



Odborný časopis Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP

practicus

tip tohoto čísla

č. 1/2012

ročník 11

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

Trendy v moderní antikoncepci

str. 28



Z OBSAHU

INFO SVL

- Prohlášení výboru SVL ČLS JEP k projektu IZIP
- Zprávy ze studijní cesty Leonardo EURACT kurz
- Možné změny ve screeningu kolorektálního karcinomu

ZPRÁVA Z VÝROČNÍ KONFERENCE SVL - 2. ČÁST

- Kdy odeslat diabetika ke specialistovi?
- Diabetik ve vysokém riziku kardiovaskulárních příhod - co s ním?
- Nová antikoagulancia v prevenci tromboembolických komplikací fibrilace síní
- Novinky v léčbě antibiotiky

ODBORNÉ ČLÁNKY

- Často nemocný dospělý pacient v ambulanci
- Trendy v moderní antikoncepci
- Možnosti antikoncepce u pacientek s trombofilií

RUBRIKY

Mladí praktici

- Konference Liverpool
- Kazuistika

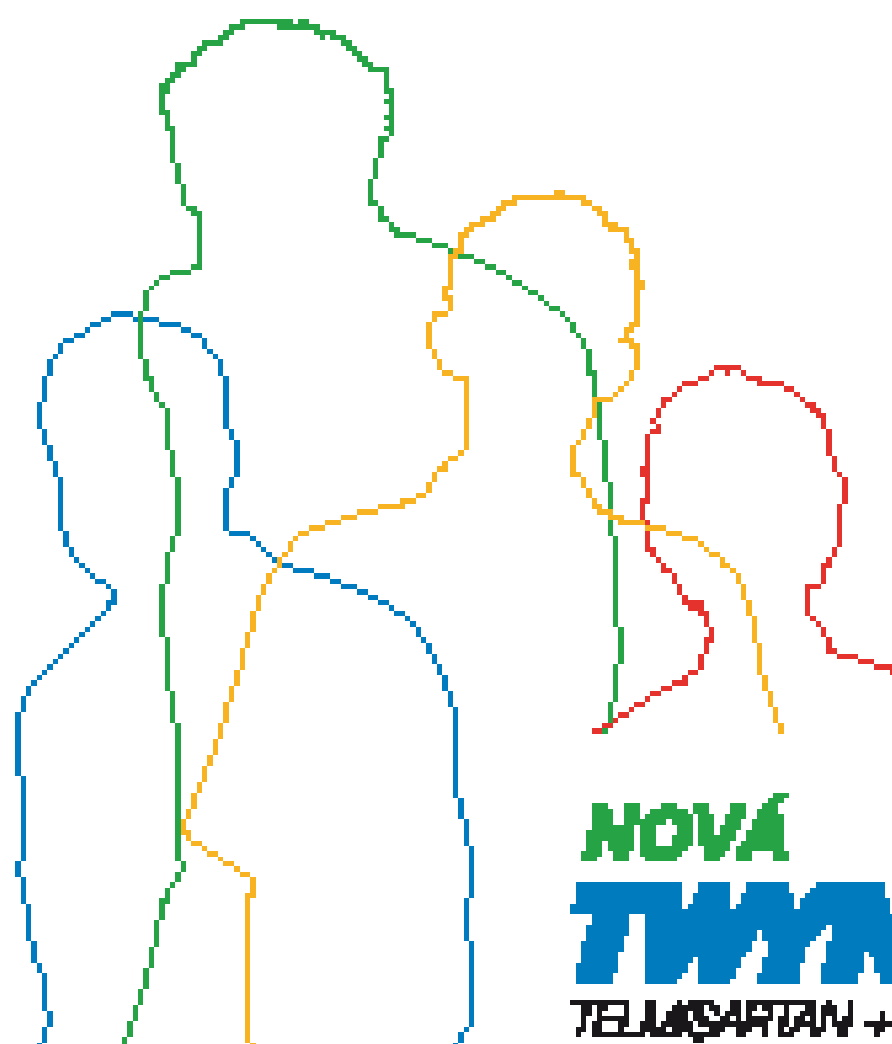
Novinky v legislativě

- Zákon o provozu na pozemních komunikacích
- Úhradová vyhláška 2012
- Zákon o nemocenském pojištění

**Vydává
Společnost
všeobecného
lékařství ČLS JEP**

www.practicus.eu

Víc než jen kontrola krevního tlaku...



NOVÁ

TWINSIA

TELUSARTAN + AMLODIPIN



Twinsia je kombinací dvou účinných látek, které působí na krevní tlak různými mechanismy. Telusartan blokuje receptory angiotenzinu, čímž snižuje krevní tlak a uvolňuje céva. Amlodipin působí na hladké svalstvo cév, což také vede ke snížení krevního tlaku a zlepšení průtoku krve. Tato kombinace umožňuje efektivní a dlouhodobou kontrolu krevního tlaku. Twinsia je vhodná pro pacienty s hypertenzí, kteří potřebují kombinovanou léčbu. Léčba Twinsií je jednoduchá a bezpečná, což umožňuje dlouhodobou léčbu a tímto zlepšení kvality života pacientů. Twinsia je dostupná v různých dávkách, které lze upravit podle potřeby pacienta. Tato kombinace léků je považována za jednu z nejúčinnějších a nejméně vedlejších účinků léčebných kombinací pro hypertenzi.

Twinsia je kombinací dvou účinných látek, které působí na krevní tlak různými mechanismy. Telusartan blokuje receptory angiotenzinu, čímž snižuje krevní tlak a uvolňuje céva. Amlodipin působí na hladké svalstvo cév, což také vede ke snížení krevního tlaku a zlepšení průtoku krve. Tato kombinace umožňuje efektivní a dlouhodobou kontrolu krevního tlaku. Twinsia je vhodná pro pacienty s hypertenzí, kteří potřebují kombinovanou léčbu. Léčba Twinsií je jednoduchá a bezpečná, což umožňuje dlouhodobou léčbu a tímto zlepšení kvality života pacientů. Twinsia je dostupná v různých dávkách, které lze upravit podle potřeby pacienta. Tato kombinace léků je považována za jednu z nejúčinnějších a nejméně vedlejších účinků léčebných kombinací pro hypertenzi.

OBSAH

	str.
<u>INFO SVL</u>	
<u>Zprávy SVL</u>	5
Prohlášení výboru SVL ČLS JEP k projektu IZIP	5
Zprávy ze studijní cesty Leonardo EURACT kurz	6
MUDr. Jáchym Bednář, MUDr. Stanislav Konšťacký, CSc.	
Možné změny ve screeningu kolorektálního karcinomu	8
MUDr. Bohumil Skála, PhD.	
Zpráva ze IV. kongresu medicínského práva	12
MUDr. Pavel Brejník	
<u>Zpráva z výroční konference SVL - 2. část</u>	
Kdy odeslat diabetika ke specialistovi?	15
MUDr. Igor Karen	
Diabetik ve vysokém riziku kardiovaskulárních příhod - co s ním?	19
Prof. MUDr. Jaromír Hradec, Dr.Sc.	
Nová antikoagulancia v prevenci tromboembolických komplikací fibrilace síní	20
doc. MUDr. Miloš Táborský, CSc.	
Novinky v léčbě antibiotiky	21
MUDr. Stanislav Konšťacký, CSc.	
<u>ODBORNÉ ČLÁNKY</u>	
Často nemocný dospělý pacient v ambulanci	24
MUDr. Zuzana Humlová PhD.	
Trendy v moderní antikoncepci	28
MUDr. Pavel Čepický	
Možnosti antikoncepce u pacientek s trombofilií	31
Doc. MUDr. Petr Dulíček, PhD	
<u>RUBRIKY</u>	
Ze světa mladých praktiků	35
5. výroční konference Královské koleje všeobecného lékařství, Liverpool	
2. vítězná kazuistika z VIII. kongresu PL a sester - Medicína pro praxi	
Dotazy a odpovědi	39
Azbest	
Legislativa	40
Zákon o provozu na pozemních komunikacích	
Úhradová vyhláška	
Zákon o nemocenském pojištění	

practicus

odborný časopis SVL ČLS JEP
1/2012, ročník 10

Vydavatel:

Společnost všeobecného lékařství
ČLS JEP

Adresa redakce:

Společnost všeobecného lékařství
ČLS JEP

U Hranic 16, 100 00 Praha 10

tel.: 267 184 064

fax: 267 184 041

e-mail: practicus.svl@cls.cz

www.practicus.eu

Redakce:

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

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

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

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

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

Náklad 6 000 ks. ••• Vychází 10× ročně. ••• **Pro praktické lékaře v ČR zdarma.** ••• Roční předplatné pro ostatní zájemce **610 Kč.** ••• Přihlášky přijímá redakce. ••• Toto číslo bylo dáno do tisku **26. 1. 2012.** MK ČR E13477, ISSN 1213-8711.

Vydavatel a redakční rada upozorňují, že za obsah a jazykové zpracování inzerátů a reklam odpovídá výhradně inzerent. ••• Redakce neodpovídá za správnost údajů uvedených autory v odborných článcích. ••• Texty neprochází jazykovými korekturami. ••• Přetisk a jakékoliv šíření je povoleno pouze se souhlasem vydavatele. ••• © **SVL ČLS JEP, 2012**



K tomuto číslu

Vážení, kolegyně a kolegové,

dovolte, abych Vám nejdříve za redakci časopisu Practicus popřála úspěšný nový rok 2012. Bude me všichni potřebovat hodně sil a optimismu, abychom se ve zdraví sžili s novými reformami. Doufejme, že nás po tomto úsilí bude čekat spravedlivější systém, jak pro zdravotníky, tak pro pacienty. Doufejme, že budou konečně stanovená jasná pravidla hry, jejichž dodržování z nás lékařů opět udělá přátele.

První číslo tohoto roku kromě změny barvy obálky přináší i řadu aktuálních zpráv ze Společnosti všeobecného lékařství (SVL). Jednou z nich je **prohlášení SVL k projektu IZIP**. Je smutné, že po tolika letech stále nemáme k dispozici univerzální systém elektronického sdílení zdravotních informací o pacientech. Dále najdete zprávy z účasti na **Leonardo Euract kurzech** pro učitele v primární péči, zprávu o jednání odborníků na půdě 1. lékařské fakulty UK na téma **screeningu kolorektálního karcinomu** a zprávu ze **IV. kongresu medicínského práva**.

V tomto čísle přinášíme slibovanou **druhou část zpráv ze XXX. výroční konference SVL** - z přednášek z oblasti **péče o diabetika** v primární péči, z přednášky o možnostech využití **nových antikoagulancií** a bloku přednášek o **antibiotické léčbě**.

Z odborných článků jsme zařadili **problematiku často nemocného dospělého pacienta v ambulanci**, viděnou očima imunologa. Je to zajímavý pohled klinika, který v každé nemoci umí vidět i potenciál imunodeficitu.

Byli jsme potěšeni jak dobře a přehledně pro nás zpracoval kolega gynekolog problematiku **současných metod antikoncepce**. I když přímo antikoncepci nepředepisujeme, potřebujeme se umět orientovat v jejích jednotlivých druzích, znát její účinky a interakce. Závažným nežádoucím účinkem hormonální antikoncepce je její prokoagulační působení, a proto jsme k doplnění této závažné problematiky požádali o článek odborníka z oboru hematologie. Jeho článek na téma **možnosti antikoncepce u pacientek s trombofilií** je zpracován poměrně detailně, ale jistě zaujme mnohé z nás, které tato problematika více zajímá.

Mladí praktici ve své rubrice tentokrát přinášejí velmi zajímavou zprávu a postřehy z **výroční konference Královské koleje všeobecného lékařství v Liverpoolu**. V dotazech a odpovědích odpovídáme na dotaz o **rizicích azbestu** v obytných panelových domech, na které se pacienti nyní v souvislosti s mediálními zprávami o nálezů azbestu ve školách často ptají.

Značný prostor i v tomto čísle věnujeme legislativním novinkám, které nás doslova zahlcují. Snažili jsme se vybrat alespoň ty nejaktuálnější - novinky v **silničním zákoně**, novinky v **zákoně o nemocenském pojištění**, včetně publikace nové **úhradové vyhlášky**. Problematiku **přeregistrací** z prostorových důvodů zatím neuvádíme, protože zákon o zdravotních službách vejde v účinnost až 1. dubna 2012 a lhůta na přeregistrace bude 9 měsíců.

Omlouváme se všem, kteří trpělivě čekají na obnovení znalostních testů v našem časopisu a možná budou zklamáni, že ani při příležitosti zahájení 11. ročníku jsme tuto zavedenou tradici neobnovili. Na jeden z četných dotazů na testy odpovídám v rubrice Dotazy a odpovědi.

za redakci Jaroslava Laňková, šéfredaktorka

Prohlášení výboru SVL ČLS JEP k projektu IZIP

SVL ČLS JEP vždy podporovala a podporuje rozvoj e-Health v České republice. Je však znepokojena podivnými okolnostmi vzniku, průběhu a financování projektu tzv. EZK (elektronických zdravotních knížek) společnosti IZIP a. s. podporované VZP. Velmi nešťastné a zavádějící je též slučování pojmů e-Health a EZK představiteli společnosti IZIP. Obecné výhody e-Health jsou prezentovány jako výhody EZK.

Jaké jsou hlavní problémy projektu EZK firmy IZIP a.s.:

- EZK (elektronická zdravotní knížka) je zavádějící název. Není totiž elektronickým zdravotním záznamem (EHR – Electronic Health Record):
 - o její náplni rozhoduje nikoli lékař, ale pacient,
 - data nejsou již z prvotní filozofie EZK kompletní, ale lékař neví, jaká data mu chybí,
 - data mohou být i zpětně upravována, nejsou tedy spolehlivá. (V medicíně platí zásada „lepší žádná data než nespolehlivá data“.)
 - data nejsou dostatečně strukturovaná, nelze v nich téměř vyhledávat,
 - IZIP je vázán jen na VZP, při změně pojišťovny se data budou muset zničit nebo se v nich minimálně nebude pokračovat.
- Neprůhledná vlastnická struktura IZIP a. s. – nejintimnější data obyvatel má spravovat firma, jejíž vlastníka vlastně nikdo nezná (akcie na doručitele, navíc sídlo v zahraničí).
- Instituce spravující takto citlivou databázi musí mít především morální kredit. Přes všechna opatření, která mohou být vykonána na ochranu dat je každý systém (databáze) napadnutelný a každý zkušený pracovník s databázemi ví, že vždy existuje „okénko“, kterým se dá k datům dostat. To, zda k tomu dojde, determinuje právě tento „morální kredit“. Pokud nějaký systém spravuje firma, která již nyní:
 - účelově mění a skrývá vlastníky,
 - přesouvá sídla do zahraničí,
 - odchytává nedůstojně potencionální klienty na veřejných místech,
 - používá manipulací při prezentaci svých výsledků,
 - mění zcela účelově smlouvy,
 nedá se očekávat, že budou data u ní uložena v bezpečí.
- Soukromá firma, která je založena za účelem zisku, se bude samozřejmě snažit zisk maximalizovat (již ze samé podstaty své existence) a dá se tedy očekávat, že bude s daty nejrůznějším způsobem – možná i na hraně zákona – obchodovat, (že není „altruistickou firmou“ IZIP a. s. prokázala např. v r. 2009, kdy si dle dostupných zdrojů rozdělila odměny ve výši 59 mil. Kč, každý pracovník v IZIP si průměrně vydělal 546 tisíc korun hrubého měsíčně, ve firmě, která je financována především z veřejných peněz a jejíž produkt vlastně nefunguje).
- Již nyní není zcela jasné jak a kým a k čemu jsou data poskytnutá lékaři (know how) využívána, jak je to zejména s využitím „anonymizovaných dat“.
- Veškerá rizika byla u projektu EZK na straně plátce (VZP) a veškeré benefity na straně provádějící firmy IZIP, a. s.,
- Vůbec není jasné kolik a hlavně za co se platí a do budoucna bude platit z veřejných zdrojů, (patenty, licence, správní smlouvy) v neposlední řadě není jisté komu prostředky vlastně jdou.
- Za téměř 10 let trvání nedokázala firma IZIP o projektu přesvědčit laickou, ale zejména odbornou veřejnost. Pokud by do systému našly veřejné, tedy „jisté“ peníze, firma by dávno zkrachovala. Přitom nikdy o svoji roli nemusela soutěžit. Minimálně jako „prodejce“ systému zcela zklamala. Operování s obrovskými čísly o zápisech do EZK budí spíše úsměv. Poměrně jednoduchým výpočtem lze zjistit, že více než 80 % zápisů jsou recepty, které doplňuje sama VZP a že v zemi, kde je průměrná návštěvnost u lékaře více než 10/rok, je frekvence zápisů do EZK lékaři kolem jednoho zápisu/ rok. Téměř navíc nelze zjistit údaj, kolik lékařů skutečně v EZK čte, což by měl být jeden z hlavních benefitů systému.
- Díky „nevysoutěženému“ dlouholetému monopolu a jistým (veřejným) zdrojům ustrnul projekt EZK výrazně ve vývoji.
- Přestože se v medicíně při zavádění nových metod obecně uznává jako důležité kritérium QALY – Quality Adjusted Life Years, u projektu IZIP – přes jeho dlouhé trvání a vysoké náklady – nikdo neprokázal zdravotnímu systému přínos ekvivalentní vynaloženým nákladům.

Slepé pokračování financování a podepisování různých licenčních a servisních smluv u takto neprůhledného systému vzbuzuje obavy, zda VZP nezáleží více na ziscích (nejasných) majitelů IZIP, než na jejím základním poslání – tedy financování zdravotní péče jejich skutečných klientů – pojištěnců.

V Praze dne 10. 1. 2012

Zpráva ze studijní cesty Leonardo EURACT kurz LEVEL II 10/2011, Ljublana



MUDr. Jáchym Bednář
t. č. reprezentant ČR v Radě EURACTu
Katedra všeobecného lékařství,
1. LF UK Praha

Ve dnech 6.-8. 10. 2011 jsem se ve slovinské Ljublani zúčastnil Leonardo EURACT kurzu pro již praktikující školitele – všeobecné praktické lékaře.

Tento kurz je integrální součástí dva roky trvajícího projektu „Framework for Continuing Educational Development of Trainers in General Practice in Europe“, který je uskutečňován v rámci programu Leonardo da Vinci a je strukturován do 3 částí. LEVEL I je pro začínající školitele, LEVEL II pro středně pokročilé a LEVEL III pro zkušené matadory v oboru.

Projekt navrhli a vedou zkušení praktiční a rodinní lékaři – učitelé z Evropy s dlouholetou praxí v oboru i ve vzdělávání.

Na prvním kurzu v červnu 2011 Českou republiku reprezentovali kolegové dr. Javorská a dr. Macharáček a referovali o něm v Practicusu č. 9/ 2011. Na druhém jsem byl já a na LEVEL III kurzu pro pokročilé školitele, který je dělen do dvou podčástí (v prosinci 2011 a následující v červnu 2012) nás reprezentuje dr. Konštacký, Ph.D.

LEVEL 2 kurz ve 3 dnech nabídl cca 35 lékařům z celé Evropy 4 vzdělávací semináře či moduly, ve kterých se v malých skupinách po 8 – 10 věnovali určenému tématu. Způsob práce na Leonardo EURACT kurzech nenechá člověka zahálet, účastníci kurzu jsou vedeni zkušenými lektory (ti spíše moderují než přednášejí) ke spolupráci s kolegy, jsou zapojuváni do hraní rolí - pacienta, lektora, studenta medicíny či lékaře v postgraduální přípravě, často jsou natáčeni na kameru a následně je takto natočený videozáznam komentován jejich kolegy, vyjadřují aktivně své názory při diskuzích na dané téma, spolupracují při přípravě prezentací pro ostatní a v neposlední řadě jsou podrobováni zpětné vazbě a hodnocení od svých kolegů.

