



Odborný časopis Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP

practicus

tip tohoto čísla

č. 9/2011

ročník 10

**nejčtenější
časopis
praktických
lékařů
(CEGEDIM 2011)**

Dočasná pracovní neschopnost str. 28 a 31



Z OBSAHU

INFO SVL

Novinky v diabetologii v ordinacích VPL

Změna pravidel VZP pro nasmlouvání POCT výkonů

Osteoartróza rukou

Panická porucha

Léčba opakovaných respiračních infekcí bakteriálními imunomodulátory

Problematika diagnostiky zánětu z pohledu praktického lékaře

Posuzování dočasné pracovní neschopnosti

Výherní blok kazuistik Mladých Praktiků

Nabídka zahraničních stáží

Vydává
Společnost
všeobecného
lékařství ČLS JEP

www.practicus.eu

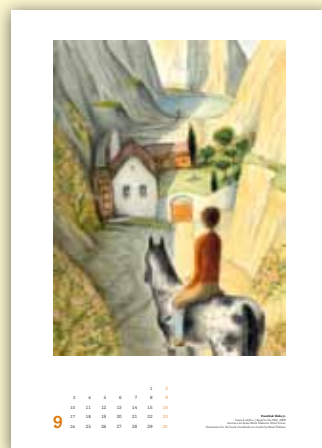
NAŠE CESTY

Benefiční kalendář na rok 2012

Kvalitně typograficky a tiskově provedený nástěnný kalendář může sloužit jako velmi noblesní dárek pro partnery, zákazníky či zaměstnance a stát se celoroční ozdobou kanceláře, ordinace i domova.

Kalendář s reprodukcemi třinácti děl špičkových českých výtvarníků vydává Cesta domů na podporu své činnosti, především specializované paliativní péče v domácím prostředí. Koupí kalendáře podpoříte služby, které Cesta domů poskytuje umírajícím lidem a jejich blízkým.

- Rozměry: 330 × 460 mm
- Vázáno do spirály
- Baleno jednotlivě



Pohodlně zakoupíte na eshop.cestadomu.cz, pro větší objednávky nás kontaktujte na info@cestadomu.cz nebo na tel 603 247 921.

Kalendář vydala Cesta domů, více na www.cestadomu.cz

Autoři

Václav Boštík

Vladimír Kokolia

Jan Merta

Otakar Slavík

Antonín Střížek

Tereza Říčanová

Petr Nikl

Ivan Steiger

Jiří Sopko

Věra Nováková

František Skála jr.

Ivan Ouhel

Cena kalendáře je 300 Kč.

Některá díla z kalendáře a mnohá další budou dražena na benefiční aukci 30. 11. 2011 v hotelu Adria na Václavském náměstí v Praze.

OBSAH

<u>INFO SVL</u>	str.
Novinky v diabetologii v ordinacích VPL	5
Změna pravidel VZP pro nasmlouvání POCT výkonů	6
<u>ODBORNÉ ČLÁNKY</u>	
Osteoartróza rukou	7
MUDr. Martina Olejárová, CSc.	
Panická porucha	11
Prof. MUDr. Ján Praško, CSc., MUDr. Klára Látalová, MUDr. Dana Kamarádová, MUDr. Aleš Grambal, MUDr. Tomáš Diveky, MUDr. Jana Prašková	
Léčba opakovaných respiračních infekcí bakteriálními imunomodulátory	19
Doc. MUDr. Vít Petrů, CSc.	
Problematika diagnostiky zánětu z pohledu praktického lékaře	21
MUDr. Ivan Hutař	
<u>RUBRIKY</u>	
POEMS	24
Užitek a nebezpečí atypických antipsychotik Dabigatran je nákladově efektivní Medikamentózní léčba je nadřazená stentingu	
Ze světa mladých praktiků	26
Výherní blok kazuistik Mladých Praktiků Nabídka zahraničních stáží	
Dotazy a odpovědi	28
Posuzování dočasné pracovní neschopnosti	
Legislativa	31
Zákon 187/2006 Sb. o nemocenském pojištění	

practicus

odborný časopis SVL ČLS JEP
9/2011, 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

Redakční rada: MUDr. Pavel Brejník, doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc., MUDr. Rudolf Červený, Ph.D., MUDr. Eva Grzegorzová, MUDr. Alice Havlová, MUDr. Otto Herber, MUDr. Toman Horáček, MUDr. Igor Karen, MUDr. Stanislav Konštacký, CSc., MUDr. Josef Kořenek, CSc., MUDr. Zuzana Miškovská, MUDr. Dana Moravčíková, MUDr. Cyril Mucha, doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D., MUDr. Bohumil Skála, Ph.D., MUDr. Jana Vojtíšková

Poradci redakce: MUDr. Jiří Burda, MUDr. Jiří Havránek, MUDr. Ambrož Homola, Ph.D., MUDr. Jiří Horký, MUDr. Karel Janík, MUDr. Milada Kratochvílová, MUDr. Marie Manoušková, Ph.D., MUDr. Anna Richterová, MUDr. Alexandra Sochorová, MUDr. Helena Stárková, MUDr. Alena Šimurdová, MUDr. Jan Šindelář

Odborní redaktori: MUDr. Michaela Jirků, MUDr. Cyril Mucha

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 **11. 11. 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,

Toto číslo odchází do tisku ještě v průběhu konání výroční konference SVL ČLS JEP ve Zlíně. Zprávy z konference přineseme až v příštím čísle, nicméně aktuálně jsme stačili zařadit alespoň **Prohlášení konference k omezování zdravotní péče klientů VZP** - viz níže na této stránce.

Když už jsme u VZP, přinášíme i nepříjemnou zprávu o tom, že VZP se také rozhodla zvýšit požadavek na externí kontrolu kvality u metod POCT-CRP a POCT-INR z 1x na 2x za rok - blíže se dočtete v rubrice SVL informuje.

Dále už jsou jen pozitivní články. MUDr. Karen přináší zprávu o **7. ročníku seminářů pro VPL na téma Diabetes mellitus v praxi**, pořádaného profesorem Svačinou, kde informuje o novinkách ve strategii léčby diabetu. Z přehledových edukačních článků jsme zařadili dvě témata - **Osteoartróza rukou** (MUDr. Olejárová z Revmatologického ústavu) a **Panická porucha** (prof. Praško, Psychiatrická klinika Olomouc). V podzimním období je obzvláště aktuální otázkou jak ovlivnit opakování respiračních infekcí - **o možnostech imunomodulační léčby** informuje pan docent Petrů z centra klinické imunologie Nemocnice Na Homolce.

V rubrice POEM je mimojiné zajímavý článek o tom, že **dabigatran - alternativa warfarinu** bez nutnosti monitoringu - se ukazuje být u některých pacientů (např. s obtížně udržitelným INR) nákladově efektivní.

Velkou část prostoru tohoto čísla věnujeme problematice **posuzování dočasné pracovní neschopnosti**. Toto téma jsme rozvinuli na základě vámi zasílaných dotazů, které svědčí o mnoha problémech, které v této oblasti vznikají. Kromě odpovědi na dotaz, kterou kolektivně vypracovali pracovníci odboru metodiky LPS ČSSZ jsme do rubriky aktuální legislativa zařadili publikaci příslušné části aktuálně platné verze zákona 187/2006 o nemocenském pojištění. Také jsme otiskli **metodické informace** k posuzování dočasné pracovní neschopnosti, které na svých stránkách vyvěsilo ministerstvo zdravotnictví. Jde o velmi důležitý článek, kde poprvé ministerstvo jasně vyložilo zákon o právech a povinnostech ošetřujícího lékaře, včetně vystavení a vedení PN, preskripce indikovaných léků, zajištění dalších (včetně laboratorních) vyšetření. Důležitá je i informace o tom, že nerespektování těchto pravidel je postižitelné finančními nebo jinými sankcemi.

za redakci

Jaroslava Laňková, šéfredaktorka

Prohlášení XXX. Výroční konference SVL ČLS JEP k omezování zdravotní péče klientů VZP.

Vážení
generální ředitel Všeobecné zdravotní pojišťovny
MUDr. Pavel Horák. CSc., MBA
Orlická 4, 130 00 Praha 3

Věc: Prohlášení XXX. Výroční konference Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP k omezování zdravotní péče klientů VZP.

Účastníci XXX. Výroční konference SVL ČLS JEP konstatují, že v poslední době dochází k omezování zdravotní péče klientů VZP oproti jiným pojišťovnám. Jedná se zejména o tendence k neuzavírání nových smluv, vypovídání dosavadních kompetencí, resp. výkonů a zavádění neodůvodněných překážek u vyšetření v ambulancích všeobecných praktických lékařů.

Účastníci konference vyzývají generálního ředitele VZP k neprodlenému jednání o nápravě této situace. Pokud nebude sjednána náprava, budeme nuceni z důvodu zachování kvality péče doporučit pacientům změnu zdravotní pojišťovny.

Všeobecní praktičtí lékaři, účastníci XXX. Výroční konference SVL ČLS JEP (1500 účastníků)

Ve Zlíně dne 10.11.2011

Novinky v diabetologii v ordinacích VPL - přehodnocení strategie terapie???



MUDr. Igor Karen,

Všeobecný praktický lékař, Benátky nad Jizerou
Odborný garant pro diabetologii za SVL ČLS JEP

Pro VPL v ČR se od roku 2010 nabízí možnost léčit nekomplikované, většinou nově zachycené pacienty s DM.

Od začátku října 2011 probíhají tradičně (letos již posedmé) **semináře pro VPL na téma Diabetes mellitus v praxi, pořádané profesorem Štěpánem Svačinou DrSc.** Přednáší zde další specialisté v oboru diabetologie či vnitřního lékařství: prof. Rybka, doc. Šmahelová a prof. Souček. Na těchto seminářích, které se věnují komplexní léčbě pacienta s diabetem jsou prezentovány aktuální poznatky vědy. Zde také jsme letos mohli slyšet již nové aspekty a novinky v léčbě jak vlastního diabetu, tak i přidružených onemocnění, které toto onemocnění velmi často provází. Velká osobní účast ze strany všeobecných praktických lékařů, ale i firem, ukazuje, že téma „Diabetes mellitus“ v současné době je nejen aktuální, ale i zajímavé a že VPL se o diagnostiku a zejména terapii svých pacientů velmi zajímají. *Pro informaci: v Ostravě účast přes 150 lékařů, v Olomouci přes 180 lékařů, v Brně přes 200 lékařů, v Hradci Králové přes 150 lékařů. V Praze je již přihlášeno přes 350 všeobecných praktických lékařů.*

Základem terapie v ordinacích VPL, ale i diabetologů či internistů, čili všech pečujících o pacienty s DM je molekula metforminu, spolu s důsledně dodržovanými režimovými opatřeními a současnou intenzivní důslednou terapií komorbidit jako hypertenze, dyslipidémie, obezity apod.

Kromě zmíněných molekul metforminu a derivátů SU (preferovány gliklazid a glimepirid) se dnes jeví mimo jiné jako velmi přínosná kombinace tzv. **inkretinů**, které se dělí na 2 podskupiny a to DPP-4 (perorální preparáty saxagliptin, vildagliptin, sitagliptin a nově i linagliptin) a GLP-1 analoga (injekční preparáty liraglutid a exenatid). V současné době dle výsledků některých klinických studií, byl doložen kardio-, neuro- a renoprotektivní efekt inkretinové léčby u pacientů s DM. Dosavadní klinické výsledky léčby diabetu 2. typu založené na inkretinovém principu jsou léčebnou strategií vedoucí k efektivní kontrole glykémie a tělesné hmotnosti s minimálním rizikem hypoglykémie. Pokud bude i nadále dlouhodobě prokázán ochranný vliv na kardiovaskulární systém, budou inkretiny posunuty do velmi časných stádií léčebného algoritmu diabetu 2. typu.

Přednášející profesor Rybka ve svých přednáškách upozorňuje na jednu dosti důležitou věc, že tyto léky (inkretinová mimetika) by měly patřit také do rukou všeobecných praktických lékařů (mimořadně, tak jak to je prakticky v celé Evropě, USA, Kanadě aj.) neboť s nasazením těchto preparátů by se nemělo otálet, ALE naopak měly by být indikovány v časných stádiích diabetu, kdy ještě není vyčerpána sekreční aktivita B buněk pankreatu. Indikační strategii nasazení těchto

preparátů posunul hranici glykovaného hemoglobinu 5,3 % s odůvodněním, že to odpovídá přesně hranici, kdy se již s pacientem musí začít intenzivněji pracovat, neboť za hranici 5,3 % HbA1c je již výrazně vyšší riziko všech komplikací včetně KV morbidit i mortality. Mimochodem, tomu by odpovídal i Algoritmus dispenzarizací a konsultací, který byl vytvořen SVL ČLS JEP spolu s Diabetologickou společností ČLS JEP.

Dnes je nasazení inkretinů dáno hranicí HbA1c 6 % a výše, a to ještě pouze specialistou, s tím, že pokles HbA1c by měl být během 6ti měsíců o cca 7-10 % z původní hodnoty... což odpovídá 0,4-0,6 % HbA1c oproti původní hodnotě před nasazením inkretinového preparátu. Tuto hranici **HbA1c 6 %** vnímáme spíše jako ekonomickou hráz ze strany SÚKL a zdravotních pojišťoven a ne jako profitní pro pacienty, neboť již od hodnot 5,3 % HbA1c dochází k rychlejší progresi KV i dalších komplikací, které jsou s diabetem spojené.

Stran kombinační terapie se dnes jeví jako profitní a užitečnejší kombinace metforminu a inkretinů, než kombinace metforminu a derivátů SFU - jak pro jejich minimalizaci nežádoucích hypoglykemizujících účinků, tak i pro jejich lepší toleranci a jejich přidanou hodnotu ohledně redukce hmotnosti prakticky u všech pacientů, z dalších kladných aspektů bych rád uvedl minimální vliv na apoptózu B buněk pankreatu a tím i zachování endogenní přirozené sekrece insulinu.

Z dalších novinek na těchto seminářích zazněly **cílové hodnoty TK léčené hypertenze u pacientů s DM**, které by se měly pohybovat mezi **130-139/80-85 mmHg**, jak prezentoval ve svých přednáškách prof. MUDr. Miroslav Souček a naopak hodnoty TK pod 130/80 mmHg nic profitního pacientům již nepřináší. Toto vše bylo zkonstatováno na podkladě nově publikovaných závěrů klinických studií.

Z dalších praktických připomínek bylo zdůrazněno, že **všichni pacienti s DM by měli být každoročně očkováni proti chřipce**, neboť aktivita jejich imunitního systému je trvale o cca 30 % nižší oproti zdravé komunitě a právě z řad diabetiků se často rekrutují.

Jak hlavní garant a koordinátor této akce prof. Svačina opakovane uvedl, že diabetologie je v současné době jedním z nejdynamičtěji se rozvíjejících oborů medicíny. Jeho osobě a dalším přednášejícím prof. Rybkovi, prof. Součkovi a doc. Šmahelové patří velký dík, že tuto osvětu šíří dále mezi všemi lékaři v celé ČR, kteří mají o pacienty s DM a diabetologii jako takovou, zájem.

Závěrem bych chtěl poděkovat profesorovi Svačinovi za pozvání mé osoby k těmto seminářům a současně možnost vlastní prezentace pro nás VPL jako „Shrnutí pro praxi“.

VZP nově požaduje u CRP a INR EHK 2x za rok, SEKK vyhlásil minimální objednávku 2 cykly EHK/rok



MUDr. Jaroslava Laňková, odborný garant SVL pro POCT CRP a INR

Vážení kolegové,

prosím abyste věnovali pozornost změnám (**vyznačeno červeně**) v podmínkách nasmlouvání výkonů k provádění vyšetření CRP a INR v POCT režimu, které byly zveřejněny v **Infoservisu VZP č. 20/2011 dne 26. 9. 2011**:

Praktickému lékaři pro dospělé (odbornost 001) lze nasmlouvat:

- Výkon 01443 (kvantitativní stanovení INR z kapilární krve – POCT)** v případě, že nasmlouvání bude odůvodněné z pohledu potřeb regionu a za podmínky, že
- ▶ bude splňovat požadavky na věcné, technické a personální vybavení,
 - ▶ bude dodržovat podmínky pro úhradu z veřejného zdravotního pojištění stanovené v seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami,
 - ▶ nebude vykázáno v případě současného odběru venózní krve na jiná laboratorní vyšetření,
 - ▶ nebude v jednom dni prováděno jako vyšetření v režimu POCT a zároveň jako vyšetření v laboratorním režimu,
 - ▶ **projde úspěšně 2x ročně externím hodnocením kvality.**

Poznámka: výkon bude od 1. 1. 2012 zařazen do vyžádané péče, která vstupuje do regulačních mechanismů, proto ve formuláři přílohy č. 2 Smlouvy pro příslušné pracoviště bude ve speciálním smluvním ujednání uvedeno, že ZZ souhlasí s tím, že výkon bude vstupovat do nákladů na vyžádanou péči.

- Výkon 02230 (kvantitativní stanovení CRP – POCT)** pouze v případě, že nasmlouvání bude odůvodněné z pohledu potřeb regionu a za podmínky, že
- ▶ bude splňovat požadavky na věcné, technické a personální vybavení,
 - ▶ bude dodržovat podmínky pro úhradu z veřejného zdravotního pojištění stanovené v seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami,
 - ▶ nebude vykázáno v případě současného odběru venózní krve na jiná laboratorní vyšetření,
 - ▶ nebude v jednom dni prováděno jako vyšetření v režimu POCT a zároveň jako vyšetření v laboratorním režimu,
 - ▶ **projde úspěšně 2x ročně externím hodnocením kvality.**

Poznámka: výkon bude od 1. 1. 2012 zařazen do vyžádané péče, která vstupuje do regulačních mechanismů, proto ve formuláři přílohy č. 2 Smlouvy pro příslušné pracoviště bude ve speciálním smluvním ujednání uvedeno, že ZZ souhlasí s tím, že výkon bude vstupovat do nákladů na vyžádanou péči.

... posud citace z Infoservisu VZP

Ale v seznamu zdravotních výkonů (zákon č. 134/1998 Sb.) je stanoveno, že při provádění těchto výkonů **bude respektováno Doporučení odborných společností o provádění laboratorních vyšetření v režimu POCT a bude zajištěna vnitřní kontrola kvality, včetně řádně vedeného záznamu o ní a účast v systému mezilaboratorních porovnávacích zkoušek (externí hodnocení kvality)**. Nový požadavek na zvýšení frekvence provádění externího hodnocení kvality (EHK) u CRP a INR z 1x na 2x do roka nebyl s naší odbornou společností konzultován a nebyly nám předloženy žádné podklady dokazující nutnost a oprávněnost zvýšení frekvence EHK. Toto jednostranné rozhodnutí VZP lze považovat za neoprávněné a protizákonné. SVL ČLS JEP ve spolupráci se SPL ČR proto v této záležitosti zahájila jednání s VZP.

Nicméně na tuto změnu pravidel VZP „s podivem“ **velmi rychle zareagovala** monopolní organizace pro provádění externího hodnocení kvality **SEKK s.r.o.** a vyhlásila **pro rok 2012 minimální objednávku 2 cykly EHK/rok** a to jak pro POCT-CRP tak pro POCT-INR. To znamená, že v roce 2012, i když bude zařízení požadovat pouze jeden cyklus EHK, bude muset objednat a zaplatit za cykly 2 - tj. cena se de facto zdvojnásobuje. Objednávky kontrolních cyklů pro rok 2012 navíc podmiňuje nejpozdějším termínem do 30. 11. 2011.

O pozadí celé záležitosti se lze zatím jen dohadovat (o možné dohodě mezi SEKK a VZP, o možném zájmu biochemické společnosti, která je úzce spojena se SEKK, na ztížení podmínek pro provádění POCT v terénu a návrat laboratorních vyšetření zpět do laboratoří, nebo o protiprávním jednání monopolu SEKK, který naráz zdvojnásobil cenu daných cyklů). Kromě jednání s VZP zkoumáme i možnosti provádění EHK mimo společnost SEKK (včetně zahraničních). Situace ovšem nebude vyřešena ze dne na den.

Proto prozatím **vyzýváme kolegy, pokud nechtějí zbytečně zvyšovat své náklady, aby do doby, než bude tato záležitost vyřešena, neobjednávali cykly EHK pro rok 2012, nebo důsledně požadovali objednání pouze jednoho cyklu.**

O dalším jednání Vás budeme informovat v tomto časopise a na stránkách SVL (svl.cls.cz).

Vysvětlivky: EHK = Externí Hodnocení Kvality
POCT = Point Of Care Testing

Osteoartróza rukou

MUDr. Martina Olejárová, CSc.
Revmatologický ústav Praha

SOUHRN

Osteoartróza (OA) rukou je degenerativní kloubní onemocnění drobných ručních kloubů. Jedná se o třetí nejčastější lokalizaci OA. Typicky jsou postiženy proximální a distální interfalangeální klouby, kde se vytvářejí charakteristické uzly (nodální OA), nebo kořenová (karpometakarpální) skloubení palců (rizartróza). Klinický obraz je natolik typický, že ve většině případů ke stanovení diagnózy postačuje. Diagnózu podpoří i charakteristický rentgenový nálezn. Zvláštním typem OA rukou je tzv. erozivní OA, u které se navíc vyvíjejí v postižených kloubech centrálně uložené eroze.

Přestože je OA rukou poměrně častým problémem běžné klinické praxe, její diagnostika může někdy činit obtíže, zejména u erozivní OA, stejně tak i léčba bývá v řadě případů svízelná.

EPIDEMIOLOGIE

Prevalence OA rukou je přibližně 2-3 %, podstatně častěji jsou postiženy ženy (poměr žen ku mužům je zhruba 2-5:1). Incidence artrózy rukou se s věkem zvyšuje a u starších žen je OA rukou velmi často sdružena s dalšími manifestacemi OA (kyčle, kolena).⁽¹⁾ Tuto formu mnohočetného postižení označujeme jako generalizovanou OA. OA rukou postihuje všechny rasy, vyskytuje se ve všech kontinentech i všech podnebných pásích, včetně tropů. Není tedy vázána na chladné podnebí.

PATOGENEZE

Z hlediska patogenese se jedná v absolutní většině případů o primární, tedy idiopatickou OA, při jejímž vzniku se silně uplatňují genetické vlivy. Svědčí proto řada důkazů. Např. v recentní velké genealogické studii u pacientů s Heberdenovými uzly (88 rodin) bylo potvrzeno, že je tato choroba děděna autozomálně dominantně s tím, že u heterozygotních žen gen reaguje dominantně a u heterozygotních mužů recesivně. Tím je vysvětlen častější výskyt u ženského pohlaví.⁽²⁾

Šestileté sledování pacientů s nodální OA rukou prokázalo vliv dědičnosti i při rozvoji erozivní OA. Eroze se rozvinuly na 4,5 % drobných ručních kloubů, přičemž mnohem častěji byly pozorovány mnohočetné změny u téhož jedince, než by odpovídalo náhodě ($p < 0,001$). Vyšší riziko bylo pozorováno i u dvojčat, kdy při postižení jednoho z dvojčat erozivní OA, bylo riziko pro jeho dvojče 4,7. Rozvoj erozivních změn nekoreloval s klinickou intenzitou zánětu, koreloval však s dalšími nezávislými parametry – zúžení kloubní štěrbiny (riziko 8,9) a subjektivně udávaná bolest (riziko 2,3).⁽³⁾

Bylo popsáno též zvýšené riziko rozvoje rizartrózy u pacientů s hypermobilitou tohoto kloubu⁽⁴⁾, nicméně novější rozsáhlá studie ($n=1043$) toto neprokázala; u OA proximálních interfalangeálních kloubů byla hypermobilita dokonce protektivním faktorem, který riziko snižoval.⁽⁵⁾

Zajímavé je i zjištění britských autorů, že rizikovým faktorem rozvoje OA rukou je i obezita, ale pouze u mužů. Ještě zajíma-

vější je, že riziko bylo vyšší u obézních mužů s nízkou porodní hmotností, tedy u subjektů, kteří během života zaznamenali největší nárůst hmotnosti. Vliv obezity na OA rukou u žen pozorován nebyl.⁽⁶⁾

KLINICKÝ OBRAZ

OA rukou postihuje typicky proximální a distální interfalangeální klouby rukou (nodální forma) nebo kořenová skloubení palců (rizartróza). Oba mají trochu odlišný klinický obraz, mohou se však vyvíjet u jednoho nemocného současně. Zvláštní formou je pak erozivní OA.

Rizartróza připomíná charakterem klinických obtíží OA nosných kloubů. Projevuje se bolestí spíše mechanického typu, tedy námahovou bolestí palců, např. při otevírání lahve, fyzické práci rukou, šití, silnějším stísnění předmětu apod. Kořenové klouby palců jsou bolestivé na pohmat, později bývají zhrubělé a v jejich okolí můžeme vyhmátnat osteofyty. I ty mohou být na pohmat citlivé. U těžších forem můžeme pozorovat i deformity, subluxace apod. V těchto případech bývají bolesti silnější, mohou být i klidové a zhoršuje se i funkce ruky.

Nodální forma se projevuje bolestmi a otoky proximálních a distálních interfalangeálních kloubů rukou. V průběhu nemoci se vyvíjejí deformace kloubů, způsobené rozšířením kloubu osteofyty, časté jsou i deformity, tedy poruchy osy kloubu. Uzlovité zduření proximálních kloubů se označuje jako *Bouchardovy uzly*, podobné postižení distálních kloubů popisujeme jako *Heberdenovy uzly* - viz obrázek č. 1.

Obrázek č. 1: Nodální forma osteoartrózy

Nodální OA charakteristicky postihuje proximální interfalangeální klouby (Bouchardovy uzly) a distální interfalangeální klouby (Heberdenovy uzly).



Bolesti rukou mohou být spojeny i s ranní ztuhlostí, která však na rozdíl od revmatoidní artritidy trvá jen několik minut (nejčastěji 5-10 minut, max. půl hodiny). Klouby mohou být

i lehce zarudlé a teplé. Obtíže nejsou tolik vázány na pohyb či fyzickou zátěž jako u ostatních forem OA, časté jsou i bolesti klidové. Nicméně někteří nemocní s typickými artrotickými změnami rukou nemusí mít vůbec žádné obtíže. Nejčastěji se setkáváme s kolísavým průběhem, kdy se střídají období aktivity (řádově týdny až měsíce) a remise artrotického procesu. Aktivní OA rukou tak může připomínat i zánětlivé onemocnění, např. revmatoidní artritidu. Na druhou stranu se můžeme u nemocných ve středním a vyšším věku setkat i s revmatoidní artritidou, která nasedne na předcházející OA rukou.

Erozivní OA je zvláštní formou artrózy rukou, při které se vytvářejí kromě osteofytů i eroze uložené uprostřed kloubní štěrbiny, patrné na RTG - viz obrázek č. 2.

Obr. č. 2: RTG obraz erozivní osteoartrózy

Erozivní OA se projevuje na rentgenovém snímku zúžením kloubní štěrbiny s centrální erozí, která modifikuje průběh linie štěrbiny do tvaru „křídla racka“.



EOA je klinicky aktivnější, klouby jsou více a častěji bolestivé, oteklé i zarudlé než o běžné, nodální OA. Vazba na ženské pohlaví je rovněž výrazná. U nemocných s erozivní OA se rychleji vyvíjejí i kloubní deformity, jsou často mnohočetné a mohou působit zhoršení funkce ruky.

RTG OBRAZ

Na RTG snímku rukou nacházíme v typických lokalizacích zúžení kloubní štěrbiny, které může být asymetrické, na okrajích kloubních ploch pozorujeme osteofyty, přičemž osteoproduktivní změny mohou být velmi výrazné. Struktura kosti bývá v oblasti postiženého kloubu zahuštěná, což se na RTG projeví jako subchondrální skleróza. Časté jsou deformity, např. desaxace a deviace drobných ručních kloubů, subluxace kořenových kloubů palců apod.

