



Odborný časopis Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP

practicus

tip tohoto čísla

č. 10/2011

ročník 10

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

Vkladem tohoto čísla
je

**DP
CHRONICKÁ
ŽILNÍ
ONEMOCNĚNÍ**

a

**PŘÍLOHA
PRO SESTRY**

Vydává
Společnost
všeobecného
lékařství ČLS JEP

www.practicus.eu

XXX. výroční konference SVL ČLS JEP str. 8 - 18



Z OBSAHU

INFO SVL

Zpráva z konference

Jednání o EHK u POCT metod

Národní diabetologický program

Bolesti pohybového aparátu v ordinaci praktického lékaře

Inkontinence moči u žen – možnosti léčby

Posudková problematika hypertenze a nefropatií

Mladí praktici na XXX. výroční konferenci SVL ČLS JEP

Novelizační změny zákona 48/1997 Sb.

XXX. výroční konference Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP ZLÍN 2011



OBSAH

INFO SVL

Zprávy SVL

Zpráva ze XXX. výroční konference SVL ČLS JEP

str.

5

8

ODBORNÉ ČLÁNKY

Bolesti pohybového aparátu v ordinaci PL

MUDr. Vladimír Marek

19

Inkontinence moči u žen – možnosti léčby

MUDr. Oldřich Šottner, MUDr. Lukáš Horčíčka

25

Posudková problematika hypertenze a nefropatií

MUDr. Hana Trnkócy

27

RUBRIKY

Ze světa mladých praktiků

Mladí praktici na XXX. výroční konferenci SVL ČLS JEP

30

Legislativa

Zákon 48/1997 Sb. - novelizační změny

31

practicus

odborný časopis SVL ČLS JEP
10/2011, 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 Brej-
ník, doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc.,
MUDr. Rudolf Červený, Ph.D., MUDr. Eva
Grzegorzová, MUDr. Alice Havlová,
MUDr. Otto Herber, MUDr. Toman Horá-
ček, MUDr. Igor Karen, MUDr. Stanislav
Konštacký, CSc., MUDr. Josef Koře-
nek, 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 Ma-
noušková, Ph.D., MUDr. Anna Rich-
terová, 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 předplat-
né pro ostatní zájemce **610 Kč.** •••
Příhlášky přijímá redakce. ••• Toto číslo
bylo dáno do tisku **15. 12. 2011.** MK ČR
E13477, ISSN 1213-8711.

Vydavatel a redakční rada upozorňují, že
za obsah a jazykové zpracování inzerá-
tů a reklam odpovídá výhradně inzerent.
••• Redakce neodpovídá za správnost
údajů uvedených autory v odborných
článcích. ••• Texty neprochází jazykovými
korekturami. ••• Přetisk a jakékoliv
šíření je povoleno pouze se souhlasem
vydavatele. ••• © **SVL ČLS JEP, 2011**



K tomuto číslu

Vážení, kolegyně a kolegové,

vítám Vás u posledního čísla tohoto roku. Věnujte pozornost zprávám SVL, kde se dočtete o prohlášení představitelů odborných a profesních společností v primární péči **k systému EHK**, kde v případě, že nebude dostupné vyšetření u SEKK (tj. nebude možná samostatná objednávka na jeden cyklus EHK), je možno v souladu s platnými doporučeními postupy provést EHK formou mezilaboratorního srovnávání. Postup, jak bude tento proces probíhat je t. č. v přípravě, o výsledku vás budeme informovat v tomto časopise a na webových stránkách naší společnosti (www.svl.cz).

Dále se dočtete o výzvě dr. Karena k pečlivému **vyplňování statistických výkazů o péči o diabetiky** ve vašich ordinacích, získaná čísla budou potřebným argumentem v jednání o kompetencích praktického lékaře v komplexní péči o pacienty s diabetem 2. typu. O tom, že jednání nejsou vůbec jednoduchá, svědčí i dopis SVL předsedkyni ČDS, jehož kopii též otiskujeme.

V listopadu t. r. se konala **třicátá výroční konference SVL**. Zájemci, kteří neměli možnost se této významné události praktických lékařů zúčastnit, najdou v tomto čísle kolekci vybraných zpráv ze zajímavých přednášek.

Z odborných článků jsme zařadili **problematiku bolestí pohybového aparátu** - článek z pera kolegy praktického lékaře přináší zajímavé pohledy na tyto problémy přímo z ordinace PL. Další článek, který byl v plánu, se měl týkat **močové inkontinence** a problematiky preskripce inkontinentních pomůcek, ale vzhledem ke stále nejasné metodice preskripce se autoři prozatím orientovali na problematiku možností medikamentózní léčby, což je také pro nás velmi zajímavé téma. Na instrukce, jak správně předepisovat inkontinenční pomůcky budeme muset počkat do upřesnění metodiky. V návaznosti na téma posuzování PN z minulého čísla jsme zařadili článek lékařky posudkové komise MPSV o problematice **posuzování PN a invalidity u hypertenze a nefropatií**.

Velký prostor jsme tentokrát uvolnili pro rubriku legislativy, kde přinášíme vybrané statě rozsáhlé **novelizovaného zákona 48/1997** o zdravotním pojištění, což je zatím jenom část změn, které na nás v roce 2012 čekají.

Přejeme Vám hojnost pozitivního myšlení do dalšího reformního roku, abyste jej přežili v plném tělesném i duševním zdraví a v dobré náladě.

za redakci Jaroslava Laňková, šéfredaktorka



17. listopad, IZIP a tak dále aneb farář, učitel a ...?

Opět jsme oslavili 17. listopad jako státní svátek. Téměř ze všech stran však slyšíme: „takto jsme to nechtěli“ nebo: „je vůbec co slavit“? Dovolte, abych oponoval: určitě je!

Přibližme si problémy současnosti na modelu IZIP: SVL mnoho let udržuje zcela konzistentní linii v této otázce: dobrý nápad, velmi špatné (a velmi drahé) provedení. Zástupci praktiků a mnoha dalších odborností zažili často velmi nepříjemná jednání s vedením IZIPu, vedením VZP apod. Byl často

vyvíjen všeobecně „osvědčený“ tlak typu med a bič na vyjednavače, střídaly se výhrůžky i sliby. „Boj“ to byl velmi nerovný: na jedné straně stamiliony až miliardy korun pro štáb lidí, kteří měli sto procent své osmihodinové pracovní doby na nejrůznější kampaně, PR agentury, mediální vystupování a na straně druhé lékaři, kteří tomuto boji mohli věnovat asi tak promile svého (ne)volného času poté, co zavřeli ordinace a (ne)dodělali hromady administrativy. Často jsme tomuto nerovnému boji říkali „okopávání kotníků“ a sebekriticky přiznávám, že jsem občas ztrácel důvěru, zda má smysl. Nyní se konečně ukázalo, jak hluboce pravdivá je obava každé totality ze středního stavu – kam lékaři vždy typicky patřili. Zatímco nejrůznější Opencards a další tunely jako Blanka se (bohužel) prosadit podařilo, IZIP snad neprojde.

A proč tedy vlastně o IZIPu v souvislosti se 17. listopadem píší, přestože jsem velký zastánce e-health i všeho kolem informačních technologií ve zdravotnictví? Chci na tomto případu ukázat, že svoboda, kterou jsme po 17. listopadu získali, není danost, ale stálý proces a je potřeba o ní stále bojovat. Jak jsem již psal výše, každá totalita (i ta finanční) se bojí občanské společnosti. Často slyšíme i od nejvyšších politiků volání: my jsme byli zvoleni, tak nám do toho 4 roky nemluvte. Že to tak úplně nefunguje, vidíme všude kolem sebe. Většina úředníků a politiků bez kontroly ztrácí kontakt s realitou. Náš národ přišel 40 lety vymývání mozků o vzory a elity. Současná společnost dává za normu názory různých filmových a jiných hvězd a hvězdiček resp. všehoschopných hrabošů peněz odkudkoli. V nadpisu jsem psal farář učitel a... doktor. Dříve bývala tato trojka elitou. Farářů je dnes málo, učitelé většinou o autoritu přišli. Kdo tedy zbyl? No ano, my lékaři. Pokusme se lidem ukazovat (vzorem – ne slovy), že bojovat proti nepravostem je správné, ať se jmenují jakkoli a schovávají se za jakýkoli projekt. Ukazujme, že existuje cosi jako kultura v nejširším slova smyslu (jednání, mluvy, vystupování, oblékání, stolování...) a že peníze nejsou jediným cílem snažení. Není to cesta jednoduchá a vládci nás za to mít rádi nebudou, ale vzpomeňme si ústřední heslo, které se objevovalo 17. listopadu 1989: „kdo, když ne my a kdy, když ne teď“.

MUDr. Cyril Mucha

Externí hodnocení kvality u POCT metod

Prohlášení představitelů odborných a profesních společností

Dnes, 21. 11. 2011, proběhlo jednání s VZP, na kterém bylo potvrzeno, že pro ZZ VPL a PLDD, která mají výkony CRP, INR a glyk. Hb nasmlouvány, je nadále dostačující doklad o úspěšném absolvování EHK 1x ročně. O tomto rozhodnutí byl SEKK ze strany VZP dne 7. 11. 2011 písemně informován. Platí tedy doporučení objednat EHK 1x ročně. Pokud by SEKK odmítl objednávku na jedno vyšetření přijmout, bude akceptována externí kontrola formou mezilaboratorního srovnání se standardní laboratoří. Přesný postup pro mezilaboratorní kontrolu připravujeme.

doc.MUDr.Svatopluk Býma, CSc.
předseda SVL ČLS JEP

MUDr.Pavel Neugebauer
předseda SPL DD ČR

MUDr.Jana Uhrová
místopředsedkyně SPL ČR

Jednání mezi zástupci SVL ČLS JEP, SPL ČR a SPLDD ČR a zástupci Úseku zdravotní péče Ústředí VZP ČR dne 21. 11. 2011

Výňatek ze zápisu, týkající se EHK

Přítomni: SVL ČLS JEP - doc. MUDr. Býma, MUDr. Lanková, SPL ČR - MUDr. Uhrová, SPLDD ČR - MUDr. Neugebauer, VZP - MUDr. Friedmannová, MUDr. Kučerová, MUDr. Šustková, JUDr. Jindrová, MUDr. Švecová

Výkony 01201. 01443. 01445 a 02230

01201 - péče o stabilizovaného nekomplikovaného diabetika 2. typu všeobecným praktickým lékařem

01443 - kvantitativní stanovení INR z kapilární krve (POCT)

01445 - stanovení glykovaného hemoglobinu HbA1c v ambulanci

02230 - kvantitativní stanovení CRP (POCT)

Rekapitulace: VZP od začátku roku 2011 nerozšiřovala smlouvy o nové výkony. V srpnu 2011 došlo ke změně v tom smyslu, že výkony péče o diabetika 01201 a 01445 bylo možné při splnění jasně definovaných podmínek nasmlouvat. Následně od září 2011 bylo možné nově nasmlouávat i další metody POCT (INR, CRP), opět při splnění jasně definovaných podmínek. Jednou z nich byl požadavek na externí hodnocení kvality (EHK) 2x ročně na základě upozornění odborníků na ne vždy pozitivní výsledky EHK u systémů POCT. Tato podmínka se nevztahuje na již dříve nasmlouvané výkony, na což VZP upozornila SEKK.

Zástupci PL a PLDD nesouhlasí s EHK 2x ročně, ale samozřejmosti musí být druhé EHK v případě negativního výsledku. Dále nesouhlasí s požadavkem na zapisování výsledků do EZK (tuto podmínku má VZP u výkonu 01445 - glykovaný Hb).

Závěr: Došlo k dohodě na EHK 1x ročně i u nově nasmlouvaných výkonů, v případě negativního výsledku je nezbytná kontrola do 6 měsíců. Otázku podmínky zapisování do EZK projedná VZP na poradě zdravotnického vedení za přítomnosti ředitele VZP ČR MUDr. Horáka dne 23. 11. 2011 a o výsledku bude SVL, SPL a PLDD informovat.

Originál zápisu je uložen na sekretariátu SVL ČLS JEP

Upozornění pro uživatele programů firmy CompuGroup Česká repulika, s. r. o.

Výbor SVL je zaskočen situací, kdy je uživatelům diabetologického modulu zasílána faktura na cca 2000 Kč za „roční programovou údržbu“. Při tvorbě tohoto modulu bylo zástupcům SVL přislíbeno, že bude za modul účtována částka 1 Kč bez DPH. O „programové údržbě“ se nehovořilo. Prosíme kolegy a kolegyně, aby zvážili výhodnost zakoupení modulu, resp. podepsání smlouvy a platbu za tento modul. Zástupci SVL budou s se SW firmami dále jednat.

MUDr. Cyril Mucha, člen výboru SVL odpovědný za IT

VÝZVA - statistické vykazování péče o diabetiky pro ÚZIS

Prosíme laskavě všechny lékaře pečující o pacienty s diabetem, aby tuto důležitou informaci neopomněli uvést při ročním statistickém vykazování pro ÚZIS, neboť tato data nám budou v příštím roce nápomocna k řešení připravovaného Národní diabetického programu.

Současně Vás žádáme o Vaší laskavou registraci na hlavní straně webu SVL (www.svl.cz) stran Vaší participace na léčbě diabetu v ordinaci VPL.

MUDr. Igor Karen, odb. garant SVL pro diabetes v primární péči

Vzdělávací semináře SVL ČLS JEP v lednu 2012

Hlavní téma: Léčba erektilní dysfunkce

Pneumokoková onem. dospělých a možnosti jejich prevence

další informace: www.svl.cz, odkaz: vzdělávání

Čtvrtek	5.1.2012	16:00 - 20:00	Ústí nad Labem, Best Western Hotel Vladimír, Masarykova 36
Čtvrtek	5.1.2012	16:00 - 20:00	Liberec, Clarion Grandhotel Zlatý Lev, Gutenbergova 3
Sobota	7.1.2012	9:00 - 13:00	Karlovy Vary - Sanatorium Saint Martel a.s., Lidická 12
Pondělí	9.1.2012	16:30 - 20:30	Zlín, Aula SZŠ, Příluky 372
Úterý	10.1.2012	16:00 - 20:00	Pardubice, Hotel Euro, Jiráskova 2781
Sobota	14.1.2012	9:00 - 13:00	Praha, Lék. dům, Sokolská 31
Sobota	14.1.2012	9:00 - 13:00	Plzeň, Šafránkův pavilon, Alej svobody 31 Březová
Středa	18.1.2012	17:00 - 21:00	Jihlava, presbytář Hotelu Gustav Mahler, Křížová
Čtvrtek	19.1.2012	16:00 - 20:00	Hradec Králové, Nové Adalbertinum, Velké náměstí 32
Čtvrtek	19.1.2012	16:00 - 20:00	Ostrava, Hotel Imperial, Tyršova 6
Čtvrtek	19.1.2012	16:00 - 20:00	Praha, Lék. dům, Sokolská 31
Sobota	21.1.2012	9:00 - 13:00	Brno, Kancelář veřejného ochránce práv, Údolní 39
Sobota	21.1.2012	9:00 - 13:00	Olomouc, Aula Právnické fakulty UP Olomouc , tř. 17. listopadu 8
Středa	25.1.2012	16:00 - 20:00	České Budějovice, budova Medipont s.r.o., Matice Školské 17
Středa	25.1.2012	16:00 - 20:00	Praha, Lék. dům, Sokolská 31



ČESKÁ LÉKAŘSKÁ SPOLEČNOST
J. E. PURKYNĚ
Společnost všeobecného lékařství

Vážená paní předsedkyně ČDS
prof. MUDr. Tereza Pelikánová, DrSc.
a výbor ČDS
Sokolská 31
120 26 Praha 2

V Praze dne 6. prosince 2011

Věc: Národní diabetologický program (NDP) - medializace

Vážená paní předsedkyně,

obracíme se na Vás a celý výbor ČDS s výzvou k řešení problému Národního diabetologického programu. Na schůzce konané dne 7. listopadu 2011 u pana ministra zdravotnictví doc. MUDr. L. Hegera CSc. bylo jasně deklarováno, že pro řešení NDP navrhnu odborné společnosti své zástupce do pracovních skupin a budou řešit koncepci zmíněného NDP.

O to více nás jako výbor i naše členy zaráží přístup prof. MUDr. M. Kvapila, místopředsedy ČDS, který v Medical Tribune v čísle 27 z 21. listopadu 2011 cituje a nechává publikovat NDP ve verzi, kterou jsme zásadně rozporovali, a kvůli které byla svolána schůzka na MZ ČR.

Zásadně nesouhlasíme s tvrzením, že "Celkově lze situaci v ČR hodnotit jako velmi dobrou...", když téměř 20 % pacientů s diagnosou DM není farmakologicky léčeno, značná část pacientů není kompenzována, apod.. Dále, že "...systém organizace péče o pacienty s diabetem nepotřebuje reformu...", podle nás potřebuje a zásadní, včetně navýšení a usměrnění finančních toků atd.

Právě o tom by měla být i koncepce NDP. Uvedené vyjádření považujeme za zavádějící, zejména, když se pracovní skupiny ještě ani nesešly. V této situaci dávat sliby, že definitivní verze bude koncem prosince 2011 je mimo realitu.

Žádáme Vás o iniciaci okamžitého svolání pracovních skupin (minimálně třeba v prvním kole zástupce diabetologů a VPL) k projednání koncepce NDP. Pokud se pracovní skupiny urychleně nesejdou, budeme o tom informovat media, pana ministra a do konce roku připravíme vlastní variantu s návrhem k projednání na MZ ČR.

S pozdravem

MUDr. Igor Karen
místopředseda pro profesní záležitosti

doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc.
předseda SVL ČLS JEP

U Hranic 3221/16, 100 00 Praha 10
Telefon: +420 267 184 042
Fax: +420 267 184 041
E-mail: svl@cls.cz

ZPRÁVA Z KONFERENCE

XXX. výroční konference Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP

9. – 12. listopadu 2011, Kongresové centrum Zlín

Poprvé v historii konferencí SVL ČLS JEP proběhla jubilejní 30. výroční konference v novém kongresovém centru ve Zlíně. Hlavním důvodem byla při narůstajícím zájmu praktických lékařů o účast na výročních konferencích již nedostačující kapacita kongresového centra hotelu Voroněž v Brně.

Při účasti 1210 registrovaných lékařů a 201 sester bylo v 20 tématických blocích předneseno 1300 minut odborných přednášek ústy 64 přednášejících, z nichž přes 20 % tvořili přednášející z řad praktických lékařů.

Tématické bloky programu:

- Doporučený postup - dyslipidémie
- Spolupráce praktického lékaře, kardiologa a nefrologa
- Moderní trendy v léčbě hypertenze
- Hypertenze
- Doporučený postup - žilní onemocnění
- Převrat v antikoagulační léčbě po 50 letech
- Infekce horních a dolních cest dýchacích
- Novinky v léčbě bolesti
- Kardiovaskulární prevence
- Nefrologie
- Doporučený postup - erektilní dysfunkce
- Algeziologie
- Doporučený postup – očkování
- Neurologie
- Doporučený postup - horní a dolní dyspeptický syndrom
- Doporučený postup – inkontinence
- Od dušnosti k plicní hypertenzi
- Doporučený postup - péče o alergika v ordinaci VPL
- Onkologická prevence
- Neodkladná péče

**ZPRÁVY Z VYBRANÝCH PŘEDNÁŠEK - 1. ČÁST****Blok neurologie**

MUDr. Petr Herle

**Roztroušená skleróza v zajetí mýtů**

V bloku neurologie vystoupila prof. Eva Havrdová z I. LF UK v Praze s tématem o roztroušené skleróze (RS), RS je autoimunní onemocnění, které 3x častěji postihuje ženy, a to nejčastěji ve věku 20 – 40 let. Prevalence v mírném pásmu je 110 – 200/ 100 000 obyvatel. V ČR je celkem evidováno 17 tisíc postižených. Uvedla rizikové faktory, mezi něž patří:

- Rasa

- Geografické vlivy, čím dál od rovníku, tím vyšší výskyt
- Genetické vlivy
- Infekční, častější virové infekce, EBV, „přečizené“ infekce
- Hormonální, hormonální ovlivnění imunitního systému u žen (zhoršení v době menstruace, po porodu)
- Kouření, urychluje a zhoršuje průběh
- Životní prostředí, strava (prozánětlivé potraviny – cukr, škrob), uzeniny, konzervanty, nedostatek vitamínu D

Mýtus 1: „RS nelze léčebně ovlivnit.“

Ve stádiu chronické progresy, kdy již došlo k atrofii mozku již nelze stav podstatně ovlivnit, ale čím časněji se podaří stanovit diagnózu a včas se zahájí léčba, tak tím lepší jsou výsledky terapie a je delší doba samostatnosti nemocného.

Byla stanovena nová mezinárodní diagnostická kritéria, která odhalují RS dříve a umožňují dříve zahájit terapii.

Mýtus 2: „Pacientka s RS nesmí mít děti, po porodu jí hrozí invalidita.“

Vycházíme z etického principu, že graviditu nelze zakázat, ačkoliv často vede rychle k invalidizaci. Ale při splnění daných kritérií lze důsledky gravidity na průběh RS omezit. Gravidita by měla být plánována, po graviditě by měl být co nejrychlejší návrat k původní imunomodulační léčbě a při kojení je nutné zvážit, zda terapie není důležitější. Skutečný problém představuje těžká ataka v I. trimestru gravidity a dále období do 3-6 měsíců po porodu.

Mýtus 3: „RS je dědičná, proto by pacienti neměli mít děti.“

Zde přednášející uvádí, že riziko je jen 30 % i u jednovaječných dvojčat. Větší vliv než zděděné geny má prostředí. Genetické pozadí choroby se týká především genů pro funkci imunitního systému. Je častější výskyt autoimunitních onemocnění v rodině. Stejně důležité jsou geny definující progresi choroby, které nejsou dosud přesně identifikované, dále geny pro schopnost zpracovat signál zprostředkovaný léky.

Mýtus 4: „Lumbální punkce je nebezpečná.“

Lumbální punkce byla dříve nebezpečná u tumoru v zadní jámě lebni nebo u mozkového abscesu. Dnes se před punkcí provádí vyšetření CT nebo MR, kterýmohou tato onemocnění zjistit. Lumbální jehla je dnes již atraumatická, takže pacienti mohou odejít za několik hodin po punkci domů.

Mýtus 5: „Pacienti s RS se nesmí namáhat a nesmějí sportovat.“

Tento mýtus již také není pravdivý, protože při omezení pohybu se zhoršuje kondice nemocného, tím se dále zhoršuje odolnost, pacienti většinou trpí více infekcemi a zhoršuje se údrava z atak. Při omezení pohybu přichází dříve kardiovaskulární komplikace a osteoporóza. Pacienti s horší kondicí mají větší deprese. Péče o fyzickou kondici je nutná od momentu sdělení diagnózy. Aerobní i anaerobní trénink je jediným řešením únavy. Klid je nutný pouze při akutní atace.

Diagnostika, léčba a prevence CMP

V další přednášce primář neurologického oddělení v Jihlavě Ondřej Škoda hovořil o diagnostice, léčbě a prevenci CMP. Z rozsáhlé a komplexní přednášky vybírám důležité údaje pro VPL.

CMP je definovaná jako “rychle se rozvíjející klinické známky ložiskového mozkového poškození, trvající déle než 24 hodin nebo vedoucí ke smrti, bez přítomnosti jiných zřejmých příčin než cerebrovaskulárního onemocnění”.

Každý pacient se známkami ložiskového mozkového poškození je po tuto dobu pokládán za pacienta s diagnózou CMP, až do uplynutí prvních 24 hodin, kdy je diagnóza potvrzena, nebo do okamžiku kompletního odeznění neurologického poškození v prvních 24 hodinách.

Incidence CMP v ČR je nyní odhadován na 285/100 tis. obyvatel/rok.

CMP rozdělujeme na:

- 1) mozkové ischemie (80 – 85 %)**
- 2) intracerebrální krvácení (10 – 15 %)**
- 3) subarachnoidální krvácení (5 %)**

Ischemická CMP (mozkový infarkt) je akutní ischemická nekróza neuronů vzniklá na podkladě poklesu nebo zástavy průtoku mozkovou tepnou. Příčiny jsou tromboembolické (až 90 %), nebo hemodynamické. Ve více než v 80 % případů je nález uzávěru mozkové tepny v akutním stádiu.

TIA má stejnou etiologii jako ischemická CMP ale klinické symptomy typicky trvají méně než 1 hod., maximálně do 24 hodin.

Příčiny ischemických CMP jsou kardioembolické (fibrilace síní, chlopenní náhrady, stavy po IM, kardiomyopatie atd.), (25 - 30 %), dále onemocnění velkých a středních tepen (aterosklerotické stenózy magistralních tepen), (20 - 30 %), onemocnění malých tepen (lakunární infarkty) - perforující arterioly, typicky subkortikální oblast, (25 - 35 %), a jiné příčiny - paradoxní embolizace, vaskulopatie aj.

Dále autor popisuje klinické příznaky CMP:

- ▶ **Náhly vznik, závislost na teritoriu poškozené mozkové tepny**
- ▶ **Slabost až ochrnutí a/nebo porucha citlivosti poloviny těla**
- ▶ **Porucha symbolických funkcí**
- ▶ **Deviace hlavy a očních bulbů, pohledová paréza**
- ▶ **Výpady zorného pole, diplopie**
- ▶ **Náhle vzniklá nevysvětlitelná závrať nebo náhlý pád ve spojení s dalšími centrálními neurologickými příznaky**
- ▶ **Amauróza (zpravidla jednostranná)**
- ▶ **Bolest hlavy - rovněž ve spojení s výše uvedenými příznaky**
- ▶ **V úvodu je možné zvracení, porucha vědomí nebo epileptické paroxysmy**

Autor dále informoval o managementu CMP v přednemocničním období. Podrobněji rozebral diagnostiku a terapii na lůžku v postakutním období. Je vhodné provést interní a kardiologické vyšetření, transtorakální a transezofageální echokardiografii, Holterovo monitorování EKG. Speciální laboratorní a genetická vyšetření, včetně trombofilních stavů. SPECT mozku metodou HM-PAO, EEG, případně perfúzní vyšetření mozku pomocí CT nebo MR.

Management ischemické CMP: Přednemocniční péči provádí většinou ZZS - zajištění vitálních funkcí, zajištění žilního přístupu, péče o dýchací cesty, podání kyslíku v případě hypoxie nebo podezření na dechovou insuficienci, podání antihypertenziv při TK nad 220/120 mmHg nebo při známkách kardiálního či renálního selhání. TK je třeba snižovat pomalu a maximálně do hodnot systol./diastol. TK 180/110 mmHg. Symptomatická léčba může být podána dle stavu pacienta (antiemetika, anxiolytika, antikonvulziva atd.) Již se nepodává etofylin i. m. ani i. v., protože nebyl prokázán efekt. V časně diagnostice CMP při hospitalizaci je nutné provést CT nebo MR mozku a cévní vyšetření (ultrazvuk, CTAG nebo MR).

Velmi praktické byly poznámky k **indikaci pacienta k trombolýze**. Uplatňuje se zde individuální přístup, aplikaci v rámci 4,5 hod. časového okna, většina dříve uváděných omezení je dnes považována za relativní.

Omezení indikace:

- Tíže příznaků CMP
- Pravděpodobně ne při velmi lehké CMP < 4 NIHSS
- Pravděpodobně ne při velmi těžké CMP > 25 NIHSS
- Neléčit staré infarkty ani časně fáze extenzivní CMP
- CT-ECASS kritéria nepomohou v období < 3 hodin

- Průkaz okluze tepen není požadován
- Věkové omezení (< 80 let) – pouze relativní
- Opatrně při souběhu diabetu + předchozích CMP
- Povinnost hlášení do registru SITS-MOST (+ registr IKTA)

Autor dále pokračoval indikacemi k rehabilitaci, možnostmi prevence a léčby komplikací.

Nakonec se autor zabýval **sekundární prevencí CMP**, mezi níž se řadí: režimová opatření, antiagregační léčba, antikoagulační léčba, léčba hypertenze, diabetu a hyperlipoproteinémie a operace a angioplastiky symptomatických stenóz magistralních tepen (zejm. karotid). Sekundární prevence ischemické CMP a TIA se neliší!

