu do domácího prostředí

poučenou dospělou osobou. Každý endoskopista, který zažil idiosynkrastickou, alergickou nebo paradoxní reakci po aplikaci sedativa, ocení možnost endoskopovat v dobré duševní pohodě transnazálním přístupem i polymorbidní pacienty vysokého věku s polyvalentní alergií v příjemném rozhovoru s nimi bez použití sedace při dodržení zásad bezpečné digestivní endoskopie.

Nosní průchody široké zhruba 6 až 8 mm umožňují zavádění tenkého transnazálního endoskopu podobně jako zavádění nosní sondy. Transnazální endoskopie představuje novou kvalitu pro vyšetřovaného, vyšetřujícího, asistující personál, okolní prostředí a bezpečnost přístroje.

Pro vyšetřovaného pacienta

Pro pacienta je gastroskopické vyšetření transnazálním přístupem jednoznačně menším zatížením s minimalizací negativ provázejících konvenční gastroskopii. Nejsou vyvolávány nepříjemné vegetativní, obranné a potravní reflexy, motorický neklid, spazmy a paradoxní motorika vyšetřované oblasti klinicky vnímané jako říhání a hyperperistaltika. Z obranných reflexů je vyloučen kašlací, dávicí, zvrací reflex. Z potravních reflexů potlačen reflex sekreční. Není potřebné používání náustku a jeho fixace. Vylučuje se možnost eventuálního poškození chrupu vyšetřované osoby tlakem náustku. Vegetativně vyvolaná hypersalivace, říhání, zrychlená peristaltika, někdy až odchod flatu je společensky nepříjemné pro pacienta a u citlivých osob vyvolává pocit ztráty důstojnosti při vyšetření.

Bezproblémová fonace a možnost komunikace pacienta s lékařem umožňuje aktivní zapojení vyšetřovaného subjektu do průběhu vyšetření, konzultaci nálezu s lékařem přímo pozorováním a popisem zobrazeného endoskopického nálezu na monitoru. Pozornost pacienta je odvedena žádoucím směrem. Obavy střídá zvědavost a zájem s následným pozitivním vlivem na lepší compliance k farmakoterapii i dodržování léčebného nefarmakologického režimu. Vyloučením podávání sedativ v premedikaci nevzniká amnézie, pacient si pamatuje nálezu i poučení od lékaře. Parenterální aplikace benzodiazepinů způsobuje někdy superficiální flebitidu – nepříjemnou připomínku prodělaného vyšetření. U transna-

zálního přístupu vystačíme s lokální přípravou dutiny nosní a faryngu. Transnazální vyšetření je výhodné zejména u stigmatizovaných pacientů mladšího věku s výraznými obrannými reflexy. Mnozí z nich po absolvování transnazální endoskopie přiznávají, že z velkých obav gastroscopické vyšetření předtím opakovaně odmítali.

Pacient po vyšetření nemusí pobývat v odpočinkové místnosti pod dohledem zdravotnického personálu, může ihned po zákroku odjet domů nebo do zaměstnání bez doprovodu druhou osobou, pěšky, využitím MHD nebo vlastním automobilem. Již krátce po skončeném vyšetření může pacient jíst i pít.

Oproti klasické transorální endoskopii je tento způsob vyšetření kratší. Pacient je klidný, v trávicím ústrojí nedochází k žádným bouřlivým reakcím a vyšetření je tedy jednodušší, komfortnější, bezpečnější a rychlejší.

Pro vyšetřujícího endoskopistu

Práce s ultratenkým flexibilním přístrojem je jiná než s tužšími endoskopy silnějšího kalibru. Přístroj kopíruje fyziologická zakřivení, není třeba vyvíjet dozovaný tlak na místa fyziologického zúžení. Technika zavádění ultratenkého endoskopu je „měkká“. Přístroj při větším tlaku snadno přechází do inverzní pozice. Endoskopující lékař se nemusí obávat limitovat pacienta, který se dostavil na vyšetření jako řidič motorového vozidla a poučovat ho o zákazu vykonávání práce vyžadující soustředěnou pozornost, protože nebylo podáno sedativum. Snad každý endoskopista zažil nepříjemný pocit silného stisku zubů na svých prstech při obtížnějším zavádění konvenčního transorálního přístroje u neklidného pacienta. Tento problém u transnazálního zavedení ultratenkého gastroskopu zcela odpadá.

Okolní prostředí

Pro okolí vyšetřovaného subjektu představuje transnazální přístup výrazné zlepšení hygienického standardu, snížení možnosti kontaminace prostředí kapénkovou infekcí a snížení možnosti šíření kontaktní nákazy přímým stykem s tělesnými sekrety. Redukuje se tak možnost šíření virů hepatitid, HIV, herpetických virů, *Helicobacter pylori*, tuberkulózního *Mycobacteria*, event. jiných, zejména sporulujících mikrobusů. Ústa vyšetřované osoby nejsou otevřená, obranný kašlací reflex je minimalizován a vyšetřující endoskopista není v přímém dosahu šířícího se aerosolu. Na pracovištích bez optimální zvukové izolace je přínosem klidný průběh vyšetření bez přídatných disharmonických akustických fenoménů šířících se z úst silně anxiózních osob do prostor čekáren, chodeb a recepcí.

O přístroji

I přes malé rozměry (5,9 mm) má ultratenký přístroj, stejně jako podstatně silnější endoskop, pracovní kanál šíře 2 mm pro zavedení biopsických nebo extrakčních kleští, polypektomických kliček, kanyl pro chromodiagnostiku.

Metoda transnazálního endoskopického přístupu při vyšetření horní části trávicího traktu pochází z Japonska, které je domovem všech ostatních endoskopických metod.

Omezení vyšetření

Transnazální gastroskopie má i svá omezení. Tím, že je gastroskop tenký a zavádí se nosem, který je anatomicky úzký,

nelze tuto metodu využít k extrakci cizích těles. Přístrojem je možné provádět endoskopické polypektomie menších polypů horní části trávicí trubice, které lze extrahovat nosním průchodem. Větší polypektomie, makrobiopsie, dilatace stenóz či stavění krvácení pomocí mechanických klipů nebo ligačních kroužků transnazálním přístrojem možné není. Tuto metodu nelze použít u pacientů s úzkými nosními průchody. V těchto případech použijeme klasický transorální přístup transnazálního endoskopu.

Příprava k vyšetření

Příprava na transnazální gastroskopii se v podstatě neliší od klasické gastroskopie. Pacient 6 až 8 hodin před vyšetřením nepije, nejlépe a nekouří. Pět minut před vyšetřením se pacientovi podává deflatulentní přípravek. Bezprostředně před výkonem aplikujeme 10% lidocain spray do orofaryngu a přilehlé části nazofaryngu. Dále použijeme vazokonstriktor naphazoline nitrát 0,1% gtt. 2 kapky do pravého i levého nosního průchodu a lubrikační gel s trimecainem aplikujeme lokálně do obou nosních průchodů a použijeme ho i na povrch endoskopu. V případě pozitivní alergické anamnézy – zejména alergie na lokální anestetika (lidocain, trimecain) používáme lubrikační gel bez anestetika na zlepšení klouzavosti k snadnému zavedení endoskopu, nepoužíváme ani Xylocain sprej.

Průběh vyšetření

Samotné vyšetření se provádí vleže na levém boku, v tom se od klasického gastroscopického vyšetření nijak neliší.

Klasická gastroskopie se v Americe a západní Evropě běžně provádí v narkóze. Narkóza eliminuje výhody transnazální gastroskopie. I samotní endoskopisté nechtějí měnit fungující klasickou gastroskopii za novou metodu. Ovšem transnazální vyšetření má i tak co nabídnout. Například pacienti, kteří na gastroskopii musí vícekrát, mohou mít problém s opakovanou anestézií.

Ekonomicky je vyšetření rovněž výhodnější. Pokud srovnáme náklady na gastroskopii s narkózou, výrazně se zvyšují prací anesteziologa, anesteziologické sestry, anesteziologického přístrojového vybavení, léčiv. Proto si myslím, že v souladu s trendy na úspory ve zdravotnictví, má metoda velké ekonomické přednosti.

Indikace k vyšetření

- dyspeptická symptomatologie vzbuzující podezření na onemocnění horní části trávicí trubice (nauzea, nevolnost, opakované zvracení, nechutenství, nápadnější hmotnostní úbytek, bolesti v nadbřišku, stagnace jídla, suspektní bezoáry, dysfagie, odynofagie, hypersalivace, foetor ex ore, pyróza, regurgitace, singultus, říhání),
- poleptání sliznice horní části trávicího traktu,
- záněty jícnu,
- divertikly horní části trávicí trubice,
- podezření na přítomnost cizího tělesa v horní části GIT,
- podezření na vývojovou vadu, organickou stenózu,
- krvácení do GIT: hemateméza, meléna, okultní krvácení,
- anémie,
- poruchy motility horní části trávicí trubice,
- nález rezistence v epigastriu, hypochondriích,
- dlouhodobý kašel se suspekci na gastroezofageální reflux,
- bolesti na hrudi k vyloučení nekardiální příčiny obtíží,
- k vyloučení ev. posouzení jícnových varixů u hepatopatií,

- portální hypertenze,
- k posouzení nálezu na sliznici horní části GIT u systémových onemocnění pojiiva,
- zánětlivých onemocnění GIT,
- neurčité a nejasné nálezy v epigastriu získané vyšetřením zobrazovacími metodami indikovanými z jiných diagnostických důvodů – RTG, CT, ultrasonografie břicha,
- vyšetření aktuálního statusu *Helicobacter pylori* a stavu sliznice horní části GIT před plánovanou dlouhodobou terapií bisfosfonáty, nesteroidními antirevmatiky, před nasazením biologické léčby,
- dispenzarizace prekanceróz,
- dispenzarizace nemocných po resekčních operacích horní části GIT,
- vyšetření členů rizikových rodin s výskytem karcinomu žaludku a jiných adenokarcinomů,
- dispenzarizace nemocných s perniciózní anémií,
- vyšetřování nemocných s potravinovou intolerancí a potravinovou a lergii,
- vyšetření horní části trávicí trubice před plánovanými operacemi: laparoskopická cholecystektomie, bariatrické operace ap.,
- u funkční dyspepsie k vyloučení organického postižení horní části trávicí trubice.

Zjednodušením přípravy před vyšetřením, redukcí vyvolávaných obranných reflexů, vyloučením nutnosti aplikace sedativ zpřístupňuje transnazální cesta endoskopické vyšetření:

- gravidním pacientkám, kde je tento výkon indikován pouze u těžkého refrakterního zvracení s rizikem metabolického rozvratu, u hematemézy, bolestí břicha v epigastriu, při suspiciu na mechanickou obstrukci horní etáže GIT,
- pubescentům s výraznější anxiétou před vyšetřením,
- stigmatizovaným úzkostným osobám,
- dlouhodobě intubovaným nemocným se suspekci na vředovou lézi,
- krátkodobě intubovaným umožňuje perioperační gastrokopii,
- pacientům s překážkou v orofaciální oblasti např. po stomatochirurgické operaci s intermaxilární fixací,

- geriatrickým pacientům s polymorbiditou a polypragmazií (v těchto případech je využití transnazálního přístupu bezpečné zejména při přidružených kardiopulmonálních, respiračních, neurologických onemocněních),
- pacientům s myastenii,
- pacientům po torakochirurgických operacích včetně kardiokirurgických,
- pacientům s potřebou katetrizace jejunu – jednoznačně rychlejší cílené zavedení nazojejunální sondy při enteroklyze,
- kachektickým pacientům umožňuje snadnější umístění výživné sondy,
- dlouhodobě imobilním pacientům umožňuje bed-side metodu zavedení nazojejunální sondy bez nutnosti transportu pacienta na rentgenovou diagnostickou jednotku,
- pacientům při endoskopické léčbě obezity
- pacientům s potřebou zajištění nutričního přístupu modifikovanou metodou perkutánní endoskopické gastrostomie (PEG)
- pediatrickým pacientům, kde je vyžadován zevní průměr endoskopu pro kojence kolem 6 mm, aby nedošlo k mechanickému útlaku trachey. Ultratenkým transnazálním přístrojem průměru 5,9 mm lze vyšetřit i novorozence s hmotností 1 500 g. Pediatri vyšetřují kojence, batolata a děti předškolního věku v celkové narkóze orálním přístupem,
- výzkumným pracovníkům v různých vědeckých odvětvích medicínských i nemedicínských oborů.

MUDr. Anna Jungwirthová - promovala na 3. lékařské fakultě v Praze v roce 1986. Po promoci pracovala jako asistentka na katedře histologie 3. lékařské fakulty, následně na I. interní klinice Fakultní nemocnice Královské Vinohrady. Od roku 1995 pracuje v privátním zdravotnickém zařízení EGK s. r. o., kde provádí ročně kolem 1 200 gastrokopických a stejný počet kolonoskopických vyšetření, aktivně provádí enteroskopická vyšetření pomocí double balloon enteroskopu, kapslovou enteroskopii, endosonografická vyšetření, zavádění bi-oenterických balónů na hubnutí. Má atestaci v oboru interního lékařství a gastroenterologie.

KNIŽNÍ NOVINKY



Autor: Dominik Brůha, Eva Prošková

ISBN:978-80-7357-661-5

Vazba: pevná, Počet stran: 560, Cena: 695 Kč

Vydalo nakladatelství Wolters Kluwer ČR, a. s., www.wkcr.cz

Kniha Zdravotnická povolání od odborníků v oblasti práva a zdravotnictví Dominika Brůhy a Evy Proškové přináší ojedinělý komplexně zpracovaný odborný právní výklad vztahující se k výkonu zdravotnických povolání. Tato jedinečná publikace pojednává jak o výkonu zdravotnických povolání, tak o veřejnoprávní úpravě regulace zdravotnických povolání, ale také o specifických otázkách zaměstnávání ve zdravotnictví.

Právě resort zdravotnictví představuje „výkladní skříň“ problémů uplatňování pracovního práva v praxi. Například praktické problémy pracovní doby, zvyšování a prohlubování kvalifikace zdravotnických pracovníků, stejně jako problematika odměňování, dovolené atd., to jsou otázky, na které se autoři této publikace snaží podat kvalifikované odpovědi.

Takto komplexní přehled problematiky spojené se zdravotnickými povoláními ocení především vedoucí ale i řadoví pracovníci působící ve zdravotnictví, personalisté i studenti a cenné informace v ní najde i odborná právnická veřejnost. Výklad je doplněn množstvím příkladů z praxe a rozsáhlým poznámkovým aparátem.



Sekundární hypertenze

MUDr. Ivan Řiháček, Ph.D.

II. interní klinika Fakultní nemocnice u sv. Anny a Masarykova univerzita, Brno

Sekundární hypertenze je definována jako zvýšení systémového krevního tlaku známou, mnohdy léčebně ovlivnitelnou příčinou. Nejčastějšími příčinami jsou onemocnění ledvinového parenchymu, renovaskulární hypertenze a primární hyperaldosteronismus. V přehledu je zpracována diagnostika, základní klinické a laboratorní vyšetření u sekundárních forem hypertenze.

Úvod

Sekundární hypertenze (SH) je definována jako zvýšení krevního tlaku (TK) na podkladě známé příčiny (tabulka 1). Je přítomna asi u 10 % dospělých hypertoniků.^{1,2} Zvýšení TK bývá závažnější než u esenciální formy, hůře reaguje na nasazenou léčbu a častým důsledkem je rezistentní hypertenze. Správná diagnostika a odstranění vyvolávající příčiny může vést u některých pacientů k trvalému vyléčení. Diagnostika vzácnějších forem SH přesahuje možnosti přehledného článku. Podrobné údaje lze nalézt v literárních odkazech.

Tabulka č. 1: Rozdělení hypertenze dle etiopatogeneze

Primární (esenciální)	90 %
Sekundární	10 %
- Onemocnění ledvinového parenchymu	5 %
- Renovaskulární	3 %
- Endokrinní	0,5-2 %
- Koarktace aorty	< 0,5 %
- Léky, potraviny, chemikálie	< 0,5 %
- Ostatní (neurogenní, stresová)	< 0,5 %
- Hypertenze v těhotenství (gestační)	asi 5 %

Obecné diagnostické postupy při podezření na SH

V rodinné anamnéze pátráme po vrozených onemocněních u nejbližších příbuzných: polycystické ledviny, ledvinné kameny, vrozené srdeční vady (dvojčipá aortální chlopeč, koarktace aorty), endokrinní onemocnění (feochromocytom, mnohočetné endokrinní neoplazie (MEN) typ 2A a 2B, von Hippel-Lindauova nemoc, neurofibromatóza).

V osobní anamnéze zjišťujeme prodělané onemocnění ledvin (glomerulonefritida, refluxní nefropatie, pyelonefritida, ledvinné kameny), cukrovku (diabetická nefropatie, renovaskulární hypertenze), ischemickou chorobu dolních končetin (renovaskulární hypertenze), záchvatovitou tachykardii se zblednutím (feochromocytom), svalovou slabost a křeče (hyperaldosteronismus, Cushingův syndrom), tachykardii, hubnutí (hyperthyreóza), poruchy spánku, únavnost a denní usínání (syndrom spánkové apnoe), bolesti (stresová hypertenze). Ptáme se na příjem alkoholu, kouření, drogy (kokain), lékořiči a solení.

Ve farmakologické anamnéze pátráme po užívání léků zvyšujících TK (estrogeny, kortikoidy, sympatomimetika, erythropoetin, nesteroidní antirevmatika, cyklosporin, tacrolimus).

V objektivním nálezu si všímáme typu obezity (gynoidní, androidní, Cushingův syndrom). Pátráme po známkách alkoholismu (malnutrice, pletora, hepatomegalie, pavoučkové névy), akromegalii, anémii a otocích (nemoci ledvin), hirsutizmu (adrenogenitální syndrom, polycystická ovaria). Všímáme si možné hyperlipoproteinémie (xantelazmata, xantomy, arcus senilis corneae).

Při fyzikálním vyšetření se zaměříme na palpaci a poslech velkých tepen (karotidy, renální tepny, femorální tepny – renovaskulární hypertenze), palpaci štítné žlázy (thyreopatie), jater (alkohol), ledvin (polycystické ledviny). U mladších hypertoniků upozorňuje systolický šelest nad aortou a mezi lopatkami na možnou koarktaci. U některých nemocných kromě zvýšení TK nezaznamenáme žádné další odchylky.

Základní laboratorní a pomocná vyšetření u všech nově diagnostikovaných hypertoniků jsou v tabulce 2. Speciální vyšetřovací metody při podezření na různé typy SH jsou v tabulce 3.

Tabulka č. 2: Současná doporučená vyšetření u nově zjištěné hypertenze¹

Vyšetření povinná u všech hypertoniků
- Moč: Moč chemicky + sediment, mikroalbuminurie
- Sérum: Na, K, kreatinin, glykémie, kyselina močová, lipidy*), vypočtená glomerulární filtrace dle MDRD, hemoglobin, hematokrit
- Elektrokardiogram
Vyšetření vhodná u některých hypertoniků
- Echokardiografie (těžší hypertenze, podezření na sekundární hypertenzi)
- Sonografie karotických a femorálních tepen
- Proteinurie kvantitativně (při pozitivitě moče chemicky), glykemická křivka
- Oční pozadí u závažné hypertenze
- Poměr TK kotník/paže
- Vyšetření rychlosti šíření aorto-femorální pulzní vlny
- Domácí a 24hodinové monitorování TK

Vysvětlivky:

Na – sodík,

K – draslík.