U erozivní OA jsou navíc přítomny destrukce v centru kloubní štěrbiny, které označujeme jako centrální eroze. Eroze mění na RTG obrazu linii kloubní štěrbiny, která svým průběhem připomíná „křídlo racka“. Změny jsou často mnohočetné.

DIAGNOSTIKA A DIFERENCIÁLNÍ DIAGNOSTIKA

OA rukou lze diagnostikovat i na podkladě samotného klinického vyšetření, změny bývají velmi charakteristické. Diagnózu podpoří RTG nález, který však v časných stádiích nemoci může být negativní.

Diferenciálně diagnosticky je třeba v první řadě vyloučit zánětlivá onemocnění v oblasti ruky, zejména tedy revmatoidní a psoriatickou artritidu. U revmatoidní artritidy (RA) nacházíme odlišnou lokalizaci postižení (zápěstí, metakarpofalangeální klouby, případně proximální interfalangeální klouby), distální klouby prstů u RA postiženy nejsou. Artritida je u RA symetrická, může postihovat i další klouby (např. drobné nožní klouby, kolena aj.) a je spojena s výraznou ranní ztuhlostí (u neléčených nemocných hodinu i déle).

Psoriatická artritida postihuje asi pětinu nemocných s lupénkou. Ve většině případů se objevuje u nemocných s rozvinutou psoriázou (cca 70 %), u části pacientů se vyvíjí současně kožní i kloubní postižení a u zhruba desetiny jsou první kloubní obtíže. V těchto případech může být diagnóza problematická, pomoci může pozitivní rodinná anamnéza, tedy výskyt psoriázy v rodině u příbuzných prvního stupně (rodiče, děti). U psoriatické artritidy mohou být postiženy i distální klouby prstů, postižení bývá asymetrické a má spíše radiální distribuci (všechny drobné klouby jednoho prstu).

Jelikož se OA rukou často vyskytuje u obězních nemocných, kteří mívají i další metabolické poruchy včetně hyperurikémie, bývá v praxi OA rukou často zaměňována za dnu. Dnavá artritida však má zcela jiný klinický obraz, projevuje se recidivujícími dnavými záchvaty, nejčastěji monoartritidou kloubů nohou, jež mají akutní až perakutní průběh a jsou spojené s výraznou bolestivostí, silným zarudnutím a otokem. Chronická dnavá artritida může mít charakter polyartritidy a postihovat i drobné ruční klouby, tomuto stavu však obvykle předchází různé dlouhé období typických, epizodických záchvatů. Zásadní rozdíly jsou i na rentgenu postižených kloubů.

TERAPIE

OA rukou je z hlediska terapie nejméně prostudovanou lokalizací OA. Doporučení EULAR pro léčbu OA rukou vycházejí proto spíše z empirie, než-li z medicíny založené na důkazech. Nicméně obecná doporučení pro terapii OA (kombinace nefarmakologických postupů a farmakoterapie, léčba bolesti, injekční léčba glukokortikoidy aj.) platí i v případě OA rukou.⁽⁷⁾

Doporučení jsou uvedena přehledně v tabulce č. 1.

Z nefarmakologických opatření se v praxi osvědčila aplikace tepla, např. v podobě parafínových zábalů, u rizartrózy může pomoci dlahování, jež je účinné, pokud je ortéza používána dlouhodobě. Ve francouzské studii nosili pacienti ortézu na postiženou ruce (průměrně 5 nocí v týdnu) a po měsíci sledování nebyly při srovnání s kontrolní skupinou zjištěny žádné rozdíly, ovšem po roce byly sledované parametry (bolest, funkce ruky) statisticky významně lepší u skupiny, jež používala ortézu.⁽⁸⁾ U části pacientů s deficitem vitamínu K, jež ovlivňuje metabolismus chrupavky a kostí a jehož nedostatek je rizikovým faktorem vzniku OA, by mohla pomoci i jeho suplementace. Vitamin K sice nevedl při srovnání s placebem ke zpomalení rentgenové progresy u běžné populace s OA rukou, ale u podskupiny pacientů se sníženou hladinou vitamínu K na počátku studie vedla jeho normalizace ke zpomalení rentgenové progresy o 47 % ($p=0,02$).⁽⁹⁾

V praxi u v klinických studiích se osvědčila zejména lokální nesteroidní antirevmatika (NSA), účinný byl např. gel s diklofenakem, který si pacienti aplikovali ve dvojité slepé studii

4x denně po dobu 8 týdnů, přičemž kontrolní skupina si aplikovala pouhé vehikulum. Statisticky významné zlepšení bolesti a funkce bylo pozorováno u diklofenaku po 4-6 týdnech léčby, bolest poklesla o 42 % - 45 %, funkce se zlepšila o 35 - 40 %.⁽¹⁰⁾

U aktivované rizartrózy i nodální OA rukou je vhodné ošetřit postižené klouby intraartikulární injekcí depotního glukokortikoidu, následovat však musí fyzické šetření postižené ruky, např. fixací pomocí ortézy či dlahy nebo závěsem ruky v šátku. Čím déle trvá imobilizace po injekci, tím je účinek obštriku delší. V prospektivní otevřené studii trval efekt obštriku kořenového skloubení palce u rizartrózy pod rentgenovou kontrolou 2-3 měsíce, což je více, než-li např. u OA kolenních kloubů.⁽¹¹⁾

Klinických studií se symptomatickými, pomalu působícími léky OA (SYSADOA) je velmi málo, u nodální a erozivní OA byl zkoušen zatím jen chondroitin sulfát, výsledky studie však nebyly jednoznačné. U pacientů s erozivní OA rukou léčených po dobu 2 let chondroitin sulfátem a naproxenem nebyl oproti kontrolní skupině, léčené jen naproxenem, shledán žádný rozdíl při hodnocení počtu erozí, funkčního postižení ani počtu Bouchardových a Heberdenových uzlů. V obou skupinách došlo ke zhoršení všech parametrů. Pouze hodnocení stavu pacientem a lékařem bylo lepší u skupiny s chondroitin sulfátem, studie však nebyla dvojité slepá. Ani při hodnocení rentgenového vývoje nebyly výsledky studie ve prospěch chondroitin sulfátu přesvědčivé. Progrese stávajících erozí ve skupině chondroitin sulfátu byla nižší, nicméně chondroitin sulfát nedokázal zabránit vzniku nových erozí a jejich celkový počet byl po 2 letech v obou skupinách srovnatelný.^(12,13)

U rizartrózy se zkoušely injekce kyseliny hyaluronové, ale zatím pouze v otevřených studiích, jejichž výpovědní hodnota je u OA nízká. Jednotlivá injekce kyseliny hyaluronové pod ultrazvukovou kontrolou u rizartrózy vedla ke snížení náma-hové a klidové bolesti o polovinu a zlepšení funkce o 11 %.⁽¹⁴⁾ V léčbě rizartrózy byl zkoušen i vysokomolekulární Hylan GF 20, který byl aplikován v počtu 3 injekcí v týdenních intervalech. Léčba vedla k poklesu bolesti a zlepšení funkce, které byly pozorovány i za 26 týdnů od první injekce. Síla stisku a síla opozice palce zůstaly neovlivněny.⁽¹⁵⁾

Erozivní OA zůstává nadále terapeutickým problémem. Doposud žádná ze studií nepřinesla jednoznačné výsledky, které by svědčily pro zpomalení progrese OA.

Pozitivní výsledky nepřinesla ani otevřená studie biologické léčby u skupiny 12 pacientů s EOA, kteří byli po dobu 12 týdnů léčeni adalimumabem, účinným prostředkem biologické léčby řady zánětlivých onemocnění (revmatoidní artritida, psoriatická artritida, ankylozující spondylitida, idiopatické střevní záněty aj.). Terapie překvapivě nevedla ke zlepšení žádného ze sledovaných parametrů výjma počtu bolestivých kloubů. Počet bolestivých kloubů, síla stisku, funkce ruky, intenzita bolesti a celkové hodnocení se vlivem léčby nezměnily.⁽¹⁶⁾

Dalším prostředkem, který byl zkoušen u EOA, byl lék ze skupiny bisfosfonátů - klodronát. Byl podáván u pacientů s EOA během bolestivých epizod aktivity v pomalé i.v. infúzi v dávce 300 mg. V této otevřené studii vedl klodronát ke zlepšení subjektivních parametrů (počet bolestivých kloubů, síla stisku), ale počet oteklých kloubů se vlivem terapie nesnížil. K objektivnímu ověření účinnosti bisfosfonátů u EOA by byla nutná další dvojité slepá studie, placebem kontrolovaná nebo srovnávací, např. s NSA.⁽¹⁷⁾

U těžkých forem rizartrózy jsou indikovány i různé způsoby chirurgické léčby – stabilizace CMC skloubení,

Tabulka č. 1: Doporučení EULAR pro terapii OA rukou⁽⁷⁾

1. komplexní terapie (kombinace nefarmakologické farmakologické léčby)
2. celkový individuální přístup (stupeň a tíže postižení, rizikové faktory, komorbidita)
3. edukace a cvičení
4. lokální aplikace tepla
5. ortézy a dlahy
6. lokální terapie (nesteroidní antirevmatika, kapsacin)
7. paracetamol
8. systémová nesteroidní antirevmatika, resp. NSA + gastroprotektiva nebo COX2-specifické léky
9. pomalu působící léky osteoartrózy (SYSADOA)
10. i.a. glukokortikoidy
11. chirurgická léčba

ZÁVĚR

Bolestivá OA rukou představuje v běžné klinické praxi poměrně častý problém. Po vyloučení zánětlivého revmatického onemocnění léčíme OA rukou empiricky kombinací nefarmakologických opatření (aplikace tepla apod.) a farmakoterapie, podáváme symptomaticky analgetika nebo nesteroidními antirevmatika včetně lokálních forem, u části nemocných jsou vhodné i obštriky glukokortikoidy či používání ortéz. Pomalu působícím lékům OA (SYSADOA) zatím chybí přesvědčivé důkazy účinnosti u artrózy v této lokalizaci, nicméně s ohledem na jejich bezpečnost je možné je zkusmo podat i pacientům s OA rukou. U těžkých forem rizartrózy jsou indikovány i různé způsoby chirurgické léčby.

Literatura:

- Hochberg MC, Lane NE, Pressman AR, Genant HK, Scott JC, Nevitt MC. The association of radiographic changes of osteoarthritis of the hand and hip in elderly women. *J Rheumatol* 1995;22(12):2291-4.
- Irlenbusch U, Schaller T. Investigations in generalized osteoarthritis. Part 1: genetic study of Heberden's nodes. *Osteoarthritis Cartilage* 2006;14(5):423-7.
- Bijsterbosch J, van Bommel JM, Watt I, Meulenbelt I, Rosendaal FR, Huizinga TW, et al. Systemic and local factors are involved in the evolution of erosions in hand osteoarthritis. *Ann Rheum Dis* 2011;70(2):326-30.
- Jónsson H, Valtýsdóttir ST, Kjartansson O, Brekkan A. Hypermobility associated with osteoarthritis of the thumb base: a clinical and radiological subset of hand osteoarthritis. *Ann Rheum Dis* 1996;55(8):540-3.
- Kraus VB, Li YJ, Martin ER, Jordan JM, Renner JB, Doherty M, et al. Articular hypermobility is a protective factor for hand osteoarthritis. *Arthritis Rheum* 2004;50(7):2178-83.
- Sayer AA, Poole J, Cox V, Kuh D, Hardy R, Wadsworth M, et al. Weight from birth to 53 years: a longitudinal study of the influence on clinical hand osteoarthritis. *Arthritis Rheum* 2003;48(4):1030-3.
- Zhang W, Doherty M, Leeb BF, Alekseeva L, Arden NK, Bijlsma JW, et al. EULAR evidence based recommendations for the management of hand osteoarthritis: report of a Task Force of the EULAR Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutics (ESCIIT). *Ann Rheum Dis* 2007;66(3):377-88.
- Rannou F, Dimet J, Boutron I, Baron G, Fayad F, Macé Y, et al. Splint for base-of-thumb osteoarthritis: a randomized trial. *Ann Intern Med* 2009;150(10):661-9.
- Neogi T, Felson DT, Sarno R, Booth SL. Vitamin K in hand osteoarthritis: results from a randomized clinical trial. *Ann Rheum Dis* 2008;67(11):1570-3.
- Altman RD, Dreiser RL, Fisher CL, Chase WF, Dreher DS, Zacher J. Diclofenac sodium gel in patients with primary hand osteoarthritis: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *J Rheumatol* 2009;36(9):1991-9.
- Swindells MG, Logan AJ, Armstrong DJ, Chan P, Burke FD, Lindau TR. The benefit of radiologically-guided steroid injections for trapeziometacarpal osteoarthritis. *Ann R Coll Surg Engl* 2010;92(8):680-4.
- Rovetta G, Monteforte P, Molfetta G, Balestra VA. A two-year study of chondroitin sulfate in erosive osteoarthritis of the hands: behavior of erosions, osteophytes, pain and hand dysfunction. *Drugs Exp Clin Res* 2004;30(1):11-6.
- Rovetta G, Monteforte P, Molfetta G, Balestra V. Chondroitin sulfate in erosive osteoarthritis of the hands. *Int J Tissue React* 2002;24(1):29-32.
- Salini V, De Amicis D, Abate M, Natale MA, Di Iorio A. Ultrasound-guided hyaluronic acid injection in carpometacarpal osteoarthritis: short-term results. *Int J Immunopathol Pharmacol* 2009;22(2):455-60.
- Mandl LA, Hotchkiss RN, Adler RS, Lyman S, Daluiski A, Wolfe SW, et al. Injectable hyaluronan for the treatment of carpometacarpal osteoarthritis: open label pilot trial. *Curr Med Res Opin* 2009;25(9):2103-8.
- Magnano MD, Chakravarty EF, Broudy C, Chung L, Kelman A, Hillygus J, et al. A pilot study of tumor necrosis factor inhibition in erosive/inflammatory osteoarthritis of the hands. *J Rheumatol* 2007;34(6):1323-7.
- Saviola G, Santoro L. Clodronate in erosive osteoarthritis of the hand: efficacy for pain and function recovery. *G Ital Med Lav Ergon* 2000;22(4):328-31.



MEDICUS 3 Komfort



Medicus, nejprodávanejší ambulantní software v ČR.

Nové moduly



eKomunikace - Bezchybné dávky.

V průběhu práce s pacientem modul automaticky ověří data uvedená v identifikaci pacienta (zdravotní pojišťovna, registrace k lékaři) porovnáním s daty, která má k dispozici Všeobecná zdravotní pojišťovna.

Při vystavení žádanky nebo dokladu modul ověří, zda zdravotnické zařízení, které je na žádance či dokladu uvedeno, má s VZP platnou smlouvu.



eDávky - Dělejme věci jednoduše.

Velmi přehledné a snadné účtování a odeslání dávek dokladů zdravotním pojišťovnám pomocí webových stránek nebo portálů. Odmítnuté vyúčtování lze rychle opravit a znovu odeslat.



eRecepty - Šance se dozvědět co a kdy bylo na recept vydáno.

Vystavení eReceptu, který lze vytisknout nebo zaslat pacientovi (e-mail, SMS zpráva). Pacienti nemusí na vydání receptu čekat v čekárně.



eNechopenky - Bez papírů a pošty to jde také.

Evidence práce neschopných a elektronická komunikace s ČSSZ. Předávání veškerých informací o vzniku, změně či ukončení dočasné pracovní neschopnosti internetem.



DIA modul - Účinná pomůcka pro praktické lékaře.

Dispenzarizace a léčba nekomplikovaného pacienta s DM 2. typu v ordinaci praktického lékaře. Léčba a dispenzární prohlídky jsou prováděny v souladu s doporučenými postupy. Zpracování statistik diabetické dispenzarizace.



Sklady - Vše pod kontrolou.

Sklad léčiv, materiálu nebo zboží. Odepisování skladových zásob se provádí automaticky zadáním kódu (výkonu či léčiva) do dokladu pro pojišťovnu nebo do závazků pacienta.

Panická porucha

Prof. MUDr. Ján Praško, CSc.

**MUDr. Klára Látalová, MUDr. Dana Kamarádová, MUDr. Aleš Grambal,
MUDr. Tomáš Diveky, MUDr. Jana Prašková**

Klinika psychiatrie Fakultní nemocnice Olomouc
a Lékařská fakulta University Palackého v Olomouci



Prof. Ján Praško

ÚVOD

Základním projevem panické poruchy jsou recidivující ataky těžké úzkosti (paniky), které nejsou omezeny pouze na zvláštní situaci, či souhrn okolností, bývají proto nepředvídatelné. Při záchvatu dochází k náhlému rozvoji intenzivního strachu, spojeného s dojemem, že se něco hrozného přihodí a s pocitem ztráty sebekontroly. Ataka je provázána řadou tělesných příznaků: bušení srdce, bolest na hrudi, pocity dušení, návaly horka, závratě, pocity neskutečnosti (depersonalizace, derealizace) a mnoho dalších. Objevuje se strach ze smrti, ze ztráty sebeovládání, ze zešílení. Jednotlivé ataky obvykle trvají několik minut (zpravidla 5-20, výjimečně i 2 hodiny). Po odeznění může přetrvávat třes, napětí a vyčerpání, nebo nastane uvolnění a letargie. Na panickou ataku často navazuje trvalý strach z dalšího záchvatu.

EPIDEMIOLOGIE

Celoživotní prevalence panické poruchy v populaci se pohybuje mezi 1,4 – 3,5 %, roční kolem 1%. Panická porucha se obvykle objevuje ve věku 15-24 let. Druhý vrchol je mezi 45-54 lety. Přibližně 2x častěji se vyskytuje u žen. V průběhu každého roku má zkušenost alespoň s jedním nečekaným záchvatem paniky cca 10 - 12 %.

ETIOPATOGENEZE

Pečlivě kontrolovaných studií genetických faktorů u panické poruchy je velmi málo, výsledky však jasně podporují závěr, že tato porucha má zřetelnou genetickou komponentu. U pacientů se riziko onemocnění u příbuzných prvního stupně pohybuje mezi 15-18 % oproti 1,5-3 % u kontrol. Jednovaječná dvojčata mají jednoznačně vyšší konkordanci než dvojvaječná. Výzkum věnovaný biologickým aspektům panické poruchy došel k celé řadě nálezů, které se vědci snaží interpretovat do ucelených hypotéz. Jeden z pohledů naznačuje, že příznaky panické ataky jsou výsledkem řady biologických abnormit ve struktuře a fungování mozku.

Autonomní nervový systém vykazuje zvýšený tonus sympati-ku, pomalou adaptaci na opakované podněty, přehnanou reakci na mírné podněty.

Studie zabývající se neuroendokrinním stavem také ukazují celou řadu abnormit. Uvažována je zejména dysregulace v noradrenergním systému (zvýšené firing rate v locus coeruleus), v serotonergním systému (hlavně v nucleus raphe, hippocampu a amygdale) a v dopaminergním systému (ve frontoorbitálním kortexu). Pro tyto narušení svědčí i řada provokačních studií s látkami (tzv. panikogeny: laktát, johimbin, fenfluramin, isoproterenol, kofein atd.) navozujícími paniku u pacientů, nikoliv však u kontrol.

Dále je uvažována dysfunkce GABAergního neurotransmiterového systému, zvýšená citlivost cholecystokininových receptorů, poruchy regulace CRH a neuropeptidu Y. O syntézu nálezů se pokusil Klein (1993). Podle jeho hypotézy mají pacienti trpící panickou poruchou abnormálně nízký práh pro pocity dušení. Panické záchvaty jsou spouštěny jako „falešný poplach, že se dusím“. Klein předpokládá, že v retikulární formaci kmene existuje centrum, které se „zapíná“ v situaci bezprostředního ohrožení udušením. Pokud je toto centrum zvýšeně citlivé na určité podněty (zejména koncentraci CO₂), dochází k rozvoji falešného poplachu a organismus reaguje stejně jako ve stavu, kdy je doopravdy ohrožen dušením. Podle psychologických teorií jsou biologické faktory až druhotné, u lidí trpících panickou poruchou vyplývají ze strachu z opuštění a zároveň strachu z připoutanosti ke druhé osobě. Proto mají pacienti intenzivní potřebu kontrolovat svoje vztahy, vyhnout se samotě nebo nadměrné blízkosti. Vzhledem k tomu, že vysoká míra interpersonální kontroly je nedosažitelná, trpí postižení chronickým pocitem nekontrolovatelnosti. Pacienti trpící panickou poruchou mají významně vyšší incidenci stresových situací, bývá to zejména ohrožení ztrátou blízké osoby nebo důležité životní hodnoty v době před prvními projevy příznaků. K vysvětlení psychogeneze panické poruchy byly vytvořeny jak psychoanalytické, tak kognitivně behaviorální teorie. Podle psychoanalytického pohledu je panická porucha spojena se ztrátou rodiče v dětství (úplnou nebo relativní) nebo s historií separační úzkosti. Být sám bez možnosti pomoci ožívuje dětskou úzkost z opuštění. Podle kognitivního modelu zažívá postižený jedinec záchvaty paniky jako důsledek relativně trvalého sklonu si vysvětlovat nejrůznější tělesné pocity, vesměs příznaky normální stresové reakce (tzn. bušení srdce, závrať, mravenčení končetin, hyperventilace) jako signály hrozící katastrofy. Tyto pocity jsou jím interpretovány jako bezprostředně hrozící tělesné nebo psychické selhání (např. závrať jako znamení, že hrozí ztráta vědomí, bušení srdce jako známka nastávajícího infarktu, depersonalizace jako známka zešílení apod.). Jsou-li tyto pocity vnímány jako hrozba, vzniká stav napjatého očekávání a přichází obavy. Spouští se reakce „boj nebo útěk“. Tou se původní pocity zesilují a dostaví se celá řada dalších tělesných příznaků. Pacient začne zpravidla hyperventilovat, čímž dojde k rozvoji alkalózy a následně hyperventilační tetanii s doprovodnými příznaky dále zvyšujícími jeho hrůzu. Nakonec se však vyčerpá a přestane hyperventilovat, což za chvíli vede k uklidnění vegetativních příznaků. Podle kognitivně behaviorální terapie jsou tedy panické záchvaty považovány za naučené chování, naučenou neurovegetativní reakci.

Tabulka 1: Diagnostická kritéria MKN-10 pro panickou poruchu (1996)

A. U jedince se vyskytují periodické ataky paniky, které nejsou logicky spojeny s žádnou specifickou situací nebo věcí a které se často vyskytují spontánně (tj. epizody nelze předvídat). Ataky paniky nejsou průvodním jevem značné námahy ani vystavení nebezpečným nebo život ohrožujícím situacím.

B. Panická ataka je charakterizována všemi následujícími znaky:

- (1) je to samostatná ataka masivní úzkosti nebo neklidu,
- (2) začíná náhle,
- (3) dosahuje maxima v několika málo minutách a trvá alespoň několik minut,
- (4) musí být přítomny alespoň 4 z následujících příznaků, přičemž jeden příznak musí být z položek (a) až (d):

Příznaky vegetativní aktivace

- (a) palpitace nebo bušení srdce nebo zrychlený tep,
- (b) pocení,
- (c) chvění nebo třes,
- (d) sucho v ústech,

Příznaky týkající se hrudníku nebo břicha

- (e) obtížné dýchání,
- (f) pocit zalykání se, pocity dušení
- (g) bolesti nebo nepříjemné pocity v hrudníku,
- (h) nauzea nebo břišní nevolnost (např. neklid, víření v břiše),

Příznaky týkající se duševního stavu

- (i) pocit závratě, neklidu, mdloby, točení hlavy
- (j) pocity, že objekty nejsou reálné (derealizace), nebo že jedinec je mimo, „není zde skutečně“ (depersonalizace),
- (k) strach ze ztráty kontroly, „zešílení“, ztráty vědomí,
- (l) strach ze smrti

Celkové příznaky

- (m) návaly horka nebo chladu,
- (n) pocity znečitlivění nebo mravenčení

C. Nejčastější užívaná vylučovací doložka. Panické ataky nejsou vyvolány tělesnou poruchou, organickou duševní poruchou ani jinými duševními poruchami, jako je např. schizofrenie nebo příbuzné poruchy, poruchy nálady ani somatoformní poruchy

Rozsah jednotlivých variací, pokud jde o obsah a tíž, je tak veliký, že se mohou specifikovat pátým znakem dva stupně – středně těžký a těžký:

F 41.00 Středně těžká panická porucha

Alespoň 4 panické ataky v období 4 týdnů.

F 41.01 Těžká panická porucha

Alespoň 4 panické ataky za týden po dobu 4 týdnů.

PRŮBĚH

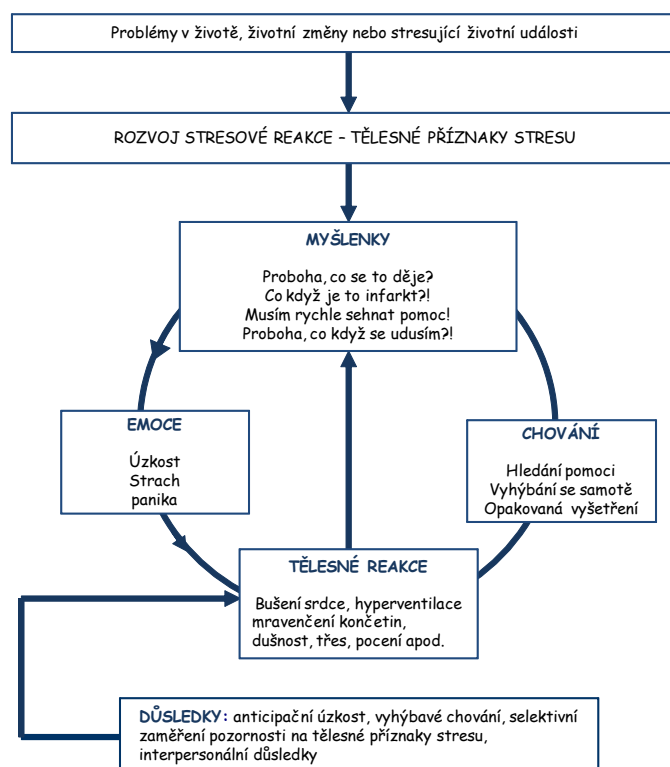
Průběh panické poruchy bez léčby bývá většinou dlouhodobý, asi 40 % pacientů chronifikuje i přes léčbu. Popsány jsou i spontánní uzdravení, stejně jako recidivy obtíží po několikaleté remisi.

HODNOCENÍ

V první řadě potřebujeme vyloučit organické příčiny příznaků. Je vhodné udělat laboratorní screening k vyloučení anémie, jaterního postižení (včetně alkoholického), chronického infekčního onemocnění, Lymské borreliózy, revmatického onemocnění, endokrinopatií (zejména tyreopatie), nebo jiného metabolického onemocnění. U kuřáků a lidí stěžujících si na palpitace je dobré vyšetřit EKG, eventuálně udělat

RTG plic. Užitečné může být toxikologické vyšetření moči. Další specifická somatická vyšetření bychom měli udělat jen v případě jasného podezření na některé ze somatických onemocnění – neměli bychom však pacienta zahltit vyšetřeními „pro jistotu“ aby nedošlo k iatrogenizaci.

Obrázek 1: Zjednodušený model panické poruchy a bludný kruh fungování příznaků



DIFERENCIÁLNÍ DIAGNÓZA

Kromě somatické poruchy nebo organické duševní poruchy, je nutné vyloučit intoxikaci psychostimulancií či jinými drogami, dále jiné duševní poruchy, jako např. schizofrenii, poruchy nálad nebo somatoformní poruchy.