Mezi režimová opatření patří zákaz kouření, zákaz nadměrného požívání alkoholu, pravidelné cvičení, dostatek zeleniny a ovoce, omezení solení a stravy s nadbytkem tuků. Samozřejmě obézní by měli zhubnout.

Antiagregační terapii by měli mít nasazenu všichni, kde není indikovaná antikoagulační terapie. Clopidogrel je v sekundární prevenci CMP účinnější než ASA. Kombinace ASA (38–300 mg/den) a dipyridamolu (200 mg s prodlouženým uvolňováním 2x denně) je rovněž účinnější než samotná ASA. Antikoagulační léčbu by měli dostat všichni pacienti po CMP s fibrilací síní, nemají-li kontraindikaci. Očekáváme brzký příchod nových antikoagulačních léků na trh - přímých antagonistů trombinu a faktoru Xa, které budou bezpečnější než warfarin.

V závěru autor uvádí důležité prognostické údaje o pacientech s iktem: přibližně 30 % pacientů zůstává trvale nesoběstačných, většina z nich vyžaduje institucionální péči. V závislosti na závažnosti postižení a poskytnuté léčbě lze po 3 měsících od ischemické CMP očekávat asi 30 % mortalitu, 30 % invaliditu a 40 % pravděpodobnost částečného nebo úplného vyléčení.

Žilní onemocnění (doporučený postup)

MUDr. Jana Vojtíšková



Nový doporučený postup chronická žilní onemocnění dolních končetin uvedl na 30. konferenci SVL ČLS JEP konané dne 10. 11. 2011 ve Zlíně doc. MUDr. Bohumil Seifert Ph.D. Představil autory a oponenty nově vzniklého DP. Po té zazněla přednáška MUDr. Jany Vojtíškové na téma Praktické aspekty léčby žilních onemocnění v praxi a přednáška doc. MUDr. Debory Karetové: Doporučený postup – žilní onemocnění.

Zdálo by se, že žilní onemocnění je banální problematika, která naše pacienty bezprostředně neohrožuje na životě – my ale víme, že přináší komplikace a v konečném důsledku výrazně zhoršuje kvalitu života. O tom, že prevalence onemocnění v populaci je velmi vysoká přinášejí důkazy světové studie, které uvádějí, že až 25 % populace trpí některými závažnějšími žilními abnormalitami. Logicky z toho vyplývá i vysoký počet konzultací v ordinacích praktických lékařů. Autoři doporučeného postupu si položili základní otázky, pokusili se zmapovat nejčastější klinické situace a popsat nástroje, které ve svých praxích VPL používají. Doporučený postup by se měl stát pomůckou a oporou pro mnohdy obtížné rozhodování. Varixy dolních končetin, žilní insuficience, kožní defekty žilního původu jsou stádia nemoci, kterým pacienti věnují

značnou pozornost, neboť je obvykle obtěžují a řada pacientů je řeší, byť jen z estetického důvodu (nejčastěji varixy u žen). Symptomy onemocnění v časných stádiích však obvykle pacienti považují za běžný jev, například po zátěži a ke konzultaci s lékařem přicházejí teprve v okamžiku, kdy je symptom obtěžuje či poleká, nebo si ještě asymptomatický pacient uvědomí svoji rodinnou zátěž ve smyslu rozvoje žilní insuficience. Dobrým příkladem je pocit tíže v končetinách nebo otoky. Přestože existuje celá řada různých doporučení, jen některá z nich jsou podložena medicínskými důkazy a řada z nich je značně kontroverzních. Na kazuistikách z praxe lze dobře dokumentovat, jak obtížné může být rozhodování praktického lékaře ke správnému doporučení u konkrétního pacienta.

Kazuistika

Uvedeným příkladem byla 27 letá pacientka, které se po prvním těhotenství objevily venektázie, drobné varixy a časně symptomy jako pocity těžkých nohou, pálení v končetinách a občasně otoky měnlivého rozsahu. Matka i babička pacientky mají varixy, babička navíc trpí velmi těžkými otoky končetin. Pacientka má BMI 27, je společenskou kuřačkou, t. č. užívá hormonální antikoncepci. Pacientka zná řadu informací, které si prostudovala na internetu a klade mnohé otázky. Žádá optimální řešení svého problému.

Zásadní otázkou je možnost intervence, a jaké? Pravděpodobně vhodným řešením by mohla být u této pacientky skleroterapie, ale je jí 27 let, výhledově uvažuje minimálně o ještě jednom těhotenství. Je třeba jí vysvětlit pravděpodobně zvýšené riziko zhoršení stavu při další graviditě, (pokud by již teď došlo k chirurgickému výkonu).

Další zásadní otázkou je volba a možnost nasazení farmakoterapie. Mikronizovaný diosmin s hesperidinem (Detralex) má nejvíce důkazů (protizánětlivý a antiedematózní efekt) na zlepšení tíže subjektivních obtíží. Této pacientce byl proto doporučen Detralex v dávkování 2x 1 tbl.

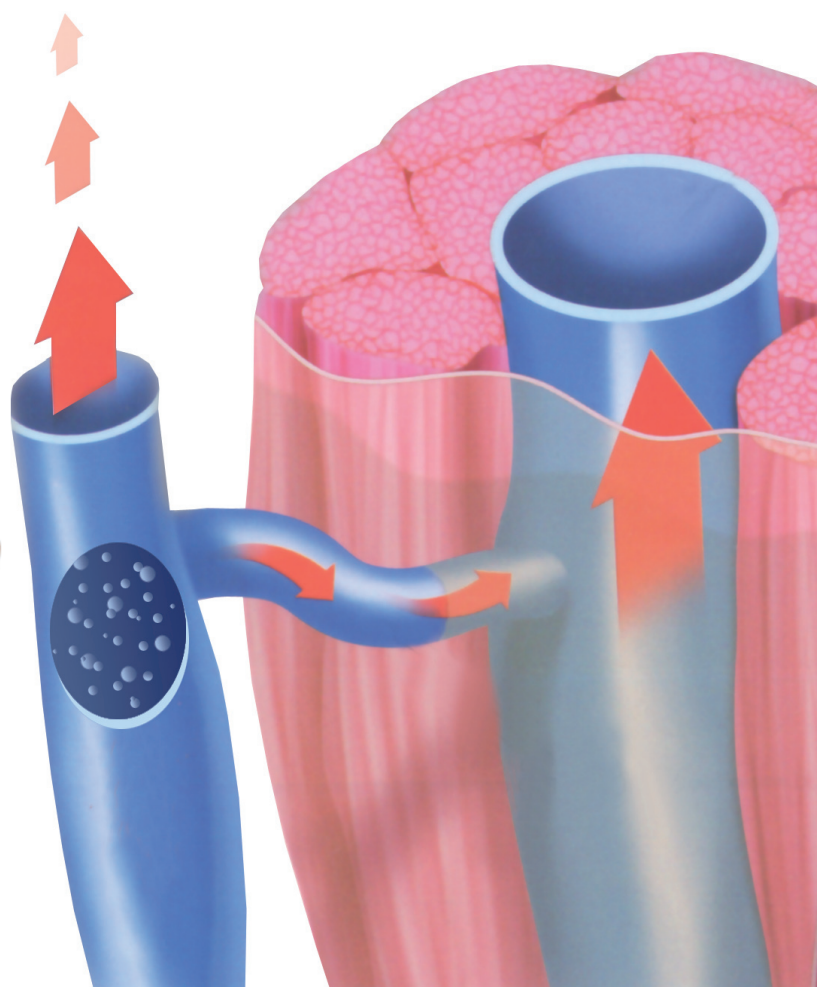
Otázky, které pacientku velmi zajímají, jsou další těhotenství a možné riziko s přihlédnutím k vývoji varixů na DK a také návrat do původního zaměstnání, kde pracuje jako pokojská. Při dalším těhotenství může pravděpodobně dojít ke zhoršení obtíží a lokálního nálezu na dolních končetinách. Zaměstnání pokojské lze doporučit, nevhodná je profese spojená s dlouhým stáním či sezením. Otázkou je u této mladé pacientky rozsah kompresivní terapie. Vzhledem k nálezu počínajících varixů lze považovat za jisté, že kompresivní léčba spolu s farmakoterapií zlepší reologické poměry v žilách. Vzhledem k aktuálnímu stavu lze jistě přinejmenším podpůrné punčochy doporučit, zejména pak v možném budoucím těhotenství, ale v současném stavu není trvalá komprese nezbytná. Podíváme-li se na anamnézu pacientky, nacházíme zde celou řadu rizikových faktorů pro rozvoj choroby. Žena s pozitivní rodinnou anamnézou (matka, babička varixy), nadváha, typický charakter obtíží (tíže v končetinách, pocity pálení, občasně otoky), vyvolávající moment těhotenství, možný vliv hormonální - diskutován problém jak dalece ovlivňuje obtíže hormonální antikoncepce (vliv na zpomalení žilního toku a tím zhoršení symptomů), zvýšené riziko TEN u pacientek s varixy užívajících hormonální antikoncepci. Není zjištěn žádný vliv kouření na rozvoj varixů - v rámci obecných doporučení ke správnému životnímu stylu se však snažíme pacientku přesvědčit o nekuřáctví (potažmo když hodlá výhledově otěhotnět). Zrovna tak chybí přesvědčivé důkazy o vlivu životního stylu na rozvoj choroby a my budeme pacientku edukovat o snížení těles-

detralex[®]

mikronizovaná
purifikovaná
flavonoidní
frakce

MIKROSTRUKTURA PRO MAKRO ÚČINEK

JEDINÉ MIKRONIZOVANÉ VENOTONIKUM



Zkrácená informace o přípravku Detralex

Složení a balení: Léčivá látka: Flavonoidorum fractio purificata micronisata 500 mg; Diosminum 450 mg, Flavonoida 50 mg vyjádřené jako Hesperidinum v jedné potahované tabletě; 30 nebo 60 potahovaných tablet v jednom balení. Farmakologické vlastnosti: Venotonikum a vazoprotektivum. Detralex působí na zpětný návrat krve ve vaskulárním systému; na úrovni žil snižuje venózní distenzibilitu a redukuje venostázu; na úrovni mikrocirkulace normalizuje kapilární permeabilitu a zvyšuje kapilární rezistenci; na lymfatické úrovni zvyšuje lymfatický průtok. Indikace: Léčba příznaků a projevů chronické žilní insuficience dolních končetin, funkčních nebo organických: pocit tíhy, bolest, noční křeče, edém, trofické změny, včetně bércevého vředu. Léčba akutní ataky hemoroidálního onemocnění, základní léčba subjektivních příznaků a funkčních objektivních projevů hemoroidálního onemocnění. Přípravek je určen dospělým pacientům. Nežádoucí účinky: Byly popsány gastrointestinální poruchy (časté: nauzea, vomitus, dyspepsie, gastralgie) a poruchy nervového systému (vzácné: závratě, bolesti hlavy). Intenzita a četnost nežádoucích účinků nevyžaduje přerušování léčby. Interakce: Nejsou známy. Těhotenství a kojení: Ve studiích, kdy se přípravek podával těhotným ženám i ženám po porodu, nedošlo k žádnému nepříznivému ovlivnění těhotenství ani plodu. Postnatální experimentální studie neprokázaly žádné anatomické anomálie ani potíže v chování mláďat během období kojení. Kontraindikace: hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku přípravku. Dávkování a způsob podání: Venolymfatická insuficience: 2 tablety denně. Hemoroidální onemocnění: Akutní hemoroidální ataka: 6 tablet denně během prvních 4 dnů, poté 4 tablety denně během následujících 3 dnů. Udržovací dávka: 2 tablety denně. Podmínky uchování: Při teplotě do 30°C. Úplná informace pro předepisování viz Souhrn údajů o přípravku. Datum poslední revize textu: 7.3.2007. Přípravek je k dispozici v lékárnách na lékařský předpis. Přípravek je částečně hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Registrační číslo: 85/392/91-C. Držitel registračního rozhodnutí: Les Laboratoires Servier, 22, rue Garnier, 92 200 Neuilly-sur-Seine, Francie. Další informace na adrese: Servier s.r.o., Praha City Center, Klimentská 46, 110 02 Praha 1, tel.: 222 118 511, fax: 222 118 501, www.servier.cz





Cardiovascular

Spektrum řešení



né váhy a vhodné úpravě pohybového režimu (plavání, kolo, chůze).

Ve fyzikálním nálezu naší pacientky je zřejmá nadváha (BMI 27). Na končetinách vidíme jemné venektázie oboustranně (charakteristické metličky) a drobné varixy zřetelnější v oblasti levého bérce. Uváděný otok bývá též oboustranný, lokalizace zejména v nártách do výše kotníků měnlivého rozsahu v závislosti na denní aktivitě a počasí. Výrazné zhoršení pacientka udává ve velmi teplých dnech.

Doporučený postup

Rozbor kazuistiky byl proveden se zřetelem na uváděná doporučení v novém DP. Tento ve svém následném sdělení přednesla docentka MUDr. Debora Karetová z 1. interní kliniky VFN Praha. Charakterizovala chronická žilní onemocnění, objasnila rozdíly mezi termíny chronické žilní onemocnění a chronická žilní insuficience. Dále objasnila a popsala patofyziologické mechanismy a vysvětlila vznik žilní hypertenze v důsledku refluxu. Příčinou žilní hypertenze je u většiny nemocných reflux v důsledku nedomykavosti žilních chlopní v povrchovém či hlubokém systému nebo obstrukce řečiště s omezením žilního návratu (například v případě proběhlé flebotrombózy). Prevalence žilních nemocí v dospělé populaci se odhaduje na 5-30 %, varixy vyžadující léčbu má 20 % osob a aktivní bérceový vřed 1 %.

Za rizikové faktory vzniku žilních nemocí jsou považovány věk, ženské pohlaví, dědičnost, obezita, těhotenství a obecně vliv hormonů, ale také vyšší tělesný vzrůst a profesionální zátěž. Onemocnění je charakterizováno pestrými příznaky, které je někdy těžké odlišit od příznaků neurologického původu, typická je variabilita v závislosti na poloze, činnosti, teplotě, ale i např. fázi menstruačního cyklu. Používaná mezinárodní klasifikace se snaží postihnout nejen projevy nemocí, ale určit i etiologii. CEAP klasifikace = C (klinika), E (etiologie), A (anatomie), P (patofyziologie). Ke kompletnímu stanovení klasifikace je nutné provedení duplexní sonografie, což z kapacitních důvodů není možné provést u všech nemocných. Tato se provádí u nemocných s výraznými otoky, kožními změnami či vředem a u všech pacientů před plánovanou operací varixů. Diagnostika chronických žilních nemocí se opírá o anamnézu a fyzikální vyšetření optimálně i ve stoji. To může samozřejmě provést ve své ordinaci všeobecný praktický lékař. Následné vyšetření duplexní monografie provádí již specialista. Docentka Karetová zdůraznila význam důkladné anamnézy a pečlivého fyzikálního vyšetření s vyhodnocením a popisem kožního nálezu. Duplexní sonografie je nutná pro zjištění průchodnosti žilního řečiště, zpřesnění anatomických poměrů, určení a lokalizaci refluxu. Podle zjištěného stádia choroby a intenzity potíží nemocného volíme mezi léčbou konzervativní (režimová opatření, kompresivní léčba, farmakoterapie) nebo radikální (eliminace varixů a refluxu). Smyslem léčby je prevence vzniku a fixace žilní hypertenze. Kausální léčbou je odstranění refluxu nebo obstrukce v oblasti žilního systému, tedy radikální přístup. Od fáze intermitentního nebo již vyvinutého otoku je indikováno vyšetření specialistou angiologem. Smyslem kompresivní léčby je bránit hydrostatickým silám při žilní hypertenzi. Punčochy by měly mít tlak odpovídající klinickému stavu. Nejběžněji se užívá II. kompresní třída. Není nezbytné trvat na trvalé kompresi, ale realizovat ji být částečně. Nezbytnou součástí léčby je samozřejmě i péče o kůži. Hlavním mechanismem účinku venotonik je zlepšení žilního tonu a inhibice nevýhodných patologických dějů v mikrocirkulaci (např. potlačení aktivace

leukocytů, zvýšení lymfatické drenáže atd.). Použití farmakoterapie je u nás obvyklé a na trhu je celá řada různých preparátů. Nejvíce studií s příznivým efektem má mikronizovaný diosmin s hesperidinem (Detralex), který zmírňuje symptomy a prokazatelně zlepšuje hojení vředu. Intervenční – radikální léčba zahrnuje celou škálu moderních metod od skleroterapie po léčbu endovaskulární, jako je např. tepelná či laserová ablace. Klasickou metodou zůstává ligace a stripping (safén), flebektomie. K chirurgické léčbě jsou indikováni nemocní s žilní insuficiencí, kteří dostatečně neodpovídají na konzervativní léčbu. Kontraindikací chirurgické léčby jsou následující stavy: závažné celkové onemocnění, akutní hluboká žilní trombóza, porucha hemokoagulace, lymfedém, imobilní pacient, ICHDK III. - IV. stádia dle Fontaina, těhotenství. Varixy mohou být komplikovány zejména varikoflebitidou (nejčastěji) eventuálně krvácením z varixů. Docentka Karetová zdůraznila **nevhodnost antibiotické léčby varikoflebitidy** (sterilní zánět) a doporučila aplikaci nesteroidních antirevmatik, kompresi a mobilitu pacienta. Krvácení vyžaduje kompresi prstem v krvácejícím místě, naložení obvazu spolu s elevací končetiny, následně chirurgické ošetření. Pro správný management žilních onemocnění dolních končetin je třeba znát indikace ke včasnému odeslání pacienta k angiologovi nebo cévnímu chirurgovi. Doporučený postup má ambice napomoci všeobecným praktickým lékařům ke správné orientaci v této problematice.

Blok nefrologie

MUDr. Pavel Brejník



Jak poznat pacienta s rizikem vývoje onemocnění ledvin

První přednášku v bloku nefrologie měl prim. MUDr. Martin Havrda, kterou nazval "Jak poznat pacienta s rizikem vývoje onemocnění ledvin".

► Zmínil současnou klasifikaci chronického onemocnění ledvin (CKD - Chronic Kidney Disease), kdy základním rozlišovacím parametrem je úroveň glomerulární filtrace (GF) a přítomnost proteinurie nebo mikroalbuminurie. Zdůraznil významnost onemocnění ledvin. Citoval studii proběhlou ve Velké Británii, že část onemocnění se netýká pouze nefrologie, ale je problematikou například interní nebo kardiologickou.

► Zdůraznil nutnost zamyšlení a rozlišení více nebo méně ohrožených pacientů. Již skutečnosti zjištěné anamnézou, jako jsou diabetes mellitus 1. a 2. typu, léčená či neléčená hypertenze, městnavé srdeční selhání, dřívější onemocnění ledvin, mohou upřesnit odhad rizika.

► Položil si otázku, co řekne vyšetření proteinurie a mikroalbuminurie pro stanovení prognostických faktorů pro případné riziko selhání či onemocnění ledvin. Pohovořil o klasifikaci proteinurie (dle Lamb et al. 2009) pomocí PCR (protein: kreatinin ratio) a ACR (albumin: kreatinin ratio), na fyziologickou, mikroalbuminurii, proteinurii a těžkou proteinurii.

► Vysvětlil, co řeknou hodnoty glomerulární filtrace a současná přítomnost proteinurie či mikroalbuminurie k míře rizika vývoje chronického onemocnění ledvin. Zmínil se i o vlivu socioekonomických faktorů.

Závěrem zdůraznil použití kombinace anamnézy, hodnot glomerulární filtrace a výše proteinurie pro stanovení rizika vývoje onemocnění ledvin.

Jak ovlivnit renální a KV prognózu u pacientů s CKD

Druhé sdělení v bloku, které odpovídalo na zásadní otázku - jak ovlivnit u pacienta s chronickým onemocněním ledvin renální i kardiovaskulární prognózu, přednesl prof. MUDr. Václav Monhart CSc.

► Zmínil několik studií o odhadu rizika a péče o KV onemocnění u pacientů s CKD. CKD zvyšuje kardiovaskulární riziko u hypertoniků a osob s nemocí srdce, mozkových a končetinových cév. Renální riziko (progrese do selhání ledvin) a KV riziko (ICHs, CPM, ICHDK) narůstá od časných stádií CKD. Sdělil, že komplexní léčba chrání ledviny i KV systém snižuje počet KV příhod u pacientů s CKD.

► Konstatoval, že diabetici 2. typu mají o 2-4x vyšší riziko KVO, při současné hypertenzi bylo konstatováno 2x vyšší riziko celkové mortality a CPM, 3x vyšší riziko ICHs, významný nárůst progrese komplikací diabetu včetně diabetické nefropatie.

► Zmínil se o rizikových faktorech KV onemocnění u chronických nemocí ledvin.

► Popsal farmakoterapii hypertenze u chronických onemocnění ledvin. Zahájení inhibitory ACE nebo sartanem, při nedostatku přidat diuretikum nebo kalciový blokátor. Vyzdvihl non DHP kalciový blokátor verapamil.

► Porovnal mechanismy snížení rizika KVO a CKD. Snížení obou rizik nastává dobrou kontrolou krevního tlaku, nasazením inhibitorů ACE a sartanů, účinnou kontrolou diabetu. Hypolipidemická léčba a protideštičková léčba snižují riziko KVO, ale neovlivní progresi CKD.

► Za cílový krevní tlak u pacientů s diabetem 2. typu je považován systolický TK 130-135 mm Hg. Agresivní cíl pod 130 mm Hg snižuje riziko CPM, ale neovlivní riziko ostatních makro-mikrovaskulárních příhod (srdeční, renální a oční) a zvyšuje riziko NÚ.

Za cílový krevní tlak u chronických onemocnění ledvin je považována výše 130-139/80-85 mm Hg.

► Při prevenci hypertrofie LK srdeční terapií ACEi u hypertenzních diabetiků 2. typu mělo hypertrofii za sledování 36 měsíců 3,1 % pacientů léčených trandolapilem a 8,2 % léčených bez ACEi.

► Zmínil se o všech ACE inhibitorech na našem trhu. Pro pacienty s CKD preferoval ACEi s duálním vylučováním játry a ledvinami, zejména ty s delším plasmatickým poločasem. Tato kritéria splňuje trandolapril s eliminací 30 % v ledvinách a 70 % játry a plasmatickým poločasem 16-24 hodin.

► Zdůraznil nutnost včasné diagnostiky mikroalbuminurie. Při progresi albuminurie do mikroalbuminurie dochází s vyšší mikroalbuminurií k vyšší četnosti KV příhod.

► Rozebral vliv statinů na KV prognózu u CKD (citací studií Sharp, Aurora, 4D, Care) se závěrem, že léčba statiny ovlivní riziko KVO, ale neovlivní progresi CKD.

► V závěru shrnul základní otázku jak ovlivnit pacienta s CKD renální a KV prognózu do 4 vět:

- **Intervencí současně zaměřit na ovlivnitelné klasické a renálně specifické rizikové faktory.**
- **Těžiště komplexní léčby = kontrola TK a redukce protei-nurie/mikroalbuminurie.**
- **Nezbytnou součástí je farmakologická blokáda systému renin-angiotensin.**
- **Chraňte své ledviny - šetřte vaše srdce.**

Základní pojmy alergologie

Zpráva z přednášek Tomáše Rohovského a Tomáše Kočího z České společnosti alergologie a klinické imunologie



MUDr. Zuzana Miškovská, Ph.D.

Imunitní systém má za úkol udržet homeostázu. Rozpoznává cizí od vlastního. Cizí zpracovává, likviduje a vylučuje. Alergie je porucha schopnosti rozlišovat škodlivé od neškodného, kdy neškodné látky vyvolají mohutnou obrannou reakci. Alergií je postiženo 40 % populace.

Spouštěče alergií můžeme rozdělit na **inhalační alergen-y, potravinové alergen-y, kontaktní alergen-y, léky a hmyz.**

Pseudoalergie jsou alergii podobné reakce, které však nejsou vyvolány imunologickým mechanismem (některé léky, potraviny, chemické a fyzikálně vyvolané reakce). Alergická onemocnění je možno klasifikovat podle převažujících projevů (anafylaktický šok, alergická rýma, alergický zánět spojivek, astma, alergická kopřivka, atopický ekzém), nebo podle spouštěcího faktoru (viz výše).

Před alergologickým vyšetřením je vhodné provést KO + dif, FW, CRP, imunoglobuliny IgG, IgA, IgM a IgE. Není třeba zvláštní přípravy, není limitace věkem ani ročním obdobím, není limitací protialergická a protiaستمatická léčba (efekt medikace může naznačit diagnózu). Některé léky (antihistaminika, p.o. steroidy) brání provedení kožních testů. Všeobecně netestujeme v době akutního onemocnění. Při provádění prick testů je vhodné vynechat minimálně na 4 dny antihistaminika, na 3 týdny lokální kortikoidy aplikované na volární stranu předloktí. U chronicky nemocných pacientů lze ponechat zavedenou medikaci a jen uvést seznam a dávky. Kontraindikace: akutní onemocnění, betablokátory, těhotenství, těžký ekzém.

Systematická práce s alergikem: Prvním požadavkem je provedení režimových opatření k eliminaci příčinných alergenů (odstranění např. zvířat, roztočů, potravin). Při nedostatečném efektu je nutno přidat protialergickou medikaci, při lehkých příznacích jen při obtížích, při těžších i dlouhodobě – sezónně, celoročně. Při nedostatečném efektu kombinovat preventivní léky v dlouhodobém schématu. Vždy mít k dispozici úlevovou medikaci. Pokud jsou splněna kritéria, vést SAIT (specifická alergenová imunoterapie), která je jedinou kauzální terapií. Alergikům důsledně přeléčovat bakteriální infekty antibiotiky, při viroinfektech se antibiotikům vyhnout. Při každém infektu hrozí dekompenzace alergického onemocnění. V případě vážnějších recidivujících infekcí (více jak čtyři za rok) zvažovat imunologické vyšetření. Bakteriální imunomodulátory indikovat s opatrností.

Alergiky lze očkovat bez omezení s výjimkou známé přecitlivělosti na vaječný bílek (některé chřipkové vakcíny). Každou suspekci na alergickou reakci po očkování nutno konzultovat s alergologem.

Reakce na kontrastní látky nejsou u alergiků častější oproti ostatní populaci - nejsou imunologicky mediované. V případě reakce v anamnéze vyžadovat při vyšetření anesteziologa.

Pro přípravu na operaci není jednotný protokol. U závažnějších stavů je nutná konzultace alergologa. U astmatiků je vyžadována spirometrie, dle stavu se navyšují inhalační kortikosteroidy, podávají se celkově steroidy či přidávají beta-mimetika. Při alergii na anestetika či myorelaxancia je vždy vhodné konzultovat alergologa.

Význam onkogenetické konzultace

MUDr. Zuzana Miškovská, Ph.D.

Se stoupající prevalencí a incidencí zhoubných novotvarů se jeví stále aktuálnější otázka včasného zachytu onkologických onemocnění. Dle EBM a dle DP máme v rámci sekundární prevence k dispozici pro většinu pacientů jednak individuálně zaměřenou diagnostiku, jednak systém screeningových programů.

Pro určitou skupinu našich nemocných ale běžné preventivní a screeningové programy k včasnému zachytu zhoubných novotvarů nestačí. Jsou to nemocní, kteří mají výrazně vyšší vrozenou dispoziční ke vzniku a vývoji zhoubného novotvaru, tyto nemocní si zasluhují individuální plán sekundárně preventivních opatření.

K těmto rizikovým nemocným patří ti, kde byl u pokrevných příbuzných diagnostikován stejný tumor (nebo tumor stejného systému nebo stejné jednotky - např. prso+ ovarium) opakovaně a/nebo v nezvykle nízkém věku, muži s karcinomem prsu, nemocní s multiplicitními nádory.