* – celkový cholesterol, HDL cholesterol, LDL cholesterol, triglyceridy,

SH – sekundární hypertenze,

MDRD – Modification of Diet in Renal Disease¹⁰,

TK – krevní tlak

Tabulka č. 3: Rozdělení a diagnostika nejčastějších příčin sekundární hypertenze

Typ hypertenze	Podtyp	Diagnostika
Renální	Parenchymová	Patologický nález v moči + sedimentu Zvýšený kreatinin, snížená glomerulární filtrace Sonografie ledvin
	Renovaskulární	Šelest v břiše Duplexní sonografie ledvinných tepen CT angiografie ledvinných tepen
Endokrinní	Hyperaldosteronismus	Hypokaliémie PA/PRA > 30 CT, NMR nadledvin
	Feochromocytom	Záchvatovitá hypertenze K.vanilmandlová > 50 μmol/l moči Normetanefrin > 360 μg/24 hodin v moči Metanefrin > 300 μg/24 hodin v moči CT, NMR břicha 131I-metajodbenzoylguanidin
	Cushingův syndrom	Typická obezita, strie Kortizol v moči > 600 nmol/24 hodin CT, NMR hypofýzy a nadledvin
	Další endokrinní	Thyreotoxikóza, akromegalie, primární hyperparathyreóza, vrozené poruchy
Koarktace aorty		Šelest mezi lopatkami, věk pod 30 let TK na HKK o ≥ 20 mmHg vyšší než na DKK ECHO srdce a descendentní aorty
Léky, chemikálie, potraviny	Objemová hypertenze	Antacida, lékořice, estrogeny, diuretika, nesteroidní antirevmatika, kortikoidy
	Stimulace sympatiku	Cocain, nicotin, phenylefrin, ketamin, naloxon, ergotamin, bromocriptin, metoclopramid, tyramin (sýry).
	Kombinované + jiné	Cyclosporin, erythropoetin, těžké kovy, lithium
Gestační hypertenze	Prostá gestační Preeklampsie	Hypertenze - TK ≥ 140/90 mmHg + proteinurie > 300 mg/24 hodin
Neurogenní	Zvýšení intrakraniálního TK	Bolesti hlavy, zvracení Oční pozadí, CT, NMR mozku
	Syndrom spánkové apnoe	Únava, nevyspání, usínání během dne, chrápání. ORL, spánková laboratoř
Akutní stresová		Operace, hypoglykémie, psychogenní hyperventilace, po resuscitaci, abstinenční alkoholová

Vysvětlivky:

PA – hladina plazmatického aldosteronu

TK – krevní tlak

HKK – horní končetiny

DKK – dolní končetiny

ORL – otorhinolaryngologie

PRA – hladina plazmatického reninu

CT – počítačová tomografie

NMR – nukleární magnetická rezonance

Onemocnění ledvinného parenchymu (OLP)

S poklesem úmrtnosti na ICHS a COM narůstá ve vyspělých státech počet nemocných se závažným selháním ledvin.³ Jen asi 3-5 % hypertoniků má OLP (sekundární forma hypertenze), ale asi 80-90 % nemocných zařazených do dialyzačního programu nebo čekajících na transplantaci ledviny má hypertenzi. OLP mohou postihovat jen jednu ledvinu nebo jsou oboustranné.⁴

Příčiny OLP: diabetická nefropatie, hypertenzní nefropatie, chronické glomerulonefritidy, intersticiální nefritidy, refluxní a obstrukční nefropatie (kameny), polycystické ledviny a analgetická nefropatie. **Patogeneze hypertenze u OLP:** dochází k zadržení sodíku a objemové expanzi, zvýšené produkci vazokonstrikčních látek (katecholaminy, angiotenzin II, endotelin), snížené produkci vazodilatačních (bradykinin, prostaglandiny, adenosin, oxid dusnatý, natriuretické peptidy).⁴

Diagnostika: je přítomen patologický nález v moči (mikroalbuminurie, proteinurie, hematurie, válece), snížená glomerulární filtrace (GF), porucha koncentrační schopnosti ledvin. Zde je třeba upozornit, že v počátečních stádiích hypertenzní a diabetické nefropatie bývá GF zvýšená a nemusí být patologický močový nález. Pozitivita autoprotítek u systémových onemocnění a glomerulonefritid. Sonografie a computerová tomografie (CT) (morfologické změny ledvin a vývodných močových cest), intravenózní urografie (morfologie, funkce parenchymu), renální izotopová nefrografie a fázová scintigrafie (funkce parenchymu, vylučování), renální biopsie (histologie).

Terapie: u některých typů renoparenchymatózního onemocnění (častěji u jednostranných postižení) můžeme odstranit chirurgicky nebo instrumentálními postupy vyvolávající příčinu a SH ustoupí nebo je lépe kontrolována (hydronefróza, solitární cysta ledviny, nádory, afunkční svařetělá ledvina). V ostatních případech je nutná medikamentózní léčba. Je prokázáno, že **důsledná léčba hypertenze vede ke snížení progresu ledvinného onemocnění a může oddálit vznik konečného stadia selhání ledvin.**

Proto je u této skupiny pacientů doporučováno dosáhnout cílového TK pod 130/80 mmHg a u nemocných s proteinurií nad 1g/24 hodin TK pod 125/75 mmHg.^{2,3} **Nejvhodnějšími léky jsou inhibitory angiotenzin-konvertázy (ACEI) a sartany (za přísného monitorování renálních funkcí a hodnot draslíku při léčbě).** Kritických je prvních 14-21 dní terapie. Pokud se nezvýší hodnota kreatininu o více než 20-30 %, je léčba bezpečná. Při hodnotách draslíku nad 5,1 mmol/l po týdnu léčby je nutno zavést preventivní opatření: omezení draslíku v dietě, vysazení kalium retenčních diuretik, vynechání nesteroidních antiflogistik, úprava metabolické acidózy, snížení dávky ACEI (sartanů) nebo převedení na lék s duálním vylučováním (fosinopril, spirapril, trandolapril). Pokud hodnota draslíku stoupne nad 5,6 mmol/l je nutno ACEI (sartany) vysadit. Vhodnými léky do kombinace jsou **diuretika** (při kreatininu nad 180 μmol/l kličková, event. v kombinaci s thiazidy při nedostatečné diuretické odpovědi) a **blokátory kalciových kanálů**.^{4,5} Pacienti s chronickou renální insuficiencí nebo diabetickou nefropatií mají významně zvýšené kardiovaskulární riziko. Proto je vždy indikována **důsledná hypolipidemická léčba**.^{4,2} Nemocní se středně zvýšenou koncentrací dusíkatých látek (kreatinin nad 200 μmol/l) by měli být dispenzarizováni ve specializované interní nebo nefrologické ambulanci.

Doporučení pro praxi: u čerstvě zjištěné hypertenze vždy provést vyšetření moče a močového sedimentu, stanovit hodnotu sérového kreatininu. Vyšetřit mikroalbuminurii. Při patologii doplnit sonografii ledvin a vývodných močových cest. V případě stanovení diagnózy OLP snaha o přísnou kontrolu TK s cílem pod 130/80 mmHg léčbou založenou na blokádě systému renin-angiotenzin (ACEI, sartany).

Renovaskulární hypertenze

Její výskyt je u všech hypertoniků asi 2-5 %.⁴ Stoupá s věkem, u těžké rezistentní hypertenze (TK nad 180/110 mmHg a/nebo nad 160/100 mmHg při adekvátní léčbě trojkombinací léků včetně diuretika) až na 18 %. Větší výskyt je u kuřáků, nemocných s cukrovkou, aterosklerotickým (AS) postižením mozkových a srdečních tepen a s ischemickou chorobou dolních končetin. Je nutno na ni myslet u starších pacientů s edémem plic při hypertenzní krizi.

Příčiny: nejčastější příčinou je aterosklerotické zúžení renálních tepen (věk nad 55 let, obě pohlaví, asi 80 %) a fibromuskulární dysplazie (věk pod 30 let, ženy, asi 20 %). Etiologie fibromuskulární dysplazie není známa. AS postižení je progredující onemocnění, které postupně vede k ischemizaci ledviny, atrofii a poruše funkce. Za významnou stenózu považujeme zúžení redukující lumen o více než 70 %.⁴

Patogeneze: hemodynamicky významné zúžení renální tepny vede ke snížení průtoku plazmy ledvinou a ke snížení GF. Důsledkem je zvýšená sekrece reninu, aktivace sympatiku a systému renin-angiotenzin-aldosteron s vystupňovanou retencí sodíku a vody.

Klinický obraz: podezření na renovaskulární hypertenzi musíme mít u nemocných s hypertenzí do 30 let věku nebo s náhle vzniklou či při léčbě progredující těžkou hypertenzí nad 55 let. Dalšími příznaky mohou být břišní šelest, nejasné renální selhání, zhoršení funkce ledvin po léčbě ACEI (sartany).

Diagnóza: platí zde čím časnější diagnóza, tím lepší léčebný výsledek. Základním neinvazivním vyšetřením je duplexní sonografie renálních tepen (limitací je obezita) zkušeným sonografistou. Definitivní diagnóza se stanoví CT angiografií. Někdy bývá problém odlišit chronické OLP (většinou bývá pozitivní nález v moči a močovém sedimentu nebo na sonografii ledvin).

Léčba: u fibromuskulární dysplazie a AS stenóz se závažnou hypertenzí je indikováno provedení PTRa s použitím stentu. U fibromuskulární dysplazie dochází k progresi nemoci jen zřídka a provedená angioplastika vede k vyléčení u 50-70 % nemocných. U AS stenóz lze čekat lepší výsledek výkonu u nemocných s hodnotami kreatininu pod 130 $\mu\text{mol/l}$, při normální velikosti poškozené ledviny a s negativním nálezem v močovém sedimentu (možná koincidence s OLP). U ostatních nemocných zahájíme konzervativní medikamentózní léčbu, včetně účinně působících ACEI (sartanů).⁴

Doporučení pro praxi: u juvenilní hypertenze a u pacientů nad 55 let s rezistentní hypertenzí nebo nejasnou poruchou funkce ledvin (zejména při normálním nálezem v močovém sedimentu) myslet na možnost renovaskulární hypertenze. Jako vyhledávací metodu lze použít duplexní sonografii ledvinových tepen.

Endokrinní formy hypertenze

Výskyt v populaci (kromě primárního hyperaldosteronismu) je nízký, přesná diferenciální diagnostika je doménou specializovaných ambulancí a laboratoří.

Primární hyperaldosteronismus

Je nejčastější formou endokrinně podmíněné hypertenze.

Příčiny: jednostranný aldosteron produkující adenom (APA) - Connův syndrom a bilaterální hyperplazie nadledvin (tzv. idiopatický hyperaldosteronismus, IHA). Vzácný je karcinom kůry nadledvin a familiární dexamethason supresibilní hyperaldosteronismus.

Patogeneze: v obou nejčastějších případech (APA, IHA) dochází k autonomní hypersekreci aldosteronu kůrou nadledvin. Důsledkem je zadržování sodíku v distálních tubulech ledvin, zvýšené vylučování draslíku a vodíku (hypernatrémie, hypokalémie, meta-

bolická alkalóza). Je potlačeno vylučování reninu a jeho hladina je nízká. Lehčí formy hyperaldosteronismu (až 50 % vyšetřených, zejména IHA) nemusí hypokalémii a metabolické změny vykazovat. 6,7 Přímý vazokonstrikční efekt aldosteronu a jeho působení v hypotalamu pravděpodobně vedou k hypertenzi.⁵

Klinický obraz: hypertenze ve 100 %, únavový syndrom, nervosvalové poruchy a hypokalémie u 50 % pacientů.

Diagnostika: **Hypokalémie** při vyloučení jiné příčiny (diuretika, ztráty z gastrointestinálního traktu, alkoholická hepatopatie atd.), **metabolická alkalóza a zvýšená kaliuréza** (K v moči nad 30 mmol/24 hodin) u 50 % nemocných, snížení plazmatické reninové aktivity (PRA) a **zvýšení plazmatického aldosteronu** (PA). Nejcitlivějším znakem je vysoký poměr PA(ng/100 ml)/PRA(ng/ml/h). Hodnota nad 30 je pozitivní. Zobrazení adenomu nadledviny (APA) pomocí sonografie, CT nebo nukleární magnetické rezonance (NMR).^{6,7}

Léčba: chirurgická u jednostranného APA – přímá nebo laparoskopická adrenalektomie, vyléčení u 2/3 nemocných. Farmakologická u oboustranných forem (IHA) nebo u kontraindikace operace. Podává se spironolakton 25-150mg/denně, eplerenon 25-50 mg/denně nebo blokátory kalciových kanálů.

Doporučení pro praxi: na hyperaldosteronismus musíme myslet u všech rezistentních hypertenzí, zejména pokud je přítomna hypokalémie, kterou nemůžeme vysvětlit jinou známou příčinou. Vyhledávacím vyšetřením je stanovení poměru PA/PRA, při pozitivitě je vyšší než 30. Zobrazení adenomu pomocí CT nadledvin.

Feochromocytom

Vzácně se vyskytující příčina sekundární hypertenze.

Příčina: nádor chromaffinní tkáně nadledvin (90 %), méně často uložený extraadrenálně v sympatické tkáni ganglií dutiny břišní, hrudní nebo krku. 10 % nádorů bývá maligních, 10 % je lokalizováno v obou nadledvinách, 10 % je součástí vrozených syndromů (MEN typ II A a B, von Hippel-Lindauova nemoc, neurofibromatóza).^{6,7}

Patogeneze: hypertenze je důsledkem autonomní nadprodukce katecholaminů, nejčastěji noradrenalinu. U některých forem nemusí být přítomna.

Klinický obraz: hypertenze, často s náhlými vzestupy TK a pulsu, bolesti hlavy, pocení, zblednutí, třes, nevolnost, bolesti břicha, obstrukce, hyperglykémie. Řada nemocných může být kromě hypertenze asymptomatická.

Diagnostika: vyšetření **katecholaminů a jejich metabolitů** (metanefrin, normetanefrin, kyselina vanilmandlová) ve 24hodinové moči. Clonidinový supresní test, sono, CT nebo NMR vyšetření břicha a nadledvin, izotopové vyšetření (¹³¹I-metajodbenzoylguanidin) u extraadrenálních forem.⁸

Léčba: chirurgická po přípravě alfa1 a betablokátorů (14 dní) za pečlivého vedení anestézie. Farmakologická v přípravě nebo při kontraindikaci operace. Fentolamin 2x 10-3x 40 mg, deprezolin 3x 0,5 – 3x 4 mg, doxazosin 1x 4-8 mg, betablokátor až po předchozí alfa1 blokadě. U maligních forem málo úspěšná chemoterapie.

Doporučení pro praxi: feochromocytom je vzácné onemocnění, klinické příznaky jsou značně široké a nespecifické. Vyhledávacím vyšetřením je stanovení metabolitů katecholaminů v 24hodinové moči (norma: kyselina vanilmandlová pod 50 $\mu\text{mol/l}$, metanefrin pod 300 $\mu\text{g/24}$ hodin, normetanefrin pod 360 $\mu\text{g/24}$ hodin).

Koarktace aorty

Příčina: jedná se o zúžení hrudní aorty nejčastěji pod odstupem levé podklíčkové tepny. Patogeneze hypertenze: pod zúžením aorty (zejména v oblasti ledvin) dochází ke generalizované vazo-

konstrikci a tím ke zvýšení TK.

Diagnostika: juvenilní hypertenze, bolesti hlavy, pocit chladu a bolesti dolních končetin při námaze, systolický šelest mezi lopatkami, slabě hmatný puls na femorálních tepnách a rozdíl TK mezi horními a dolními končetinami vyšší než 20 mmHg. Na rentgenu hrudníku bývá patrná uzurace žeber rozšířenými mezižebními arteriemi. Potvrzení diagnózy je možno provést ECHO vyšetřením s dopplerem zkušeným kardiologem a angiografií.

Léčba: je chirurgická náhradou postiženého úseku protézou. Je možno provést balónkovou angioplastiku s použitím stentu. Po úspěšném výkonu se většinou normalizuje hodnota TK.

Doporučení pro praxi: při zjištění hypertenze v mladém věku provést důkladné vyšetření hrudníku (systolický šelest mezi lopatkami), palpaci tepen na horních a dolních končetinách a změření TK na obou horních a na dolní končetině. Podezření se potvrdí při hodnotě TK na dolní končetině o 20 mmHg nižší než na končetině horní.

Sekundární hypertenze způsobená léky, potravinami a chemickými látkami

Některé léky, potraviny a chemické látky vedou ke zvýšení TK. Mechanismus hypertenzního působení je různý, u některých příčinu zvýšení TK neznáme (erythropoetin, těžké kovy, lithium). Některé působí zvýšením objemu tekutin v těle (antacida, lékořice, estrogeny, nesteroidní antirevmatika, kortikoidy, adiuretin), jiné stimulaci sympatického nervového systému (cocain, nikotin, phenylefrin, ketamin, naloxon, ergotamin, bromocryptin, metoclopramid, potraviny obsahující tyramin). Cyclosporin zvyšuje sympatickou nervovou aktivitu, vazokonstrikci hladkého svalstva cév a snižuje renální vylučování sodíku.

Všechny tyto látky mohou zvyšovat hodnotu TK u zdravých jedinců a významně snižovat účinnost antihypertenzní léčby u hypertoniků. Mohou být příčinou rezistentní hypertenze.

Doporučení pro praxi: u pacientů s čerstvě zjištěnou hypertenzí a u nemocných s rezistentní hypertenzí pátrat v anamnéze po užívání výše uvedených léků. Po jejich vysazení může dojít k úpravě TK.

Hypertenze v těhotenství

Patří mezi hlavní příčiny mateřské, fetální a perinatální nemoci a úmrtnosti. Celkový výskyt hypertenze v těhotenství včetně gestační je asi 10 %.

Patogeneze: fibrinoidní nekrozou a trombotizací placentárních aretriol dochází k sníženému prokrvení uteroplacentární oblasti. V důsledku ischémie uvolňuje placenta látky vedoucí k endoteliální dysfunkci s převahou presorických působků nad vazodilatačními, které zvyšují TK.

Diagnostika: za gestační hypertenzi je považováno zvýšení TK po 20. týdnu gravidity na ≥ 140 a/nebo 90 mmHg. Proteinurie je definována jako množství bílkoviny větší než 300 mg/24 hodin, ve dvou vzorcích středního proudu moči. Gestační hypertenzi dělíme ještě na prosté zvýšení TK bez proteinurie, na preeklampsii (hypertenze a proteinurie) a na eklampsii. Eklampsie je vystupňováním příznaků preeklampsie = multiorgánové poškození.