Izolovaně se diagnóza panické poruchy objevuje zřídka. Nejčastější společnou (komorbidní) poruchou je agorafobie (50 - 70%). Dalšími relativně častými komorbidními poruchami bývají sociální fobie, dystymie, prostá fobie a deprese. Druhotně se může rozvinout závislost na alkoholu nebo na drogách, kterými se postižený snažil zvládnout „sebeléčbu“. Jednou z nejzávažnějších komplikací panické poruchy je suicidium. Kolem 7% lidí trpících panickou poruchou spáchá sebevražedný pokus. Při komorbiditě panické poruchy s depresí se suicidalita zvyšuje až na 20 %.

Tabulka 2: Somatické stavy spojené s úzkostnou symptomatologií

KARDIOVASKULÁRNÍ	Arytmie Srdeční selhávání Koronární insuficience Prolaps mitrální chlopně Infarkt myokardu
------------------	--

ENDOKRINNÍ	Karcinoid Cushingův syndrom Hypertyreóza Hypotyreóza Hypoparatyreoidismus Hypoglykémie Menopauza Feochromocytom Prementruální syndrom
RESPIRAČNÍ	Astmatické záchvaty Chronická obstrukční bronchopulmonální choroba Hyperventilační syndrom Hypoxie
NEUROLOGICKÉ	Epilepsie Huntingtonová choroba Roztroušená skleróza Vestibulární dysfunkce Wilsonová choroba
UŽÍVÁNÍ PSYCHOAKTIVNÍCH LÁTEK Intoxikace	Anticholinergní látky Acylpirin Kofein Steroidy Sympatomimetika Psychostimulancia
Odvykací příznaky	Alkohol Narkotika Sedativa, hypnotika

LÉČBA

Psychoterapie

Prvním cílem u postiženého je dosažení vnitřní stabilizace a zklidnění tím, čímž dojde k uvolnění emočního napětí. Zde se uplatňuje klid a vyrovnanost terapeuta, zdůraznění, že postižený udělal dobře, že vyhledal pomoc, osobní zájem o jeho problémy, empatické naslouchání, uznání jeho starostí a obav, umožnění odreagování od negativních emocí, vyjádření pochopení pro situaci a reakce postiženého i pro dřívější pokusy o řešení, pozitivní zpětná vazba ke všemu, co udělal adaptivně, nabídka společného hledání řešení. Postižený potřebuje cítit, že terapeut je na jeho straně. Zklidnění pacienta v navázaném terapeutickém společenství je také velmi důležitý krok, protože rozjitřené emoce hrozí zkratkovými formami řešení. Samotný panický záchvat můžeme zklidnit pomocí medikace, je to ale způsob, který do budoucna jen prohlubuje závislost pacienta, snižuje jeho pocit kontroly nad příznaky. Proto bychom měli medikamentózní přístup rezervovat jen pro výjimečné situace. Slovní zklidnění a vyvedení ze záchvatů je pro pacienta mnohem užitečnější. Vezmeme pacienta za zápěstí, jako když mu měříme tep (pro většinu lidí už toto gesto pomáhá zklidnit) a pevným klidným hlasem mu řekneme, aby se posadil. Přisedneme k němu, ruku na zápěstí máme stále.

Nyní zpomalte dech. (Sledujeme jeho dech a začneme ho slovně komentovat a zpomalovat.) Nádech....výborně.... výdech... nádech a nyní zadržte dech... výborně... a teď pomalý výdech.. ano a nádech a zadržet a držet a držet... a teď pomalý výdech... dobře to děláte...

Pomocí pokynů a pozitivního posilování pacient během 3-5 minut zklidní svůj dech úplně. Někdy se rozpláče, jindy zůstává sedět vyčerpaný. Nyní je příznivá situace na zahájení rozhovoru a edukaci.

Nyní jsme společně překonali panický záchvat. Velmi pěkně jste si počínal. Naučím vás, jak to můžete udělat sám, bez mojí pomoci. Nejdříve si ale povíme více o vašich potížích a já vám vysvětlím, co je to panika a co s ní lze dělat.

Metodou volby při léčbě panické poruchy je kognitivně behaviorální terapie. Začíná edukací pacienta o panické poruše a stresové reakci, pak vysvětlením, jak lze do bludného kruhu panických záchvatů zasáhnout. Po shrnutí toho, co pacient sdělil ho informujeme o tom, co je to panická porucha a na jeho příznacích mu vysvětlíme souvislost mezi příznaky. Výhodné je před ním namalovat bludný kruh úzkosti, který ilustrujeme jeho příznaky. Může to vypadat např. takto:

Velmi hezky jste mi popsala svoje příznaky. Tomuto seskupení tělesných příznaků, úzkosti, strachu z infarktu a vyděšeného chování se říká panický záchvat. Je to porucha, která se projevuje jak tělesnými tak emočními příznaky. Zkusíme si nyní spolu popsat, jak takový panický záchvat u vás funguje. Říkala jste, že najednou zjistíte, že vám rychleji tluč srdce. Je to tak?...Co si o tom řeknete, když zjistíte, že vám buší srdce?... Hm, přesně tak jste mi to popsala. Řeknete si: Co když to je infarkt?...Ano, a když si toto řeknete, cítíte náhle hrozný strach....je to tak?... Hm... Co pak uděláte?... Měříte si tep, zjišťujete, že ho nemůžete v rozčilení zachytit, voláte pohotovost. Během tohoto chování se úzkost ještě zvýší a to vede k dalšímu zrychlení tepu srdce. Říkáte si, že to vaše srdce nemůže vydržet. A to dále zvýší úzkost. Ze strachu se vám zrychlí dech, začnete se potit cítíte mravenčení v prstech. Říkáte si, že každou chvíli zemřete. Podívejte, zjednodušeně jsem to zachytil v tomto schématu, jak ty věci souvisejí. To co si řeknete o bušení srdce – že by to mohl být infarkt – zvýší úzkost a spustí stresovou reakci, která dále zrychlí tep a vyvolá další příznaky stresové reakce, jako je zrychlení dechu, mravenčení v prstech, tlak v žaludku apod. Takový záchvat prožije každoročně kolem 12 % lidí a obvykle souvisí s nějakým stresem v životě, kterého si je člověk více nebo méně vědomý. U části lidí se takové záchvaty začínou opakovat. Člověk se je prostě naučí opakovat podobně, jako se naučíme zlovyky. Když se tyto záchvaty začínou opakovat častěji, jako je tomu u vás, mluvíme o panické poruše. Ta postihuje každoročně 2 – 4 lidi ze sta. Je tedy poměrně častá. Většina lidí dostane pochopitelně strach, že trpí vážnou tělesnou nemocí. A proto obvykle absolvují celou řadu vyšetření u různých specialistů. Zpravidla však se nenajde žádná tělesná porucha, která by to mohla vysvětlit.

Po vysvětlení příznaků potřebuje pacient dostat informace, že tato porucha je léčitelná a že je možné ji léčit jak specifickou psychoterapií, kterou provádějí někteří odborníci (psychiatrii, psychologové) nebo pracoviště (např. psychoterapeutická sanatoria) tak léky. I když léčba nepůsobí ze dne na den, ale potřebuje řádově několik týdnů, je u většiny lidí velmi úspěšná. Psychoterapie spočívá zejména v nácviku dovedností, jak takový záchvat zastavit a odstranit a jak potom objevit a řešit ty problémy v životě, které vyvolávají stres a mohou se záchvaty souviset. Vzhledem k tomu, že pacienti často nevědí o souvislosti strachu, napětí a tělesných příznaků, je velmi dobré vysvětlit, jak vypadá stresová reakce. Na modelu reak-

ce „boj nebo útěk“ jde zpravidla názorně vysvětlit všechny příznaky, které prožívají. Vysvětlení může vypadat například takto:

Zkusím vám teď vysvětlit, jaké příznaky se objevují, když se člověk dostane do stresové reakce. Může to být pro vás užitečné pro pochopení příznaků, které prožíváte. Stresová reakce, které někdy říkáme reakce „boj nebo útěk“, je stará reakce organismu, která nás připravuje na optimální reagování v případě vážného ohrožení, například v případě přepadení, požáru apod. Tato reakce ve zlomku vteřiny připraví celý organismus na to, aby mohl bojovat nebo utíkat. Při panickém záchvatu však nejsme doopravdy ohroženi. Jako ohrožení vnímáme tělesný příznak, který není nebezpečný, ale my si ho katastroficky interpretujeme. Reakce boj nebo útěk však probíhá úplně stejně. Na boj nebo útěk potřebujeme dostat do svalů hodně okysličené krve. Proto se musí srdce rozběhnout a plíce co nejvíce rozdýchat. Krev ze žaludku a břicha, ale i kůže a hlavy, kde není v tuto chvíli potřebná, je přesunuta do velkých svalů. Proto cítíme stažení žaludku a mravenčení na kůži, někdy závratě a rozmazané vidění. Naopak velké svaly, jako jsou stehenní a pažní, jsou těžké, protože jsou krví naplněné. Tím, že zrychleně dýcháme, měníme rovnováhu krevních plynů v krvi. Naše receptory ve velkých tepnách hlásí mozku, že jsme při zrychleném dýchání vydýchali příliš hodně kyslíčnicku uhličitého. Centra v mozku tedy zastaví dýchání, aby se rovnováha upravila. Nás však zaskočí, že automatické dýchání se zastavilo. Lekneme se, že bychom se mohli udusit a začneme lapat po dechu. Plíce však dýchat nechtějí, protože tělo má kyslíku nadbytek a kyslíčnicku uhličitého málo. To, že se nemůžeme nadechnout vede k vyděšení. V tuto chvíli se člověk snaží z celé síly dýchat. Nejde to - má dojem, že se udusí. Popravdě řečeno, kdyby na chvíli přestal dýchat, nebo kdyby začal dýchat do igelitového pytlíku, udělá nejlépe. Snahou zrychleně dýchat totiž situaci ještě zhoršuje. Zpravidla to dělá až do vyčerpání. Pak se přestane snažit a dech se spontánně upraví. Panický záchvat skončí. Naštěstí automatická regulace to vždy nakonec vyhraje.

Záchvat paniky lze zastavit pomocí nacvičené kontroly dechu. Pacienta potřebujeme naučit, aby při záchvatu místo hyperventilace naopak dýchal velmi pomalu a s přestávkami. Takové dýchání s ním ale musíme nejdříve opakovaně nacvičovat, než se ho naučí používat sám.

Jedním z nejlepších způsobů, jak zastavit záchvat paniky, je začít kontrolovat dech. Když dech zpomalíme, vzápětí začne klesat intenzita tělesných příznaků a dojde i k psychickému zklidnění. Vzhledem k tomu, že většina lidí v panickém záchvatu má tendenci přerývaně lapat po dechu. Musíme na zpomalení dechu vynaložit určité úsilí. Nyní si to nacvičíme. Budu pak po vás chtít, abyste tento nácvik dělala 2x denně. Vždy v jednom cvičení stačí udělat 20 kontrolovaných dechů. Pokud to budete dělat pravidelně, pravděpodobně už po týdnu zjistíte, že jste schopna zastavit rozbíhající se záchvat paniky. Nyní si to zkusíme:

- zastavte dech (na dvě doby) - nadechněte se do břicha (na čtyři doby) - vytlačte břicho jako balón (na dvě doby) - pomalu vypusťte vzduch z plic (na čtyři doby) - a znovu zastavte dech....atd. Vždy při nádechu vytlačte břišní dutinu dopředu a zpevněte břišní stěnu, při výdechu uvolněte celé tělo.

Pacient se učí kontrolovat záchvaty paniky pomocí regulovaného dechu. Pak jsou tělesné příznaky záchvatu uměle vyvolávány - mluvíme o interoceptivní expozici - a pomocí regulovaného dechu zase odstraňovány. Snad nejpoužívanějším způsobem navození příznaků je hyperventilace. Je výhodná proto, že nejméně polovina pacientů s panickou poruchou běžně v záchvatu hyperventiluje a prožívá příznaky, které lze hyperventilací vyvolat. S touto expozicí začínáme ihned poté, co pacient zvládl nácvik kontroly dechu, a pokračujeme v každém sezení až do konce terapie.

vyvolávány - mluvíme o interoceptivní expozici - a pomocí regulovaného dechu zase odstraňovány. Snad nejpoužívanějším způsobem navození příznaků je hyperventilace. Je výhodná proto, že nejméně polovina pacientů s panickou poruchou běžně v záchvatu hyperventiluje a prožívá příznaky, které lze hyperventilací vyvolat. S touto expozicí začínáme ihned poté, co pacient zvládl nácvik kontroly dechu, a pokračujeme v každém sezení až do konce terapie.

Tabulka 3: Manévry pro interoceptivní expozici

CVIČENÍ:	ČAS:	INSTRUKCE:
Hyperventilace	2 – 5 minut	Dýchejte otevřenými ústy hluboce v rychlém tempu, bez přestávek po nádechu a výdechu. Dělejte to hlasitě.
Rotace	1 – 2 minuty	V rychlém tempu se točte na místě, nejlépe blízko zdi, abyste se mohli opřít v případě ztráty rovnováhy (je možné i na otočné židli).
Dřepy	2 – 3 minuty	V rychlém tempu dělejte dřepy.
Běh na místě	2 – 5 minut	Energicky sprintujte na místě (případně – vysoko zvedejte nohy).
Změna polohy	2 – 3 minuty	V sedu v křesle nebo na židli si dejte hlavu mezi nohy tak, aby byla pod úrovní srdce. Po uplynutí času se prudce zvedněte a dívejte před sebe.
Dýchání přes brčko	2 – 3 minuty	Vdechujte přes brčko. Druhou rukou si ucpěte nos.
Knedlík v krku		Polkněte rychle 6x za sebou tak rychle, jak jen to jde.

Dalšími kroky KBT jsou nácvik relaxace k odstranění anticipační úzkosti. Velmi důležitou součástí je nácvik kognitivní rekonstrukce – pacient se učí najít racionální odpověď na svoje panické úzkostné myšlenky a tím se uklidnit.

Tabulka 4: Příklad domácího cvičení na dekatastrofizaci (Praha a spol. 1997)

ČAS	SITUACE	MYŠLENKY	EMOCE	ROZUMNÁ ODPOVĚĎ
5.6. 17:15	Čekám na Martina, zpozdl se z práce. Buší mi srdce a lapám po dechu.	Mám něco se srdcem! Infarkt! Udusím se!	Úzkost Panika	Srdce mi buší z rozrušení, z čekání na muže, který nepřišel včas. Lapám po dechu, protože jsem zrychleně dýchala.
6.6. 8:00	Jízda metrem z domu, nával ve špičce. Mám závrat – mžítka před očima.	Určitě teď omdlím! Budou si říkat, že jsem opilý! Nikdo mi nepomůže!	Napětí Úzkost	Ještě nikdy jsem neomdlela, i když podobné pocity jsme měla často. Nevypadám asi opilý, spíše vyděšeně. Žádnou pomoc ani nepotřebuji.

Po odstranění panických záchvatů zpravidla pokračuje KBT dalšími kroky, které jsou zaměřeny na **systematickou práci s problémy v životě**, které panickou poruchu doprovázejí (nejčastěji manželské problémy, vztahové problémy v zaměstnání, závislost na partnerovi či rodičích). Panická porucha často navazuje na stresující životní události, změny v životě, pracovní, rodinné nebo sexuální problémy, přetěžující život-

ní styl. Tyto problémy, ale také nové problémy, které rozvoj panické poruchy přinesl (např. závislost na partnerovi, ztráta zaměstnání aj.) mohou souviset s udržováním panických záchvatů. Lékař by měl proto mluvit s pacientem o jeho životní situaci a zjistit všechny důležité momenty, které ke stresu vedou. Tyto faktory panickou poruchu nevyvolaly, ale mohly působit jako spouštěče anebo udržovací faktory. Lékař zjišťuje způsoby, jak pacient problémy řeší (nebo spíše neřeší). Pak pomáhá pacientovi hledat adaptivní strategie, které by situaci mohly změnit.

Farmakoterapie

Nejčastěji využívanou alternativou ke specifické psychoterapii u panické úzkosti je podávání benzodiazepinů a antidepresiv.

Benzodiazepiny: I když benzodiazepiny mohou být užitečné ke zvládnutí akutní emoční krize, u déletrvajících úzkostí nejsou příliš vhodné. Kromě postupně klesajícího účinku je prokázáno, že dlouhodobé užívání benzodiazepinů může vést k závislosti. Při akutním záchvatu paniky jsou však určité lékem volby. Dobrého efektu je dosahováno alprazolamem, který je velmi účinný v dávce 4-8 mg, výjimečně až 10 mg na den. Podobně účinný je clonazepam v dávce 1-6 mg na den, ve vyšší dávce také diazepam a lorazepam. Ovšem výhody prvních dvou benzodiazepinů proti diazepamu jsou zjevné: menší sedace, rychlý nástup účinku, efekt již během prvních 2 týdnů, velmi dobrá tolerance. U všech benzodiazepinů hrozí rozvoj tolerance a závislosti a při náhlém vysazení se zpravidla objeví syndrom z vysazení. Proto je potřebné při vysazování dávku snižovat postupně.

Antidepresiva: Antidepresiva jsou pravděpodobně klinicky nejužitečnější léky při léčbě panické poruchy. Při jejich podávání si musíme být vědomi, že zpočátku mohou příznaky paniky ještě zhoršit. Důvodem jsou jejich vedlejší účinky, na které jsou pacienti s panickou poruchou nesmírně citliví. Proto začínáme s nízkými dávkami léků: podáváme prvních 10-14 dnů polovinu (někdy i čtvrtinu) terapeutické dávky, až pak ji zvyšujeme na terapeuticky účinnou.

Tricyklická antidepresiva: Výhodou nejlépe prostudovaných klasických antidepresiv (TCA) - imipraminu a clomipraminu - je dlouhý poločas vylučování, který umožňuje aplikaci v jedné denní dávce. Nevýhodou jsou výrazné vedlejší účinky (anti-

cholinergní efekt) a dlouhotrvající nástup účinku (po 4 - 6 týdnech).

SSRI: Velmi účinnými léky u panické poruchy jsou *paroxetin*, *citalopram*, *escitalopram*, *sertralin*, *fluoxetin* i *fluvoxamin*. Jsou dnes pokládány u panické poruchy za léky první volby. Jejich účinek se objevuje již do 3 týdnů léčby.

SNRI: Venlafaxin je podobně účinný u panické poruchy, jako SSRI.

Kombinace psychofarmak: Obvyklou klinickou kombinací je podávání benzodiazepinů s antidepresivy. Benzodiazepiny (alprazolam nebo clonazepam) pomáhají snížit aktuální úzkost a blokovat panické záchvaty zejména na počátku léčby. Po 3-6-ti týdnech se objeví plný účinek antidepresiva a je možné postupně krok za krokem benzodiazepiny vysazovat. Je nutné však říci, že u řady osob je vysazování benzodiazepinů velmi obtížné. Proto bychom tuto kombinaci doporučovali jen u těžkých forem panické poruchy.

Tabulka 5: Léky úspěšně používané při léčbě panické poruchy (Praško 2005)

ZÁVĚR

Každý lékař, zejména pak praktický lékař, se opakovaně setkává s pacienty, kteří trpí náhlými záchvaty bušení srdce, dušností, třesem, závratěmi, nebo dalšími subjektivně ohrožujícími tělesnými příznaky, které nemají somatickou příčinu. Diagnostika a léčba pacientů s panickou poruchou je sice doménou psychiatrie, ale pacient často z obavy před „značkou“ psychiatrického pacienta, tam vůbec nedojde. Jiní přicházejí k psychiatrovi jako k poslední instanci, „když už nic nepomohlo“ nebo „nic jiného se nenašlo“ a lékaři mu řekli, že je „to od nervů“. Zpravidla je takový pacient zklamaný a nadměrně soustředěný na své potíže. Za otázku cti pak pokládá, aby psychiatrům ukázal, že to „od nervů“ není. Taková léčba je pak nesmírně těžká. Proto je důležité, aby každý lékař znal projevy panické poruchy, byl k pacientově prožitkům empatický, neznačkoval a byl schopen pacientovi vysvětlit, co se s ním děje a co s tím lze dělat.

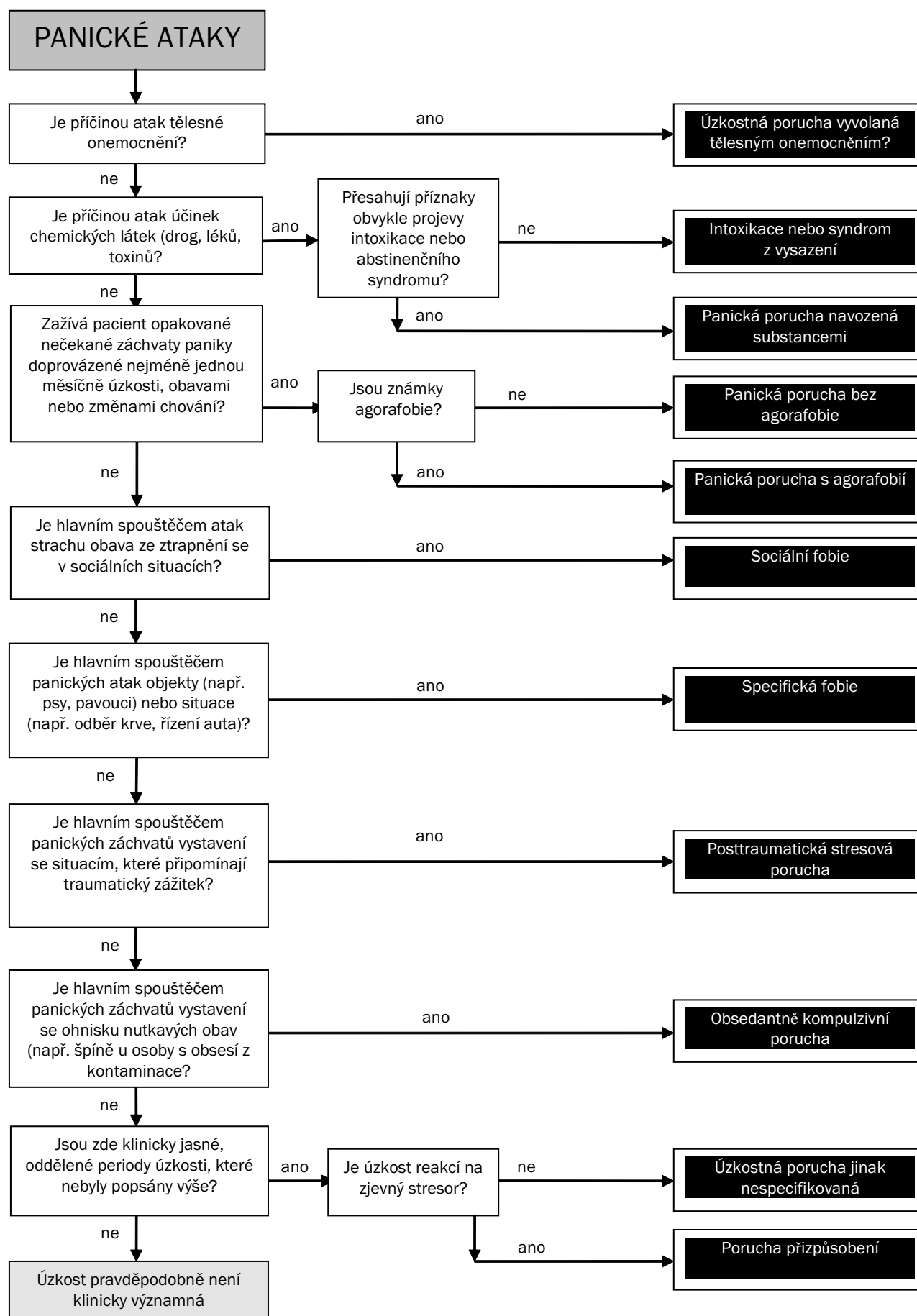
Podpořeno grantem IGA MZ ČR NS 10301-3/2009

Literatura: přehled z nedostatku místa neuveden, v redakci k dispozici na vyžádání

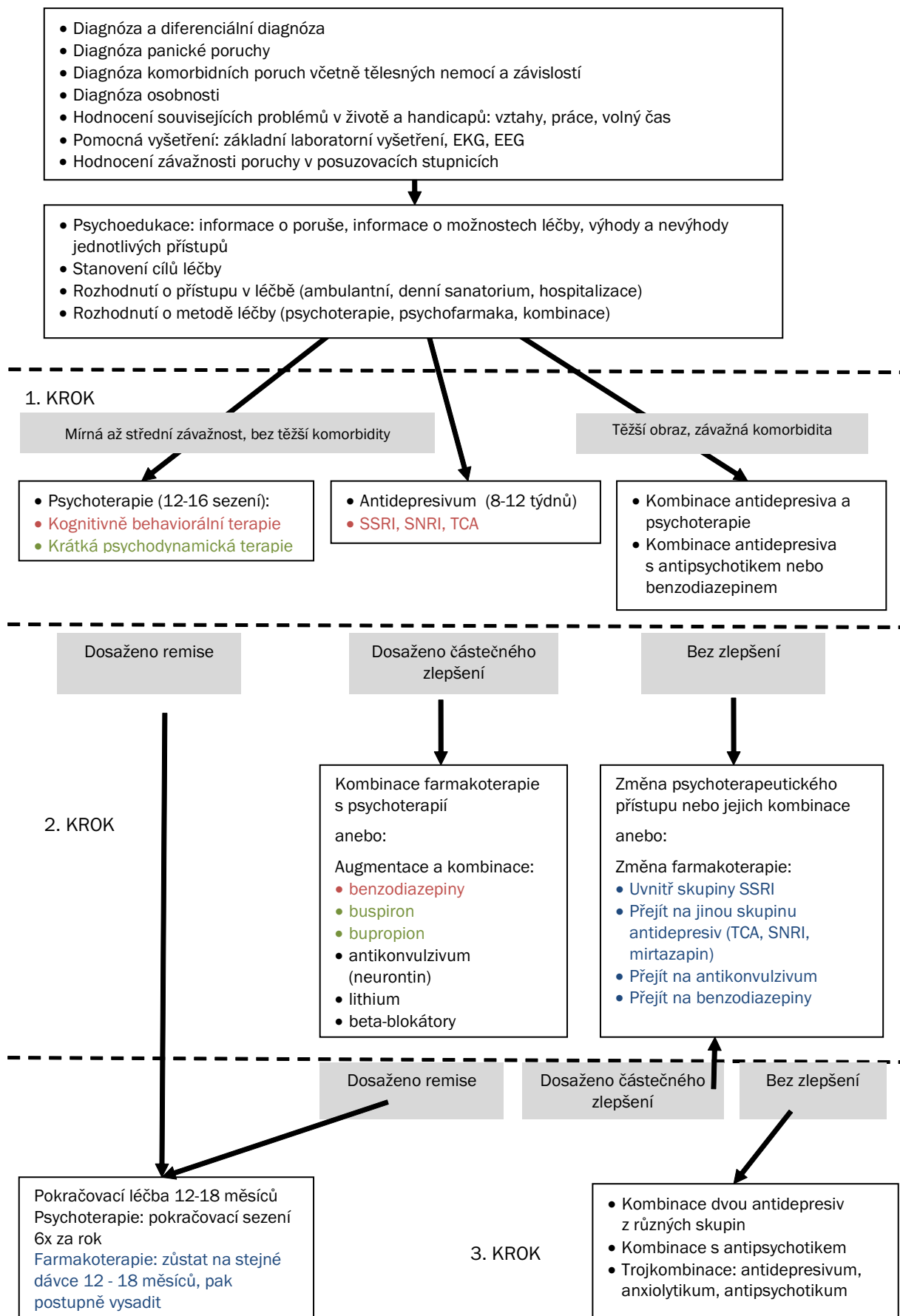
Tabulka 5: Léky úspěšně používané při léčbě panické poruchy (Praško 2005)

Skupina léků	Generický název	Počáteční dávka v mg	Rychlost zvyšování	Terapeutická dávka	Nejdůležitější vedlejší účinky
Antidepresiva – tricyklická	Imipramin	25 – 50	25 mg za 3 dny	150 – 250	Ortostatické kolapsy, zácpa, sucho v ústech, rozmazané vidění, tachykardie, poruchy močení, prodloužení síňo-komorového vedení
	Clomipramin	25 – 50	25 mg za 3 dny	100 – 250	
Antidepresiva – SSRI	Paroxetin	10	10 mg za 3 dny 25 mg za 3 dny	20 – 50	Nauzea, únava, sexuální dysfunkce, pocity nervozity, nespavost, bolest hlavy
	Citalopram	10		20 – 60	
	Fluoxetin	5		20 – 80	
	Fluvoxamin	25		100 – 200	
	Sertralin	25		50 – 200	
Antidepresiva – SNRI	Venlafaxin	37,5	37,5 mg za 3 dny	75 – 375	Nauzea, nechutenství, nespavost nebo ospalost, únava, bolest hlavy, zvýšení krevního tlaku
Benzodiazepiny	Alprazolam	2	Po 2 týdnech při chybějícím efektu zdvojnásobit	4 – 8	Únava, ospalost, rozmazané vidění, poruchy koordinace, hypotenze, snížení libida, poruchy močení
	Clonazepam	1		1 – 6	

**Obrázek 2: Rozhodovací strom pro hodnocení pacienta který má panické ataky
(upraveno podle Asmundson a Taylor 2003)**



Obrázek 3: Doporučené kroky v léčbě panické poruchy (Praško et al. 2008).