V rámci preventivní prohlídky by měl praktický lékař zhodnotit pacientovu onkologickou anamnézu nejen osobní, ale i rodinnou, a to i u pacientových příbuzných opačného pohlaví. Pokud se zjistí kumulace nádorů, pak je vhodná onkogenetická konzultace. Ke konzultaci je vhodné zajistit informace o rodinné anamnéze, aby bylo možné sestavit alespoň třígenerační rodokmen. Výstupem z konzultace je zpráva se zhodnocením onkologického rizika a doporučením preventivní a dispenzární péče. U osob s nízkým rizikem (odpovídá riziku populačnímu) je doporučena primární prevence a účast v preventivních a screeningových programech, u osob se zvýšeným rizikem je doporučena dispenzární péče mimo standardní prevence a screeningy - např. sonografické vyšetření prsů od 30 let, TOKS od 40 let. Osobám s vysokým rizikem je nabídnuto genetické testování. Genetickému testování musí předcházet konzultace a edukace nemocného, nemocný podepisuje informovaný souhlas a po testování následuje další edukační pohovor s genetikem - to vše včetně zodpovědnosti za indukovanou péči zajišťuje akreditované onkogenetické pracoviště.

Znalost nosičství onkogenu má význam nejen pro nemocného a jeho dispenzární péči, ale i pro jeho potomky a jejich včasnou diagnostiku.

Onkogenetická konzultace rozšiřuje spektrum sekundární prevence. Pro pacienta je nenáročná, její závěr dává pacientovi i praktikovi jistotu. Pro indikujícího lékaře nezvyšuje indukovanou péči.

Možnosti léčby akutní bolesti

MUDr. Bohumil Skála, Ph.D.



Akutní bolest provází celou řadu, prakticky můžeme říci, každé onemocnění. Je jen otázkou intenzity a délky bolesti. Proto v léčbě akutní bolesti platí a měla by platit jedna zásada: akutní bolestivý stav vázaný na dané onemocnění musí zvládnout lékař každé odbornosti. Jistě každý z nás se potkal se samotným faktem bolesti. Jistě většina z nás četla kouzelné povídky Karla Čapka, kde popis bolesti zubů je skvostem a

chválou spisovatelova umění používat český jazyk.

Homér: bolest je způsobena šípy, které vystřelují bohové.

Aristoteles: bolest je stav duše.

Platon: bolest vzniká uvnitř těla.

Descartes: bolest vzniká taháním za vzdušné trubice, které ústí do komorového systému mozku.

„Bolest je důležitý zdravotnický problém v Evropě. Akutní bolest může být považována za symptom onemocnění či úrazu, chronická a opakující se bolest je specifickým zdravotnickým problémem, je samostatným onemocněním“ (deklarace Evropské části mezinárodní federace léčby bolesti).

Tedy akutní bolest má v podstatě ochranný význam, signalizuje poškození nějakého orgánu a právě poznáním, že klid, nečinnost, znehybnění je jednou ze složek léčby bolesti, omezuje aktivitu poškozené části a tím samozřejmě možnost dalšího zhoršení stavu. Akutně vzniklá bolest rozvíjí i stresové mechanismy, kdy základní premisa stresu: útek nebo útok – a bolest je výrazný stresor, pak bolestivý stav vede organismus k útoku nebo útoku a po bezprostředním odeznění ohrožujícího děje se naplno projeví vnímání bolesti.

Léčba akutní bolesti vychází ze základního schématu – třístupňového žebříčku bolesti a v podstatě se doporučuje postupovat krok za krokem dolů, tedy podle intenzity bolesti a délky trvání začít tím stupněm, kde je vnímání bolesti snesitelné.

I. stupeň: periferní analgetika, jejichž hlavním zástupcem jsou léky ze skupiny NSA (doplněné koanalgetiky dle potřeby)

II. stupeň: slabé opioidy (přidáváme k NSA a doplňujeme koanalgetiky)

III. stupeň: silné opioidy za stejných zásad + NSA a koanalgetika

Jsou některé typy bolestí, které mají vlastní schémata léčby:

- Perioperační, pooperační bolest
- Postherpetická bolest
- Viscerální (kolikovitá) bolest
- Bolest postherpetická

Jemný předěl mezi akutní bolestí, recidivou akutních bolestí v určitém časovém úseku, subchronickou a chronickou bolestí je velmi malý. Můžeme říci, že nedostatečně léčená akutní bolest vede velmi rychle (v řádu týdnů) ke vzniku chronické bolesti, kde je již léčba svízelná a vlastně bolest ztrácí svůj varovný a ochranný charakter.

Akutní bolest má svá některá pravidla, která si musíme uvědomovat:

Jedním z diskutovaných faktů je určitý posun v účinnosti zavedených léků podle třístupňového žebříčku léčby bolesti dle WHO a tzv. Oxfordskou ligu analgetik je založena na metaanalýze kvalitních klinických studií.

Tvůrci: Nezávislá výzkumná skupina (více na www.ebandolier.com)

V podstatě můžeme říci, že účinnost léku – analgetika je hodnocena indexem NNT - viz obrázek č. 1.

NNT = počet léčených pacientů, aby právě 1 z nich dosáhl více než 50 % úlevy (posuzováno např. VAS škálou).

Čím nižší NNT, tím lepší a spolehlivější účinek.

Klasikou v léčbě bolestivých stavů zůstávají NSA

- Efekt NSA spolehlivě prokázán
- Účinnost jednotlivých NSA se významně neliší
- Časově omezené podávání – pro nežádoucí účinky

xefo[®]rapid

lornoxicam

Nestereoidní antirevmatikum s vyváženou COX-1/COX-2 inhibicí

- Rychlý nástup analgetického účinku (~30 minut)
- Rychlé dosažení účinných plasmatických koncentrací ($T_{max} \sim 30$ minut)
- Významně kratší biologický poločas eliminace v porovnání s ostatními oxikamy ($T_{1/2}$ 3-4 hodiny)



Zkrácená informace o přípravku Xefo[®] Rapid:

Název přípravku: Xefo[®] Rapid 8 mg Složení: Jedna potahovaná tableta obsahuje 8 mg lornoxicamum. **Indikace:** Krátkodobé zmírnění akutní mírné až středně silné bolesti. **Indikační skupina:** Protizánětlivé a antirevmatické přípravky, nesteroidní, oxikamy. **Dávkování a způsob podání:** 8-16 mg lornoxicamu podáváno v dávkách po 8 mg. První den léčby lze podávat počáteční dávku 16 mg a o 12 hodin později 8 mg. Maximální doporučená denní dávka 16 mg. Podávání lornoxicamu dětem a mladistvým do 18 let se nedoporučuje. U pacientů trpících poruchou funkce ledvin nebo jater se doporučuje snížení četnosti dávek přípravku Xefo[®] Rapid na jednu dávku denně. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku, přecitlivělost na jiná NSAID včetně kyseliny acetylsalicylové, trombocytopenie, závažná srdeční porucha, krvácení do gastrointestinálního traktu nebo jeho perforace, jiné poruchy krvácivosti, současný nebo v anamnéze uvedený rekurentní peptický vřed nebo hemoragie, závažná porucha jater nebo ledvin, třetí trimestr těhotenství. **Zvláštní upozornění:** Při dlouhodobé léčbě (déle než 3 měsíce) se doporučují pravidelná laboratorní hematologická vyšetření, vyšetření funkce jater a jaterních enzymů. Při používání lornoxicamu je zvýšené riziko gastrointestinální ulcerace nebo krvácení. Lornoxicam by se neměl používat souběžně s jinými NSAID, včetně selektivních inhibitorů cyklooxygenázy-2. **Interakce:** Souběžné podávání lornoxicamu může snížit antihypertenzní účinek inhibitorů ACE, beta-adrenergických blokátorů a blokátorů angiotensin-II receptorů, diuretický a antihypertenzní účinek thiazidových a kalium šetřících diuretik. Může dojít ke zvýšení koncentrace cyklosporinu v séru a zvýšení jeho nefrotoxicity,

ke zvýšení rizika nefrotoxicity takrolimu v důsledku snížené syntézy prostacyklinu v ledvinách. **Těhotenství a kojení:** Lornoxicam je ve třetím trimestru těhotenství kontraindikován a neměl by být podáván během těhotenství ani v prvním a druhém trimestru a při porodu, protože klinické údaje o podávání lornoxicamu během těhotenství nejsou k dispozici. Lornoxicam by se neměl podávat kojícím ženám. **Nežádoucí účinky:** Nejčastěji pozorovanými nežádoucími účinky NSAID jsou gastrointestinální potíže: nauzea, zvracení, průjem, dyspepsie a abdominální bolest. Méně často se vyskytovaly zácpa, flatulence, říhání, sucho v ústech, gastritida, žaludeční nebo duodenální vřed, ulcerace v ústech. Vzácně se vyskytovala meléna, hemateméza, ulcerózní stomatitida, gastrointestinální krvácení nebo perforace. Nežádoucí účinky lze minimalizovat užíváním nejnižší účinné dávky po co nejkratší dobu nezbytnou ke zvládnutí symptomů. **Balení:** 10 a 30 potahovaných tablet. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Nycomed Austria GmbH, St. Peter str, 25, A- 4020 Linz, Rakousko. **Registrační číslo:** 29/696/08-C. **Datum první registrace/Prodloužení registrace:** 17.12.2008/17.1.2011. **Datum poslední revize textu:** 25. 5. 2011. Před použitím se seznamte s úplným zněním Souhrnu informací o přípravku Xefo[®] Rapid. Výdej přípravku je vázán na lékařský předpis. Přípravek není hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění.

Reference:

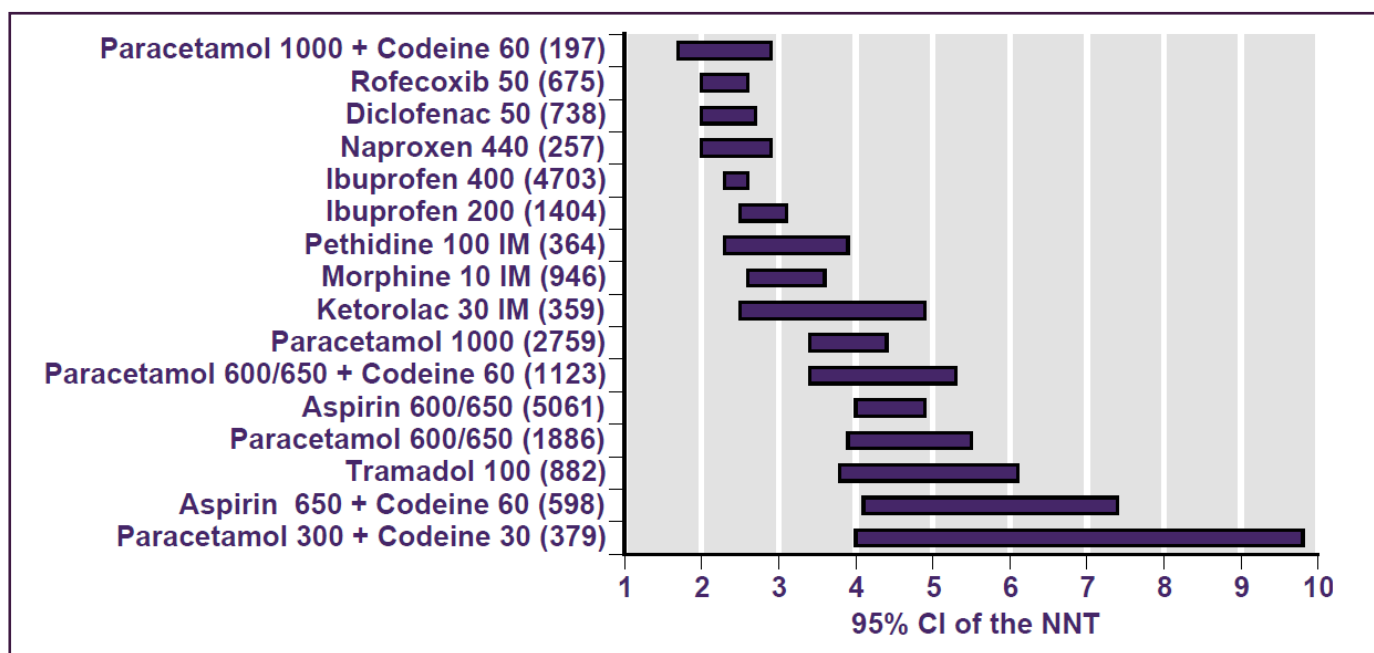
1. Yakhno N et al. Clin Drug Invest 2006;26:267-277
2. Rainer F et al. Eur J Clin Res 1996;8:1-13



Nycomed: a Takeda Company

Nycomed s.r.o., Novodvorská 994/138, 142 21 Praha 4, www.nycomed.cz

Obr. 1: NNTS for some common analgesics in acute pain



► Podle poměru inhibice COX-1 a COX-2 dělíme NSA:

1. COX-neselektivní = „standardní“
2. COX-2 preferenční = nimesulid, meloxicam
3. COX-2 selektivní = „koxiby“

Řešením nežádoucích účinků je i možnost použití bezpečnějšího přípravku. Jedním z nich je lornoxicam, tableta obsahuje 8 mg účinné látky. Jde o vyvážený COX-1/COX-2 inhibitor. Ideálním řešením je ve formě potahovaných tablet s rychlým uvolňováním, tedy s rychlým nástupem účinku.

Lornoxicam je rozšířením palety léků základní skupiny, tedy NSA s relativně bezpečným lékovým profilem, kdy ve formě na trh uváděné může být další variantou k léčbě akutních forem bolesti střední intenzity.

Jako u všech analgetik a u všech postupů v léčbě jakéhokoliv typu bolesti je nutná komunikace s pacientem o jeho zkušenostech s léky na bolest a také o tom jaké volně prodejné léky konzumuje.

Léčba migrény

MUDr. Karel Janík, MUDr. Bohumil Skála, Ph.D.

Bolest hlavy je příznak, nikoliv onemocnění. Základním úkonem každého lékaře, který se s příznakem setká, je diferenciálně diagnosticky se přiblížit příčině. Bolesti hlavy jsou děleny na primární a sekundární.

Varovné známky (red flags) nás musí nasměrovat na diagnosu závažného onemocnění, kde bolest hlavy je sekundárním příznakem onemocnění, které může bezprostředně ohrozit život pacienta:

- **Náhlá velmi silná bolest hlavy, jakou pacient ještě nezažil**
- **Silná bolest hlavy, která narůstá, bez úlevy**
- **Silná bolest hlavy, která se objeví po fyzické námaze**
- **Bolest hlavy doprovázená jakoukoli neurologickou ložis-**



kovou symptomatologií

- **Bolest hlavy u pacientů s malignitou v anamnéze**
- **Nově vzniklá bolest hlavy po 50. roku věku**

Častou skupinou primárních bolestí hlavy je **migréna**, opakovaně se s ní setkáváme i v ordinacích praktického lékaře, je ale potřeba si uvědomit a mít na zřeteli že:

- **Migréna není jen bolest, je to komplexní děj s několika fázemi a vegetativním doprovodem**
- **Bolest je většinou jednostranná, pulzujícího charakteru, silná, provázená nauzeou, zvracením, foto- a fonofobií**
- **Fyzická námaha ji vždy zhorší**
- **Trvá 1-3 dny**
- **Postihuje 6-20 % dospělých**

Pravděpodobnost setkání s touto diagnózou je velká (pokud jsme prioritně vyloučili v rámci diferenciální diagnostiky závažnou sekundaritu). Celá řada příčin, které jsou uvedeny jako vyvolávající faktory, dává v podstatě příležitost při „vhodné“ konstelaci, místě, času, kombinaci faktorů, aby migrenózní záchvat měl každý z našich pacientů. Potažmo z nás.

Na druhé straně se uvolnila celá řada léků, na prvním místě **tryptany**, k použití do rukou lékaře primární péče, tedy všeobecného praktického lékaře, a tím se rozšířila paleta účinných látek ke zvládnutí bolestí hlavy. Migréna je souborem tak obtěžujících příznaků a tak rozdílné intenzity, že při silné migréně není pacient schopen běžných činností. Při výrazných obtížích je z hlediska pracovního zařazení i kvality života vhodné pacienty nasměrovat do specializované ambulance, která se bolestem hlavy věnuje a může pacientovi navrhnout preventivní medikaci:

- **Režimová opatření, magnesium**
- **Medikamentózní - více než 3 záchvaty měsíčně, nedostatečný efekt akutní léčby, hemiplegická migréna, přání pacienta**
- **Antiepileptika (valproát, topiramát), SSRI (citalopram), amitriptylin, pizotifen, blokátory kalciových kanálů, beta-blokátory**

Na druhou stranu rozšiřující se paleta analgetik a jejich větší dostupnost může vést i k samostatné diagnóze: **bolest hlavy z nadužívání léků.**

Bolesti se objevují po denním nadužívání medikace určené k léčbě bolestí hlavy 3 a více měsíců a více jak 15 dnů v měsíci u jednoduchých a kombinovaných analgetik, či více jak 10 dnů v měsíci u opioidů, ergotaminů a triptanů.

Bolesti hlavy jsou chronické (= více než 15 dnů v měsíci). U triptanů a ergotaminu mají období migrény střední intenzity. U analgetik jsou oboustranné, tlakového charakteru, mírné nebo střední intenzity.

Zde je nutné postupné vysazování léků.

Je potřeba si říci, že bolesti hlavy jsou častým příznakem onemocnění, patří jako všechny bolestivé stavy do oblasti jak akutní tak chronické bolesti. Liší se v některých aspektech léčby, a v neposlední řadě je důležitá komunikace s pacientem o tom, jaké analgetikum preferuje, se kterým má on sám dobrou zkušenost. Nové léky jsou přínosné, tryptany mohou být někdy krátkodobě nebo jednorázově užity i jako terapeutické testy.



Brufen® 600

originální ibuprofen

jediná

svěží
pomerančová chuť

efervescentní
forma ibuprofenu



...když brufen,
tak **Brufen®**

Zkrácená informace o léčivém přípravku. **Brufen® 600 mg, šumivé granule** (Ibuprofenum). **Složení:** ibuprofenum 600 mg v 1 sáčku. **Indikace:** bolestivé stavy (např. bolestivá menstruace, bolesti zubů, bolesti hlavy včetně migrény), horečnaté stavy, revmatoidní artritida, ankylozující spondylitida, osteoartróza, séronegativní arropatie, mimoloubní revmatismus, symptomatická úleva při poranění měkkých tkání. **Kontraindikace:** přecitlivělost na léčivou látku, či jinou složku přípravku, gastrointestinální krvácení a perforace v anamnéze, rekurentní peptický vřed a hemoragie, poruchy krevetvorby a krevní srážlivosti, pacienti s prokázanou alergií na kyselinu acetylsalicylovou a jiná nesteroidní antirevmatika, gastrointestinální krvácení nebo perforace v anamnéze, poruchy krevetvorby či krevní srážlivosti, závažné srdeční selhávání, 3. trimestr gravidity. **Nežádoucí účinky:** nejčastěji nevolnost, zvracení, průjem, bolesti břicha, vzácně peptický vřed, perforace, krvácení z trávicího traktu, otoky, alergická reakce, trombocytopenie, závratě, apod. **Interakce s jinými léky:** Zvýšená opatrnost je nutná u nemocných užívajících antihypertenziva (snížení účinku), kortikosteroidy, SSRI, antiagregancia a antikoagulantia (riziko krvácení), chinolonová antibiotika (riziko křečí), srdeční glykosidy (zvýšení hladiny), methotrexát (zpomalení eliminace), cyklosporin, atd. **Zvláštní upozornění:** Ibuprofen musí být podáván s opatrností u pacientů s gastrointestinálními chorobami v anamnéze (ulcerózní kolitida, M. Crohn, ulcerace, krvácení, perforace). Obzvláštní pozornost je třeba u pacientů užívajících konkomitanti léků, jež může riziko krvácení a ulcerací zvyšovat (kortikosteroidy, antikoagulantia či antiagregancia). Opatrnost je třeba u pacientů s astmatem či zúžením průdušek (riziko bronchospasmu). Dlouhodobá léčba NSAID může vést k patologickým změnám ledvin. Přípravek není určen k užití u dětí do 12 let. Celková denní dávka nesmí překročit 2400 mg. **Těhotenství a laktace:** V těhotenství se užívání ibuprofenu nedoporučuje, ve 3. trimestru je kontraindikováno. Ibuprofen přechází do mateřského mléka ve velmi nízké koncentraci, je možné jej podat při krátkodobém užití. **Dávkování:** obvykle 1200-1800 mg denně, rozdělených do několika denních dávek dle závažnosti onemocnění a reakce pacienta na léčbu. Udržovací dávka: 600-1200 mg denně. U těžkých a akutních stavů se může denní dávka zvýšit až do maxima 2400 mg, rozdělená do 2-4 dávek. **Balení:** 20 sáčků. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Abbott GmbH & Co. KG, Wiesbaden, Německo. **Datum poslední revize textu:** 18.05.2011. **Registrační číslo:** 29/655/08-C. **Podmínky uchovávání:** v původním obalu, do 25°C. Výdej přípravku je vázán na lékařský předpis a je částečně hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. *Dříve, než přípravek předepíšete, seznámte se, prosím, s úplnou informací o přípravku.*

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

 **Abbott**
A Promise for Life

Bolesti pohybového aparátu v ordinaci praktického lékaře

MUDr. Vladimír Marek

odborný asistent kliniky interní, geriatrické a praktického lékařství LF MU Brno



Bolesti pohybového aparátu jsou jednou z nejčastějších obtíží, s nimiž se praktický lékař setkává. Jedná se o velmi širokou problematiku. Článek se zabývá diagnostikou a léčbou osteoartrózy, revmatoidní artritidy a dny z pohledu praktického lékaře.

Protože se jedná o velmi rozsáhlé téma, v následujícím článku se zaměřím na kloubní bolesti u onemocnění častých ve všeobecné praxi, tj. u osteoartrózy, revmatoidní artritidy a dny.

Bolesti páteře vzhledem k rozsáhlosti tématu pomineme.

U kloubních obtíží je vždy v první řadě nutné odlišit, zda se jedná primárně o postižení daného kloubu, či o onemocnění přilehlých měkkých tkání – tzv. mimokloubní revmatismy. Někdy se jedná i o bolest přenesenou – např. bolesti kolenního kloubu při postižení kyčle nebo při lumbosacrálním syndromu. Příčina obtíží bývá zánětlivá, degenerativní či poraněná.

Osteoartróza

V ordinaci praktického lékaře představují pacienti s artrózou až tři čtvrtiny všech nemocných s pohybovými potížemi. Převažují ženy. Výskyt artrózy narůstá s věkem a nakonec postihuje téměř všechny osoby nad 70 let. Je pravdou, že zdaleka ne všichni, kteří mají nález na RTG, mají i klinické potíže.⁽¹⁾ A naopak řada pacientů s pouze incipientní artrózou může mít výraznější klinické obtíže. Neléčíme RTG snímek, ale pacienta, a tak o intenzitě léčby rozhodují zejména obtíže pacienta, a nikoli tíže změn na RTG. Nicméně toto není příliš zohledněno v indikačním seznamu pro lázeňskou péči, kde pro přiznání komplexní lázeňské péče je požadován RTG nález artrózy III. stupně a soustavná ortopedická léčba bez většího zohlednění obtíží pacienta.

Obtíže pacienta

První obtíží, se kterou pacient s artrózou přichází, je většinou bolest. Začátek bývá nenápadný a postupný. Vzhledem k tomu, že chrupavka neobsahuje nervová zakončení, je bolest způsobena jinými kloubními strukturami než vlastní postiženou chrupavkou. Bolest se obvykle zhoršuje námahou a zatížením, vliv mají i změny počasí. Později se může vyskytovat i klidová bolest a rovněž bolesti noční. Bolesti jsou často intermitentní s remisemi. S progresí choroby se postupně snižuje kloubní pohyblivost, vyvíjejí se kontraktury, může se objevit palpační bolestivost a kloubní drásky, vyvine se deformita a zhoršení stability kloubu. Průběh artrózy bývá provázen synovitidami kloubu, které zhoršují objektivní i subjektivní potíže pacienta.⁽¹⁾ Tyto obtíže poté často snižují mobilitu pacienta, což vede k obezitě, která dále artrózu zhoršuje. U některých pacientů rovněž vidíme startovací bolesti zmírňující se po rozhýbání kloubu. Ztuhlost obvykle na rozdíl od revmatoidní artritidy mizí do 30 minut po rozhýbání.⁽²⁾ Nejčastější lokalitou artrózy jsou především nosné klouby DKK – tj. kolenní a kyčelní kloub a drobné klouby rukou. Jedná se tedy spolu s páteří o staticky

nejvíce namáhané kloubní struktury. U jednostranné lokalizace potom pátráme po předchozích úrazech či vrozených dyspláziích daného kloubu. Na rukách bývají nejčastější změny na I. karpometakarpálním kloubu (tzv. rhizartróza) a distálních popř. proximálních interfalangeálních kloubech. Zde i prostým pohledem vidíme přítomnost deformit a osteofytů (tzv. Bouchardovy u PIP a Heberdenovy uzly u DIP).

U revmatoidní artritidy bývají naopak distální interfalangeální klouby ušetřeny a je časté postižení kloubů metakarpofalangeálních. Pro komunikaci s revmatology i kvůli rychlejšímu vypisování žádanek může být užitečná znalost následujících často užívaných zkratk: **MCP** - metakarpofalangeální kloub, **MTP** - metatarsofalangeální kloub, **PIP** - proximální interfalangeální kloub, **DIP** - distální interfalangeální kloub, **RC** - radiokarpální kloub, **CMC** - karpometakarpální kloub. Typická bolest u koxartrózy je bolest v tříse. Ta je provázena bolestivou a omezenou rotací kyčle při klinickém vyšetření a obvykle nastupuje před omezením flexe postiženého kloubu. Naopak bolesti laterálně v oblasti velkého trochanteru svědčí o entézopatii velkého trochanteru a bolesti v hýždi bývají nejčastěji původu vertebrogenního. Někdy pacienta uklidní i pouhá informace, že se nejedná o koxartrózu.

Laboratorní vyšetření u pacienta s artrózou je obvykle negativní a slouží k diferenciální diagnostice od jiných příčin kloubních bolestí.

Terapie

Režimová opatření – odlehčování kloubu – tj. redukce hmotnosti, chůze s oporou, vhodná obuv (pevná obuv s měkkou podrážkou). U pacientů s gonartrózou a nestabilitou kloubu může pomoci ortéza, u některých i vložky do bot a cvičení k udržení hybnosti kloubu a posilování svalstva – např. jízda na kole či rotopedu. Zde dochází k posilování svalstva, aniž by bylo koleno staticky zatěžováno. Váha těla není totiž přenesena na kolena ale na sedlovku kola. Obdobně je vhodné i plavání a cvičení ve vodě. Efekt aplikace tepla či chladu je velmi individuální. U akutních dekompenzací obvykle používáme chlad a klouby ledujeme, u chronických obtíží pak někdy mají efekt tzv. Priesnitzovy zábaly. Jinak se ale v některých zemích doporučuje historicky ledování, a v jiných zase teplo. Toto je patrné zejména u doporučení pro léčbu vertebrogenních obtíží. Důležité je tedy zeptat se pacienta, co mu

J D E O K A Ž D O U M I N U T U

Aulin

nimesulid

Originální nimesulid s rychlým a silným účinkem proti bolesti

Akutní bolest

Bolest hlavy / Migréna / Cervikokraniální syndrom

Bolest zad

Bolest zubů

Primární dysmenorrhea



Zkrácená informace o přípravku Aulin: **S:** Nimesulidum 100 mg v 1 tabletě. Nimesulidum 100 mg v 1 sáčku s granulátem pro přípravu perorálního roztoku. **IS:** Nesteroidní antirevmatikum. **CH:** Nimesulid, nesteroidní antiflogistikum s funkční sulfonanilidovou skupinou, je preferenčním inhibítorem izoenzymu COX-2. Působí také analgeticky a antipyreticky. **I:** Léčba akutní bolesti, symptomatická léčba bolestivé osteoartrózy, primární dysmenorrhea. **KI:** Přecitlivělost na léčivou látku nebo na kteroukoliv pomocnou látku, aktivní krvácení, poruchy krvácivosti nebo srážlivosti, aktivní vřed nebo recidivující ulcerace v GIT, hepatotoxické reakce na podání nimesulidu v anamnéze, hepatální insuficience, těžké renální nebo srdeční selhání, pacienti s přecitlivělostí na jiná NSAID, pacienti s horečkou a/nebo s příznaky podobnými chřipce, děti mladší 12-ti let, třetí trimestr těhotenství a kojení. **ZU:** Zvýšený výskyt gastrointestinálního krvácení a perforací u starších pacientů. V případě známek poškození jater a pacientům, u nichž se zjistí abnormální výsledky vyšetření jaterních funkcí, by měla být léčba vysazena. V průběhu léčby se současně nesmějí podávat léky s hepatotoxickým účinkem a je též nutné vyhnout se konzumaci alkoholu. Maximální délka užívání je 15 dnů. Tablety obsahují laktosu, granule pro přípravu perorálního roztoku obsahují sacharosu. **NÚ:** Nausea, zvracení, průjem, zácpa, nadýmání, peptické vředy, perforace nebo gastrointestinální krvácení, gastritida; vzestup jaterních enzymů, hepatitida; hypertenze, edém; dyspnoe; pruritus, vyrážka, zvýšené pocení. Riziko výskytu nežádoucích účinků je možné snížit použitím přípravku po co nejkratší možnou dobu. **IT:** Pacienti užívající perorální antikoagulantia nebo kyselinu acetylsalicylovou mohou mít zvýšené riziko krvácivých komplikací. Nimesulid inhibuje CYP2C9. **TL:** V průběhu prvního a druhého trimestru těhotenství nesmí být nimesulid podán, pokud to není zcela nezbytné, ve třetím trimestru je kontraindikován. **D:** Dospělí a děti od 12 let 1 tabletu nebo 1 sáček 2x denně po jídle. **B:** Tablety 15 x 100 mg, sáčky 15 x 100 mg a 30 x 100 mg. **Datum poslední revize textu SPC:** 17.11.2010. Přípravek je vázán na lékařský předpis a je hrazen zdravotními pojišťovnami. Seznamte se prosím se Souhrnem údajů o přípravku (SPC).