Léčba hypertenze v těhotenství: zahájíme nefarmakologickou léčbu při hodnotách TK 140-150 a/nebo 90-95 mmHg. Doporučuje se omezení tělesných aktivit, klid na lůžku, kontroly TK. Nedoporučuje se omezení soli v potravě a redukce hmotnosti (pro možnou nízkou porodní hmotnost plodu). U gestační hypertenze bez proteinurie je doporučeno zahájení farmakologické léčby po selhání nefarmakologických opatření při hodnotách TK opakovaně (během týdne) nad 150 a/nebo 95 mmHg. U preeklampsie již u hodnot TK nad 140 a/nebo 90 mmHg. Cílem léčby je snížení TK pod 140/90 mmHg a zabránění rozvoje eklampsie.

Při hodnotě TK nad 170/110 mmHg zahajujeme farmakologickou léčbu ihned a nemocná by měla být hospitalizována. Lékem volby je alfa methyldopa v dávce 3x 250-500 mg nebo kardioselektivní betablokátory. Lze použít i blokátory kalciových kanálů (dlouhodobě působící dihydropyridiny, verapamil). Nevhodná jsou diuretika pro možnost dalšího zhoršení uteroplacentárního prokrvení. V těhotenství jsou absolutně kontraindikovány ACEI a sartany pro možné vývojové poruchy plodu. Definitivní léčbou preeklampsie a eklampsie je ukončení těhotenství. Ukončení těhotenství se řídí podle závažnosti onemocnění a stáří plodu.

Léčba po porodu: pokračujeme v zavedené léčbě, u nemocných s preexistující hypertenzí je léčba většinou trvalá, u gestační hypertenze dochází v průběhu šestinedělí k postupné normalizaci TK. Jsou tedy nutné pravidelné kontroly a včasné snížení a vysazení medikace. Všechna antihypertenziva užitá matkou se vylučují do mateřského mléka. Většina z nich v nízkých koncentracích. Toto neplatí pro betablokátory, které by mohly ohrozit zdraví dítěte.^{1,5,9}

Doporučení pro praxi: pokud je žena hypertonička ve fertilním věku a nemá adekvátní hormonální antikoncepci není vhodná léčba ACEI a sartany. V těhotenství jsou nutné pravidelné kontroly TK a proteinurie.

Další méně časté příčiny sekundární hypertenze

Musíme na ně myslet zejména u nemocných s rezistencí k léčbě (hyperthyroidismus, hyperparathyroidismus, akromegalie, syndrom spánkové apnoe, mozkové nádory, kvadruplegie, trauma hlavy, psychogenní hyperventilace, akutní stres (i předoperační), polycytémie, časté transfuze krve, transplantace kostní dřeně).

Závěr

SH má zjištěnou příčinou zvýšení TK. Po odstranění vyvolávající příčiny dojde u části nemocných k vyléčení hypertenze, u ostatních ke snížení dávky léků a lepší kontrole TK

Literatura:

1. Widimský J., Cífková R., Špinar J. a kol. Doporučení diagnostických a léčebných postupů u arteriální hypertenze – verze 2007. Doporučení České společnosti pro hypertenzi. Vnitř Lék 2008;54(1):101-118.
2. 2007 Guidelines for the Management of Arterial Hypertension. The Task Force for the Management of Hypertension of the European Society of Hypertension and of the European Society of Cardiology. Guidelines Committee. J Hypertens 2007;25:1105-87.
3. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR et al. The seventh report of the Joint national committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure. THE JNC 7 report. JAMA 2003;289:2560-2572.
4. Monhart V. Hypertenze a ledviny. Praha, Triton 2004;130 s.
5. Kaplan N. M. Clinical Hypertension, Seventh Edition. Williams and Wilkins, Baltimore 1998;444p.
6. Widimský J. jr.: Arteriální hypertenze-minimum pro praxi. Triton, Praha 1998;79s.
7. Widimský J. a kol. Hypertenze. Triton, Praha 2008;705s
8. Zelinka T., Kohoutová M., Musil Z. a spol. Genetické vyšetření u pacientů s nádory vycházejícími z autonomního nervového systému (feochromocytom, paragangliom). Hypertenze. Bulletin České společnosti pro hypertenzi 2005;2:18-20.
9. Král J.: Farmakoterapie hypertenze v těhotenství. Remedia 2000;2:96-103.
10. A more accurate accurate method to estimate glomerular filtration rate from serum creatinine: a new prediction equation. Modification of Diet in Renal Disease Study Group Ann Intern Med 1999;130 (6): 461-70.

MUDr. Ivan Řiháček, Ph.D. - po promoci na Masarykově univerzitě v roce 1988 nastoupil na I. interní kliniku FN u svaté Anny v Brně. V roce 1991 a 1995 složil atestace z vnitřního lékařství I. a II. stupně. Od roku 2003 pracuje na II. interní klinice těžce nemocnice. V roce 2004 obhájil doktorskou disertační práci. Specializuje se na léčbu hypertenze, je členem ČSH, ČIS a pracovní skupiny hypertenze a srdce ESC. Jako autor a spoluautor publikoval více než 60 odborných článků.

Pigmentové změny na kůži, prevence a možnosti vyšetření

MUDr. Petra Šefrnová,

As. MUDr. Monika Arenbergerová, Ph.D.

Dermatovenerologické kliniky 3. LF UK a FNKV, Praha

Pigmentové změny na kůži jsou jedním z nejčastějších důvodů vyšetření v dermatovenerologické ambulanci. Můžeme mezi ně zařadit melanocytární névy, některé druhy prekanceróz, benigních a maligních kožních nádorů i poruchy pigmentace. Nejzávažnější afekcí je maligní melanom. Důležité a účinné opatření proti tomuto onemocnění, ale i proti ostatním kožním nádorům, je primární prevence, která se zaměřuje především na ochranu proti UV záření. Pokud však maligní melanom vznikne, je důležitá zejména jeho včasná diagnostika.

Úvod

Pigmentové změny na kůži jsou jedním z nejčastějších důvodů vyšetření v dermatovenerologické ambulanci a zaujímají širokou škálu afekcí od zcela benigních (např. melanocytární névus) až po prognózu nejzávažnější maligní melanom. Můžeme je rozdělit na několik velkých skupin, do kterých patří především melanocytární névy, prekancerózy, benigní a maligní kožní nádory a poruchy pigmentace a to jak ve smyslu hyperpigmentace (např. ephelides, pihy nebo melasma), tak hypopigmentace (např. vitiligo).

Melanocytární névus

Patří mezi benigní kožní léze. Vznikají ložiskovitým zmnožením a transformací melanocytů převážně v oblasti bazální vrstvy epidermis a dermoepidermální junkce, vzácněji i primárně v kóriu.¹

1. Kongenitální névus (naevus melanocytaris congenitalis)

Bývá přítomen již při narození nebo vzniká v novorozeneckém období a vyskytuje se asi u 1 % dětí.² Klinicky se jeví jako makulózní či lehce elevované ložisko, pravidelně či nepravidelně hnědě pigmentované, často s papilomatózním či bradavičnatým povrchem. Může být pokryt zmnoženými terminálními vlasy, někdy velmi silnými až hrubými, pigmentovanými či nepigmentovanými (obr. 1). Kongenitální névus může mít od narození stacionární vzhled nebo vytvářet zpočátku pouze nepatrnou světle hnědou skvrnku na kůži, která se později vyvíjí v klasický kongenitální melanocytární névus.¹

Riziko vzniku melanomu v malém či středním kongenitálním névu je stejné jako u běžného získaného névu, pouze u velkého névu se popisuje nepatrně vyšší riziko.¹ Přístup k těmto névům není jednoznačný, jako nejšetrnější a poslední dobou také nejvíce uplatňované se jeví sledování afekce v pravidelných časových intervalech s chirurgickým odstraněním pouze podezřele změněného okrsku, neboť úplná excize pro velké rozměry většinou není možná.²

2. Běžný získaný névus (nevus melanocytaris)

Nejčastěji vzniká na kůži mezi 2. až 30. rokem života, ale může se vytvořit i později, avšak névy vznikající po 40. roce jsou poměrně vzácné. Jeho vznik ovlivňují jak faktory genetické, tak UV záření.¹ Podle klinického a histologického obrazu se rozděluje na tři hlavní typy: junkční, smíšené (compound) a intradermální. Junkční névus bývá většinou drobné plošné makulózní ložisko

o vel. 2–5 mm, sytě hnědý až černě pigmentovaný. Vyskytuje se kdekoli na trupu či končetinách. Má symetrický tvar a pravidelnou pigmentaci. Smíšený névus je na rozdíl od junkčních névů v centrálních partiích lehce vyvýšený, okraje bývají plošné, velikost bývá mírně větší do většinou 6 mm. Intradermální névus již v celém svém rozsahu prominuje nad okolní kůži, vytváří nodulární útvary elastické konzistence, pigmentované či amelanotické. Většinou bývá o velikosti mezi 5–10 mm, ale může nabývat i větších rozměrů papilomatózního či verukózního tvaru.¹

Riziko vzniku melanomu v běžných získaných névech je velmi malé, avšak větší množství těchto névů znamená zpravidla větší riziko jeho vývoje.¹

Obrázek 1.: Velký kongenitální névus



3. Dysplastický névus (naevus dysplasticus syn. Clarkův névus, atypický névus)

Dysplastický névus je získaný atypický melanocytární névus, který se vyskytuje buď sporadicky nebo familiárně jako syndrom dysplastických névů či BK mole syndrom.² Klinický obraz je rozdílný od běžných získaných névů. Velikost bývá větší (alespoň 5–7 mm), okraje nepravidelné, tvar asymetrický s nehomogenní pigmentací. Pro stanovení diagnózy syndromu dysplastických névů je podmínkou přítomnost minimálně 7 afekcí.^{1,3}

4. Naevus spilus

Bývá kongenitální nebo se objevuje v prvních měsících života či v útlém dětství. Projevuje se jako světle hnědé, obvykle několik centimetrů velké makulózní ložisko, v němž se postupně vytvářejí drobné roztroušené hnědé až hnědočerné tečkovité pigmentace, občas i papulózního charakteru.

5. Naevus Spitzové (syn. vřetenobuněčný névus, benigní juvenilní melanom)

Jde o benigní, převážně u dětí či mladých dospívajících se vyskytující afekci. Klinicky se projevuje jako rychle rostoucí (během několika týdnů až měsíců) hladký hrbolík světle hnědé či narůžovělé barvy o velikosti do 1 cm. Silně pigmentovanou variantou je vřetenobuněčný névus Reedův.²

6. Naevus Suttonův (syn. halo névus)

Névus, okolo něhož se vytvoří bílé, zcela depigmentované, ostře ohraničené ložisko neboli tzv. „halo“.¹ Vzniká většinou u dětí a dospívajících a je pravděpodobně výrazem imunologické reakce proti epidermálním melanocytům.²

7. Naevus coeruleus (syn. modrý névus)

Névus se jeví jako šedomodrá či modročerná papulózní či méně často plošná afekce, jejíž zbarvení je dáno uložením buněk obsahujících velké množství melaninu hluboko v koriu.

Prekancerózy

Mezi prekancerózy patří především lentigo maligna jakožto „prekurzor“ lentigo maligna melanomu.

Lentigo maligna (syn. melanosis praecancerosa circumscripta Dubreuilh) se projevuje zpočátku jako nevelké plošné, nejčastěji na obličeji se vyskytující, hnědé pigmentované ložisko, které v průběhu let pomalu roste do podoby větších makulózních ložisek nepravidelného tvaru, pigmentace i ohraničení, hnědé až černé barvy. Pravděpodobnost přechodu do lentigo maligna melanomu se zvyšuje s dobou trvání afekce a uvádí se asi v 25-30 % případů. Za hlavní etiologický faktor je považována dlouholetá expozice UV záření.^{2,4}

Maligní pigmentové kožní nádory

Jednoznačně nejzávažnější kožní pigmentovou afekcí je maligní melanom. Patří mezi jeden z nejzhoubnějších nádorů vůbec. Vyskytuje se nejčastěji u lidí středního věku a poměr mezi postiženými ženami a muži je přibližně 1:1.^{1,2} Jeho incidence u dospělých stoupá (v poslední době se uvádí v ČR 19 nových případů na 100 tisíc obyvatel za rok). Nádor může jednak vzniknout na klinicky normální kůži nebo na podkladě kongenitálního, získaného či častěji dysplastického (atypického) melanocytárního névu, v ložisku lentigo maligna a velmi vzácně i v modrém névu.² Jediný dosud prokázaný faktor zevního prostředí, který se s jistotou podílí na vzniku melanomu, je sluneční záření.¹ Významnou roli zde nehraje pouze celková kumulativní dávka slunečního záření v průběhu celého života, ale také životní období zvýšené expozice (zda docházelo k intenzivnímu oslunění v dětství či v dospělosti) a především četnost spálení kůže na slunci.¹ Dalšími podpůrnými faktory jsou světlé fototypy I a II a familiární výskyt dysplastických névů nebo melanomu.² Rozdělujeme 4 hlavní varianty maligního melanomu a to: lentigo maligna melanom, superficiálně se šířící melanom, nodulární melanom a akrolentiginózní melanom.

Lentigo maligna melanom se vyskytuje převážně na obličeji a krku u jedinců staršího věku v terénu předchozího lentigo maligna (viz prekancerózy). Klinicky se projevuje vznikem pigmentovaného či amelanotického modulu v kterékoliv části předchozí-

ho plošného ložiska.²

Superficiálně se šířící melanom (SSM) patří mezi nejčastěji diagnostikované typy maligního melanomu. Často bývá na horní polovině trupu u mužů a na dolních končetinách u žen. Projevuje se zpočátku jako drobná sytě hnědá až černě pigmentovaná ploška, která může připomínat běžný získaný či dysplastický névus. Postupně dochází k zvětšování afekce, která má nepravidelný tvar i okraje, někdy až cípateho charakteru. Pigmentace je většinou velmi výrazná (tmavě hnědá až černá), často skvrnitá nehomogenní. V pozdějším vývoji dochází často k regresi se vznikem šedomodrého nebo modrobílého zbarvení v takto postiženém okrsku. Dalším pozdním příznakem je vznik papul či nodulů v určité části ložiska, ať pigmentovaných či amelanotických, které se velmi snadno traumatizují a často mokvají či krvácejí. Nodulární melanom (NM) je druhým nejčastějším typem maligního melanomu. Vyznačuje se rychlejším růstem než předchozí varianta a klinicky se projevuje jako různě velký, pravidelně či nepravidelně pigmentovaný polokulovitý hrbolík. Barva bývá hnědá, černá nebo šedočerná, v asi 5 % případů bývá nádor primárně amelanotický.¹ Povrch tumoru často povrchově eroduje, krvácí a pokrývá se hemoragickou krustou.² (obr. 2)

Obrázek 2.: Pokročilý nodulární maligní melanom



Akrolentiginózní melanom (ALM) je u bílé rasy poměrně vzácnou variantou. Postihuje plosky, dlaně a subungvální partie.² Klinicky se projevuje jako plošné, skvrnitě pigmentované nepravidelné ložisko, v některých případech bývá zčásti překryt otlakovými hyperkeratózami. Pod nehtovými ploténkami může imitovat posttraumatické hemoragie, což má za následek častou pozdní diagnózu.¹

V dif.dg. maligního melanomu uvádíme několik dalších afekcí: Seboroická veruka (verruca seborrhoica, syn. senilní veruka). Seboroická veruka nejčastěji vzniká u lidí nad 50 let věku na trupu, hlavě a obličeji. Může mít několik podob od žluté makuly či papuly přes hnědý bradavičnatý útvar až po černou lesklou papulu. K maligní přeměně nikdy nedochází.

Lentigo simplex

Klinicky se projevuje obvykle pravidelně hnědé až černě pigmentovaná makula podmíněná množstvím melanocytů v bazální vrstvě epidermis. Může být přítomné již při narození, většinou se však tvoří v dětství a v období puberty. Je třeba ho odlišit od lentigo solaris (syn. lentigo senilis), které je podmíněno hyperpigmentací nezmnožených melanocytů v bazální vrstvě epider-

mis a vzniká v solární lokalizaci u lidí starších 40 let. Projevu je se jako tmavohnědé až černé makuly nepravidelného tvaru, většinou do velikosti 1 cm.²

Odlišit je také nutno jednu z variant bazocelulárního karcinomu tzv. basaliom s pigmentem a pigmentovanou variantu aktinické keratózy.

Prevence

Nejvýznamnějším a nejúčinnějším opatřením v boji proti kožním nádorům je primární prevence. Ta je zaměřena nejen proti UVB záření, které je pro vznik melanomu ale i nemelanocytárních kožních nádorů nejdůležitější, ale také proti UVA záření (hlavní vlnová délka v lampách solárií), které je odpovědné za tzv. fotoaging, předčasné stárnutí kůže a ve vysokých dávkách hraje roli při vzniku kožních nádorů. UVC záření má sice nejkratší vlnovou délku, čímž je pro vznik kožních nádorů nejdůležitější, avšak díky své malé energii fotonů je kompletně pohlcováno atmosférou, a proto se s ním prakticky nesetkáme.

Mezi tři základní strategie prevence patří jednak samotné chování pacienta, tzn. omezit pohyb na přímém slunci co nejvíce, a to především v době mezi 11. a 15. hodinou, kdy je UVB záření atmosférou nejméně filtrováno, a dále používání UV filtrů (sunscreenu) a fotoprotekce pomocí textilií.

UV filtry (sunscreeny) můžeme rozdělit do dvou skupin, a to na filtry fyzikální a chemické. UV filtry absorbují nebo odrážejí UV záření a díky chemickým a fyzikálním reakcím oslabí jeho účinky. (4) Fyzikální filtry pracují na principu absorpce reflexe a rozptylu světla. Patří mezi ně např. titan zinku, oxid zinku, oxid železa, kalciumkarbonát a další. Chemické filtry fungují na principu pohlcování fotonů UV záření a pomocí fotochemické reakce mění jejich energii na teplo. Moderní fotoprotektivní prostředky s vysokým ochranným faktorem používají obvykle kombinaci obou uvedených metod. Při používání ochranných prostředků s UV filtry je nutné dodržování určitých pravidel. V zásadě platí, že prostředek musí být nanesen na kůži v dostatečném množství alespoň 20 min. před pobytem na slunci a tuto aplikaci je třeba opakovat podle druhu prostředku a chování na slunci pravidelně během dne. Při koupání je nutné nanášet prostředky označené jako waterresistant každých 40 min a water-proof každých 80 min.⁵

Fotoprotekce pomocí textilií není u nás zatím příliš rozšířená. Umožňuje ochranu před UV zářením pomocí speciálních kšiltovek, klobouků, triček, šortek a kombinéz. Více podrobností k tomuto speciálnímu tématu lze najít na www.plazoveobleceni.cz.⁵

Možnosti vyšetření

Příznaky, které signalizují počínající přeměnu klidného pigmentového znaménka, jehož včasné odstranění často předejde rozvinutí zhoubného nádoru, můžeme shrnout do tzv. **ABCDE pravidel**.

Léze je suspektní, pokud jsou alespoň 2 písmena pozitivní.