První modul „**Managing Problem Trainees**“ – práce s problémovým školenkem byl veden anglickým kolegou Dr. Rogerem Pricem a v ze života vycházejících modelových situacích nás učil psychologicky obtížné komunikaci mezi lékařem a jeho mladými kolegy v předatestační přípravě, kteří prochází nejrůznějšími komplikacemi při studiu. Zahrál jsem si mimo jiné roli drogově závislého mladého školence, který neplní své povinnosti a je kázněm svým školitelem či lektora, který si musí poradit s mladou lékařkou v přípravě na atestaci, která je v rozvodovém řízení a v souvislosti se svou nelehkou sociální situací zanedbává své pacienty. Po etudě jsme byli za své hraní v roli hodnoceni kolegy.



Druhý modul „**Teaching from the Consultation**“ – vyučování skrze konzultaci vedl bývalý šéf WONCA Europe profesor Igor Šváb ze Slovinska. Během semináře jsme nacvičovali a na video natáčeli rozhovor lékaře s pacienty, kteří prezentovali svůj zdravotní problém. Po zahrání etudy lékaře a pacienta jsme byli podrobni kritice od zkušených kolegů, kteří si všímali vedení a struktury konzultace a dle doporučených metod hodnocení upozorňovali na to, co v konzultaci chybělo či co bylo navíc.

Třetí modul „**Curriculum to Programme**“ – vedl bývalý prezident EURACTu profesor Justin Allen z Velké Británie a tento modul nás naučil sestavování výukového programu pro studenty či mladé lékaře. Byli jsme rozděleni do dvou pracovních podskupin a každá podskupina té druhé



připravila seminář v délce trvání 2 hodiny. Naším úkolem bylo srozumitelně vysvětlit jednu ze šesti základních dovedností všeobecného praktického lékaře (jsou níže na obrázku zobrazeny ve světle zelené barvě) druhému týmu. Naše pracovní podskupina, složená z 5 členů připravila seminář, který pojednával o všeobecném přístupu praktického lékaře. Výběr této dovednosti nebyl náhodný.

Profesor J. Allen nejdříve obě podskupiny požádal o názor, která z dovedností je pro nás nejméně uchopitelná a vysvětlitelná a tuto nám pak zadal ke zpracování.

Při tvorbě semináře se jednalo o skupinové dílo. Vyzkoušeli jsme si aktivní naslouchání kolegovi s jiným názorem, práci v časově omezeném rámci, své schopnosti vystihnout podstatu problému a obhajovat názor, názorně a srozumitelně sdělovat.

Posledního čtvrtého modulu „Small Groups Leadership and Facilitation“, který vedla též bývalá prezidentka EURACTu Dr. Egle Zebiene z Litvy, jsem se nezúčastnil, jelikož celý kurz trval 3 dny a semináře byly 4. Každý z účastníků musel zvolit předem, kterých 3 ze 4 seminářů se chce zúčastnit.

Tento modul, jak se s námi podělili kolegové, kteří se ho zúčastnili, vyučoval o práci v malých skupinách, o dynamice a způsobu práce v těchto skupinách. Základním učebním textem pro tuto problematiku je kniha tří autorů: Glyn Elwyn, Trisha Greenhalgh, Fraser Macfarlane - Groups: a guide to small group work, Radcliffe Medical Press, 2000.

Kurz byl velmi náročný, potkal jsem se s kolegy z celé Evropy, procvičil jsem si angličtinu, seznámil jsem se se slovinskou metropolí Lublaní, která je rodištěm Josipa Plečnika, který se jako architekt podílel na její nevšední kráse.

Teším se v budoucnosti na další podobné kurzy, protože tyto poskytují lékařům příležitost k osobnostnímu růstu, jsou skokem za hranice všedních dnů a umožňují lékařům odpočinek od běžné rutinní práce.

Dvouletý projekt „**Framework for Continuing Educational Development of Trainers in General Practice in Europe**“, v rámci kterého jsou kurzy pořádány, je pilotní. Hodnocení doposud získaná od účastníků vyznívají velmi pozitivně, po zapracování připomínek bude v budoucnosti celý projekt v mírně pozměněné podobě, ale stále ve struktuře LEVEL I, II a III nabízen každé 2 roky dalším zájemcům – školitelům z celé Evropy.

Pro další podrobnosti o možnostech přihlásit se na Leonardo Euract kurzy je možno zavítat na webové stránky EURACTu, který je jejich garantem - www.euract.eu nebo po emailu kontaktovat mě – jachbed@seznam.cz.

Zpráva o Leonardo Euract course, Level III 12/2011, Lisabon

MUDr. Stanislav Konšťacký, CSc.
Katedra všeobecného lékařství a urgentní medicíny, FVZ, UO Hradec Králové



Jako člen EURACTu jsem byl vyslán do Lisabonu na kurz třetí úrovně organizovaný pro školitele všeobecného lékařství. Kurz byl jednodenní, takže jsme se do hlavního města Portugalska dostali pouze v sobotu 3. 12. na večeri a další den, tedy v neděli jsme opět odlétali do svých zemí. Snad příští kurz bude i pro minimální seznámení s touto zemí.

Kurz organizovala stejná skupina instruktorů jako úroveň II, tedy Justin Allen z Velké Británie, prof. Igor Šváb ze Slovinska, Egle Žebiene z Litvy a Filipe Gomes z Portugalska. Vlastního kurzu se zúčastnili zástupci z Portugalska, Slovinska, Řecka, Polska, Turecka, Dánska, Švédska, Malty a dr. Konšťacký za Českou republiku.

Program kurzu začínal v sobotu 3. prosince v 9 hodin a pracovní skupiny připravovaly své projekty pod vedením výše zmíněných instruktorů, aby v odpoledních hodinách mohly být prezentovány nejprve skupinové projekty a na závěr pak individuální projekty vztahující se ke vzdělávání, v tomto případě školitelů z jednotlivých zemí.

Na začátku, po vzájemném představení, které proběhlo velice zajímavým způsobem, jsme dostali 10 minut na vzájemnou diskusi se sousedem sedícím vedle a po této

době měl každý možnost v 5 minutách představit toho druhého jen s drobnými připomínkami. V dalším pak byla příprava ve skupinách.

Jaké jsou cíle 3. úrovně EURACT kurzů? - vytvořit tým schopných učitelů (univerzitních, organizátorů výukových programů a školitelů), aby měli takovou úroveň, že budou předávat své zkušenosti a vědomosti z výuky a navíc, aby byli schopni vytvářet vlastní programy a připravovali i další školitele v oboru všeobecné lékařství. Snahou celého programu, především Level III, je dosažení evropské úrovně ve výuce školitelů a zaručení, aby systém v jednom státě byl napojitelný, podobný i v jiných evropských státech začleněných do tohoto programu EURACT.

Každý z účastníků si musel připravit v rámci tak zvané přípravy před kurzem vlastní program osobního rozvoje v roli učitele - instruktora a také toho, kdo kontroluje a dohlíží na plnění programů. Provést analýzu potřeb výuky v této oblasti - výuky školitelů, vyzvednout priority a seznámení s předchozí úrovní kurzu II. V mezidobí je kladen důraz na další rozvoj projektu, pravidelné schůzky se supervizorem (v mém případě je to s předsedou SVL - doc. Býmou), vést o tom záznamy a připravit konkrétní plán pro vystoupení školitelů, včetně přípravy literatury, to celé pak přednesení na dvoudenním setkání ve Faro na jihu Portugalska.

Kurz byl zajímavý a vyčerpávající, protože celý den jednání byl využit od rána až do večera, pomohl navázat další mezinárodní kontakty a ty, které již existovaly, tak opět utužit. S portugalským kolegou jsem se setkal po 15 letech od kurzu Learning with Europe, rovněž pořádaný některými evropskými státy a věnován vzdělávání ve všeobecném praktickém lékařství.

Možné změny ve screeningu kolorektálního karcinomu

Zpráva ze setkání na půdě 1. lékařské fakulty UK Praha

MUDr. Bohumil Skála, Ph.D.,
člen výboru SVL ČLS JEP



Dne 11. ledna 2012 se na půdě 1. lékařské fakulty UK v Praze uskutečnilo setkání zástupců LF, zástupců ústavu biochemie a laboratorní diagnostiky, zástupců onkologů, gastroenterologů a všeobecných praktických lékařů s poslancem Evropského parlamentu RNDr. Pavlem Pocem, členem výboru pro životní prostředí a veřejné zdraví a panem Stefanem Schreckem, zástupcem úřadu Evropské komise, zabývajícím se zdravotnictvím, informacemi ve zdravotnictví a zdravotní péčí.

Základní myšlenkou celého setkání, které se uskutečnilo v rámci příprav 2. celoevropského kongresu pacientů s kolorektálním karcinomem v ČR bylo seznámit zástupce Evropského parlamentu a Evropské komise s problematikou screeningu a následné péče pro pacienty s kolorektálním karcinomem. Zazněla poněkud neradostná fakta a zjištění o prevalenci a incidenci KRCA v České republice, kde přece jen došli k malé změně: na prvním místě v incidenci a mortalitě je nyní Maďarsko (obr. 1). Následně byly představeny dva projekty, jen ukončený, který ověřoval citlivost a validitu výsledků imunochemického testu s přístrojem QuikRead.

Bylo do souvislosti dáno vyšetření TOKS u pacientů se známou dg nebo bez příznaků, ověřeno kolonoskopicky. Výsledky byly jednoznačné (viz obr. 2).

Jednoznačně se prokázalo, že kvalitativní imunochemický test

- Je vysoce spolehlivý pro zjištění dg KRCA
- Jednoduchý pro pacienta
- Použitelný v ambulantní praxi je preferováno
- Je rychlou a spolehlivou metodou i pro zpracování v laboratoři
- Má vysokou compliance pacientů (lze odběr uskutečnit doma, vyšetření v ordinaci, je možné použít i obtížně pohyblivých pacientů třeba s asistencí sestry Domácí péče)
- Má vysokou senzitivitu
- Přijatelnou cenu

Zástupce Ústavu klinické biochemie a laboratorní diagnostiky I. LF UK MUDr. Peter Kocna, CSc. seznámil přítomné s problematikou TOKS z hlediska biochemického, jednoznačně se projevuje ve všech okolních zemích odklon od guajakových testů, a nyní se vede diskuse nad testy imunochemickými a to jak kvalitativními tak kvantitativními. Příklon ke kvantitativnímu testu je celoevropským trendem. Vysvětlení: *míra positivity, resp. kvantitativní hodnota testu, může vést k diferencovanému tlaku na další (kolonoskopické) vyšetření.*

Prokazuje se, že imunochemické testy, kvantitativní imunochemické testy jsou až třikrát spolehlivější než testy guajakové.

Nakonec byl představen projekt KOLEKO (MUDr. Jaroslava Kovářová, Gastroenterologická ambulance IV. int. kliniky VFN a I. LF UK Praha)

Celá prezentace přednesené problematiky nastínila několik pohledů na screening TOKS: jedním z nich je prokázání vyšší účinnosti imunochemických testů na okultní krvácení.

Program KOLEKO by měl přinést odpověď na otázku: jaká je nyní v našich podmínkách správná míra positivity kvantitativního testu?

Otázka, zda je pro screeningový systém důležitý test, který dává možnost upravovat míru positivity flexibilně podle dané situace, podle výsledků screeningového programu,

FOB **INOVACE A SPOLEHLIVÉ TESTY** typu **IPPOINT** **NAE** **POUŽITÍ** **MĚŘENÍ**

- Jednoduchý a spolehlivý prostředek
- Rychlé získání výsledku
- Rychlé vyšetření pacienta (bez bolesti)
- Možnost testu v ordinaci
- Vhodný pro domácí použití (včetně pacientů s obtížnou pohyblivostí)
- Vhodný pro pacienty s onemocněním tlustého a tenkého střeva
- Možnost testu v ordinaci i doma
- Možnost testu v ordinaci i doma

IPPOINT

podle kapacitních možností screeningových center, podle věku a pohlaví pacientů - to je otázka předem zodpovězená v době, kdy hlavním trendem světové medicíny je personalizovaný přístup. Ano - chceme-li držet krok se světem, kvantitativní test je nástroj, který nám v budoucnu umožní flexibilně reagovat na potřeby screeningu, měli bychom tento způsob vyšetření přijmout jako jednu z možných variant řešení vyhledávání nádorového onemocnění tlustého střeva.

V diskuzi se zástupci EP a EK zaznělo několik postřehů. Jedním z nich je konstatování, že ČR má co nabídnout. Právě na poli screeningu KRCA je potřeba spolupracovat a jako vhodná země se zdá být Holandsko. My máme jasně definovaný celoplošný program screeningu, v Holandsku mají dobře propracované studie pro zavedení adresného zvaní a plánují celoplošně zavést test kvantitativní.

Budoucnost ukáže cestu:

Jedním z prvních premis je ale i vyjádření výboru SVL ČLS JEP:

Výbor Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP přijal s potěšením informaci o zvýšeném pokrytí cílové populace pro screening kolorektálního karcinomu testem na okultní krvácení ve stolici, poskytovaným všeobecnými praktickými lékaři. Tento pozitivní trend nesmí být zasta-

ven diskutovanou demotivující změnou v úhradě testu.

V souladu s ekonomickými podmínkami pro zvýšení účinnosti screeningu je výbor Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP připraven doporučit svým členům ukončení používání guajakových testů ve screeningu kolorektálního karcinomu a jejich nahrazení testy imunochemickými, optimálně do konce roku 2012.

Zároveň chce výbor aktivně spolupracovat na záměru optimalizace cíleného zvaní pacientů ke screeningu.

Také výbor Společnosti klinické biochemie zpracoval stanovisko pro screening KRCA v České republice a biochemické laboratoře mohou zajistit po celé republice kvantitativní analýzu vzorků stolice na qiFOBT, mohou ve spolupráci s praktickými lékaři zajistit distribuci odběrových kazet na qiFOBT. Od ledna 2012 je rutinně nabízen systém externí kontroly kvality pro kvantitativní test okultního krvácení.

Seznam účastníků setkání:

- RNDr. Pavel Poc, MEP
- Stefan Schreck, Head of the Information Unit, European Commission, Directorate General for Health and Consumers, Health Information Unit, Luxembourg
- prof. MUDr. Tomáš Zima, DrSc., MBA, děkan 1. LF UK,



QuikRead
- spolehlivý způsob
jak zlepšit péči
o vaše pacienty.

ORION
DIAGNOSTICA

Orion Diagnostica Oy, Finland
Zakázkový pro ČR, SR, PL, SK
Mělnická 57, 168 00 Praha 6, tel: +420 233 358 533, fax: +420 233 350 532
info@oriondiagnostica.cz, www.oriondiagnostica.cz, www.quikread.cz



ORION
DIAGNOSTICA

QuikRead[®] FOB
kvantitativně
...přichází...

Orion Diagnostica zlokalizuje svůj stávající imunologický point-of-care test QuikRead FOB.

Jednoduchý a přesný přístroj QuikRead je široce používán v celosvětovém měřítku v oblasti zdravotní péče.

Výhody testu QuikRead FOB

- objektivní a spolehlivé vyšetření skrytého krvácení do stolice
- inovovaná testovací souprava
- předpínané krytky - jednoduchý postup práce
- lze definovat hranici cut-off hodnoty



předseda biochemické společnosti, přednosta ÚKBLD VFN a 1. LFUK

- MUDr. Jan Bříza, CSc., MBA, náměstek ředitele VFN pro vědu a výzkum
- prof. MUDr. Zdeněk Krška, CSc., přednosta 1. chirurgické kliniky VFN a 1. LF UK
- prof. MUDr. Ctibor Povýšil, DrSc., přednosta Patologického ústavu VFN a 1. LF UK
- prof. MUDr. Luboš Petruželka, CSc., přednosta Onkologické kliniky VFN a 1. LF UK
- MUDr. Bohumil Skála, Ph.D., člen výboru Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP
- MUDr. Petr Kocna, CSc., ÚKBLD 1. LF UK a VFN Praha, člen Komise pro screening CRC při MZ ČR
- MUDr. Tomislav Švestka, CSc., zástupce přednosta IV. interní kliniky 1. LF UK Praha, člen Rady koordinátorů screeningového programu CRC při Gastroenterologické společnosti
- MUDr. Jaroslava Kovářová, vedoucí Centra pro screeningovou kolonoskopii Fakultní polikliniky, IV. interní klinika VFN a 1. LF UK Praha
- Pavla Kozlíková, vedoucí kanceláře RNDr. Poce MEP, Mariánské Lázně
- Josef Novotný, vedoucí kanceláře RNDr. Poce MEP, Brusel
- Mgr. Monika Neužilová, specialista pro biochemii, Orion Diagnostica
- Ing. Martin Udavský, vedoucí technického úseku a servisu, Dialab
- Mgr. Vlasta Helekalová, vedoucí Oddělení vnějších vztahů 1. LF UK Praha

Vybrané obrázky z powepointové prezentace:

Obr. 1

Incidence, mortality (2011)

- **Men:**
 1. Hungary
 2. Czech republic
- **Woman:**
 1. Hungary
 2. Slovakia
 3. Czech republic

Obr. 2

Results			
Diagnosis	No.	QuikRead	Coloscopy
Asymptomatic	192	negative	normal
Asymptomatic	9	positive	adenomas (T 5,V 3,TV 1)
	2		hyperplastic polyp
Abdominal c.	12	negative	normal
Abdominal c.	1	negative	Morbus Crohn (chronic)
Abdominal c.	2	false positive !	Morbus Crohn (acute)
Flatulence	5	negative	normal
Obstipations	12	negative	normal
Pruritus ani	2	positive !	carcinoma in situ
Diverticular d.	11	negative	normal
Diverticular d.	9	negative	diverticulum
CR-Ca	41	positive	cancer
Total	298		

(T. Švestka, T. Krechler, Brůha R., IV. Interní klinika VFN Praha a I-LF UK Praha)

Imunochromatografické rychlotesty na okultní krvácení

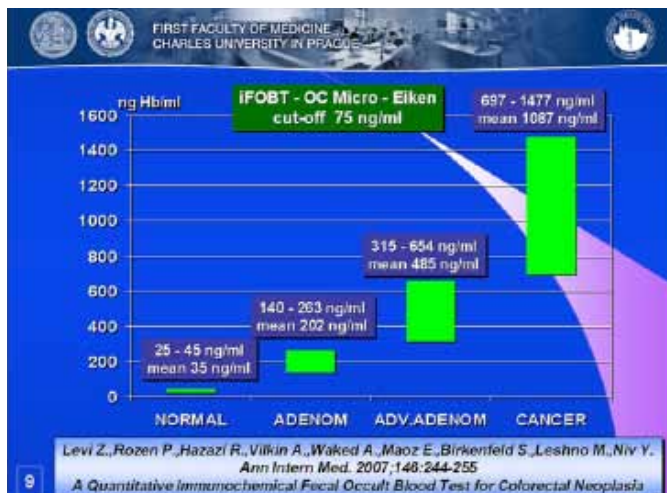
BEZ DIETY



- Rapid-VIDITEST FOB – detekce hemoglobinu ve vzorku stolice
- Rapid-VIDITEST FOB+Tf – detekce hemoglobinu a transferrinu ve vzorku stolice
- rozlišení krvácení z horní/dolní části trávicího traktu

VIDIA spol. s r.o., Ned Sefinou II č. 385, Votava, 252 42 Jeseňova u Prahy, tel: +420 281 090 685,
fax: +420 281 090 688, e-mail: info@vidia.cz, objednavky: objednavky@vidia.cz, www.vidia.cz

Obr. 3

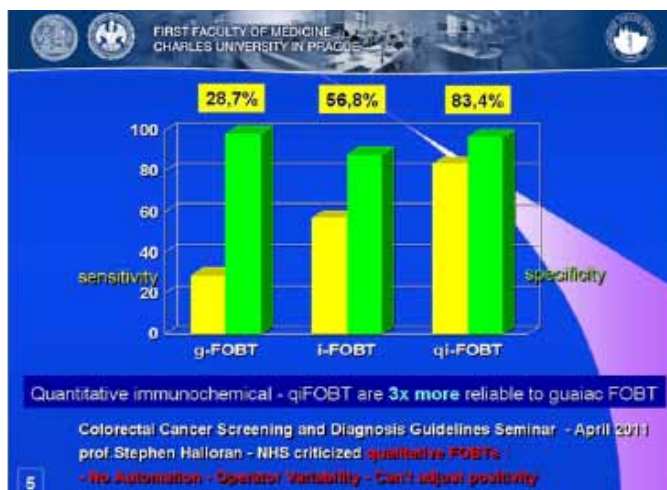


Obr. 6

Projekt správné implementace kvantitativního testu do screeningu kolorektálního karcinomu

- Pilotní logistický projekt adresného zvaní adresného zaslání kvantitativního testu
- Cílem je zajištění vysoké účasti populace

Obr. 4



Obr. 7

- 3000 pacientů, 4-12/2012
- Každý pacient poštou obdrží zvací dopis, testovou zkumavku, speciální odpovědní obálku od svého praktického lékaře
- Test doma provede a poštou zašle do laboratoře
- Laboratoř vyhodnotí test a výsledek zašle praktickému lékaři
- Praktický lékař vyrozumí pacienta o výsledku, pozitivní pacienty odešle ke kolonoskopii

Obr. 5

- První evropská guidelines 2/11
- Systém správného začlenění kvantitativního testu

European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis First Edition
European Commission

Obr. 8

Výstupy :

- Procento testů odeslaných do laboratoře z celkového počtu rozeslaných testů (dle studií cca 50%)
- Procento hodnotitelných testů laboratoří
- Kapacitní možnosti laboratoře (odkrytí eventuelních provozních problémů při velkém množství zaslaných vzorků)
- Procento pozitivních testů na hladině 75ng/ml
- Procento dovyšetřených pacientů s pozitivním testem
- Hodnocení procesu zaslání testu poštou.
- Napojení na registr KR-CA pro biochemické screeningové laboratoře

Zpráva ze IV. kongresu medicínského práva

MUDr. P. Brejník
Člen výboru SVL ČLS JEP



Ve dnech 1. a 2. 12. 2011 se konal v Praze v hotelu Pyramida IV. kongres medicínského práva. V organizačním výboru byli přednostka Ústavu veřejného zdravotnictví a medicínského práva 1. lékařské fakulty MUDr. Mgr. Jolana Těšínová, JUDr. MUDr. Roman Žďárek, advokát a odborný asistent stejného ústavu a další odborníci specializující se na medicínské právo.