Zkrácená informace o přípravku Aulin gel: **S:** Nimesulidum 30 mg v 1 g gelu. **IS:** Nesteroidní antiflogistikum k lokální aplikaci. **CH:** Nimesulid (Aulin) je inhibitor enzymu cyklooxygenázy. Po lokální aplikaci Aulin gelu je plazmatická koncentrace nimesulidu velmi nízká ve srovnání s hladinami po perorálním podání. **I:** Symptomatická léčba bolesti a zánětu, při poranění měkkých tkání (podvrtnutí, vymknutí, naražení apod.) nebo u akutní traumatické tendinitidy. **KI:** Přecitlivělost na léčivou látku nebo na kteroukoliv pomocnou látku, alergická reakce na NSAID v anamnéze, aplikace na kůži poraněnou nebo postiženou lokální infekcí, současně používání s jinými lokálními přípravky, podávání dětem mladším 12 let. **ZU:** AULIN gel by se neměl dostat do kontaktu s očima nebo sliznicemi, neměl by být aplikován pod okluzivní obvazy. Pacienti by měli být varováni před vystavováním ošetřovaného místa přirozenému nebo umělému UV záření pro snížení rizika fotosenzitivity. **NÚ:** Erytém, svědění; případné nežádoucí účinky je možné omezit použitím přípravku po co nejkratší dobu. **IT:** Nejsou známy. **TL:** Přípravek by neměl být v průběhu těhotenství ani kojení používán, pokud to není nezbytně nutné. **D:** Dospělí: 3 g (6-7 cm vytlačeného gelu) v tenké vrstvě na postižené místo 2x – 3x denně, vmasírovat do kompletního vstřebání. Doba léčby je 7-15 dnů. **B:** Gel 50 g **Datum poslední revize textu SPC:** 28.4.2010. Přípravek není vázán na lékařský předpis a není hrazen zdravotními pojišťovnami. Seznamte se prosím se Souhrnem údajů o přípravku (SPC).



Medicom



ANGELINI

Medicom International s.r.o., Páteční 7, 635 00 Brno, tel. 546 123 111, fax 546 123112, www.medicomint.cz

v minulosti pomohlo. Pokud to byla aplikace tepla, tak jistě můžeme doporučit teplo. Pokud teplo nepomohlo, je na místě zkusit ledování. Naopak pokud pacientovi pomáhá ledování, tak mu to jistě nebudeme vyvracet. Evidence based medicine (EBM) data jsou sporná. Jedná se nicméně o symptomatickou léčbu, kde cokoliv co zlepší obtíže pacienta (vč. nezanedbatelného placebo efektu řady procedur a preparátů), plní svoji funkci bez ohledu na EBM data. Roli ve vnímání bolesti hrají často i faktory psychologické. Dobře tedy může fungovat i aditivní léčba antidepressiv.

Farmakoterapie

Paracetamol - velmi bezpečná léčba, nicméně slabší než NSA. Používáme až do dávky 4 g denně. Obvykle 3x 500 mg až 3x 1g. Paracetamol má stropový efekt a u jednorázových dávek větších než 1 g již nedochází ke zvyšování analgetického efektu.

NSAF (nesteroidní antiflogistika) – využíváme nejenom analgetického ale i antiflogistického efektu.

► **Neselektivní NSAF blokující COX 1 i COX 2** - běžně používané jsou diklofenak, ibuprofen, ketoprofen, piroxicam, indometacin. Nevýhoda dlouhodobé léčby je GIT a kardiovaskulární toxicita. Léčíme tedy pouze po nezbytně dlouhou dobu, intermitentně při obtížích pacienta. Nebezpečné je zejména riziko gastropatie a krvácení do GIT traktu. To je zejména u seniorů nebezpečné svým asymptomatickým průběhem. Krvácení může být ve formě pozvolných mikroztrát, často náhodně zachycených jako mikrocytární anémie. Prvním symptomem může ale být i masivnější krvácení z akutní ulcerace s nezanedbatelnou mortalitou. Krvácení může být i prvním příznakem onemocnění s pouze minimálními předcházejícími bolestmi břicha. Pacienti často nadužívají i několik různých NSAF současně. Tyto mohou být v důsledku informačního šumu předepisovány různými lékaři, např. praktickým lékařem, ortopedem, revmatologem, popř. navíc zakoupeny v lékárně bez předpisu. Před nasazením tedy vždy pátráme po vředové chorobě gastroduodena či po krvácení z GIT v minulosti. Nežádoucí účinky na GIT trakt jsou dány systémovou bloádou cyklooxygenázy 1 (COX1) a inhibicí syntézy prostaglandinů, a tudíž se vyskytují u všech lékových forem včetně injekcí a čípků. Riziko můžeme snížit přidáním inhibitoru protonové pumpy nebo použitím selektivních či preferenčních inhibitorů COX2.

► **Selektivní inhibitory COX2** tzv. coxiby jsou preskripčně omezeny, tj. nemohou být efektivně praktickými lékaři používány. Navíc se jedná o léčbu relativně nákladnou s kardiovaskulární toxicitou, která je častým problémem zejména u seniorů (KI jsou srdeční selhání NYHA III-IV a ICHS).

► **Z preferenčních COX2 blokátorů** máme k dispozici nimesulid (např. Aulin) a meloxicam. Výhodou nimesulidu je signifikantně lepší GIT snášenlivost a stejné KV riziko jako u neselektivních NSAF. Výhodou je i rychlý nástup účinku. Meloxicam můžeme s výhodou použít u warfarinizovaných pacientů, protože na rozdíl od ostatních NSAF nezvyšuje jeho účinek.

V našich ordinacích postupně přibývá warfarinizovaných pacientů s bolestmi pohybového aparátu, kde pro léčbu můžeme použít **řadu analgetik**, které ale na rozdíl od meloxicamu nemají protizánětlivý efekt. Bez obav tedy můžeme předepsat



Předozadní snímek kolenních kloubů – typické oboustranné snížení mediální kloubní štěrbiny a přihrocení okrajů tibiae se subchondrální sklerotizací – změny typické pro osteoartrózu.



Fúze v oblasti DIP 5. prstu ruky, pokročilá destruktivní osteoartróza.



Coxarthróza: předozadní snímek kyčelního kloubu ukazuje subchondrální sklerózu, promínující osteofyty a cystu při horním okraji acetabula. Rovněž je patrné mírné oploštění horní části hlavičky kyčelního kloubu.

analgetika: Tramadol, Codein, Opiáty, Paracetamol (do dávky 2x 500 mg/d) a Metamizol (např. Algifen)

Lokální NSAf jsou bezpečnou alternativou perorální léčby. Problematický je ale průnik do větších kloubů. Dobrý průnik je zejména do kloubů malých – tj. drobných kloubů rukou, ev. u gonartrózy. Problémem mohou být alergické komplikace zejm. v kombinaci s oslněním (fototoxicita ketoprofenu u nepoučeného oslněného pacienta). Alternativou je lokální použití kapsaicinu.

Pomalou působící léky na OA (SYmptomatic Slow Acting Drugs for OsteoArthritis – **SYSADOA**). Jde o specifickou skupinu látek, které příznivě ovlivňují metabolismus artrotické chrupavky – stimulují novotvorbu kolagenu a proteoglykanů a inhibují biodegradaci mezibuněčné hmoty chrupavky proteolytickými enzymy. Mají i protizánětlivý účinek bez vlivu na systémovou produkci prostaglandinů. Účinek nastupuje pozvolna, řádově v průběhu týdnů, je však dlouhodobý a přetrvává i po ukončení léčby po dobu dalších 2–3 měsíců, někdy i déle.⁽³⁾ SYSADOA mají největší efekt u symptomatické artrózy mírné až středně těžké. Patří sem chondroitin sulfát (Condrosulf), který má preskripční omezení. Je ale možné pacientům doporučit potravinové doplňky s jeho obsahem. Osobně pacientům radím zkusit doplňky po dobu tří měsíců, a pokud po této době nedojde ke zlepšení subjektivních obtíží, je otázka profitu vzhledem k ceně sporná. Obdobný efekt má i Glukosamin. Kyselina hyaluronová je často používána ortopedy pro intraartikulární podání v sérii 3–5 injekcí. Diacerein (ARTRODAR) je látka extrahovaná z rebarbory s protizánětlivým efektem s pomalým nástupem účinku.

U pacientů nereagujících uspokojivě na perorální léčbu volíme **intraartikulární aplikaci kortikosteroidů**. Efekt obstríku trvá obvykle 3–4 týdny, doba mezi obstríky má být minimálně 6 týdnů a do jednoho kloubu je možné aplikovat kortikoid maximálně čtyřikrát ročně.⁽³⁾

Operační léčba – artroskopické korekční operace a náhrady nosných kloubů u pacientů s artrózou III. a IV. stupně. Indikace patří do rukou ortopeda.

Rheumatoidní artritida

Rheumatoidní artritida je autoimunitně podmíněné onemocnění s prevalencí 0,5–1 %. Praktický lékař se setká s novým případem rheumatoidní artritidy jednou za 1–2 roky.⁽⁴⁾ Onemocnění se 2–3x častěji vyskytuje u žen, nejčastěji ve věku 40 až 60 let. Typický je postupný rozvoj symetrické artritidy (k jednomu nebo více kloubům se postupně přidávají další). Onemocnění typicky postihuje zejména menší klouby. MCP, PIP a MTP. Nemoc většinou nepostihuje DIP. Artritida nosných kloubů sice může být, ale obvykle nebývá prvním projevem onemocnění. Asi u 15 % pacientů může onemocnění propuknout náhle s celkovými příznaky (celková slabost, subfebrilie). Rheumatoidní uzly bývají přítomny až při delším trvání nemoci. Typická je ranní ztuhlost delší než 30 minut a slabý stisk ruky. Klouby postižené RA bývají teplé, oteklé, ale bez zarudnutí. Jednoduchým orientačním vyšetřením je bolestivý příčný stisk v oblasti MCP či MTP kloubů.

Laboratorní vyšetření

Z laboratorních vyšetřovacích metod je patrná elevace zánětlivých parametrů (FW, CRP, trombocytóza). Mohou být přítomny i změny krevního obrazu (anémie, leukocytóza). Rheumatoidní faktor se vyskytuje asi u 80 % nemocných. Jedná se ale o nespecifický parametr, jehož přítomnost neznamená automaticky rheumatoidní artritidu. Často může jít např.

o pacienta s čistou polyartrózou drobných kloubů rukou a nespec. pozitivitou RF. Rheumatoidní artritida se však vzhledem k vysoké prevalenci artrózy může s tímto onemocněním vyskytovat současně. U řady pacientů dochází k pozitivizaci RF až po delší době trvání nemoci, popř. vůbec (séronegativní forma RA). Specifičtější (specifita 93–98 %) je stanovení protilátek proti citrulinu (ACPA). Senzitivita je obdobná jako u RF. Normální hodnoty RF, ACPA i proteinů akutní fáze nicméně RA nevylučují. Výsledky je tedy důležité korelovat s klinickým obrazem. K diagnostice dále používáme RTG.

K definitivní diagnostice, léčbě a dalšímu sledování odesíláme pacienty na odborné revmatologické pracoviště.

Terapie

V léčbě můžeme použít obdobnou terapii jako v případě osteoartrózy – viz výše. Tedy NSAf, které působí symptomaticky. Jádrem léčby jsou tzv. **chorobu modifikující léčiva (DMARD)**. V současné době nejvíce **metotrexát**. Jejich včasné nasazení na rozdíl od NSAf zlepšuje prognózu pacientů do budoucna a mělo by tudíž být co nejrychlejší. V úvodu se často kombinují s kortikosteroidy. Tato léčba patří do rukou revmatologa. U pacientů nereagujících na tuto léčbu je nově k dispozici i **léčba biologická**.

Dna

Dna je onemocnění vznikající na podkladě ukládání urátových krystalů do kloubů. Onemocnění vzniká v důsledku hyperurikémie. Hyperurikémie je daleko častější než dna, vyskytuje se u 5–8 % populace a je součástí metabolického syndromu. Prevalence dny je cca 1 % populace. Tedy asi 5–20 % osob s hyperurikémií bude mít v budoucnu dnu. První ataka postihuje zejména muže mezi 40–60 lety, ženy potom až po 60. roce. Vzácně vzniká před 30. rokem a u žen ve fertilním věku. Etiologicky se v 70 % jedná o poruchu vylučování kyseliny močové ledvinami a ve 30 % se jedná o endogenní nadprodukcí. U 50 % pacientů pozorujeme zvýšený příjem potravin bohatých na puriny, jejichž degradací vzniká kyselina močová (maso, vnitřnosti). Často se jedná o kombinaci uvedených faktorů. Sekundárně vidíme nadprodukcí kyseliny močové u stavů, kde dochází k velkému buněčnému obratu – především u lymfoproliferativních onemocnění, dále u pacientů po chemoterapii, po intenzivním cvičení či fyzické námaze a u pacientů s obezitou.⁽⁵⁾ Ke snížené renální exkreci dochází sekundárně vlivem renální insuficience, vlivem dehydratace, hladovění, hypotyreózy, hyperparatyreózy, chronického abúzu alkoholu, drog a diuretik.⁽⁵⁾ K atace tedy nevede jen předchozí exces v jídle a alkoholu, často také přecházející stres, operace, onkologická léčba, ale i intenzivní fyzická zátěž a hladovění. U většiny pacientů atace předchází hyperurikémie trvající řadu let (až 20 let), toto neplatí u pacientů se sekundární nebo genetickou poruchou.

Klinický obraz je poměrně typický u prvních atak. Jedná se o náhle vznikající bolest, obvykle jednoho kloubu. Bolest vzniká často v klidu v noci, kdy je pacient časně ráno bolestí probuzen. Na rozdíl od ostatních revmatických onemocnění je nástup velmi rychlý a kloub dosahuje maximální bolestivosti v prvních 8–12 hod. Po několika dnech dochází i bez léčby k regresi obtíží a i neléčená dna odchází většinou do 14 dní. Ostatní postižení kloubů většinou pozvolna progredují a obtíže odeznívají spíše v řádech týdnů. Kloub může být velmi citlivý (pacient na něm tzv. neunes ani deku), je horký, bývá, ale nemusí být vždy, zarudlý. V 50 % onemocnění postihuje meta-

tarsofalangeální kloub palce nohy. Tento kloub bývá potom při dalších atakách nemoci postižen celkem asi v 90 %. V ostatních případech dochází k postižení kloubů zejm. DKK – koleno, hlezno nebo zápěstí. Většinou jsou postiženy 1-2



Akutní dnavá artritida⁽⁵⁾

klouby. V 10 % případů je první ataka polyartikulární. To se týká zejména postmenopauzálních žen užívajících diuretika či s chronickou renální insuficiencí.

Od první ataky můžeme odlišovat ataky pozdější, kdy u neléčené dny se zvyšuje jejich frekvence, prodlužuje se doba jejich trvání a mohou mít polyartikulární a pozvolnější charakter. Hyperurikémie také často způsobuje nefrolitiázu. Renální kolika dokonce ve 40 % případů předchází atace dny. Konkrementy při rozboru jsou v 80 % urátové, ale ve 20 % kalciumoxalátové. Pokud je kámen zachycen, je dobré rozbor provést, protože dle složení konkrémentu můžeme pacientovi nabídnout profylaxi k zabránění recidivy onemocnění. V případě urátových konkrémentů je vhodné zahájit léčbu alopurinolem a alkalizaci moči Alkalitem (aktuálně není bohužel v ČR k dispozici) popř. Blemarenem. Stejně ale funguje pití např. jablečných či jiných ovocných šťáv. U pacientů s dnavým záchvatem mohou být přítomny i celkové příznaky jako slabost, subfebrilie, lehká elevace CRP, FW a mírná leukocytóza. Zde je někdy těžké odlišit septickou artritidu. Dalším diagnostickým testem je hladina urikémie. Vysoká hladina je častá a jen 5-20 % pacientů s hyperurikémií bude mít někdy dnu a naopak 10 % pacientů má normální nebo sníženou hladinu KM v době ataky, obvykle ale mají předcházející hyperurikémii v dokumentaci. Snížení hladiny KM může

být dokonce někdy spouštěčem ataky – např. po nasazení alopurinolu (Miluritu). Proto alopurinol nenasazujeme v době ataky, ale v klidovém stádiu. Pokud již pacient má alopurinol nasazen, pak ho ale ani nevysazujeme. Zlatým diagnostickým standardem, který v našich podmínkách patří do rukou revmatologa či ortopeda, je průkaz krystalů v synoviální tekutině se senzitivitou 84 % a specifitou 100 %, toto nejenom potvrdí diagnózu dny, ale i vyloučí septickou artritidu.

Profylaktická terapie

Asymptomatická hyperurikémie by se neměla léčit, pokud není hladina kyseliny močové vyšší než 500 mmol/l. Jinak je profylaktická terapie indikována po druhé atace dny, u pacientů s renálním poškozením a s nefrolitiázou. Léčíme **alopurinolem** obvykle v dávkách 100-300 mg. Chybou, s níž se často setkávám, je nasazení alopurinolu u pacientů s prostou mírnou hyperurikémií bez dny či nefrolitiázy. Zde je otázka profitu farmakoterapie sporná. Druhou častou chybou je poddávkování alopurinolu u pacientů se dnou, kdy je nasazeno 100 mg, aniž by bylo kontrolováno měřením urikémie, zda je tato dávka účinná. Řada obézních pacientů totiž vyžaduje dávky 300-500 mg/d. Důležitá je i nízkopurinová dieta, zejména omezit alkohol a redukovat váhu.

Léčba ataky

Léčba ataky vyžaduje vyšší dávky **NSAF** injekčně či perorálně, popř. kombinujeme s indometacinovými čípkami.⁽⁶⁾ Dobře funguje i kolchicin. Zde je ovšem limitující průjem. Obvykle radím pacientům, aby užili maximálně 12 tbl. (tj. 2 tbl. po 2 hod). Velmi dobře funguje **kolchicin** v úvodu ataky. Doporučuji pacientům, aby, když cítí, že kloub již začíná svědit a pnout a tuší, že se blíží ataka, užili dvě tablety kolchicinu. Toto často úplně rozvoji ataky zabránilo. V USA je kolchicin užíván i profylakticky. Rizikem je ovšem toxicita kolchicinu. V léčbě akutní ataky je možno i celkově či intraartikulárně použít **kortikosteroidy**.⁽⁶⁾

Literatura:

1. MUDr. V. Medek, MUDr. I. Kopecký, Osteoartróza -doporučený postup pro praktické lékaře, ČLS JEP, 2001
2. Carlos J. Lozada, MD; Osteoarthritis Clinical Presentation , <http://emedicine.medscape.com/article/330487-clinical>
3. MUDr. Marta Olejárová, CSc., Léčba bolesti u osteoartrózy, Med. Pro Praxi 2009; 6(5): 243-248
4. MUDr. Heřman Mann, Časná diagnostika revmatoidní artritidy, doporučený postup pro praktické lékaře Bolesti pohybového aparátu, ČLS JEP, 2010
5. Bruce M. Rothschild, MD, Gout and Pseudogout , Updated: Oct 25, 2011, <http://emedicine.medscape.com/article/329958-overview>
6. MUDr. Šárka Forejtová, JAK ULEVIT PACIENTŮM OD ARTRITICKÉ BOLESTI, Interní Med. 2008; 10 (9): 429-430

INZERCE

Prodám ordinaci praktického lékaře pro dospělé ve Zlíně

Praxe je výborně situovaná, poctivě vedena, ekonomická návratnost vynaložených prostředků do tří let.

Email: marjan55@centrum.cz

Spasmed® 15

trospii chloridum



Když močový
měchýř nevydrží tlak*

Neprostupuje
hematoencefalickou
bariérou = minimální
ovlivnění CNS^{1,2,3}

Literatura:

1. Todorova A, Vonderheid-Guth B, Dimpfel W. Effects of tolterodine, trospium chloride, and oxybutynin on the central nervous system. *J Clin Pharmacol* 2001; 41 (6): 636–644.
2. Diefenbach K, Arold G, et al. Effects on sleep of anticholinergics used for overactive bladder treatment in healthy volunteers aged > or = 50 years. *BJU Int* 2005; 95 (3): 346–349.
3. Pietzko A, Dimpfel W, et al. Influences of trospium chloride and oxybutynin on quantitative EEG in healthy volunteers. *Eur J Clin Pharmacol* 1994; 47 (4): 337–343.
4. Zinner N, Gittelman M, et al. Trospium chloride improves overactive bladder symptoms: a multicenter phase III trial. *J Urol* 2004; 171 (6 Pt 1): 2311–2315.

Spasmed 15

Složení: Trospii chloridum 15 mg v 1 potahované tabletě. **Indikační skupina:** Spasmolytikum, anticholinergikum. **Indikace:** Symptomatická léčba syndromu hyperaktivního měchýře (overactive bladder – OAB) s projevy zvýšené frekvence močení, nykturie, urgencye a případně urgentní inkontinence. Reflexní inkontinence a jiné spastické stavy močového měchýře způsobené vrozeným či získaným spinálním onemocněním (hyperreflexie detruzoru); v případě poruchy synergie sfinkteru a detruzoru v kombinaci s intermitentní katetrizací. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku. Přípravek nesmí užívat pacienti s mechanickou stenózou gastrointestinálního traktu, pacienti s retencí moče na podkladě benigní hyperplazie prostaty nebo stenózy uretry, pacienti s glaukomem s úzkým úhlem, s tachyarytmií a s myastenii gravis. Přípravek není určen k léčbě dětí do 12 let. V graviditě a laktaci by měl být přípravek podáván jen tehdy, je-li to nezbytně nutné. **Nežádoucí účinky:** Vzhledem k celkovým parasympatolytickým účinkům trospia se může projevit sucho v ústech, dyspepsie, zácpa, bolest žaludku, nauzea, tachykardie, poruchy akomodace. **Interakce:** Přípravek může zesilovat anticholinergní účinek amantadinu, biperidenu, tricyklických antidepresiv, chinidinu, antihistaminik a disopyramidu, a potencovat tachykardii navozenou účinkem betasympatomimetik. **Upozornění:** Před zahájením léčby je nutné vyloučit zánět, hormonální poruchy nebo nádor močového měchýře jako příčinu nutkavého močení. Způsobením poruchy akomodace může přípravek nepříznivě ovlivnit činnost vyžadující zvýšenou pozornost (např. řízení motorových vozidel). **Dávkování a způsob podání:** Dávkování je určeno závažností onemocnění a odpovědí pacienta na léčbu. Doporučené dávkování pro Spasmed 15 je 3× denně 1 tableta (45 mg). Maximální denní dávka 135 mg trospiumchloridu nesmí být překročena. Tablety se polykají celé a zapíjejí dostatečným množstvím tekutiny. Pokud je přípravek dobře tolerován, není délka léčby omezena, avšak nutnost pokračování léčby by měla být přehodnocována v pravidelných intervalech každých 3–6 měsíců. **Balení:** 30 a 50 tablet po 15 mg. **Datum poslední revize textu:** 30. 9. 2009. S podrobnějšími informacemi se seznámte v souhrnu údajů o přípravku. Přípravek je vázán na lékařský předpis a je hrazen z prostředků zdravotního pojištění. **Držitel rozhodnutí o registraci:** PRO.MED.CS Praha a. s., Telčská 1, 140 00 Praha 4, Česká republika.

* častá potřeba močit⁴

* samovolný únik moči⁴

Inkontinence moči u žen – možnosti léčby

MUDr. Oldřich Šottner^{1,2} a MUDr. Lukáš Horčíčka^{3,4}



MUDr. O. Šottner MUDr. L. Horčíčka

1. Gynekologicko porodnická klinika 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Fakultní nemocnice Na Bulovce v Praze
2. Gynekologicko porodnická a urogynekologická ambulance v Polné a Brtnici
3. Gynekologicko porodnická klinika 2. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Fakultní nemocnice Motol v Praze
4. Gona s. r. o., Praha

Úvod

Ženská močová inkontinence zdaleka nepředstavuje jednu nosologickou jednotku. Z toho plyne i rozdílnost léčby jednotlivých typů inkontinence. Z hlediska četnosti mezi jednotlivými typy a formami inkontinence zdaleka dominují dva - stresová inkontinence moči a syndrom hyperaktivního močového měchýře (OAB, z angl. Overactive Bladder); případně jejich kombinace - smíšená inkontinence. Ostatní formy inkontinence (extrauretrální, reflexní či paradoxní) představují často komplikovanější problém vyžadující přísně individualizovanou léčbu a jsou namnoze spojeny s neurologickým onemocněním či pooperačním stavem.

Stresová inkontinence moči

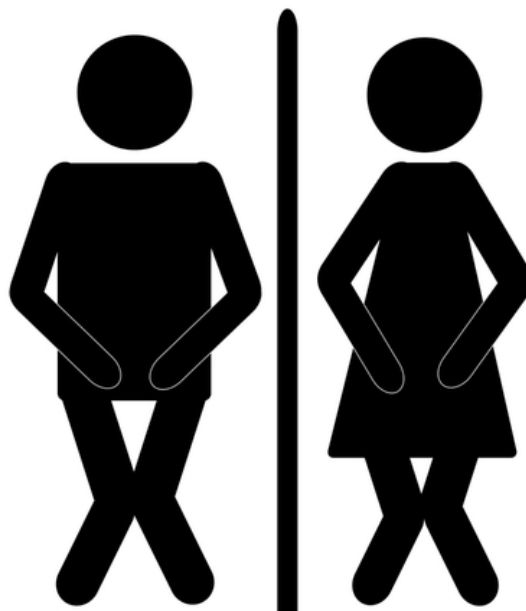
Ženská močová inkontinence stresového typu vzniká na podkladě morfologické změny - tj. změny pozorovatelné. Hlavní patofyziologický mechanismus stresového úniku moči vychází z předpokladu poruchy závěsného aparátu močové trubice - uretry a oblasti spojení močového měchýře a močové trubice - uretrovezikální junkce. Zde nastává nadměrná pohyblivost (mobilita) při zvýšení nitrobřišního tlaku. Příkladem vyvolávajícího momentu je smích, kašel, kýčání či poskok, které vyvolají prudké zvýšení nitrobřišního tlaku, a tím i tlaku nitroměchýřového. Ono značné zvýšení tlaku však již není přeneseno na močovou trubici, která se na vrub své zvýšené mobility dostává do nesprávné pozice. Moč tudíž přechází z močového měchýře do močové trubice, odkud již není cesty zpět - je zaznamenán stresový únik moči. Druhým hlavním patofyziologickým mechanismem stresové inkontinence je tzv. deficit vnitřního svěrače močové trubice - ISD, z angl. Intrinsic Sphincter Deficiency. V tomto případě dochází k přesunu moče do močové trubice z důvodu nedostatečného napětí stěny močové trubice - močová trubice není dostatečně uzavřena oproti močovému měchýři.