A (asymmetry) – suspektní ložisko má asymetrický tvar, kterým se liší od ostatních pigmentových projevů¹

B (border) – okraje projevu jsou nepravidelné, s četnými výběžky a zářezy, kterými se nádor šíří do periferie¹

C (colour) – barva maligního melanomu bývá výrazná, tmavě hnědá až černá nebo šedomodrá, pigmentace je nehomogenní s různými barevnými odstíny, které mohou být při známkách regrese tumoru až bílé či růžové

D (diameter) – průměr afekce by měl být alespoň v jednom rozměru 5 mm

E (evolving) – označuje vývoj znaménka ve smyslu změny velikosti, tvaru, barvy, okrajů či povrchu⁶

Velkou pomocí při vyšetření pigmentových projevů je ruční či digi-

tální dermatoskop, který znaménko několikanásobně zvětší, a pomocí určitých kritérií můžeme lépe zhodnotit jeho povahu. Vyšetření ručním dermatoskopem je zcela nebolestivé, velmi rychlé a mnohdy zcela dostačující k posouzení vhodnosti totální excize afekce. Naproti tomu nám však neumožňuje sledování vývoje znaménka během určitého časového období, což může být v určitých situacích výhodou. To nám naopak může poskytnout vyšetření digitálním dermatoskopem, kde je možné obraz znaménka uložit a po určité době srovnat s aktuálním obrazem. Na internetové adrese www.melanom.cz je seznam pracovišť vybavených tímto přístrojem. (obr. 3)

Obrázek 3.: Dermatoskopický obraz maligního melanomu



Literatura:

1. Krajsová I.: Melanom, Maxdorf Jesenius, 2006, s. 40-123
2. Štork et al.: Dermatovenerologie, Galén Karolinum, 2008, s. 337-398
3. Xu X., Edler D.E.: A practical approach to selected problematic melanocytic lesions. Am J Clin Pathol., 2004; 121 Suppl: 3-32
4. Stevenson O., Ahmed I.: Lentigo maligna: prognosis and treatment options. Am J Clin Dermatol., 2005; 6: 151-164
5. Pojezná E., Arenbergerová M.: Prevence maligního melanomu u dětí. Referátový výběr z dermatovenerologie; 2010; 52: 18-26
6. Abbasi N.R., Shaw M.H., Rigel S.D., McCarthy H.W., Kopf W.A. et al.: Early diagnosis of cutaneous melanoma. Revising the ABCD criteria. JAMA, 2004; 292: 2771-2776



MUDr. Petra Šefrnová pracuje jako sekundární lékařka na Dermatovenerologické klinice 3. LF UK a FNKV. Zabývá se problematikou psoriázy a diagnostikou pigmentových névů.



As. MUDr. Monika Arenbergerová, Ph.D. pracuje jako odborná asistentka na Dermatovenerologické klinice 3. LF a FNKV, kde je vedoucí lékařkou ambulance pro maligní melanom. Zabývá se problematikou, prevencí a léčbou maligního melanomu, je hlavní investigátor klinických studií s léčbou maligního melanomu.

Hodnocení 24 hodinového měření krevního tlaku

Dotaz

Poměrně často využívám v diagnostice i ve sledování účinnosti terapie hypertenze holterovské monitorování krevního tlaku. Téměř pravidlem je, že kardiolog nebo internista, který toto vyšetření může provádět, pacienta vůbec nevidí a protokol z počítače "vyjede" sestra. Bez komentáře lékaře přinese pacient výsledek vyšetření zpět.

1/ Jsou nějaká doporučení jak postupovat ve vyhodnocování tlakového holtera nebo je nutno postupovat přísně individuálně?

2/ Vyšetření 24 hodinové monitorace krevního tlaku nelze hodnotit bez příslušných informací o pacientovi - užívané léky, celodenní záznam, co pacient provozoval za aktivity během měření, atd. Jaké informace by měl PL o vyšetřovaném pacientovi uvést na žádanku? Má si pacient vést nějaký deníček činností po hodinách během monitorace? O čem všem pacienta před monitorací edukovat?

3/ Hodnocení monitorace by měl provádět lékař, který nemocného léčí, může to být kardiolog, internista nebo i PL? Je nutné nějaké zaškolení? Kde je dostupný aktuální příslušný doporučený postup? Jaká jsou základní pravidla hodnocení a kde jsou dostupná?

Ivana Kučerová, VPL Kartouzská 6, Praha 5

Odpověď(i)

S touto situací má jistě zkušenost většina z nás. Na jedné straně zdravotní pojišťovny praktickému lékaři (PL) odmítají nasmlouvat kód na toto vyšetření s odůvodněním, že PL nemá kompetenci záznam vyhodnotit, na druhou stranu mu ale nezbyde, než aby si záznam ze specializovaného pracoviště stejně nakonec sám vyhodnotil. O názor na výše uvedený problém jsme proto požádali některé z našich významných kardiologů. Dále jsme jejich odpovědi doplnili i informací vyjmuté z platných doporučených postupů na hodnocení 24 hodinové tlakové křivky.

Redakce.

Odpověď doc. Adámkové ...

Hodnocení 24 hodinové monitorace krevního tlaku má být **správně hodnoceno se znalostí medikace daného nemocného a s přihlédnutím jeho záznamů činností po dobu monitorace.**

Hodnoty krevního tlaku jsou dány **podle Doporučení léčby hypertenze a hodnocení by měl provést lékař, který nemocného léčí.**

Je-li v záznamu nějaký zvláštní nálezk, měl by být okomentován pracovištěm, které monitoraci provádí, ale je třeba říci, že to v mnoha případech nedostává dostatečné údaje od vyžadujícího pracoviště, a proto by jeho rady mohly být velmi teoretické.

1. **Na žádance na vyšetření je vhodné,** (chce-li kolega, který odesílá pacienta dostat co nejlepší zhodnocení) uvést léky a čas jejich podání v průběhu dne (příkladně odvar třezalky 1-0-1). Pracoviště, které monitoraci poskytuje, obvykle má předtištěné **denní záznamníčky a edukuje pacienta o jejich vyplnění,** příklad: 8. - 10.00 čekání u kadeřníka, 12.00 lék (vypsat jaký a kolik), 21.00 spánek a podobně. **Potom je možné, aby i pracoviště, které poskytuje pouze monitoraci, vyhodnotilo validně i hodnoty získané při monitoraci.**

2. **Doporučení pro léčbu hypertenze jsou běžně dostupná na webových stránkách odborné společnosti.**

3. Je třeba vzít do úvahy i věk nemocného, protože **cílové hodnoty TK mohou být u izolované systolické hypertenze vyšší.**

Kuriozní nálezy v tomto případě nejsou příliš časté, ale je třeba poučit nemocné, aby napsali svou činnost v průběhu monitorace, protože jinak bychom mohli hodnotit nepřesně.

P. S. Kuriozní asi ne, ale poučné - pacientka odložila sama monitor na sedadlo auta a šla venčit psa (monitor sundala sama, aby natlakování manžety nerušilo psa na procházce) a když se vrátila

la k autu, byl monitor odcizen, asi neznalostí pachatele, nevím, co s ním dělal, pachatel ani monitor se pochopitelně nenalezl a paní musela škodu zaplatit.

S pozdravem

doc. MUDr. ADÁMKOVÁ Věra, CSc., přednostka Pracoviště preventivní kardiologie IKEM

Odpověď prof. Widimského...

Tento nešvar se bohužel občas objevuje i u pacientů odesílaných do našeho centra ve Všeobecné fakultní nemocnici v Praze. Každý záznam z 24 hodinového monitorování by měl obsahovat závěrečné vyhodnocení naměřených hodnot, tj. slovní komentář k průměrnému 24 hod. TK, k charakteru 24 hod. křivky TK včetně denního a nočního TK. Komentář by měl zahrnovat i průměrné hodnoty 24 hod. P a ev. přítomnost významnějších hypertenzních epizod (špiček). V případě subjektivních potíží pacienta během 24 hod. monitorování by měl lékař komentovat hodnoty TK v příslušném období subj. potíží. Hodnocení 24 hod. monitorování TK (AMTK) by mělo obsahovat i komentář, zdali stávající léčba hypertenze je dostatečná, nebo zdali je nutné stávající antihypertenzní léčbu, (tato by měla být vždy uvedena včetně dávek), upravit.

S pozdravem

Prof. MUDr. Jiří Widimský jr., CSc.
vedoucí Centra pro hypertenzi VFN Praha

P. S. v případě těžších forem hypertenze lze tyto pacienty doporučit k dovyšetření za krátké hospitalizace do našeho centra



Odpověď prof. Špinara...

Nejprve k názvosloví, tlakový holter je nesprávný zlozvyk. Pan Holter monitoroval EKG a ne tlak. Tento zlozvyk je ale bohužel velmi populární, správně by mělo být 24 hodinové monitorování krevního tlaku.

Druhý zlozvyk je, že vyšetření nevyhodnocuje lékař. Děje se to tak na mnoha pracovištích a je to proti doporučením. Jinak normy jsou samozřejmě uvedeny v guidelines České společnosti pro hypertenzi:

Widimský J. jr., Cífková R., Špinar J., Filipovský M., Grundmann M., Horký K., Linhart A., Monhart V., Rosolová H., Souček M., Vítovec J., Widimský J. sr.: Doporučení diagnostických a léčebných postupů arteriální hypertenze - verze 2007. Doporučení

České společnosti pro hypertenzi. Cor et vasa 2008; 1: K3-23. Widimský J. jr., Cífková R., Špinar J., Filipovský M., Grundmann M., Horký K., Linhart A., Monhart V., Rosolová H., Souček M., Vítovec J., Widimský J. sr.: Doporučení diagnostických a léčebných postupů arteriální hypertenze - verze 2007. Doporučení České společnosti pro hypertenzi. Vnitřní lékařství 2008; 1: 101-118.

Ale to by samozřejmě nemělo nahrazovat to, že 24 hodinové monitorování krevního tlaku má vyhodnotit lékař s kardiologickou atestací.

Prof. Jindřich Špinar M.D., FESC
Internal Cardiology Dpt., University Hospital Brno

Základní parametry sledované při hodnocení AMTK (výběr z aktuální literatury)

24 hodinové (příp. 48 hodinové) ambulantní monitorování krevního tlaku (AMTK) poskytuje více údajů o krevním tlaku pacienta než náhodná měření v ambulanci lékaře. Monitorací naměřené údaje lépe korelují s poškozením cílových orgánů hypertenzí a celkovým KV rizikem.^{1,3}

Výstupem měření jsou počítačově zpracované údaje – průměrné denní, noční a 24 hodinové hodnoty systolického, diastolického, středního a pulzního tlaku. AMTK umožní zachytit variabilitu, ranní zvýšení a diurnální kolísání hodnot TK (tzv. dippers, nondippers).

Pomáhá odlišit nemocné se syndromem bílého pláště a maskovanou hypertenzí, které nelze kazuálním měřením TK poznat, hodnotit efekt podávaných léčiv v průběhu celého dne.²

Pro rozpoznání hyperteniků s KV rizikem mají nejlepší korelaci v sestupném pořadí:

- noční hodnoty TK při AMTK,
- denní hodnoty TK při AMTK,
- domácí měření TK pacientem a
- kazuální měření TK v ordinaci lékaře.²

(Změna 1,5 mm Hg kazuálního měření odpovídá změně TK o 1,0 mm Hg při AMTK)

Průměrná 24 hodinová monitorace TK¹

- ve srovnání s náhodným měřením TK reprezentativnější informací,
- jeho hodnota koreluje přesněji s postižením cílových orgánů hypertenzí
- má lineární vztah ke kardiovaskulárnímu riziku
- normální hodnoty do 130/80 mm Hg včetně
- hypertenzní hodnoty > 135/85 mm Hg

Průměrný bdělý („denní“) TK¹

- průměrná hodnota TK obvykle mezi 6. a 23. hodinou (u většiny monitorů lze bdělou periodu podle denního režimu pacienta přenastavit)
- normální hodnoty do 135/85 mm Hg včetně

Spánkový krevní tlak¹

- průměrná hodnota TK obvykle mezi 23. a 6. hodinou
- fyziologický pokles krevního tlaku je vázán na období spánku a ne na denní dobu tj. u pracujících v noci je pokles při denním spánku
- normální hodnota je do 120/70 mm Hg včetně

- spánkový pokles TK ovlivňuje i kvalita spánku (při hodnocení je třeba vzít do úvahy, zda se pacient během měření budil)

Diurnální index (DI)¹

- pokles TK ve spánkové periodě ve srovnání s bdělou periodou
- $DI = (TK_{bdělý} - TK_{spánkový}) / TK_{bdělý}$
- fyziologický pokles TK ve spánku o 10-20 % (tzv. dippers)
- pokles spánkového TK o méně než o 10 % (tzv. non-dippers),
- častěji u diabetiků s autonomní neuropatií, pacientů s renální insuficiencí, sekundární hypertenzí, starších pacientů, pacientů s vyšším rizikem hypertrofie LK a vyšším KV rizikem²

Pulsní tlak - Pulse Pressure (PP)¹

- průměrná hodnota jednotlivých rozdílů systolického a diastolického tlaku
- $PP = TK_{systol} - TK_{diastol}$
- nezávislý rizikový faktor především kardiální mortality a morbidity, zejména u normotenzních mužů (dle metaanalýzy velkých klinických studií měl pulsni tlak větší předpovědní hodnotu pro odhad KV komplikací než tlak systolický či diastolický)
- zvýšený u starších pacientů a u nemocných s postižením velkých tepen aterosklerózou, odráží tuhost stěny velkých cév²
- optimální hodnota PP při AMTK byla arbitrárně stanovena na méně než 53 mm Hg

Střední arteriální tlak (Mean Arterial Blood Pressure)¹

- mohl by být prediktorem cerebrovaskulárních příhod

$TK_d + 1/3 PP$

Maximální a minimální hodnoty okamžitého systolického a diastolického TK¹

- užitečné při podezření na hypotenzní stavy nebo epizodickou hypertenzi
- většina přístrojů umožňuje navíc měření v době, kdy pacient pocítí obtíže, a zachytit tak případnou hypertenzní špičku nebo hypotenzi

Hypertension Time Index, Percent Time Elevation¹

- poměr trvání hypertenzních hodnot vůči celkové době trvání monitorace (procento doby, po kterou TK převyšuje: ve dne hranici 135/85 mm Hg a v noci 120/70 mm Hg)
- hodnota přesněji koreluje s postižením cílových orgánů hypertenzí než průměrný 24hodinový TK – jako hranice byla stanovena (zatím spíše orientačně) hodnota 40 %



Poměr Through to Peak (T/P)¹

- stanovován při posuzování účinku léku jako poměr poklesu TK na konci dávkovacího období (Through - pro léky podávané 1x denně za 24 h) ku maximálnímu poklesu tlaku (Peak) po podání léku
- poměr T/P by měl být vždy vyšší než 50 % (jeho posuzování je obtížné, musí se vztahovat i k vlastnímu antihypertenznímu účinku – léky s menším antihypertenzním efektem mívají lepší T/P poměr (poměr T/P 100 % je u placeba)

Směrodatná odchylka - Standard Deviation (SD)¹

- vyjadřuje variabilitu TK – zvýšené kolísání hodnot TK během 24 hodin (hodnotu směrodatné odchylky >15 při výpočtu průměrného 24 hodinového STK) je pravděpodobně nezávislým rizikovým faktorem KVO
- vyšší směrodatná odchylka znamená vyšší variabilitu při jakékoli úrovni průměrného 24 hodinového TK
- vyšší směrodatná odchylka je spojena s vyšší prevalencí a těžším poškozením cílových orgánů hypertenzí (byl prokázán pozitivní vztah mezi zvýšenou variabilitou TK při AMTK a HLK²)

Ranní zvýšení TK²

- AMTK dokáže zaznamenat zvýšení hodnot TK po probuzení a v prvních ranních hodinách
- dochází k výrazně vyššímu výskytu akutních koronárních syndromů a CMP při aktivaci sympatiku se zvýšením TF a spolu s dalšími negativně působícími faktory (zvýšená prokoagulační aktivita, aktivita krevních destiček i sekrece kortikoidů atd.)
- pomáhá posoudit 24 hodinový účinek léčiv a umožňuje upravit jejich dávkování

Tepová frekvence¹

- dává pomocnou informaci o tepové frekvenci v průběhu monitorace
- nehodí se k zachycení arytmí
- větší variabilita tepové frekvence je spojena s lepší prognózou, zatímco větší variabilita TK je spojena s horší prognózou

Syndrom bílého pláště (SBP)²

- definován jako zvýšení TK při měření v ambulanci lékaře (kazuální TK >140/90 mm Hg) a zároveň normální hodnoty při AMTK (denní TK <135/85 mm Hg) a pacienti se SBP nesmějí mít žádné známky orgánového poškození hypertenzí (prognóza těchto nemocných je jen mírně horší než u normotenzní populace)
- až 15 % pacientů splňujících první podmínku má na echokardiografii zjištěnou hypertrofii levé komory srdeční (HLK), proto celou definici SBP nesplňují a jejich riziko je vyšší než u pacientů bez HLK
- pacienti s normotenzí (jak při AMTK, tak náhodném měření v ordinaci) mají HLK přitom jen ve 4 %
- prevalence SBP je cca 20–30 %, stoupá s věkem a je častější u gravidních žen
- v současné době je doporučeno léčit jen nemocné s přidruženými rizikovými faktory KVO (HLK, DM, hypercholesterolémie, mikroalbuminurie/proteinurie a pozitivní rodinná anamnéza časného KVO), jež nelze pod definici SBP zahrnout

Maskovaná hypertenze (MH)²

- definována jako reverzní SBP – nemocný má normální hodnoty TK při měření sfygmomanometrem v ambulanci lékaře (TK < 140/90 mm Hg), ale má zvýšené hodnoty při AMTK (denní TK ≥ 135/85 mm Hg)
- prevalence HLK těchto nemocných je cca 14 % a celkové KV riziko mají vyšší než pacienti normotenzní nebo se SBP

- relativní riziko CMP a celkové kardiovaskulární úmrtnosti ve srovnání s normotenzní populací bylo zjištěno jako statisticky významně vyšší u pacientů s hypertenzí (o 126 %) a u nemocných s MH (o 113 %). Statisticky nevýznamně vyšší bylo toto riziko zaznamenáno u pacientů se SBP (o 28 %)
- MH je obtížně diagnostikovatelná a bývá spíše náhodně objevena (výzkumné AMTK, příznaky poškození cílových orgánů hypertenzí)
- zůstává otázkou, zda tyto pacienty léčit a jak je kontrolovat při léčbě

Normální hodnoty TK při jednotlivém (kazuálním) měření a při AMTK^{2,3}

- kazuální TK: < 140/90 mm Hg
- AMTK 24 hodinový průměr: < 130/80 mm Hg
- AMTK denní (6-22 hod): < 135/85 mm Hg
- AMTK noční (22-6 hod): < 120/70 mm Hg

Hodnoty kazuálních měření a AMTK odpovídající hypertenzi a vysokému KV riziku^{2,3}

- hypertenze 1. stupně: kazuální TK 140/90 mmHg, AMTK 132/81 mmHg
- hypertenze 2. stupně: kazuální TK 160/100 mmHg, AMTK 140/88 mmHg
- hypertenze 3. stupně: kazuální TK 180/110 mmHg, AMTK 148/94 mmHg
- vysoké KV riziko: kazuální TK <130/80 mmHg, AMTK <123/75 mmHg

Diagnostická kritéria pro odlišení syndromu bílého pláště, maskované hypertenze a hypertenze²

- AMTK normotenze + kazuální TK normotenze = normální TK
- AMTK normotenze + kazuální TK hypertenze = syndrom bílého pláště
- AMTK hypertenze + kazuální TK normotenze = maskovaná hypertenze
- AMTK hypertenze + kazuální TK hypertenze = hypertenze

Pozn.: Je nutno počítat s tím, že až u 15 % pacientů vedených jako SBP je již přítomna hypertrofie levé komory (HLK) – pacienti s touto změnou cílového orgánu tedy definici syndromu bílého pláště nesplňují, jejich riziko je zjevně vyšší a měli by být léčeni. Otázkou je, zda-li by všichni pacienti s SBP neměli podstoupit kardioechografické vyšetření.