Zdroj dat: metaanalýza a dvojité slepé studie, otevřené studie nebo kazuistické série, konsensus odborníků, kasuistiky, autority, klinická zkušenost

Luivac® perorální imunizace

Osvědčená léčba
recidivujících infekcí
dýchacích cest



Dávkování

	Imunizace 28 dní	Interval 28 dní	Posilovací fáze 28 dní
	po 1 tabletě vždy ráno na lačno	bez léčby	po 1 tabletě vždy ráno na lačno

Každá tableta přípravku Luivac obsahuje 3 mg směsi lyzátu 7 bakterií podílejících se na infekcích dýchacích cest.

Výrobní proces zachovává antigenní strukturu, která je nezbytným předpokladem farmakologické účinnosti.

**Léčbu lze zahájit v kterékoli roční době
– během infekce i v období bez infekce.**

Luivac® tablety Účinná látka: 1 tableta obsahuje 3 mg Lysatum bacteriale mixtum ex min. 1x10⁹ bakterií z každého následujícího kmene *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus mitis*, *Streptococcus pyogenes*, *Streptococcus pneumoniae*, *Klebsiella pneumoniae*, *Branhamella catarrhalis*, *Haemophilus influenzae*. Pomocné látky: Mannitolum, Cellulosum microcrystallinum, Carboxymethylamylum natricum, Magnesii stearas, Silicii dioxidum colloidal. Indikace: Opakující se infekce dýchacích cest (rýma, sinusitida, katar horních cest dýchacích, bronchitida) a chronické záněty středního ucha (otitida). Přípravek je určen pro děti od 3 let, mladistvé a dospělé. Dávkování a způsob podávání: Dospělí a děti užívají 1 tabletu jednou denně, a to ráno. Tablety se užívají nalačno a zapijí se trochou vody. Kontraindikace: Nepoužívat při přecitlivělosti na kteroukoli složku přípravku. Přípravek se neužívá v případě akutní gastroenteritidy. Vzhledem k nedostatečným zkušenostem a možnosti komplexních interakcí se tento přípravek nepoužívá u pacientů s autoimunitním onemocněním. Tablety Luivac nesmí užívat gravidní ženy. Nežádoucí účinky: Občas se mohou objevit mírné poruchy gastrointestinálního traktu. Zřídka byly pozorovány kožní reakce. Reg.č. ČR: 59/381/95-Č. Držitel rozhodnutí o registraci: Daiichi Sankyo Europe GmbH, Mnichov, SRN. Výdej přípravku je vázán na lékařský předpis a je částečně hrazen zdravotními pojišťovnami.



www.daiichi-sankyo.eu

IBI – International spol. s r.o.
Senovážné nám. 5, 110 00 Praha 1
Tel.: 281 028 230-1, fax: 281 028 232
ibi@ibi.cz, www.ibi.cz

Léčba opakovaných respiračních infekcí bakteriálními imunomodulátory

Doc. MUDr. Vít Petrů, CSc.

Centrum alergologie a klinické imunologie, Nemocnice Na Homolce, Praha



Úvod

Termínem „opakované respirační infekce“ rozumíme ne zcela přesně definovanou skupinu chorob. Někdy se jedná o recidivující rhinopharyngitidy, tracheitidy, laryngitidy či bronchitidy ev. bronchopneumonie, jindy o sinusitidy, otitidy, angíny a podobně. Diagnostika příčiny těchto stavů je většinou časově i obsahově náročná. Úspěch léčby pak závisí především na tom, jak dobře a rychle se podaří objevit etiologii recidiv a pokud možno kauzálním zásahem přetrnout začarovaný kruh, ve kterém se pacient i jeho okolí nachází. Bakteriální imunomodulace může být účinným pomocníkem v terapii i prevenci.^(1,3,7,8) Tyto léky představují skupinu poměrně často užívaných přípravků k léčbě a prevenci recidivujících infekcí dýchacích cest. Stimulují imunitní odpověď organismu i na jiné antigeny, než ty, které jsou v nich obsaženy. Dříve byly používány pouze ve formě bakteriálních vakcín, které jsou dnes vytlačovány firemními bakteriálními lyzáty a dalšími, méně nebo více přesně definovanými komerčními produkty. S rozvojem imunologického výzkumu se postupně stále více objasňují mechanismy jejich účinku a přibývá studií, prokazujících jejich účinnost a bezpečnost.

Mechanismus účinku bakteriálních imunomodulátorů

Podle původu můžeme imunomodulační látky rozdělit do několika skupin (tab. 1), z nichž však praktický význam pro léčbu výše zmíněných infekcí mají především látky bakteriálního původu, event. některé další.

Tab. 1: Druhy imunomodulačních látek

Druh	Přípravek
Látky bakteriálního původu	Bakteriální vakcíny, proteoglykany, ribozomové frakce, bakteriální lyzáty
Látky původu rostlinného a izolované z hub	Bestatin, glukany
Biologické polypeptidy	Tymové hormony, interferony, přenosové faktory, cytokiny
Nukleotidy	DNA vakcíny, oligodeoxynukleotidy
Enzymy	Bromelain, papain, pancreatin, chypsin, chymotrypsin

Klasickými představiteli této skupiny, určenými pro orální aplikaci, jsou **bakteriální lyzáty** (např. Broncho-vaxom, Luivac, Olimunovac), nebo **ribozomy** (Ribomunyl), viz tab. 2. Mechanismus jejich účinku je téměř shodný. Působí nejen specificky

imunostimulačně vůči antigenům v nich obsaženým bakteriím, ale současně i nespecificky imunomodulačně.^(2,4,5)

Tab. 2: Bakteriální imunomodulátory pro perorální užití

Složení	Firemní název
Haemophilus influenzae, Streptococcus pneumoniae, Klebsiella pneumoniae, Klebsiella ozaenae, Staphylococcus aureus, Streptococcus pyogenes, Streptococcus viridans, Neisseria catarrhalis	Broncho-vaxom
Streptococcus pyogenes, Streptococcus pneumoniae, Streptococcus mitis, Staphylococcus aureus, Neisseria catarrhalis, Haemophilus influenzae, Klebsiella pneumoniae	Luivac
Staphylococcus aureus, Klebsiella pneumoniae, Propionibacterium acnes	Olimunovac
Klebsiella pneumoniae + její proteoglykan, Streptococcus pneumoniae, Streptococcus pyogenes, Haemophilus influenzae	Ribomunyl

Podle současných poznatků můžeme za primární a klíčový účinek považovat vazbu antigenů lyzáty na tzv. PRRs, což jsou receptory rozpoznávající vzory patogenicity mikroorganismů. Tato vazba stimuluje sekreci imunoregulačních cytokinů a současně i fagocytózu antigenů, jejich zpracování a prezentaci antigen-prezentujícími buňkami směrem k T-lymfocytům (CD4+ a CD8+). Pomocné CD4+ buňky stimulují diferenciaci B-lymfocytů na plasmatické buňky, produkující imunoglobuliny IgG, IgA a IgM.⁽⁵⁾ Stále ale není definitivně zodpovězena otázka vzniku možných nežádoucích účinků této terapie.^(1,9) Klinikou účinnost léčby bakteriálními lyzáty ověřila každodenní praxe a potvrdily i mnohé klinické randomizované nebo peregistrační studie. Známá je např. mezinárodní studie Kitzlera a spol., které se zúčastnila i centra z České republiky, prokazující účinnost léčby recidivujících respiračních infekcí preparátem Luivac⁽⁶⁾ a observační studie Bystroně a kol. z roku 2011, týkající se Olimunovacu.⁽¹⁰⁾

Indikace a praktické provádění

Indikací k zahájení imunomodulační léčby **u dětí je výskyt tří infekcí v průběhu jednoho čtvrtletí a u dospělých výskyt dvou infekcí za téže období, nebo výskyt čtyř infekcí během jednoho roku.** Tato léčba se v běžné lékařské praxi často zbytečně nadužívá a je často ordinována bez pečlivého anamnestického rozboru a diferenciálně-diagnostické rozvahy. Před jejím zahájením by mělo být vždy provedeno imunologické vyšetření.^(1,3,7,8,9) Pokud je etiologickým činitelem podílejícím se na recidivách nebo chronicitě infekcí nějaká konkrétní a poznatelná příčina, je nutno postupovat kauzálně. **Efekt léčby se dostavuje až během několika měsíců.** Imunomodulační léčba u alergiků trpících recidivami infekcí dýchacích cest by měla předcházet zahájení alergonové imunoterapie. Při běžném interkurentním infektu ani při očkování proti přenosným nemocem není třeba terapii přerušovat. Dle mnoha klinických studií léčba snižuje počet infekcí, zkracuje jejich délku, zmenšuje spotřebu antibiotik a redukuje je absence ve škole i v zaměstnání.^(4,5,6)

Riziko vzniku autoimunitních komplikací v důsledku imunomodulace je poměrně malé, zvláště u dětí. Přesto je ale nutná

určitá opatrnost, především tehdy, jsou-li přítomny známky imunitní hyperaktivity, buď laboratorní, nebo klinické.

Literatura

- Bartůňková J. *Imunodeficiency*. Praha, Grada Avicenum, 2002
 Brauer H, Biebeckstock J, Stead RH. *Mucosal immunology*. Oral immunization. Munich, Sankyo Pharma, 1999
 Bystroň J. *O imunitě*. Ostrava, Mirago, 2000
 Gutierrez-Tarango MD, Berber A. Safety and efficacy of two courses of OM-85 BV in the prevention of respiratory tract infection in children during 12 months. *Chest* 2001; 119:1742-1748
 Hrubisko M. Bakteriálně imunomodulátory: Nový pohľad na staré lieky. *Klin Immunol Alergol* 2008;18:2,11-18
 Kitzler I, Ferreira Branco AP, Villiger B et al. Immunomodulating treatment of recurrent respiratory tract infections. A multinational post-approval study with Luivac/Passpat oral. *J Pharmacol Ther* 2002;11(5):134-141
 Petrů V. Opakované respirační infekce a jejich léčebné ovlivnění. *MediNews* 2005;1:31-34
 Špičák V, Panžner P a kol. *Alerologie*, Grada, Praha 2004
 Vernerová E. Slizniční imunita u dětí, možnosti imunomodulace a alergie. *Pediatr pro praxi* 2008;9:3,164-168
 Bystroň J, Petrů V, Krčmová I a spol. Účinnost a bezpečnost perorálního bakteriálního imunomodulátoru Olimunovac u pacientů s častými infekcemi dýchacích cest. *Alergie* 2011;13,58-65

errata

Omlouváme se autorovi za chybu vzniklou při zveřejnění fotodokumentace v níže uvedeném článku, kterou napravujeme touto dodatečnou opravou:

Practicus č. 8/2011

Léčba rázovou vlnou a biostimulačním laserem

MUDr. Tomáš Doležal

Praktický lékař pro dospělé – ordinace Dymokury, Nymburk a Křinec

- Pacient O.P., 65 let. 24.2.2010 na sebe převrhl hrnec s vroucí vodou a opařil se na hrudníku, břiše a DKK. Rány byly pečlivě ošetřovány a převazovány sestračkou, dle aktuálního stavu použit Rivanol, Inadine, Hydrotul. Zpočátku aplikována laserová sprcha denně, později obden, nakonec 2x týdně.

O.P. 2. 3. 2010



O.P. 9. 3. 2010



O.P. 30. 3. 2010



Tyto fotografie přesvědčivěji dokazují úspěšnost uvedené léčby.

Redakce

Problematika diagnostiky zánětu z pohledu praktického lékaře - poznámky pro praxi

MUDr. Ivan Hutař

Praktický lékař pro dospělé v Brně,

Školitel IPVZ Praha,

Lektor postgraduální výuky v oboru VPL,

Katedra preventivního lékařství Masarykovy univerzity v Brně

■ Zánět je komplexní adaptační reakcí těla na zátěž.

■ Zátěž je množina rozmanitých podnětů biologického i nebiologického charakteru, které mohou narušit homeostázu v organismu. (Vlivy bakteriální, virové, mykotické, parazitární, fyzikální a chemické).

■ V zánětlivé reakci má zásadní úlohu imunitní soustava spolu s neuroendokrinními mechanismy (Identifikují nežádoucí změny vycházející z vnějšího prostředí, které jsou odlišné od podnětů na které reaguje imunitní systém. Osa: Mozková kůra →hypotalamus → adenohypofýza → kůra nadledvinek→ glukokortikoidy – adaptace na stres a ohrožení spolu se sekrecí katecholaminů.).

■ Imunitní systém je primárně zaměřen na rozpoznání poškozujících noxy infekčního původu, na rozpoznání nebezpečných signálů z vlastních buněk a tkání např.: nádorové buňky. Imunitní systém musí reagovat i na vlivy fyzikální a chemické, které poškozuji tkáň a musí reagovat na podněty související s apoptósou a nekrosou buněk.

■ Zánětlivá reakce se ale může rozvinout i abnormálně – imunopatologicky, což má za následek rozvoj autoimunitního poškození organismu (je to např.: nepříznivá kombinace vlivů genetických ve spojení s dlouhodobě trvající patologickou noxou.)

■ Z chronologického hlediska se zánětlivá reakce rozvíjí ve třech fázích. **První fáze – iniciační**, trvá hodiny. Uplatňují se zde především mechanismy přirozené imunity (makrofágy, makrofágy a kaskáda komplementu). **Druhá fáze – vrcholová**, trvá dny. Zde se uplatňují především mechanismy specifické imunity (lymfocyty T, B). **Třetí fáze – reparační**, trvá až týdny. Zde se uplatňují mechanismy imunitní i neimunitní. (Tvorba matrix, nutné k reparaci – komplexy fibronektinu s vláknou fibrinu).

■ Diagnostika zánětu z pohledu PL spočívá především v kombinaci metod fyzikálních, mikrobiologických, serologických a biochemických vyšetření. V praxi praktického lékaře hlavními a zároveň nejlevnějšími metodami diagnostiky zánětu jsou metody fyzikální v návaznosti na přesnou a cílenou anamnézu (bolest – lokalita, charakter, vyzařování, co zhoršuje, co zmírňuje, únava, nechutenství, teploty, kašel, sekrece, exudace, poruchy vylučování, apod.).

■ Fyzikálními metodami diagnostiky zánětu jsou především:

Aspekce – otoky, změny anatomického postavení, barevné změny – zarudnutí, bledost, exanthem na kůži, enanthem na sliznicích, sekrece, exudace. **Palpace** – bolestivost, změna konsistence, lokální teplotní změny atd. **Auskultace** – srdeční šelesty u karditid, změny srdečního rytmu, tachykardie při akutních zánětech, bradykardie např. při intoxikacích (organofosfáty). Chrápky, pískoty, vrzoty apod. při zánětech dolních dýchacích cest. **Teplo- ta** – hypertermie vlivem stimulace hypotalamického centra prozánětlivými cytokiny IL-1, IFN-gama, TNF-alfa a TNF-beta. Především u akutních zánětů, vzácněji i u zánětů chronických. Hypotermie u některých virových infekcí a u imunodeprimovaných jedinců. **Krevní tlak** – zvýšení hlavně v iniciační fázi zánětu vlivem stimulace tvorby katecholaminů, glukokortikoidů. Snížení – šokové stavy, anafylaxe. **Sedimentace erytrocytů** – zvýšení hlavně u mikrobiálních zánětů autoimunitních stavů a u onkologických onemocnění. Nízká sedimentace v začátku některých virových infekcí např. EBV.

■ Biochemické metody slouží k diagnostice akutních i chronických zánětů. Jedná se především o vyšetření **krevního obrazu a diferenciálu**: Erytrocyty - snížení počtu hlavně u chronických zánětů, onkologických onemocnění a autoimunitních stavů. Neutrofilní granulocyty jsou zvýšené převážně při akutních bakteriálních i virových infekcích. Snížené u některých autoimunitních stavů a některých hematologických onemocněních (útlum kostní dřeně, myelodysplastický syndrom). Eosinofilní granulocyty jsou zvýšené hlavně při alergických stavech a parazitálních onemocněních. Basofilní granulocyty – žírné buňky a plasmocyty, produkují mediátory zánětu, hlavně histamin u alergií a anafylaxe. Monocyty – tkáňové makrofágy, jsou zvýšené převážně u akutních zánětů. Trombocyty jsou zvýšené u řady zánětů a snížené u některých autoimunitních stavů (protilátky proti trombocytům).

Vyšetření C-reaktivního proteinu: V praxi praktického lékaře jeden z nejdůležitějších markerů zánětu. Zvýšení hlavně v iniciační a vrcholové fázi zánětu. Jedná se o protein z rodiny pentraxinů, syntetizován spolu se sérovým amyloidem P (SAP) v játrech a také spolu i s některými transportními sérovými proteiny (celuloplazmin, transferin, proteazové inhibitory – alfa-2 makroglobulin a alfa-1 antitrypsin). Hlavním mechanismem účinku C-reaktivního proteinu je aktivace C3 a C4 složky komplementu a opsonizační funkce. Váže se na ligandy na površích bakterií – fosforylcholinu,

OLIMUNOVAC®

...pro zdraví dýchacích cest

**Máte obavy
z podzimních plískaníc?**

**Posílněte svou
obranyschopnost!**



**Originální patentovaný
imunomodulační
přípravek**

Podpora obranyschopností organismu, zvláště dýchacích cest

Používá se u dospělých a dětí od 3 let ke zvyšování nespecifické imunity

Obsahuje v jednom balení dávku na čtyři měsíce

Žádejte ve své lékárně. Před použitím si pozorně přečtěte příbalový leták. Bližší informace o doplňku stravy získáte na adrese:

Výrobce:
Bioveta, a. s.
Medical Department
Ivanovice na Hané



S&D Pharma CZ, spol. s r.o.
Pisnická 22, 142 00 Praha 4
tel: +420 296 303 370
www.sdpharma.cz

www.olimunovac.cz

polykationty, polysacharidy a stimuluje, přes receptory fagocytů pro CRP, fagocytózu. Zvýšení hlavně u zánětů mikrobiálních, autoimunitních, u rheumatoidní artritidy a u stavů trombogeneze.

Vyšetření komplementu: Nejčastěji inhibitoru C1q-esterázy, který bývá snížen u hereditárního angioedému. Dále C3, C4 složky komplementu (funkce opsonizační – C3b, chemotaktická – C3a, C5a a osmotickolytická funkce C5b-C9). Zvýšení hlavně infekčních zánětů a snížení – konsupčním mechanismem u autoimunitních stavů.

Vyšetření CIK: Komplexy antigenu s protilátkami a komplementovými faktory (nebezpečné hlavně imunokomplexy o střední velikosti s mírnou převahou protilátek nebo antigenu – možná depozice v cévách u vaskulitidy, nebo v mesangiu a na membránách glomerulocytů u glomerulonephritidy).

Vyšetření protilátek: Tříd - IgA, IgM, IgG, IgE. Jsou zvýšené u akutních infekcí. Třída IgA je zvýšená hlavně u TBC, chlamydiového infektu, nebo IgA nephrosy. IgM jsou zvýšené hlavně u akutních infekcí a autoimunitních stavů. IgG – zvýšené u akutních i chronických infekcí a autoimunitních stavů. IgE jsou zvýšené především u alergií. Snížení 1, nebo více imunoglobulinů se vyskytuje především u imunodeficiencí, většinou se jedná o geneticky podmíněné vrozené stavy.

Vyšetření ASLO slouží k diagnostice streptokokové infekce.

Vyšetření autoprotilátek: ANA (antinukleárního antigenu) titry jsou zvýšené hlavně u systémového LE. Rheumatoidní faktor je pozitivitní u rheumatoidní artritidy. Autoprotilátky proti extrahovatelným nukleárním antigenům – Jo-1, PM/SCC – pozitivita u dermatomyositis, SS-A, SS-B – pozitivita u Sjogrenova syndromu, Scl-70 pozit. u sklerodermie U1-RNP pozitivita u smíšené choroby pojiva. Protilátky proti kardioplipinu jsou charakteristické pro antifosfolipidový syndrom (sklon k hlubokým trombózám, systémová AS, vaskulitidy, RA). Protilátky proti cytoplasmatickým neutrofilům – p-ANCA, c-ANCA (protilátky proti peroxydáze a cytochromoxydáze). Pozitivní hlavně u vaskulitidy. Protilátky proti thyreoglobulinu a mikrozomům thyreocytů se vyskytují u Hashimotovy thyreoditis. Protilátky proti receptorům TSH jsou charakteristické pro Gravesovu - Basedovu chorobu. Protilátky proti b-buňkám pancreatu u DM I. typu. Protilátky proti dekarboxyláze kys. glutamové (GAD) u DM II. typu. Protilátky proti erytrocytům u hemolytických anemií, proti trombocytům u trombocytopenií a proti neutrofilům při neutropeniích. Vyšetření alelických forem HLA- HLA B27 u Bechtěrevovy choroby, HLA DR2 a DR3 u Goodpasturova syndromu, SLE a u sklerosis multiplex. Vyšetření protilátek proti acetylcholinovému receptoru u myasthenia gravis. Gastroenterologický blok: Protilátky proti parietálním buňkám žal. sliznice charakteristické pro perniciozní (megaloblastickou) anemii. Protilátky proti transglutamináze, endomysiu a alfa-gliadinu při celiakii.

Vyšetření při diagnostice i terapii onkologických onemocnění – TU markery: CEA – kolorektální Ca, Ca prsu. AFP – zvýšení u Ca jater a TU varlat. Ca 125 pozitivita u ovariálního Ca, CA19-9 u Ca pankreatu a žlučníku, CA 72-4 zvýšení Ca žaludku, ovariální Ca. CA15-3 zvýšení u Ca prsu. PSA Ca prostaty (vysoce validní). HCG zvýšení u TU z trofoblastu a malobuněčného Ca plic. NSE zvýšení neuroendokrinních TU. CYFRA 21-1 zvýšení u nemalobuněčného Ca plic. Kalcitonin u TU štítné žlázy. Monoklonální imunoglobuliny (paraproteiny) u plasmocytomu.

Praktický lékař ve své praxi musí znát farmakologické vlastnosti u řady preparátů ovlivňujících funkce imunitního systému, jako jsou nespecifická imunosupresiva – kortikosteroidy. Váží se na cytoplasmatický receptorový protein a tím blokují aktivitu transkripčního faktoru, což vede k potlačení exprese genů pro prozánětlivé cytokiny např. IL-1, IL-2 a ke snížení exprese MHCgp II. třídy a k inhibici

uvolňování histaminu z basofilů. Z toho plyne účinek antiexudativní, antiedematózní a vazokonstrikční. U PL je časté použití při urgentních stavech např. při anafylaxi, a šokových stavech. Inhalace kortikosteroidy se používají hlavně při léčbě astma bronchiale. K léčbě dermatóz se aplikují kortikoidními masti, emulze a nebo roztoky.

Další skupinou jsou **imunosupresiva**. Zasahují do metabolismu DNA. PL musí znát především jejich vedlejší účinky hlavně na krvetvorbu, jaterní a ledvinné funkce. Jsou to především ankylační látky – Cyclofosamid (léčba hlavně autoimunitních stavů). Antimetabolity kys. listové – Methotrexat (léčba hlavně těžších forem revmatoidní artritidy) a další cytostatika ordinovaná především onkologem. (Nepříznivé účinky na krvetvorbu, jaterní, renální, neurogenní funkce a na sliznice zažívacího traktu). Nejčastěji ordinovanými preparáty v praxi praktického lékaře jsou **nesteroidní antiflogistika** – inhibitory cyklooxygenazy 1 a 2. Potlačují tvorbu prostagandinů především PG2 a z toho plyne účinek analgetický, antiflogistický využívaný hlavně k léčbě arthros, vertebrogenního syndromu a lehčích forem RA. Dále to jsou **antihistaminika**, která blokují účinek histaminu na úrovni H1 receptorů a tím snižují atopickou reaktivitu, snižují sekreci histaminu a inhibují migraci eosinofilů do místa zánětu. Nespecifická imunostimulancia v praxi PL jsou hlavně **bakteriální lysáty**, které stimulují makrofágy a stimulují tvorbu protilátek hlavně slizniční imunity IgA. Preparáty Broncho-Vaxom, Uro-Vaxom, Imudon, Luivac, Ribomunyl. (Použití především u recidivujících infekcí dýchacích cest a uroinfekcí)

Na úseku primární a sekundární prevence je hlavní náplní praktického lékaře problematika aktivní a pasivní imunisace. V praxi především aktivní imunisace – očkování. Očkování proti: tetanu, hepatitis A a B, klíšťové encephalitis a proti chřipce. Pasivní imunizace spadá nyní do kompetence oboru infekčního lékařství (riziko anafylaxe a sérové nemoci). Aplikuje se agregovaný antigen adsorbovaný na vhodný nosič – podkožní aplikace. Jedná se o inaktivované organismy (usmrcené), u PL je to hlavně chřipka, klíšťová encefalitis, nebo izolované složky mikroorganismů (podjednotkové vakcíny), hepatitida B a toxoidy (chemicky modifikované inaktivované mikrobiální toxiny), tetanus.

Dále je to problematika nutrice a jejího vlivu na funkce imunitního systému – obezita, malnutrice, žádoucí i nežádoucí chem. látky v potravinách (žádoucí – vitamíny, esenciální aminokyseliny, nežádoucí – chemické konzervanty, bifenily, aniliny, mycotoxiny, atd.) Problematika gerontologická – změny imunitních funkcí u stárnoucí populace v návaznosti na systémovou dysfunkci orgánů, hlavně dysfunkce endoteliálních funkcí (prezentace antigenů, roling neutrofilů, snížení exprese adhezivních molekul atd.)

Další skupinou je problematika potravinových alergenů a problematika vlivu cizorodých látek a fyzikálních faktorů a jejich vlivu na imunitní systém (kouření, ionizující záření, chemikálie, drogová závislost, alkoholismus a užívání léku ovlivňujících imunitní systém).