Ústředním tématem kongresu byla základní povinnost zdravotnických pracovníků, kterou je **poskytování zdravotní péče, resp. služeb lege artis**. JUDr. Tomáš Sokol ho nazval „známým pojmem neznámého obsahu“, v současné době ještě o to méně známější, neboť historické právní vymezení tohoto pojmu vycházející ze zákona o péči o zdraví lidu je nahrazeno novým zněním. Byly diskutovány otázky v následujících tématech:

- Jaký obsah dává této základní povinnosti zdravotnických pracovníků nová právní úprava?
- Znamená omezení péče o pacienty?
- Povede ke snížení odpovědnosti lékařů?
- Je to status quo pouze jinými slovy vyjádřený?

Co je postup lege artis?

Legе artis v překladu z latiny *podle pravidel umění*, toto lapidární vyjádření znamená odborně správný postup. Obsah tohoto pojmu není až na zcela ojedinělé výjimky vymezen zákonnými předpisy, ale je vymežován obsahem výuky klinických předmětů na lékařských fakultách, aktuální zdravotnickou literaturou, názory odborných společností. Který postup je a který už není lege artis, je dán konsensem široké odborné veřejnosti na odbornou správnost toho kterého zdravotnického postupu.

► Ve sdělení JUDr. MUDr. Romana Žďárka bylo zdůrazněno, že postup lege artis, jakožto odborně správný, sám o sobě ještě neznamená oprávněnost zdravotnického zákroku, ale, že k němu musí přistoupit kumulativně splnění dalších právních předpisů, zejména informovaného souhlasu.

► V nové právní úpravě se zavádí **právo pacienta na poskytování zdravotních služeb na náležitě odborné úrovni**. Podle §5 ods. 4 zákona o zdravotních službách je *náležitou odbornou úrovní poskytování zdravotních služeb podle pravidel vědy a uznávaných medicínských postupů, při respektování individuality pacienta a ohledem na konkrétní podmínky a objektivní možnosti*.

► K této definici se vedla široká diskuse, např. prof. Pařko vyslovil názor, že péče lege artis může být jiná ve FN Motol a jiná v periferní okresní nemocnici. Přítomní právníci a zástupci však konstatovali, že takto zákon vykládat nelze, neboť zákon by nebyl v souladu s ústavou. Ústavní

konformita výkladu nového zákona musí zajistit soulad s právy pacienta garantovanými Úmluvou o lidských právech a biomedicině. Například nelze ospravedlnit poskytnutí zastaralého, málo účinného zákroku s ohledem na ekonomickou insuficienci daného zdravotnického zařízení, snese-li zákrok odkladu pro transport do zařízení lépe vybaveného.

► JUDr. František Půry, předseda senátu Nejvyššího soudu ČR konstatoval, že otázku, zda byl v posuzovaném případě dodržen postup lege artis, nelze odpovědět obecně s platností ve všech situacích. Je třeba ji řešit v každém konkrétním případě, zvláště podle toho, jaké diagnostické a léčebné poznatky, metody a postupy byly skutečně dostupné na příslušném zdravotnickém pracovišti, zda a jak byly dostupné konkrétním osobám podílejícím se na poskytování zdravotnických služeb, jaký byl zdravotní stav pacienta a jeho vývoj. Tedy to je ta nově schválená zdravotní úprava zdůrazňující nutnost ohledu na konkrétní podmínky a objektivní možnosti a dále na individualitu pacienta.

Trestní odpovědnost právnických osob

V dalším bloku byla probírána **trestní odpovědnost právnických osob**. V novém zákoně o trestní odpovědnosti právnických osob a řízení proti nim (v době konání sjezdu nebyl ještě publikován ve Sbírce zákonů, ale pouze ve sněmovním tisku č. 285), bylo konstatováno JUDr. Půrym, že zde není v taxativním výčtu §7 tohoto zákona vyjmenován žádný trestný čin proti životu a zdraví, za které by mohla nést právní odpovědnost právnická osoba a jejichž spáchání přichází v úvahu u fyzických osob při zaviněném postupu non lege artis. Tímto zákonem bylo nutno dát do souladu českou legislativu s mezinárodními závazky České republiky. Proto po nabytí účinnosti zákona o trestní odpovědnosti právnických osob a řízení proti nim, nebude nést zdravotnické zařízení, jež má formu právnické osoby, trestní odpovědnost za trestné činy spočívající v usmrcení, ublížení na zdraví či neposkytnutí pomoci. Tím není vyloučena trestní odpovědnost konkrétní fyzické osoby, která jednala v rámci takového zařízení v rozporu s požadavkem postupu lege artis. Odpovědnost právnických osob bude využívána zejména ve sporech u korupce, zavinění ekologické havárie podnikem apod. S tímto výkladem nesouhlasil ve své přednášce prof. Jelínek, vedoucí katedry trestního práva Právnické fakulty UK, který se domnívá, že trestní odpovědnost mají i zdravotnická zařízení se statusem právnické osoby a zejména spory na ochranu osobnosti budou vedeny i v této oblasti a trestní odpovědnost právnických osob ve zdravotnictví existuje.

Postup lege artis a odpovědnost za zásah do osobnostních práv

Zajímavý byl blok nazvaný lege artis a odpovědnost za zásah do osobnostních práv. Zde je a patrně bude značný rozdíl v chápání lékařském a právnickém. Bylo konstatováno, že v posledních letech docházelo k časté praxi, kdy žalobci žádali na základě identického skutku duplicitní odškodnění materiální újmy souběžně z titulu náhrady škody na zdraví a i z titulu ochrany osobnosti. Nejvyšší soud nejprve konstatoval, že se v obou případech jedná

o svébytné a samostatné nároky podmíněné různou sférou ochrany, později názor změnil, protože původní názor byl shledán nesystémovým s konstatováním, že není přípustné ani účelné prostřednictvím ochrany osobnosti navyšovat nároky za nemajetkovou újmu za bolestné a ztížení společenského uplatnění.

► Soudce Krajského soudu v Brně JUDr. Ryška hovořil o kolizi medicínské a právní optiky, tedy různému pohledu na věc z pohledu právníka a lékaře. Na konkrétním případě neoprávněného zdravotního transportu stěžovatelky dospěl Ústavní soud k jednoznačně formulovanému závěru, dle kterého **lékařskou diagnózu nelze stavět nad právo**. Každý člověk je svobodný a není povinen činit nic, co mu zákon neukládá. Z toho vyplývá, že také v otázkách péče o vlastní zdraví záleží jen na jeho svobodném rozhodnutí, zda a v jaké míře se podrobí určitým medicínským výkonům a jen zákon ho může zavázat, že určitá vyšetření postoupit musí. U dospělého člověka s plnou způsobilostí k právním úkonům je právo nebyť léčen silnější než povinnost lékaře léčit. Postoj, který by se tímto stavem neztotožňoval a stavěl na stanovisku, že pacientovi je třeba poskytnout pomoc za všech okolností a to i proti jeho vůli, již není dnes právně ani hodnotově přijatelný. V diskusi na toto sdělení byla zdůrazněna **důležitost poučení ze strany lékaře a negativní reverz (informovaný nesouhlas ze strany pacienta)**. Bylo výslovně zdůrazněno, že negativní reverz je nejen výrazem respektu k pacientovu právu na sebeurčení, ale také významným nástrojem právní ochrany zdravotnických pracovníků, neboť na základě písemného prohlášení o odmítnutí potřebné péče není lékař odpovědný za následky, které v důsledku neprovedení zákroku mohou u pacienta nastat a to ve všech rovinách právní odpovědnosti - trestní, správní i civilní.

V programu bylo mnoho témat, která by vyplnila několik čísel Practicusu.

Letem světem o několika dalších blocích.

► JUDr. Doležal hovořil o rozsudku Nejvyššího soudu, podle něhož pokud zdravotnické zařízení poskytlo nutnou a neodkladnou péči pojištěnci, zdravotní pojišťovna je tuto péči povinna uhradit a to i po vyčerpání dohodnutého finančního limitu

► Zástupkyně Ligy lidských práv JUDr. Červená a JUDr. Candigliota hovořily o nedostupnosti indikované péče z důvodu nastavení náhrad. Tím je zasahováno do základního práva na zdravotní péči, byly zmíněny případy neléčení roztroušené sklerozy.

► Další blok byl věnován evropské koordinaci systému zdravotního pojištění a přeshraniční péči, uvolňování pohybu pacientů mezi členskými státy Evropské unie.

► Novinkou byla specifikace dříve vysloveného přání. Autor článku poukazuje na skutečnost, že téměř totožné sdělení, které zaznělo na kongresu je publikováno v §36 Zákona 372/2011 Sb.

► Nový zákon o zdravotních službách byl náplní diskusního panelu, kde lídry v diskusi byli MUDr. Helena Sajdlová, ředitelka odboru zdravotních služeb Ministerstva zdravotnictví ČR, poradce ministra zdravotnictví MUDr. Vepřek a předseda zdravotního výboru poslanecké sněmovny MUDr. Boris Šťastný. Zejména pediatrii a lékaři záchranné služby upozornili na nereálnost některých paragrafů např. při získávání informovaného souhlasu obou rodičů, oznámení o odmítnutí péče dítěte oběma rodičům apod.

► JUDr. Mach hovořil o návrhu nového zákona o soudních znalcích, kde je nutné respektovat odbornost podle oborů a hlavně znalosti současných postupů a léčení, což se v praxi často neděje a nekompetentní posudek znalce jiné odbornosti pak přináší lékařům dlouhodobé a značné problémy, protože znalecký posudek je při rozhodování soudců pro soudce něco jako písmo svaté.

POZVÁNKA

na 34. tématickou konferenci Společnosti pro výživu, o. s.
tel.: 267 311 280, fax: 271 732 669, e-mail: vyziva.spv@volny.cz, web: www.vyzivaspol.cz

Potravinářské mýty a kvalita potravin

14. února 2012 9,00 – 16,00

Lékařský dům, Sokolská 31, Praha 2

VLOŽNÉ ČINÍ 500,- Kč, PŘIHLÁŠKA ELEKTRONICKY NA www.vyzivaspol.cz

PROGRAM

Blok KVALITA POTRAVIN NA ČESKÉM TRHU

Spotřebitelské hodnocení kvality potravin v ČR

Péče o jakost potravin v řetězci Tesco

Péče o jakost masných výrobků v řetězci Globus

Konvence v 3. tisíciletí

Kvalita - společný jmenovatel tradičních i nových značek v našem portfoliu

Ústřední kontrola kvality potravin

Klamavé obchodní praktiky a mediální desinterpretace

Blok POTRAVINOVÉ MÝTY A JAK SE JIM BRÁNIT

Úvod do potravinářské mytologie

Kvalita a mýty v oblasti cereálních výrobků

Kvalita a mýty v oblasti cukrovinek

Kvalita a mýty v oblasti masa a masných výrobků

Kvalita a mýty v oblasti mléka a mléčných výrobků

Kvalita a mýty v oblasti pivovarsko-sladařském

Kvalita a mýty v oblasti rostlinných jedlých tuků a olejů

Spotřebitelé a jejich reakce na potravinové mýty

Unikátní projekt „KPIKA – Partner Prevention“

Produktion: Ende 2007, gelte: September 2004 (1. Aufl.)
1. vollständige, unveränderte, unveränderte, unveränderte
Produktion: September 2004, gelte: September 2004

2014-2015 Budget Overview

[illegible][illegible]

© 2008 Pearson Education, Inc.

[illegible][illegible]

Willingness to take action, based on evidence provided (42-43-44-45-46-47-48-49-50-51-52-53-54-55-56-57-58-59-60-61-62-63-64-65-66-67-68-69-70-71-72-73-74-75-76-77-78-79-80-81-82-83-84-85-86-87-88-89-90-91-92-93-94-95-96-97-98-99-100-101-102-103-104-105-106-107-108-109-110-111-112-113-114-115-116-117-118-119-120-121-122-123-124-125-126-127-128-129-130-131-132-133-134-135-136-137-138-139-140-141-142-143-144-145-146-147-148-149-150-151-152-153-154-155-156-157-158-159-160-161-162-163-164-165-166-167-168-169-170-171-172-173-174-175-176-177-178-179-180-181-182-183-184-185-186-187-188-189-190-191-192-193-194-195-196-197-198-199-200-201-202-203-204-205-206-207-208-209-210-211-212-213-214-215-216-217-218-219-220-221-222-223-224-225-226-227-228-229-230-231-232-233-234-235-236-237-238-239-240-241-242-243-244-245-246-247-248-249-250-251-252-253-254-255-256-257-258-259-260-261-262-263-264-265-266-267-268-269-270-271-272-273-274-275-276-277-278-279-280-281-282-283-284-285-286-287-288-289-290-291-292-293-294-295-296-297-298-299-300-301-302-303-304-305-306-307-308-309-310-311-312-313-314-315-316-317-318-319-320-321-322-323-324-325-326-327-328-329-330-331-332-333-334-335-336-337-338-339-340-341-342-343-344-345-346-347-348-349-350-351-352-353-354-355-356-357-358-359-360-361-362-363-364-365-366-367-368-369-370-371-372-373-374-375-376-377-378-379-380-381-382-383-384-385-386-387-388-389-390-391-392-393-394-395-396-397-398-399-400-401-402-403-404-405-406-407-408-409-410-411-412-413-414-415-416-417-418-419-420-421-422-423-424-425-426-427-428-429-430-431-432-433-434-435-436-437-438-439-440-441-442-443-444-445-446-447-448-449-450-451-452-453-454-455-456-457-458-459-460-461-462-463-464-465-466-467-468-469-470-471-472-473-474-475-476-477-478-479-480-481-482-483-484-485-486-487-488-489-490-491-492-493-494-495-496-497-498-499-500-501-502-503-504-505-506-507-508-509-510-511-512-513-514-515-516-517-518-519-520-521-522-523-524-525-526-527-528-529-530-531-532-533-534-535-536-537-538-539-540-541-542-543-544-545-546-547-548-549-550-551-552-553-554-555-556-557-558-559-560-561-562-563-564-565-566-567-568-569-570-571-572-573-574-575-576-577-578-579-580-581-582-583-584-585-586-587-588-589-590-591-592-593-594-595-596-597-598-599-600-601-602-603-604-605-606-607-608-609-610-611-612-613-614-615-616-617-618-619-620-621-622-623-624-625-626-627-628-629-630-631-632-633-634-635-636-637-638-639-640-641-642-643-644-645-646-647-648-649-650-651-652-653-654-655-656-657-658-659-660-661-662-663-664-665-666-667-668-669-670-671-672-673-674-675-676-677-678-679-680-681-682-683-684-685-686-687-688-689-690-691-692-693-694-695-696-697-698-699-700-701-702-703-704-705-706-707-708-709-710-711-712-713-714-715-716-717-718-719-720-721-722-723-724-725-726-727-728-729-730-731-732-733-734-735-736-737-738-739-740-741-742-743-744-745-746-747-748-749-750-751-752-753-754-755-756-757-758-759-760-761-762-763-764-765-766-767-768-769-770-771-772-773-774-775-776-777-778-779-780-781-782-783-784-785-786-787-788-789-790-791-792-793-794-795-796-797-798-799-800-801-802-803-804-805-806-807-808-809-810-811-812-813-814-815-816-817-818-819-820-821-822-823-824-825-826-827-828-829-830-831-832-833-834-835-836-837-838-839-840-841-842-843-844-845-846-847-848-849-850-851-852-853-854-855-856-857-858-859-860-861-862-863-864-865-866-867-868-869-870-871-872-873-874-875-876-877-878-879-880-881-882-883-884-885-886-887-888-889-890-891-892-893-894-895-896-897-898-899-900-901-902-903-904-905-906-907-908-909-910-911-912-913-914-915-916-917-918-919-920-921-922-923-924-925-926-927-928-929-930-931-932-933-934-935-936-937-938-939-940-941-942-943-944-945-946-947-948-949-950-951-952-953-954-955-956-957-958-959-960-961-962-963-964-965-966-967-968-969-970-971-972-973-974-975-976-977-978-979-980-981-982-983-984-985-986-987-988-989-990-991-992-993-994-995-996-997-998-999-1000-1001-1002-1003-1004-1005-1006-1007-1008-1009-1010-1011-1012-1013-1014-1015-1016-1017-1018-1019-1020-1021-1022-1023-1024-1025-1026-1027-1028-1029-1030-1031-1032-1033-1034-1035-1036-1037-1038-1039-1040-1041-1042-1043-1044-1045-1046-1047-1048-1049-1050-1051-1052-1053-1054-1055-1056-1057-1058-1059-1060-1

Responsible for the content of the advertisement:
Responsible for the content of the advertisement:

Ed Kelly

THE **WORLD** **OF** **THE** **WORLD**

**Partner
Prevence**

**Chodíte pravidelně každé 2 roky
na preventivní prohlídku?**

**Pár minut Vaším může zachránit život
...odkládejte návštěvu čas...**

**Ministry of Health of the Czech Republic
Ústřední zdravotní správa ČR**

12000

[illegible]

ZPRÁVA Z KONFERENCE - 2. část

XXX. výroční konference Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP

9. – 12. listopadu 2012,
Kongresové centrum Zlín



Kdy odeslat diabetika ke specialistovi?

MUDr. Igor Karen,
praktický lékař Benátky nad Jizerou
Místopředseda SVL ČLS JEP
pro profesní záležitosti,
Odborný garant pro diabetologii SVL ČLS JEP



V první polovině listopadu letošního roku proběhla XXX. výroční konference Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP. V odborném bloku věnované diabetologii (kde přednášeli za ČDS prof. Milan Kvapil za SVL MUDr. Igor Karen) zazněla celá řada novinek.

Ve své přednášce věnované péči o pacienty s DM v ordinaci praktických lékařů jsem se věnoval otázkám včasného odeslání těchto pacientů ke specialistům, zejména kdy a při jakých komplikacích. Dle dat ÚZIS z roku 2010 je stále stoupající trend komplikací (viz obr. 1).