Diurnální změny při AMTK – noční pokles²

- Noční pokles TK o 10-20 %** - normální KV riziko (tzv. **dippers**)
- Noční pokles TK o < 10 %** - zvýšené KV riziko (tzv. **non-dippers**)
- trvalé zvýšení hodnot TK a tím zvýšení tlakové zátěže
- pozitivní korelace s HLK, s DM nefropatií, zvýšenou mortalitou při izolované systolické hypertenzi a CMP, korelace s TIA
- častěji u pacientů se sekundární hypertenzí (renální, endokrinní, těhotenskou – hrozí EPH gestóza), syndromem spánkové apnoe a cerebrovaskulární insuficiencí
- Noční pokles TK o > 20 %** - zvýšené KV riziko (**excesivní dippers**)
- zvl. u starších jedinců, může vést k nedostatečnému prokrvení životně důležitých orgánů v nočních hodinách (zvýšuje riziko vzniku CMP, AIM a arytmí)

(Pozn.: nutná je spolupráce pacienta – vedení záznamu pacienta o 24 hodinové aktivitě)



Indikace AMTK³

- zvýšená variabilita TK, diskrepance mezi TK měřeným doma a ve zdravotnickém zařízení (podezření na SBP a MH)
- rezistence hypertenze k léčbě
- podezření na epizody hypotenze (zejména u starších pacientů a diabetiků),
- zvýšení TK v těhotenství a podezření na eklampsii
- *diskutované indikace*²: zjištění a kontrola diurnálních hodnot TK, hypertenze u diabetu a při onemocnění ledvin, hypertenze u syndromu spánkové apnoe (až 80 % nondippers).

AMTK neindikujeme¹

- neindikujeme rutinně u hypertenzních pacientů s postižením cílových orgánů, u kterých je indikováno zahájení antihypertenzní léčby (vyšetření by již nepřineslo novou informaci)
- neindikujeme u pacientů, kteří mají opakovaně normální stabilní hodnoty kazuálního TK a nemají známky postižení cílových orgánů

Kontraindikace AMTK³

- kontraindikací AMTK je nespolupráce pacienta, kritická ischemie HK, arytmie (vč. fibrilace síní), extrémní obezita, anxiозita, závažné kožní onemocnění, které nedovoluje dlouhodobé nasazení manžety
- pacienti v hemodialyzačním programu musí provádět měření na končetině bez AV shuntu.

Zpracovala MUDr. Michaela Jirků

Použitá literatura:

1. http://rescue112.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=2048:24hod, Autor: MUDr. Mgr. Jiří Pařenica, Interní kardiologická klinika FN, Brno (zdroj. ZDN.cz Pondělí, 27 Červen 2011 07:09)
2. Řiháček I., Souček M., Fráňa P., Plachý M. Ambulantní monitorování krevního tlaku. Remedica 2008; 18: 133–136
3. Widimský J.-jr., Cifková R., Špinar J., Filipovský M., Grundmann M., Horký K., Linhart A., Monhart V., Rosolová H., Souček M., Vítovec J., Widimský J. sr.: Doporučení diagnostických a léčebných postupů arteriální hypertenze - verze 2007. Doporučení České společnosti pro hypertenzi. Cor et vasa 2008; 1: K3-23.

PADSY SCANLIGHT - AMBULANTNÍ MONITOR KREVNIHO TLAKU (ABPM)



- 24 - 48 hodinové monitorování krevního tlaku
- oscilometrická metoda měření
- spolehlivost a přesnost přístroje ověřena dle standardů BHS A/A a AAMI
- velmi tichý patientský záznamník, krátký čas měření
- 4 velikosti manžet
- závěrečná zpráva na jednu stranu A4
- komunikace s počítačem pomocí Bluetooth™
- komunikace s ambulantními programy PC DOKTOR®, AMICUS® a dalšími

Nečekejte s nákupem na zvýšení DPH !!

COMPEK
MEDICAL SERVICES
DODAVATEL KOMPLETNÍ ORDINACE

COMPEK MEDICAL SERVICES, s.r.o., 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

Zdravotní průkaz pro cizince

Dotaz

Zajímalo by mě, zda je možné vystavit Zdravotní průkaz cizinci? V mé ordinaci se v poslední době množí žádosti cizinců o vystavení zdravotního průkazu. Komu můžu na základě celkového vyšetření vystavit ZP (trvalý pobyt, turistické vízum?). Je potřeba nějakého doplňkového vyšetření?, je pro to opora v nějaké vyhlášce?

Ivana Kučerová, VPL Kartouzská 6, Praha 5

Odpověď

Dobrý den,
vydávání zdravotních průkazů je ošetřeno v zákoně č. 258/2000 Sb., v platném znění v § 19 odst. 2 - viz text:

(2) Fyzické osoby přicházející při pracovních činnostech ve stravovacích službách (§ 23) při výrobě potravin nebo při uvádění potravin do oběhu¹⁸⁾ do přímého styku s potravinami, pokrmy, zařízeními, náčiním nebo plochami, které jsou ve styku s potravinami nebo pokrmy, fyzické osoby přicházející při pracovních činnostech v úpravách vod a při provozování vodovodů^{6a)} do přímého styku s vodou a fyzické osoby přicházející při pracovních činnostech v ostatních činnostech podle odstavce 1 do přímého styku s kosmetickými prostředky, jejich ingrediencemi (§ 28 odst. 1) nebo tělem spotřebitele (dále jen "fyzické osoby vykonávající činnosti epidemiologicky závažné") musí mít zdravotní průkaz a znalosti nutné k ochraně veřejného zdraví.

Zdravotní průkaz před zahájením činnosti podle věty první vydává praktický lékař, který fyzickou osobu registruje,¹¹⁾ nebo zdravotnické zařízení státu vykonávající závodní preventivní péči nebo osoba provozující nestátní zdravotnické zařízení vykonávající závodní preventivní péči³⁾ (dále jen "zařízení vykonávající závodní preventivní péči"). Vydání zdravotního průkazu nenahrazuje vstupní lékařskou preventivní prohlídku.

Z textu je zřejmé, že zákonem není rozlišováno komu je průkaz vydáván a nejsou stanoveny ani jiné formální podmínky pro vydávání průkazu cizincům (samozřejmě lze předpokládat, že vydat lze průkaz cizinci s legálním pobytem v ČR). Vydání průkazu pak je plně v kompetenci příslušného lékaře, který po zvážení anamnestických dat žadatele a vyšetření, které si určí, průkaz vydá či nevydá.

Ing. Pavel Zíkl, zástupce vedoucí odboru HV a PBU
(dotaz zprostředkovan s pomocí MUDr. Miroslava Slavíka,
HS hl. m. Prahy - odbor hygieny práce)



Co je EURACT

MUDr. Jáchym Bednář
Zástupce České republiky v EURACTu od r. 2011



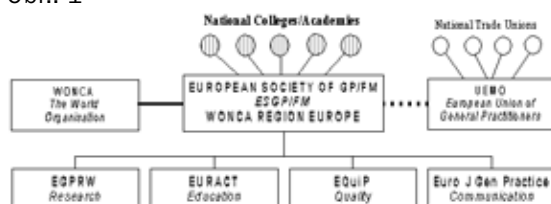
MUDr. Jáchym Bednář

EURACT – <http://www.euract.eu/home> - Evropská Akademie učitelů – všeobecných praktických a rodinných lékařů je organizace vzniklá v roce 1992 jako oficiální struktura, jejíž posláním je prosazování a udržování standardů ve výuce všeobecného praktického a rodinného lékařství, vývoj a společná práce na zlepšování vzdělávání praktických lékařů a jejich výcvik v rámci Evropy, aby oni sami byli schopni poskytovat kvalitnější léčbu pacientům a jako školitelé a učitelé stále lepší výuku kolegům a pre- a postgraduálním studentům oboru. Kořeny EURACTu se dají vysledovat až do roku 1974, kdy se začala formovat tzv. skupina Leeuwenhorst, neoficiální sdružení praktických lékařů, kterou spojoval společný zájem o vývoj a začleňování nových myšlenek do výuky všeobecného praktického lékařství.

EURACT je síťová organizace, funguje v rámci Evropské Společnosti všeobecného a rodinného lékařství (ESGP/FM), slouží jako odborná platforma a úzce spolupracuje s dalšími síťovými organizacemi (EGPRN, EQUIP, EURIPA, International Balint Federation, AMEE).

Dále EURACT spolupracuje s WONCA Europe a slouží jí jako expertní poradce v záležitostech výuky. V rámci ne zcela jednoduché struktury WONCA Europe tvoří odborný výbor – viz <http://www.woncaeurope.org/EURACT.htm> a obr. 1 s anglickými titulky:

Obr.: 1



Struktura a vedení EURACTu

Stávajícím prezidentem EURACTu je prof. Janko Kersnik ze Slovinska, řídícím tělesem této organizace je její Rada, ve které je zastoupen reprezentant z každé členské země v Evropě. Momentálně je skrze svého reprezentanta zastoupeno 41 států Evropy – <http://www.euract.eu/about-us/council-members>. Členskou základnu EURACTu tvoří více než 800 lékařů z celé Evropy. Česká Republika má v současnosti toto členské zastoupení – <http://www.euract.eu/national-pages/78-czech-republic>.



Vnitřně je EURACT členěn do 4 výborů – pracovních skupin stálého složení, jejichž smysl a cíl je patrný již z názvu:

1. BME – Basic Medical Education – Základní pregraduální vzdělávání v oboru

2. ST – Specialist Training – Postgraduální výcvik v oboru

3. CME/CPD – Continuing Medical Education / Continuous Professional Development – Trvalé vzdělávání a profesní vývoj v oboru – postgraduální

4. Member services – Servis pro členy Euractu

Příležitostně a na dočasnou dobu též vznikají a zase zanikají akční skupiny, zaměřené na určité dané téma a projekt, které se po zpracování úkolu a vytvoření zprávy o projektu rozpouští. Častým příkladem jsou skupiny zaměřené na konkrétní výzkum ve všeobecném praktickém lékařství.

Podrobněji k úkolům organizace

EURACT usiluje o zlepšení výuky praktických lékařů a jejich vzdělání, slouží jako zdroj informací a zkušeností v případě potřeby, poskytuje potřebné materiály na své webové stránce – <http://www.euract.eu/publications/viewcategory/1>, poskytuje podporu a vedení ve výměnných a kooperativních výukových programech (např. Hippokrates), poskytuje výukové dokumenty, materiály, nástroje a kurzy.

Rada EURACTu je místo, kde se sdílí inspirace z různých zemí a tato je pak v Radě rozšuzována, dobré nápady jsou přinášeny do jednotlivých států a implementovány. Rada EURACTu je považována za Evropský „Think Tank“ v oblasti výchovy a vzdělávání praktiků, kde se setkávají nové ideje, kde se diskutuje výzkum v oboru a jeho výstupy, probírá se zlepšování kvality výuky, je místem, kde je o nově vzniklé ideje a nápady pečováno. V Radě vznikají a jsou schvalovány nové vzdělávací dokumenty, materiály, kurzy – <http://www.euract.eu/resources/viewcategory/4-resources>.

Člen rady EURACTu – reprezentant členské země přispívá k práci Rady, pravidelně poskytuje Radě a členům Rady informace o pokroku ve vzdělávání v jeho zemi, vytváří spojkou mezi EURACTem a národními členy EURACTu a svými kolegy, vyučujícími praktiky, školiteli a universitou. Dále přináší myšlenky z Rady zpátky domů a diskutuje



o nich s kolegy a snaží se je zavádět ve své zemi. Je v těsném kontaktu zejména se členskou základnou EURACTu ve své zemi.

EURACT pořádá dvakrát ročně setkání členů své Rady určená k výměně idejí, k práci na projektech na vytváření nových nápadů, vydává dvakrát ročně svůj newsletter <http://www.euract.eu/euract-news/62-euract-newsletter>, v r. 2011 zcela přepracoval svou webovou prezentaci – www.euract.eu – jejíž jednotlivé části jsou již výše v několika odkazech zmíněny, v rámci tohoto webu má každá členská země svůj prostor k prezentaci své práce.

Česká republika a její národní stránka se v rámci webu nachází zde: <http://www.euract.eu/national-pages/78-czech-republic>.

EURACT na Evropské úrovni se snaží zapojit do společné práce dosud chybějící a do EURACTu nezapojené země Evro-

py, spolupracuje na kontinuálním vzdělávání s LdaV projektem „CED in GP“, organizuje workshopy a pravidelné kurzy pro kolegy, jejichž cílem je vyučení učitelů a školitelů a následné zlepšení výuky všeobecného praktického a rodinného lékařství v členských zemích, kurzy jsou pořádány pro začínající i pokročilé lékaře. Nejnovějším dvouletým projektem, spuštěným v roce 2010 je:

<http://www.euract.eu/euract-news/111-framework-for-continuing-educational-development-of-trainers-in-general-practice-in-europe-cedingp>

1. stupně tohoto kurzu – LEVEL 1 <http://www.euract.eu/leonardo-project/introduction> se v červnu v tureckém Izmiru zúčastnili dva mladí kolegové - praktici MUDr. Kateřina Javorská a MUDr. David Macharáček, kteří se o své zkušenosti podělili v následujícím článku.

VÝZVA

Grant Leonardo k realizaci projektu Hippokrates

Vážení mladí praktici,
očekávané se stalo skutečností a společnost Mladí praktici získala k realizaci projektu Hippokrates grant Leonardo v celkové hodnotě 21 090 Eur.

Z grantu bude uhrazen pobyt a cestovní náklady pro čtrnáct zájemců, kteří budou vybráni na základě předem stanovených kritérií radou MP.

Pro připomínku jsou čtyři možnosti místa studijního pobytu – Polsko, Portugalsko, Řecko, Rakousko a Velká Británie.

O způsobu přihlašování vás budeme informovat záhy na našich webových stránkách a cestou e-mailů.

Za Radu MP Norbert Král



Mladí praktici a EURACT

Zpráva ze semináře EURACTu - Framework for Continuing Development of Trainers in General Practice in Europe – Level 1, Leonardo EURACT, Cesme, Turecko, 27.- 29.6. 2011



MUDr. Kateřina Javorská



MUDr. David Macharáček

Mnozí z nás mají v čerstvé paměti období předatestačního vzdělávání, které pokládá základy do našeho samostatného profesního života. Dle rozhovorů s našimi kolegy se setkáváme s nejrůznějšími zážitky (z veliké části pozitivními) z přípravy na atestaci, které se dotýkají vztahů se školitelem, stylem školení školitele atp. a zprávy jsou to naštěstí příjemné a většinou pozitivní – naši školitelé nás školili dle svého nejlepšího vědomí a svědomí a snažili se nám předat to čeho se (zatím) nedostává nám mladým praktikům a to jsou bohaté zkušenosti z praxe. Nicméně po delším zkoumání prostředí vztahu školenec školitel vyplynulo z rozhovorů s našimi kolegy a to mladými praktiky i zkušenými školiteli, že zde kromě podnětných kurzů IPVZ pro školitele nemáme tak bohaté možnosti a prostředky pro (ucelené guidelines) pro další vzdělávání školitelů v oblasti školitelské činnosti – školení školenců a školitelé tak mnohdy školí „pouze“ dle svých zkušeností. Organizace EURACT nabízí velice zajímavý program pro další vzdělávání školitelů v oblastech psychologie, andragogiky, komunikace (lékař – pacient, školitel – školenec!). Seminář EURACTu v tomto mohou přinést další rozvoj a obohacení školitelské činnosti v České republice.

Ve dnech 27.-29. 6. 2011 jsme se účastnili v tureckém Cesme semináře EURACTu, určeného budoucím i současným školitelům v praktickém lékařství. Seminář byl financován z prostředků fondu Leonardo a účastnilo se jej 21 praktických lékařů z Polska, Portugalska, Řecka, Turecka, Litvy, Lotyšska, Rumunska, Dánska a České republiky. Zprvu jsme si nebyli jisti, zda my jako zástupci mladších praktických lékařů jsme na kurzu týkající se problematiky školitelství v praktické medicíně, správně, ale brzy se ukázalo že složení přítomných lékařů – co se týče věku, praxe od atestace a zkušeností s předatestačním vedením budoucích praktických lékařů – je velmi různorodé. V průběhu kurzu se ukázalo že andragogické zkušenosti a znalosti (stejně jako ty klinické) si nelze osvojit a rozvíjet jen praxí, ale i dlouhodobým doplňováním znalostí z humanitních oborů, které se andragogiky úzce dotýkají.

Samotný kurz se skládal z krátkých prezentací, práce v malých skupinkách a závěrečného hodnocení.

První modul byl zaměřen na osobu školitele – jaké vlastnosti by měl mít učitel – čemu by se měl naučit, aby byl lepším učitelem. Mezi pozitivní atributy školitele nechyběla spolehlivost, celostní přístup, celoživotní vzdělávání, trpělivost, dobrá organizace práce i výuky, komunikační a motivač-

ní schopnosti .

Profesor Justin Allen (Honorary Professor of Family Medicine, De Montfort University, Leicester, UK) ve své přednášce zmínil učební model podle Kolba, který v první řadě popisuje zkušenost – „něco se děje“, to vede k určitému subjektivnímu vjemu této skutečnosti a analýze, dalším krokem je "konceptualizace" - měl jsem to udělat? Posledním článkem je zhodnocení, zda se určitá skutečnost mohla stát jinak.



Další část semináře byla věnována **hodnocení školení**. Obecně způsob hodnocení může být „formativní“ – tzn. formou splňující určitá kritéria např. hodnocení známkou, bodové hodnocení, která by měla školenci dát zpětnou vazbu a vlastní náhled na zhodnocení učebního procesu nebo „sumativní“, kdy školenec dostává slovní hodnocení, jeho výkon je sice evaluován a zaměřuje se na možnosti zlepšení dovedností v rámci vzdělávacího programu, ale nezahrnuje zpětnou vazbu věnovanou přímo školenci.

Profesor Allen také představil v podobě pyramidy hlavní oblasti, které by měly být školitelem hodnoceny. Jsou jimi hlavní tři – znalosti, zkušenosti a postoje resp. názory, které poté determinují kompe-





tence a dovednosti. Vespod pyramidu leží znalosti – co školenec ví (KNOWS), užší část tvoří, zda ví jak znalosti použít (KNOWS HOW), a jak je navenek projevuje (SHOWS HOW), které vrcholí tím, co dělá a jak kvalitní je jeho projev (DOES).