Na základě tohoto stručného výčtu vyplývá mimořádná důležitost klinické imunologie pro veškerou diagnostickou, terapeutickou a preventivní činnost praktického lékaře. O to důležitější, že v dnešní době většina diagnostiky spočívá na praktickém lékaři.

Použitá literatura

Klinická imunologie – Doc. RNDr. Jan Krejsek, CSc. a MUDr. Otakar Kopecký, CSc.

Základy imunologie – Doc. RNDr. Václav Hořejší, CSc. a Doc. MUDr. Jiřina Bartůňková, CSc.

Harperova Biochemie – Rober K. Murray, Daryl K. Granner, Peter A. Mayes, Victor W. Rodwell

Atlas patofyziologie člověka – Stefan Silbernagl, Florian Lang

POEM

Patient Oriented Evidence that Matters

Vědecké důkazy aplikovatelné v každodenní péči o pacienta

Užitek a nebezpečí atypických antipsychotik užívaných mimo doporučené použití (SPC)

Klinická otázka:

Jak účinné a bezpečné je použití atypických antipsychotik v indikacích „off label“ - čili mimo doporučení uvedených v souhrnu údajů o léku (SPC*).

Závěr:

Rizika a přínos různých atypických antipsychotik použitých v „off label“ indikacích jsou smíšené. Viz údaje v synopsi pro jednotlivé případy. Rizika u seniorů jsou signifikantní, včetně rizika úmrtí, mozkové mrtvice a extrapyramidových symptomů. (LOE = 1a-)

Reference:

Maher AR, Maglione M, Bagley S, et al. Efficacy and comparative effectiveness of atypical antipsychotic medications for off-label use in adults. A systematic review and meta-analysis. JAMA 2011;306(12):1359-1369.

Typ studie:

Systematický přehled

Financování:

Vláda

Prováděcí prostředí studie:

Různé (metaanalýza)

Synopse:

Atypická antipsychotika jsou v klinické praxi v „off label“ indikacích běžně užívaná, včetně agitace u demence, úzkosti, poruch příjmu potravy, nespavosti, abúzu návykových látek a obsedantně kompulzivní poruchy (OCD). Autoři studie pečlivě prohledali četné databáze včetně PubMed, EMBASE, PsycInfo a Cochrane Registry. Další zdroje zahrnovaly FDA a Health Canada regulatory documents a reference z relevantních publikací.

K hodnocení výsledků účinnosti byly použity pouze randomizované studie v anglickém jazyce a k hodnocení nežádoucích účinků jak klinické, tak velké observační studie.

Čtyři výzkumníci nezávisle na sobě studie kriticky hodnotili pomocí standardních hodnotících stupnic se zaměřením na zařazovací kritéria a metodologickou kvalitu. Nesouhlas byl řešen konsenzem. Celková síla důkazu (evidence) byla klasifikována jako silná, střední nebo nízká. Formální hodnocení bylo prováděno i s ohledem na detekci „publication bias“ ** a heterogenosti. Studie, které splnily kritéria, zahrnovaly 162 klinických studií na výsledky účinnosti a 321 observačních studií na nežádoucí účinky. V léčbě seniorů s demencí se symptomy včetně psychózy,

změny nálady a agrese, byly pozorovány malé ale statisticky významné účinky u aripiprazolu (Abilify), olanzapinu (Zyprexa) a risperidonu (Resperdal). Pouze quetiapine (Seroquel) byl signifikantně spojen se zlepšením generalizované úzkosti. Podobně pouze risperidon byl účinný u OCD. Nicméně síla důkazu (level of evidence) pro použití risperidonu u OCD byla klasifikována jako střední vzhledem k potencionálním „publication bias“**. Nebyly nalezeny žádné přesvědčivé důkazy účinnosti jakýchkoliv atypických antipsychotik u insomnie, poruch příjmu potravy a abusu návykových látek. Jako smíšené byly označeny důkazy u osobnostních poruch a PTSD (posttraumatická stresová porucha).

Nežádoucí účinky u seniorů zahrnovaly zvýšené riziko úmrtí (počet potřebný k léčbě aby byla způsobena škoda (NNTH) = 87), CMP (NNTH = 53 u risperidonu), extrapyramidové symptomy (NNTH = 10 u olanzapinu a 20 u risperidonu) a symptomy dolních močových cest (NNTH = 16-36).

Nežádoucí účinky u mladších pacientů zahrnovaly zvýšení tělesné hmotnosti, únavu, akatizii a jiné extrapyramidové symptomy.

Revidoval/a:

David Slawson, MD

Vice Chair, Department of Family Medicine
University of Virginia, Charlottesville, VA

*SPC – z angl. Statistical Process Control

** Publication bias – je tendence výzkumníků, vydavatelů a farmaceutických společností vědomě nebo podvědomě přizpůsobovat publikaci výsledků svému očekávání nebo záměru - tj. například s jiným důrazem publikovat pozitivní výsledky (tzn. že testovaný postup je efektivnější než jiný postup nebo placebo), upozadovat negativní nebo nerozhodné výsledky a podobně.

Dabigatran je nákladově efektivní v profylaxi tromboembolismu u fibrilace síní u některých pacientů, ale ne u všech

Klinická otázka:

Je dabigatran nákladově efektivní ve srovnání s warfarinem u pacientů s fibrilací síní?

Závěr:

Dabigatran je nákladově efektivní pouze u pacientů, u kterých je obtížně kontrolovatelné INR, nebo kteří mají vysoké riziko krvácení a/nebo mozkové mrtvice (CMP). (LOE = 2b)

Reference: Shah SV, Gage BF. Cost-effectiveness of dabigatran for

stroke prophylaxis in atrial fibrillation.
Circulation 2011;123(22):2562-2570.

Typ studie:

Analýza nákladové efektivity

Financování:

Nadace

Prováděcí prostředí studie:

Populace

Synopse:

Dabigatran, perorální přímý inhibitor trombinu, je sice nákladná, ale lépe vyhovující alternativa warfarinu, neboť nevyžaduje monitoring. Je argumentováno, že ačkoliv přímá cena dabigatranu je daleko vyšší než warfarinu, konečné náklady jsou vyrovnány tím, že nejsou potřebné další návštěvy k monitoringu léčby.

Tato analýza nákladové efektivity, financovaná Americkou kardiologickou společností (American Heart Association), se snaží zjistit, zdali jsou tyto argumenty pravdivé.

Autoři srovnávali 6 strategií: žádná léčba, aspirin 1x denně, duální léčba aspirin plus klopido-grel, warfarin, dabigatran 110 mg 2x denně a dabigatran 150 mg 2x denně.

Základním případem byl typický 70-letý pacient s fibrilací síní, se středním rizikem pro vznik mozkové mrtvice (CMP) a bez kontraindikace k antikoagulační léčbě.

Autoři také rozlišovali rizika pro CMP (na základě CHADS₂ skóre) a rizika velkého krvácení (na základě HEMORR₂HAGES skóre), aby viděli dopad měnícího se rizika na optimální strategii.

Autoři ve svém modelu užívali uvážlivé odhady benefitu, škody a nákladů a prováděli analýzy citlivosti pro studii efektu změn základních odhadů. Například měnící se riziko CMP od 0,8/100 do 13,7/100 osobo-let, velké krvácení od 1,9/100 do 10,4/100 osobo-let, věk pacientů od 60 do 80 let, a čas, ve kterém bylo INR v terapeutickém rozmezí, od méně než 57% do více než 72%.

V Markovově modelu se zdravotní stav pacientů každý měsíc měnil nebo zůstával stejný. Toto se opakovalo až 20 let, s náklady a výsledky určenými pro každou ze 6 strategií. V základním případě náklady na warfarin ve srovnání s léčbou aspirinem činily o \$12 000 na rok získaného života v plné (standardní) kvalitě (QUALY) více. (Léčba je všeobecně považovaná za nákladově efektivní, jestliže její cena je nižší než \$50 000/QALY).

Dabigatran 150 mg stojí \$86 000/QALY u předpokládaného základního případu, zatímco dabigatran 110 stojí \$150 000/QALY. Duální léčba aspirinem a klopido-grelem vyústila v méně let získaného života QUALY za vyšší cenu. Dabigatran byl nákladově efektivní u pacientů s vysokým rizikem CMP (CHADS₂ skóre ≥ 3) a u pacientů se středním rizikem CMP a vysokým rizikem krvácení.

Analýza citlivosti také ukázala, že u pacientů, kteří měli INR v terapeutickém rozmezí v méně než 57 % doby, byl dabigatran preferovanou strategií u CHADS₂ skóre ≥ 2, jestliže ale INR bylo ve více než 72 % času v terapeutickém rozmezí, nebyl dabigatran preferovanou strategií nikdy.

U pacientů s CHADS₂ skóre 0 nebo 1, byla častou preferovanou strategií léčba aspirinem nebo žádná léčba.

Revidoval/a:

Mark H. Ebell, MD, MS

Associate Professor

University of Georgia, Athens, GA

Medikamentózní léčba je nadřazená stentingu v prevenci opakování mozkové mrtvice u intrakraniální arteriální stenózy

Klinická otázka:

Snižuje angioplastika a stenting riziko opakování mozkové mrtvice (CMP) u pacientů s nálezem signifikantní intrakraniální arteriální stenózy?

Závěr:

Ve srovnání s konzervativní léčbou samotnou, přidání angioplastiky nebo stentingu u pacientů s nálezem signifikantní intrakraniální arteriální stenózy zvyšuje riziko časného opakování CMP. (LOE = 1b)

Reference:

Chimowitz MI, Lynn MJ, Derdeyn CP, et al, for the SAMMPRIS Trial Investigators. Stenting versus aggressive medical therapy for intracranial arterial stenosis. N Engl J Med 2011;365(11):993-1003.

Typ studie:

Randomizovaná kontrolovaná studie (nezaslepená)

Financování:

Průmysl + vláda

Prováděcí prostředí studie:

Lůžkové (jakákoliv lokalizace) s ambulantními kontrolami

Rozdělení:

Tajné

Synopse:

Tato studie zapojila pacienty s transientní ischemickou atakou nebo neinvalidizující mozkovou mrtvicí (CMP), které proběhly v posledních 30 dnech a byly v důsledku 70 – 99 % stenózy intrakraniální artérie (interní karotida, střední mozkové, vertebrální nebo bazilární artérie).

Pacienti byli randomizováni, za použití tajného rozdělení, do skupiny s konzervativní léčbou doplněnou o perkutánní transluminální angioplastiku (PTAS) a do skupiny s pouhou konzervativní léčbou. V obou skupinách konzervativní léčba obsahovala podávání 75 mg klopido-grelu denně po dobu 90 dnů, agresivní léčbu krevního tlaku a cholesterolu a program pro úpravu životního stylu. PTAS byla prováděna zkušenými intervenčními neurology. Základní charakteristiky obou skupin byly podobné a analýza byla prováděna s ohledem na léčebný záměr. Primárními výsledky byla kombinace CMP nebo úmrtí během 30 dnů nebo CMP po 30 dnech. Zapořádání probandů do studie bylo zastaveno hned po intervalové analýze, která ukázala zvýšené riziko primárního výsledku ve skupině s PTAS (pravděpodobnost ve 30 dnech = 14,7 % versus 5,8 %, P=0,002; pravděpodobnost v 1 roce = 20 % versus 12,2 %, P=0,009). Toto rozhodnutí bylo popohnáno vyšším výskytem časných CMP v 1- 6 dnech po stentingu v PTAS skupině a nižším než očekávaným výskytem CMP ve skupině s pouze medikamentózní léčbou. Výskyt CMP po době delší než 30 dnů se v obou skupinách nelišil, ale sledování stále pokračuje.

Revidoval/a:

Nita Shrikant Kulkarni, MD

Assistant Professor in Hospital Medicine

Northwestern University, Chicago, IL

Copyright © 2011 by Wiley Subscription Services, Inc. All rights reserved.

Z angličtiny přeložila J. Laňková

Výherní blok kazuistik Mladých Praktiků

V pátek 7. 10. 2011 proběhl první výherní blok kazuistik Mladých praktiků v rámci VIII. kongresu praktických lékařů a sester – Medicína pro praxi. Pozvání na tuto akci a umožnění prezentace kazuistik mladých praktiků si velmi vážíme a věříme v pokračování této možnosti na některém z dalších kongresů. Bylo celkem předneseno 7 vybraných kazuistik.

Kazuistiky měly velký ohlas a po skončení příspěvků posluchači často využili prostoru pro dotazy k diagnostickému a terapeutickému postupu a diskuzi s přednášejícími, kteří tak získali další cenné zkušenosti z prezentace svých kazuistik. Kazuistiky zahrnovaly pestré spektrum pacientů od akutního selhání ledvin v terénu diabetické nefropatie a hypertenzní nefrosklerózy, přes vrozenou trombofilii manifestovanou poprvé bolestmi břicha, purulentní meningitidu jako příznak autoimunitního onemocnění, metabolická a autoimunitní onemocnění, postherpetickou neuralgii, akutní virovou

perikarditidu a diferenciatně diagnosticky zajímavý případ trombózy. První 3 kazuistiky, které byly vybrány na základě interaktivního hlasování posluchačů v přednáškovém sále byly oceněny. **Vítěznou kazuistiku kolegy Davida Halaty publikujeme v tomto čísle.**

Věříme, že další blok kazuistik mladých autorů by se mohl příště setkat opět se zájmem. Díky ohlasu této akce plánujeme zařadit zajímavé kazuistiky, které by chtěli mladí praktici prezentovat v naší rubrice Ze světa mladých praktiků – své kazuistiky (dosud jinde nezveřejněné) můžete v případě zájmu, zasílat na mladi.praktici@seznam.cz nebo redakční e-mail jirkumichaela@centrum.cz.

MUDr. Michaela Jirků,
Redakce MP, jirkumichaela@centrum.cz

Vítězná kazuistika: Srdeční záležitost

MUDr. David Halata

Praktický lékař, Hošťálkov u Vsetína



Úvod

V zimních měsících roku prochází ordinací všeobecného praktického lékaře mnoho pacientů s akutním respiračním infektem. Praktik mnohdy pracuje pod časovým tlakem a rychle, „obyčejnost“ onemocnění svádí k podcenění diagnostiky. Pomyslet na možnou mimoplicní komplikaci akutního respiračního infektu může výrazně změnit další osud pacienta.

Popis případu

V říjnu 2010 přichází do ordinace všeobecného praktického lékaře 35-ti letá pacientka pro 3 týdny trvající nachlazení, subfebrilie, ztrátu hlasu a produktivní kašel s nazelenalým sputem. V rodinné anamnéze matka zemřela ve 40 letech na TEN, otec zemřel v 62 letech na cirhózu jater, v osobní anamnéze běžné dětské nemoci, hyperventilační tetanie, jinak negativní, alergická anamnéza negativní, bez trvalé medikace včetně HAK, nekuřačka. Obj.: afonie, akce klidná, bez šelestu, plíce čisté, hrdlo zarudlé, tonzily klidné, uzliny krku nehmatné. V diferenciatní diagnostice virová v.s. bakteriální infekce HCD, vzhledem k nevybavení naší ambulance v té době POCT přístrojem na stanovení CRP a naléhání pacientky nasazen empiricky amoxicilin 1 000 mg 3x denně, paracetamol, Vincentka ke kloktání, hlasový a tělesný klid. Pracovní neschopnost pacientka odmítá. Případ vypadá jako jeden z mnoha „banálních“ respiračních infekcí procházejících v tuto dobu ordinací.

O 3 dny později pacientka přichází pro pocit úzkosti, „knedlík v krku“, trnutí LHK, nedostatek dechu, pálivou bolest na levé polovině hrudi. Obj.: 173 cm, 58 kg, bledá, opocená, nápad-

ně neklidná, kůže čistá, neurologicky bez zřejmé lateralizace, plíce čisté, akce klidná, prav., bez šelestu (!), TK 120/80, TF 70/min, břicho měkké, prohm., DKK bez otoků. Zvažována ataka hyperventilační tetanie. Na ekg elevace ST úseku II, III, aVF, V4-6. Stanovena pracovní diagnóza akutního infarktu myokardu spodní stěny, s přihlédnutím na rodinnou predispozici k výskytu tromboembolických příhod. Kontaktována ZZS, podána zvyklá léčba akutního infarktu myokardu (žilní linka, nitrát 2x s.l., ASA 0,5 g i.v., diazepam 5 mg i.v., analgetizace + posádkou ZZS clopidogrel 4x 75 mg p.o., heparin 5 000 IU i.v.). Posádkou ZZS konzultováno pracoviště koronární jednotky, pacientka transportována k direktní koronarografii.

Akutní koronarografické vyšetření s normálním koronarogramem i ventrikulogramem. Přijata na interní JIP, vstupní laboratoř: KO v normě, troponin I 0,65 ug/l, po 8 hodinách 3,81 ug/l, CRP 1,0 mg/l, ostatní biochemie včetně lipidogramu v normě. Poslechově bez šelestu (!). Rtg s+p s normálním nálezem. Echo bez poruchy kinetiky, bez známek výpotku. V terapii ibuprofen 400 mg 3x denně s překrytím PPI, amoxicilin/klavulanát. Během několika dnů dochází k ústupu potíží. **Vyloučením ostatních příčin uzavřeno jako akutní perikarditida v.s. virové etiologie.**

Následně pravidelné kontroly v týdenních intervalech, subj. se pacientka cítí lépe, zadýchává se při chůzi do schodů i do 1. patra, bez bolestí na hrudi. Obj.: tichý systolický šelest při levém okraji sternu (až nyní!). Pokračováno v terapii NSAID, postupné zvyšování zátěže chůze. Kontrolní echo s měsíčním odstupem s dobrou funkcí LK, bez patologie. EKG s ploše negativními T III, a VF. Při poslední návštěvě na Silves-

tra 2010 pacientka již bez potíží, bez dušnosti, s novoročním předsevzetím „nepřecházet nachlazení“.

Diskuze

V současné době mnoho pacientů běžné respirační infekce překonává „za pochodu“ bez řádné léčby. **Akutní perikarditida je vzácnou komplikací virového infektu horních cest dýchacích.** Může být způsobena všemi typy virů, včetně viru chřipky, popisovány jsou i případy následující po očkování proti chřipce. Je **charakterizována** prekardiální bolestí, perikardiálním třecím šelestem a elevací úseku ST na EKG. Prekardiální bolest obvykle vyzařuje do krku a ramen, často je podobná bolesti u akutního IM, někdy je lokalizována do epigastria a připomíná tak bolest při náhlé příhodě břišní. Bolest zesiluje v leže, při hlubokém nádechu, kašli, polykání. Ulevující je poloha v předklonu. Dušnost je způsobena rychlým a mělkým dýcháním při přidružené pleuritidě. Často je přítomna horečka, pocení, myalgie, nevolnost a anorexie.

Příčiny akutní perikarditidy jsou mnohočetné a jejich relativní četnost závisí na klinických okolnostech; virová nebo idiopatická perikarditida je častá u ambulantních nemocných, naproti tomu perikarditidu v souvislosti s nádorovým onemocněním, uremií nebo traumatem najdeme častěji u hospitalizovaných nemocných. Idiopatická perikarditida je klinicky neodlišitelná od akutní virové perikarditidy a je většinou způsobena nepoznanými viry. Symptomy obvykle následují nespecifické chřipkové onemocnění. Jde o nejčastější typ perikarditidy, postihující především mladší osoby.

Jen vzácně se virus izoluje z hlitanu, krve, stolice nebo perikardiálního výpotku, takže diagnóza virové perikarditidy je obvykle stanovena po vyloučení jiných příčin. Laboratorní

nálezy zahrnují leukocytózu, zvýšenou sedimentaci a CRP. Srdeční enzymy a troponin mohou být mírně elevované.

V rámci **diferenciální diagnostiky** je nutno vyloučit zejména purulentní perikardiální výpotek, tuberkulózní perikarditidu, kolagenózu (zvláště SLE nebo revmatoidní artritidu), malignitu, disekující aneurysma aorty, v neposlední řadě také akutní koronární syndrom.

Léčba virové perikarditidy je symptomatická, nesteroidní antiflogistika poskytují rychlou úlevu, nemocný by měl dodržovat klidový režim. **Průběh** virové perikarditidy je většinou benigní, s uzdravením do 2 až 4 týdnů.

V zimních měsících roku prochází ordinací všeobecného praktického lékaře velké množství pacientů s akutním respiračním infektem. Lékař mnohdy pracuje pod časovým tlakem a rychle, „obyčejnost“ onemocnění pak často svádí k podcenění diagnostiky. Všechny příznaky navíc nemusí být, stejně jako v prezentovaném případě, plně vyjádřeny. Komplikace běžných respiračních infekcí jsou sice vzácné, je však vhodné na jejich možný výskyt pomyslet. Jednou z nich může být i akutní virová perikarditida.

Literatura

1. Gesenhues, S., Ziesché, R.: *Vademecum lékaře, všeobecné praktické lékařství*. Galén, 2006.
2. Klener, P., et al.: *Vnitřní lékařství*. Galén, 2001.
3. Beran, J., Havlík, J.: *Chřipka, průvodce ošetřujícího lékaře*. Jessenius Maxdorf, 2005.
4. Kumar, V., Cotran, R., Robbins, S.: *Basic Pathology*. W.B. Saunders Company, 1997.
5. Riedel, M.: *Akutní a rekurentní perikarditida*. *Kardiologická revue*, 2003, č. 2, s. 60-68.

Nabídka zahraničních stáží v rámci výměnného programu Hippokrates pořádaného evropskou organizací mladých praktických lékařů Vasco da Gama Movement

Organizace Mladí praktici je zapojena do programu Hippokrates, který je organizován evropským sdružením mladých praktických lékařů – **Vasco da Gama Movement (www.vdgm.eu)**. Jedná se o zahraniční výměnné stáže, které zahrnují čtrnáctidenní stáž lékaře z ČR v zahraničí a reciproční návštěvu lékaře ze zahraničí v ČR.

V současné době je nabídka stáží **v Portugalsku (4 místa), Polsku (4 místa), Velké Británii (2 místa), Řecku (2 místa) a Rakousku (2 místa)**. Po dobu čtrnácti dnů bude stážista z ČR ve vybrané praxi v zahraničí. Stážista z ČR nebude přímo zasahovat do preventivně-léčebné péče, nebude přímo zapojen do samotného pracovního procesu v praxi, ale bude pouze v roli pozorovatele. Organizace Mladí praktici získala grant z evropského projektu Leonardo da Vinci. Náklady na ubytování a cestu budou hrazeny z těchto zdrojů.

Celkem se zúčastní 14 stážistů vybraných na základě výběrového řízení písemnou formou z řádných členů sdružení Mladí praktici na základě **žádostí zaslaných do 15. 11. 2011** (na

emailovou adresu: hippokrates.leonardo@seznam.cz, do kopie: norbert.kral@seznam.cz) včetně preferované země a druhé možné varianty. Všechny aktuální informace k přihlášení jsme uveřejnili na webových stránkách Mladých praktiků www.mladipraktici.cz.

Mezi **kritéria pro výběr stážisty** bylo zařazeno řádné členství v organizaci Mladí praktici, včetně základních údajů, bezproblémová komunikace v angličtině nebo v jazyce hostující země, v případě školenců ve specializační přípravě souhlas školitele s vysláním na stáž, možnost nabídky reciproční stáže v ordinaci praktického lékaře v ČR a sepsání motivačního dopisu v českém nebo anglickém jazyce.

Mladí praktici www.mladipraktici.cz,
předseda: MUDr. Pavel Vychytil

Sekce pro zahraniční aktivitu:
MUDr. Kateřina Javorská, MUDr. Norbert Král,
MUDr. David Macharáček, MUDr. Nela Šrámková

Posuzování dočasné pracovní neschopnosti

Dotaz:

Jak postupovat v případě, že dojde k vyčerpání podpůrčí doby u pacienta, který zůstává nadále práce neschopen, ale nejde u něho o dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav a nemá proto nárok na přiznání invalidního důchodu. Např. se u něho plánuje další operace, měl by nastoupit do lázní a podobně.

Odpověď

Zákon o nemocenském pojištění (ZNP)

Ukončení dočasné pracovní neschopnosti (dále jen „DPN“) nečiní ošetřujícímu lékaři zpravidla potíže. Nahlédneme-li do zákona č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění (dále jen „ZNP“), ve znění pozdějších předpisů, zjistíme v ustanovení § 59, odstavci 1, písm. a) – l), kdy je třeba rozhodnout o ukončení DPN.

Nejběžnější případ uvedený pod písmenem a) je všeobecně známý, tzn. zdravotní stav pojištěnci umožňuje vykonávat dosavadní pojištěnou činnost a posuzovaný se vrací ke své práci (dosavadní pojištěné činnosti).

Ukončení DPN po 180 dnech

Veřejnosti je méně známý postup uvedený pod písmenem b) citovaného ustanovení, kdy ošetřující lékař ukončí DPN, jestliže uplynulo 180 dnů DPN a zdravotní stav pojištěnce je stabilizovaný ve smyslu definice, kterou ZNP uvádí v § 58 odst. 1. Prakticky to znamená, že DPN pojištěnce je ukončena po 180 dnech trvání DPN, jestliže se zdravotní stav ustálil na určité úrovni a další léčba jej nemůže již podstatně ovlivnit, přičemž pojištěnci tento zdravotní stav umožňuje vykonávat dosavadní nebo jinou pojištěnou činnost.

Důvody k ukončení DPN, i když nenastala pracovní schopnost nebo stabilizace zdravotního stavu

Většina dalších ustanovení § 59 ZNP se týká určitých konkrétních oblastí posuzování DPN. V krátkém sdělení by bylo neúčelné tato ustanovení rozebírat a zájemci mohou nahlédnout přímo do zákonné normy. Ve stručnosti lze shrnout, že v uvedeném ustanovení jsou vyjmenovány jednotlivé důvody pro ukončení DPN, které navazují na důvody, které vedly ke vzniku DPN v souladu s ustanovením § 57 ZNP a jednak jde o důvody další, které mají za následek ukončení DPN, i když nedošlo k obnovení pracovní schopnosti pojištěnce nebo ke stabilizaci jeho zdravotního stavu (např. pacient se nedostaví k ošetření nebo ke kontrole či je uznán invalidní).

Jak postupovat v případě vyčerpání podpůrčí doby

Častou otázkou ošetřujících lékařů je, jak postupovat v případě, že dojde k vyčerpání podpůrčí doby a žádost o další poskytování nemocenského nebyla podána nebo jí nebylo vyhověno. ZNP neuvádí vyčerpání podpůrčí doby jako důvod k ukončení DPN. V těchto případech je třeba postupovat vždy velmi **individuálně ve vztahu ke konkrétní situaci** a nelze poskytnout obecný jednoduchý návod. I v případech, kdy byla

vyčerpána podpůrčí doba, je proto třeba hodnotit zdravotní stav pojištěnce a s ohledem na něj posoudit, zda je zde dán důvod pro ukončení DPN či nikoliv, a to zejména dle citovaných ustanovení § 59 odst. 1 písm. a) a b) ZNP.

Povinnosti lékaře po uplynutí 180 dnů DPN

Jak již je uvedeno výše, ZNP ošetřujícímu lékaři ukládá povinnost, aby se po 180 dnech trvání DPN zabýval otázkou, zda je zdravotní stav pojištěnce stabilizovaný. Za stabilizovaný se považuje takový stav, kdy další léčení již zdravotní stav nemůže podstatně ovlivnit, pojištěnec může bez zhoršení svého zdravotního stavu vykonávat dosavadní nebo jinou pojištěnou činnost. Přitom tato stabilizace může být podmíněna určitou léčbou nebo omezeními. Pokud se ošetřující lékař důsledně zabývá touto otázkou, nevzniknou později, k datu vyčerpání podpůrčí doby, další problémy s tím spojené.