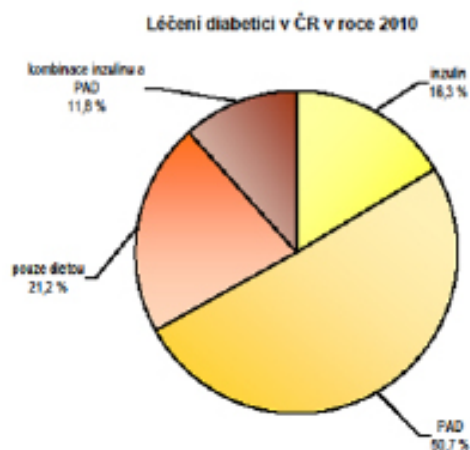
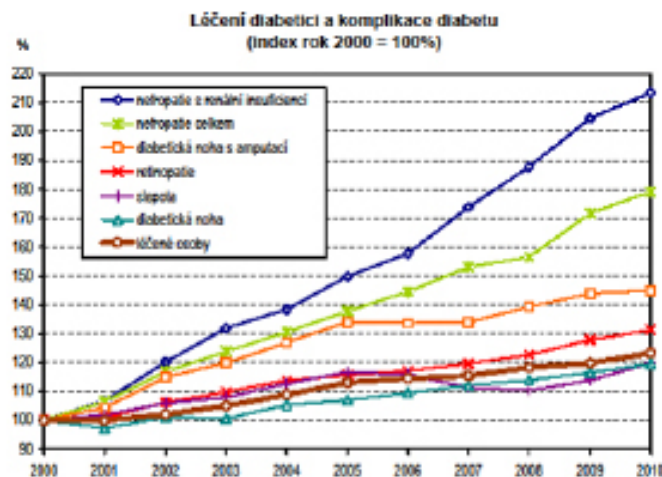
Bohužel na této statistice se významně podílí i fakt, že přes 20 % všech pacientů (přes 170 tisíc pacientů) v ordinacích zejména diabetologů nemá základní medikamentózní terapii (viz obr. 1, graf 2) a z toho lze usuzovat, že vlastní zárodek v tak vysokém a stále stoupajícím čísle komplikací je nedostatečná, včasná, intenzivní a hlavně komplexní terapie u stávajících, ale i nově zachycených pacientů s DM 2 typu.

Všeobecní praktičtí lékaři postupují (od roku 2010 mají kompetence léčit pacienty s DM) při terapii a dispenzárních kontrolách zejména dle Doporučených postupů (DP) DM SVL ČLS JEP, kde je uvedena podrobně i náplň dispenzárních prohlídek; přičemž od loňského roku ještě platí kromě tohoto DP ještě Algoritmus dispenzárních kontrol, který byl konsensuálně vytvořen SVL a ČDS (viz obr. 2).

Kdy určitě odesílá VPL (všeobecný praktický lékař) pacienta s diabetem 2. typu ke specialistovi ???

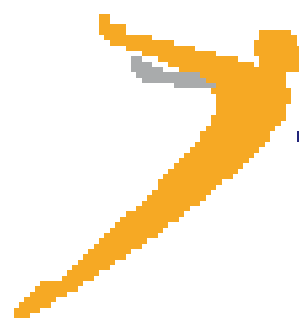
- 1x ročně k oftalmologovi na vyšetření očního pozadí a kdykoliv při očních komplikacích !!!
- Při výskytu mikrovaskulárních komplikací - nefropatie, retinopatie, neuropatie ke konzultaci či event. dispenzaci

Obr. 1



zarizaci k diabetologovi s převzetím veškeré komplexní péče včetně zajištění medikace DM (diabetu), AH (arteriální hypertenze), HLP (hyperlipoproteinémie) a všech potřebných laboratorních vyšetření.

- Dále při nález sérového kreatininu > 150 umol/l je nutné konsultovat nefologa, současně u pacienta, je-li léčený metforminem, vysadit METFORMIN !!!!, indikovat jiná PAD !, (takto je to i uvedeno v DP ZÁKLADY NEFROLOGIE SVL 2011).



Trajenta®

(#trajenta)™

Zastanawiasz nad tym, czy przebiegać

terapią przeciwpadaczkową? Trajenta może być dla Ciebie najlepszym wyborem.

Wieloletnie badania Trajenta potwierdziły skuteczność leczenia w postaci: 1. zmniejszenia częstości występowania padaczki, 2. poprawy jakości życia, 3. zmniejszenia ryzyka wystąpienia skutków ubocznych. Trajenta jest lekiem, który może być dla Ciebie najlepszym wyborem. Trajenta jest lekiem, który może być dla Ciebie najlepszym wyborem. Trajenta jest lekiem, który może być dla Ciebie najlepszym wyborem.

Wieloletnie badania Trajenta potwierdziły skuteczność leczenia w postaci: 1. zmniejszenia częstości występowania padaczki, 2. poprawy jakości życia, 3. zmniejszenia ryzyka wystąpienia skutków ubocznych. Trajenta jest lekiem, który może być dla Ciebie najlepszym wyborem. Trajenta jest lekiem, który może być dla Ciebie najlepszym wyborem. Trajenta jest lekiem, który może być dla Ciebie najlepszym wyborem.

Wskazania: Epilepsja, padaczka, zaburzenia rytmu serca, zaburzenia snu.

Przeciwwskazania: Ciężkie zaburzenia czynności nerek, ciężkie zaburzenia czynności wątroby, ciężkie zaburzenia czynności serca, ciężkie zaburzenia czynności płuc, ciężkie zaburzenia czynności układu krążenia.

Wieloletnie badania Trajenta potwierdziły skuteczność leczenia w postaci: 1. zmniejszenia częstości występowania padaczki, 2. poprawy jakości życia, 3. zmniejszenia ryzyka wystąpienia skutków ubocznych. Trajenta jest lekiem, który może być dla Ciebie najlepszym wyborem. Trajenta jest lekiem, który może być dla Ciebie najlepszym wyborem. Trajenta jest lekiem, który może być dla Ciebie najlepszym wyborem.

Wieloletnie badania Trajenta potwierdziły skuteczność leczenia w postaci: 1. zmniejszenia częstości występowania padaczki, 2. poprawy jakości życia, 3. zmniejszenia ryzyka wystąpienia skutków ubocznych. Trajenta jest lekiem, który może być dla Ciebie najlepszym wyborem. Trajenta jest lekiem, który może być dla Ciebie najlepszym wyborem. Trajenta jest lekiem, który może być dla Ciebie najlepszym wyborem.

Wieloletnie badania Trajenta potwierdziły skuteczność leczenia w postaci: 1. zmniejszenia częstości występowania padaczki, 2. poprawy jakości życia, 3. zmniejszenia ryzyka wystąpienia skutków ubocznych. Trajenta jest lekiem, który może być dla Ciebie najlepszym wyborem. Trajenta jest lekiem, który może być dla Ciebie najlepszym wyborem. Trajenta jest lekiem, który może być dla Ciebie najlepszym wyborem.

Wieloletnie badania Trajenta potwierdziły skuteczność leczenia w postaci: 1. zmniejszenia częstości występowania padaczki, 2. poprawy jakości życia, 3. zmniejszenia ryzyka wystąpienia skutków ubocznych. Trajenta jest lekiem, który może być dla Ciebie najlepszym wyborem. Trajenta jest lekiem, który może być dla Ciebie najlepszym wyborem. Trajenta jest lekiem, który może być dla Ciebie najlepszym wyborem.

Wskazania: Epilepsja, padaczka, zaburzenia rytmu serca, zaburzenia snu.

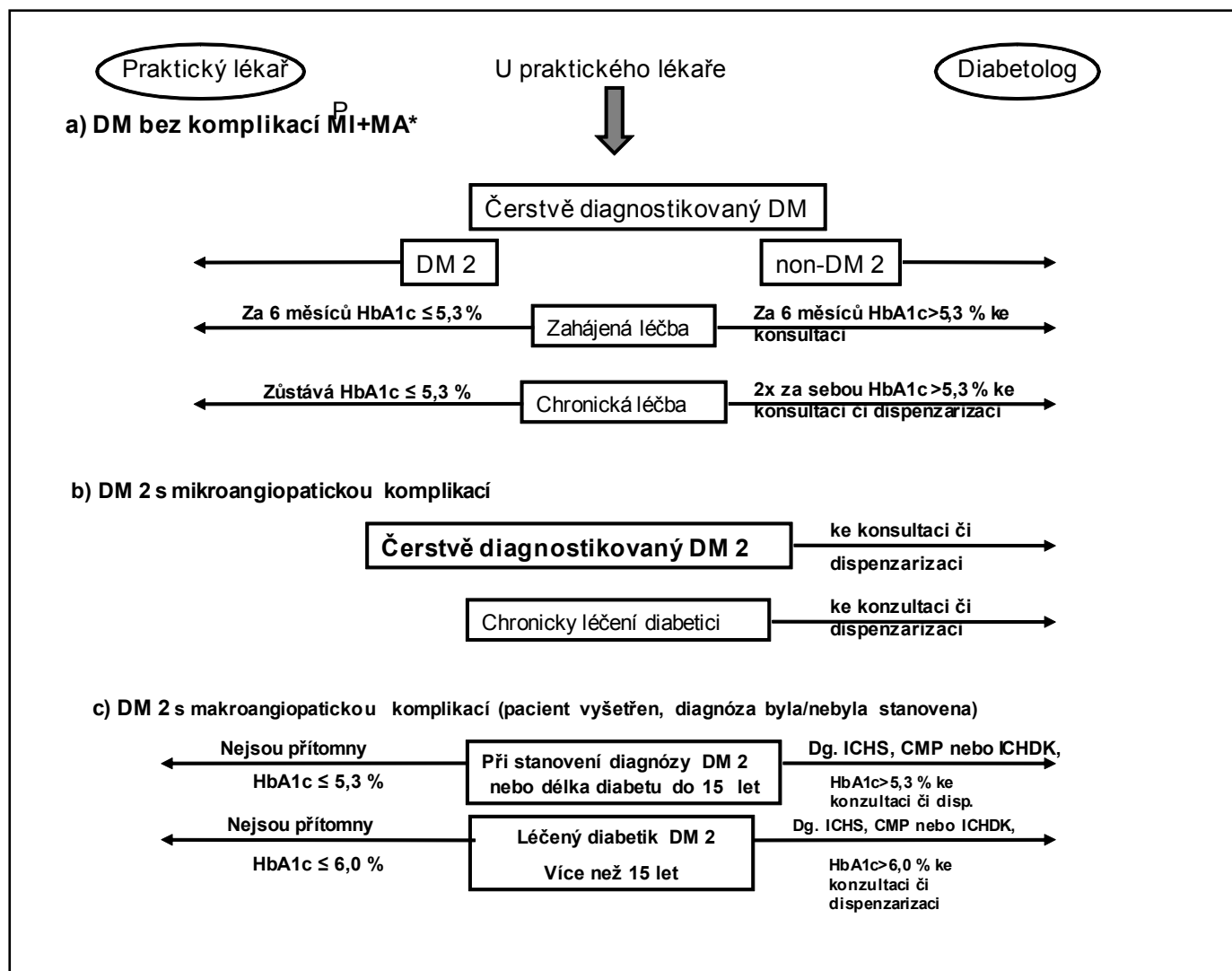
Przeciwwskazania: Ciężkie zaburzenia czynności nerek, ciężkie zaburzenia czynności wątroby, ciężkie zaburzenia czynności serca, ciężkie zaburzenia czynności płuc, ciężkie zaburzenia czynności układu krążenia.

Wskazania: Epilepsja, padaczka, zaburzenia rytmu serca, zaburzenia snu.

Przeciwwskazania: Ciężkie zaburzenia czynności nerek, ciężkie zaburzenia czynności wątroby, ciężkie zaburzenia czynności serca, ciężkie zaburzenia czynności płuc, ciężkie zaburzenia czynności układu krążenia.



Obr. 2



Diabetik s nefropatií

- Ze starších preparátů je možné u středně závažné renální insuficience (3. stadium CKD - chronického renálního onemocnění) podat i deriváty sulfonylurey (SU), kromě glibenklamidu. Obvykle podáváme gliquidon (Glurenorm), u závažné renální insuficience (4. stadium CKD) lze použít repaglinid (Novonorm) či pioglitazon (Actos). Modernější léky, DPP 4 inhibitory, jsou výhodné i díky absenci rizika hypoglykemií. Prozatím lze použít saxagliptin (Onglyza) v redukováné dávce, bez redukce dávky nový zástupce DPP-4 linagliptin.
- Insulin lze podávat kdykoliv bez ohledu na jakékoliv renální poškození a filtrační schopnosti ledvin, včetně hemodialýzy.
- Rozdělení a stratifikace CKD dle GF:
 - 1. stadium – normální GF ($> 1,5$ ml/s)
 - 2. stadium – mírně snížená GF (1,0 - 1,49 ml/s)
 - 3. stadium – středně těžké snížení GF (0,50 – 0,99 ml/s)**
 - 4. stadium – těžké snížení GF (0,25 – 0,49 ml/s)
 - 5. stadium – terminální stadium chronického selhání ledvin (GF $< 0,25$ ml/s), zahájení léčby dialýzou nebo transplantací

- Vyšetřování glomerulární filtrace (GF) patří mezi základní funkční vyšetření činnosti ledvin. V poslední dekádě je obecně ústup od metod přímých k metodám výpočtovým (MDRD), zejména z důvodů praktických (není nutný 24-h sběr moče).
- MDRD** (Modification of Diet in Renal Disease) - výpočet eGF – MDRD je běžně proveditelný v ordinaci praktického lékaře dosazením příslušných hodnot do internetového kalkulátoru na: http://www.naskl.cz/vzdelavani/kalkulator/GFR-MDRD/Gfr_mdrd.htm
- U nálezů mikroalbuminurie je vhodné konsultovat diabetologa ke stratifikaci stávající terapie DM a jeho těsné kompenzace. Současně je zde také nutnost těsné kompenzace AH, verifikace nasazení blokátorů RAS (renin-angiotenzinového systému) - ACEi či blokátorů AT1 receptorů čili sartanů s delším biologickým poločasem, do kombinace blokátory kalciových kanálů (BKK), zejména non-dihydropyridinů - verapamilu či diltiazemu.
 - Mezi ACEi by měly být preferovány dlouhodobě působící preparáty s duálním vylučováním - trandolapril, fosinopril. Trandolapril ani fosinopril nevyžadují redukcí dávky u osob s mírnou a středně závažnou renální insuficiencí.

- Blokátory AT1 receptorů, zejména telmisartan, či další jako valsartan, irbesartan, nevyžadují rovněž redukci dávek u osob s mírnou nebo středně závažnou renální insuficiencí
- Dále zaznělo, že kombinace ACEi a AT1 blokátoru patří do rukou nefrologa.

Uvědomujeme si rychlý pokrok obzvláště v možnostech farmakoterapie a připravujeme již aktualizaci Doporučených postupů pro léčbu DM 2 pro rok 2012. Novinkou bude, že kromě současného vyšetření mikroalbuminurie se bude NOVĚ provádět právě vyšetření e-GFR, které nám u pacientů jednoduše vypočítá spádová laboratoř dle veličin: věk, pohlaví, sérový kreatinin a albumin, vše vychází z výše uvedené rovnice MDRD.

Jak již vyplývá z uvedených faktů:

- V současné době musíme komplexně pečovat o pacienta s DM a využívat indikované konsiliárních vyšetření oftalmologa, nefrologa i diabetologa.
- Nicméně uvolnění preskripce všech PAD pro VPL by mohlo systém péče o pacienta s DM zkvalitnit, zlepšit, zkomfortnit, ale i zlevnit!!! Dokonce prof. Rybka ve svých přednáškách a osobně i prof. Kvapil (osobně mne o tom oba dva ujišťovali) podporují uvolnění pro všeobecné praktické lékaře (z mého pohledu opravdu nesmyslných omezení) preskripčních omezení na všechna perorální antidiabetika, včetně celé skupiny inkretinů.

Právě ve světle nových poznatků vědy se dnes většinou do kombinace dříve uváděné molekuly derivátů sulfonylurey jeví spíše nové a vhodnější molekuly, které ovlivňují inkretinový systém. Patří sem dvě nové skupiny, tzv. inkretinové enhancery (DPP-4 neboli gliptiny) a inkretinová analoga (GLP-1). Obě dvě skupiny se rychle staly velmi úspěšnými antidiabetiky, které se dělí na DPP-4 (blokátory dipeptidyl-peptidázy-4) -saxagliptin, sitagliptin, vildagliptin a linagliptin v perorální provenienci a GLP-1 (glukagon like peptid) - liraglutid a exenatid v injekční formě. U první skupiny jde o vysoce selektivní DPP-4 inhibitory, které zvyšují endogenní hladinu inkretinů GLP-1 a GIP. Stimulace ostrůvků nastává jen u diabetiků. U osob bez diabetu nezvyšují sekreci inzulínu a nesnižují glykémii, a nevyvolávají tedy hypoglykémii.

Výhodou těchto preparátů je, že nevyvolávají prakticky vůbec hypoglykemické stavy (na rozdíl od derivátů SFU), podávají se jednou denně, zachovávají či alespoň prodlužují sekreční aktivitu beta buněk Langerhansových ostrůvků a tím oddalují vlastní apoptózu.

Z dalších benefitů bych rád uvedl, že GLP-1 i DPP-4 zpomalují rovněž kinetiku žaludku – u zdravých i u diabetiků 2. typu prodlužují setrvání stravy v žaludku a snižují tak postprandialní glykémii a současně nepřímo snižují příjem potravy a následně snižují celkovou hmotnost pacienta.

Pro důkladný rozbor léčby zde není prostor, ale základním pravidlem pro nasazení léků by mělo být to, že oběz- ní diabetik s přepokládanou hyperinzulinémií by měl být

léčen zpočátku biquanidem metforminem, v případě, že nejsou kontraindikace k jeho podání, naopak přes 90-95 % pacientů s DM splňuje kritéria nasazení této molekuly. Deriváty sulfonylurey obecně (zvyšují sekreci inzulínu, což je v první fázi u hyperinzulininních pacientů nevhodné a relativně velmi rychle vyčerpávají sekreční aktivitu beta buněk Langerhansových ostrůvků. Preskripčně jsou perorální antidiabetika pro praktické lékaře běžně dostupná.

Z dalších méně používaných PAD uvádím jen pro úplnost: glinidy (repaglinid), thiazolidindiony (pioglitazon). Dosavadní výsledky zatím nenasvědčují tomu, že by thiazolidindiony byly v monoterapii výrazně účinnější než metformin. Velkou výhodou je ovšem možnost jejich kombinace jak s tímto lékem, tak i s derivaty sulfonylurey, tak i s výše popsanými „inkretiny (DPP-4 a GLP-1).

A právě vzhledem k uvedeným faktům by měly být zejména inkretiny (GLP-1 a DPP-4) i v rukou lékařů primární péče, neboť oni jako první se mnohdy starají o pacienty s nekomplikovaným DM a inkretinová medikace by měla být nasazena dříve, než dojde k apoptóze BB buněk Langerhansových ostrůvků, pak je již pozdě.

V celé Evropě se dnes jeví kombinační terapie metformin + DPP-4 či GLP-1 jako velmi bezpečná (bez výskytu hypoglykemií, nárůstu hmotnosti, naopak mnohdy dochází i k redukci), jako velmi prospěšná a perspektivní a co je důležité, nasazují tyto preparáty bez problémů naši kolegové praktičtí lékaři, neboť nemají nesmyslná preskripční omezení, což by si měl uvědomit jak SÚKL, tak zdravotní pojišťovny jako plátců zdravotní péče, tak ale i pacienti, neboť těmito administrativními překážkami dochází velmi často k nedostupnosti adekvátní terapie, ale i následnému prodražování péče o pacienta s DM.

Co říci závěrem???

- Optimální stav je jeden lékař, jeden pacient a jedna komplexní terapie, pokud možno v jedné ordinaci.
- Proto se nyní tvoří Národní diabetologický program, kde by tíže **komplexní terapie** měla být částečně převedena i na VPL, včetně zlepšení péče o pacienta s DM v rámci rozvolnění preskripce všech antidiabetik, zejména perorálních včetně inj. analog inkretinů GLP-1 o což budeme usilovat, aby nebyli pacienti znevýhodněni v našich ordinacích jen pro nemožnost indikované preskripce. O průběhu všech jednání a výsledcích těchto jednání vás budu průběžně informovat.
- Společné semináře VPL s regionálními diabetology by tomu mohly pomoci více, než nějaké deklarace.