Tématem semináře byla i **komunikace školitele se školencem**, která se často týká efektivního poskytování zpětné vazby. Obecné principy jak dávat zpětnou vazbu ze strany školitele školeníci jsou: podávat ji otevřeně, čestně, nejlépe v soukromí, vždy je důležité zvolit vhodnou dobu a prostředí. Velice přínosné je podávat otázky na školence jak si on sám myslí, že konzultace probíhala, jaký má z toho pocit, jak by sám zhodnotil svůj výkon, co by se dle něj dalo zlepšit a jak by se zachoval v podobném případě příště? Vše by mělo být založeno na sdílení informací a dojmů spíše než na udílení rad.

Třetí a poslední den byl celý vyhrazen důležité metodě učení – **hraní rolí**. Předchozí dny jsme si již několikrát mohli vyzkoušet, jak funguje v praxi, tentokrát se na ně dánští prezentující z EURACTu pánové Roar Maagaard (Aarhus Universitet, President of Danish College of GP's) a Niels Kristian Kjaer (Senior lecturer, GP Sonderborg) podívali z teoretické stránky, na kterou navázala stránka praktická. Hraní rolí má své výhody i nevýhody, mezi výhody patří, že je metodou levnou, aplikovatelnou kdykoliv a kdekoliv, na druhé straně je metodou velice obtížnou a je potřeba zkušeného učitele, aby metoda splnila svůj cíl. Ve skupinkách jsme pak měli jako lékaři a pacienti simulovat situace, které si myslíme, že nás denně potkávají a které jsou z našeho pohledu obtížné. Vybrali jsme sdělení vážného onemocnění, komunikace s přílišně mluvným pacientem a sdělení terapeutického plánu pacientovi, který veškerou léčbu odmítá.

Na závěr nesměla chybět evaluace a zhodnocení celého kurzu, který, dovolíme si mluvit za všechny, účastníky opravdu nadchl a dodal motivaci do dalších aktivit v této oblasti.

Další část kurzu - Level 2 se bude konat v říjnu ve Slovinsku a podrobnější informace najdete na www.euract.eu.



Změna vyhlášky č. 473/2008 Sb. o systému epidemiologické bdělosti pro vybrané infekce vyhláškou č. 233/2011 ze dne 22. 7. 2011, účinná od 15. dne po jejím vyhlášení

Slovo redakce úvodem

Vzhledem k rozsahu této vyhlášky, která nyní čítá již 30 příloh, není v možnostech tohoto časopisu ji celou uvést a vyznačit všechny aktuální změny.

Přesto tato vyhláška je pro naši každodenní práci velmi důležitá a neměla by chybět v žádné praxi. Doporučujeme všem, aby si aktuální verzi vyhlášky č. 473/2008 do svých praxí opatřili. **Aktuální znění vyhlášky bude také vyvěšeno na našich stránkách www.svl.cz.**

Na tomto místě uvádíme alespoň kompletní znění změnové vyhlášky č. 233/2011, která ovšem pouze oznamuje změny původní vyhlášky č. 473/2008 Sb. ve znění vyhlášky č. 275/2010 Sb.

Pro ukázkou probíhajících změn ve vyhlášce a vzhledem k hlavnímu tématu tohoto čísla - chřipce - jsme se rozhodli uvést alespoň celé znění přílohy č. 5 (**s aktuálními změnami vyznačenými kurzívou**).

Příloha č. 5 k vyhlášce č. 473/2008 Sb.

Systém epidemiologické bdělosti chřipky a akutních respiračních onemocnění

Čl. 1

Klinická definice onemocnění

1. *Klinický obraz infekce viru chřipky probíhá ve formě chřipce podobného onemocnění nebo ve formě akutní respirační infekce. Inkubační doba 1 až 4 dny.*
- 1.1. *Chřipce podobné onemocnění (ILI) je charakterizováno následujícími klinickými příznaky:*
 - a) *náhlý nástup nemoci, a současně*
 - b) *nejméně jedním z celkových symptomů, mezi které patří horečka nebo zimnice, nevolnost, bolest hlavy, bolest svalů, a současně*
 - c) *nejméně jedním z následujících respiračních symptomů, mezi které patří kašel, pálení v krku, dechová nedostatečnost.*
- 1.2. *Akutní respirační infekce (ARI) je charakterizována následujícími klinickými příznaky:*
 - a) *náhlý nástup nemoci, a současně*
 - b) *nejméně jedním z následujících respiračních symptomů, mezi které patří kašel, pálení v krku, dechová nedostatečnost, rýma.*
2. *Období nakažlivosti je u dospělých osob v prvním až pátém dni onemocnění. U osob imunosuprimovaných a u dětí může být období nakažlivosti až do desátého dne onemocnění.*

Čl. 2

Laboratorní diagnostika

1. Detekce chřipkového antigenu či nukleové kyseliny ve vyšetřovaném klinickém materiálu metodami EIA, imunofluorescence, PCR nebo jinými adekvátními metodami. Vyšetřovaným klinickým materiálem se rozumí zejména výtěr z nazofaryngu, výtěr z nosu, výtěr z faryngu, nazofaryngeální aspirát, endotracheální a bronchoalveolární laváž.
2. Izolace viru chřipky z odebraného klinického materiálu kultivací v citlivém buněčném substrátu (buněčné kultury, kuře-

cí embrya); izolované viry se neprodleně zasílají k typizaci do Národní referenční laboratoře pro chřipku zřízenou Ministerstvem zdravotnictví.

3. Sérologický průkaz specifické protilátkové odpovědi proti chřipce typu A nebo typu B spočívající v minimálně čtyřnásobném vzestupu titru protilátek v séru odebraném v akutním a rekonvalescentním stádiu onemocnění, a to v intervalu nejméně 10 dní. Doporučené metody: komplement-fixační reakce, test inhibice hemaglutinace, ELISA.
4. Průkaz viru chřipky v pitevním materiálu, kterým je trachea, bifurkace bronchů nebo okrajová zóna pneumonického ložiska.

Čl. 3

Epidemiologická kritéria

Epidemiologická souvislost - mezilidský přenos onemocnění, při kterém jeden z případů je laboratorně potvrzený. V případě chřipkové epidemie není nezbytně nutný laboratorní průkaz pro potvrzení epidemiologické souvislosti.

Čl. 4

Klasifikace případu onemocnění

- A. Možný: Případ, který splňuje klinickou definici onemocnění (ILI nebo ARI).
- B. Pravděpodobný: Případ, který splňuje klinickou definici onemocnění (ILI nebo ARI), a je v epidemiologické souvislosti.
- C. Potvrzený: Případ, který splňuje klinickou definici onemocnění (ILI nebo ARI), potvrzený výsledkem laboratorního vyšetření.

Čl. 5

Shromažďování údajů a jejich hlášení

Osoba poskytující péči, která diagnostikuje onemocnění chřipkou, komplikace a úmrtí na toto onemocnění, provede hlášení podle jiného právního předpisu²⁾.

Čl. 6

Epidemiologické šetření při podezření na výskyt chřipky a akutních respiračních infekcí

1. Protiepidemická oddělení OOVZ provádí epidemiologické šetření u všech netypických výskytů chřipkových onemocnění, **zejména s nezvyklým průběhem v časové a místní souvislosti**. Provádí epidemiologické šetření u všech hlášených úmrtí na chřipku a v přímé souvislosti s chřipkou a zjišťují, zda nemocná či zemřelá osoba byla očkována proti chřipce před aktuální chřipkovou sezónou.
2. **Osoba poskytující péči¹⁾ ve spolupráci s místně příslušným orgánem ochrany veřejného zdraví** zajišťuje a provádí včasný odběr biologického materiálu k ověření diagnózy a jeho transport do příslušné laboratoře, která provede základní vyšetření (přímá detekce antigenu a izolační pokus). Další vyšetření provádí Národní referenční laboratoř pro chřipku.

Čl. 7

Protiepidemická opatření v ohnisku chřipky

1. Hlášení onemocnění dle čl. 5.
2. Odběr biologického materiálu k ověření diagnózy a jeho trans-

port do příslušné laboratoře k vyšetření zajišťuje a provádí **osoba poskytující péči¹⁾**.

3. V případě objevení se nové varianty chřipkového viru se postupuje podle Pandemického plánu České republiky pro případ pandemie chřipky vyvolané novou variantou chřipkového viru.

Plné znění vyhlášky:

č. 233/2011 Sb.

VYHLÁŠKA

ze dne 22. července 2011,

kterou se mění vyhláška č. 473/2008 Sb., o systému epidemiologické bdělosti pro vybrané infekce, ve znění vyhlášky č. 275/2010 Sb.

Ministerstvo zdravotnictví stanoví podle § 108 odst. 1 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění zákona č. 274/2001 Sb., zákona č. 274/2003 Sb., zákona č. 320/2002 Sb., zákona č. 392/2005 Sb., zákona č. 222/2006 Sb. a zákona č. 110/2007 Sb., (dále jen „zákon“) k provedení § 75a odst. 1 a 4 zákona:

Čl. I

Vyhláška č. 473/2008 Sb., o systému epidemiologické bdělosti pro vybrané infekce, ve znění vyhlášky č. 275/2010 Sb., se mění takto:

- V § 3 se na konci odstavce 2 tečka nahrazuje čárkou a doplňuje se písmeno p), které zní: „**p) virové hepatitidy E příloha č. 30 k této vyhlášce.**“.
- V § 4 se číslo „29“ nahrazuje číslem „30“.
- V příloze č. 1 se na konci textu bodu 1.3. doplňují slova „**Hepatitida E**“.
- V příloze č. 2 čl. 1 se na konci textu bodu 1 doplňují slova „**Inkubační doba 2 až 5 dnů.**“ a v bodě 3 se slova „(2-5 dnů)“ zrušují.
- V příloze č. 2 se na konci textu článku 2 doplňuje věta „**Vyšetřující laboratoř zašle každý kmen C. diphtheriae a C. ulcerans do Národní referenční laboratoře pro pertusi a difterii k dalšímu určování.**“.
- V příloze č. 2 čl. 5, v příloze č. 3 čl. 5, v příloze č. 6 čl. 5, v příloze č. 7 čl. 5, v příloze č. 12 čl. 5, v příloze č. 13 čl. 5 a v příloze č. 14 čl. 5 se za slovo „hlásí“ vkládají slova „**orgánu ochrany veřejného zdraví**“.
- V příloze č. 2 čl. 6 a v příloze č. 4 čl. 6 se slova „Lékař, který vyslovil“ nahrazují slovy „**Osoba poskytující péči¹⁾, která vyslovila**“ a na konci textu se doplňuje věta „**Epidemiologické šetření včetně kontroly proočkovanosti zajistí orgán ochrany veřejného zdraví zejména s cílem určit zdroj infekce a cestu přenosu.**“.
- V příloze č. 3 čl. 1 se na konci textu bodu 1 doplňují slova „**Inkubační doba 7 až 21 dnů.**“ a v bodě 5 se věta poslední zrušuje.
- V příloze č. 3 čl. 2 se za bod 6 vkládá nový bod 7, který zní: „**7. Vyšetřující laboratoř zašle každý izolovaný kmen B. pertussis a B. parapertussis k ověření do Národní referenční laboratoře pro pertusi a difterii.**“.
- V příloze č. 3 článek 6 včetně nadpisu zní:

„Čl. 6

Epidemiologické šetření při podezření na výskyt dávivého kašle

Osoba poskytující péči¹⁾, která vyslovila podezření na onemocnění dávivým kašlem, zajistí odběr klinického vzorku na kultivační nebo PCR vyšetření a provede odběr krve na sérologické vyšetření a zajistí transport biologického materiálu neprodleně do vyšetřující laboratoře; nejméně za 3 týdny provede další odběr krve. Osoba poskytující péči¹⁾ i vyšetřující labora-

toř hlásí orgánu ochrany veřejného zdraví výsledky podle čl. 4. Vyšetřující laboratoř zašle každý izolovaný kmen B. pertussis a B. parapertussis k ověření do Národní referenční laboratoře pro pertusi a difterii. Epidemiologické šetření včetně kontroly proočkovanosti zajistí orgán ochrany veřejného zdraví zejména s cílem určit zdroj infekce a cestu přenosu.“.

11. V příloze č. 4 čl. 1 se na konci textu bodu 1 doplňují slova „**Inkubační doba 7 až 18 dnů.**“.

12. V příloze č. 4 článek 2 včetně nadpisu zní:

„Čl. 2

Laboratorní diagnostika

1. Izolace spalničkového viru z klinického vzorku.
2. Detekce nukleové kyseliny viru spalniček v klinickém vzorku odebraném v akutní fázi onemocnění.
3. Přítomnost specifických protilátek proti spalničkovému viru charakteristických pro akutní infekci v séru nebo ve slinách:
 - a) Detekce IgM protilátek proti viru spalniček u osob, které nebyly v posledních 6 týdnech očkovány.
 - b) Pro možnost průkazu nízkých hodnot falešných spalničkových IgM pozitivit u sporadických zarděnkových případů je nutné vyloučit možné pozitivitu IgM protilátek proti viru zarděnek, parvoviru B19, EBV a HHV6.
4. Průkaz sérokonverze nebo výrazného, několikanásobného vzestupu hladin specifických spalničkových IgG protilátek vyšetřením dvojice sér (akutního a rekonvalescentního) osob, které nebyly v posledních 6 týdnech očkovány.
5. Průkaz vzrůstu hladin preexistujících spalničkových IgG protilátek u reinfekci.
6. Detekce antigenu spalničkového viru pomocí přímé imunofluorescence v klinickém vzorku odebraném v akutní fázi onemocnění za použití monoklonálních protilátek specifických pro spalničky.

Ke správné interpretaci laboratorních výsledků je třeba brát v úvahu též klinické a epidemiologické údaje včetně statusu očkování. Pokud bylo v posledních 3 až 6 týdnech provedeno očkování, je nutné zvážit vyšetření na nevakinální virus. Izoláty viru spalniček izolované z klinického materiálu jsou zasílány do Národní referenční laboratoře pro spalničky, příušnice, zarděnky a parvovirus B19 k dalšímu určování.“.

13. V příloze č. 4 čl. 4 bodě C se za slovo „Případ“ vkládají slova, „**který nebyl v nedávné době (3 až 6 týdnů) očkovan a je**“.
14. V příloze č. 4 čl. 5 se za slovo „hlásí“ vkládají slova „**orgánu ochrany veřejného zdraví**“ a na konec věty první se doplňují slova „**která splňují klinická a laboratorní kritéria**“.
15. V příloze č. 4 čl. 7 bod 6 zní: „**6. Osoba poskytující péči¹⁾ zajistí podání normálního lidského imunoglobulinu (NLIG) dětem do 15 měsíců věku (neočkováným), osobám s trvalou kontraindikací, těhotným ženám a osobám s imunosupresí, které byly v kontaktu s možným, pravděpodobným nebo potvrzeným případem spalniček, a to dle souhrnu údajů o přípravku.**“.
16. V příloze č. 4 čl. 7 bodě 7 se slovo „Očkování“ nahrazuje slovy „**Osoba poskytující péči¹⁾ zajistí očkování**“.
17. V příloze č. 4 čl. 7 bodě 8 se za slova „styku s nemocným“ vkládají slova „**se provádí lékařský dohled**“.
18. V příloze č. 4 čl. 7 bodě 9 se slovo „Děti“ nahrazuje slovy „**Vnímavé děti**“ a za slovo „spalničkami“ se vkládá čárka.
19. V příloze č. 5 článek 1 včetně nadpisu zní:

„Čl. 1

Klinická definice onemocnění

1. Klinický obraz infekce viru chřipky probíhá ve formě chřipce podobného onemocnění nebo ve formě akutní respirační infekce. Inkubační doba 1 až 4 dny.
 - 1.1. Chřipce podobné onemocnění (ILI) je charakterizováno následujícími klinickými příznaky:
 - a) náhlý nástup nemoci, a současně

- b) nejméně jedním z celkových symptomů, mezi které patří horečka nebo zimnice, nevolnost, bolest hlavy, bolest svalů, a současně
- c) nejméně jedním z následujících respiračních symptomů, mezi které patří kašel, pálení v krku, dechová nedostatečnost.
- 1.2. Akutní respirační infekce (ARI) je charakterizována následujícími klinickými příznaky:**
- a) náhlý nástup nemoci, a současně
- b) nejméně jedním z následujících respiračních symptomů, mezi které patří kašel, pálení v krku, dechová nedostatečnost, rýma.
- 2. Období nakažlivosti je u dospělých osob v prvním až pátém dni onemocnění. U osob imunosuprimovaných a u dětí může být období nakažlivosti až do desátého dne onemocnění.“**
20. V příloze č. 5 čl. 6 bodě 1 se slova „(např. z hlediska počtu postižených, v časové či místní souvislosti, s nezvyklým průběhem)“ nahrazují slovy „zejména s nezvyklým průběhem v časové a místní souvislosti“.
21. V příloze č. 5 čl. 6 v bodě 2 se slova „Diagnostikující lékař, popř. OOVZ,“ nahrazují slovy „Osoba poskytující péči¹⁾ ve spolupráci s místně příslušným orgánem ochrany veřejného zdraví“.
22. V příloze č. 5 čl. 7 bodě 2 se slova „diagnostikující lékař, popř. OOVZ“ nahrazují slovy „osoba poskytující péči¹⁾“.
23. V příloze č. 6 čl. 1 se na konci textu bodu 1 doplňují slova „Inkubační doba 2 až 7 dnů, výjimečně až 10 dnů.“
24. V příloze č. 6 čl. 2 bodě 5 se věta poslední nahrazuje větou „Odběr na kulturační vyšetření se provede před nasazením antibiotické terapie.“
25. V příloze č. 6 čl. 6 se slova „Lékař, který vyslovil“ nahrazují slovy „Osoba poskytující péči¹⁾, která vyslovila“ a na konci textu se doplňují slova „která izoláty předá do Národní referenční laboratoře pro meningokokové nákazy k dalšímu určování. Národní referenční laboratoř pro antibiotika zajišťuje sledování antibiotické rezistence. Epidemiologické šetření zajistí orgán ochrany veřejného zdraví zejména s cílem zjistit zdroj infekce“.
26. V příloze č. 6 čl. 7 bodě 6 se slova „se ihned zahajuje protektivní chemoterapie“ nahrazují slovy „zahájí osoba poskytující péči¹⁾ ihned protektivní chemoterapii“.
27. V příloze č. 7 se na konci textu článku 1 doplňují slova „Inkubační doba 2 až 4 dny.“
28. V příloze č. 7 čl. 2 závěrečná část ustanovení zní: „Vzhledem ke skutečnosti, že výše uvedené klinické syndromy mohou být způsobeny řadou jiných etiologických agens, je laboratorní potvrzení etiologie H. influenzae až do úrovně specíes H. influenzae a typu nezbytné. Kmeny H. influenzae izolované z klinického materiálu, který je za normálních podmínek sterilní, nebo z tělních tekutin, získaných z klinických projevů podle článku 1, jsou zasílány do Národní referenční laboratoře pro hemofilové nákazy k dalšímu určování. Národní referenční laboratoř pro antibiotika zjišťuje rezistenci vůči antibiotikům. Odběry biologického materiálu na kulturační vyšetření je nutné provést před nasazením ATB terapie.“
29. V příloze č. 7 čl. 6 se slova „Lékař, který vyslovil“ nahrazují slovy „Osoba poskytující péči¹⁾, která vyslovila“ a na konci textu se doplňují slova „která izoláty předá Národní referenční laboratoři pro hemofilové nákazy k dalšímu určování. Národní referenční laboratoř pro antibiotika zajišťuje sledování antibiotické rezistence. Epidemiologické šetření včetně kontroly proočkovanosti zajistí orgán ochrany veřejného zdraví zejména s cílem určit zdroj infekce.“
30. V příloze č. 7 čl. 7 se doplňuje bod 5, který zní: „5. Do dětských předškolních zařízení se nepřijímají vnímavé děti k nákazám způsobeným H. influenzae po dobu maximál-

ní inkubační doby od vyřazení nemocného dítěte.“

31. V příloze č. 8 článek 6 včetně nadpisu zní:

„Čl. 6

Epidemiologické šetření při podezření na HIV/AIDS

Osoba poskytující péči¹⁾, která vyslovila podezření na nákazu HIV/AIDS, provede odběr krve na vyšetření přítomnosti protilátek. Epidemiologické šetření zajistí osoba poskytující péči¹⁾ nebo orgán ochrany veřejného zdraví zejména s cílem určit zdroj infekce a cestu přenosu.“

32. V příloze č. 8 čl. 7 se doplňuje bod 3, který zní:

„3. Osoba poskytující péči¹⁾ zajistí vyšetření osob, které se poranily o použitou injekční jehlu, podle uvedené tabulky.

vyšetření	Do 72 hodin po poranění	Za 90 dnů po poranění	Za 180 dnů po poranění
Virová hepatitida B	Ano*	Ano	Ano
Virová hepatitida C	Ano	Ano	Ano
HIV	Ano	Ano	Ne

Při negativním výsledku markerů HBsAg, anti HCV a anti HIV u potenciálního zdroje, pokud je známý, se sledování poraněné osoby ukončí.