Kdy podat žádost o invalidní důchod

Jestliže ošetřující lékař zjistí, že zdravotní stav pacienta je dlouhodobě nepříznivý natolik, že se patrně již nebude moci vrátit do původního zaměstnání, případně již vůbec nebude moci pracovat, **měl by o tom pacienta (pojištěnce) včas informovat a upozornit jej na možnost podání žádosti o invalidní důchod.** Ošetřující lékař a rovněž pojištěnec je předem informován plátcem dávky o datu vyčerpání podpůrčí doby (ust. § 84 odst. 2, písm. l) ZNP. Rozhovor s klientem na téma invalidní důchod je tedy možno uskutečnit včas. Právní předpisy již neuvádí možnost zahájení invalidního řízení ex offio tak, jak to bylo uzákoněno v předchozí právní úpravě. Samozřejmě je věcí klienta, zda o invalidní důchod požádá či nikoli.

Poskytování nemocenských dávek po uplynutí podpůrčí lhůty

V případech, kdy pojištěnec požádá o poskytování nemocenské po uplynutí podpůrčí doby a posudkový orgán zjistí, že zdravotní stav pojištěnce neodůvodňuje další trvání DPN, **ukončí OSSZ DPN rozhodnutím OSSZ ve správním řízení**, pokud tak nečiní ošetřující lékař, a nemocenské tak již nelze dále poskytovat.

Jestliže není z výše uvedeného důvodu ukončena DPN, vznikne situace, kdy DPN pojištěnce nadále trvá a de facto není z pracovně právního hlediska schopen výkonu žádné výdělečné činnosti z důvodu například bezpečnosti na pracovišti a možnosti ohrožení dalších osob. Rozhodnutím o DPN se může prokazovat při čerpání některých dávek z nepojistných systémů, může omluvit nepřítomnost v zaměstnání a například se může rozhodnutím o DPN prokazovat při čerpání pomoci v hmotné nouzi, neboť možnost zvýšit si příjem vlastní prací se nezkoumá při posuzování hmotné nouze osoby, která je uznána dočasně práce neschopnou.

Dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav (DNZS)

Jestliže vyjdeme ze zákonem dané definice (§26 zák. č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění) dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu (DNZS), můžeme konstatovat, že **po uplynutí přibližně jednoho roku by se již zpravidla**

nemělo jednat o dočasnou pracovní neschopnost, ale nastává DNZS. **Trvání DPN až dva roky**, jako v případě poskytování nemocenského po uplynutí podpůrní doby, nastává v situacích, kdy se nejedná o DNZS, ale další trvání DPN je **odůvodněno např. plánovanou operací, rekonvalescencí, rehabilitací anebo plánovanou lázeňskou péčí**.

Ve většině případů dojde ke **konsensuálnímu ukončení DPN ošetřujícím lékařem ve spolupráci s lékařem orgánu nemocenského pojištění**, a to bezproblémově nástupem pojištěnce do práce, v horších případech **přiznáním invalidního důchodu**. Není-li konsensus, je řešením **ukončení DPN rozhodnutím OSSZ**.

Závěrem je třeba zdůraznit **nutnost individuálního přístupu v jednotlivých případech**, potřebu vysvětlení pojištěnci právních možností a institutů sociálního zabezpečení a podávání včasných informací pojištěnci ze strany ošetřujícího lékaře o pracovní prognóze.

*Kolektiv pracovníků
odboru nemocenského pojištění zaměstnanců
a odboru metodiky lékařské posudkové služby
České správy sociálního zabezpečení*

Poznámky redakce:

Posuzování práce neschopného je naším každodenním úkolem, a ne vždy je jednoduché tuto záležitost řešit. V mezioborových vztazích pak dochází ke stálým dohadům o tom, kdo vystaví a bude vést PN. K tomuto problému se jasně vyjadřuje zákon a MZ ČR k tomu ještě vydalo vysvětlující informace pro zdravotnická zařízení, aby nebylo pochyb o tom, kdo je ošetřujícím lékařem pacienta a jaká jsou jeho práva a povinnosti (včetně vystavení a vedení PN, předpisu indikovaných léků a dalších vyšetření) - viz následující článek. Doporučuji vám si tento článek vytisknout a posílat kolegům specialistům, kteří tato pravidla ještě nepochopili.

Dále při této příležitosti pro zájemce o další informace navíc otiskujeme v rubrice „aktuální legislativa“ tohoto čísla příslušnou část zákona 187/2006 Sb. o nemocenském pojištění.

(Dobrou zprávou je, že je již možno za porušení těchto pravidel udělit finanční a jiné sankce, což možná konečně do věci vnese pořádek.)

za redakci, Jaroslava Laňková

Informace MZ pro zdravotnická zařízení – ve vztahu k posuzování dočasné pracovní neschopnosti

Zdroj: http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/informace-pro-zdravotnicka-zarizeni-ve-vztahu-k-posuzovani-docasne-pracovni-neschopnosti_2211_1752_3.html

Aplikace zákona č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění (gesce MPSV) s odloženou účinností zákona k 1. 1. 2009

Související §§:

Zákon č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění

§ 54

Ošetřující lékař

- (1) Ošetřujícím lékařem se pro účely tohoto zákona rozumí zdravotnické zařízení, které svými lékaři poskytuje pojištěnci nebo jiné posuzované osobě ambulantní, ústavní nebo lázeňskou péči, s výjimkou zařízení záchranné služby a pohotovostní služby (včetně ústavní-pozn. MZ) a zařízení závodní preventivní péče při ošetřování pojištěnce v rámci první pomoci, pokud má oprávnění k léčebné péči. Ošetřujícím lékařem se pro účely nemocenského pojištění u vojáků z povolání rozumí resortní zdravotnické zařízení podle zvláštního právního předpisu.
- (2) Lékař, který provádí posuzování zdravotního stavu podle § 53 odst. 1 písm. a) a c), je oprávněn tuto činnost vykonávat jen v rozsahu své odbornosti 35)

Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění

§ 18 odst. 1

Poskytování zdravotní péče

- (1) Zdravotní péči poskytují ve zdravotnických zařízeních, nebo je-li to nezbytné s ohledem na zdravotní stav pojištěnce, na jiném místě, kde je nutno péči poskytnout, zdravotní pracovníci, 29) popřípadě další odborní pracovníci ve zdravotnictví, a to v rozsahu své odborné způsobilosti. Jiní zdravotní pracovníci než lékaři poskytují hrazenou péči na základě ordinace ošetřujícího lékaře, není-li dále stanoveno jinak.
- (2) Zdravotní péče je pojištěnci poskytována formou ambulantní nebo formou ústavní péče.
- (3) Ošetřujícím lékařem se rozumí:
 - a) **praktický lékař, praktický lékař pro děti a dorost, zubní lékař, u žen ženský lékař, který registruje pojištěnce, (dále jen „registrující lékař“),**
 - b) **lékař poskytující pojištěnci specializovanou ambulantní zdravotní péči,**
 - c) **lékař poskytující pojištěnci zdravotní péči v zařízení ústavní péče.**

Odborností registrujícího praktického lékaře (PL) je všeobecné praktické lékařství (VPL). PL je oprávněn poskytovat zdravotní péči o registrované pacienty v rámci náplně této odbornosti. Pokud potřeba zdravotní péče vzhledem k charakteru a stupni závažnosti onemocnění pacienta přesáhne odborné kompetence dané vzdělávacím programem v odbornosti VPL, je registrující PL povinen předat pacienta do léčebné péče ambulantnímu nebo lůžkovému ZZ odpovídající odbornosti, jehož lékař se po dobu poskytování této péče pro

dané onemocnění stává ošetřujícím lékařem pacienta (vzhledem k institutu svobodné volby samozřejmě může pacient vyhledat péči příslušného ambulantního nebo lůžkového ZZ přímo, platí stejná pravidla – § 21 zákona č. 48/1997Sb.).

Pokud je pacient vyšetřen, léčen a zván na kontroly specialistou příslušné odbornosti (např. st.p. úrazu či operaci ortoped, chirurg, pro další onemocnění např. oftalmolog, psychiatr, neurolog, gynekolog apod.), je tento specialista ošetřujícím lékařem se všemi právy i povinnostmi: rozhodování o dalším diagnosticko-léčebném postupu včetně předpisu potřebných léčiv a pomocných vyšetření i o souvisejících režimových opatřeních. V případě, že jím léčené onemocnění vyžaduje klidový režim, patří k povinnostem tohoto ošetřujícího odborníka příslušné odbornosti dle zákona o nemocenském pojištění i vystavení legitimace PN a její evidence až do doby, kdy buď léčení skončilo a nutnost klidového režimu netrvá - pak legitimaci PN ukončí, nebo léčba a kontroly ambulantním specialistou již nejsou nutné, ale ještě je vhodné doléčení včetně klidového režimu, které je již schopen v rámci své odbornosti zajistit praktický lékař - pak předá práce neschopného pacienta do evidence registrujícího PL.

Odborně, ale dle nové legislativy i právně, **nelze postupovat tak, aby**

a) odborný lékař, který provedl vyšetření/ošetření pro onemoc-

nění vyžadující klidový režim, **odmítl vystavit pacientovi legitimaci PN a odeslal ho za tímto účelem k jinému (registrujícímu praktickému) lékaři; výjimkou ze zákona je pouze lékař RLP a LSPP,**

b) odborný lékař, který má pacienta v léčebné péči pro takovéto onemocnění, **odmítl vést tohoto pacienta v evidenci PN.** V takovýchto případech se vždy jedná o porušení zákonných povinností ošetřujícího lékaře s rizikem finančních i dalších sankcí, daných zákonem o nemocenském pojištění (viz ještě § 58, 59 a 61 a 64).

Podrobnější informace k předávání pacienta uznaného dočasné práce neschopným po ukončení hospitalizace:

Lůžkové zdravotnické zařízení předá pacienta po ukončení hospitalizace do péče ambulantního zdravotnického zařízení ošetřujícího lékaře příslušné odbornosti buď stejného ZZ, nebo do péče ambulantního ZZ příslušné odbornosti v místě bydliště (např. pacientka s PN pro rizikové těhotenství je po propuštění z hospitalizace předána do péče ambulantního gynekologa, pacient po IM do péče kardiologa apod.), nebo registrujícímu lékaři (pacient po operaci kýly aj. je po propuštění z hospitalizace předán do péče registrujícího lékaře po zhojení per primam ke kompenzaci po zátěži zvýšené hladiny glykémie apod.).

aktuality

Elektronické zdravotní knížky nově nabízí kompletní lékovou historii Unikátní lékovou historii uživatelů EZK tvoří aktuálně 56 milionů záznamů

Praha, 11. listopadu 2011

Elektronické zdravotní knížky (EZK) nabízí od začátku listopadu 2011 kompletní lékovou historii každého uživatele. Jedná se o unikátní službu, kdy na jednom místě a přehlednou formou jsou zobrazeny veškeré léky, které pojišťovna VZP ČR uhradila svým pojištěncům (od roku 2007 do současnosti), které lékař předepsal a jež lékárna vydala. Jak pacient s EZK, tak jeho ošetřující lékaři si mohou snadno prohlédnout, kdy a jaké konkrétní léky pacient užíval. Tuto komplexní lékovou databázi, která aktuálně obsahuje cca 56 milionů záznamů, připravila VZP ČR, ve spolupráci se společností IZIP, pro své pojištěnce a smluvní lékaře a zdravotnická zařízení.

Informaci o tom, jaké léky bral můj pacient v minulosti, považuji za velice důležitou. Užívané léky vypovídají o dosavadním průběhu léčby i o tom, jakými případnými zdravotními problémy pacient trpí. Pokud před stanovením diagnózy nebo další léčby si budu moci ověřit lékovou historii pacienta rychle v jeho EZK, tak se výrazně sníží riziko nežádoucích vedlejších účinků, ke kterým může dojít nevhodnou kombinací užívaných léků,“ říká MUDr. Radmila Vondráková, praktická lékařka pro děti a dorost z Polikliniky Brno-Lesná.

Léková historie pacienta/uživatele Elektronické zdravotní knížky je rozdělena na dvě části – na přehled trvalé medikace a na přehled ostatních léků (akutního charakteru). U každého léku se zobrazuje informace, kdy a jakým lékařem byl lék předepsán, následně kdy a kterou lékárnou vydán a kdy byl VZP ČR vykázán. V každé Elektronické zdravotní knížce je nyní v průměru uloženo více než 20 záznamů lékové historie. Ve chvíli, kdy si pojištěnec VZP ČR zřídí svou EZK, automaticky se mu doplní jeho léková historie (od roku 2007 do současnosti).

„Léková historie v EZK je komplexním a skutečně unikátním nástrojem, který má obrovský přínos jak pro pacienta, tak zejména pro jeho ošetřujícího lékaře - umožňuje mu totiž kvalifikovaně rozhodnout o případné lékové terapii na základě validních dat,“ doplňuje Ing. Jiří Pašek, ředitel společnosti IZIP, a.s.

Zákon 187/2006 Sb. o nemocenském pojištění (aktuální znění účinné od 1. 7. 2011)

V návaznosti na článek o ukončování pracovní neschopnosti v rubrice dotazy a odpovědi zveřejňujeme, k oživení a doplnění informací, část aktuálně platného zákona, která se vztahuje k problematice posuzování dočasné pracovní neschopnosti.

Tento zákon je v posledních letech byl několikrát upravován, naposledy k 1.7.2011, kdy např. došlo k drobné změně v §161 o určení dne, kdy byla splněna oznamovací povinnost zaměstnavatele. V případě významnějších změn vztahujících se přímo k výkonu zdravotní péče, se snažíme na ně v této rubrice upozornit.

V tomto případě nejde tedy o žádné horké změny. Účelem je, jak výše uvedeno, oživit si a doplnit problematiku dočasné pracovní neschopnosti o aktuální legislativní podklady. Pro naši praxi důležité nebo méně známé informace, kterých je potřeba si všimnout, vyznačujeme modře.

Pozn: pravidla, kdy a v jakém rozsahu lze povolit vycházky, na které se často kolegové ptají, zákon neřeší. Tuto otázku budeme řešit dotazem na ČSSZ a odpověď vytiskneme v některém z dalších čísel tohoto časopisu.

Výběr relevantních informací ze zákona:

ČÁST ČTVRTÁ POSUZOVÁNÍ ZDRAVOTNÍHO STAVU PRO ÚČELY POJIŠTĚNÍ

HLAVA I ZÁKLADNÍ USTANOVENÍ

§ 53

- (1) Posuzování zdravotního stavu pojištěnců a dalších osob pro účely pojištění zahrnuje posuzování
 - a) dočasné pracovní neschopnosti,
 - b) pracovní schopnosti po uplynutí podpůrní doby,
 - c) zdravotního stavu pro účely poskytování peněžité pomoci v mateřství, ošetrovného a vyrovnávacího příspěvku v těhotenství a mateřství.
- (2) Posuzování zdravotního stavu
 - a) podle odstavce 1 písm. a) a c) provádí ošetřující lékař (§ 54), popřípadě ve stanovených případech (§ 75 a 80) příslušné orgány nemocenského pojištění svými lékaři,
 - b) podle odstavce 1 písm. b) provádějí příslušné orgány nemocenského pojištění svými lékaři.

§ 54

Ošetřující lékař

- (1) Ošetřujícím lékařem se pro účely tohoto zákona rozumí zdravotnické zařízení, které svými lékaři poskytuje pojištěnci nebo jiné posuzované osobě ambulantní, ústavní nebo lůžkovou péči, s výjimkou zařízení záchranné služby a pohotovostní služby, a zařízení závodní preventivní péče při ošetrování pojištěnce v rámci první pomoci, pokud má oprávnění k léčebné péči. Ošetřujícím lékařem se pro účely nemocen-

ského pojištění u vojáků z povolání rozumí resortní zdravotnické zařízení podle zvláštního právního předpisu³⁴⁾.

- (2) Lékař, který provádí posuzování zdravotního stavu podle § 53 odst. 1 písm. a) a c), je oprávněn tuto činnost vykonávat jen v rozsahu své odbornosti³⁵⁾.
- (3) Rozhodovat ve věcech dočasné pracovní neschopnosti nebo potřeby ošetrování nebo péče (dále jen „potřeba ošetrování“) není oprávněn ošetřující lékař, popřípadě lékař uvedený v § 79 odst. 1 písm. c) částí věty za středníkem, po dobu zákazu stanoveného orgánem nemocenského pojištění podle § 79 odst. 1 písm. c).

HLAVA II

POSUZOVÁNÍ DOČASNÉ PRACOVNÍ NESCHOPNOSTI

Díl 1

Základní pojmy

§ 55

Dočasná pracovní neschopnost

- (1) Dočasnou pracovní neschopností se rozumí stav, který pro poruchu zdraví nebo jiné v tomto zákoně uvedené důvody neumožňuje pojištěnci
 - a) vykonávat dosavadní pojištěnou činnost a **trvá-li porucha zdraví déle než 180 kalendářních dní, i jinou než dosavadní pojištěnou činnost,**
 - b) plnit povinnosti uchazeče o zaměstnání podle zvláštního právního předpisu³⁶⁾ (dále jen „povinnost uchazeče o zaměstnání“), vznikla-li dočasná pracovní neschopnost v ochranné lhůtě, a to i když pojištěnec není uchazečem o zaměstnání, nebo trvá-li dočasná pracovní neschopnost po skončení dosavadní pojištěné činnosti.
- (2) Za dočasnou pracovní neschopnost **se nepovažuje** ošetrování pojištěnce
 - a) v nočním sanatoriu,
 - b) v době detoxikace po požití alkoholu, omamných nebo psychotropních látek, s výjimkou případů, kdy pojištěnec požil tyto látky bez vlastního zavinění,
 - c) při poskytování zdravotní péče v osobním zájmu z kosmetických nebo estetických důvodů za úhradu pojištěncem.
- (3) Dočasnou pracovní neschopnost pojištěnce, který vykonává několik pojištěných činností, **posuzuje ošetřující lékař pro každou pojištěnou činnost samostatně.**
- (4) Pokud pojištěnci po ukončení dočasné pracovní neschopnosti vznikne v následujícím kalendářním dni další dočasná pracovní neschopnost, považuje se tato dočasná pracovní neschopnost za pokračování předcházející dočasné pracovní neschopnosti.

§ 56

Režim dočasné práce neschopného pojištěnce a místo pobytu v době dočasné pracovní neschopnosti

- (1) Režim dočasné práce neschopného pojištěnce stanoví ošetřující lékař při rozhodnutí o vzniku dočasné pracovní neschopnosti. Režim dočasné práce neschopného pojištěnce může

být ošetřujícím lékařem změněn v souladu se změnou zdravotního stavu.

- (2) Režim dočasné práce neschopného pojištěnce zahrnuje
 - a) stanovení léčebného režimu podle zvláštního právního předpisu³⁷⁾,
 - b) povinnost zdržovat se v době dočasné pracovní neschopnosti v místě pobytu a dodržovat rozsah a dobu povolených vycházek; místem pobytu dočasné práce neschopného pojištěnce je místo, které pojištěnec sdělil ošetřujícímu lékaři při vzniku dočasné pracovní neschopnosti, nebo místo, na které změnil pobyt v souladu s odstavcem 3,
 - c) povolení vycházek, včetně jejich rozsahu a doby, pokud zdravotní stav pojištěnce a stanovený léčebný režim tyto vycházky nevylučuje,
 - d) povolení změny místa pobytu v době dočasné pracovní neschopnosti podle odstavce 3 věty první a třetí, pokud zdravotní stav pojištěnce a stanovený léčebný režim tuto změnu nevylučuje,
 - e) provádění pracovní rehabilitace, pokud ji zabezpečuje Úřad práce České republiky.
- (3) Změnit místo pobytu v době dočasné pracovní neschopnosti smí pojištěnec pouze s předchozím souhlasem ošetřujícího lékaře. Byla-li pojištěnci podle věty první povolena změna místa pobytu v době dočasné pracovní neschopnosti v období prvních 14 kalendářních dnů dočasné pracovní neschopnosti a v období od 1. ledna 2011 do 31. prosince 2013 v období prvních 21 kalendářních dnů dočasné pracovní neschopnosti, popřípadě náleželi-li pojištěnci po uplynutí tohoto období v době dočasné pracovní neschopnosti nadále započitatelný příjem [§ 16 písm. b)] také v období, po které mu v době dočasné pracovní neschopnosti náležel tento příjem, je pojištěnec povinen tuto změnu místa pobytu předem písemně nebo jinak prokazatelně oznámit zaměstnavateli. **Změnu místa pobytu dočasné práce neschopného pojištěnce z důvodu pobytu v cizině může ošetřující lékař povolit jen po předchozím písemném souhlasu příslušného orgánu nemocenského pojištění;** o souhlas orgánu nemocenského pojištění žádá tento orgán pojištěnec.
- (4) O povolení vycházek nebo změny jejich rozsahu a doby [odstavec 2 písm. c)] a o změně místa pobytu v době dočasné pracovní neschopnosti podle odstavce 3 věty první a třetí rozhoduje ošetřující lékař; o změně místa pobytu rozhoduje ošetřující lékař jen na základě žádosti dočasné práce neschopného pojištěnce. **Pokud dočasné práce neschopný pojištěnec požádá o povolení vycházek nebo změny jejich rozsahu a doby nebo o povolení změny místa pobytu v době dočasné pracovní neschopnosti a ošetřující lékař vycházky nebo jejich změnu nebo změnu místa pobytu nepovolí, vydá ošetřující lékař rozhodnutí o tomto nepovolení, jen pokud pojištěnec vydání tohoto rozhodnutí požaduje.** Na rozhodnutí týkající se vycházek a povolení změny místa pobytu ošetřujícím lékařem a na další postup se použije zvláštní právní předpis³⁸⁾ o rozhodování při výkonu zdravotní péče.
- (5) O změnu místa pobytu pojištěnec nežádá a ošetřující lékař o ní nerozhoduje v případě, jde-li o změnu místa pobytu v souvislosti s poskytováním ústavní péče nebo lázeňské péče; tuto změnu hlásí pojištěnec ošetřujícímu lékaři při propouštění z ústavní péče nebo lázeňské péče.

Díl 2

Posuzování dočasné pracovní neschopnosti

§ 57

Vznik dočasné pracovní neschopnosti

- (1) Ošetřující lékař rozhodne o vzniku dočasné pracovní neschop-

nosti

- a) pojištěnce, jestliže vyšetřením zjistí, že mu jeho zdravotní stav pro nemoc nebo úraz (dále jen „nemoc“) nedovoluje vykonávat dosavadní pojištěnou činnost, popřípadě, jde-li o vznik dočasné pracovní neschopnosti v ochranné lhůtě, plnit povinnosti uchazeče o zaměstnání, a to i když pojištěnec není uchazečem o zaměstnání,
 - b) pojištěnce, který byl přijat do ústavní péče v nemocnici nebo odborném léčebném ústavu (dále jen „ústavní péče“) nebo kterému byla na základě veřejného zdravotního pojištění poskytnuta komplexní lázeňská péče³⁹⁾,
 - c) pojištěnce, který byl přijat do zdravotnického zařízení jako průvodce nezletilého dítěte přijatého do lůžkové péče⁴⁰⁾, s výjimkou pojištěnce, který má nárok na výplatu peněžité pomoci v mateřství,
 - d) pojištěnce, který nemůže pro poškození nebo ztrátu ortopedické nebo kompenzační pomůcky vykonávat dosavadní pojištěnou činnost, popřípadě, jde-li o vznik dočasné pracovní neschopnosti v ochranné lhůtě, plnit povinnosti uchazeče o zaměstnání, a to i když pojištěnec není uchazečem o zaměstnání,
 - e) pojištěnce v době nároku na výplatu peněžité pomoci v mateřství, jestliže mu závažné dlouhodobé onemocnění znemožňuje pečovat o dítě; dlouhodobým onemocněním se pro účely tohoto zákona rozumí takové onemocnění, které podle poznatků lékařské vědy má trvat déle než jeden měsíc,
 - f) pojištěnky, která doložila potvrzením orgánu nemocenského pojištění, že nemá nárok na peněžitou pomoc v mateřství z žádné pojištěné činnosti, a to od počátku šestého týdne před očekávaným dnem porodu.
- (2) Dočasná pracovní neschopnost začíná dnem, v němž ji ošetřující lékař zjistil, pokud se dále nestanoví jinak.
 - (3) Ošetřující lékař může v případě, že pojištěnec nemohl navštívit ošetřujícího lékaře nebo v jiných odůvodněných případech rozhodnout, že dočasná pracovní neschopnost pojištěnce vznikla i přede dnem uvedeným v odstavci 2; **za období delší než 3 kalendářní dny přede dnem, v němž dočasnou pracovní neschopnost zjistil, však může ošetřující lékař tak učinit jen po předchozím písemném souhlasu příslušného orgánu nemocenského pojištění uděleného na základě žádosti ošetřujícího lékaře.** Pokud ošetřující lékař rozhodl o tom, že dočasná pracovní neschopnost vznikla v období delším než 3 kalendářní dny přede dnem, v němž dočasnou pracovní neschopnost zjistil, bez souhlasu příslušného orgánu nemocenského pojištění, má se za to, že dočasná pracovní neschopnost trvá pouze 3 kalendářní dny přede dnem, v němž ji zjistil.
 - (4) Nejistí-li ošetřující lékař po vyšetření důvody k rozhodnutí o vzniku dočasné pracovní neschopnosti, avšak pojištěnec požaduje vydání rozhodnutí o vzniku dočasné pracovní neschopnosti, vydá ošetřující lékař rozhodnutí o tom, že dočasná pracovní neschopnost nevznikla; na toto rozhodnutí a na další postup se použije zvláštní právní předpis³⁸⁾ o rozhodování při výkonu zdravotní péče. **Tento zvláštní právní předpis platí též pro postup v případě, kdy pojištěnec nesouhlasí s datem vzniku dočasné pracovní neschopnosti nebo s tím, že byla uznána jeho dočasná pracovní neschopnost.**
 - (5) Ošetřující lékař, který rozhodl o vzniku dočasné pracovní neschopnosti a tato **neschopnost byla ukončena rozhodnutím orgánu nemocenského pojištění (§ 75),** může rozhodnout o vzniku dočasné pracovní neschopnosti téhož pojištěnce v období 7 dnů po ukončení předchozí dočasné pracovní neschopnosti rozhodnutím tohoto orgánu pro stejnou nebo obdobnou nemoc, s výjimkou akutního vzplanutí těžké nemoci, pouze s předchozím písemným souhlasem tohoto orgánu uděleným na základě žádosti ošetřujícího lékaře.

§ 58

Průběh dočasné pracovní neschopnosti

- (1) V průběhu dočasné pracovní neschopnosti ošetřující lékař posuzuje, zda je zdravotní stav pojištěnce stabilizovaný a zda se pracovní schopnost pojištěnce obnovila. Za **stabilizovaný** se pro účely tohoto zákona považuje takový zdravotní stav, který se ustálil na určité úrovni zdraví a pracovní schopnosti, která umožňuje pojištěnci vykonávat dosavadní nebo jinou pojištěnou činnost bez zhoršení zdravotního stavu, a který další léčení již podstatně nemůže ovlivnit; udržení stabilizace zdravotního stavu může být přitom podmíněno zavedením určité léčby nebo pracovních omezení.
- (2) Ošetřující lékař stanoví se zřetelem na zdravotní stav pojištěnce termín příštího lékařského ošetření nebo kontroly. Tento termín ošetřující lékař vyznačuje na rozhodnutí o vzniku dočasné pracovní neschopnosti.
- (3) Prokáže-li pojištěnec existenci vážných důvodů, pro které se nemůže dostavit k ošetření nebo kontrole v den stanovený podle odstavce 2, stanoví ošetřující lékař náhradní termín.
- (4) Prokáže-li pojištěnec existenci vážných důvodů, pro které se nemohl dostavit k ošetření nebo kontrole v den stanovený podle odstavce 2, ošetřující lékař vydá nové rozhodnutí o vzniku dočasné pracovní neschopnosti. Tato dočasná pracovní neschopnost se považuje za pokračování předchozí dočasné pracovní neschopnosti.