Diabetik ve vysokém riziku kardiovaskulárních příhod - co s ním?

prof. MUDr. Jaromír Hradec, Dr.Sc.,
3. interní klinika 1. LF UK a VFN, Praha



Diabetes mellitus (DM) patří mezi hlavní ovlivnitelné rizikové faktory (RF) aterosklerózy a jejích komplikací. Prevalence DM v ČR velmi rychle narůstá, v současnosti jím u nás trpí více než 800 000 nemocných. Diabetici jsou velmi často nositeli i dalších hlavních RF, jako je hypertenze, která je přítomná u přibližně 70 % diabetiků 2. typu. Většina diabetiků má také dyslipidémii. To vše způsobuje, že diabetici 2. typu mají stejné riziko kardiovaskulárních (KV) příhod jako nemocní s již manifestní ischemickou chorobou srdeční, např. nemocní po prodělaném infarktu myokardu. Proto je u nich zbytečné stanovovat absolutní KV riziko, např. s použitím tabulek SCORE. Jejich KV-riziko je automaticky vysoké, a proto i preventivní opatření u nich musí být co nejúčinnější.

Etiopatogeneze aterosklerózy je multifaktoriální. Preventivní opatření proto musí být také multifaktoriální, to znamená, že se musí intervenovat co nejvíce RF současně.

Je známo a dobře doloženo, že i relativně malé snížení krevního tlaku o 10 % se současným relativně malým snížením celkového cholesterolu také o 10 % má za důsledek velké snížení rizika KV příhod, o takřka polovinu.

Taková současná intervence dvou hlavních RF – hypertenze a hypercholesterolémie – byla testována ve velké klinické studii ASCOT. Jednoznačně se v ní ukázalo, že to je postup mimořádně úspěšný, nicméně jeho efektivita závisí na tom, s jakým antihypertenzivem se hypolipidemická léčba zkombinuje. Kombinace amlodipinu a atorvastatinu měla jak u nediabetiků, tak u diabetiků na příznivé ovlivnění KV rizika účinek synergistický a byla výrazně účinnější než kombinace betablokátoru a atorvastatinu. Praktickým výsledkem studie ASCOT pak bylo uvedení přípravku CADUET na trh – první fixní kombinace k intervenci dvou rizikových faktorů současně.



Caduet
amlodipinum/atorvastatinum

Jedna tableta = dvojitý zážitek...



Plní kombinace
amlodipinu s atorvastatinem,
na rozdíl od všech ostatních léků kombinací na trhu,
účinně řeší 2 rizikové faktory současně
(hyperenzim a zároveň zvyšují LDL cholesterol).¹

ZÁKLADNÍ INFORMACE O PŘÍPRAVKU: AMLODIPIN 5 mg/10 mg, 10 mg/10 mg, 10 mg/20 mg, 10 mg/40 mg, 10 mg/60 mg, 10 mg/80 mg, 10 mg/100 mg, 10 mg/120 mg, 10 mg/140 mg, 10 mg/160 mg, 10 mg/180 mg, 10 mg/200 mg, 10 mg/220 mg, 10 mg/240 mg, 10 mg/260 mg, 10 mg/280 mg, 10 mg/300 mg, 10 mg/320 mg, 10 mg/340 mg, 10 mg/360 mg, 10 mg/380 mg, 10 mg/400 mg, 10 mg/420 mg, 10 mg/440 mg, 10 mg/460 mg, 10 mg/480 mg, 10 mg/500 mg, 10 mg/520 mg, 10 mg/540 mg, 10 mg/560 mg, 10 mg/580 mg, 10 mg/600 mg, 10 mg/620 mg, 10 mg/640 mg, 10 mg/660 mg, 10 mg/680 mg, 10 mg/700 mg, 10 mg/720 mg, 10 mg/740 mg, 10 mg/760 mg, 10 mg/780 mg, 10 mg/800 mg, 10 mg/820 mg, 10 mg/840 mg, 10 mg/860 mg, 10 mg/880 mg, 10 mg/900 mg, 10 mg/920 mg, 10 mg/940 mg, 10 mg/960 mg, 10 mg/980 mg, 10 mg/1000 mg, 10 mg/1020 mg, 10 mg/1040 mg, 10 mg/1060 mg, 10 mg/1080 mg, 10 mg/1100 mg, 10 mg/1120 mg, 10 mg/1140 mg, 10 mg/1160 mg, 10 mg/1180 mg, 10 mg/1200 mg, 10 mg/1220 mg, 10 mg/1240 mg, 10 mg/1260 mg, 10 mg/1280 mg, 10 mg/1300 mg, 10 mg/1320 mg, 10 mg/1340 mg, 10 mg/1360 mg, 10 mg/1380 mg, 10 mg/1400 mg, 10 mg/1420 mg, 10 mg/1440 mg, 10 mg/1460 mg, 10 mg/1480 mg, 10 mg/1500 mg, 10 mg/1520 mg, 10 mg/1540 mg, 10 mg/1560 mg, 10 mg/1580 mg, 10 mg/1600 mg, 10 mg/1620 mg, 10 mg/1640 mg, 10 mg/1660 mg, 10 mg/1680 mg, 10 mg/1700 mg, 10 mg/1720 mg, 10 mg/1740 mg, 10 mg/1760 mg, 10 mg/1780 mg, 10 mg/1800 mg, 10 mg/1820 mg, 10 mg/1840 mg, 10 mg/1860 mg, 10 mg/1880 mg, 10 mg/1900 mg, 10 mg/1920 mg, 10 mg/1940 mg, 10 mg/1960 mg, 10 mg/1980 mg, 10 mg/2000 mg, 10 mg/2020 mg, 10 mg/2040 mg, 10 mg/2060 mg, 10 mg/2080 mg, 10 mg/2100 mg, 10 mg/2120 mg, 10 mg/2140 mg, 10 mg/2160 mg, 10 mg/2180 mg, 10 mg/2200 mg, 10 mg/2220 mg, 10 mg/2240 mg, 10 mg/2260 mg, 10 mg/2280 mg, 10 mg/2300 mg, 10 mg/2320 mg, 10 mg/2340 mg, 10 mg/2360 mg, 10 mg/2380 mg, 10 mg/2400 mg, 10 mg/2420 mg, 10 mg/2440 mg, 10 mg/2460 mg, 10 mg/2480 mg, 10 mg/2500 mg, 10 mg/2520 mg, 10 mg/2540 mg, 10 mg/2560 mg, 10 mg/2580 mg, 10 mg/2600 mg, 10 mg/2620 mg, 10 mg/2640 mg, 10 mg/2660 mg, 10 mg/2680 mg, 10 mg/2700 mg, 10 mg/2720 mg, 10 mg/2740 mg, 10 mg/2760 mg, 10 mg/2780 mg, 10 mg/2800 mg, 10 mg/2820 mg, 10 mg/2840 mg, 10 mg/2860 mg, 10 mg/2880 mg, 10 mg/2900 mg, 10 mg/2920 mg, 10 mg/2940 mg, 10 mg/2960 mg, 10 mg/2980 mg, 10 mg/3000 mg, 10 mg/3020 mg, 10 mg/3040 mg, 10 mg/3060 mg, 10 mg/3080 mg, 10 mg/3100 mg, 10 mg/3120 mg, 10 mg/3140 mg, 10 mg/3160 mg, 10 mg/3180 mg, 10 mg/3200 mg, 10 mg/3220 mg, 10 mg/3240 mg, 10 mg/3260 mg, 10 mg/3280 mg, 10 mg/3300 mg, 10 mg/3320 mg, 10 mg/3340 mg, 10 mg/3360 mg, 10 mg/3380 mg, 10 mg/3400 mg, 10 mg/3420 mg, 10 mg/3440 mg, 10 mg/3460 mg, 10 mg/3480 mg, 10 mg/3500 mg, 10 mg/3520 mg, 10 mg/3540 mg, 10 mg/3560 mg, 10 mg/3580 mg, 10 mg/3600 mg, 10 mg/3620 mg, 10 mg/3640 mg, 10 mg/3660 mg, 10 mg/3680 mg, 10 mg/3700 mg, 10 mg/3720 mg, 10 mg/3740 mg, 10 mg/3760 mg, 10 mg/3780 mg, 10 mg/3800 mg, 10 mg/3820 mg, 10 mg/3840 mg, 10 mg/3860 mg, 10 mg/3880 mg, 10 mg/3900 mg, 10 mg/3920 mg, 10 mg/3940 mg, 10 mg/3960 mg, 10 mg/3980 mg, 10 mg/4000 mg, 10 mg/4020 mg, 10 mg/4040 mg, 10 mg/4060 mg, 10 mg/4080 mg, 10 mg/4100 mg, 10 mg/4120 mg, 10 mg/4140 mg, 10 mg/4160 mg, 10 mg/4180 mg, 10 mg/4200 mg, 10 mg/4220 mg, 10 mg/4240 mg, 10 mg/4260 mg, 10 mg/4280 mg, 10 mg/4300 mg, 10 mg/4320 mg, 10 mg/4340 mg, 10 mg/4360 mg, 10 mg/4380 mg, 10 mg/4400 mg, 10 mg/4420 mg, 10 mg/4440 mg, 10 mg/4460 mg, 10 mg/4480 mg, 10 mg/4500 mg, 10 mg/4520 mg, 10 mg/4540 mg, 10 mg/4560 mg, 10 mg/4580 mg, 10 mg/4600 mg, 10 mg/4620 mg, 10 mg/4640 mg, 10 mg/4660 mg, 10 mg/4680 mg, 10 mg/4700 mg, 10 mg/4720 mg, 10 mg/4740 mg, 10 mg/4760 mg, 10 mg/4780 mg, 10 mg/4800 mg, 10 mg/4820 mg, 10 mg/4840 mg, 10 mg/4860 mg, 10 mg/4880 mg, 10 mg/4900 mg, 10 mg/4920 mg, 10 mg/4940 mg, 10 mg/4960 mg, 10 mg/4980 mg, 10 mg/5000 mg, 10 mg/5020 mg, 10 mg/5040 mg, 10 mg/5060 mg, 10 mg/5080 mg, 10 mg/5100 mg, 10 mg/5120 mg, 10 mg/5140 mg, 10 mg/5160 mg, 10 mg/5180 mg, 10 mg/5200 mg, 10 mg/5220 mg, 10 mg/5240 mg, 10 mg/5260 mg, 10 mg/5280 mg, 10 mg/5300 mg, 10 mg/5320 mg, 10 mg/5340 mg, 10 mg/5360 mg, 10 mg/5380 mg, 10 mg/5400 mg, 10 mg/5420 mg, 10 mg/5440 mg, 10 mg/5460 mg, 10 mg/5480 mg, 10 mg/5500 mg, 10 mg/5520 mg, 10 mg/5540 mg, 10 mg/5560 mg, 10 mg/5580 mg, 10 mg/5600 mg, 10 mg/5620 mg, 10 mg/5640 mg, 10 mg/5660 mg, 10 mg/5680 mg, 10 mg/5700 mg, 10 mg/5720 mg, 10 mg/5740 mg, 10 mg/5760 mg, 10 mg/5780 mg, 10 mg/5800 mg, 10 mg/5820 mg, 10 mg/5840 mg, 10 mg/5860 mg, 10 mg/5880 mg, 10 mg/5900 mg, 10 mg/5920 mg, 10 mg/5940 mg, 10 mg/5960 mg, 10 mg/5980 mg, 10 mg/6000 mg, 10 mg/6020 mg, 10 mg/6040 mg, 10 mg/6060 mg, 10 mg/6080 mg, 10 mg/6100 mg, 10 mg/6120 mg, 10 mg/6140 mg, 10 mg/6160 mg, 10 mg/6180 mg, 10 mg/6200 mg, 10 mg/6220 mg, 10 mg/6240 mg, 10 mg/6260 mg, 10 mg/6280 mg, 10 mg/6300 mg, 10 mg/6320 mg, 10 mg/6340 mg, 10 mg/6360 mg, 10 mg/6380 mg, 10 mg/6400 mg, 10 mg/6420 mg, 10 mg/6440 mg, 10 mg/6460 mg, 10 mg/6480 mg, 10 mg/6500 mg, 10 mg/6520 mg, 10 mg/6540 mg, 10 mg/6560 mg, 10 mg/6580 mg, 10 mg/6600 mg, 10 mg/6620 mg, 10 mg/6640 mg, 10 mg/6660 mg, 10 mg/6680 mg, 10 mg/6700 mg, 10 mg/6720 mg, 10 mg/6740 mg, 10 mg/6760 mg, 10 mg/6780 mg, 10 mg/6800 mg, 10 mg/6820 mg, 10 mg/6840 mg, 10 mg/6860 mg, 10 mg/6880 mg, 10 mg/6900 mg, 10 mg/6920 mg,

Nová antikoagulancia v prevenci tromboembolických komplikací fibrilace síní

doc. MUDr. Miloš Táborský, CSc., FESC, MBA
I.interní klinika – kardiologická, FNOL
a LFUP, Olomouc



Jedním z inovativních témat letošního sjezdu praktických lékařů, který se konal v novém kongresovém centru ve Zlíně, které vzniklo podle návrhu arch. Evy Jiřičné, byla nová antikoagulancia v indikaci prevence tromboembolických (TE) komplikací u pacientů s fibrilací síní (FS). V současnosti je warfarin doporučován k prevenci cévní mozkové příhody (CMP) u FS (pro pacienty s 1 nebo více rizikovými faktory). Je jednoznačně účinnější v prevenci CMP než ASA. Má však úzké terapeutické rozmezí a odpověď na léčbu se velmi liší mezi jednotlivými pacienty. Náklady na prevenci CMP warfarinem nezahrnují pouze náklady na lék samotný a monitorování účinku, ale také náklady na zvládnutí interakcí a komplikací. Léčba warfarinem musí být individualizovaná, vyžaduje časté monitorování a úpravu dávky. V klinické praxi dosahuje terapeutických hodnot reálně pouze asi 40 - 50 % všech pacientů léčených warfarinem.

Velká pozornost je stále věnována nadále detailnější rizikové stratifikaci tromboembolie (TE), tzv. **CHA₂DS₂-VASc skóre** (tab. 1): nejvyšší riziko je věk nad 75 let a předchozí anamnesa iktu, ohodnocené 2 body, za každý další rizikový faktor (srdeční selhání s ejekční frakcí levé komory ≤40 %, hypertenze, diabetes mellitus, cévní onemocnění, věk nad 65 let, ženské pohlaví) jeden bod. Riziko TE je kumulativní a tedy nejvyšší při maximálním počtu 9 bodů. U pacientů s rizikovým skóre ≥ 2 je indikována perorální antikoagulační léčba, u pacientů s rizikem 1 je antikoagulační léčba vhodnější, u pacientů bez rizikových faktorů pak léčba žádná či antiagregační (ASA, kyselina acetylsalicylová).

Tab. 1

Riziková stratifikace TE u FS CHA₂DS₂-VASc - 2010

Rizikové faktory CMP	Skóre
Srdeční selhání/dysfunkce levé komory	1
Hypertenze	1
Věk ≥75 let	2
Diabetes mellitus	1
CMP/TIA/TE	2
Cévní onemocnění (Stp.IM, AS periferních tepen, nebo aortální plát)	1
Věk 65–74 let	1
Ženské pohlaví	1
Maximum	9



Se stoupajícím rizikem TE se při léčbě zvyšuje také riziko krvácivých komplikací. To lze odhadnout pomocí **HAS-BLED skóre** (tab. 2), kde se za každý rizikový faktor počítá také jeden bod, maximální počet 9 bodů. Jako rizika krvácení jsou zde hypertenze, abnormální funkce jater a/nebo ledvin, iktus, anamnesa krvácení, nestabilní hodnoty INR při léčbě, věk nad 65 let, konzumace vyšších dávek alkoholu a/nebo léků, zvyšujících riziko krvácení. Při HAS-BLED skóre ≥ 3 je třeba zvýšená opatrnost.

Tab. 2

Hodnocení rizika krvácení před zahájením antikoagulační léčby „HAS- BLED score“

1. písmeno rizikového faktoru	Rizikový faktor krvácení	Body – skóre
H Hypertension	Hypertenze	1
A Abnormal	Porucha ledvinných či jaterních funkcí (1 bod za každou)	1 nebo 2
S Stroke	Cévní mozková příhoda	1
B Bleeding	Krvácení	1
L Labile	Kolísavá INR hodnota	1
E Elderly	Věk > 65 let	1
D Drugs	Léky nebo alkohol (1 bod za každý)	1 nebo 2
Maximum	při 3 a více bodech hrozí vysoké riziko krvácení	9

Nová antikoagulancia by měla mít minimálně stejnou účinnost jako warfarin, měla by být ideálně pohodlnější pro pacienta i lékaře, bez nutnosti pravidelné monitorace antikoagulačního (protisrážlivého) účinku, s jednoduchým dávkováním, bez nutnosti zásadních dietních restrikcí a s minimem lékových interakcí.

V současné době je asi nejvíce údajů o přímých inhibitech trombinu, tzv. „gatranech“, a inhibitech X. faktoru, tzv. „xabanech“. V prevenci TE u FS byly dosud publikovány výsledky studií RE-LY, která ukázala příznivý efekt dabigatranu, dále studie ROCKET-AF, která srovnávala rivaroxaban a warfarin a srpnu letošního roku byla nově publikována studie ARISTOTLE s apixabanem a warfarinem (tab. 3).

Tab. 3

Studie: RELY x ARISTOTLE x ROCKET AF

Charakteristika studií	RELY dabigatran	ARISTOTLE apixaban	ROCKET AF rivaroxaban
Mechanismus účinku	IIa	Xa	Xa
Počet pacientů	18 113	18 201	14 264
Dávkování	150 mg 2x denně 110 mg 2x denně	5mg 2x denně 2,5 mg 2x denně	20mg 1x denně (15mg 1x denně)
Design	PROBE	Double blind	Double blind
Průměr CHADS₂	2,1	2,1	3,5
Průměr TTR	64%	62%	55%
Medián TTR	67%	66%	58%
Přerušení léčby (warfarin)	21,2% (16,6)	25,3% (27,5)	23,9% (22,4)



V současné době máme nejvíce údajů o dabigatranu, který byl 1. 8. 2011 schválen EMA pro indikaci prevence cévní mozkové příhody a systémové embolie u dospělých pacientů s nevalvulární fibrilací síní s jedním nebo více následujícími rizikovými faktory:

- ▶ cévní mozková příhoda, tranzitorní ischemická ataka nebo systémová embolie v anamnéze
- ▶ EF LK < 40%
- ▶ symptomatické srdeční selhání třídy II či vyšší dle klasifikace NYHA
- ▶ věk ≥ 75 let
- ▶ věk ≥ 65 let spojený s jedním z následujících onemocnění: diabetes mellitus, ischemická choroba srdeční nebo hypertenze

U pacientů s nižším rizikem krvácení (HAS-BLED skóre 0-2) je vhodná vyšší a účinnější dávka 150 mg dvakrát denně, při vyšším riziku krvácení (HAS-BLED skóre ≥ 3) bezpečnější nižší dávka 2x 110 mg. U pacientů s jedním méně závažným rizikem TE bude možné zvážit dabigatran v dávce 2x 110 mg, která má stejnou účinnost jako VKA, ale nižší rizika krvácivých komplikací. Je také důležité konstatovat, že dabigatran snižuje ze 3 analyzovaných nových antitrombotik nejvíce relativní riziko jak ischemických, tak krvácivých cévních mozkových příhod proti warfarinu. Srovnání je uvedeno v tabulce č. 4.