Součástí vyšetření je i zjištění subjektivních potíží a klinických příznaků, které mohou souviset s onemocněním virovou hepatitidou a laboratorní vyšetření aktivity aminotransferáz. Událost se vždy zaznamená do zdravotní dokumentace poraněné osoby.“

33. V příloze č. 9 čl. 1 bodě 1 se slova „symptomy a/nebo“ zrušují.

34. V příloze č. 9 čl. 2 úvodním ustanovení se za větu čtvrtou doplňují věty „U izolovaných kmenů Mycobacterium tuberculosis jsou výsledky testů citlivosti na antituberkulotika potvrzovány v Národní referenční laboratoři pro mykobakterie. K vyloučení nebo potvrzení multirezistentní nebo extenzivně rezistentní tuberkulózy provádějí mykobakteriologické laboratoře izolaci M. tuberculosis a testy citlivosti i u kmenů izolovaných ze sekčního materiálu nebo u kmenů izolovaných ze vzorků klinického materiálu osob, které v průběhu provádění laboratorních testů zemřely.“

35. V příloze č. 9 čl. 4 bod 1 zní:

„1. Klasifikace podle infekčnosti.

1.1. Příklad s infekční formou TBC onemocnění:

1.1.1. osoba s TBC, vylučující ve sputu nebo v jiném materiálu bacily komplexu M. tuberculosis, prokázané kulturačně a zejména kulturačně a mikroskopicky.

1.2. Příklad s důvodným podezřením na onemocnění infekční formou TBC:

1.2.1. osoba s nálezem svědčícím pro aktivní plicní TBC (rtg nález, histologie apod.), u které výsledky kultivace sputa nebo jiného materiálu nejsou dosud uzavřeny, nebo

1.2.2. osoba s nálezem svědčícím pro aktivní plicní TBC, u které materiál pro bakteriologické vyšetření nebyl získán, nebo

1.2.3. osoba s nálezem svědčícím pro aktivní pouze mimo-plicní TBC, u které je důvodné podezření na vylučování tuberkulózních bacilů v tělesných sekretech nebo exkretech do vnějšího prostředí.

1.3. Příklad s neprokázanou infekčností:

1.3.1. osoba s nálezem svědčícím pro aktivní plicní TBC s uzavřeným mykobakteriologickým vyšetřením s negativním výsledkem.

1.4. Příklad s nepravděpodobnou infekčností:

1.4.1. osoba s nálezem svědčícím pro aktivní pouze mimo-plicní TBC kromě situace uvedené v bodě 1.1.1. a 1.2.3.“

36. V příloze č. 9 čl. 4 bodě 2.1. se slova „tracheo-bronchiální větve“

nahrazují slovy „tracheo-bronchiálního stromu“.

37. V příloze č. 9 čl. 4 bodě 2.3. se slovo „větev“ nahrazuje slovem „strom“.

38. V příloze č. 9 čl. 5 větě první se za slovo „hlásí“ vkládají slova „orgánu ochrany veřejného zdraví“ a ve větě třetí se slova „ošetřující lékař nebo dispenzarizující lékař nebo lékař, který dosud nehlášené onemocnění diagnostikuje“ nahrazují slovy „osoba poskytující péči¹⁾“.

39. V příloze č. 9 čl. 6 bodě 1 se slova „Lékař, který vyslovil“ nahrazují slovy „Osoba poskytující péči¹⁾, která vyslovila“ a na konci textu se doplňují věty „Dále zajistí epidemiologické šetření zejména s cílem určit zdroj infekce a cestu přenosu. V případech infekční formy TBC onemocnění, zejména mikroskopicky pozitivních, s rozsahem ohniska přesahujícím rodinné kontakty, spolupracuje úzce při epidemiologickém šetření s orgánem ochrany veřejného zdraví.“.

40. Příloha č. 10 zní:

**„Příloha č. 10 k vyhlášce č. 473/2008 Sb.
Systém epidemiologické bdělosti legionelózy“**

Čl. 1

Klinická definice legionelózy

1. Legionářská nemoc - akutní onemocnění dolních cest dýchacích s příznaky pneumonie diagnostikované kliniky, rentgenologicky, laboratorně. Inkubační doba 2 až 10 dnů.
2. Pontická horečka - akutní legionelová infekce bez postižení dolních cest dýchacích. Inkubační doba 1 až 2 dny.

Čl. 2

Laboratorní diagnostika

Nejméně jedno z těchto kritérií:

1. Přímý průkaz antigenu v moči.
2. Průkaz specifických protilátek v séru.
3. Přímá detekce mikroba v respiračních sekretech.
4. Kultivace na selektivních půdách.
5. Typizace kmenů zaslaných do Národní referenční laboratoře pro legionely pomocí sekvenace.

Čl. 3

Epidemiologická kritéria

Expozice stejnému společnému rezervoáru jako u potvrzeného případu.

Čl. 4

Klasifikace případu onemocnění

A. Možný: Nelze použít.

B. Pravděpodobný: Splňuje výše uvedenou klinickou definici onemocnění, epidemiologické kritérium a nejméně jedno z následujících laboratorních kritérií:

1. čtyřnásobný nebo vyšší vzestup protilátek proti *L. pneumophila* jiných sérologických skupin než sg. 1 nebo jiných druhů potvrzený nepřímou fluorescencí nebo mikroaglutinací;
2. vysoký titr protilátek proti *L. pneumophila* sg. 1 nebo dalších sérologických skupin nebo druhů;
3. průkaz specifického agens v respiračních sekretech a plicní tkáni pomocí přímé fluorescence s monoklonálními protilátkami;
4. průkaz legionel v biologickém materiálu molekulárně biologickými akreditovanými metodami (PCR).

C. Potvrzený: Splňuje výše uvedenou klinickou definici onemocnění a jedno nebo více z následujících laboratorních kritérií:

1. izolace legionel z bronchoalveolární laváže, sputa, pleurální tekutiny, plicní tkáně, krve nebo jiného biologického materiálu;
2. čtyřnásobný nebo vyšší vzestup specifických titrů protilátek proti *Legionella pneumophila* sg. 1 potvrzený nepřímou fluorescencí, mikroaglutinací nebo ELISA testem;
3. průkaz specifického antigenu v moči validovanou

diagnostickou soupravou.

Další klasifikace legionelózy pro účely národního systému epidemiologické bdělosti:

- a. Nozokomiální legionelózy - pacient se nakazil ve zdravotnickém zařízení.
- b. Cestovní legionelózy - pacient se nakazil při jednodenním nebo vícedenním pobytu v hotelu nebo jiném zařízení hromadného ubytování v ČR nebo v zahraničí, kde pobýval 2 až 10 dnů před objevením se klinických příznaků onemocnění.
- c. Profesionální legionelózy - nákazy, k nimž došlo při výkonu práce.
- d. Komunitní legionelózy - nákazy z ostatních rezervoárů.
- e. Jiné.

Čl. 5

Shromažďování údajů a jejich hlášení

Osoba poskytující péči¹⁾, která diagnostikuje onemocnění legionelózou, neprodleně hlásí orgánu ochrany veřejného zdraví onemocnění a úmrtí na toto onemocnění.

Čl. 6

Epidemiologické šetření při podezření na výskyt legionelózy

Osoba poskytující péči¹⁾, která vyslovila podezření na onemocnění legionelózou, provede odběry biologického materiálu (bronchoalveolární laváž, sputum nebo pleurální výpotek, moč, krev, případně další tělní tekutiny, v případě úmrtí část ze zasaženého ložiska plicní tkáně) k laboratornímu průkazu etiologie a zajistí jejich transport do vyšetřující laboratoře. Vykultivované kmeny, případně odebraný biologický materiál, předá laboratoř do Národní referenční laboratoře pro legionely k identifikaci a typizaci nebo zpracování. Epidemiologické šetření zajistí orgán ochrany veřejného zdraví, zejména s cílem určit rezervoár infekce a cestu přenosu.

Čl. 7

Protiepidemická opatření v ohnisku onemocnění legionelózou

1. Hlášení onemocnění legionelózou podle článku 5.
2. Zajištění odběru biologického materiálu k ověření diagnózy, jeho transport do příslušné laboratoře.
3. Epidemiologické šetření v ohnisku nákazy včetně vymezení dalších ohrožených osob, prověření cestovní anamnézy, odběrů vzorků vod z technických zařízení, návrhu na technickou revizi.“.

41. V příloze č. 11 čl. 1 bodě 2.3. se slovo „tuzemský“ nahrazuje slovy „neimportovaný (domácí)“.

42. V příloze č. 11 se na konci textu článku 2 doplňuje věta „Izoláty polioviru izolované z klinického materiálu jsou zasílány do Národní referenční laboratoře pro enteroviry k dalšímu určení.“.

43. V příloze č. 11 čl. 4 poslední větě se slova „nebo tuzemský“ zrušují.

44. V příloze č. 11 čl. 5 se za slovo „hlásí“ vkládají slova „orgánu ochrany veřejného zdraví“ a na konci textu se doplňuje věta „V rámci systému epidemiologické bdělosti poliomyelitidy se hlásí a prošetřují také případy akutních chabých paréz do 15 let věku.“.

45. V příloze č. 11 článek 6 včetně nadpisu zní:

„Čl. 6

**Epidemiologické šetření při podezření
na výskyt poliomyelitidy**

Osoba poskytující péči¹⁾, která vyslovila podezření na onemocnění poliomyelitidou, provede odběr stolice a zajistí zaslání odběru do Národní referenční laboratoře pro enteroviry. Vyšetřující laboratoř zašle izolovaný kmen polioviru do regionální referenční laboratoře pro enteroviry ve Světové zdravotnické organizaci pro Evropu. Epidemiologické šetření včetně kontroly proočkovanosti zajistí orgán ochrany veřejné

ho zdraví, zejména s cílem určit zdroj infekce a cestu přenosu.“.

46. V příloze č. 11 čl. 7 bod 6 zní:

„6. Lékařský dohled po dobu 35 dnů od posledního kontaktu s potvrzeným případem paralytické poliomyelitidy. U osob vykonávajících činnosti epidemiologicky závažné je nařízen zvýšený zdravotnický dozor po dobu 6 týdnů od posledního kontaktu s potvrzeným případem paralytické poliomyelitidy.“.

47. V příloze č. 12 čl. 1 se na konci textu bodu 1 doplňují slova **„Inkubační doba 3 až 21 dnů.“.**

48. V příloze č. 12 se na konci textu článku 2 doplňuje věta **„Vyšetřující laboratoř zašle každý izolovaný kmen C. tetani do Národní referenční laboratoře pro tetanus.“.**

49. V příloze č. 12 čl. 6 se slova „Lékař, který vyslovil“ nahrazují slovy **„Osoba poskytující péči¹⁾, která vyslovila“** a na konci textu se doplňuje věta **„Epidemiologické šetření včetně kontroly proočkovanosti zajistí orgán ochrany veřejného zdraví, zejména s cílem určit cestu přenosu.“.**

50. V příloze č. 13 čl. 1 se na konci textu bodu 1 doplňují slova **„Inkubační doba 14 až 21 dnů.“** a v bodě 2 písmeno B se slovo „žloutenky“ nahrazuje slovem „žloutenka“.

51. V příloze č. 13 článek 2 včetně nadpisu zní:

„Čl. 2

Laboratorní diagnostika

1. Kritéria pro potvrzený případ zarděnek:

a. Izolace viru zarděnek u osob, které nebyly v posledních 6 týdnech očkovány, 1 týden před a maximálně 1 týden po objevení se vyrážky. Materiálem pro přímý průkaz viru zarděnek jsou nejlépe výtěry z krku, jinak vzorky krve, moči a cerebrospinální tekutiny, výtěry z nosu. Vzorky musí být odebrány co nejdříve.

b. Detekce nukleové kyseliny nevakcinálního viru zarděnek v klinickém vzorku, odebraném v akutní fázi onemocnění.

c. Průkaz sérokonverze nebo výrazného, několikanásobného vzestupu hladin specifických zarděnkových IgG protilátek vyšetřením dvojice vzorků sér nebo slin u osob, které nebyly v posledních 6 týdnech očkovány. Průkaz vzrůstu hladin již existujících zarděnkových IgG protilátek u reinfekcí.

2. Kritéria pro pravděpodobný případ zarděnek:

Detekce IgM protilátek proti viru zarděnek u osob, které nebyly v posledních 6 týdnech očkovány.

V případě podezření na zarděnky v těhotenství je nutné další potvrzení pozitivními výsledky testu na IgM (např. specifický test avidity protilátek IgG proti viru zarděnek prokazující nízkou aviditu).

3. Kritéria pro kongenitální zarděnkový syndrom (KZS):

a. Izolace viru zarděnek z klinického vzorku.

b. Detekce nukleové kyseliny viru zarděnek.

c. Přítomnost specifických protilátek IgM proti viru zarděnek.

d. Přetrvávání protilátek IgG proti viru zarděnek mezi šestým a dvanáctým měsícem věku (nejméně 2 vzorky s podobnou koncentrací protilátek IgG proti viru zarděnek).

Izoláty viru zarděnek izolované z klinického materiálu jsou zasílány do Národní referenční laboratoře pro spalničky, příušnice, zarděnky a parvovirus B19 k dalšímu určování.“.

52. V příloze č. 13 čl. 6 se slova „Lékař, který vyslovil“ nahrazují slovy **„Osoba poskytující péči¹⁾, která vyslovila“** a na konci textu se doplňuje věta **„Epidemiologické šetření včetně kontroly proočkovanosti zajistí orgán ochrany veřejného zdraví.“.**

53. V příloze č. 14 čl. 1 se na konci textu bodu 1 doplňují slova **„Inkubační doba 16 až 18 dnů.“.**

54. V příloze č. 14 článek 2 včetně nadpisu zní:

„Čl. 2

Laboratorní diagnostika

1. Přímý průkaz nevakcinálního kmene viru příušnic izolací z klinického vzorku, odebraného v akutní fázi onemocnění.

2. Detekce nukleové kyseliny nevakcinálního kmene viru příušnic v klinickém vzorku, odebraném v akutní fázi onemocnění.

3. Detekce IgM protilátek proti viru příušnic u osob, které nebyly v posledních 6 týdnech očkovány.

4. Průkaz sérokonverze nebo výrazného, několikanásobného vzestupu hladin specifických parotitických IgG protilátek vyšetřením dvojice vzorků sér nebo slin osob, které nebyly v posledních 6 týdnech očkovány.

5. Průkaz vzrůstu hladin již existujících parotitických IgG protilátek u reinfekcí.

6. Detekce antigenu nevakcinálního kmene viru příušnic (DFA) pomocí specifických parotitických monoklonálních protilátek v klinickém vzorku, odebraném v akutní fázi onemocnění.

Ke správné interpretaci laboratorních výsledků je třeba brát v úvahu též klinické a epidemiologické údaje včetně statusu očkování.“.

55. V příloze č. 14 čl. 6 se slova „Lékař, který vyslovil“ nahrazují slovy **„Osoba poskytující péči¹⁾, která vyslovila“.**

56. V příloze č. 15 čl. 1 bodě 1 se slovo „makulopapulární“ nahrazuje slovem „makulopapulózní“.

57. V příloze č. 15 čl. 6 včetně nadpisu zní:

„Čl. 6

Činnost zařízení transfuzní služby

Zařízení transfuzní služby zajistí:

a) vyloučení z dárcovství plné krve a krevních složek u všech osob, které pobývaly v oblasti s probíhajícím přenosem WNV na lidi, a to po dobu 28 dnů po opuštění takové oblasti³⁾;

b) v indikovaných případech vyšetření vytípaných vzorků krve a krevních složek na přítomnost nukleových kyselin WNV.“.

58. V příloze č. 16 čl. 3 se bod 5 zrušuje.

59. V příloze č. 16 čl. 7 se bod 5 zrušuje.

Dosavadní body 6 a 7 se označují jako body 5 a 6.

60. V příloze č. 16 čl. 7 bodě 5 se za slova „potravinářské výrobě“ vkládají slova **„ve spolupráci s orgány Státní veterinární správy“.**

61. V příloze č. 17 čl. 1 se na konci textu bodu 1 doplňují slova **„Inkubační doba 15 až 50 dnů.“.**

62. V příloze č. 17 čl. 1 bodě 2 se slova „ , výjimečně bylo popsáno období až 6 měsíců“ zrušují.

63. V příloze č. 17 čl. 3 se bod 4 zrušuje.

64. V příloze č. 17 čl. 7 bodě 5 se za slovo „předškolního“ vkládají slova **„a školního“.**

65. V příloze č. 18 čl. 1 bodě 1 se za slovo „břicha,“ vkládají slova **„bolestí kloubů,“** a na konci textu bodu 1 se doplňují slova **„Inkubační doba 45 až 180 dnů.“.**

66. V příloze č. 18 čl. 7 se doplňují body 7 a 8, které znějí:

„7. Zdravotnickému pracovníkovi, který byl při expozici krvi pacienta poraněn, nebo došlo-li k závažné kontaminaci kůže a sliznic a který nebyl současně očkován, nebo byl neúplně očkován nebo je u něho známa neschopnost tvorby anti HBs protilátek, se aplikuje 1 dávka specifického hyperimunního globulinu proti VHB v souladu se souhrnem údajů o přípravku.“.