§ 59

Ukončování dočasné pracovní neschopnosti

- (1) Ošetřující lékař rozhodne o ukončení dočasné pracovní neschopnosti
 - a) pojištěnce, jestliže vyšetřením zjistí, že mu jeho zdravotní stav umožňuje vykonávat dosavadní pojištěnou činnost, a to dnem, kdy tuto skutečnost zjistil, nebo **nejpozději třetím kalendářním dnem od tohoto vyšetření**,
 - b) pojištěnce, jestliže uplynulo **alespoň 180 dnů** trvání dočasné pracovní neschopnosti a vyšetřením zjistí, že jeho zdravotní stav je stabilizovaný,
 - c) pojištěnce při ukončení ústavní péče nebo komplexní lázeňské péče, je-li splněna podmínka uvedená v písmenu a),
 - d) pojištěnce, který byl přijat do zdravotnického zařízení jako průvodce nezletilého dítěte přijatého do ústavní péče, při ukončení ústavní péče tohoto dítěte nebo při ukončení pobytu tohoto pojištěnce v zařízení, do jehož ústavní péče bylo toto dítě přijato,
 - e) pojištěnce, který po opravě nebo opatření nové ortopedické nebo kompenzační pomůcky může vykonávat dosavadní pojištěnou činnost, popřípadě, vznikla-li dočasná pracovní neschopnost v ochranné lhůtě nebo trvá-li dočasná pracovní neschopnost po skončení dosavadní pojištěné činnosti, plnit povinnosti uchazeče o zaměstnání, a to i když pojištěnec není uchazečem o zaměstnání,
 - f) pojištěnky, která má nárok na peněžitou pomoc v mateřství, k počátku šestého týdne před očekávaným dnem porodu, pokud pojištěnka nezačala pobírat peněžitou pomoc v mateřství dříve,
 - g) pojištěnce, kterému závažné dlouhodobé onemocnění znemožňovalo pečovat o dítě, jestliže vyšetřením zjistí, že mu jeho zdravotní stav opět umožňuje pečovat o dítě,
 - h) pojištěnky, která byla v dočasné pracovní neschopnosti v souvislosti s těhotenstvím a porodem podle § 57 odst. 1 písm. f), uplynutím šestého týdne po porodu, pokud není nadále dočasně práce neschopna z jiných důvodů,
 - i) pojištěnce, jestliže vyšetřením zjistí, že mu jeho zdravotní stav umožňuje plnit povinnosti uchazeče o zaměstnání,

vznikla-li dočasná pracovní neschopnost v ochranné lhůtě nebo trvá-li dočasná pracovní neschopnost po skončení dosavadní pojištěné činnosti, a to i když pojištěnec není uchazečem o zaměstnání,

- j) pojištěnce, který se nedostaví k lékařskému ošetření nebo kontrole zdravotního stavu v den, který je vyznačen na rozhodnutí podle § 58 odst. 2, aniž by pojištěnec prokázal existenci vážných důvodů, pro které se k tomuto ošetření nebo kontrole nemohl dostavit, a to tímto dnem,
 - k) pojištěnce, který byl uznán invalidní, a to **nejpozději třicátým dnem** ode dne následujícího po dni, v němž byl pojištěnec uznán invalidní; lékař okresní správy sociálního zabezpečení je povinen neprodleně ošetřujícího lékaře o dni uznání invalidity písemně informovat. Byl-li pojištěnec uznán invalidní na základě výsledku soudního řízení o žalobě, ošetřující lékař ukončí dočasnou pracovní neschopnost **nejpozději do 10 dnů** po písemném vyrozumění orgánem, který vydal rozhodnutí o invalidním důchodu, o výsledku tohoto řízení; ošetřující lékař je přitom **povinen** vyzvat pojištěnce nejpozději v pracovní den následující po dni, v němž byl písemně vyrozuměn o výsledku tohoto řízení, aby se neprodleně dostavil k ošetřujícímu lékaři za účelem ukončení dočasné pracovní neschopnosti. Dočasnou pracovní neschopnost ukončí ošetřující lékař podle věty druhé, i když se pojištěnec na výzvu ošetřujícího lékaře k němu nedostaví,
 - l) pojištěnce, který je **poživatelem starobního důchodu** a jehož pojištěná činnost skončila přede dnem, od něhož v době dočasné pracovní neschopnosti vznikl nárok na výplatu starobního důchodu, a to nejpozději dnem, kterým podle písemného oznámení orgánu nemocenského pojištění zanikl nárok na nemocenské, pokud k ukončení dočasné pracovní neschopnosti nedojde dříve podle písmen a) až e) nebo j).
- (2) Ošetřující lékař dočasnou pracovní neschopnost **neukončí** podle odstavce 1 písm. k) u pojištěnce, který byl uznán invalidním v prvním nebo druhém stupni, pokud u tohoto pojištěnce po dni, v němž byl uznán invalidním v prvním nebo druhém stupni, nastala nebo trvá jiná porucha zdraví, než která byla důvodem uznání dočasné pracovní neschopnosti, anebo nastaly nebo trvají jiné důvody, které by odůvodňovaly uznání dočasné pracovní neschopnosti, a tato porucha nebo tyto důvody neumožňují pojištěnci vykonávat pojištěnou činnost nebo plnit povinnosti uchazeče o zaměstnání, jestliže pojištěná činnost skončila, a to i když pojištěnec uchazečem o zaměstnání není; v tomto případě dočasná pracovní neschopnost pokračuje dále. Ošetřující lékař je povinen stanovit den, od něhož dočasná pracovní neschopnost pokračuje z důvodů uvedených ve větě první.
 - (3) Na postup při nesouhlasu pojištěnce s rozhodnutím o ukončení dočasné pracovní neschopnosti podle odstavců 1 a 2 se použije zvláštní právní předpis³⁸⁾ o rozhodování při výkonu zdravotní péče.

§ 60

Rozhodnutí ve věcech dočasné pracovní neschopnosti

Rozhodnutí o vzniku dočasné pracovní neschopnosti, které po dobu dočasné pracovní neschopnosti slouží též jako průkaz dočasné práce neschopného pojištěnce, rozhodnutí o ukončení dočasné pracovní neschopnosti a rozhodnutí o změně režimu dočasné práce neschopného pojištěnce vydává ošetřující lékař na předepsaných tiskopisech. Část těchto tiskopisů, která je určena **pro zaměstnavatele, nesmí obsahovat statistickou značku diagnózy⁴¹⁾ nebo jiný údaj, z něhož lze diagnózu dovodit.**

Díl 3

Povinnosti a oprávnění lékařů

§ 61

Povinnosti ošetřujícího lékaře

Ošetřující lékař je povinen

- a) rozhodnout o vzniku dočasné pracovní neschopnosti v případech uvedených v § 57 v den, kdy ji zjistil,
- b) vést evidenci dočasně práce neschopných pojištěnců, u nichž rozhodl o vzniku dočasně pracovní neschopnosti nebo které převzal do své péče; touto evidencí se rozumí písemný záznam v evidenčním deníku o každém rozhodnutí o vzniku a o ukončení dočasně pracovní neschopnosti, který obsahuje evidenční číslo předepsaného tiskopisu, jméno, popřípadě jména (dále jen „jméno“) a příjmení pojištěnce, datum vzniku dočasně pracovní neschopnosti, diagnostický kód nemoci nebo úrazu, den a hodina ošetření a datum další kontroly, datum ukončení dočasně pracovní neschopnosti a případný údaj o předání nebo převzetí dočasně práce neschopného pojištěnce s uvedením data předání nebo převzetí, jména a příjmení lékaře, kterému byl tento pojištěnec předán do péče nebo od něhož byl převzat do péče, a adresy pracoviště tohoto lékaře,
- c) stanovit režim dočasně práce neschopného pojištěnce a pojištěnce o tomto režimu informovat,
- d) předat pojištěnci rozhodnutí o vzniku dočasně pracovní neschopnosti a rozhodnutí o ukončení dočasně pracovní neschopnosti, popřípadě rozhodnutí o změně režimu dočasně práce neschopného pojištěnce, spolu s příslušnými hlášeními pro zaměstnavatele, a to v den, kdy byly vydány, popřípadě v den propuštění z ústavní péče,
- e) odeslat příslušnému orgánu nemocenského pojištění na předepsaném tiskopisu **hlášení o vzniku dočasně pracovní neschopnosti a hlášení o ukončení dočasně pracovní neschopnosti, a to nejpozději v třetí pracovní den následující po dni, kdy bylo vydáno rozhodnutí o vzniku nebo ukončení dočasně pracovní neschopnosti, a na předepsaném tiskopisu hlášení o změně režimu dočasně práce neschopného pojištěnce, a to nejpozději v pracovní den následující po dni, kdy bylo vydáno rozhodnutí o změně režimu dočasně práce neschopného pojištěnce;** tato povinnost je splněna i předáním těchto hlášení v uvedených lhůtách tomuto orgánu,
- f) stanovit podle požadavku lékaře příslušnému orgánu nemocenského pojištění termín kontroly pro účely provedení kontroly posuzování dočasně pracovní neschopnosti a za tímto účelem pojištěnce předvolat ke kontrole,
- g) rozhodnout na žádost pojištěnce o povolení vycházek a změně jejich rozsahu nebo doby nebo o povolení změny místa pobytu v době dočasně pracovní neschopnosti v případech uvedených v § 56 odst. 3 věta první a třetí a o tomto rozhodnutí **informovat nejpozději v následující pracovní den příslušný orgán nemocenského pojištění** na předepsaném tiskopise; je-li třeba k povolení změny místa pobytu v době dočasně pracovní neschopnosti předchozího souhlasu orgánu nemocenského pojištění, může **povolit tuto změnu jen na základě tohoto předchozího souhlasu,**
- h) posuzovat v průběhu dočasně pracovní neschopnosti, zda u pojištěnce došlo k obnovení pracovní schopnosti, a **po uplynutí 180 kalendářních dnů dočasně pracovní neschopnosti, zda je zdravotní stav pojištěnce stabilizovaný,**
- i) vyznačit při propuštění z ústavní péče, pokud pojištěnci jeho zdravotní stav neumožňuje vykonávat dosavadní pojištěnou činnost, na rozhodnutí o vzniku dočasně pracovní neschopnosti den propuštění z ústavní péče a místo pobytu, kde se bude pojištěnec po tomto propuštění

zdržovat, a tyto skutečnosti prokazatelně oznámit nejpozději druhý den po propuštění pojištěnce příslušnému orgánu nemocenského pojištění,

- j) potvrdit pojištěnci na předepsaném tiskopisu pro účely výplaty dávek nebo poskytování náhrady mzdy, platu nebo odměny nebo sníženého platu (snížené odměny) v době dočasně pracovní neschopnosti trvání dočasně pracovní neschopnosti, a to ke dni vydání tohoto potvrzení nebo **nejvýše 3 kalendářní dny dopředu;** trvá-li dočasná pracovní neschopnost déle než 14 kalendářních dnů a v období od 1. ledna 2011 do 31. prosince 2013 déle než 21 kalendářních dnů, je povinen potvrdit pojištěnci pro účely poskytování náhrady mzdy, platu nebo odměny nebo sníženého platu (snížené odměny) její trvání vždy ke 14. kalendářnímu dni a v období od 1. ledna 2011 do 31. prosince 2013 **k 21. kalendářnímu dni ode dne jejího vzniku,**
- k) zaznamenat v rozhodnutí o vzniku dočasně pracovní neschopnosti den převzetí pojištěnce do své péče a den propuštění pojištěnce ze své péče, den nástupu do ústavní péče a den ukončení ústavní péče a den dalšího ošetření nebo kontroly; pokud pojištěnci při propuštění z ústavní péče nebo komplexní lázeňské péče jeho zdravotní stav neumožňuje vykonávat dosavadní pojištěnou činnost, popřípadě netrvá-li již tato činnost, plnit povinnosti uchazeče o zaměstnání, stanovit termín, do kterého je **pojištěnec povinen dostavit se ke kontrole dočasně pracovní neschopnosti ošetřujícím lékařem, a to nejdéle do pátého kalendářního dne ode dne ukončení ústavní péče nebo komplexní lázeňské péče,**
- l) **informovat písemně o vzniku a ukončení dočasně pracovní neschopnosti lékaře, který registruje pojištěnce⁴²⁾, a to do 7 kalendářních dnů, uzná-li pojištěnce dočasně práce neschopným jiný ošetřující lékař než jeho registrující lékař,**
- m) rozhodnout o ukončení dočasně pracovní neschopnosti v případech uvedených v § 59 odst. 1 v den, ve kterém zjistil, že netrvají důvody dočasně pracovní neschopnosti,
- n) oznámit pojištěnci a příslušnému orgánu nemocenského pojištění na předepsaném tiskopisu **změnu diagnózy nemoci,** která odůvodňuje dočasnou pracovní neschopnost, a to nejpozději v pracovní den následující po dni, kdy o této změně rozhodl,
- o) **oznámit příslušnému orgánu nemocenského pojištění a zaměstnavateli porušení režimu dočasně práce neschopného pojištěnce, a to nejpozději v následující pracovní den po dni, kdy se dozvěděl o tomto porušení,**
- p) poskytnout potřebnou součinnost příslušnému orgánu nemocenského pojištění při kontrole posuzování dočasně pracovní neschopnosti, zejména **umožnit provedení této kontroly na svém pracovišti nebo se za tím účelem dostavit na příslušný orgán nemocenského pojištění,** a sdělit zaměstnancům orgánu nemocenského pojištění oprávněným provést kontrolu dodržování režimu dočasně práce neschopného pojištěnce nebo zaměstnancům zaměstnavatele pověřeným k provedení této kontroly **na požádání skutečnosti potřebné k provedení kontroly, a to včetně stanoveného režimu dočasně práce neschopného pojištěnce** v rozsahu, ve kterém jsou tyto zaměstnanci oprávněni kontrolovat dodržování tohoto režimu,
- q) oznámit příslušnému orgánu nemocenského pojištění na předepsaném tiskopisu propuštění dočasně práce neschopného pojištěnce ze své péče a převzetí dočasně práce neschopného pojištěnce z péče jiného ošetřujícího lékaře do své péče, a to nejpozději v pracovní den následující po dni, kdy k této skutečnosti došlo,
- r) oznámit příslušnému orgánu nemocenského pojištění změnu sídla zdravotnického zařízení, popřípadě změnu svého pracoviště,

- s) předat zařízení závodní preventivní péče na jeho vyžádání zprávu o zdravotním stavu dočasně práce neschopného pojištěnce a o průběhu a předpokládané délce trvání dočasné pracovní neschopnosti; předat zařízení závodní preventivní péče zprávu o zdravotním stavu dočasně práce neschopného pojištěnce **vždy, kdy je důvodný předpoklad, že v souvislosti s nemocí dojde ke změně nebo ztrátě zdravotní způsobilosti** vykonávat dosavadní zaměstnání,
- t) zabezpečit příslušné tiskopisy, které používá pro účely provádění pojištění, před zneužitím a sdělit neprodleně příslušnému orgánu nemocenského pojištění ztrátu, zničení nebo poškození předepsaných tiskopisů,
- u) vést zdravotnickou dokumentaci o průběhu dočasné pracovní neschopnosti včetně záznamů o výsledku vlastních vyšetření a lékařských zpráv pořízených jinými lékaři a vyplňovat potřebné údaje na předepsaných tiskopisech,
- v) sdělit zaměstnavateli dočasně práce neschopného pojištěnce na jeho žádost informace uvedené v § 65 odst. 2 písm. b),
- w) vystavit ve stanovených případech doklady nebo tiskopisy v souladu s právem Evropských společenství a s mezinárodními smlouvami,
- x) informovat předem pojištěnce, že po stanovenou dobu nemá oprávnění rozhodovat ve věcech dočasné pracovní neschopnosti [§ 79 odst. 1 písm. c)].

§ 62

Povinnosti zařízení závodní preventivní péče

Zařízení závodní preventivní péče je povinno na základě zprávy ošetřujícího lékaře o zdravotním stavu dočasně práce neschopného pojištěnce vydat **ve lhůtě do 7 dnů a v případě nutnosti došetření zdravotního stavu do 15 dnů vyjádření o zdravotní způsobilosti dočasně práce neschopného pojištěnce vykonávat dosavadní zaměstnání a odeslat je ošetřujícímu lékaři, který si vyjádření vyžádá.**

§ 63

Oprávnění ošetřujících lékařů a zařízení závodní preventivní péče

- (1) Ošetřující lékař je při posuzování zdravotního stavu pro účely dočasné pracovní neschopnosti **oprávněn požadovat**
 - a) **součinnost lékaře příslušného orgánu nemocenského pojištění** při stanovení a kontrole režimu dočasně práce neschopného pojištěnce a při hodnocení zdravotního stavu a průběhu nemoci,
 - b) **od příslušného orgánu nemocenského pojištění informace** o průměrné době trvání jedné dočasné pracovní neschopnosti pro jednotlivé diagnózy a odbornosti ošetřujícího lékaře v regionálním a celostátním průměru za uplynulý kalendářní rok,
 - c) **informace od zaměstnavatele** o pracovním zařazení, náplni práce a pracovních podmínkách pojištěnce a o zařízení závodní preventivní péče,
 - d) **od příslušného orgánu nemocenského pojištění informace o čerpání podpůrčí doby** pro nárok na nemocenskou u dočasně práce neschopného pojištěnce,
 - e) **od zařízení závodní preventivní péče** vyjádření o zdravotní způsobilosti dočasně práce neschopného pojištěnce vykonávat dosavadní zaměstnání, a to ve lhůtě stanové v § 62,
 - f) **od jiných subjektů informace** o lhůtě stanovené k opravě nebo pořízení nové ortopedické nebo kompenzační pomůcky a další informace, jež jsou v přímém vztahu k posuzování dočasné pracovní neschopnosti.
- (2) **Zařízení závodní preventivní péče je oprávněno vyžádat si zprávu ošetřujícího lékaře o zdravotním stavu dočasně práce**

neschopného pojištěnce a průběhu a předpokládané délce trvání dočasné pracovní neschopnosti.

Díl 4

Povinnosti a oprávnění dočasně práce neschopného pojištěnce

§ 64

- (1) Pojištěnec, který je dočasně práce neschopný, je povinen
 - a) **dodržovat režim dočasně práce neschopného pojištěnce,**
 - b) **umožnit příslušnému orgánu nemocenského pojištění a v rozsahu uvedeném v § 65 odst. 2 písm. c) též zaměstnavateli kontrolu dodržování režimu dočasně práce neschopného pojištěnce; při této kontrole je dočasně práce neschopný pojištěnec povinen prokázat svou totožnost a předložit rozhodnutí o vzniku dočasné pracovní neschopnosti,**
 - c) **dostavit se v určeném termínu k ošetřujícímu lékaři nebo k lékaři příslušného orgánu nemocenského pojištění ke kontrole posouzení zdravotního stavu a dočasné pracovní neschopnosti,**
 - d) **předkládat lékaři příslušného orgánu nemocenského pojištění doklady potřebné ke kontrole posouzení zdravotního stavu a dočasné pracovní neschopnosti a za tím účelem též prokázat svou totožnost,**
 - e) **podrobit se na výzvu orgánu nemocenského pojištění vyšetření zdravotního stavu lékařem orgánu nemocenského pojištění a vyšetření ve zdravotnickém zařízení, které určí orgán nemocenského pojištění, je-li to potřebné ke kontrole posuzování podle § 74 nebo posuzování podle § 80,**
 - f) **oznámit příslušnému orgánu nemocenského pojištění, popřípadě zaměstnavateli, pokud kontrolu provedl zaměstnavatel, důvody své nepřítomnosti v místě pobytu v době kontroly dodržování režimu dočasně práce neschopného pojištěnce, a to nejpozději v pracovní den následující po dni této kontroly, popřípadě po dni, kdy se o ní dozvěděl,**
 - g) **dostavit se do určeného termínu po ukončení ústavní péče nebo komplexní lázeňské péče k ošetřujícímu lékaři ke kontrole dočasné pracovní neschopnosti [§ 61 písm. k)], popřípadě brání-li mu vážné důvody, projednat s ošetřujícím lékařem v této lhůtě jiný termín,**
 - h) **sdělit ošetřujícímu lékaři při uznání dočasné pracovní neschopnosti místo pobytu, na kterém se bude v době dočasné pracovní neschopnosti zdržovat,**
 - i) **požádat předem ošetřujícího lékaře o povolení změny místa pobytu v době dočasné pracovní neschopnosti, pokud chce změnit toto místo v případech uvedených v § 6 odst. 3 větě první a třetí,**
 - j) **hlásit ošetřujícímu lékaři změny údajů o dosavadní pojištěné činnosti a o zaměstnavateli,**
 - k) **doložit v případě uvedeném v § 57 odst. 1 písm. d) ošetřujícímu lékaři dobu, po kterou bude trvat oprava nebo pořízení nové ortopedické nebo kompenzační pomůcky,**
 - l) **odevzdat při ukončení dočasné pracovní neschopnosti ošetřujícímu lékaři rozhodnutí o vzniku dočasné pracovní neschopnosti,**
 - m) **sdělit ošetřujícímu lékaři, kdo je jeho zaměstnavatelem nebo zda je osobou samostatně výdělečně činnou anebo zda je zahraničním zaměstnancem; má-li pojištěnec více zaměstnavatelů, sděluje všechny své zaměstnavatele,**
 - n) **předat ošetřujícímu lékaři písemné potvrzení orgánu nemocenského pojištění, že nemá nárok na peněžitou pomoc v mateřství z žádné pojištěné činnosti, má-li být uznána dočasná pracovní neschopnost podle § 57 odst. 1 písm. f),**
 - o) **sdělit ošetřujícímu lékaři registrujícího lékaře a kontakt na něho,**

- p) předat neprodleně zaměstnavateli rozhodnutí o vzniku dočasné pracovní neschopnosti a rozhodnutí o ukončení dočasné pracovní neschopnosti (karantény), potvrzení o době jejího trvání a rozhodnutí o změně režimu dočasné práce neschopného pojištěnce a informovat zaměstnavatele předem o změně místa pobytu v období prvních 14 kalendářních dnů dočasné pracovní neschopnosti a od 1. ledna 2011 do 31. prosince 2013 v období prvních 21 kalendářních dnů dočasné pracovní neschopnosti, popřípadě náleželi-li pojištěnci po uplynutí tohoto období v době dočasné pracovní neschopnosti nadále započitatelný příjem [§ 16 písm. b)], též v období, po které mu v době dočasné pracovní neschopnosti náleží tento příjem.
- (2) Pojištěnec je oprávněn požádat příslušný orgán nemocenského pojištění o informaci o čerpání podpůrčí doby pro výplatu nemocenského.

Díl 5

Povinnosti a oprávnění zaměstnavatele

§ 65

- (1) Zaměstnavatel je povinen sdělit na vyžádání neprodleně příslušnému orgánu nemocenského pojištění a ošetřujícímu lékaři informace o
- zařízení závodní preventivní péče,
 - pracovním zařazení, náplni práce a pracovních podmínkách dočasné práce neschopného zaměstnance.
- (2) Zaměstnavatel je oprávněn
- dát příslušnému orgánu nemocenského pojištění podnět ke kontrole důvodnosti trvání dočasné pracovní neschopnosti a ke kontrole dodržování režimu dočasné práce neschopného pojištěnce, jde-li o jeho zaměstnance,
 - požadovat od ošetřujícího lékaře informaci o místě pobytu zaměstnance v době dočasné pracovní neschopnosti a o rozsahu a době povolených vycházek,
 - provést kontrolu, zda zaměstnanec v období prvních 14 kalendářních dnů a od 1. ledna 2011 do 31. prosince 2013 v období prvních 21 kalendářních dnů dočasné pracovní neschopnosti, popřípadě náleželi-li pojištěnci po uplynutí tohoto období v době dočasné pracovní neschopnosti nadále započitatelný příjem [§ 16 písm. b)], též v období, po které mu v době dočasné pracovní neschopnosti náleží tento příjem, dodržuje povinnosti stanovené v § 56 odst. 2 písm. b).

HLAVA III

POSUZOVÁNÍ PRACOVNÍ SCHOPNOSTI PO UPLYNUTÍ PODPŮRČÍ DOBY

§ 66

- (1) Lékař orgánu nemocenského pojištění posuzuje na základě žádosti dočasné práce neschopného pojištěnce podané orgánu nemocenského pojištění, zda lze očekávat, že tento pojištěnec po uplynutí podpůrčí doby nabude v krátké době pracovní schopnost (§ 27), a to i k jiné než dosavadní pojištěné činnosti.
- (2) K posouzení podle odstavce 1 je orgán nemocenského pojištění oprávněn požádat ošetřujícího lékaře o vyjádření o zdravotním stavu dočasné práce neschopného pojištěnce a o předložení lékařských zpráv, nálezů a posudků a zpráv o průběhu nemoci; **ošetřující lékař je povinen této žádosti vyhovět ve lhůtě 8 kalendářních dní od doručení této žádosti**, nestanoví-li orgán nemocenského pojištění lhůtu delší.

HLAVA IV

POSUZOVÁNÍ ZDRAVOTNÍHO STAVUPRO ÚČELY POSKYTOVÁNÍ PENĚŽITÉ POMOCI V MATEŘSTVÍ, OŠETŘOVNÉHO A VYROV- NÁVACÍHO PŘÍSPĚVKU V TĚHOTENSTVÍ A MATEŘSTVÍ

Díl 1

Posuzování zdravotního stavu pro účely poskytování peněžité pomoci v mateřství

§ 67

Ošetřující lékař je pro účely poskytování peněžité pomoci v mateřství povinen

- stanovit těhotné pojištěnce očekávaný den porodu a tento den potvrdit na předepsaném tiskopise,
- potvrdit na předepsaném tiskopise, že pojištěnka porodila, a den porodu, pokud se pojištěnce peněžitá pomoc v mateřství nevypácela přede dnem porodu,
- plnit povinnosti ošetřujícího lékaře uvedené v § 61 písm. t) a w),
- potvrdit na předepsaném tiskopise, že matka dítěte nemůže nebo nesmí o dítě pečovat pro závažné dlouhodobé onemocnění [§ 32 odst. 1 písm. d)], pro které by byla uznána dočasně práce neschopnou podle § 57 odst. 1 písm. e), kdyby byla pojištěnkou.