Tab. 4

Pradaxa®			
Postup při chirurgických/invazivních výkonech ^{1,2}			
Plánovaný výkon			
☐ dočasné přerušení léčby dle renálních funkcí a závažnosti výkonu			
Funkce ledvin (CrCl v ml/min)	Odhadovaný poločas (v hodinách)	Podávání dabigatranu se má před elektivním operativním výkonem ukončit	
		Vysoké riziko krvácení nebo rozsáhlý chirurgický výkon	Běžné riziko
≥ 80	asi 13	2 dny před	24 hodin před
≥ 50 - < 80	asi 15	2-3 dny před	1-2 dny před
≥ 30 - < 50	asi 18	4 dny před	2-3 dny před (> 48 hodin)
Akutní výkon			
☐ pokud situace dovoluje provést alespoň 12 h. od podání poslední dávky			
Případně monitorovat antikoagulační účinek (aPTT, Hemoclot)			
1. SPC Pradaxa® tvrdé tobolky 110/150 mg, 8/2011... 2. Doporučení pro předepisující lékaře			

Protože na rozdíl od antagonistů vitamínu K není v současné době k dispozici specifické antidotum, je důležité vědět, jak postupovat u pacientů léčených dabigatranem, u kterých je indikace elektivního či akutního chirurgického výkonu. Doporučené postupy jsou shrnuty v tabulce č. 4.

U dabigatranu je velmi důležitá monitorace renálních funkcí. U každého pacienta by měla být provedena clearance kreatininu před zahájením léčby. Dabigatran je kontraindikován u nemocných s těžkou renální insuficiencí. V průběhu léčby by pak renální funkce měly být pravidelně kontrolovány dle SPC.

Post-hoc analýzy studie RE-LY, uvedené v rámci sekce

Clinical Trial Update v paříži prokazují, že dabigatran etexilát v dávce 2 x 150 mg denně snižuje riziko CMP u pacientů s FS v porovnání s warfarinem a to bez ohledu na současně užívanou antiagregační léčbu či terapii antiarytmiky (amiodaron, verapamil, diltiazem).

Závěrem lze konstatovat, že máme v současné době data o 3 nových antikoagulanciích, která snižují výskyt cévních mozkových příhod proti standardní léčbě warfarinem (nejvíce dabigatran). Zatím jediné z nich je plně schváleno pro indikaci FS (dabigatran). Žádné z nich nemá specifické antidotum, takže při indikaci chirurgických výkonů je nutno postupovat dle stanovených doporučení. Jako největší problém vidím osobně diskuzi o úhradě této léčby, která v současných restriktivních podmínkách plátců zdravotní péče nebude vůbec jednoduchá.

Antibiotika

MUDr. Stanislav Konštacký, CSc.
Lékařská fakulta a Fakulta vojenského zdravotnictví v Hradci Králové



Tato stále aktuální problematika byla na konferenci prezentována dvěma elegantními dámami, paní primářkou MUDr. Natašou Bartoníkovou z místní Baťovy nemocnice ve Zlíně a paní MUDr. Věrou Adámkovou z antibiotického centra v Praze.

Z jejich sdělení bych rád poskytl krátkou informaci i pro ty z vás, kteří jste se z nejrůznějších důvodů nemohli konference zúčastnit.

O tom, že narůstá rezistence na antibiotika, čteme v odborném tisku, slyšíme v rozhlase i v televizi. Naším cílem je, aby i nadále pomáhala a neškodila, nebo abychom na ně nezískali rezistenci, která se zvyšuje jak u infekcí nozokomiálních, tak i komunitních. Často se setkáváme se zbytečnou ordinací antibiotik, přičemž by se měla podávat spíše cíleně a v těch případech, kdy je to užitečné. Vzestup rezistence je způsoben jednak rychlým vývojem bakteriálního genomu, tak i tlakem prostředí ať již přímou aplikací ATB preparátů (třeba zvířatům), tak i přes dezinfekční prostředky. Například kolem 50 % antibiotik je ordinováno bez stanovení etiologické diagnózy a v terénu je toto číslo ještě podstatně vyšší. Makrolidy jsou vhodné pro léčbu nitrobuněčných parazitů jako chlamydií, mykoplazmat, rikettsií a dalších a neměli bychom zapomínat, pokud je rezistence na PNC, pak právě makrolidy jsou lékem volby. Makrolidy jsou rozdílné uvnitř skupiny a pokud je v makrolidovém kruhu nahrazen jeden uhlík dusíkem, pak jako azalidy mají odlišnou kinetiku a rovněž i rezistenci. Klaritromycin má vyšší stabilitu v kyselém žaludečním prostředí a při rychlé penetraci do plicní tkáně pak zvyšuje elasticitu a viskozitu sputa. Azitromycin jako zástupce azalidů má vysoký průnik do tkání a buněk a výjimečně dlouhý biologický poločas v nich, což jistě oceníme při podávání jedenkrát za den. V České republice je

rezistence na PNC u *Streptococcus pneumoniae* 3,2 %, u invazivních onemocnění až 4 %, u respiračních na makrolidy je to pak 2,8 až 5,4 % resistencí při léčbě infekcí a rezistence na makrolidy u infekcí *Streptococcus pyogenes* dokonce 11 % (údaje jsou z roku 2008 a lze předpokládat, že se čísla v posledních letech ještě zvýšila). Na přehledných grafech pak byla dokumentována situace rezistence na Slovensku. V této oblasti je nutná spolupráce s místními laboratořemi, které rezistenci sledují.

Druhá přednášející pak zmiňovala respirační infekty, které jsou z 90 % virového původu a tudíž antibiotická léčba není indikována. Při akutní exacerbaci chronické bronchitidy je lékem I. volby amoxicilin a II. volby makrolidy. Nejčastějšími etiologickými agens jsou *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Chlamydia pneumoniae* a *Mycoplasma pneumoniae*. Často jsme postaveni před otázkou, kdy začínat s antibiotickou terapií, vhodné je, pokud standardní léčba během 3-4 dnů nezabírá, pak teprve zvážit nasazení ATB.

I přesto, že narůstá rezistence, není vždy vhodné podávat antibiotika se širokým spektrem účinku, protože antibiotika se širokým spektrem jsou účinná na četné druhy a

rovněž na rezidentní flóru na rozdíl od ATB s úzkým spektrem, která jsou účinná na omezený počet druhů. Vzhledem k podávání antibiotik není jednotné schéma pro podávání, protože záleží na původci onemocnění a na typu antibiotika. Jedinou cestou, jak zabránit narůstající rezistenci je pak opravdu cílené podávání antibiotik a není vhodné podlehnout tlaku pacientů, kteří si myslí, že pokud je nedostanou při běžném nachlazení, nejsou správně léčeni. Pokud původce onemocnění produkuje beta-laktamázu, je vhodné léčit pacienta antibiotikem s klavulanátem. V případě tak zvaného neenzymatického typu rezistence získané od viridujících streptokoků mají sníženou afinitu pro vazbu beta-laktamů a v tom případě nelze rezistenci překonat inhibitorem betalaktamázy (amoxicilin s klavulanátem). Spektrum účinku antibiotika in vivo zahrnuje pouze bakterie, u nichž byl prokázán klinický účinek, v SPC je pak většinou uveden výčet indikací, ale pro posouzení klinické účinnosti slouží tak zvané "hraniční koncentrace". Závěrem přednášky bylo odpovězeno, zda končí éra antibiotik a zda jsou potřebná nová pro zvládání rezistence, především je nutné „ODPOVĚDNÉ UŽÍVÁNÍ ANTIBIOTIK A JEJICH ÉRA JEŠTĚ NEKONČÍ, což je třeba stále připomínat.

Vzdělávací semináře SVL ČLS JEP v únoru 2012

další informace: www.svl.cz, odkaz: [vzdělávání](#)

Čtvrtek	2.2.2012	16:00 - 20:00	Ústí nad Labem, Best Western Hotel Vladimír, Masarykova 36
Sobota	4.2.2012	9:00 - 13:00	Karlovy Vary - Sanatorium Saint Marttel a.s., Lidická 12
Sobota	4.2.2012	9:00 - 13:00	Praha, Lék. dům, Sokolská 31
Pondělí	6.2.2012	16:30 - 20:30	Zlín, Aula SZŠ, Příluky 372
Čtvrtek	9.2.2012	16:00 - 20:00	Liberec, Clarion Grandhotel Zlatý Lev, Gutenbergova 3
Sobota	11.2.2012	9:00 - 13:00	Plzeň, Šafránkův pavilon, Alej svobody 31 Březová
Úterý	14.2.2012	16:00 - 20:00	Pardubice, Hotel Euro, Jiráskova 2781
Úterý	14.2.2012	16:00 - 20:00	Ostrava, Hotel Imperial, Tyršova 6
Středa	15.2.2012	17:00 - 21:00	Jihlava, presbytář Hotelu Gustav Mahler, Křížová
Čtvrtek	16.2.2012	16:00 - 20:00	Hradec Králové, Nové Adalbertinum, Velké náměstí 32
Čtvrtek	16.2.2012	16:00 - 20:00	Praha, Lék. dům, Sokolská 31
Sobota	18.2.2012	9:00 - 13:00	Brno, Kancelář veřejného ochránce práv, Údolní 39
Sobota	18.2.2012	9:00 - 13:00	Olomouc, Aula Právnické fakulty UP Olomouc, tř. 17. listopadu 8
Středa	22.2.2012	16:00 - 20:00	České Budějovice, hotel Malý Pivovar, ul. Karla IV. 8 - 10
Středa	22.2.2012	16:00 - 20:00	Praha, Lék. dům, Sokolská 31

Často nemocný dospělý pacient v ambulanci

MUDr. Zuzana Humlová, Ph.D.

Ústav imunologie a mikrobiologie 1. LF UK a VFN Praha



Častými návštěvníky imunologických a alergologických ordinací bývají obvykle pacienti s polymorfními obtížemi charakteru únavy, subfebrilií, kloubních a svalových potíží, výjimkou nejsou ani pacienti s chronickými gastrointestinálními a urologickými problémy. Diagnostika se opírá nejen o laboratorní a zobrazovací metody, důležitý je klinický pohled, protože každá nemoc ve své podstatě ovlivňuje imunitu. V dospělé populaci se minimálně setkáváme s prvozáchytem imunodeficiency jako podkladu recidivujících infekcí, ve větší míře se jedná o imunodeficiency sekundární nebo změny v rámci jiného celkového onemocnění včetně psychosomatických poruch. Kromě imunologického vyšetření je nutná spolupráce i s ostatními obory. Léčebné možnosti se opírají o terapii obecně protizánětlivou a imunomodulační.

Úvod

Důvodem častých návštěv dospělých pacientů imunologických a alergologických ambulancí bývá v řadě případů soubor nespecifických polymorfních potíží jako jsou únava, bolesti hlavy, pálení v krku, rýma a kašel, zvýšená teplota, bolesti kloubů a svalů, opakované opary a afty. U některých pacientů převažuje spíše orgánová symptomatologie, a přichází proto opakovaně pro obtíže oční, kožní, neurologické, gastrointestinální, recidivující infekce močových cest a gynekologické záněty, a mnohé další kombinace. Obvykle tito pacienti mají v anamnéze zánětlivá onemocnění charakteru **-itid**, jako jsou recidivující konjunktivitidy, stomatitidy, otitidy, rinitidy, faryngitidy, tonsilitidy, laryngitidy, bronchitidy, gastritidy, kolitidy, artritidy, urogynekologické záněty, kožní a cévní afekce. K těmto jednotkám pak přibývají i další nespecifické diagnózy jakou jsou cefalea, stomatodynie, glossodynie, dorsalgie, artralgie, myalgie, myopatie, chronická pánevní bolest, neuralgie a jiné.

Klinické jednotky, které bývají příčinou obtíží

► U **opakovaných konjunktivitid** se v našem případě setkáváme s těmi neinfekčními. Doprovází je obvykle spojivková hyperémie, vodnatá až mukózní sekrece, chemóza a může být zasažena i rohovka (obr. 1). Podkladem jsou alergické záněty spojivky, autoimunitní onemocnění pojiva, zánětlivé změny kůže, mechanické dráždění, UV záření, ale třeba i nedostatečně či špatně korigované refrakční vady ¹.

► Oblast dutiny ústní bývá spojena s recidivujícími projevy **stomatitis angularis**, na jejíž příčině se podílí u dospělých pacientů mykotické infekce (dětí častěji stafylokoky), umělý chrup, anémie, diabetes, hypovitaminóza nebo traumatizace. U **glandulární cheilitidy** bývá původcem infekce pyogenními bakteriemi, u granulomatosní je často etiologie nejasná, a projevuje se zduřením rtů, bez bolesti, teploty svědění. V současné době musí zvažovat i případnou alergickou reakci na zubní implantáty. Častými potížemi bývá i **stomatitida**, jejíž etiologie bývá virová (HSV1, VZV, enteroviry). Velké potíže obvykle pacientům působí aftózní

neinfekční stomatitidy jako je **recidivující aftózní stomatitida**, na jejíž etiologii se podílí nervová labilita, způsob výživy, nedostatek železa, vitamínů B12 a B6, špatný skus, hormonální změny nebo familiární výskyt. Za výskytem aft se mohou skrývat i závažnější onemocnění jako je celiakie, Crohnova choroba, potravinová alergie, porucha v buněčné imunitě. Byla prokázána i zkřížená reaktivita mezi některými streptokokovými antigeny a ústní sliznicí. Recidivující aftami se projevuje i tzv. **PFAFA syndrom** (periodická horečka, aftózní stomatitida, faryngitida, cervikální lymfonoditida), který patří do skupiny onemocnění periodických horeček. Příčinou těchto onemocnění je porucha vrozené imunity na různých stupních a místech. *Nejllepší terapeutický efekt mají kortikoidy, podané často v jediné dávce (1 mg/kg), naopak antibiotika jsou neefektivní, pokud není bakteriální komplikace.* Významný terapeutický efekt má i tonzilektomie s adenotomií. Tvorbou aft se projevují i **autoimunitní stavy** jako je *Behçetova nemoc*, kdy je výskyt četných aftózních erupcí doprovázen recidivujícími jednostrannými iritidami, postižení uvey, otokem papily a ztrátou zraku. Pacienti mají i slizniční léze na genitálu, erythema nodosum, otoky kloubů, perikarditidu, myokarditidu, ulcerace v gastrointestinálním traktu. Afekce v dutině ústní zahrnují i další autoimunitní onemocnění charakteru puchýřnatých dermatóz. *Pemphigus chronicus* (obr. 2) je intraepiteliální proces, který se projevuje ulceracemi sliznice ústní, spojivky, kůže. Puchýře velmi rychle praskají, povrch ulcerací je kryt fibrinem a druhotně povlakem, který lze setřít. Podobně puchýře nacházíme i u pemfigoidu, kdy maximum změn nacházíme v subepiteliálních vrstvách, dochází k tvorbě srůstů a striktur. Častou jednotkou s recidivami na podzim a na jaře je *erythema exsudativum multiforme Hebrae*. Etiologie tohoto onemocnění opět není příliš jasná, možný je i vliv infekčních agens (HSV, HBV, influenza, streptokoky, yersinie, trichomonáza, mykoplasma pneumonie).

► Ve spolupráci s ORL jsou častými návštěvníky i pacienti s **chronickou rinitidou/rinosinitidou** (tab. 1). Typickými symptomy jsou *nosní obstrukce*, kterou pacienti nezříd-

ka řeší dlouhodobou aplikací nosních dekongestiv, což vede ke vzniku *polékové rinitidy* (down-regulace alfa-adrenergických cévních receptorů a převaha parasymptiku). Potíže zahrnují i cefaleu, poruchy čichu a chuti, opakované epistaxe.

Tab. 1: Příčiny chronické rinitidy	
Alergická rinitida	Pyly, roztoče, zvířecí epitele a sekrety, plísňe, potraviny, léky
Infekční rinitida	Primární a sekundární imunodeficity, cystická fibróza, ciliární dyskineze, vzácněji Wegenerova granulomatóza, sekundární infekce nektrů u nádorů
Nealergická, neinfekční rinitida	- Hormonální – gravidita, antikoncepce, hypothyreóza - Profesionální – rozpouštědla, barvy - Indukovaná léky – beta-blokátory, metylDOPA, antiflogistika, hormonální preparáty - Atrofická – vyšší věk, dlouhodobá aplikace nosních kortikoidů - Nealergická s eozinofilii – NARES - Idiopatická – primární vasomotorická dysregulace

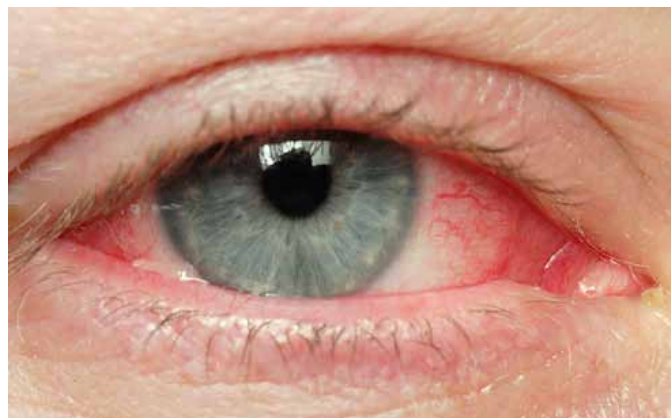
Vysvětlivky: NARES = *Non-allergic rhinitis with eosinophilic syndrome*

► **Chronická faryngitida** představuje také frekventní diagnózu. Zejména velkým problémem je *atrofická forma*, která je charakterizována vyhlazenou, suchou a zarudlou sliznicí se zasychajícím hlenem. Pacienti si neustále stěžují na parestézie v krku, zahlenění, pokašlávání, pocit cizího tělesa, tlaku v krku, zhoršené polykání. Tato forma faryngitidy se zhoršuje po tonsilektomii, při aplikaci kortikosteroidů v inhalační formě, při podávání antihistaminik, antidepresiv a neuroleptik.

► **Chronická tonsilitida** se často projevuje nespecifickými příznaky jako jsou pobolívání v krku, zápach z úst při uvolňování čepů, únavnost, bolesti svalů a kloubů, nezřídka jsou i projevy mimotonsilární - autoimunitní glomerulonefritidy, myozitidy. Indikací pro tonsilektomii je kromě lokálního nálezu a laboratoře (FW, leukocytóza, ASLO) zejména frekvence a závažnost akutních exacerbací (celkové příznaky, komplikace, lokální nález). Velkou chybou je záměna za projevy chronické faryngitidy, kdy je tonsilektomie pro pacienta nepřínosná.²

► **Dušnost a kašel** jsou také častými potížemi s širokou diferenciální diagnostikou. V řadě případů se může jednat o kombinaci plicních a mimoplicních příčin (tab. 2). V souvislosti s chronickým kašlem a dalšími komplikacemi je z infekčních agens dnes často citována *infekce chlamydia pneumoniae*. Tento obligátně intracelulární patogen byl poprvé náhodně izolován na Tchaj-wanu v roce 1965. Infekce má buď zcela lehký průběh včetně symptomatické, nebo je zdrojem atypická pneumonie, kdy chybí laboratorní známky zánětu (FW, CRP, leukocytóza), je minimální poslechový nález, ale na rentgenu bývá nález rozsáhlé inter-

Obr. 1: Alergická konjunktivitida



Obr. 2: Pemphigus chronicus



sticiální pneumonie. Problematická je i mikrobiologická diagnostika. Pokud se týká serologie, stanovení protilátek IgG *kromě čtyřnásobného vzestupu titru protilátek u akutní primoinfekce, nemá výpovědní hodnotu*. U pouze slizničních infekcí se IgM netvoří a naopak mohou být nespecificky zvýšené. IgA přetrvávají týdny až měsíce po akutním onemocnění. V závažných stavech je oprávněnou metodou rt-PCR (real-time PCR). V současné době nejsou důkazy o chronickém onemocnění způsobeném *chlamydiemi*. Změny, ke kterým dochází, mohou být evokovány infekcí, mohou být imunitně podmíněné, jsou však multifaktoriální. Proto *není indikace dlouhodobé antibiotické terapie, která zvyšuje riziko rezistence a dysmikrobie*.³

Tab. 2: Etiologie kašle a dušnosti	
Mimoplicní	- Porušení kostry hrudníku - vazů, kloubů, deformity hrudníku - Onemocnění páteře - m. Bechtěrev, resekce - špatná funkce dýchacích svalů - centrální porucha, zvýšený tonus respiračních svalů - Onemocnění parietální pleury - Hypoxie, hypoxémie, anémie, metabolická acidóza, - Poruchy dýchacích center, horečka, hyperthyreóza, gravidita, obezita, emoční faktory a farmaka

Plicní	• Difúzní změny elasticity (plicní fibrózy, emfyzém, cystická degenerace) • Ohraničené změny elasticity (jizevnaté plicní procesy specifické i nespecifické, bulosní emfyzém, bronchiektázie, silikózy, psedotumory) • Edém plic • Úbytek plicního parenchymu (svráštivé plicní procesy, pneumotorax, stavy po lobektomii) • Onemocnění viscerální pleury • Zúžení a deformace dýchacích cest
Srdeční	Příliš malý MSV ve srovnání s výměnou plynů, pravolevý zkrat, plicní hypertenze

Vysvětlivky: MSV = minutový srdeční výdej

► Recidivující zažívací obtíže s převahou horního dyspeptického syndromu se mohou skrývat pod obrazem **chronické gastritidy**. S chronickou gastritidou typu A (autoimunitní) se setkáváme většinou v kombinaci s autoimunitními polyglandulárními syndromy I. až III. Potíže pak vyplývají z achlorhydrie (protilátky proti parietálním buňkám) nebo perniciozní anémie (protilátky proti vnitřnímu faktoru nebo komplexu vitamínu B12 + vnitřní faktor). Infekce *H. pylori* se projevuje jako chronická gastritida B (astrální). Pacienti mají často i extra-gastrointestinální obtíže včetně chronické urtikarie, angioedému, kloubních, svalových a neurologických obtíží. S gastritidou typu C (chemická, reaktivní, refluxní) se také setkáváme většinou ve formě gastroezofageálního refluxu, který může imitovat nebo zhoršovat astmatické obtíže. Jiné, nespecifické záněty žaludeční sliznice (eozinofilní, hyperplastická, granulomatózní) jsou řešeny také ve spolupráci s gastroenterologem, někdy je nutná i imunosupresivní terapie (eozinofilní gastritida).