8. Osoba poskytující péči¹⁾ zajistí vyšetření osob, které se poranily o použitou injekční jehlu, podle uvedené tabulky.

(Pozn. redakce - tabulka je shodná s tabulkou u bodu 32 - viz výše - důvodu nedostatku prostoru na tomto místě znovu neuvádíme.)

Při negativním výsledku markerů HBsAg, anti HCV a anti HIV u potenciálního zdroje, pokud je známý, se sledování poraněné osoby ukončí.

Součástí vyšetření je i zjištění subjektivních potíží a klinických příznaků, které mohou souviset s onemocněním virovou hepatitidou a laboratorní vyšetření aktivity aminotransferáz. Událost se vždy zaznamená do zdravotnické dokumentace poraněné osoby.“

67. V příloze č. 19 čl. 1 se na konci textu doplňují slova „**Inkubační doba 14 až 180 dnů.**“.

68. V příloze č. 19 čl. 7 se doplňuje bod 6, který zní:

„6. Osoba poskytující péči¹⁾ zajistí vyšetření osob, které se poranily o použitou injekční jehlu, podle uvedené tabulky. (Pozn. redakce - tabulka je shodná s tabulkou u bodu 32 - viz výše - důvodu nedostatku prostoru na tomto místě znovu neuvádíme.)

Při negativním výsledku markerů HBsAg, anti HCV a anti HIV u potenciálního zdroje, pokud je známý, se sledování poraněné osoby ukončí.

Součástí vyšetření je i zjištění subjektivních potíží a klinických příznaků, které mohou souviset s onemocněním virovou hepatitidou a laboratorní vyšetření aktivity aminotransferáz. Událost se vždy zaznamená do zdravotnické dokumentace poraněné osoby.“

69. V příloze č. 21 čl. 1 se na konci textu doplňují slova „**Inkubační doba podle klinického obrazu 1 až 4 dny.**“.

70. V příloze č. 22 čl. 1 se na konci textu bodu 1 doplňují slova „**Inkubační doba 1 až 10 dnů.**“.

71. V příloze č. 22 čl. 3 se bod 5 zrušuje.

72. V příloze č. 22 čl. 6 bodě 3 se slova „k typizaci do Státního zdravotního ústavu“ nahrazují slovy „**k dalšímu určování odbo-ru laboratorní hygieny výživy a bezpečnosti potravin Státního zdravotního ústavu v Brně.**“.

73. V příloze č. 23 čl. 1 se na konci textu bodu 1 doplňují slova „**Inkubační doba 3 až 32 dny, časné stadium může být inaparentní.**“.

74. V příloze č. 23 čl. 7 bod 3 zní:

„3. Osoby s aktivním onemocněním borreliózu se vyřazují z dárcovství krve a jejich složek a z dárcovství tkání a buněk na dobu 6 měsíců po přelčení. O vyřazení osob s chronickým onemocněním rozhodne lékař.“

75. V příloze č. 24 čl. 1 se na konci textu bodu 1 doplňují slova „**Inkubační doba 10 až 21 dnů.**“.

76. V příloze č. 26 čl. 1 se na konci textu bodu 1 doplňují slova „**Inkubační doba 6 až 72 hodin.**“.

77. V příloze č. 26 čl. 3 se bod 5 zrušuje.

78. V příloze č. 27 čl. 1 se na konci textu bodu 1 doplňují slova „**Inkubační doba 10 dnů až 3 měsíce.**“.

79. V příloze č. 27 čl. 2 bodě B podbodě 1 se slovo „pallium“ nahrazuje slovem „**pallidum**“.

80. V příloze č. 29 čl. 1 bodě 1 větě šesté se slovo „pulmonární“ nahrazuje slovem „**pulmonální**“ a na konci textu bodu se doplňují slova „**Inkubační doba 10 až 21 dnů.**“.

81. V příloze č. 29 čl. 5 se slova „pravděpodobný a potvrzený případ“ zrušují.

82. Za přílohu č. 29 se doplňuje příloha č. 30, která zní:

„Příloha č. 30 k vyhlášce č. 473/2008 Sb.

**Systém epidemiologické bdělosti virové hepatitidy E
(dále jen „VHE“)**

Čl. 1

Klinická definice onemocnění

1. Klinický obraz je podobný jako u virové hepatitidy A; postupný rozvoj příznaků, zejména únavy, bolesti břicha, ztráty chuti k jídlu, občasné nevolnosti a zvracení, žloutenka, zvýšená hladina aminotransferáz, tmavá moč, bolest kloubů. Infekce má vyšší mortalitu u těhotných zvláště ve třetím trimestru těhotenství. Inkubační doba je 15 až 60 dní.

2. Období nakažlivosti není známe. Virus je prokazatelný ve stolici již ke konci inkubační doby a vylučování viru přetrvává 2 až 3 týdny.

Čl. 2

Laboratorní diagnostika

Nejméně jedno z těchto kritérií:

- 1. Detekce specifických protilátek IgM proti VHE.**
- 2. Průkaz virové VHE RNA ve stolici nebo v krvi.**

Čl. 3

Epidemiologická kritéria

Nejméně jedna z těchto epidemiologických souvislostí:

- 1. Přenos z člověka na člověka.**
- 2. Expozice společnému zdroji.**
- 3. Expozice kontaminovaným potravinám nebo pitné vodě.**
- 4. Pobyt v oblasti s výskytem VHE, s převahou interhumánního přenosu.**

Čl. 4

Klasifikace případu onemocnění

A. Možný: Nelze použít.

B. Pravděpodobný: Každá osoba splňující klinická kritéria s epidemiologickou souvislostí.

C. Potvrzený: Každá osoba splňující klinická a laboratorní kritéria.

Čl. 5

Shromažďování údajů a jejich hlášení

Osoba poskytující péči¹⁾, která diagnostikuje onemocnění VHE, hlásí orgánu ochrany veřejného zdraví potvrzený případ onemocnění a úmrtí na toto onemocnění včetně podezření na toto onemocnění.

Čl. 6

Epidemiologické šetření při podezření na výskyt VHE

Osoba poskytující péči¹⁾, která vyslovila podezření na onemocnění VHE, provede odběry biologického materiálu k laboratornímu průkazu onemocnění a zajistí jejich transport do vyšetřující laboratoře. Epidemiologické šetření zajistí orgán ochrany veřejného zdraví, zejména s cílem určit zdroj infekce a cestu přenosu.

Čl. 7

Protiepidemická opatření v ohnisku onemocnění VHE

- 1. Hlášení onemocnění VHE podle článku 5.**
- 2. Zajištění odběrů a transportu biologického materiálu pacienta a kontaktů k ověření diagnózy v příslušné laboratoři.**
- 3. Izolace nemocného nebo z nemoci podezřelého na infekčním oddělení podle jiného právního předpisu²⁾.**
- 4. U osob, které byly v kontaktu s nemocným, se provádí lékařský dohled v délce 60 dnů od posledního kontaktu.**
- 5. Příjem nových osob do kolektivů dětí předškolního a školního věku je zakázán v době provádění lékařského dohledu pro výskyt VHE podle posouzení místně příslušného orgánu ochrany veřejného zdraví.**
- 6. Osoby v kontaktu s VHE vykonávající činnosti epidemiologicky závažné se vyloučí z těchto činností uložením zvýšeného zdravotnického dozoru na dobu 60 dnů od posledního kontaktu s nemocným.**
- 7. U dárců krve a jiného biologického materiálu se postupuje podle jiných právních předpisů⁵⁾.**
- 8. Spolupráce s orgány Státní veterinární správy.“**

Čl. II

Účinnost

Tato vyhláška nabývá účinnosti patnáctým dnem ode dne jejího vyhlášení.

Ministr:
doc. MUDr. Heger, CSc., v. r.



Možnosti léčby bolesti pohybového aparátu

**Interview s algezioložkou
MUDr. Tatianou Geistovou,
Algeziologická klinika SZU a
FNsP F. D. Roosevelta,
Banská Bystrica**

1) Paní doktorko, můžete alespoň ve stručnosti přiblížit našim čtenářům – lékařům Vaše pracoviště?

Naše pracoviště se v souladu se svým zaměřením věnuje diagnostice a léčbě vážných bolestivých stavů nádorového i nenádorového původu. Je to jediné samostatné algeziologické oddělení s lůžkovou částí na Slovensku. Kromě toho se jedná o specializované výukové zařízení SZU pro praktickou část zdravotnického vzdělávání v oboru algeziologie. V rámci moderní léčby jsme v posledních letech uvedli do praxe mnoho nových technik, mj. neuromodulační techniky.

2) Na jakém místě – co do frekvence výskytu v porovnání s ostatními – vidíte ve Vaší ambulanci bolesti pohybového ústrojí?

Bolesti pohybového ústrojí jsou zastoupeny jednoznačně nejvíce. Ze 7 500 pacientů ročně ošetřených na našem pracovišti představují přibližně 60–70 %. Vyplyvá to ze současného způsobu života, rychlého životního stylu, pro který je paradoxně charakteristický právě nedostatek pohybu. Je smutné, že se tomuto problému dosud nevěnovala dostatečná pozornost. Měli bychom na něj více poukazovat, vždyť příčiny je třeba hledat už v dětském věku. Avšak i nadměrné, navíc nerovnoměrné a neadekvátní zatěžování jednotlivých svalových skupin, a též nevhodná životospráva vedou k předčasným degenerativním změnám.

3) Myslíte, že je bolest pohybového ústrojí dnes dobře léčena? Obvykle je léčba postavena na podávání léků obsahujících například paracetamol, nesteroidní antirevmatika, kortikosteroidy. Předpokládám, že tyto léky používáte. Jaké vidíte výhody a nevýhody takové farmakoterapie?

Léčba bolesti se během posledního desetiletí výrazně zkválitnila a věnuje se jí mnohem větší zájem, než tomu bylo v minulosti. Vždy zdůrazňuji, že by měla být komplexní, protože bolest je jedinečný a komplexní fenomén. Od nás by bylo velmi nerozumné a nespravedlivé, kdybychom pomíjeli farmakoterapii. V léčení algických stavů

zaujímá nezastupitelné místo, často představuje jediný způsob, kterým jsme schopni zmírnit pacientovo utrpení, zvláště v případech, kdy je kauzální léčba nemožná. Většina pacientů z ní profituje a díky analgetikům jim dokážeme výrazně zlepšit kvalitu života. Podobně jako všechny terapeutické postupy má farmakoterapie i své vedlejší účinky, a ne každé analgetikum je vhodné pro kteréhokoli pacienta. Při dlouhodobém užívání se samozřejmě mohou projevit nežádoucí účinky, které léčbu limitují. Tehdy jsme nuceni situaci přehodnotit, protože prvořadá je bezpečnost pacienta.

4) Z Vašich slov je zřejmé, že v terapii různých kloubních obtíží, bolestí zad apod. - zejména u dlouhodobých bolestí - není jednoduché zvolit farmakoterapii tak, aby nako- nec nepřevládly nad léčivými účinky ty nežádoucí. Používáte ve Vaší lékařské praxi nějakou novinku, jejíž účinky Vás mile překvapily? A pokud ano, zkuste nám více přiblížit své zkušenosti.

Ve druhé polovině minulého roku jsem se z odborné literatury dozvěděla o možnostech léčby bolesti pohybového aparátu aplikací Guna-MD injekcí. Zaujaly mne už první publikované zkušenosti a úspěšnost této léčby, a proto jsem se snažila dopátrat se o ní více. Má počáteční přirozená nedůvěra se po nastudování dostupné literatury změnila ve zvědavost, a právě ta byla důvodem, proč jsem chtěla tento způsob léčby vyzkoušet, abych mohla osobně posoudit její efekt. Dalším, neméně závažným důvodem, byla bezradnost, kterou už zažil asi každý lékař u pacientů, kteří nereagují na jakékoli léčebné procedury, nebo jsou pro ně kontraindikované. Právě z této skupiny byli později i mí první pacienti. Po úvodních úspěších přibývali další, kteří sami projevovali přání, aby se tato terapie stala součástí jejich komplexní léčby.

5) Když jste uvedla Guna-MD injekce, četl jsem Vaši kasuistiku, kde v závěrečné zprávě uvádíte: „Kvituji jednoduchost aplikace MD injekcí. Po 10 aplikacích došlo ke zmírnění bolesti o 75 %, léčba proběhla bez alergických reakcí. Objektivně bylo možné konstatovat zlepšení

hybnosti a zlepšení nálady“. O jaký případ se jednalo?

Šlo o pacientku s 30letou anamnézou bolestí zad. Možnosti analgetické léčby u ní limitovala polyvalentní alergie na analgetika. Během let měla postupně nasazované, nebo spíše „zkoušené“ všechny skupiny analgetik včetně opioidů. A všechny musely být postupně vysazeny z důvodu závažné intolerance, v případě NSAIDs až ohrožující pacientčin život. S určitými obavami, ve snaze pokusit se zmírnit její utrpení, jsme se dohodly na aplikaci Guna-MD injekcí. Po 10 aplikacích došlo ke zmírnění bolesti o 75 % (na škále VAS pokles intenzity z 8 b. na 2 b.) A co bylo podstatné, bez jakýchkoliv alergických projevů.

6) 30 let trvající intenzivní bolesti zad a 75% zlepšení po 10 MD injekcích, a to vše bez nežádoucích účinků. To zní velmi nadějně, že se ukázala jako léčba bolestí pohybového aparátu, kde jednoznačně převládá benefit pro pacienta. Jak si to vysvětlujete?

Mechanismem účinku fyziologické regulační medicíny. Jde o úpravu regulačních vztahů do stavu „harmonie“. A asi není podstatné, jak si to já vysvětluji, jako spíše to, že se raduji z faktu, že to funguje.

7) Tato otázka souvisí s tou předchozí. Máte takových pacientů více, kterým jste aplikovala MD injekce s dobrými výsledky?

Po prvním úspěchu přirozeně přibývají další pacienti. Nejčastěji jde o chronické bolesti páteře a kloubů. U všech se nám podařilo dosáhnout minimálně 50% úlevy od bolesti. Výjimkou byl pouze jeden pacient s bolestí ramene, jehož stav se vůbec nezměnil. Doplnili jsme MR vyšetření, které ukázalo parciální rupturu chrupavky a pacient následně podstoupil chirurgický zákrok. Čili – jak už to bylo tolikrát zopakováno v propedeutice – i tady se potvrdilo, že prvním předpokladem úspěšné léčby je kvalitní diagnostika.

8) Předpokládám, že pacienti si musí Guna-MD injekce platit, že nejsou hrazeny z prostředků všeobecného zdravotního pojištění. Jak to zapadá do současné slovenské lékové politiky? Není to pro pacienta problém? Není to drahé?

Ke slovenské lékové politice se nemám chuť vyjadřovat, moje vlastní znechucení, bohužel, v tomto byznysu mnoho nezmění. Možná by bylo dobré, kdyby se vyjádřili pacienti, jich se to týká především. Víceméně se počítá s tím, že nemocný a trpící člověk je ochoten dát cokoliv, jen aby se mu dařilo lépe. Přijetí informace o ceně Guna-MD injekcí pacientem ovlivňuje v první řadě jeho finanční situace. I když jedna injekce není drahá, protože stojí stejně na Slovensku jako v Česku (zhruba 4 – 5 EUR), setkala jsem se však i s tím, že pacientovi, když si je sám nemohl dovolit, injekce zaplatili příbuzní.

9) Algesiologie je interdisciplinární medicínský obor. Existuje dobrá spolupráce například mezi Vámi, ortopedy, revmatology a praktickými lékaři? Tito kolegové léčí pacienty s bolestmi pohybového aparátu. Myslíte, že by je Vaše poznatky zajímaly? Předáváte si navzájem zkušenosti?

Léčba bolesti je podle mne bez mezioborové spolupráce odsouzena k neúspěchu. V našich podmínkách konzultujeme s neurology, chirurgy i neurochirurgy, lékaři FBLR oddělení, revmatology, internisty, prakticky se všemi odborníky. Spolupráce je výborná, protože všichni máme zájem pacientovi pomoci. Uskutečňuje se též výuka formou seminářů, a to nejen pro lékaře, ale i pro farmaceuty a fyzioterapeuty. Mnohé běžné bolesti může ve své ambulanci kvalitně léčit i praktický lékař. Edukace je dostupná pro každého, kdo má o tuto problematiku zájem.

10) Nedávno jsem Vás zahlédl v Praze na semináři s doc. Lobertim, italským neurologem z Říma, jenž pracuje mj. s MD injekcemi. Je něco, co byste chtěla říci dalším kolegům, že by mohli využít ve své praxi, čím Vás tento seminář obohatil?

S doc. Libertim jsem se setkala už v říjnu loňského roku v Banské Bystrici i v Bratislavě. Má bohaté zkušenosti a mnohé úspěchy, které potvrzují opodstatněnost této léčby. Na semináři jsem ocenila především praktické ukázky ošetření aplikací Guna-MD injekcí. Pan docent je velmi vstřícný, proto jsem setkání s ním využila i pro konzultaci své pacientky s neuralgií trigeminu, která o tuto léčbu projevil zájem.

11) Vzájemné komunikace mezi obory není nikdy dost. Nechci příliš zjednodušovat, ale když vezmu například tolik oblíbené takzvané obštriky lokálním anestetikem (u bolestí zad apod.), přeci jen jde o úlevovou „terapii“, jejíž účinek netrvá déle jak 2 hodiny. Tak zní farmakologická pravda, ne vždy v praxi zřejmá. Mají například i zde MD injekce své využití?

Obštriky lokálním anestetikem používáme na našem pracovišti denně, např. k ošetření trigger- a tenderpointů, ke zvládnutí akutního i chronického stavu s následnou úlevou v celé bolestivé oblasti. Máme s nimi za ty mnohé roky dobré zkušenosti. A také zde mají Guna-MD injekce určité perspektivu využití.

12) Co byste na závěr vzkázala všem kolegům v ordinacích, kteří léčí bolesti pohybového aparátu u svých pacientů?

K léčbě pohybového aparátu je třeba přistupovat komplexně. Je nevyhnutelné pacientovi neustále připomínat, že pohybová soustava slouží k vykonávání POHYBU. Mnozí totiž, zejm. po odeznění nejhoršího, nerespektují naše dobře míněné rady směrem k aktivní individuální pohybové léčbě.

Věřím, že každý lékař chce pacientovi pomoci a snaží se využít všech vědomostí, které má. Svým kolegům bych přála, aby jim situace ve zdravotnictví neubírala chuť stále hledat další a další možnosti. Přeji jim, aby byli co nejúspěšnější a dokázali využít vše dostupné. A aby nezapomínali na fakt, že trpící pacient očekává nefalšovaný empatický přístup, který je někdy už sám o sobě pro něho analgetikem. Připouštím, že ne vždy to je možné. Ale jestli není možné být empatickým, budme alespoň lidští, protože to je možné vždy.

Za rozhovor děkuje
PharmDr. Zdeněk Procházka,
ředitel Edukafarm