Cílená léčba stresové inkontinence musí mít za úkol napravení defektu či použití náhradního mechanismu. Selže-li podpora pánevního dna pomocí **speciálního cvičení** (cviky pánevního dna) mající za cíl posílení podpurných struktur močové trubice doplněná o event. lokální hormonální substituční terapii, pak je třeba podpořit uretru operačně. Uplynulo již více než desetiletí od uvedení nové revoluční metody určené k léčbě stresové inkontinence moči u žen; příchod **volné poševní pásky** znamenal zásadní změnu v přístupu k chirurgické léčbě inkontinence. Nová metoda přinesla dříve nemyslitelné snížení invazivity při účinnosti, která je minimálně stejná

jako u dosavadního zlatého standardu, který byl představován kolposuspensí podle Burcha. Nedlouho po zavedení TVT do široké klinické praxe se volná poševní páska stala zlatým standardem léčby ženské močové inkontinence stresového typu. Do dnešních dnů již bylo celosvětově zavedeno hodně přes jeden milion volných poševních pásek, zavedené pásky znovunavrátily kontinenci anebo výrazně zlepšily stav více než 90 % operovaných žen. Po této zásadní změně v operativě inkontinence na sebe nenechala dlouho čekat ani další evoluce. V roce 2001 přichází koncept **pásky transobturátorové**. Cílem tohoto vývoje bylo další zvýšení bezpečnosti metody a zkrácení operačního času. Transobturátorová trajektorie si své místo v léčbě inkontinence vydobila a mnoho operátorů jí nahradilo původní pásku retropubickou. Další evoluční krok, který zatím ještě o své místo bojuje, je vznik tzv. **minipásek zaváděných z jedné suburetrální incize**. Nové krátké pásky jsou zaváděny z jediného drobného řezu pod močovou trubicí a nabízejí ještě další snížení invazivity výkonu a zvýšení bezpečnosti procedury. Minipásky jsou zcela standardně zaváděny pouze v lokální anestezii a lze jejich aplikaci provést prakticky ambulantně.

Syndrom hyperaktivního močového měchýře - OAB

Syndrom hyperaktivního močového měchýře je relativně nově definovanou jednotkou - částečně se překrývá s termínem



urgentní inkontinence. Překryv je u pacientů, kteří splňují - vyjma příznaků urgencye (náhle vzniklé imperativní nucení na močení, které nelze odložit), zvýšené frekvence močení a nočního vstávání na močení - i příznak urgentního úniku moči, který následuje po urgenci. Avšak do skupiny postižených hyperaktivním močovým měchýřem zahrnujeme i pacienty tzv. suché, tj. trpící jen třemi prvně zmíněnými příznaky, bez urgentního úniku.

Diagnóza syndromu hyperaktivního močového měchýře - z podstaty onemocnění - vychází z anamnézy, a tudíž je relativně rychlá a snadná. Nicméně právě tento snadný soud nad pacientčiny či pacientovými stesky může být i svízelný. Než zůjme svůj úhel pozorování jen na urogenitální trakt, je s výhodou podívat se na pacienta jako na celého člověka. Z hlediska vnitřního lékařství a četnosti je potřebné neopomenout při svých úvahách nad člověkem trpícím symptomatologií hyperaktivního měchýře zejména možnost úplavice cukrové a městnavého srdečního selhání (nykturie!). Jistě i celá řada neurologických onemocnění, volní polyurie, užívání farmak a jiných močopudných látek (nejen diuretik, ale i kávy, silného čaje a alkoholu) je k pozornosti; z nečetných možností pak lze zmínit např. úplavici žíznavou tj. diabetes insipidus. Zaměřme-li se postupně úžeji na urogenitální trakt, je i zde dlouhá řada stavů zahrnující především záněty, ale i neoplázie, různé subvezikální obstrukce, konkrementy, cizí tělesa, vývojové poruchy etc., jež mohou syndrom hyperaktivního močového měchýře velmi dobře mimikovat. Tyto stavy si zaslouží být diagnostikovány a podle možností primárně řešeny - na tomto místě se nabízí velmi dobrá paralela s primární versus sekundární arteriální hypertenzí. I z hlediska etiologie je paralela přiléhavá - stejně jako stále tápeme u esenciální hypertenze, zůstává i etiologie hyperaktivního měchýře zatím skryta našemu pozorování.

Z výše uvedeného vyplývá význam v současnosti platného doporučení většiny našich i zahraničních odborných společností, které v souvislosti se syndromem hyperaktivního měchýře nyní platí. A to, že pracovní diagnózu syndromu hyperaktivního měchýře jistě můžeme (při nesuspekci na jinou patologii) jakožto lékař prvního kontaktu na základě anamnézy stanovit a zároveň zahájit i účinnou léčbu, avšak neúspěšnost obvykle efektivních terapeutických postupů v období několika málo týdnů až měsíců musíme považovat za jednoznačný impuls ke zvýšení diagnostického úsilí, event. k referování pacienta do ambulance specialisty, kterým v případě mužského pacienta bude jistě urolog a v případě pacientky se může jednat, kromě urologa, i o pracoviště urogynnekologické.

Základem současné léčby syndromu hyperaktivního močového měchýře je **úprava režimových opatření**. První věcí, kterou pacienta naučíme, je úprava životního rytmu. Pacient je poučen o tom, kdy a kolik tekutin je vhodné pít. Pacienti si často sami ordinují snížení denního příjmu tekutin v naději, že tím omezí časté nucení a chození na toaletu. Bohužel, opak je pravdou - přísným omezováním příjmu tekutin vstupujeme do bludného kruhu. Čím více pacient omezuje tekutiny, tím jen dále a dále snižuje jímací schopnost močového měchýře a stav se tím prohlubuje. Příjem tekutin nesmí být nijak drasticky omezen, ale musí být rovnoměrně rozložen v průběhu celého dne. Chybou je např. nepít celé dopoledne - jak to bývá vynuceno v některých povoláních, a pak zahánět žízeň odpoledne a večer. Dále je vhodné varovat se nadměrné konzumace močopudných látek např. alkoholu, silné kávy a

čaje. Rovněž citrusové džusy a oxidem uhličitým sycené limonády jsou pro močový měchýř dráždivé. Ideální tekutina pro člověka je čistá voda, event. ochucená - např. ve formě šťávy či slabého čaje. Současně s úpravou režimu dne nasazujeme vhodné léky, které relaxují detruzor (sval ve stěně močového měchýře). Základní lékovou skupinou v této indikaci jednoznačně představují **parasymptolytika - anticholinergika čili antimuskarinika** (ATC skupina G04BD). V současné době máme k dispozici celé spektrum preparátů, které vykazují velmi dobrou účinnost na zmírnění příznaků hyperaktivního močového měchýře. Rozdílnost jednotlivých preparátů nespočívá příliš v jejich účinnosti, která je minimálně mezi sebou srovnatelná, ale zejména ve výskytu nežádoucích účinků. Některá moderní anticholinergika vykazují větší selektivitu na relevantní subtypy muskarinových receptorů na úkor subtypů zastoupených v jiných orgánových systémech; dříve bylo někdy o těchto „selektivnějších“ antimuskarinicích pro jejich výhody hovořeno jako o preparátech „druhé generace“. Avšak i mezi preparáty „klasickými“ lze nalézt látku velmi výhodnou, a to zejména svými jedinečnými farmakokinetickými vlastnostmi - jedná se o **tropium chlorid**, které je unikátní svou neprostupností hematoencefalickou bariérou, čímž výhodně obchází potenciální - zejména u seniorské populace - významné ovlivnění centrálního nervstva. Dále tropium nabízí vyhnutí se metabolismu cestou cytochromu P450, což představuje opět značnou výhodu u pacientů zatížených polypragmazií s rizikem lékových interakcí. Navíc tropium, je jedinou látkou ze zmíněné skupiny, která nemá preskripční omezení, a je tudíž uvolněna i pro praktické lékaře. Zatím ve fázi klinického zkoušení je nová slibná léková skupina představovaná beta3 agonisty. Další doplňkovou možností u žen představuje nasazení **lokální hormonální terapie**.

Chirurgická léčba rozhodně nepatří do základního armamentaria - je vyhrazena jen pro zvláště refrakterní a komplikované stavy, patří sem augmentace močového měchýře a moderně i **aplikace botulotoxinu** do stěny močového měchýře.

Smíšená inkontinence

Nejčastěji se jedná o kombinaci dvou výše zmíněných forem inkontinence. Léčba musí zohlednit obě jednotky. Obecným pravidlem - nejen v urogynnekologii - by měl být **postup od konzervativní léčby k více invazivním modalitám**. Tudíž prvním cílem bývá pokus o kompenzaci (či kontrolu) hyperaktivního močového měchýře a až poté přistupuje snaha o operační odstranění stresové složky.

Závěr

Závěrem je dlužno poznamenat, že v současné době máme k dispozici účinnou léčbu ženské močové inkontinence, která při relativně malé zátěži pro pacienta přináší velmi významné zlepšení kvality života, což platí pro obě nejčastější formy ženské močové inkontinence - tj. stresovou inkontinenci moči a hyperaktivní močový měchýř. Zatímco cílená léčba stresové inkontinence moči vyžaduje v naprosté většině případů referenci do ordinace specialisty, hyperaktivní močový měchýř (OAB) může být naopak velmi dobře diagnostikován a léčen v ambulanci praktika. Cílená léčba obou těchto typů močové inkontinence pak představuje ve srovnání s prostou preskripcí rozličných anti-inkontinentních pomůcek jednoznačný benefit nejen pro pacientku, ale i pro ekonomiku zdravotnického systému.

Posudková problematika hypertenze a nefropatií

MUDr. Hana Trnkócy

Ministerstvo práce a sociálních věcí, Posudková komise, Brno



Ve svém sdělení se pokusím přiblížit proces posuzování zdravotního stavu pro dočasnou pracovní neschopnost a invaliditu u hypertenze a nefropatií.

Posudky, které lékaři posudkové služby sociálního zabezpečení pro různé účely vypracovávají, musí vycházet z objektivně zjištěného zdravotního stavu občana a musí být v souladu s posudkovými kritérii zakotvenými v právních předpisech.

Zdravotní stav

Zjištění zdravotního stavu občana - pacienta - je úkolem praktického lékaře a odborných lékařů, kteří provádějí potřebná vyšetření s cílem určit co nejpřesněji diagnózu, sledovat průběh onemocnění, na základě toho pak pacienta účinně léčit.

Všechny tyto informace z prováděných vyšetření a průběhu léčby pak využívá i posudkový lékař při posuzování zdravotního stavu. Není potřeba, aby ošetřující praktičtí i odborní lékaři prováděli zvláštní vyšetření a psali zvláštní lékařské nálezy určené „pro posudkové účely“. Plně dostačuje, pokud lékařské zprávy z vyšetření provedených v rámci diagnostiky a léčby onemocnění obsahují popis objektivního klinického nálezu, případně výsledky provedených paraklinických vyšetření.

Posudková kritéria

A. Nemocenské pojištění - dočasná pracovní neschopnost

Posuzování zdravotního stavu pro účely nemocenského pojištění je v kompetenci ošetřujících lékařů v rozsahu jejich odborné způsobilosti. Úlohou lékařské posudkové služby je kontrola posuzování zdravotního stavu ošetřujícími lékaři a kontrola plnění povinností ošetřujících lékařů stanovených zákonem o nemocenském pojištění. Pro posuzování dočasné pracovní neschopnosti není vypracován podrobnější systém posudkových kritérií. Podklady pro vydání rozhodnutí o vzniku nebo ukončení dočasné pracovní neschopnosti jsou klinický stav pojištěnce a nároky konkrétní práce (dosavadní pojištěné činnosti), kterou dotyčný vykonává. Po uplynutí 180ti dnů nepřetržitého trvání PN ošetřující lékař znovu posoudí pracovní schopnost pojištěnce a to obecně k možnosti vykonávat i jinou než dosavadní pojištěnou činnost. U hypertenze bude důvodem k uznání dočasné pracovní neschopnosti jistě akcelerace hypertenze a její případné komplikace, u nefropatií kromě zhoršení nefrologického nálezu pravděpodobně i jiná interkurentní např. infekční onemocnění, která by u jinak zdravého člověka PN bezpodmínečně nevyžadovala.

B. Důchodové pojištění - invalidita

Při posuzování invalidity se operuje s pojmy dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav, pracovní schopnost a pokles pracovní schopnosti.

Dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav je definován jako zdra-

votní stav, který omezuje tělesné, smyslové nebo duševní schopnosti pojištěnce významně pro jeho pracovní schopnost, pokud tento zdravotní stav trvá déle než 1 rok nebo podle poznatků lékařské vědy lze předpokládat, že bude trvat déle než 1 rok.

Pracovní schopnost je schopnost pojištěnce vykonávat výdělečnou činnost odpovídající jeho tělesným, smyslovým a duševním schopnostem, s přihlédnutím k dosaženému vzdělání, zkušenostem a znalostem a předchozím výdělečným činnostem.

Pokles pracovní schopnosti je pokles schopnosti vykonávat výdělečnou činnost v důsledku omezení tělesných, smyslových a duševních schopností ve srovnání se stavem, který byl u pojištěnce před vznikem dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu.

Základem pro posouzení invalidity je *určení míry poklesu pracovní schopnosti v procentech*.

Pojištěnec je invalidní, jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu nastal pokles jeho pracovní schopnosti nejméně o 35 %.

Jestliže pracovní schopnost pojištěnce poklesla:

nejméně o 35 %, avšak nejvíce o 49 %, jedná se o **invaliditu prvního stupně**,

nejméně o 50 %, avšak nejvíce o 69 %, jedná se o **invaliditu druhého stupně**,

nejméně o 70 %, jedná se o **invaliditu třetího stupně**.

Procentní míry poklesu pracovní schopnosti jsou podrobně pro jednotlivá zdravotní postižení uvedeny v právním předpisu - v příloze k vyhlášce 359/2009 Sb.

Pro stanovení poklesu pracovní schopnosti je nutné určit, zdravotní postižení, které je rozhodující příčinou dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu. *Za rozhodující příčinu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu* se považuje takové zdravotní postižení, které má nejvýznamnější dopad na pokles pracovní schopnosti pojištěnce. Trpí-li pojištěnec jednou chorobou, stanoví se pokles pracovní schopnosti podle funkčních poruch způsobených touto chorobou. Je-li příčinou dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu pojištěnce více zdravotních postižení, hodnoty procentní míry poklesu pracovní schopnosti stanovené pro jednotlivá zdravotní postižení se nesčítají; v tomto případě se určí, které zdravotní postižení je rozhodující příčinou dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu, a procentní míra poklesu pracovní schopnosti se stanoví podle tohoto zdravotního postižení se zřetelem k závažnosti vlivu ostatních zdravotních postižení na pokles pracovní schopnosti pojištěnce.

Při určování poklesu pracovní schopnosti se vychází ze zdravotního stavu pojištěnce doloženého výsledky funkčních

vyšetření; přitom se bere v úvahu:

- a) zda jde o zdravotní postižení trvale ovlivňující pracovní schopnost**
- b) zda se jedná o stabilizovaný zdravotní stav**
- c) zda a jak je pojištěnec na své zdravotní postižení adaptován**
- d) schopnost rekvalifikace pojištěnce na jiný druh výdělečné činnosti, než dosud vykonával**

V příloze k vyhlášce 359/2009 Sb. se najde příslušná položka odpovídající rozhodující příčině dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu a tíži funkční poruchy z ní plynoucí, kde je uveden pokles schopnosti soustavné výdělečné činnosti v procentech. Většinou je vyjádřen v určitém rozpětí - například 15-25 %. Konkrétní procento z tohoto rozpětí se stanoví na základě zhodnocení dopadu funkční poruchy u daného pojištěnce.

Pro souběhu více zdravotních postižení nebo při omezení schopnosti využívat dosažené vzdělání, zkušenosti a znalosti v důsledku dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu může být horní hranice míry poklesu pracovní schopnosti uvedené v každé položce zvýšena až o 10 procentních bodů.

Za určitých okolností, například při dlouhodobé příznivé stabilizaci zdravotního stavu, při dobré schopnosti rekvalifikace posuzovaného, apod. lze naopak dolní hranici snížit až o 10 %.

Pro obecnou představu uvádím doslovnou citaci z právního předpisu, podle kterého se stanovuje pokles pracovní schopnosti u hypertenze a nefropatií.

Příloha k vyhlášce 359/2009Sb. v platném znění Procentní míry poklesu pracovní schopnosti

Kapitola IX – POSTIŽENÍ SRDCE A OBĚHOVÉ SOUSTAVY

Obecné posudkové zásady: Při hodnocení míry poklesu pracovní schopnosti se vychází z funkčního postižení, možností a výsledku léčby, vývoje a prognózy postižení. Pro hodnocení je nejdůležitější posouzení funkčního stavu, které vychází jak z vyhodnocení subjektivních kritérií (NYHA, CCS, dotazníky, skórovací systémy), tak z objektivně zjištěných kritérií (hodnoty ejekční frakce-EF, plazmatické koncentrace natriuretických peptidů-NP, výsledku Holterova monitorování, hodnot metabolického ekvivalentu-MET, spotřeby kyslíku-VO₂max., zátěže vztažené k tělesné hmotnosti – W/kg tělesné hmotnosti). Pro zařazení do příslušné funkční skupiny musí být splněna 3 popř. i více kritérií. Pro stanovení míry poklesu pracovní schopnosti je rozhodující dopad zjištěného funkčního omezení na celkovou výkonnost a schopnost vykonávat denní aktivity. Při hodnocení by sledované období, rozhodné pro posouzení míry poklesu pracovní schopnosti, mělo trvat zpravidla jeden rok. Při posouzení je nutno přihlídnout ke skutečnosti, že řada srdečně cévních postižení může vyústit v syndrom chronického srdečního selhání.

ODDÍL A – POSTIŽENÍ SRDEČNÍ

► Položka 8 – Arteriální hypertenze

Posudkové hledisko: Při stanovení míry poklesu pracovní schopnosti je třeba zhodnotit funkční poškození cílových orgánů, odpověď na léčbu, přítomnost dalších rizikových faktorů včetně rizika fatální kardiovaskulární příhody (hodnocené dle SCORE) a dopad stavu na celkovou výkonnost a schopnost vykonávat denní aktivity. Při

posouzení se vychází z monitorování hodnot krevního tlaku, výsledků biochemického vyšetření krve a moče, EKG, ECHO, vyšetření očního pozadí, sonografického vyšetření karotid a ledvin. V případě sekundární hypertenze je nutno přihlížet k charakteru základního onemocnění.

položka 8a 5%

minimální postižení, žádné objektivně prokazatelné orgánové morfologické či funkční změny, bez dopadu na celkovou výkonnost a schopnost vykonávat denní aktivity

položka 8b 10-20 %

lehké orgánové poškození, postižení ledvin se vzestupem kreatininu, mírný pokles kreatininové clearance, mikroalbuminémie, normální srdeční funkce, změny na očním pozadí ve stadiu angiopatie či angiosklerózy, bez omezení celkové výkonnosti při běžném zatížení

položka 8c 35-45 %

středně závažné funkční a morfologické změny, závažný pokles kreatininové clearance, hypertrofie levé komory s poklesem srdečního výkonu a celkové výkonnosti při středně těžkém zatížení, některé denní aktivity vykonávány s obtížemi

položka 8d 50-60 %

těžké funkční postižení, s poklesem srdečního výkonu a celkové výkonnosti při lehčím zatížení, některé denní aktivity omezeny

položka 8e 70-80 %

manifestní orgánové postižení, těžký pokles kreatininové clearance, výrazná proteinurie, systolická dysfunkce levé komory nebo přítomnost levostranné srdeční insuficience, změny na očním pozadí ve stadiu exudátů na sítnici, proběhlá cévní mozková příhoda na podkladě krvácení do mozku s těžkými funkčními následky, hypertenzní encefalopatie

Kapitola XIV – POSTIŽENÍ MOČOVÉ A POHLAVNÍ SOUSTAVY

ODDÍL A – POSTIŽENÍ MOČOVÉ SOUSTAVY

Obecné posudkové zásady: Míra poklesu pracovní schopnosti se stanoví podle rozsahu a tíže postižení, stupně aktivity procesu, poruch funkce uropoetického systému, které je nutno zjistit speciálními funkčními zkouškami (např. určením kreatininu a močoviny, vyšetřením glomerulární filtrace a koncentrační schopnosti, izotopovým vyšetřením, urografií, urodynamickým vyšetřením, endoskopií, sonografií). Přitom je nutné vzít v úvahu i případné postižení jiných orgánů. Pro stanovení míry poklesu pracovní schopnosti je rozhodující dopad poruchy funkce na celkový stav, výkonnost a na schopnost zvládat denní aktivity. Při posuzování míry poklesu pracovní schopnosti u poruch močové soustavy by sledované období, rozhodné pro posouzení míry poklesu pracovní schopnosti, mělo trvat zpravidla jeden rok.

► Položka 4 - Glomerulopatie (primární, sekundární) a jiná postižení ledvin bez ohledu na etiologii

Posudkové hledisko: Při stanovení míry poklesu pracovní schopnosti je třeba zhodnotit rozsah a závažnost změn, stupeň aktivity, poruchu renální funkce na základě laboratorního souboru vyšetření, markerů zánětu, proteinurie,

koagulace, imunologického vyšetření, ultrasonografie případně i biopsie

položka 4a 10-15 %

minimální funkční postižení, dosažení remise, pokles aktivity, pokles nebo vymizení proteinurie, normalizace či zlepšení renální funkce a močového nálezu, pokles nebo vymizení titru protilátek, nepřítomnost funkčního postižení ledvin, bez komplikací, případně jen lehké komplikace, zvýšená unavitelnost

položka 4b 20-30 %

lehké funkční postižení, snížení renální funkce (středně těžké snížení glomerulární filtrace), chronické formy s postižením tubulointersticia, přítomnost funkčně významnějších chronických komplikací, zpomalení progresy funkčního a morfologického postižení, zajišťovací dlouhodobá renoprotektivní a imunosupresivní léčba, podle rozsahu funkčního omezení

položka 4c 40-50 %

středně těžké postižení, snížení renálních funkcí na III. až IV. stupeň dle KDOQI, glomerulární filtrace pod 30 ml/min/1,73 m², současně přítomné jiné chronické komplikace, značné snížení výkonnosti při obvyklém zatížení, některé denní aktivity omezeny, podle rozsahu funkčního omezení

položka 4d 70-80 %

těžké funkční postižení, významně snížená renální funkce V. stupně dle KDOQI, chronické komplikace se závažným funkčním postižením jiných orgánů a systémů, velká nefrotická proteinurie, plně rozvinutý, perzistující nefrotický syndrom, pokročilá chronická renální insuficience, některé denní aktivity těžce omezeny

► položka 6 - Chronické selhání ledvin/chronická renální insuficience

Posudkové hledisko: Při stanovení míry poklesu pracovní schopnosti je třeba hodnotit rychlost progresu, stadium selhání, komplikace spojené s renální insuficiencí, zejména kardiovaskulární komplikace, infekční komplikace, poškození centrálního nervového systému, anemii, krvácivé stavy, renální osteopatii/kostní nemoc, efekt transplantace nebo komplikace s ní spojené a dopad stavu na celkovou výkonnost a denní aktivity.

položka 6a 20-30 %

lehké funkční postižení, stadium I. nebo II., některé denní aktivity vykonávány s obtížemi

položka 6b 40-50 %

středně těžké funkční postižení, stadium III. až IV., funkčně závažné chronické komplikace, značné snížení výkonnosti při obvyklém zatížení, některé denní aktivity omezeny

položka 6c 60-80 %

těžké funkční postižení, stadium chronického selhání ledvin, nezvratné selhání ledvin, stadium V., glomerulární filtrace je snížena na méně než jednu osminu fyziologické hodnoty, tedy pod 0,16 ml/s, bez nebo s uremickými symptomy (neuropatie, encefalopatie, pleuritida, perikarditida, malnutrice, hemoragická diatéza) nebo s mnohočetnými komplikacemi, denní aktivity těžce omezeny

položka 6d 60-80 %

chronické selhání ledvin léčené dialýzou s mnohočetnými těžkými komplikacemi

položka 6e 50-60 %

chronické selhání ledvin léčené dialýzou bez nebo s lehkými komplikacemi, podle rozsahu omezení

Závěrem:

Není úkolem praktických ani odborných lékařů znát posudková kritéria, proto není ani žádoucí, aby se tito lékaři vyjadřovali ve svých nálezech konkrétněji k posudkovým otázkám. V případech, kdy není dostatek informací od ošetřujících lékařů pro spolehlivý posudkový závěr, nebo při diskrepancích v nálezech, má posudkový lékař možnost nechat provést potřebná vyšetření, která aktuální zdravotní stav po stránce funkční ozřejmí.

Posuzování zdravotního stavu je postaveno nikoliv na samotné diagnóze onemocnění, ale vždy na hodnocení závažnosti poruch funkcí zapříčiněných chorobami. Aby posudkový lékař mohl dojít ke správnému posudkovému závěru, potřebuje mít k dispozici kvalitní podklady v podobě klinických nálezů popisujících se všemi náležitostmi funkční klinický stav posuzovaného občana, včetně výsledků potřebných paraklinických vyšetření.



Mladí praktici na XXX. výroční konferenci SVL ČLS JEP

Na půdě výroční konference SVL ve Zlíně se i letos prezentovali Mladí praktici. Měli jsme tu čest otevřít celý program středním blokem Mladých praktiků.

V úvodu naši organizaci a její hlavní aktivity stručně představil předseda Pavel Vychytil. Samostatná organizace Mladí praktici byla založena v roce 2010 na základě evropské definice a sdružuje studenty se zájmem o praktické lékařství, praktické lékaře v předatestační přípravě a praktiky do 5 let po složení atestační zkoušky. V současnosti zastupuje cca 200 registrovaných členů. Jednotlivé sekce Mladých praktiků se zabývají problematikou předatestační přípravy, zakládáním a přebíráním praxí a zahraničními vztahy. Hlavním cílem je hájení zájmů mladých praktiků a navázání kontaktů s ostatními organizacemi praktických lékařů v ČR. Informačním centrem jsou webové stránky www.mladipraktici.cz.

Dalším z řečníků byl člen zahraniční sekce Mladých praktiků Norbert Král. Krátce představil naše aktivity na evropských konferencích WONCA v minulých letech a zapojení do mezinárodních výměnných programů zejména na Slovensku, v Holandsku a Velké Británii. Jako národní koordinátor výměnného programu Hippokrates v České republice informoval o evropském grantu Leonardo v celkové hodnotě 21 090 Eur, který společnost Mladí praktici získala na dvoutýdenní výměnné stáže do zahraničí pro 14 uchazečů z řad mladých praktiků. Stáže by se měly uskutečnit v roce 2012 v ordinacích evropských praktických lékařů. Náplní je nejen pozorovat kurativu v ordinacích, ale zároveň pochopit jiný systém a organizaci práce, setkat se s mladými praktiky v jejich podmínkách nebo v případě možnosti navštívit Ústav všeobecného lékařství v dané lokalitě. K dispozici jsou místa v Polsku, Portugalsku, Rakousku, Řecku a Velké Británii. Výstupy očekáváme v roce 2013 a doufáme, že stáž bude nejen ku prospěchu samotným zúčastněným, ale i širší společnosti praktických lékařů. Bez sledování trendů v zahraničí by byl náš obor neúplný. Jedním z pomyslných vrcholů zahraničních aktivit může být rok 2013, kdy bude Česká republika pořádat světovou konferenci WONCA, jejíž součástí bude i prekonference WONCA, která je určena mladým lékařům. Prekonference mají dlouhou historii ve WONCA Europe, ale bude to poprvé, co bude prekonference přímou součástí světové konference WONCA. Do příprav jsou již nyní Mladí praktici zapojeni a jako prezidentka prekonference byla představena Nela Šrámková. Organizace prekonference pro mladé praktiky z celého světa je pro nás velkou výzvou, chtěli bychom tento úkol splnit na výbornou, ovšem budeme potřebovat spoustu podpory a pozitivně zaujatých lidí.