► U dyspeptického syndromu dolního typu, který se nejčastěji projevuje meteorismem, bolestmi břicha, průjmem nebo zácpou, se v našem případě setkáváme u dospělých pacientů s prvozáchytem **céliakie, deficitem laktázy nebo potravinovou alergií**. Výjimkou nejsou ani nespecifické střevní záněty, jako je **ulcerosní kolitida a Crohnova nemoc**. U některých pacientů se setkáváme i s potížemi, které jsou charakterizovány **chronickou pánevní bolestí**, což je nemaligní bolest v pánvi a strukturách s ní spojených.⁴ Tato bolest je doprovázena aktivací somatických a vegetativních nervů, kdy se na přenosu alogických podnětů podílí i různé neuropeptidy. Z klinických jednotek do této kategorie můžeme zařadit **dráždivý tračník, intersticiální cystitidu, uretrální syndrom, chronickou prostatitidu, orchialgie, vulvodynie**.

Intersticiální cystitida je chronické nebakteriální zánětlivé onemocnění stěny močového měchýře, provázená velmi bolestivými a nepříjemnými příznaky. Bolest bývá situovaná do podbřišku, malé pánve, vyzařuje do křížové oblasti, pacienti mají urgentní mikce, bolesti v uretře (uretrální syndrom). U intersticiální cystitidy se jedná o **neuropatickou bolest**, kdy zánětlivé změny vedou

k hypersenzitivitě chemosenzitivních aferentních nervových zakončení v měchýři a hyperalgezii. Tyto podněty mohou perzistovat, jsou převáděny zadními míšními rohy do CNS a vedou k fixaci bolesti. Etiopatogeneze onemocnění není jasná, existují teorie, které poukazují na zvýšenou permeabilitu sliznice, chronickou infekci, dysfunkci metabolicky aktivního urotelu, aktivaci mastocytů, autoimunitní a neurogenní zánět. Podobně neexistuje ani univerzální terapie. Jsou používána parasymptolytika, nesteroidní antirevmatika, antiepileptika a antidepressiva, imunosupresiva, antihistaminika, H2-blokátory, *enzymoterapie*. Je možná intravesikální aplikace kyseliny hyaluronové či BCG. U velmi intenzivních bolestí i operační řešení, neurochirurgické výkony či perkutánní stimulace S3.

► Častou klinickou jednotkou jsou i **reaktivní artritidy**, které se projeví obvykle za 2-6 týdnů po infektu. Jedná se o aseptické, imunologicky zprostředkované kloubní onemocnění, projevující se nejčastěji asymetrickou nebo migrující oligoartritidou s postižením velkých kloubů a dalšími muskuloskeletálními obtížemi (myalgie, tendinitida, osteitida, entezopatie). Mohou být přítomny i extraartikulární projevy, karditida, nefritida, kožní a slizniční léze. Pacienti nemají pozitivní revmatoidní faktor ve třídě IgM a existuje nápadná vazba na HLA-B 27, kromě revmatické horečky.⁵

► Z kožních afekcí se často setkáváme s pacienty s opakujícími se pyodermiemi charakteru **impetiga, foliculitidy, recidivujících abscesů**, nejčastěji stafylokokové etiologie. Výjimkou není ani **recidivující erysipel nebo komplikované formy atopického ekzému a akné**. U těchto pacientů lze v některých případech velmi efektivně zasáhnout *aplikací vakcín, které obsahují bakteriální imunomodulátory*, které obsahují vybrané kmeny *Propionibacterium acnes, Klebsiella pneumoniae a Staphylococcus aureus*. Podle dostupných poznatků spočívá efekt v aktivaci imunitní odpovědi prostřednictvím tzv. PAMPs (pathogen-associated molecular patterns), které jsou rozpoznávány buňkami imunitního systému pomocí Toll receptorů, čímž se významně podílejí na aktivaci a regulaci imunitních reakcí.⁶

► Jako často nemocný pacient se může jevit i pacient v **chronickém stádiu boreliózy**. Většinou tyto potíže vznikají po více jak šesti měsících. Pacienti trpí příznaky únavy a vyčerpání, mohou být známky encefalopatie, neurologické symptomy, muskuloskeletální potíže, žaludečními a střevními potížemi, urogenitální, oční, kožní symptomy, postižení srdce. Laboratorní diagnostika je velmi komplikovaná. V současné době by měl být vždy proveden *současně ELISA test a Westernblot*. *Negativní nález nevylučuje lymskou boreliózu a také bez prokázaných protilátek se může jednat o onemocnění vyžadující terapii* (příčinou je např. časná, ale neadekvátní antibiotická terapie, léčba imunosupresivou). *Serologické kontroly v průběhu nemoci za účelem posouzení účinnosti terapie nejsou vhodné*. Úspěšnost terapie musí být posuzována klinicky. *Důkaz boreliové DNA pomocí PCR opět při negativitě nevylučuje lymskou boreliózu*. Vyšetření likvoru je indikováno při akutním zánětu nervového systému, není však indikováno u chronické

polyneuropatie v pozdním stavu, encefalopatie při lymfské borelióze, nebo mozkově-organickém psychosyndromu, protože zde nelze nalézt patologické výsledky. Z nových metod může na aktivní infekci upozornit test transformace lymfocytů (LTT) nebo EliSpot®. U chronické infekce bylo pozorováno i snížení buněk CD57+NK.⁷

■ Vyšetřovací postup

V rámci prvního stupně vyšetřovacího postupu by měl mít pacient stanoveny základní hematologické a biochemické parametry, mikrobiologické vyšetření včetně (kultivace). Dále pomocná vyšetření jako jsou rentgen hrudníku, EKG, ultrazvuk břicha. V dalších krocích již vyšetření specializovaná a zátěžová, která jsou prováděna ve spolupráci s dalšími pracovišti v našem případě nejčastěji oční, ORL, dermatologie, stomatologie, gastroenterologie, pneumologie, urologie, gynekologie, neurologie a revmatologie. Pokud tato vyšetření nepřinesou očekávaný výsledek, je nutné přistoupit i k provedení PET/CT, případně diagnostická laparoskopie. Někdy nezbyvá, než sledovat vývoj onemocnění případně přistoupit k terapeutickým testům.

■ Léčba

V našem případě se můžeme opřít o léčbu protizánětlivou (antibiotika, antivirotika, antimykotika, nesteroidní antirevmatika, antihistaminika, antileukotrieny), léčbu pomocí v širším měřítku imunomodulační (imunoglobuliny, imunosupresiva a imunostimulancia, alergenovou imunoterapii, využití vakcín).

Je důležité kromě medikace vzpomenout i faktory nutriční, režimová opatření, rehabilitační a lázeňskou terapii a neopominout ani psychosociální faktory.

■ Shrnutí pro praxi

Lze říci, že u dospělých pacientů pouze v mírném měřítku zachytíme primární imunodeficienci jako příčinu opakovaných či častých infekcí. Přibývá spíše deficiencí sekundárních, změn v rámci jiného celkového onemocnění, autoimunitních nebo nádorových onemocnění. Někdy musíme přistoupit i na fakt, že pacient často navštěvující lékaře nemusí být nutně často nemocný pacient. Důležitá je proto komplexnost pohledu, které určitě nestačí jen hladiny imunoglobulinů a titry protilátek.

Přehled literatury

1. Haicl, P.: *Současná farmakoterapie konjunktivit v dospělosti – II. část: Konjunktivitidy neinfekčního původu. Remedia 2002;12:173-178.*
2. Urbánková, P.: *Chronické záněty horních cest dýchacích. Medicina pro praxi 2007; 4(9): 416-418.*
3. Galský, J.: *Chlamydie – diagnostika a terapie. Postgraduální medicína 2011; 4:368-377.*
4. Zámečník, L., Hanuš, T.: *Chronická pánevní bolest (pohledem urologa). Medicina pro praxi. Suppl. 1/2008.*
5. Pavelka, K.: *reaktivní artritidy. In: Klener, P et al.: Vnitřní lékařství, Praha, Galén, 2001, s. 832.*
6. Ferenčík, M.: *receptory podobné Toll (TLRs), přirozená imunita a alergický zápal. Alergie 2003;5:35-42.*
7. *Diagnostika a terapie lymfské boreliózy. Směrnice Deutsche Borreliose-Gesellschaft. Vydání leden 2011.*

———— SOUKROMÁ 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

Hledám zástup do ordinace PL v Soběslavi (JČ)

od 1.5.2012 na 6měsíců (MD)
tel: 739305312, email: doktorkaDV@centrum.cz

Trendy v moderní antikoncepci

MUDr. PhDr. Pavel Čepický, CSc.

LEVRET s.r.o., Praha

Úvod

Lékařsky asistovanou antikoncepci tvoří čtyři skupiny metod:

- kombinovaná hormonální antikoncepce,
- gestagenní antikoncepce,
- nitroděložní hormonální systém,
- nehormonální nitroděložní tělísko.

Stěží zde mluvit o „moderních“ metodách. Kombinovaná hormonální antikoncepce přišla na trh koncem 50. let, gestagenní antikoncepce sice až začátkem 60. let, geneticky je však starší (původní experimenty pracovaly s gestagenní pilulkou). Historie nitroděložních tělísek sahá až do 30. let a moderní plastová tělíška přišla na trh začátkem 60. let. Nejmladší je nitroděložní hormonální systém, ale i ten se objevil na trhu už začátkem 80. let. Občas se objevující snahy o vývoj antikoncepce na jiném principu (imunologická antikoncepce, mužská antikoncepce, hormonální metody založené na antigestagenech, prolaktinu nebo melatoninu) nebyly úspěšné a ani v dohledné době se zde neočekává žádný průlom.

Mluvíme-li tedy o moderní antikoncepci, mluvíme o moderních modifikacích, drobných kvantitativních zlepšeních, nikoli o kvalitativním skoku, jakým bylo třeba zavedení antikoncepční pilulky.

Kombinovaná hormonální antikoncepce

Zopakujme si, že kombinovaná hormonální antikoncepce spočívá v současném užívání estrogeneru a progestinu.

Současné moderní trendy se týkají více oblastí.

a) Estrogen

Doba snižování dávky etinylestradiolu, po desetiletí výhradního estrogeneru (nikoli však původního, tím byl mestranol), je za námi. *Snižování dávky skončilo na 15 µg*, přípravek s 10 µg sice vznikl, ale na trh už nepřišel. Extrémní snižování dávky etinylestradiolu nemá žádný přínos, naopak stoupá výskyt nepříjemných vedlejších účinků (krvácení z průniku). V ČR jsou dnes nejpředepisovanější přípravky s 20 µg etinylestradiolu, v Evropě dokonce s 30 µg etinylestradiolu. Novinkou je však zavedení *přírozeného ovariálního hormonu estradiolu* (ve formě valerátu). Originální přípravek se nazývá Qlaira a slibujeme si od něho mnohé, především v poklesu výskytu negativních účinků kombinované hormonální antikoncepce – prokázáno to však zatím není a zatím platí všechny kontraindikace jako pro přípravky s etinylestradiolem.

b) Progestin

Nové progestiny si kladou za cíl „přidanou hodnotu“. Klasický je přídatný účinek antiandrogenní, i když zde

nelze mluvit o novince, antiandrogenní progestiny (cyproteron acetát, chlormadinon acetát) se používají už desítky let. Nejnovějším antiandrogenním progestinem je dienogest (originální přípravek Jeanine), kde se dnes stále více dostává do popředí jeho *atrofizující vliv na endometrium*. To je výhodou v některých patologických situacích (endometrióza), dalším příznivým důsledkem je nižší výskyt krvácení z průniku při kontinuálním užívání.

Nejnovější progestin využitý v komerčně dostupných přípravcích je drospirenon, odvozený od spironolaktону. Kromě účinku gestagenního má poměrně výrazný účinek antiandrogenní a jako jediný progestin ještě významný účinek antimineralkortikoidní. To je příznivá vlastnost, protože etinylestradiol zvyšuje aktivitu systému renin-angiotensin-aldosteron (cestou zvýšené produkce angiotensinogenu), s tím pak souvisí občasné stížnosti na otoky či na mírný vzestup krevního tlaku. Drospirenon tyto účinky etinylestradiolu jako receptorový blokátor aldosteronu blokuje. Drospirenon obsahuje originální přípravky Yadine (s 30 µg etinylestradiolu), Yasminelle a YAZ (oba s 20 µg etinylestradiolu).

c) Způsob aplikace

Kromě tradičního perorálního užívání se už dlouho experimentuje s parenterální aplikací. Na český trh se už před léty dostala transdermální aplikace ve formě náplastí (originální přípravek Evra) a nověji transvaginální aplikace ve formě kroužku zaváděného na 21 dní do pochvy (originální přípravek NuvaRing).

d) Fáze života

Tím se míní, zda poměr estrogen:progestin je ve všech tabletách stejný (monofázické přípravky) nebo zda se během cyklu mění. Po období, kdy se experimentovalo s nejrůznějšími schémata změn poměru obou hormonů, dnes pozorujeme jednoznačný příklon k původní monofázické formě – souvisí to mj. se stoupající oblibou kontinuálního užívání (viz další odstavec), ke kterému jsou vhodné jen monofázické přípravky. Jedinou výjimkou je výše zmíněný přípravek Qlaira s tzv. dynamickým dávkováním, kdy se mění poměr obou hormonů během cyklu několikrát – důvodem je, že monofázický přípravek s estradiolem se zatím vytvořit nepodařilo.

e) Cyklicita

Tradiční cyklické užívání kombinované hormonální antikoncepce (tj. s pauzou, během níž se objeví pseudomenstruační krvácení) má ve skutečnosti důvody jen historické. První přípravky byly na trh „propašovány“ pod záminkou léčby nepravidelné menstruace (Enovid

v USA) nebo dysmenorey (Anovlar ve Spolkové republice Německo). Dnes vidíme rychle se rozšiřující oblibu užívání v dlouhých (např. tříměsíčních) cyklech, případně i zcela kontinuálně po dobu řady let. Z odborného hlediska proti tomu nelze nic namítat, spíše naopak. Na českém trhu se připravuje uvedení prvního přípravku, jehož balení bude způsobeno užívání v dlouhých cyklech.

f) Přehodnocení kontraindikací

V podstatě od počátků antikoncepce jsme svědky toho, jak se kontraindikace uvolňují – absolutní se stávají relativními, relativní žádnými. Budiž uvedeno několik příkladů patologických stavů, které dnes nejsou pokládány za žádnou kontraindikaci, ač leckteří se stále domnívají, že kontraindikací jsou. Je to např. (výčet není vyčerpávající): varixy, povrchová tromboflebitida, nosičství viru hepatitidy, Gilbertova nemoc, nekomplikovaný diabetes mellitus, Crohnova nemoc, všechní čepickýny nemoci tyreoidy, jakkoli nízký či jakkoli vysoký věk. Pouze relativní kontraindikací jsou chronické nemoci jater s normální funkcí jater (chronická hepatitis, kompenzovaná cirhóza) nebo léčbou korigovaná hypertenze.

Podstatnými změnami dnes prochází hodnocení významu trombofilních mutací. *Doba, kdy všechny trombofilní mutace byly pokládány za jednoznačnou absolutní kontraindikaci, je minulostí.* V současnosti platí: Mutace metyltetrahydrofolát reduktázy (MTHFR) nejsou žádnou kontraindikací. **Za absolutní kontraindikaci se nadále považuje faktor V Leiden v homozygotní formě, deficit antitrombinu III, deficit proteinu C, kombinace několika jiných trombofilních mutací.** *Ostatní (včetně leidské mutace v heterozygotní formě) je kontraindikací relativní.* I když je snad vhodné dát přednost spíše jiné metodě, tam, kde to není možné nebo přijatelné (u mladých dívek situace dosti obvyklá), je možno kombinovanou hormonální antikoncepci předepsat, s tím, že klientka je poučena o příznacích hluboké žilní trombózy a že akceptuje preventivní podání některého z frakcionovaných heparinů v rizikových situacích (dlouhá cesta letadlem nebo autem, dehydratace, úraz, pobyt na lůžku apod.).

g) Terapeutické indikace

Kombinovaná hormonální antikoncepce má řadu příznivých vedlejších účinků, které umožňují její terapeutické využití. To je využíváno stále častěji, nelze však mluvit o „novince“ – tyto účinky jsou většinou známy dávno.

Nejčastější terapeutické indikace jsou:

- Poruchy menstruačního cyklu jakéhokoli typu.
- Dysmenorea. Jednoznačně postup první volby, s výrazně vyšším efektem a menším rizikem komplikací než mají analgetika.
- Premenstruační syndrom, včetně premenstruační dysforické poruchy. Příznivý vliv přípravků obsahujících drospirenon byl prokázán ve dvojitém slepém experimentu.
- Změny pleti závislé na androgenech, tj. především akné, ale také hirsutismus a androgenní alopecie. Volíme přípravky s antiandrogenním progestinem.
- Hyperandrogenní syndrom (dříve syndrom polycystických ovaríí či syndrom Stein-Leventhalův).

- Kombinovaná kontraceptiva, nejlépe v kontinuálním režimu užívání, snižují riziko rozvoje metabolického syndromu X a karcinomu endometria. I zde volíme přípravky s antiandrogenním progestinem, které jsou jednoznačně metodou první volby v terapii nositelek této u člověka nejčastější endokrinopatie.
- Endometrióza, přesněji bolest způsobená endometriózou. Volíme přípravky obsahující dienogest.
- Nosičky mutací BRCA (*genetické riziko karcinomu prsu - pozn. red.*) Zde je kombinovaná hormonální antikoncepce před splněním reprodukčních plánů (a následnou profylaktickou ovariectomií) jednoznačně indikována vzhledem k velmi vysokému riziku karcinomu ovaria, jehož výskyt kontraceptiva výrazně snižují. Nepatrný, ba sporný, vzestup rizika karcinomu prsu na tom nic nemění.

h) Přidání „něčeho“ k antikoncepční pilulce

Docela vtipný nápad, jak přinést organismu něco pozitivního navíc. Kdysi (český přípravek Antigest B) se přidávalo železo. Nyní byl vyvinut přípravek obsahující metafolin. Cílem je docílit vzestupu hladiny folátů před otěhotněním (zvýšená hladina přetrvává 6 měsíců) a tím v následujícím těhotenství poklesu rizika rozštěpových vad páteře plodu a – především u žen s mutacemi MTHFR (*trombofilní mutace - pozn. red.*) – potratů a některých dalších těhotenských komplikací. Přípravek byl schválen k používání v USA, paradoxně EU jeho užívání (prozatím?) neschválila, čímž se zablokovalo i předpokládané uvedení na tuzemský trh.