Díl 2

Posuzování zdravotního stavu pro účely poskytování ošetřovného

§ 68

Vznik a zánik potřeby ošetřování nebo péče

- (1) Ošetřující lékař rozhodne o vzniku potřeby ošetřování, jestliže vyšetřením zjistí, že
- dítě mladší 10 let je nemocné nebo utrpělo úraz,
 - osoba, která dovršila aspoň 10 let, je nemocná nebo utrpěla úraz a její zdravotní stav vyžaduje nezbytně ošetřování jinou osobou,
 - žena, která porodila, vyžaduje z důvodu stavu v době bezprostředně po porodu nezbytně ošetřování jinou osobou,
 - fyzická osoba, která jinak pečuje o dítě mladší 10 let, onemocněla, utrpěla úraz, nastaly u ní situace uvedené v § 57 odst. 1 písm. b) nebo c) nebo porodila, a proto nemůže o toto dítě pečovat.
- (2) Potřeba ošetřování začíná dnem, v němž ji ošetřující lékař zjistil. Ošetřující lékař může v odůvodněných případech rozhodnout, že potřeba ošetřování vznikla dřívějším dnem než dnem uvedeným ve větě první, **nejvýše však 3 kalendářní dny přede dnem, v němž potřebu ošetřování zjistil**.
- (3) Ošetřující lékař rozhodne o ukončení potřeby ošetřování,
- zjistí-li vyšetřením, že potřeba ošetřování podle odstavce 1 pominula, a to dnem, kdy tuto skutečnost zjistil, nebo nejpozději třetím kalendářním dnem od tohoto vyšetření,
 - jestliže se fyzická osoba uvedená v odstavci 1 písm. b) až d) nedostaví k ošetření nebo kontrole zdravotního stavu nebo osoba poskytující ošetřování dítěti mladšímu 10 let se nedostaví ke kontrole potřeby ošetřování s tímto dítětem, a to v den, který jí byl určen, aniž by tato osoba prokázala existenci vážných důvodů, pro které se k tomuto ošetření nebo kontrole nemohla dostavit; potřeba ošetřování se ukončí tímto dnem.
- (4) Ošetřující lékař vydává na předepsaných tiskopisech rozhodnutí o vzniku potřeby ošetřování, rozhodnutí o ukončení potřeby ošetřování, potvrzení o potřebě péče a potvrzení o trvání potřeby ošetřování. Tyto tiskopisy nesmí obsahovat statistickou značku diagnózy⁴¹⁾ nebo jiný údaj, z něhož lze diagnostiku dovodit.
- (5) Nejistí-li ošetřující lékař po vyšetření důvody k vydání rozhod-

nutí o vzniku potřeby ošetřování, avšak pojištěnec požaduje vydání tohoto rozhodnutí, vydá ošetřující lékař rozhodnutí, že potřeba ošetřování nevznikla; na toto rozhodnutí a na další postup se použije zvláštní právní předpis³⁸⁾ o rozhodování při výkonu zdravotní péče. Tento zvláštní právní předpis platí též pro postup při nesouhlasu s rozhodnutím o ukončení potřeby ošetřování podle odstavce 3.

§ 69

Povinnosti ošetřujícího lékaře

Ošetřující lékař je při posuzování potřeby ošetřování povinen

- rozhodnout o vzniku potřeby ošetřování v den, kdy ji zjistil,
- vést evidenci jím vydaných rozhodnutí o vzniku potřeby ošetřování; pro náležitosti této evidence platí § 61 písm. b) přiměřeně,
- předat pojištěnci, popřípadě osobě s potřebou ošetřování nebo jejímu průvodci, rozhodnutí o vzniku potřeby ošetřování a rozhodnutí o ukončení potřeby ošetřování, a to v den, kdy byly vydány,
- stanovit podle požadavku lékaře příslušného orgánu nemocenského pojištění termín kontroly pro účely provedení kontroly posuzování potřeby ošetřování a za tímto účelem osobu s potřebou ošetřování předvolat ke kontrole,
- rozhodnout o ukončení potřeby ošetřování v případech uvedených v § 68 odst. 3 v den, kdy zjistil, že netrvá potřeba ošetřování,
- poskytnout potřebnou součinnost příslušnému orgánu nemocenského pojištění při kontrole posuzování potřeby ošetřování, zejména umožnit provedení této kontroly na svém pracovišti nebo se za tím účelem dostavit na příslušný orgán nemocenského pojištění, a sdělit zaměstnancům orgánu nemocenského pojištění oprávněným provést kontrolu na požádání skutečnosti potřebné k provedení kontroly, a to v rozsahu, ve kterém je orgán nemocenského pojištění oprávněn tuto kontrolu provést,
- vést zdravotnickou dokumentaci o průběhu potřeby ošetřování na základě vlastních vyšetření a lékařských zpráv pořízených jinými lékaři,
- plnit povinnosti ošetřujícího lékaře uvedené v § 61 písm. t) a w),
- informovat předem pojištěnce, že po stanovenou dobu nemá oprávnění rozhodovat ve věcech potřeby ošetřování [§ 79 odst. 1 písm. c)].

§ 70

Povinnosti zdravotnického zařízení

Zdravotnické zařízení je povinno písemně potvrdit na žádost pojištěnce nebo orgánu nemocenského pojištění přijetí ošetřované osoby do ústavní péče ve zdravotnickém zařízení (§ 40 odst. 3).

§ 71

Povinnosti pojištěnce

Pojištěnec, který pobírá ošetrovné, je povinen na výzvu ošetřujícího lékaře, který vydal rozhodnutí o vzniku potřeby ošetřování, nebo orgánu nemocenského pojištění dostavit se k ošetřujícímu lékaři nebo k lékaři orgánu nemocenského pojištění s osobou s potřebou ošetřování ke kontrole posouzení zdravotního stavu a potřeby ošetřování.

§ 72

Oprávnění zaměstnavatele

Zaměstnavatel je oprávněn dát příslušnému orgánu nemocenského pojištění podnět ke kontrole důvodnosti potřeby ošetřování, je-li pojištěnec, který pobírá ošetrovné, jeho zaměstnancem. Dal-li zaměstnavatel podle věty první podnět ke kontrole, je povinen na žádost orgánu nemocenského pojištění sdělit mu údaje

potřebné pro provedení této kontroly.

vysvětlivky některých odkazů:

³⁷⁾ § 12 písm. d) zákona č. 48/1997 Sb.:

Pojištěnec je povinen

- poskytnout součinnost při zdravotním výkonu a kontrole průběhu léčebného procesu a dodržovat lékařem stanovený léčebný režim,

³⁸⁾ § 77 a 77a zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů:

§ 77

(1) Zdravotnická zařízení vydávají prostřednictvím lékařů nebo klinických psychologů při výkonu zdravotní péče, a to na základě posouzení zdravotního stavu pacienta, lékařské posudky. Zdravotnické zařízení předá lékařský posudek pacientovi prokazatelným způsobem. Pokud je vydán zdravotnickým zařízením lékařský posudek pro stejný účel jako předcházející lékařský posudek, pozbývá tento lékařský posudek dnem platnosti nového posudku svou platnost.

(2) Má-li pacient, k jehož zdravotnímu stavu byl lékařský posudek vydán, nebo osoby, pro které v souvislosti s vydáním tohoto posudku vyplývají povinnosti, za to, že lékařský posudek je nesprávný, mohou podat návrh na přezkoumání lékařského posudku vedoucímu zdravotnického zařízení, a to prostřednictvím lékaře nebo klinického psychologa, který posudek vypracoval. Ve zdravotnickém zařízení provozovaném lékařem nebo klinickým psychologem, kteří poskytují zdravotní péči vlastním jménem, se návrh podle předcházející věty podává tomuto lékaři nebo klinickému psychologovi.

(3) Návrh na přezkoumání lékařského posudku podle odstavce 2 lze podat do 15 dnů ode dne jeho prokazatelného obdržení.

(4) Pokud nebyl podán návrh na přezkoumání, je lékařský posudek platný ode dne jeho prokazatelného předání pacientovi.

(5) Pokud vedoucí zdravotnického zařízení nebo lékař nebo klinický psycholog uvedený v odstavci 2 větě poslední návrhu na přezkoumání lékařského posudku nevyhoví, postoupí návrh jako odvolání do 30 dnů od jeho doručení, správnímu úřadu, který vydal rozhodnutí o registraci tohoto zdravotnického zařízení nebo je zřizovatelem tohoto zdravotnického zařízení.

(6) Pro posouzení případů, u nichž vznikly pochybnosti, zda byl při výkonu zdravotní péče dodržen správný postup, popřípadě, zda bylo ublíženo na zdraví, ustanovuje ministr zdravotnictví České republiky a orgán kraje v přenesené působnosti jako své poradní orgány znalecké komise. Postavení a činnosti znaleckých komisí stanoví Ministerstvo zdravotnictví vyhláškou.

(7) Na rozhodnutí vydané při posuzování zdravotního stavu pro účely nemocenského pojištění podle zvláštního právního předpisu¹⁵⁾ se vztahují odstavce 1 až 5 o lékařském posudku obdobně s tím, že

a) návrh na přezkoumání rozhodnutí lze podat do 3 dnů; tento návrh nemá odkladný účinek,

b) návrh na přezkoumání rozhodnutí se postupuje podle odstavce 5 do 5 dnů od jeho doručení,

c) rozhodnutí je platné dnem vystavení,

d) účastníky řízení o přezkoumání rozhodnutí jsou zdravotnické zařízení, které rozhodnutí vydalo, a osoba, jejíž zdravotní stav je posuzován; návrh na přezkoumání rozhodnutí může podat jen tato osoba.

(8) Ustanovení odstavců 1 až 7 se nevztahují na rozhodování orgánu nemocenského pojištění o ukončení dočasné pracovní neschopnosti nebo potřeby ošetřování podle zvláštního právního předpisu^{15a)}.

(9) Proti rozhodnutí Vězeňské služby České republiky, Generálního ředitelství cel, Bezpečnostní informační služby a Úřadu pro zahraniční styky a informace ve věci lékařského posudku lze podat odvolání, o němž v oborech své působnosti rozhodují příslušní ředitelé, kteří stojí v čele těchto bezpečnostních sborů.

§ 77a

(1) Správní úřad, kterému bylo podle § 77 odst. 5 postoupeno odvolání proti lékařskému posudku,

a) odvolání zamítne a napadený lékařský posudek potvrdí, nebo

b) napadený lékařský posudek zruší a vrátí věc zdravotnickému zařízení, které tento posudek vydalo, k vydání nového lékařského posudku na základě nového, popřípadě doplňujícího posouzení zdravotního stavu pacienta.

(2) Proti rozhodnutí správního úřadu vydaného podle odstavce 1 se nelze odvolat.

Rozhovor s MUDr. Igorem Karenem, praktickým lékařem pro dospělé, Benátky nad Jizerou

Malé přístroje pro větší komfort diabetiků i jejich lékařů

Počet diabetiků v České republice se v posledních třech desetiletích zdvojnásobil na dnešních asi 800 tisíc. Roste proto význam včasného odhalení začínající nemoci i pravidelného sledování zdravotního stavu léčených diabetiků. V případě nekomplikovaných případů, které byly včas diagnostikovány, leží značná část péče o diabetiky na praktických lékařích. Výborným pomocníkem jim při tom může být přístroj pro testování glykovaného hemoglobinu přímo v ordinaci, například rychlý a spolehlivý analyzátor Quo-Test A1C, o němž jsme hovořili s MUDr. Igorem Karenem, praktickým lékařem pro dospělé v Benátkách nad Jizerou.

Za pár minut přesný výsledek

„Analyzátor, který mi poskytne spolehlivé výsledky testu do čtyř minut, je v ordinaci jednoznačným přínosem, a to nejen u praktických lékařů, ale ve všech ordinacích, jež léčí pacienty s diabetem,“ říká MUDr. Igor Karen, který právě ve své ordinaci testuje přístroj Quo-Test A1C pro měření HbA1c (glykovaného hemoglobinu).

„Při běžné praxi pacient přijde do ordinace, lékař mu odebere krev, pošle vzorek do laboratoře a výsledek má v lepším případě tentýž den odpoledne, nebo až druhý den. Většinou pacient musí přijít další den znovu na klinické vyšetření a interpretaci výsledků. Když pacientům nabídnu, že mohou mít vše vyřízené najednou během jedné návštěvy, devět z deseti lidí to uvítá. A to platí nejen pro glykovaný hemoglobin, ale i pro další parametry, které lze dnes měřit s pomocí moderních přístrojů přímo u lékaře, například C-reaktivní protein.“

POCT analyzátoři, určené k testování na místě, jsou obvykle velmi rychlé a uživatelsky přívětivé. Analyzátor Quo-Test A1C je zcela automatický. Využívá známé metody „boronate affinity assay“, tedy patentované homogenní technologie zhášení fluorescence. Fluorescence konjugátu kyseliny borité po vazbě na glykovaný hemoglobin pohasíná. Quo-Test analyzátor automatizuje proces sloučením simultánního měření absorpance a fluorescence.

Uživatelsky jednoduchý a komfortní

V praxi to přináší výhodu rychlého a spolehlivého měření. „Jeho obsluha je skutečně



MUDr. Igor Karen

jednoduchá – pacienta pícheme do prstu planžetkou, kapilární krev nasajeme do papírku a vložíme do patrony, kterou uložíme do přístroje, a za čtyři minuty máme výsledek,“ popisuje MUDr. Karen. „Znamená to komfort pro pacienta i zlepšení možnosti rozhodování pro lékaře. Moje ambulance se nachází ve městě, v dobrém dosahu pro pacienty, ale třeba na venkově, kde pacienti musí za lékařem daleko dojíždět, je přínos takového okamžitého vyšetření ještě větší. Samozřejmě i lidé, kteří jsou zaměstnaní, velmi ocení, jestliže nemusí navštívit lékaře druhý den znovu.“ Přístroj Quo-Test je navíc přenosný a může být volitelně doplněn malou tiskárnou, která tiskne výsledky na štítky, jež lze připojit k dokumentaci pacienta. Jeho paměť pojme až sedm tisíc výsledků a prostřednictvím USB portu jej lze připojit k počítači.

Přesnost měření lze ověřit

Přesto se však mezi českými lékaři objevují hlasy, které jsou k moderním přístrojům skeptické nebo je přímo odmítají s tím, že jejich výsledky nejsou spolehlivé. „Přijde mi to úsměvné – když se tyto přístroje používají bez problémů v jiných státech Evropské unie, kde procházejí přísným systémem certifikace, proč by nemohly sloužit i u nás?“ ptá se MUDr. Igor Karen řečnickou otázkou. „Přesnost je samozřejmě důležitá,

ke kvalitní léčbě jsou třeba kvalitní poklady. Spolehlivost měřicí techniky však lze ohlídat systémem externí kontroly kvality a také správnou manipulací s materiálem a dodržením postupů, které se lékaři při zaškolení v zacházení s přístrojem naučí. Odchytky pak jsou minimální,“ doplňuje s tím, že to též platí i pro drahé nemocniční přístroje. „I u nich se totiž může vyskytnout odchylka, je to otázka seřízení přístroje. Sám jsem si jednou nechal vyšetřit glykovaný hemoglobin u certifikovaných laboratoří ve dvou okresních nemocnicích zároveň a odchylka obou výsledků byla 19 procent. Co si mám o tom pak myslet?“

Na prvním místě pacient

Podle MUDr. Karena jsou výsledky laboratorních vyšetření přínosem, ale neměly by se přeceňovat. „Nelčíme výsledky, ale léčíme pacienta. Jsou to vždy jen pomocná laboratorní vyšetření. Test na glykovaný hemoglobin je pomůckou při léčbě, ale zároveň není striktně zavazující, protože ani laboratorní chybu nelze vyloučit, ať už jde o vyšetření na malém ambulantním analyzátoru, nebo nemocničním přístroji pořízeném za miliony korun. Když máme podezření, můžeme vzorek poslat do spádové biochemické laboratoře, nikdo se na nás zlobit nebude, jde o pacienta. Všichni, kdo podobné přístroje mají, by měli pravidelně posílat vzorky i do spádové laboratoře. Zároveň bych však uvítal, kdyby v externím měření kvality existovala konkurence, abychom měli možnost si kdykoliv nechat vyšetřit vzorek, ne jen v přesných termínech kontroly, které nám servisní organizace SEKK určuje.“

Víte že...

...počet registrovaných diabetiků každoročně vzrůstá? V roce 2010 se v České republice s diabetem léčilo více než 806 tisíc pacientů, což představovalo nárůst téměř o 23 tisíc oproti předchozímu roku.

...klesl počet osob léčených pouze dietou (170 tisíc v roce 2010), zatímco stoupl počet pacientů léčených medikamentózně?

...v diabetologických ordinacích bylo loni léčeno 83,4 % diabetiků, zbytek byl v péči praktických lékařů, což představuje oproti předchozímu roku nepatrný nárůst ve prospěch ordinací praktických lékařů?

Více informací o přístroji Quo-Test A1C najdete na www.quickseal.eu.



Analyzátor Quo-Test A1C

MUCOSOLVAN®

vás zbaví kašle



• VÍCE NEŽ JEN EXPEKTORANS

- 1 MUKOLYTICKÝ A MUKOREGULAČNÍ ÚČINEK¹⁻⁴
- 2 EXPEKTORAČNÍ A SEKRETOMOTORICKÝ ÚČINEK
- 3 PODPORUJE PŘIROZENOU OBRANU PLIC A DÝCHACÍCH CEST
 - stimuluje tvorbu plicního surfaktantu
 - působí synergicky s některými ATB*, signifikantně rychlejší uzdravení^{5,6}
 - protizánětlivé vlastnosti⁷⁻¹¹

• LÉČBA AKUTNÍCH I CHRONICKÝCH BRONCHOPULMONÁLNÍCH ONEMOCNĚNÍ

KAŠEL



1 - 2 - 3 kašli to naTŘI

ROZPOUŠTÍ
hlen

UVOLŇUJE
zahlenění

CHRÁNÍ
před dalším zahleněním

*amoxicilin, cefuroxim, erythromycin

1. Weiss T et al. Prax Pneumol 1981;35:359-362 2. Dorow P et al. Arzneimittelforschung 1988;38:828-830 3. Bertoli L et al. Elsevier Sci Publishers 1983;349-360 4. Grassi C et al. Elsevier Sci Publishers 1983;361-370 5. Fraschini F et al. Current Therapeutic Research 1988;43(4):734-742 6. Principi N et al. Int j Clin Pharm Res 1986;VI(5):369-372 7. Aihara M et al. Respiration 2000; 67:662-671 8. Ottonello L et al. British Journal of Pharmacology 2003;140:736-742 9. Beeh KM et al. Eur J Med Res 2008;13:557-562 10. Pfeifer S et al. Eur J Med Res 1997;2:129-132 11. Gibbs BF et al. Inflamm Res 1999; 48: 86-93

MUCOSOLVAN®, MUCOSOLVAN® pro dospělé, MUCOSOLVAN junior®, MUCOSOLVAN® RETARD, MUCOSOLVAN® měkké pastilky
Zkrácená informace o přípravku

Složení: Ambroxoli hydrochloridum. **Léková forma:** Mucosolvan tbl 30 mg, Mucosolvan roztok k perorálnímu podání a inhalaci 15 mg/2 ml, Mucosolvan pro dospělé sir 30mg/5 ml, Mucosolvan junior sir 15 mg/5 ml, Mucosolvan Retard tobolky s prodlouženým uvolňováním, Mucosolvan měkké pastilky 15 mg. **Indikace:** Mukolytická léčba akutních a chronických bronchopulmonálních onemocnění s abnormální sekrecí hleny a poruchou jeho transportu. **Dávkování a způsob podání:** Tbl: dospělí: 3×1 – 2×2, tobolky: dospělí 1×1, po jídle a zapít. Měkké pastilky: dospělí a děti nad 12 r. 3–4×2, 6–12 r. 2–3×1 nechat rozpustit v ústech. Sir 15 mg/5 ml (5 ml=1čaj. lžička): dospělí a děti nad 12 r. 3×10 ml, 6–12 r. 2–3×5 ml, 2–6 r. 3×2,5 ml, do 2 r. 2×2,5 ml, při jídle. Sir 30 mg/5 ml (5 ml=1čaj. lžička): dospělí a děti nad 12 r. 2×10 ml, 6–12 r. 2–3×5 ml, 2–6 r. 3×2,5 ml, od 1–2 r. 2×2,5 ml, při jídle. Roztok: p.o. podání - dospělí a děti nad 12 r. 3×4 ml, 6–12 r. 2–3×2 ml, 2–6 r. 3×1 ml, do 2 r. 2×1 ml, při jídle a zředěné. Inhalace: dospělí a děti nad 6 r. 1–2 inhalace 2–3 ml, do 6 r. 1–2 inhalace 2 ml. Pacienti s astmatem užijí před inhalací svá bronchodilatancia. Roztok k inhalaci se nesmí mísit s kyselinou chromoglykanovou. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na ambroxol, jiné látky v přípravku, vrozená intolerance galaktosy a fruktosy. **Zvláštní upozornění:** U roztoku možnost bronchokonstrikce po benzalkoniumchloridu (konzervans). Sirupy a pastilky vhodné pro diabetiky, pro obsah sorbitolu možnost výskytu laxativního účinku. **Interakce:** Podávání s atb (amoxicilin, cefuroxim, erythromycin) zvyšuje jejich koncentrace v bronchopulmonálním sekretu a sputu. Závažné nežádoucí interakce s jinými léky nehlášeny. **Těhotenství a kojení:** Měly by být dodržovány obecné zásady užívání léků během těhotenství, není doporučeno užívání v 1. trimestru a při kojení. **Nežádoucí účinky:** Obvykle dobře snášen; GI poruchy (pálení žáhy, dyspepsie, nauzea, zvracení, průjem; pastilky dále i dysgeuzie, sucho v ústech, snížená citlivost v ústech); vyrážka, kopřivka, angioedém, anafylaktické a alergické reakce. **Balení na trhu:** 20 tbl; sir à 120 ml (15 mg/5 ml), à 100 ml (30 mg/5 ml), roztok à 60 ml, 20 tob., 20 měk. pastilek. **Uchovávání:** Tbl, roztok, tob do 25°C v původním obalu, pastilky do 30°C, sir 15 mg/5 ml, 30 mg/5 ml žádné zvláštní podmínky. Sirup 15 mg/5 ml, 30 mg/5 ml spotřebovat do 6 měsíců po otevření. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Boehringer Ingelheim International GmbH, Ingelheim am Rhein, Německo. **Registrační číslo:** Tbl: 52/122/81-C. Roztok: 52/121/81-C. Sir junior: 52/123/81-C. Sir pro dosp.: 52/231/05-C. Ret. tobolky: 52/141/91-C. Pastilky: 52/635/09-C. **Datum poslední revize:** Tbl, roztok, sir junior 15.10. 2008; sir pro dospělé 23.4.2008; ret. tobolky 4.7.2006, pastilky 9.9.2009. **Výdej léčivého přípravku možný bez lékařského předpisu. MUCOSOLVAN®, MUCOSOLVAN® pro dospělé, MUCOSOLVAN junior®, MUCOSOLVAN® RETARD, MUCOSOLVAN® měkké pastilky nejsou hrazeny z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Před podáním se seznamte s úplnou informací o přípravku.**

 **Boehringer
Ingelheim**

HHMUC035_092010



...jeden zásah stačí...

Terapie v jediné dávce¹

Léčba respiračních infekcí¹

100% compliance^{2,3,5}

Granule s prodlouženým uvolňováním²⁻⁶

ZETAMAC 2 g, granule pro přípravu perorální suspenze s prodlouženým uvolňováním

Léčivá látka: azithromycinum 2 g. **Indikace:** ZETAMAC je určen k léčbě dospělých pacientů s následujícími lehkými až středně závažnými infekcemi: akutní bakteriální exacerpace chronické bronchitidy, akutní bakteriální sinusitida, komunitní pneumonie, faryngitida/tonzilitida vyvolaná bakterií *Streptococcus pyogenes* - stanovené způsobem odpovídajícím národním a/nebo místním doporučením k léčbě infekcí dýchacího ústrojí a pokud není vhodné podání antibiotik, která jsou všeobecně doporučována k iniciační léčbě této infekce nebo pokud tato léčba selhala a nepotlačila infekci, případně u pacientů netolerujících betalaktámová antibiotika. **Dávkování:** Jedna jednorázová dávka přípravku ZETAMAC 2 g ve formě perorální suspenze. **Děti:** Nedoporučuje se podávání u jedinců do 18 let věku. **Starší pacienti:** U pacientů starších než 75 let jsou zkušenosti omezené. **Renální insuficience:** Úprava dávky není nutná u pacientů s mírným až středně závažným poškozením ledvin. **Hepatická insuficience:** Úprava dávky není nutná u pacientů s lehkým až středně závažným jaterním poškozením. **Kontraindikace:** Přecitlivělost na azithromycin či jiné makrolidové antibiotikum, anebo na kteroukoli pomocnou látku. **Zvláštní upozornění:** U pacientů užívajících azithromycin byly vzácně hlášeny závažné alergické reakce a anafylaxe. Je nutná obezřetnost u pacientů se závažným onemocněním jater nebo ledvin. Přípravek by neměli užívat pacienti se vzácnými dědičnými poruchami typu nesnášenlivosti fruktózy, glukózo-galaktózové malabsorpce nebo sacharózo-izomaltázové deficiencie. U pacientů se zvýšeným rizikem vzniku srdeční arytmie nelze zcela vyloučit možný účinek na prodloužení srdeční repolarizace a intervalu QT. **Interakce:** Azithromycin významně neovlivňuje systém jaterního cytochromu P450. Nedoporučuje se současné užívání s ergotovými deriváty. Je třeba pečlivě zvážit současné podávání s cyklosporinem. Je třeba přehodnotit frekvenci monitorování protrombinového času při současném podávání azithromycinu a kumarinových perorálních antikoagulancií. Sledování pacienta se doporučuje při současném podávání s neflinavirem. **Těhotenství a kojení:** Azithromycin by se v průběhu těhotenství měl užívat pouze v případech, kdy je jeho použití nezbytné. U kojících matek by se měl užívat pouze v případech, kdy nejsou dostupné vhodné alternativy. **Nežádoucí účinky:** Velmi časté: Průjem, bolest břicha, nauzea, flatulence. **Předávkování:** Je-li to nutné, jsou indikována obecná symptomatická a podpůrná opatření. **Uchovávání:** Při teplotě do 30°C, v dobře uzavřené lahvičce. **Balení:** PE lahvička, 2 g pro přípravu 60 ml suspenze. **Jméno a adresa držitele rozhodnutí o registraci:** Pfizer spol. s r.o., Stroupežnického 17, 150 00 Praha 5, Česká republika. **Reg. číslo:** 15/342/09-C. **Datum poslední revize textu:** 22.4.2009. Výdej léčivého přípravku je vázán na lékařský předpis. Přípravek dosud není hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Před předepsáním se, prosím, seznámte s úplnou informací o přípravku.

Literatura: 1. Souhrn údajů o přípravku (22.4.2009). 2. Zervos M, Breen JD, Jorgensen DM, Goodrich JM. Novel, single-dose microsphere formulation of azithromycin versus levofloxacin for the treatment of acute exacerbation of chronic bronchitis. Infect Dis Clin Pract. 2005;13:115-121. 3. Kegel S, McCoig C, Jorgensen D. Single-dose azithromycin microspheres versus three-day azithromycin for the treatment of group A β -hemolytic streptococcal (GABHS) pharyngitis/tonsillitis in adults and adolescents. Poster presented at the European Congress of Clinical Microbiology and Infectious Disease (ECCMID): April 2-5, 2005; Oxford, UK. 4. D'Ignazio J, Camere MA, Lewis DE, Jorgensen D, Breen JD. Novel, single-dose microsphere formulation of azithromycin versus 7-day levofloxacin therapy for treatment of mild to moderate community-acquired pneumonia in adults. Antimicrob Agents Chemother. 2005;49:4035-4041. 5. Drehobl MA, De Salvo MC, Lewis DE, Breen JD. Single-dose azithromycin microspheres vs clarithromycin extended release for the treatment of mild-to-moderate community-acquired pneumonia in adults. Chest. 2005;128:2230-2237. 6. Murray JJ, Emparanza P, Lesinskas E, Tawadrous M, Breen JD. Efficacy and safety of a novel, single-dose azithromycin microsphere formulation versus 10 days of levofloxacin for the treatment of acute bacterial sinusitis in adults. Otolaryngol Head Neck Surg. 2005;133:194-201.