David Halata popsal svou zkušenost s převzetím praxe ve Zlínském kraji. Apeloval na nutnost celkového pohledu na problematiku předávání praxí, jak z pohledu mladého lékaře přebírajícího praxi, tak z pohledu zkušeného lékaře předávajícího praxi a základní nutnost tyto dva pohledy neoddělovat. Byla vyzvednuta problematika jednotlivých etap profesního

života praktického lékaře, především riziko prázdnoty osobnosti praktického lékaře po ukončení profesní dráhy. Obě výše uvedené skupiny lékařů sdílejí překvapivě podobné obtíže. Zcela zásadní je chybění systémového řešení. Problematika předávání praxí se v příštích 10 letech bude týkat přibližně 30 % praxí v ČR, přesto je jí věnována jen minimální pozornost. Nedostatečná vzájemná komunikace, nejistota a strach situaci jen dále zhoršují a mohou být živnou půdou k neopodstatněným sporům v procesu tak přirozeném, jakým generační výměna jen může být. Zahájení vzájemné diskuze o problematice předávání praxí může být dobrým začátkem v jejím řešení.

V rámci našeho bloku dále Pavel Vychytil uvedl data ze studie provedené mezi absolventy oboru VPL (studie provedená Kabinetem veřejného zdravotnictví 3. LF UK - Pavel Vychytil a Institutem sociologických studií FSV UK - Jiří Remr). Tato studie se zaměřila na celkový pohled školenců na specializační přípravu a na identifikaci problematických míst specializační přípravy. Studie se skládala ze dvou částí: kvalitativní rozhovory se 12 školenci a 10 školiteli-specialisty, kterou byly identifikovány jednotlivé problematické jevy. Na základě této studie byl vytvořen dotazník pro kvantifikaci identifikovaných jevů. Data ukázala, že jako nejproblematictější jev ve specializační přípravě absolventi vnímali nedostatek financí a kolizi profesních a osobních nároků. Dále byla jednoznačně identifikována organizační náročnost specializační přípravy, která neodpovídá možnostem jak školenců, tak ale i zdravotnických zařízení, ve kterých školenci absolvují povinné stáže. Výsledkem tohoto stavu je, že dle výpovědí školenců se významná část školitelů školencům nevěnovala (47 % specialistů, ale dokonce i 20 % školitelů praktických lékařů) a lékaři jsou na stážích v „roli medika“. To vede k tomu, že dochází k obcházení pravidel specializační přípravy, které se ale ve světle získaných dat jeví jako racionální (zkracování „neužitečných“ stáží, nesplnění části předepsaných výkonů). Autoři studie navrhli možná řešení: v oblasti vzdělávacího kurikula jeho zjednodušení a převedení větší odpovědnosti na školence resp. školitele, dále úprava systému testů před atestací. V následné diskuzi zaznělo mnoho podnětných návrhů, vyzdvihneme velmi pozitivní zprávu předsedy SVL doc. Býmy o zjednodušení specializačního vzdělávání dle nového vzdělávacího programu.

Rádi bychom na tomto místě ještě jednou poděkovali Výboru SVL za poskytnutí prostoru k prezentaci Mladých praktiků na půdě výroční konference SVL. Vzhledem k čilým kuloárním mezigeneračním diskuzím během celé konference věříme, že aktivity Mladých praktiků přispívají k dalšímu zdárnému vývoji oboru všeobecného praktického lékařství v ČR.

Pavel Vychytil
Norbert Král
David Halata
Kateřina Javorská

Zákon 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů

Ve znění:

Předpis č. 298/2011 Sb. (k 1.12.2011) **mění, 86 novelizačních bodů; nová přechodná ustanovení**

298/2011 Sb. (k 1.1.2012) **mění § 16a odst. 1 písm. d), § 17 odst. 8 a § 30 odst. 2 písm. a) - dosud neuvedeno**

Vzhledem k rozsahu změn v zákonu 48/1997, které vstupují v platnost k 1. 12. 2011 (červeně vyznačené), k 1. 1. 2012 (modře vyznačené), zrušené texty jsou uvedeny jako přeškrtnuté

Vzhledem k rozsahu zákona uvádíme pouze části týkající se nebo mající souvislost s činností VPL.

Poznámka: 1.1.2012 258/2000 Sb. dochází opět ke změně úhrad vakcín pro povinná pravidelná očkování (pro VPL se to týká zřejmě jen tetanu). Místo státu je budou hradit zdravotní pojišťovny přímo distributorovi. Metodika, jak vakcíny objednávat a vykazovat, nebyla v době uzávěrky tohoto časopisu ještě k dispozici.

ČÁST ČTVRTÁ PRÁVA A POVINNOSTI POJIŠTĚNCE § 11

(1) Pojištěnec má právo

- a) na výběr zdravotní pojišťovny, nestanoví-li tento zákon jinak. Zdravotní pojišťovnu lze změnit jednou za 12 měsíců, a to vždy jen k 1. dni kalendářního čtvrtletí k 1. lednu následujícího kalendářního roku; přihlášku je pojištěnec nebo jeho zákonný zástupce povinen podat vybrané zdravotní pojišťovně nejpozději 6 měsíců před požadovaným dnem změny. Přihlášku ke změně zdravotní pojišťovny k 1. lednu kalendářního roku lze podat pouze jednu; k případným dalším přihláškám se již nepřihlíží, a to ani tehdy, jsou-li podány ve stanovené lhůtě. Ode dne vstupu zdravotní pojišťovny do likvidace nebo ode dne zavedení nucené správy nad zdravotní pojišťovnou nebo ode dne, který Ministerstvo zdravotnictví na základě zjištění nerovnováhy v hospodaření zdravotní pojišťovny¹⁹⁾ vyhlásí ve sdělovacích prostředcích, jsou pojištěnci takové zdravotní pojišťovny oprávněni změnit zdravotní pojišťovnu i ve lhůtě kratší, a to vždy k 1. dni kalendářního měsíce, nejdříve však k 1. dni následujícího kalendářního měsíce. Změnu zdravotní pojišťovny provádí za osoby nezletilé a osoby bez způsobilosti k právním úkonům jejich zákonný zástupce. Při narození dítěte se právo na výběr zdravotní pojišťovny nepoužije. Dnem narození se dítě stává pojištěncem zdravotní pojišťovny, u které je pojištěna matka dítěte v den jeho narození. Změnu zdravotní pojišťovny dítěte může jeho zákonný zástupce provést až po přidělení rodného čísla dítěti, a to ke dni stanovenému ve větě druhé nebo třetí v tomto ustanovení. Žádá-li pojištěnec nebo zákonný zástupce pojištěnce zdravotní pojišťovnu v souladu s tímto ustanovením, je zdravotní pojišťovna povinna jeho žádosti vyhovět bez průtahů. Zdravotní pojišťovna není oprávněna stanovit pojištěnci dobu, po kterou u ní bude pojištěn, nebo vztah pojištěnce ke zdravotní pojišťovně sama ukončit.

Zdravotní pojišťovna není oprávněna přijmout pojištěnce v jiných lhůtách, než je uvedeno v tomto ustanovení,

- b) na výběr lékaře či jiného odborného pracovníka ve zdravotnictví a zdravotnického zařízení s výjimkou závodní zdravotní služby,²⁰⁾ kteří jsou ve smluvním vztahu k příslušné zdravotní pojišťovně; toto právo může uplatnit jednou za tři měsíce. Zvolený lékař může odmítnout přijetí pojištěnce do své péče pouze tehdy, jestliže by jeho přijetím bylo překročeno únosné pracovní zatížení lékaře tak, že by nebyl schopen zajistit kvalitní zdravotní péči o tohoto nebo o ostatní pojištěnce, které má ve své péči. Jiná vážná příčina, pro kterou může zvolený lékař odmítnout přijetí pojištěnce, je též přílišná vzdálenost místa trvalého nebo přechodného pobytu pojištěnce pro výkon návštěvní služby. Míru únosného pracovního zatížení a závažnost příčiny pro nepřijetí pojištěnce do své péče posuzuje zvolený lékař. Lékař nemůže odmítnout pojištěnce ze stanoveného spádového území²¹⁾ a v případě, kdy se jedná o neodkladnou péči. Každé odmítnutí převzetí pojištěnce do péče musí být lékařem pojištěnci písemně potvrzeno,
- c) na výběr dopravní služby, která je ve smluvním vztahu k příslušné zdravotní pojišťovně,
- d) na zdravotní péči bez přímé úhrady, pokud mu byla poskytnuta v rozsahu a za podmínek stanovených tímto zákonem. Lékař či jiný odborný pracovník ve zdravotnictví ani zdravotnické zařízení nesmí za tuto zdravotní péči přijmout od pojištěnce žádnou úhradu. Při porušení této povinnosti je oprávněn příslušný orgán státní správy odejmout oprávnění k poskytování zdravotní péče nebo uložit pokutu. Ze stejných důvodů je příslušná pojišťovna oprávněna vypovědět smlouvu o poskytování a úhradě zdravotní péče. Zdravotní pojišťovny koordinují svůj postup s orgány státní správy při uplatňování postihu za porušení povinnosti uložené tímto ustanovením zákona,
- e) na léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely bez přímé úhrady, jde-li o léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely hrazené ze zdravotního pojištění a předepsané v souladu s tímto zákonem; to platí i v případech, kdy zařízení lékárenské péče nemá se zdravotní pojišťovnou pojištěnce dosud uzavřenou smlouvu,
- f) vybrat si variantu poskytnutí zdravotní péče podle § 13,
- g) podílet se na kontrole poskytnuté zdravotní péče hrazené zdravotním pojištěním,
- h) na vystavení dokladu o zaplacení regulačního poplatku podle § 16a; zdravotnické zařízení je povinno tento doklad pojištěnci na jeho žádost vydat,
- i) na vystavení dokladu o zaplacení regulačního poplatku podle § 16a odst. 1 písm. d) a o zaplacení doplatku za vydání částečně hrazeného léčivého přípravku nebo potra-

viny pro zvláštní lékařské účely zařízením lékárenské péče; zařízení lékárenské péče je povinno tento doklad pojištěnci na jeho žádost vydat,

- j) na uhrazení částky přesahující limit pro regulační poplatky a doplatky za předepsané částečně hrazené léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely podle § 16b zdravotní pojišťovnou ve lhůtě podle § 16b odst. 2,
- k) na časovou a místní dostupnost zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění poskytované smluvními zdravotnickými zařízeními příslušné zdravotní pojišťovny.

§ 12

Pojištěnec je povinen:

- n) uhradit zdravotnickému zařízení, popřípadě jinému subjektu, který pojištěnci poskytl zdravotní péči, rozdíl mezi cenou poskytnuté zdravotní péče a výší úhrady ze zdravotního pojištění podle § 13.

ČÁST PÁTÁ

PODMÍNKY POSKYTOVÁNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE A JEJÍ ÚHRADY

Zdravotní péče hrazená ze zdravotního pojištění

§ 13

- (1) Ze zdravotního pojištění se hradí zdravotní péče poskytnutá pojištěnci s cílem zlepšit nebo zachovat jeho zdravotní stav nebo zmírnit jeho utrpení, pokud
 - a) odpovídá zdravotnímu stavu pojištěnce a účelu, jehož má být jejím poskytnutím dosaženo, a je pro pojištěnce přiměřeně bezpečná,
 - b) je v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy,
 - c) existují důkazy její účinnosti vzhledem k účelu jejího poskytování.
- (2) Zdravotní péče hrazená v rozsahu a za podmínek stanovených tímto zákonem (dále jen „hrazená péče“) zahrnuje:
 - a) léčebnou péči ambulantní a ústavní (včetně diagnostické péče, rehabilitace, péče o chronicky nemocné a zdravotní péče o dárce tkání nebo orgánů související s jejich odběrem),^{23a)}
 - b) pohotovostní a záchrannou službu,
 - c) preventivní péči,
 - d) dispenzární péči,
 - e) odběr tkání nebo orgánů určených k transplantaci a nezbytné nakládání s nimi (uchovávání, skladování, zpracování a vyšetření),^{23a)}
 - f) poskytování léčivých přípravků, prostředků zdravotnické techniky a stomatologických výrobků,
 - g) potraviny pro zvláštní lékařské účely,^{23b)}
 - h) lázeňskou péči a péči v odborných dětských léčebnách a ozdravovnách,
 - i) závodní preventivní péči,
 - j) dopravu nemocných a náhradu cestovních nákladů,
 - k) dopravu žijícího dárce do místa odběru a z tohoto místa, do místa poskytnutí zdravotní péče související s odběrem a z tohoto místa a náhradu cestovních nákladů,
 - l) dopravu zemřelého dárce do místa odběru a z tohoto místa,
 - m) dopravu odebraných tkání a orgánů (§ 36 odst. 4),
 - n) posudkovou činnost,
 - o) prohlídku zemřelého pojištěnce a pitvu, včetně dopravy.
- (3) Ze zdravotního pojištění se hradí též zdravotnická péče související s těhotenstvím a porodem dítěte, jehož matka požádala o utajení své osoby v souvislosti s porodem.^{23b)} Tuto péči hradí zdravotní pojišťovna, kterou na základě

identifikačních údajů pojištěnce o úhradu požádá příslušné zdravotnické zařízení. Povinnost mlčenlivosti stanovená v § 67b odst. 20 zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, tím není dotčena.

- (4) Pokud lze zdravotní péči uvedenou v odstavci 1 poskytnout více než jedním způsobem, přičemž všechny tyto způsoby splňují podmínky stanovené v odstavci 1 a mají stejný terapeutický účinek, hradí se takový způsob zdravotní péče, který je v souladu s účelným a hospodárným vynakládáním zdrojů veřejného zdravotního pojištění (dále jen „základní varianta“). Ostatní způsoby zdravotní péče podle věty první, které nesplňují podmínku účelného a hospodárného vynakládání zdrojů veřejného zdravotního pojištění (dále jen „ekonomicky náročnější varianta“), se ze zdravotního pojištění hradí ve výši stanovené pro úhradu takové zdravotní péče v základní variantě.
- (5) Za ekonomicky náročnější variantu zdravotní péče lze považovat pouze zdravotní péči, která je takto označena v prováděcích právních předpisech vydaných podle § 17. Za ekonomicky náročnější variantu nelze označit zdravotní péči, kterou lze poskytnout pouze jedním způsobem.
- (6) Před poskytnutím zdravotní péče, kterou lze poskytnout jak v základní variantě, tak i v ekonomicky náročnější variantě, je zdravotnické zařízení povinno pojištěnci nabídnout poskytnutí zdravotní péče v základní variantě a informovat ho též o ekonomicky náročnější variantě, včetně rozdílu mezi cenou ekonomicky náročnější varianty stanovenou v souladu s cenovým předpisem a uvedenou v ceníku zdravotnického zařízení, a výší úhrady zdravotní péče v základní variantě stanovenou prováděcím právním předpisem vydaným podle § 17 a cenovým předpisem⁴⁹⁾. Postup podle věty první se nepoužije, není-li možné vzhledem ke zdravotnímu stavu nemocného vyžádat si jeho souhlas a jde o neodkladné výkony nutné k záchraně života či zdraví. Ceník ekonomicky náročnějších variant zdravotní péče musí být zveřejněn ve zdravotnickém zařízení na veřejnosti přístupném místě a způsobem umožňujícím dálkový přístup.
- (7) Zdravotnické zařízení je v případech uvedených v odstavci 6 povinno do zdravotnické dokumentace pojištěnce zaznamenat, že mu bylo nabídnuto poskytnutí zdravotní péče v základní variantě a že byl informován o možnostech poskytnutí zdravotní péče i v ekonomicky náročnější variantě. Součástí záznamu ve zdravotnické dokumentaci je vyslovení souhlasu pojištěnce s poskytnutím zdravotní péče v základní variantě, nebo s poskytnutím zdravotní péče v ekonomicky náročnější variantě, pokud se pojištěnec pro takovou variantu rozhodl; v takovém případě je součástí záznamu ve zdravotnické dokumentaci též vyslovení souhlasu pojištěnce se zaplacením částky ve výši rozdílu mezi cenou ekonomicky náročnější varianty a výší úhrady zdravotní péče v základní variantě. Takto vyslovení souhlasu podepíše pojištěnec a ošetřující lékař; pokud pojištěnec s ohledem na svůj zdravotní stav nemůže záznam podepsat, stvrdí jeho nepochybný projev vůle svým podpisem ošetřující lékař a další svědek. V záznamu se uvede způsob, jakým pojištěnec svou vůli projevil, a zdravotní důvody bránící podpisu pojištěnce.
- (8) Zdravotnické zařízení nesmí při poskytování zdravotní péče upřednostňovat pojištěnce, který si zvolí ekonomicky náročnější variantu.
- (9) Za opakované porušení povinnosti podle odstavců 6 až 8 příslušná zdravotní pojišťovna uloží zdravotnickému zaří-

zení pokutu do 1 000 000 Kč. Při určení výše pokuty se přihlédne k závažnosti porušení povinnosti, zejména ke způsobu jeho spáchání a jeho následkům a k okolnostem, za nichž bylo spácháno. Pokutu lze uložit do 1 roku ode dne, kdy příslušná zdravotní pojišťovna zjistila porušení povinnosti, nejdéle však do 3 let ode dne, kdy k porušení povinnosti došlo. Pokuta je příjmem zdravotní pojišťovny, která ji uložila. Opakované udělení pokuty je důvodem pro ukončení smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče bez uplatnění výpovědní lhůty podle § 17 odst. 3. Zdravotnické zařízení za porušení povinnosti neodpovídá, jestliže prokáže, že vynaložilo veškeré úsilí, které bylo možno požadovat, aby porušení povinnosti zabránilo.

§ 15

- (1) Ze zdravotního pojištění se nehradí, nebo se hradí jen za určitých podmínek, zdravotní výkony uvedené v příloze č. 1 tohoto zákona.
- (2) Ze zdravotního pojištění se nehradí výkony akupunktury.
- (3) Ze zdravotního pojištění se hradí nejvíce třikrát za život zdravotní péče poskytnutá na základě doporučení registrujícího ženského lékaře v souvislosti s mimotělním oplodněním
 - a) ženám s oboustrannou neprůchodností vejcovodů ve věku od 18 do 39 let,
 - b) ostatním ženám ve věku od 22 do 39 let.
- (4) Ze zdravotního pojištění se vždy plně hradí v provedení **nejméně ekonomicky náročném** léčivé přípravky obsahující tyto léčivé látky:
 - a) sérum proti stafylokokovým infekcím,
 - b) sérum proti záškrtu,
 - c) sérum proti hadímu jedu,
 - d) sérum proti botulismu,
 - e) sérum proti plynatě sněti,
 - f) sérum proti vzteklině,
 - g) imunoglobulin proti tetanu,
 - h) imunoglobulin proti hepatitidě B,
 - i) tetanový toxoid,
 - j) vakcína proti stafylokokovým infekcím,
 - k) vakcína proti vzteklině,
 - l) antidota (užívaná při léčbě otrav organofosfáty, těžkými kovy a kyanidy).
- (5) Ze zdravotního pojištění se hradí při poskytování ambulantní zdravotní péče léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely, pokud pro ně Státní ústav pro kontrolu léčiv (dále jen „Ústav“) rozhodl o výši úhrady (§ 39h). V každé skupině léčivých látek uvedených v příloze č. 2 se ze zdravotního pojištění vždy plně hradí nejméně jeden léčivý přípravek nebo potravina pro zvláštní lékařské účely. Dále se ze zdravotního pojištění hradí individuálně připravované léčivé přípravky, radiofarmaka, **transfúzní přípravky, léčivé přípravky pro moderní terapii a tkáň a buňky** ve výši stanovené Ústavem opatřením obecné povahy. Ze zdravotního pojištění se při poskytování ústavní péče plně hradí léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely, individuálně připravované léčivé přípravky, radiofarmaka, **transfúzní přípravky, zdravotnické prostředky, léčivé přípravky pro moderní terapii a tkáň a buňky**, v provedení nejméně ekonomicky náročném, v závislosti na míře a závažnosti onemocnění, a pojištěnec se na jejich úhradě nepodílí.
- (6) Ze zdravotního pojištění se nehradí léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely uvedené v odstavci 5 větě první, pokud Ústav rozhodnutím úhradu nepřiznal. Ústav nepřizná úhradu, jde-li o léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely
 - a) podpůrné a doplňkové,
 - b) jejichž používání je z odborného hlediska nevhodné,
 - c) nemají dostatečné důkazy o terapeutické účinnosti,
 - d) nesplňují podmínky účelné terapeutické intervence, nebo
 - e) které jsou prvním ~~nebo druhým generikem podle § 39b odst. 4 a jejich držitel registrace se písemně v průběhu řízení podobným přípravkem podle § 39b odst. 4 v referenční skupině, který byl podle zákona o léčivech registrován jako biologický léčivý přípravek nebo generikum, a držitel registrace se písemně spolu s žádostí o stanovení výše a podmínek úhrady nezavázal dodávat léčivý přípravek nebo potravinu pro zvláštní lékařské účely na český trh po dobu 12 měsíců ode dne účinnosti stanovené výše a podmínek úhrady,~~
- f) jejichž cena pro konečného spotřebitele by v případě úhrady ze zdravotního pojištění byla nižší nebo rovna 50 Kč.
- (7) Terapeutickou účinností se rozumí schopnost vyvolávat žádoucí účinek s použitím léčivého přípravku nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely i v podmínkách běžné klinické praxe. Účelnou terapeutickou intervencí se rozumí zdravotní péče poskytovaná k prevenci nebo léčbě onemocnění za účelem dosažení co nejúčinnější a nejbezpečnější léčby při zachování nákladové efektivity.
- (8) Nákladovou efektivitou se rozumí určení poměru mezi náklady a přínosy spojenými s použitím léčivého přípravku nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely ve srovnání s použitím jiného léčivého přípravku, potraviny pro zvláštní lékařské účely nebo léčebného postupu; nákladová efektivita je hodnocena ve srovnání s takovým terapeutickým postupem hrazeným z prostředků zdravotního pojištění, který je obecně přijímán jako obvyklý. Nákladově efektivní jsou takové léčebné postupy, které při srovnatelných nákladech přinášejí stejný nebo vyšší terapeutický účinek spočívající v prodloužení života, zlepšení kvality života nebo zlepšení podstatného a měřitelného kritéria příslušného onemocnění, nebo které při alespoň srovnatelném terapeutickém účinku znamenají nižší celkové náklady pro systém zdravotního pojištění, nebo při vyšších nákladech a vyšším terapeutickém účinku je tento poměr srovnatelný s jinými terapeutickými postupy hrazenými z prostředků zdravotního pojištění. Hodnocení nákladové efektivity se vyžaduje u léčivých přípravků nebo potravin pro zvláštní lékařské účely, které nejsou zařazeny do referenční skupiny podle § 39c odst. 1, nebo u kterých je navrhováno preskripční nebo indikační omezení odlišné od v zásadě terapeuticky zaměnitelných léčivých přípravků nebo potravin pro zvláštní lékařské účely, anebo u kterých je požadováno stanovení další zvýšené úhrady podle § 39b odst. 11, popřípadě u kterých je požadováno zvýšení úhrady léčivého přípravku nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely oproti základní úhradě.
- (9) Ústav rozhoduje o
 - a) ~~výši úhrady~~ **stanovení, změně a zrušení výše úhrady** léčivých přípravků a potravin pro zvláštní lékařské účely,
 - b) podmínění úhrady léčivých přípravků a potravin pro zvláštní lékařské účely uvedených v písmenu a) způsobem vyúčtování, preskripčními a indikačními omezeními nebo používáním při poskytování zdravotní péče na specializovaných pracovištích (dále jen „podmínky úhrady“),
 - c) nepřiznání úhrady léčivým přípravkům a potravinám pro

- zvláštní lékařské účely,
- d) vyšší úhrad stanovení, změně a zrušení maximálních cen podle právních předpisů o regulaci cen vyhlášených ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví (dále jen „cenový předpis“)23c)
- e) o zařazení léčivého přípravku do referenční skupiny,
- f) základní úhradě referenční skupiny.
- (10) Léčivý přípravek, jehož úhrada ze zdravotního pojištění je rozhodnutím Ústavu podmíněna používáním na specializovaném pracovišti, zdravotní pojišťovna hradí pouze zdravotnickému zařízení, se kterým za účelem hospodářného užití takových léčivých přípravků uzavřela zvláštní smlouvu. Součástí takové smlouvy musí být uvedení léčivého přípravku a pracoviště zdravotnického zařízení.
- (11) Zdravotnické prostředky uvedené v oddílu B přílohy č. 3 tohoto zákona se ze zdravotního pojištění nehradí. Zdravotnické prostředky uvedené v oddílu C přílohy č. 3 tohoto zákona se ze zdravotního pojištění hradí ve výši a za podmínky stanovených v této příloze.
- (12) Zdravotnické prostředky neuvedené v odstavci 11 se ze zdravotního pojištění hradí ve výši 75 % ceny zdravotnického prostředku v provedení nejméně ekonomicky náročném, v závislosti na míře a závažnosti zdravotního postižení; cenu nejméně ekonomicky náročného provedení zdravotnického prostředku zjišťuje zdravotní pojišťovna průzkumem trhu. Ze zdravotního pojištění podle tohoto odstavce se hradí zdravotnické prostředky předepsané za účelem
- a) pokračovat v léčebném procesu,
- b) podpořit stabilizaci zdravotního stavu pojištěnce nebo jej výrazně zlepšit anebo vyloučit jeho zhoršení, nebo
- c) kompenzovat nebo zmírnit následky zdravotní vady včetně náhrady nebo modifikace anatomické struktury nebo fyziologického procesu.
- (13) Ze zdravotního pojištění se hradí stomatologické výrobky v rozsahu a za podmínek uvedených v příloze č. 4 tohoto zákona.
- (14) Ze zdravotního pojištění se nehradí vyšetření, prohlídky, léčivé přípravky, potraviny pro zvláštní lékařské účely a zdravotnické prostředky a jiné výkony provedené v osobním zájmu a na žádost fyzických osob nebo v zájmu a na žádost právnických osob, jejichž cílem není zachovat nebo zlepšit zdravotní stav pojištěnce. Hrazená péče dále nezahrnuje vyšetření, prohlídky, léčivé přípravky, potraviny pro zvláštní lékařské účely a zdravotnické prostředky a jiné zdravotní výkony provedené na dožádání soudu, státního zastupitelství, orgánů státní správy a orgánů Policie České republiky. Úhradu zdravotních výkonů podle předchozí věty poskytne zdravotnickému zařízení orgán, pro který se zdravotní výkony provádějí, ve výši stanovené seznamem zdravotních výkonů s bodovými hodnotami²⁵⁾ v souladu s rozhodnutím Ministerstva financí²⁶⁾.
- (15) Ze zdravotního pojištění se hradí péče poskytovaná v léčebnách pro dlouhodobě nemocné. Zdravotní péče poskytovaná v kojeneckých ústavech, dětských domovech a jeslích se hradí z rozpočtu zřizovatele. Z rozpočtu zřizovatele se hradí též zdravotnická záchranná služba²⁷⁾ a pohotovostní služby s výjimkou zdravotních výkonů podle § 28.

§ 16

- (1) Příslušná zdravotní pojišťovna hradí ve výjimečných případech zdravotní péči, jinak zdravotní pojišťovnou

nehrazenou, je-li její poskytnutí z hlediska zdravotního stavu pojištěnce jedinou možností zdravotní péče.

- (2) S výjimkou případů, kdy hrozí nebezpečí z prodlení, je poskytnutí zdravotní péče podle předchozího odstavce vázáno na předchozí souhlas revizního lékaře.

§ 16a

Regulační poplatky

- (1) Pojištěnec, anebo za něj jeho zákonný zástupce, je povinen v souvislosti s poskytováním hrazené péče hradit zdravotnickému zařízení, které zdravotní péči uvedenou v písmenech a) až f) poskytlo, regulační poplatek ve výši
- a) 30 Kč za
1. návštěvu, při které bylo provedeno klinické vyšetření^{27a)} (dále jen „návštěva“) u praktického lékaře, praktického lékaře pro děti a dorost, ženského lékaře, nebo za návštěvu, při které bylo provedeno vyšetření u zubního lékaře,
 2. návštěvu u lékaře poskytujícího specializovanou ambulantní zdravotní péči,
 3. návštěvní službu poskytnutou praktickým lékařem a praktickým lékařem pro děti a dorost (§ 20 odst. 3),
- b) 30 Kč za návštěvu u klinického psychologa,
- c) 30 Kč za návštěvu u klinického logopeda,
- d) ~~30 Kč za vydání^{27b)} každého, ze zdravotního pojištění plně nebo částečně hrazeného, léčivého přípravku nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely, předepsaného na receptu, bez ohledu na počet předepsaných balení. Pokud pojištěnec za vydání léčivého přípravku nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely předepsaného na receptu platí doplatek, je součet doplateků za všechna balení léčivého přípravku nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely jednoho druhu snížen o zaplacený regulační poplatek nebo jeho příslušnou část, a to tak, aby částka zaplacená pojištěncem za doplatek a regulační poplatek činila nejméně 30 Kč; 30 Kč za recept, na jehož základě došlo k výdeji prvního z balení předepsaných hrazených léčivých přípravků nebo potravin pro zvláštní lékařské účely, bez ohledu na počet hrazených léčivých přípravků nebo potravin pro zvláštní lékařské účely a počet předepsaných balení,~~
- e) 90 Kč za pohotovostní službu poskytnutou zdravotnickým zařízením poskytujícím
1. lékařskou službu první pomoci včetně lékařské služby první pomoci poskytované zubními lékaři,
 2. ústavní pohotovostní službu v sobotu, neděli nebo ve svátek^{27c)} a v pracovních dnech v době od 17.00 hod. do 7.00 hod., pokud nedojde k následnému přijetí pojištěnce do ústavní péče,
- f) ~~60 100 Kč za každý den, ve kterém je poskytována ústavní péče (§ 23), komplexní lázeňská péče (§ 33 odst. 4) nebo ústavní péče v dětských odborných léčebnách a ozdravovnách (§ 34), přičemž se den, ve kterém byl pojištěnec přijat k poskytování takové péče, a den, ve kterém bylo poskytování takové péče ukončeno, počítá jako jeden den; to platí i pro pobyt průvodce dítěte, je-li podle § 25 hrazen ze zdravotního pojištění.~~
- (9) Zdravotnické zařízení je povinno regulační poplatek uvedený v odstavci 1 od pojištěnce nebo jeho zákonného zástupce vybrat, pokud nejde o výjimku z placení regulačního poplatku podle odstavce 2 nebo 3. Při zjištění opakovaného a soustavného porušování této povinnosti je zdravotní pojišťovna oprávněna tomuto zdravotnickému

zařízení uložit pokutu až do výše 1 000 000 Kč. Pokutu je možno uložit i opakovaně. Při ukládání pokuty zdravotní pojišťovna přihlíží k závažnosti porušení, k míře zavinění a k okolnostem, za nichž k porušení povinnosti došlo. Pokutu lze uložit do 1 roku ode dne, kdy zdravotní pojišťovna zjistila porušení nebo nesplnění povinnosti, nejdéle však do 3 let ode dne, kdy k porušení nebo nesplnění povinnosti došlo. Pokuta je příjmem zdravotní pojišťovny, která ji uložila.

- (10) Zdravotnické zařízení nesmí vybírat regulační poplatky v souvislosti s poskytováním hrazené péče, která podle tohoto zákona regulačním poplatkům nepodléhá. Při zjištění opakovaného porušování tohoto zákona je zdravotní pojišťovna oprávněna tomuto zdravotnickému zařízení uložit pokutu až do výše 50 000 Kč.
- (11) Opakované udělení pokuty zdravotnickému zařízení podle odstavců 9 a 10 je důvodem pro ukončení smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče bez výpovědní lhůty podle § 17 odst. 3.

§ 16b

Limity regulačních poplatků a doplatků na léčiva nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely

- (1) Pokud celková částka uhrazená pojištěncem nebo za něj jeho zákonným zástupcem za regulační poplatky podle § 16a odst. 1 písm. a) až d) a za doplatky za předepsané ze zdravotního pojištění částečně hrazené léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely, vydané na území České republiky, překročí v kalendářním roce limit ve výši 5 000 Kč, u dětí mladších 18 let, včetně kalendářního roku, ve kterém dovršily 18. rok věku, a u pojištěnců starších 65 let, včetně kalendářního roku, ve kterém dovršili 65. rok věku, ve výši 2 500 Kč, je zdravotní pojišťovna povinna uhradit pojištěnci nebo jeho zákonnému zástupci částku, o kterou je tento limit překročen. **Do limitu podle věty první se započítávají doplatky na částečně hrazené léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely s obsahem stejné léčivé látky a stejné cesty podání pouze ve výši vypočtené podle doplatku na léčivý přípravek nebo potravinu pro zvláštní lékařské účely, jehož doplatek na množstevní jednotku této léčivé látky je nejnižší a u kterého nebylo zjištěno přerušení nebo ukončení dodávání.** To neplatí, pokud předepisující lékař na receptu vyznačil, že předepsaný léčivý přípravek nelze nahradit (§ 32 odst. 2); v takovém případě se do limitu započítává doplatek v plné výši. Do limitu se nezapočítávají doplatky na částečně hrazené léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely obsahující léčivé látky určené k podpůrné nebo doplňkové léčbě; to neplatí, jde-li o léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely předepsané na recept pojištěncům starším 65 let, včetně dne, ve kterém dovršili 65. rok věku. Seznam léčivých látek určených k podpůrné nebo doplňkové léčbě stanoví Ministerstvo zdravotnictví vyhláškou.

§ 17

- (5) Ministerstvo zdravotnictví stanoví vyhláškou Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami a s označením variant zdravotní péče podle § 13.
- (7) Příslušná zdravotní pojišťovna hradí zdravotnickým zařízením, s výjimkou zařízení lékárenské péče, léčivé přípravky paušální částkou, jejíž výše se sjedná ve smlouvě podle

odstavce 1. Nad rámec sjednané paušální částky příslušná zdravotní pojišťovna uhradí, ve výši stanovené Ústavem, zdravotnickým zařízením s výjimkou zařízení lékárenské péče, léčivé přípravky obsahující léčivé látky uvedené v příloze č. 2 tohoto zákona, u nichž rozhodne Ústav o takovém způsobu úhrady poskytujícím ambulantní zdravotní péči, léčivé přípravky, u nichž rozhodne Ústav o takovém způsobu úhrady. Ve smlouvě může zdravotní pojišťovna sjednat jiný způsob úhrady léčivých přípravků při poskytování ústavní péče, u kterých sjednala výši a podmínky úhrady s držitelem rozhodnutí o registraci nebo s výrobcem.

Preventivní péče

§ 29

- (2) Hrazená péče dále zahrnuje:
- a) stanovená očkování³⁵⁾ prováděná pracovišti léčebné péče,
 - b) **očkování a úhradu léčivých přípravků obsahujících očkovací látky v provedení nejméně ekonomicky náročném**
 1. proti vzteklině,
 2. proti tetanu při poraněních a nehojících se ranách,
 3. proti tuberkulóze včetně přeočkování dětí od dovršení jedenáctého do dovršení dvanáctého roku věku po předchozím provedení tuberkulinového testu, pokud byl tento test negativní, a testování s použitím tuberkulinového testu,
 4. proti chřipce u pojištěnců nad 65 let věku, u pojištěnců po splenektomii nebo po transplantaci krvetvorných buněk, u pojištěnců, kteří trpí závažným chronickým farmakologicky řešeným onemocněním srdce a cév, nebo dýchacích cest, nebo ledvin nebo diabetem a u pojištěnců umístěných v léčebnách dlouhodobě nemocných nebo v domovech pro seniory, anebo v domovech pro osoby se zdravotním postižením nebo v domovech se zvláštním režimem,
 5. proti pneumokokovým infekcím, bylo-li očkování zahájeno mezi třetím a pátým měsícem věku pojištěnce a pokud 3 dávky očkovací látky byly aplikovány do sedmého měsíce věku pojištěnce; hrazená péče zahrnuje i přeočkování ve druhém roce věku pojištěnce, jestliže tyto očkovací látky náležejí do skupin léčivých látek podle přílohy č. 2 tohoto zákona,
 - c) odběry materiálů prováděné v zařízeních léčebné péče na mikrobiologické, imunologické a parazitologické vyšetření pro klinické účely a v souvislosti s výskytem nálezů,
 - d) vyšetření materiálů uvedených pod písmenem c) laboratorními smluvními zdravotnickými zařízeními,
 - e) diagnostiku HIV, anti HCV a HBsAG u dárců krve, tkání, orgánů a gamet a diagnostiku HIV prováděnou v zařízeních léčebné preventivní péče v případech léčebné preventivních postupů a v případech, kdy si to vyšetřovaný pojištěnec vyžádal, s výjimkou:
 1. anonymních vyšetření,
 2. vyšetření při soukromých a pracovních cestách do zahraničí.

§ 30

- (1) Hrazená péče zahrnuje vyšetření a prohlídky prováděné v rámci opatření proti infekčním onemocněním.³⁴⁾ Prohlídky pojištěnců vykonávajících činnosti epidemiologicky závažné prováděné v souvislosti s vydáváním zdravotního průkazu se do hrazené péče nezahrnují.

(2) Hrazená péče dále zahrnuje:

- a) očkování a úhradu léčivých přípravků obsahujících očkovací látky pro pravidelná očkování podle antigenního složení očkovacích látek stanoveného Ministerstvem zdravotnictví podle zákona o ochraně veřejného zdraví,

§ 32

Poskytování léčivých přípravků a prostředků zdravotnické techniky

- (1) Výdej léčivých přípravků a prostředků zdravotnické techniky upravují zvláštní předpisy.³⁶⁾
- (2) Požádá-li pojištěnec o vydání jiného léčivého přípravku se stejnou léčivou látkou, se stejnou cestou podání a se stejnou lékovou formou, nahradí jej lékárna v souladu se zvláštním právním předpisem³⁷⁾ jiným léčivým přípravkem s nižším doplatkem, pokud předepisující lékař na receptu nevyznačil, že předepsaný léčivý přípravek nelze nahradit.
- (3) Příslušná zdravotní pojišťovna může půjčovat některé prostředky zdravotnické techniky; o zapůjčení prostředků zdravotnické techniky vede evidenci. Vydání prostředků zdravotnické techniky nebo jejich zapůjčení zaznamená předepisující lékař do zdravotní dokumentace nemocného.
- (4) Zdravotnické zařízení oprávněné vydávat léčivé přípravky nesmí v souvislosti s výdejem léčivého přípravku vázaného na lékařský předpis, hrazeného z veřejného zdravotního pojištění, poskytnout, nabídnout nebo slíbit peněžní či nepeněžní plnění, výhody nebo dary majetkové či nemajetkové povahy, a to ani prostřednictvím třetích osob.
- (5) Při zjištění opakovaného porušení povinnosti podle odstavce 4 je zdravotní pojišťovna oprávněna tomuto zdravotnickému zařízení uložit pokutu až do výše 1 000 000 Kč. Pokutu je možno uložit i opakovaně. Při ukládání pokuty zdravotní pojišťovna přihlíží k závažnosti porušení, k míře zavinění a k okolnostem, za nichž k porušení povinnosti došlo. Pokutu lze uložit do 1 roku ode dne, kdy zdravotní pojišťovna zjistila porušení nebo nesplnění povinnosti, nejdéle však do 3 let ode dne, kdy k porušení nebo nesplnění povinnosti došlo. Pokuta je příjmem zdravotní pojišťovny, která ji uložila.

§ 40

Zdravotní pojišťovny

- (1) Zdravotní pojištění provádějí tyto zdravotní pojišťovny:
 - a) Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky,⁴³⁾
 - b) resortní oborové, podnikové, popřípadě další pojišťovny.⁴⁴⁾
- (2) Zdravotní pojišťovny jsou povinny uhradit zdravotnickým zařízením, popřípadě jiným subjektům (§ 17 odst. 8), které v souladu s tímto zákonem poskytly zdravotní péči pojištěncům, tuto poskytnutou péči ve lhůtách sjednaných ve smlouvě (§ 17). Pokud není mezi zdravotní pojišťovnou a zdravotnickým zařízením, popřípadě jiným subjektem poskytujícím zdravotní péči, smlouva sjednána, jsou zdravotní pojišťovny povinny poskytnutou zdravotní péči uhradit za stejných podmínek jako zdravotnickým zařízením, se kterými zdravotní pojišťovna uzavřela smlouvu podle § 17 odst. 1.
- (3) Zdravotní pojišťovny jsou povinny zajistit svým pojištěncům
 - a) místní dostupnost hrazené péče. Místní dostupností se rozumí přiměřená vzdálenost místa poskytování zdravotní péče vzhledem k místu trvalého nebo hlášeného pobytu pojištěnce. Místní dostupnost se vyjadřuje dojezdovou dobou. Místní dostupnost zdravotnické záchranné služby stanoví jiný právní předpis, upravující zdravotnickou

záchrannou službu. Dojezdovou dobou se pro účely tohoto zákona rozumí doba v celých minutách, která odpovídá efektivní dostupnosti místa dopravním prostředkem doporučenou rychlostí. Doporučenou rychlostí se pro účely tohoto zákona rozumí rychlost, která je přiměřená typu pozemní komunikace a je v souladu se zákonem upravujícím provoz na pozemních komunikacích. Dojezdové doby stanoví vláda nařízením,

- b) časovou dostupnost hrazené péče. Časovou dostupností se rozumí zajištění poskytnutí hrazené péče ve lhůtě odpovídající její naléhavosti u neodkladné a akutní zdravotní péče. Lhůty vyjadřující časovou dostupnost plánované hrazené péče stanoví vláda nařízením.
- (4) Zdravotní pojišťovny jsou povinny bezplatně vydat svým pojištěncům průkaz pojištěnce nebo náhradní doklad. Průkaz nebo náhradní doklad nezletilého pojištěnce nebo osoby zbavené způsobilosti k právním úkonům vydá příslušná zdravotní pojišťovna zákonnému zástupci. Průkaz pojištěnce nebo náhradní doklad obsahuje jméno, příjmení, popřípadě titul, platnost a číslo pojištěnce, kterým je v případě občanů České republiky rodné číslo. Zdravotní pojišťovny vedou v informačních systémech údaje o svých pojištěncích potřebné k provádění veřejného zdravotního pojištění pod číslem pojištěnce.
- (5) Průkaz pojištěnce nebo náhradní doklad může obsahovat vedle údajů identifikujících pojištěnce písemnou formou rovněž obdobné údaje v elektronické formě. Za vydání náhradního dokladu umožňujícího nést údaje v elektronické formě má zdravotní pojišťovna nárok na úhradu nákladů na jeho pořízení. Na průkazu pojištěnce nebo na náhradním dokladu mohou být uloženy i další údaje o pojištěnci, pokud tak stanoví zákon. Další údaje mohou být uloženy na průkazu pojištěnce nebo náhradním dokladu, pokud se na tom dohodne pojištěnec s příslušnou zdravotní pojišťovnou.
- (6) Zdravotní pojišťovny vedou
 - a) seznam smluvních zdravotnických zařízení; tento seznam, který neobsahuje údaje uvedené v písmenu b), je každá zdravotní pojišťovna povinna zveřejnit způsobem umožňujícím dálkový přístup,
 - b) přehled zdravotnických pracovníků poskytujících hrazenou péči v jednotlivých smluvních zdravotnických zařízeních v členění lékař, zubní lékař a zdravotnický pracovník vykonávající nelékařské zdravotnické povolání podle zákona o nelékařských zdravotnických povoláních, kteří vykazují zdravotní pojišťovně provedené zdravotní výkony podle seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami (dále jen „nositel výkonu“); za tímto účelem jsou zdravotnická zařízení povinna sdělovat zdravotním pojišťovnám za uplynulé čtvrtletí, a to nejpozději do 60 dnů, seznam jednotlivých nositelů výkonů k poslednímu dni daného čtvrtletí, s uvedením jména, příjmení, titulu, rodného čísla a kategorie nositele výkonu podle seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami.

§ 41

(zrušen zák. č. 298/2011 Sb. k 1.12.2011)

Kontrola

§ 42

- (1) Zdravotní pojišťovny kontrolují využívání a poskytování zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění a vyúčto-

vané zdravotní pojišťovně v jejím objemu a kvalitě včetně dodržování cen u zdravotnických zařízení a pojištěnců.

- (2) Kontrolní činnost provádějí prostřednictvím informačních dat v rozsahu stanoveném zákonem a činností revizních lékařů. Další kontrolní činnost provádějí odborní pracovníci ve zdravotnictví způsobí k revizní činnosti (dále jen „odborní pracovníci“). Zdravotní pojišťovny dále provádějí kontrolní činnost prostřednictvím přístupu do Centrálního úložiště elektronických receptů podle zvláštního zákona^{44a)}.

§ 43

- 2) Zdravotní pojišťovna vede osobní účet pojištěnce jako přehled výdajů na zdravotní péči poskytnutou tomuto pojištěnci a zaplacených regulačních poplatků podle § 16a a doplatků za částečně hrazené léčivé přípravky a

potraviny pro zvláštní lékařské účely, které se započítávají do limitu podle § 16b odst. 1. Na vyžádání pojištěnce je zdravotní pojišťovna povinna písemně bezplatně a bez zbytečného odkladu poskytnout jedenkrát ročně formou výpisu z osobního účtu údaje o zdravotní péči uhrazené za tohoto pojištěnce v období posledních 12 měsíců včetně zaplacených regulačních poplatků podle § 16a a doplatků za částečně hrazené léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely za toto období, popřípadě tyto údaje za počet měsíců, po které byl pojištěnec v průběhu posledních 12 měsíců u této zdravotní pojišťovny pojištěn. Zdravotní pojišťovna je povinna na vyžádání pojištěnce zajistit dálkový přístup k jeho osobnímu účtu. Dá-li k tomu pojištěnec nebo jeho zákonný zástupce písemný souhlas, může být tento osobní účet zpřístupněn i ošetřujícímu lékaři pojištěnce.

ČÁST OSMÁ POKUTY A PŘÍRÁŽKY K POJISTNÉMU

- (2) Pokutu lze uložit do jednoho roku 2 let ode dne, kdy zdravotní pojišťovna zjistila nesplnění oznamovací povinnosti plátcem pojistného, nejdéle však do tří 5 let od doby, kdy oznamovací povinnost měla být splněna.

§ 45b

Zdravotní pojišťovně, která nepostupuje v souladu s § 17 odst. 1, 3, 6 až 8, § 46 odst. 2 a § 52 odst. 2, může Ministerstvo zdravotnictví uložit pokutu až do výše 10 000 000 Kč. Pokuta je příjmem státního rozpočtu. Zdravotní pojišťovna je povinna hradit pokutu z jejího provozního fondu.

Příloha č. 1 k zákonu č. 48/1997 Sb.

SEZNAM ZDRAVOTNÍCH VÝKONŮ ZE ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ NEHRAZENÝCH NEBO HRAZENÝCH JEN ZA URČITÝCH PODMÍNEK

Seznam použitých zkratek a symbolů

	Vysvětlení
ODB	odbornost
KAT	kategorie zdravotního výkonu z hlediska úhrady ze zdravotního pojištění
	- symboly N, Z, W - viz dále
N	výkon označený ve sloupci KAT symbolem „N“ - zdravotní výkon zásadně nehrazený ze zdravotního pojištění, výjimkou může být předchozí povolení revizním lékařem pro konkrétního pojištěnce, vzhledem k jeho závažnému zdravotnímu stavu (nebo k jeho zvláštní zdravotní potřebě)
W	výkon označený ve sloupci KAT symbolem „W“ - zdravotní výkon plně hrazený ze zdravotního pojištění jen při splnění určitých podmínek nebo limitovaný maximální hrazenou frekvencí, není nutné schválení revizním lékařem
Z	výkon označený ve sloupci KAT symbolem „Z“ - zdravotní výkon plně hrazený zdravotní pojišťovnou jen za určitých podmínek a po schválení revizním lékařem
dg.	diagnóza
poř. č.	pořadové číslo výkonu
ODB	Název

001	Všeobecné praktické lékařství
002	Praktické lékařství pro děti a dorost
014	Stomatologie všeobecná - praktický zubní lékař - stomatolog
015	Ortodoncie
201	Rehabilitační a fyzikální medicína
401	Pracovní lékařství
404	Dermatovenerologie
504	Cévní chirurgie
601	Plastická chirurgie

603	Gynekologie a porodnictví
605	Orální a maxilofaciální chirurgie
606	Ortopedie
701	Otorinolaryngologie
705	Oftalmologie
706	Urologie
808	Soudní lékařství
809	Radiologie a zobrazovací metody
903	Klinická logopedie
911	Všeobecná sestra
999	Universální lékařské výkony - bez vazby na odbornost

Seznam zdravotních výkonů z veřejného zdravotního pojištění nehrazených nebo hrazených jen za určitých podmínek
(pozn. redakce: vybrány jen výkony relevantní pro činnost VPL)

Poř. č.	ODB	Název zdravotního výkonu	KAT	Podmínka úhrady
1.	001	Zdravotně výchovná činnost	N	
17.	001	Setření na pracovišti prováděné závodním lékařem	W	Výkon bude hrazen, pokud je nezbytný ke zjištění epidemiologické situace na pracovišti
34.	911	Komplexní posouzení zdravotního stavu pojištěnce v jeho prostředí	W	Výkon bude hrazen jen na doporučení praktického lékaře při převzetí pojištěnce do lékařem indikované dočasné nebo dlouhodobé ošetrovatelské péče v domácnosti
35.	911	Cílená kontrola pojištěnce v domácím prostředí	W	Výkon bude hrazen po předchozí indikaci praktického lékaře, která může být jednorázová nebo vyjadřující konkrétní frekvenci návštěv na určité období
36.	911	Ošetrovatelská intervence jednoduchá v domácím prostředí	W	Výkon bude hrazen po předchozí indikaci praktického lékaře, která může být jednorázová nebo vyjadřující konkrétní frekvenci návštěv na určité období
37.	911	Komplexní péče o ošetrovatelsky náročné nebo nepohyblivé pojištěnce v domácím prostředí	W	Výkon bude hrazen po předchozí indikaci praktického lékaře, která může být jednorázová nebo vyjadřující konkrétní frekvenci návštěv na určité období
38.	999	Psychoterapie podpůrná - prováděná lékařem nepsychiatrem	W	Výkon bude hrazen jen na jednoho pojištěnce jedenkrát ročně v jednom oboru po podrobném zápisu v dokumentaci
39.	999	Rozhovor lékaře s rodinou	W	Výkon bude hrazen na jednoho pojištěnce ve věku do 15 let maximálně dvakrát ročně, u dospělého jedenkrát ročně po podrobném zápisu v dokumentaci
40.	999	Edukační pohovor lékaře s nemocným či rodinou	W	Hrazeno pouze při zdravotní indikaci zdůvodněné písemně v dokumentaci a stvrzené podpisem edukovaného nebo jeho zákonného zástupce
41.	999	Konzilium specialistou	W	Výkon hrazen jen pokud je na žádost praktického lékaře
72.	999	Vybavení pacienta pro péči mimo zdravotnické zařízení	Z	

Příloha č. 3 k zákonu č. 48/1997 Sb.

SEZNAM ZDRAVOTNICKÝCH PROSTŘEDKŮ
ODDÍL B

Seznam zdravotnických prostředků nehrazených z veřejného zdravotního pojištění při poskytování ambulantních zdravotních služeb

Sk.	Název druhu (typu) zdravotnického prostředku	Poznámka
1	náplasti	s výjimkou hypoalergických náplastí
1	náplasti na kuří oka	

2	plena PVC	
2	podložky PVC	
4	návrk tenisový	
4	ortézy sportovní	
7	příslušenství ke kočárku - pracovní deska	
7	příslušenství ke kočárku - odkládací košík	
7	příslušenství ke kočárku - pláštěnka	
7	příslušenství k vozíku - pracovní deska	
7	příslušenství k vozíku - pláštěnka	
7	příslušenství k elektrickým vozíkům - ovládání pro doprovod	
11	testační proužky ke stanovení cholesterolu	
12	příslušenství k chodítkům, která jsou nad rámec jejich funkce	
13	kapátko oční	
13	tyčinka oční	
13	odsávačka mateřského mléka	
13	prst technický pryžový	
13	lůžko zdravotní	
13	nitroděložní tělísko	
13	polštář včetně povlaku	
16	neortopedické vložky do bot	
	opravy zdravotnických prostředků kromě vozíků a kočárků a individuálně vyráběných ortopedicko-protetických výrobků a oprav zvedáků a polohovacích postelí	

ODDÍL C

Seznam zdravotnických prostředků hrazených z veřejného zdravotního pojištění při poskytování ambulantních zdravotních služeb

Sk.	Název druhu (typu) zdravotnického prostředku	Omezení	Limitace výše úhrady
1	gáza hydrofilní skládaná	nejvýše do rozměru 10x10 cm a velikosti balení po 2 ks	100% nejvýše do 8 Kč
1	krytí gelové	nejvýše do rozměru 10x10 cm na základě schválení revizním lékařem	100% nejvýše do 150 Kč za 1 ks
1	náplast hypoalergická	u dětí do 18 let věku a u pacientů se stomií a diabetiků	nejvýše do 30 Kč
1	obinadlo elastické	nejvýše do rozměru 14 cm x 5 m	100 % nejvýše do 50 Kč
1	obinadlo hydrofilní sterilní	nejvýše do rozměru 12 cm x 5 m	100 % nejvýše do 15 Kč
1	obinadlo pružné hadicové		nejvýše do 30 Kč
1	tampóny vinuté	pouze na předepsání DIA, 1 balení po 1.000 ks ročně	nejvýše do 70 Kč
1	vata buničitá	100 g	nejvýše do 10 Kč
1	vata obvazová skládaná	100 g	nejvýše do 20 Kč
1	vata obvazová sterilní	25 g	nejvýše do 10 Kč
2	absorpční prostředky pro těžkou inkontinenci - kalhotky plenkové	min. 90 ks, max. 150 ks měsíčně, nehrazeno pacientům v ústavní péči a v odborných léčebnách	nejvýše do 1.400 Kč
2	absorpční prostředky pro inkontinentní - vložky pro lehkou inkontinenci	min. 90 ks, max. 150 ks měsíčně, nehrazeno pacientům v ústavní péči a v odborných léčebnách	nejvýše do 550 Kč
2	absorpční prostředky pro střední inkontinenci vložné pleny	min. 90 ks, max. 150 ks měsíčně, nehrazeno pacientům v ústavní péči a v odborných léčebnách	nejvýše do 900 Kč
2	fixace absorpčních prostředků pro střední a těžkou inkontinenci	max. 24 ks měsíčně, nehrazeno pacientům v ústavní péči a v odborných léčebnách	nejvýše do 190 Kč

2	kondomy urinální		ve výši ceny pro konečného spotřebitele nejméně ekonomicky náročné varianty, nejvýše do 900 Kč
2	sáčky sběrné urinální		ve výši ceny pro konečného spotřebitele nejméně ekonomicky náročné varianty, nejvýše do 500 Kč
2	svorka inkontinenční pro muže	max. 2 ks ročně	100 %
3	krytky stranické	pouze po schválení revizním lékařem, max. 60 ks měsíčně	100 % nejvýše do 3.100 Kč
3	podložky kolostomické a ileostomické	max. 10 ks měsíčně	100 % nejvýše do 1.100 Kč
3	podložky urostomické	max. 15 ks měsíčně	100 % nejvýše do 1.500 Kč
3	prostředky čistící stomické	pouze po schválení revizním lékařem	ve výši ceny pro konečného spotřebitele nejméně ekonomicky náročné varianty, nejvýše do 1.500 Kč za měsíc
3	prostředky ochranné stomické		ve výši ceny pro konečného spotřebitele nejméně ekonomicky náročné varianty, nejvýše do 2.760 Kč za rok
3	systémy dvoudílné kolostomické uzavřené -sáčky	max. 60 ks měsíčně	100 % nejvýše do 1.600 Kč
3	systémy dvoudílné ileostomické výpustné -sáčky	max. 30 ks měsíčně	100 % nejvýše do 1.350 Kč
3	systémy jednodílné kolostomické uzavřené -sáčky	max. 60 ks měsíčně	100 % nejvýše do 2.600 Kč
3	systémy jednodílné ileostomické výpustné -sáčky	max. 30 ks měsíčně	100 % nejvýše do 1.950 Kč
3	systémy urostomické dvoudílné - sáčky	max. 30 ks měsíčně	100 % nejvýše do 2.000 Kč
3	systémy urostomické jednodílné - sáčky	max. 30 ks měsíčně	100% nejvýše do 2.000 Kč
3	pásky a přídržné prostředky pro stomiky	max. 2 balení ročně	100 %
3	zátky stomické	pouze po schválení revizním lékařem, max. 60 ks měsíčně	100 % nejvýše do 1.200 Kč
4	epitéza mamární	max. 1 ks za 2 roky, pouze na základě předepsání CHI, ONK, PRL	nejvýše do 1.800 Kč
4	ortéza sériově vyráběná	pouze na základě předepsání ORT, OP, REH, CHI, NEU, TVL, max. 1 ks ročně	100%
4	návlek pahýlový	nejvýše 8 ks ročně	100 %
4	suspensor	max. 2 ks ročně	100 % nejvýše do 130 Kč
5	epitéza mamární individuálně zhotovovaná	pouze na základě schválení revizním lékařem, max. 1 ks za 2 roky	100%
5	ortéza individuálně zhotovovaná	pouze na základě předepsání OP, ORT, REH, CHI, NEU a schválení revizním lékařem	100 %
5	protézy horních a dolních končetin základní provedení	pouze na základě předepsání OP, REH, ORT, max. 1 ks za 2 roky	100 %

5	protézy modulární horních a dolních končetin, které jsou zhotoveny ze stavebnicových polotovarů a sestav, včetně tahových protézy horních končetin	pouze na předepsání OP, REH, ORT a schválení revizním lékařem, max. 1 ks za 2 roky	100 %
5	protézy myoelektrické, ztráta obou horních končetin, nebo jednostranná amputace s funkčním postižením druhé horní končetiny	pouze na základě předepsání OP, REH, ORT, a schválení revizním lékařem S5, max. 1 ks za 5 let (v případě postižení obou končetin 1 pár za 5 let)	100 %
6	kompresivní elastické punčochy lýtkové II. K. T	pouze na základě předepsání PRL, CHI, INT, DER, JI6, max. 2 páry ročně	100% nejvýše do 410 Kč
6	kompresivní elastické punčochy lýtkové III. K. T	pouze na základě předepsání CHI, INT, DER, JI6, max. 2 páry ročně	100 % nejvýše do 448 Kč
6	kompresivní elastické punčochy lýtkové IV. K. T	pouze na základě předepsání CHI, INT, DER, JI6, max. 2 páry ročně	100% nejvýše do 675 Kč
6	kompresivní elastické punčochy polostehenní II. K. T	pouze na základě předepsání PRL, CHI, INT, DER, JI6, max. 2 páry ročně	100 % nejvýše do 517 Kč
6	kompresivní elastické punčochy polostehenní III. K. T	pouze na základě předepsání CHI, INT, DER, JI6, max. 2 páry ročně	100 % nejvýše do 565 Kč
6	kompresivní elastické punčochy polostehenní IV. K. T	pouze na základě předepsání CHI, INT, DER, JI6, max. 2 páry ročně	100 % nejvýše do 879 Kč
6	kompresivní elastické punčochy stehenní II. K. T	pouze na základě předepsání PRL, CHI, INT, DER, JI6, max. 2 páry ročně	100% nejvýše do 566 Kč
6	kompresivní elastické punčochy stehenní III. K. T	pouze na základě předepsání CHI, INT, DER, JI6, max. 2 páry ročně	100 % nejvýše do 620 Kč
6	kompresivní elastické punčochy stehenní IV. K. T	pouze na základě předepsání CHI, INT, DER, JI6, max. 2 páry ročně	100 % nejvýše do 1.013 Kč
6	kompresivní elastické punčochy stehenní s uchycením v pase II. K. T	pouze na základě předepsání PRL, CHI, INT, DER, JI6, max. 2 páry ročně	100% nejvýše do 345 Kč
6	kompresivní elastické punčochy stehenní s uchycením v pase III. K. T	pouze na základě předepsání CHI, INT, DER, JI6, max. 2 páry ročně	100 % nejvýše do 372 Kč
6	kompresivní elastické punčochy stehenní s uchycením v pase IV. K. T	pouze na základě předepsání CHI, INT, DER, JI6, max. 2 páry ročně	100% nejvýše do 400 Kč
6	kompresivní elastické punčochové kalhoty dámské TT. K. T.	pouze na předepsání PRL, CHI, INT, DER, JI6, schvaluje revizní lékař, max. 2 ks ročně	100 % nejvýše do 950 Kč
6	kompresivní elastické punčochové kalhoty dámské III. K. T.	pouze na předepsání CHI, INT, DER, JI6, schvaluje revizní lékař, max. 2 ks ročně	100% nejvýše do 1.000 Kč
6	kompresivní elastické punčochové kalhoty dámské IV. K. T.	pouze na předepsání CHI, INT, DER, JI6, schvaluje revizní lékař, max. 2 ks ročně	100 % nejvýše do 1.000 Kč
6	kompresivní elastické punčochové kalhoty těhotenské II. K. T.	pouze na předepsání CHI, INT, DER, JI6, schvaluje revizní lékař, max. 1 ks ročně	100 % nejvýše do 950 Kč
6	kompresivní elastické punčochové kalhoty těhotenském, a IV. K. T.	pouze na předepsání CHI, INT, DER, JI6, schvaluje revizní lékař, max. 1 ks ročně	100 % nejvýše do 1.300 Kč

6	kompresivní elastické punčochové kalhoty pánské II. K. T.	pouze na předepsání PRL, CHI, INT, DER, JI6, schvaluje revizní lékař, max. 2 ks ročně	100% nejvýše do 950 Kč
6	kompresivní elastické punčochové kalhoty pánské III. a IV. K. T.	pouze na předepsání CHI, INT, DER, JI6, schvaluje revizní lékař, max. 2 ks ročně	100 % nejvýše do 1.000 Kč
6	pažní návlek komplet II. K. T.	pouze na předepsání CHI, INT, DER, JI6, schvaluje revizní lékař, max. 2 ks ročně	100 % nejvýše do 1.000 Kč
6	pažní návlek komplet III. a IV. K. T.	pouze na předepsání CHI, INT, DER, JI6, max. 2 ks ročně	100 % nejvýše do 300 Kč
6	kompresivní elastické punčochy a návleky individuálně zhotovené	pouze na předepsání CHI, INT, DER, JI6, schvaluje revizní lékař, max. 2 ks ročně	100 %
6	kotníkový díl a kolenní díl II. a III. K. T.	pouze na předepsání CHI, ORT, REV, PRL, DER, JI6, max. 2 ks ročně	100% nejvýše do 130 Kč
6	pomůcka pro navlékání kompresivních elastických punčoch	pouze na základě PRL, CHI, INT, DER, JI6, max. 1 ks ročně	100 % nejvýše do 242 Kč
7	kočárek zdravotní	na základě předepsání REH, ORT, NEU a schválení revizním lékařem, max. 1 ks za 3 roky	100 % nejvýše do 21.000 Kč
7	kočárek zdravotní -příslušenství	na základě předepsání REH, ORT, NEU a schválení revizním lékařem, max. 1 ks za 3 roky	100% nejvýše do 5.000 Kč
7	opravy vozíku mechanického, elektrického a kočárku zdravotního	pouze na základě schválení revizním lékařem	90%
7	rukavice kožené pro vozíčkáře	max. 2 páry ročně	nejvýše do 300 Kč
7	vozik elektrický -příslušenství	pouze na základě předepsání REH, ORT, NEU, INT a schválení revizním lékařem, max. 1 ks za 5 let	100 %
7	vozik mechanický	pouze na základě předepsání REH, ORT, NEU, INT a schválení revizním lékařem, max. 1 ks za 5 let	100 % nejvýše do 12.000 Kč
7	vozik mechanický příslušenství	pouze na základě předepsání REH, ORT, NEU, INT a schválení revizním lékařem, max. 1 ks za 5 let	100 %
7	vozik s elektrickým pohonem pro provoz obvykle v exteriéru	pouze na základě předepsání REH, ORT, NEU, INT a schválení revizním lékařem S5, max. 1 ks za 5 let	100 % nejvýše do 136.000 Kč
7	vozik s elektrickým pohonem standardní pro lehký provoz obvykle v interiéru	pouze na základě předepsání REH, ORT, NEU, INT a schválení revizním lékařem S5, max. 1 ks za 5 let	100 % nejvýše do 120.000 Kč
7	vozik speciální s ohledem na míru a závažnost zdravotního postižení	pouze na základě předepsání REH, ORT, NEU a schválení revizním lékařem, max. 1 ks za 5 let	100% nejvýše do 55.000 Kč
8	sluchadlo závěsné pro středně těžkou nedoslýchavost, ztráty od 30 dB do 60 dB SRT	pouze na základě předepsání FON, děti od 0 do 7 let, max. 2 ks za 5 let	100 % nejvýše do 5.300 Kč
8	sluchadlo závěsné pro těžkou a velmi těžkou nedoslýchavost, ztráty nad 60 dB SRT, zbytky sluchu, hluchota	pouze na základě předepsání FON, děti od 0 do 7 let, max. 2 ks za 5 let	100 % nejvýše do 5.800 Kč
8	sluchadlo na kostní vedení, brýlové, kapesní	pouze na základě předepsání FON, děti od 0 do 7 let, max. 1 ks za 5 let, schvaluje revizní lékař	100 % nejvýše do 11.000 Kč

8	sluchadlo pro vzdušné vedení, pro středně těžkou nedoslýchavost, ztráty od 30 dB do 60 dB SRT	pouze na základě předepsání FON, ORL S3, děti od 7 do 18 let, max. 2 ks za 5 let	100 % nejvýše do 5.300 Kč
8	sluchadlo pro vzdušné vedení, pro těžkou a velmi těžkou nedoslýchavost, nad 60 dB SRT, zbytky sluchu, hluchota	pouze na základě předepsání FON, ORL S3, děti od 7 do 18 let, max. 2 ks za 5 let	100 % nejvýše do 5.800 Kč
8	sluchadlo brýlové na kostní vedení	pouze na základě předepsání FON, děti od 7 do 18 let, max. 1 ks za 5 let, schvaluje revizní lékař	100% nejvýše do 6.800 Kč
8	sluchadlo pro vzdušné vedení, pro středně těžkou nedoslýchavost, ztráty od 40 dB do 59 dB SRT	pouze na základě předepsání FON, ORL S3, od 18 let, max. 1 ks za 5 let	nejvýše do 2.700 Kč
8	sluchadlo pro vzdušné vedení, pro těžkou nedoslýchavost, ztráty od 60 dB do 79 dB SRT	pouze na základě předepsání FON, ORL S3, od 18 let, max. 1 ks za 5 let	100 % nejvýše do 3.900 Kč
8	sluchadlo pro vzdušné vedení, pro velmi těžkou nedoslýchavost, ztráty od 80 dB SRT, zbytky sluchu, hluchota	pouze na základě předepsání FON, ORL S3, od 18 let, max. 1 ks za 5 let	100 % nejvýše do 5.100 Kč
8	sluchadlo brýlové na kostní vedení	pouze na základě předepsání FON, ORL S3, od 18 let, max. 1 ks za 5 let, schvaluje revizní lékař	100% nejvýše do 6.800 Kč
8	baterie ke sluchadlu	pouze na základě předepsání FON, ORL S3, max. 1 x za 5 let	100 % nejvýše do 80 Kč
8	brýlový adaptér k závěsnému sluchadlu	pouze na základě předepsání FON, ORL S3, max. 1 ks za 5 let	100 % nejvýše do 90 Kč
8	ušní tvarovka individuální	pouze na základě předepsání FON, ORL S3, do 18 let, max. 1 ks za 1 rok	100% nejvýše do 350 Kč
8	ušní tvarovka individuální	pouze na základě předepsání FON, ORL S3, od 18 let, max. 1 ks za 5 let	100 % nejvýše do 350 Kč
9	ušní tvarovka tovární	pouze na základě předepsání FON, ORL S3, max. 1 ks za 5 let	100% nejvýše do 20 Kč
9	obruka brýlová	pouze na základě předepsání OPH, děti do 6 let max. 3 ks ročně, od 6 do 15 let max. 1 ks ročně, dvoje brýle při refrakční vadě + -3 DPTR do dálky	100 % nejvýše do 300 Kč
9	obruka brýlová	pouze na základě předepsání OPH, od 15 let výše, max. 1 ks za 3 roky, dvoje brýle při refrakční vadě + -3 DPTR do dálky	nejvýše do 150 Kč
9	čočka brýlová sférická, torická	pouze na základě předepsání OPH, děti do 6 let bez změny korekce nárok max. 3 ks ročně, od 6 do 15 let max. 1 ks ročně, od 15 let výše max. 1 ks za 3 roky	100 %
9	čočka brýlová lentikulární	pouze na předepsání OPH, děti do 6 let bez změny korekce max. 3 ks ročně, od 6 do 15 let max. 1 ks ročně, od 15 let výše max. 1 ks za 3 roky, nad + -10 DPTR, do 3 let u afakie	100%
9	čočka brýlová vysokoindexová	pouze na základě předepsání OPH, děti do 6 let bez změny korekce nárok max. 3 ks ročně, od 6 do 15 let max. 1 ks ročně, od 15 let výše max. 1 ks za 3 roky, myopie nad -10 DPTR, poruchy centrálního zorného pole, schvaluje revizní lékař	100%
9	čočka brýlová bifokální, franklinova, zatavovaná, vybrušovaná, silikát, plast	pouze na základě předepsání OPH, děti do 6 let bez změny korekce nárok max. 2 ks ročně, od 6 do 18 let max. 1 ks ročně, strabismus, afakie, od 18 let nehrazeno	100 %

9	čočka brýlová prismatická	pouze na základě předepsání OPH, děti do 6 let bez změny korekce nárok max. 3 ks ročně, od 6 do 15 let max. 1 ks ročně, od 15 let max. 1 ks za 3 roky, při doplopii, strabismus	100%
9	čočka brýlová plastická	pouze na předepsání OPH, děti do 6 let bez změny korekce nárok max. 2 ks ročně, od 6 do 15 let max. 1 ks ročně, od 15 let max. 1 ks za 3 roky, nad + - 10 DPTR, do 15 let nad + - 3DPTR	100%
9	čočka brýlová s absorpční vrstvou	pouze na základě předepsání OPH, děti do 6 let bez změny korekce nárok max. 3 ks ročně, od 6 do 15 let max. 1 ks ročně, od 15 let max. 1 ks za 3 roky, afakie, pseudoafakie, choroby a vady provázené světloplachostí	100 %
9	čočka brýlová hyperokulární	pouze na základě předepsání OPH, děti do 18 let bez změny korekce nárok max. 2 ks ročně, od 18 let max. 1 ks za 3 roky, schvaluje revizní lékař	100 %
9	čočka kontaktní měkká (hydrofilní)	na základě předepsání OPH, děti do 15 let bez změny korekce nárok max. 2 ks ročně, od 15 let max. 1 ks ročně, afakie nad + - 10 DPT, astigmatismus irregularis, anisometropie 3,0 DPT a více	100 %
9	čočka kontaktní tvrdá včetně plynopropustných	pouze na základě předepsání OPH, děti do 15 let bez změny korekce nárok na max. 1 ks ročně, od 15 let max. 1 ks za 2 roky, keratokonus, astigmatismus irregularis, do 15 let anisometropie 3,0 DPT a více	100 %
9	čočka kontaktní stenopeutická, barevná, terapeutická	pouze na základě předepsání OPH, závažné choroby rohovky, schvaluje revizní lékař	100%
9	okluzor gelový, náplastový, plastový	pouze na základě předepsání OPH	100 %
9	dalekohledový systém na dálku i na blízko, s příslušenstvím	pouze na základě předepsání OPH max. 1 ks za 7 let, schvaluje revizní lékař	nejvýše do 8.000 Kč
9	lupa asferická zvětšující 4x a více	pouze na základě předepsání OPH max. 1 ks za 5 let	nejvýše do 1.500 Kč
9	lupa sférická zvětšující do 4x	pouze na základě předepsání OPH max. 1 ks za 5 let	nejvýše do 100 Kč
9	protéza oční skleněná	pouze na základě předepsání OPH	100 % nejvýše do 800 Kč
9	protéza oční akrylátová individuálně zhotovená	pouze na základě předepsání OPH a schválení revizním lékařem, max. 1 ks za 3 roky	100 % nejvýše do 2.000 Kč
10	aplikátory aerosolových přípravků	pouze na základě předepsání TRN, ALG, ORL, PED, u pacientů od 18 let pouze po schválení revizním lékařem	nejvýše do 500 Kč
10	inhalátor kompresorový	pouze na základě předepsání TRN, ALG, ORL a schválení revizním lékařem, max. 1 ks za 10 let	100% nejvýše do 3.500 Kč
10	inhalkátor ultrazvukový	pouze na základě předepsání TRN, ALG, ORL a schválení revizním lékařem, max. 1 ks za 10 let	100 % nejvýše do 4.500 Kč
10	koncentrátor kyslíku	pouze na základě předepsání TRN a schválení revizním lékařem, S5	100%
10	prostředky pro aplikaci práškových inhalačních forem léčiv	pouze na základě předepsání dle preskripčního omezení léčiva, max. 1 ks za 2 roky	nejvýše do 300 Kč
10	přístroj CPAP	pouze na základě předepsání TRN, NEU a schválení revizním lékařem, S5	ve výši ceny pro konečného spotřebitele nejméně ekonomicky náročné varianty, nejvýše do 40.000 Kč

10	přístroj BPAP	pouze na základě předepsání TRN, NEU a schválení revizním lékařem, S5	ve výši ceny pro konečného spotřebitele nejméně ekonomicky náročné varianty, nejvýše do 60.000 Kč
10	spirometr osobní	pouze na základě předepsání TRN, ALG a schválení revizním lékařem	nejvýše do 300 Kč
11	aplikátor inzulínu -inzulínové pero	pouze na základě předepsání DIA, max. 1 ks za 3 roky	ve výši ceny pro konečného spotřebitele nejméně ekonomicky náročné varianty, nejvýše do 500 Kč
11	aplikátor inzulínu k aplikaci injekční stříkačkou	pouze na základě předepsání DIA, max. 1 ks za 3 roky	100 % nejvýše do 1.200 Kč
11	aplikátor odběru krve pomocí lancet	pouze na základě předepsání DIA, max. 1 ks za 5 let	100 % nejvýše do 250 Kč
11	glukometr - pro diabetiky léčené intenzifikovaným inzulínovým režimem (3 dávky denně nebo inzulínová pumpa), pro labilní diabetiky se 2 dávkami inzulínu denně	pouze na základě předepsání DIA a schválení revizním lékařem, max. 1 ks za 10 let	ve výši ceny pro konečného spotřebitele nejméně ekonomicky náročné varianty, nejvýše do 1.000 Kč
11	jehly k injekční m stříkačkám k aplikaci inzulínu	Pouze na základě předepsání DIA	100 % nejvýše do 120 Kč za 100 ks
11	jehly k inzulínovým perům	Pouze na základě předepsání DIA, max. 200 ks ročně	ve výši ceny pro konečného spotřebitele nejméně ekonomicky náročné varianty, nejvýše do 530 Kč
11	komplet k aplikaci (stříkačka s fixovanou jehlou)	Pouze na základě předepsání DIA	100 % nejvýše do 370 Kč za 100 ks
11	lancety pro odběr krve	Pouze na základě předepsání DIA, max. 100 ks ročně	100 % nejvýše do 300 Kč
11	proužky diagnostické na stanovení glukózy	Pouze na základě předepsání DIA, max. 400 ks ročně.	100% nejvýše do 5.600 Kč
		Pouze na základě předepsání DIA a schválení revizním lékařem, pokud byl pojištěnci revizním lékařem příslušné zdravotní pojišťovny, schválen i glukometr, max. 1000 ks ročně	100 % nejvýše do 14.000 Kč
11	pumpa inzulínová	pouze na základě předepsání DIA a schválení revizním lékařem, S5 max. 1 ks nebo sada 2 kusů za 4 roky	ve výši ceny pro konečného spotřebitele nejméně ekonomicky náročné varianty, nejvýše do 106.000 Kč
11	sety infusní k inzulínové pumpě	pouze na základě předepsání DIA	100 % nejvýše do 160 Kč za 1 set
11	stříkačka injekční k aplikaci inzulínu	pouze na základě předepsání DIA	100 % nejvýše do 230 Kč za 100 ks
12	berle podpažní	max. 1 pár za 2 roky	100 % nejvýše do 400 Kč
12	berle předloketní	max. 1 pár nebo 1 ks za 2 roky	100 % nejvýše do 300 Kč za 1 ks
12	chodítka	pouze na základě předepsání REH, NEU, OP a schválení revizním lékařem, max. 1 ks za 5 let	100% nejvýše do 7.000 Kč
12	hůl	max. 1 ks za 3 roky	100 % nejvýše do 130 Kč
12	lůžko polohovací s možností elektrického nastavení	pouze na základě předepsání REH, ORT, NEU a schválení revizním lékařem, S5, max. 1 ks za 10 let	100% nejvýše do 30.000 Kč
12	křeslo klozetové	na základě předepsání REH, ORT, NEU, PRL, GER, max. 1 ks za 5 let	100 % nejvýše 4.000 Kč

12	nástavec na WC	na základě předepsání REH, ORT, NEU, PRL, GER, max. 1 ks za 3 roky	100% nejvýše 2.000 Kč
12	sedačka do vany a pod sprchu	na základě předepsání REH, ORT, NEU, PRL, GER, max. 1 ks za 5 let	100 % nejvýše 2.000 Kč
12	zařízení polohovací	na základě předepsání REH, ORT, NEU a schválení revizním lékařem, max. 1 ks za 10 let	100 % nejvýše 60.000 Kč
12	příslušenství k polohovacímu zařízení	na základě předepsání REH, ORT, NEU a schválení revizním lékařem, max. 1 ks za 10 let	nejvýše do 10.000 Kč
12	zvedák mechanický, elektrický, hydraulický	na základě předepsání REH, ORT, NEU a schválení revizním lékařem	100 % nejvýše 25.000 Kč
12	lůžko polohovací s možností mechanického nastavení	pouze na základě předepsání REH, ORT, NEU a schválení revizním lékařem, max. 1 ks za 10 let	100 % nejvýše do 15.000 Kč
13	paruka	pouze na základě předepsání ONK, DER, INT, max. 1 ks ročně	nejvýše do 1.000 Kč
13	podložka antidekubitní	pouze na základě předepsání REH, ORT, NEU a schválení revizním lékařem, max. 1 ks za 3 roky	100 %
13	přilba ochranná	na základě předepsání REH, NEU, PSY a schválení revizním lékařem, max. 1 ks za 2 roky	100 % nejvýše do 2.500 Kč
14	hůl bílá slepecká	pouze na základě předepsání OPH, PRL, max. 3 ks ročně	100 %
14	kompensační pomůcky pro nevidomé	pouze na základě předepsání OPH, PRL a schválení revizním lékařem	100 % nejvýše do 2.000 Kč
15	indukční set zesilovače	pouze na základě předepsání FON S3, ORL S3, max. 1 ks za 7 let	100% nejvýše do 1.000 Kč
15	kompensační pomůcky pro sluchově postižené	pouze na základě předepsání FON S3, ORL S3 a schválení revizním lékařem	100 % nejvýše do 2.000 Kč
16	obuv ortopedická dětská individuální	na základě předepsání REH, ORT, OP a schválení revizním lékařem, max. 3 páry ročně	100% nejvýše do 2.000 Kč
16	obuv ortopedická dětská sériově vyráběná	na základě předepsání REH, ORT, OP a schválení revizním lékařem, max. 3 páry ročně	nejvýše do 1.000 Kč
16	obuv ortopedická individuálně zhotovená -jednoduchá	pouze na základě předepsání REH, ORT, OP, max. 1 pár za 2 roky	50%
16	obuv ortopedická individuálně zhotovená -složitější a velmi složitá	pouze na základě předepsání REH, ORT, OP, max. 1 pár za 2 roky	90%
16	obuv pro diabetiky	pouze na základě předepsání DIA a schválení revizním lékařem, max. 1 pár za 2 roky	nejvýše do 1.000 Kč
16	vložky ortopedické individuální	pouze na základě předepsání REH, ORT, OP, max. 1 pár ročně	nejvýše do 100 Kč
16	vložky ortopedické individuální dětské	pouze na základě předepsání REH, ORT, OP, max. 2 páry ročně	nejvýše do 300 Kč
16	vložky ortopedické speciální	pouze na základě předepsání REH, ORT, OP, max. 2 páry ročně	80%
17	tracheostomická kanyla z ušlechtilého kovu	pouze na základě předepsání ORL, FON, schvaluje revizní lékař, děti do 18 let max. 3 ks ročně	100 % nejvýše do 3.500 Kč
17	tracheostomická kanyla z ušlechtilého kovu	pouze na základě předepsání ORL, FON, od 18 let max. 2 ks za 5 let	100 % nejvýše do 2.000 Kč
17	tracheostomická kanyla silikonová, PVC	pouze na základě předepsání ORL, FON, schvaluje revizní lékař, max. 2 ks ročně	100 % nejvýše do 2.000 Kč
17	příslušenství ke kanyle tracheostomické	na základě předepsání ORL, FON, max. 1 x ročně	100 % nejvýše do 2.000 Kč
17	elektrolaryng	na základě předepsání FON, max. 1 ks za 10 let, S5, schvaluje revizní lékař	100% nejvýše do 20.000 Kč

spoustu štěstí v novém roce

PF 2012

Veselé Vánoce a šťastný nový rok

Vám přeje firma

QUICKSEAL INTERNATIONAL



QuickSeal

MĚŘÍ 10 PARAMETRŮ

CRP

INR (PT)

FOB – okultní krvácení
kvantitativní měření

hsCRP

HbA1c – glykovaný hemoglobin

Mikroalbumin

D-Dimer

Lipoprotein (a)

Homocystein

Ferritin

smart | 700
340



Quo-Test® A1C

HbA1c (glykovaný hemoglobin)

stanovení nikdy nebylo tak jednoduché

Výsledek již do 4 minut



informace a objednávky:

QUICKSEAL INTERNATIONAL, s.r.o.

Korytná 47, 100 00 Praha 10 – Strašnice

e-mail: info@quickseal.eu - e-shop: www.quickseal.eu - tel.: 607 751 430



Flora. Každý den.

Pomáhá udržovat srdce zdravé.



Naše srdce stále pracuje, aby s námi udrželo tempo. To ale může jen tehdy, když je zdravé.

Odborná společnost praktických lékařů doporučuje nahrazovat špatné tuky s vysokým obsahem nasycených mastných kyselin dobrými tuky s vysokým obsahem nenasycených mastných kyselin. Flora má vysoký obsah polynenasycených mastných kyselin, dobrých tuků Omega 3&6, které jako součást pestré vyvážené stravy při zdravém životním stylu udržují správnou hladinu cholesterolu v krvi a tím i Vaše srdce zdravé. Odborná společnost praktických lékařů doporučuje rostlinný tuk Flora.

www.flora.cz



Flora s Omega 3&6