Gestagenní antikoncepce

Metoda spočívá v kontinuálním užívání progestinu.

Gestagenní antikoncepce je dostupná ve formě tablet (tzv. minipilulky), depotních injekcí a podkožních implantátů. Příliš se neujala – nevýhodou je vysoký výskyt krvácení z průniku a chybění příznivých vedlejších účinků kombinované hormonální antikoncepce (především vliv na mastnou pleť a akné). Na druhé straně má minimálně kontraindikací. Metoda tak zůstává vyhrazena vybrané malé skupině žen, *nejčastěji se užívá u žen kojících* – i zde jí silně konkuruje a vytlačuje nitroděložní hormonální systém.

Novinky v této metodě nenajdeme. Vývoj perorální formy (tzv. minipilulky) se zastavil u přípravku obsahujícího desogestrel (originální přípravek Cerazette), který prakticky dosahuje spolehlivosti kombinované hormonální antikoncepce a má i stejnou toleranci chyby v užívání (12 hodin). Nejnověji přišel na trh přípravek obsahující dienogest (originální přípravek Visanne). Bohužel, ačkoli farmakologicky jde nejspíš o vynikající minipilulku, výrobcem je výslovně určen pouze k léčbě endometriózy, nikoli k užívání jako antikoncepce.

Nitroděložní hormonální systém s levonorgestrellem (LNG-IUS)

Levonorgestrel je syntetický progestin používaný už dávno v kombinované hormonální antikoncepci. Zde je součástí nitroděložního systému („tělíska“), z něhož se pomalu uvolňuje (originální přípravek Mirena). Systémová hladina

je minimální, mechanismus účinku spočívá jednak ve vlivu na hlen v hrdle děložním (stává se pro spermie neprostupným), jednak systém působí stejně jako nemedikované nitroděložní tělísko (tj. způsobuje vysokou koncentraci makrofágů v dutině děložní a tím nepřátelské prostředí pro spermie).

Dnes už stěží mluvit o „moderní“ metodě – na trhu je už více než 15 let. Spíše se zdůrazňuje vhodnost této metody i pro ženy mladé a dosud nerodivší. Na trh snad přijde nová forma menšího tvaru, určená právě této skupině žen.

Zdůrazněme, že tato antikoncepční metoda je téměř bez kontraindikací. Neuvažujeme-li gynekologické záležitosti (uterus duplex, akutní zánět dělohy apod.), jedinou kontraindikací je karcinom prsu (ani zde ne všechny případy). Výslovně zdůrazňujeme, že tato metoda je ideální pro ženy s vysokým rizikem hluboké žilní trombózy.

Nitroděložní systém s levonorgestrelm má kromě antikoncepční indikace i indikace terapeutické: hypermenorea, polymenorea, prevence dysfunkčního krvácení v perimenopauze. Lze ho s výhodou použít i jako gestagenní složku hormonální substituce postmenopauzálních žen.

Nehormonální nitroděložní tělísko (IUD)

Metoda, kde nelze očekávat převratné změny. Objevují se tělíska stále nových tvarů – zda to má smysl prokázáno příliš není. Kromě tradiční mědi se na trhu objevila tělíska se slitinou mědi a zinku, se stříbrem a dokonce se zlatem – spolehlivost i komplikace se od tělísek s mědí neliší.

Jistou novinkou – byť jen na českém trhu – je tělísko Gyne-Fix, které je tvořeno pouze tyčinkou s háčkem, kterým se zachycuje ve svalovině fundu děložního. Výhodou má být menší krvácení a menší riziko expulze. Cena je ovšem vyšší a zavedení je technicky obtížnější – zatím příliš velkou popularitu nezískalo.

Intercepce

Zmíňme ještě pro úplnost metody intercepce, tj. **postkoitální antikoncepce**. Nejdůležitější změnou je, že tyto přípravky jsou dnes ke koupi v lékárně i bez lékařského předpisu (od 16 let). Na trhu jsou tradiční přípravky obsahující levonorgestrel (Postinor-2 ve dvou tabletách zůstává nejpopulárnější, Escapelle obsahuje dvojnásobnou dávku v jedné tabletě).

Nově na trh přišel nový přípravek, obsahující ulipristal acetát (originální přípravek EllaOne), což je selektivní modulátor progesteronových receptorů. Přípravek lze použít až do pěti dnů po pohlavním styku (levonorgestrel do 3 dnů). Velké popularity metoda zatím nezískala – je málo známá, tím přípravek lékárny většinou nemají na skladě, což právě u intercepce je nedostatek dosti zásadní. Kromě toho není dostupná bez lékařského předpisu.

Antikoncepce bez lékařské asistence

Zmíňme jen stručně, že na českém trhu se objevil ženský kondom (femidon).

K dostání je rovněž přípravek vaginální chemické antikoncepce, a to ve formě vaginálních globulí a vaginálního

krému (nelze dostatečně zdůraznit, že při používání této metody je naprosto nutné precizně dodržet návod, jinak spolehlivost rychle klesá; kombinace s kondomem je možná a doporučeníhodná).

Doporučená literatura:

1. Čepický, P.: Antikoncepce. *Moderní gynekologie a porodnictví*, 13, 2004, č.4, s.584-642.
2. Čepický, P.: Doporučení WHO k užívání kombinované hormonální antikoncepce. *Moderní gynekologie a porodnictví*, 14, 2005, č.1, supplementum, s.11-26.
3. Čepický, P.: Antikoncepce, intercepce, sterilizace. In: Roztočil, A. (ed.): *Moderní gynekologie*. Praha, Grada 2011, s.105-116.
4. Čepický, P., Cibula, D., Dvořák, K., Dvořák, V., Hlaváčková, O., Košťál, M., Líbalová, Z., Makalová, D., Rokyta, Z., Unzeitig, V., Uzel, R., Živný, J.: Doporučení k předpisu kombinované hormonální kontracepce (CC). Aktualizace 2005. *Česká gynekologie*, 70, 2005, č.4, s.324-328.
5. Čepický, P., Cibula, D., Dvořák, K., Dvořák, V., Holub, Z., Hořejší, J., Kopecký, P., Rokyta, Z., Unzeitig, V., Uzel, R., Živný, J.: Doporučení k předpisu postkoitální kontracepce. *Česká gynekologie*, 66, 2001, č.3, s.190-193.
6. Čepický, P., Cibula, D., Dvořák, V., Fait, T., Fanta, M., Koryntová, D., Košťál, M., Líbalová, Z., Rokyta, Z., Uzel, R.: Doporučení k předpisu gestagenní kontracepce. Aktualizace 2006. *Česká gynekologie*, 71, 2006, č.5, s.426-427.
7. Čepický, P., Cibula, D., Dvořák, V., Fait, T., Hlaváčková, O., Líbalová, Z., Košťál, M., Nový, J., Rokyta, Z., Unzeitig, V., Uzel, R.: Doporučení k předpisu nitroděložního systému s levonorgestrelm (LNG-IUS). Aktualizace 2006. *Česká gynekologie*, 72, 2007, č.2, s.149-150.
8. Čepický, P., Čepická Líbalová, Z.: *Jak odpovídat na otázky o antikoncepci a plánovaném rodičovství*. Praha, Levret 2010.
9. Čepický, P., Dvořák, K., Dvořák, V., Fait, T., Holub, Z., Hořejší, J., Líbalová, Z., Lippert, P., Rokyta, Z., Skřivánek, A., Šrámek, J., Unzeitig, V., Uzel, R., Živný, J.: Doporučení k předpisu nitroděložní kontracepce. *Česká gynekologie*, 66, 2001, č.3, s.190-193.
10. Čepický, P., Fanta, M.: Úvod do antikoncepce pro lékaře negynekology. 2. aktualizované vydání. Praha, Levret 2010.
11. Čepický, P., Janáč, J., Líbalová, Z., Zvolský, J.: Mirena – závěry odborného semináře o LNG-IUS (Praha, 25.11.2006). *Moderní gynekologie a porodnictví*, 16, 2007, č.2, supplementum B, s.423-430.
12. Dulíček, P.: Riziko venózního tromboembolismu u žen s trombofilním stavem užívajících hormonální antikoncepci. *Moderní gynekologie a porodnictví*, 19, 2010, č.1, supplementum

Možnosti antikoncepce u pacientek s trombofilií

Doc. MUDr. Petr Dulíček, Ph.D.

II. interní klinika – Oddělení klinické hematologie,
Fakultní nemocnice a Lékařská fakulta v Hradci Králové



Venózní tromboembolizmus (VTE) představuje závažný medicínský a sociálně ekonomický problém. Incidence v populaci se udává 1/1 000 a stoupá s věkem. VTE je typickým představitelem onemocnění, které se manifestuje po vzájemné interakci genotypu a zevního prostředí, příčina VTE je tedy většinou multifaktoriální. V naší populaci je jistě nejméně 5-8 % jedinců s vrozeným trombofilním stavem, z toho polovina žen. Jedním z nejčastějších získaných rizikových faktorů pro VTE je ve věkové kategorii žen do 45 let užívání hormonální antikoncepce (OC). V článku se zabýváme vyčíslením rizika VTE u žen s OC, správném postupu před nasazením antikoncepce a riziku užívání u žen s vrozeným trombofilním stavem.

Úvod

Venózní tromboembolizmus (VTE) představuje závažný medicínský a sociálně ekonomický problém. Incidence se v populaci udává 1/1 000, (stoupá s věkem).¹ Ve věkové kategorii do 45 let je incidence VTE podstatně nižší a to 1/10 000. VTE je typickým představitelem onemocnění, které se manifestuje po vzájemné interakci genotypu a zevního prostředí a příčina je u většiny příhod multifaktoriální. V naší populaci je jistě nejméně 5-8 % jedinců s vrozeným trombofilním stavem, z toho polovina žen. Jedním z nejčastějších získaných rizikových faktorů pro VTE je ve věkové kategorii žen do 45 let užívání hormonální antikoncepce (OC). Jak lze trombofilní stav definovat? Existuje řada definic, např. dle skupiny expertů WHO se jedná o stav s tendencí ke vzniku VTE, který může být geneticky podmíněn, může být získaný či obojí. Nebo lze použít jiné definice (British Committee for Standards in Haematology), kdy jde o stav s poruchou rovnováhy hemostatických mechanismů, která je vychýlena směrem k trombóze a ti jedinci mají etiopatofyziologicky a statisticky větší riziko VTE.

Vrozené trombofilní stavy

O faktu, že jsou v populaci i jedinci s vrozeným sklonem k VTE se dlouho nevědělo. Zájem o vrozené trombofilní stavy stoupá po roce 1965, kdy Egeberg² popsal vztah kongenitálního deficitu antitrombinu III (AT) k rozvoji VTE. Tento zájem je dále akcelarován v 80-tých letech, kdy Griffin a spol.³ popsal kongenitální deficit proteinu C a Schwarz⁴ s Compem⁵ deficit proteinu S. Zásadním zlomem v zájmu o trombofilní stavy byl v r. 1993 Dahlbäckův objev rezistence na aktivovaný protein C (APC-R).⁶ V r. 1994 Bertina z Leidenu zjistil, že za tuto rezistenci na aktivovaný protein C je zodpovědná mutace F V, označovaná dle místa objevu jako mutace Leidenská.⁷ Další mutací, která predisponuje jedince k VTE je mutace protrombinová – F II G20210A, popsána v r. 1996 Poortem.⁸ Ostatní vrozené trombofilní stavy jsou vzácnější. Jednotlivé trombofilní stavy se liší navzájem, zejména frekvencí výskytu v populaci a svojí trombofilností, tedy mírou pohotovosti k rozvoji VTE, lze je obecně dělit do 2 základních skupin.

1. skupina: Trombofilní stavy způsobené deficitem vrozených inhibitorů koagulace – deficit antitrombinu, proteinu C či proteinu S. Jejich četnost v populaci je nižší, ale riziko VTE vyšší než ve 2. skupině.

2. skupina: Mutace F V Leiden, mutace protrombinu G20210A. Ty jsou v populaci naopak velmi časté (závislost na geografické distribuci). Frekvence výskytu F V Leiden je u nás 2-5 %, mutace protrombinu 1-2 %. Vedou k tzv. získání funkce – větší generaci trombinu a patří mezi mírné rizikové faktory VTE (rizikovost však značně stoupá v homozygotní konstituci, která vzhledem k četnosti výskytu není vzácná). Také kombinace obou mutací je poměrně častá.

Získané trombofilní stavy

V populaci se vyskytují také získané trombofilní stavy - vysoká aktivita některého z koagulačních faktorů, nejčastěji F VIII, antifosfolipidový syndrom. Hyperhomocysteinémie může být jak vrozená, tak získaná. Vlastní mutace MTHFR C677T bez zvýšené hladiny homocysteinu není trombofilní stav, přesto je stále zbytečně vyšetřována a omylem považována za trombofilní znak. Navíc v heterozygotní formě se v populaci vyskytuje ve 40-45 %. V tabulce č. 1 jsou shrnuty nejčastější vrozené a získané rizikové faktory (RF) VTE.

Tab. 1: Rizikové faktory pro VTE

Vrozené RF
Vrozené trombofilní stavy
• mutace F V Leiden
• mutace F II G20210A
• deficit antitrombinu
• deficit proteinu C
• deficit proteinu S
• hyperhomocysteinémie
• dysfibrinogenémie

• poruchy fibrinolýzy
• vrozený těžký deficit F XII
Trombofilní stavy –etiologie?
• získaná APC rezistence
• vyšší aktivita F VIII
• hyperhomocysteinémie
Získané RF
Onemocnění
• nádorová onemocnění
• antifosfolipidový syndrom
• myeloproliferativní onemocnění
• nefrotický syndrom aj.
Užívání léků
• chemoterapie
• hormonální terapie
• užívání hormonální antikoncepce
• užívání hormonální substituční terapie
Věk
Obezita
Expoziční faktory
• operace
• imobilizace
• imobilizace dolní končetiny
• dlouhé cesty (letecky více než 6 h aj.)

Hormonální antikoncepce a změny v systému krevního srážení

Nasazení kombinované OC (COC) vede k následujícím, komplexním změnám hemostázy.⁹

- ↑ aktivity koagulačních faktorů – fibrinogenu, FII, FVII, F VIII, FX
- ↓ inhibitorů krevního srážení – proteinu S (celkového i volného), může dojít i k mírnému ↓ antitrombinu a navození APC – rezistence
- změnám fibrinolýzy
 - ↑ TAFI (trombinem aktivovaný inhibitor fibrinolýzy)
 - ↑ plazminogenu
 - ↑ tPa (tkáňový aktivátor plazminogenu)
 - ↓ PAI – I (inhibitor tkáňového aktivátoru plazminogenu)

Výsledkem těchto změn je vychýlení hemostázy směrem k trombóze a větší riziko VTE. Nutno však zdůraznit, že tyto změny jsou individuální. Tyto změny hemostázy vedou tedy k většímu riziku VTE. Toto riziko je 2x – 4x větší ve srovnání s normální populací (1-3/10 000). Riziko VTE nezáleží jen na obsahu EED, ale také na typu gestagenu. Metaanalýza studií porovnávající riziko VTE u kombinované hormonální antikoncepce II. a III. generace prokázala 1,7 větší riziko III. generace (3x větší u žen užívající OC poprvé v životě). Také gestagen v OC III. generace méně „chrání“ před účinky EED než gestagen II. generace. Přípravky obsahující cyproteron acetát mají stejné riziko VTE jako III. genera-

ce, přípravky obsahující drospirenon pak jako II. generace OC, i když některé práce udávají riziko jako u III. generace. *Monofázické přípravky jsou spojené se stejným rizikem jako bifázické a trifázické.*

Riziko venózního tromboembolizmu při užívání hormonální antikoncepce

VTE je onemocnění multifaktoriální, proto se riziko VTE při užívání OC dále zvyšuje při přítomnosti dalších RF pro VTE. Stoupá se zvyšujícím se BMI: BMI > 25 asi 5-10x, při BMI > 30 více než 10x.¹⁰ K VTE také často dochází v souvislosti s operací, imobilizací dolní končetiny a dalšími rizikovými situacemi pro vznik VTE (pokud není žena zajištěna profylakticky nízkomolekulárním heparinem - LMWH). *Riziko vzniku VTE také záleží na délce užívání COC, které je větší v 1. roce užívání (zejména v prvních 6. měsících), poté riziko klesá.* Riziko VTE také přetrvává po vysazení COC a kompletně mizí po 2. menstruačním cyklu. Proto **při akutní operaci nemá smysl COC vysazovat, ale je nutno ženu zajistit profylakticky LMWH** (samozřejmě s ohledem na charakter zákroku). Riziko VTE také závisí na věku uživatelek, protože incidence VTE je nižší ve věkové skupině žen pod 25 let než ve věkové skupině žen nad 40 let. Riziko VTE dále stoupá v přítomnosti vrozeného trombofilního stavu (viz dále).

V tabulce č. 2 je vyčísleno absolutní riziko VTE u žen v produktivním věku.¹¹

Tab. 2: Riziko VTE u žen v produktivním věku

Riziko VTE	Incidence VTE /10 000 žen/rok
v produktivním věku bez COC	4-5
v produktivním věku + COC	8-9
gravidita (3. trimestr)	12
šestinedělí	30
Vztažené jen k věku	
45 - 49	6
55 - 59	13
65 - 69	22
75 - 79	43

Rizikové faktory VTE o ženy s OC shrnuje tab. 3.

Tab. č. 3 – Faktory ovlivňující riziko VTE u ženy s OC

Typ antikoncepce
Věk uživatelek
Délka užívání
Přítomnost získaného RF – přechodného - imobilizace dolních končetin, operace aj. – déle trvajících - ↑BMI
Přítomnost vrozeného trombofilního stavu (jeho typu)
Kouření >35 let pro VTE, u všech pro arteriální trombózu

Riziko VTE u žen s COC samozřejmě stoupá v přítomnosti vrozeného trombofilního stavu.

Vysoké riziko VTE je při deficitu antitrombinu. Po nasazení OC ženě s deficitem antitrombinu (samozřejmě dosud nediodagnostikovaným) je riziko 70-80 %, že dojde k trombotické příhodě v prvních 6 měsících po nasazení. Tyto trombozy jsou většinou rozsáhlé - proximální, pánevní trombozy, často komplikované plicní embolií. Méně dat je o riziku VTE u deficitu proteinu C a S, většinou se udává, že riziko je 6x–10x větší, ale záleží také na typu deficitu. Vzhledem k velké prevalenci mutace F V Leiden a protrombinové mutace (F II G20210A) je o riziku VTE nejvíce informací. Riziko VTE při užívání kombinované OC u ženy s Leidenskou mutací lze vyčíslit následovně – viz tabulka 4.

Tab. 4: Riziko VTE u žen s mutací F V Leiden v heterozygotní f. a COC		
F V Leiden – heterozygot	OC – III. generace	Relativní riziko VTE
-	-	1
+	-	3x – 5x
-	+	4x
+	+	10x – 20x
F V Leiden – heterozygot	OC – II. generace	Relativní riziko VTE
-	+	2x
+	+	8x – 15x

Při homozygotní formě Leidenské mutace je riziko ještě 10x větší. Riziko VTE je u F II G20210A velmi podobné jako u Leidenské mutace. Podstatně méně dat je o riziku VTE v přítomnosti vrozeného trombofilního stavu a užívání čistě gestagenní OC. Riziko je považováno za podstatně nižší.

Doporučení před nasazením OC z pohledu rizika VTE

Jak minimalizovat riziko VTE nasazením hormonální antikoncepce je jasně formulováno jak v řadě publikací^{12,13} tak v doporučeních odborných společností. Vychází ze znalosti rodinné anamnézy (RA) a osobní anamnézy (OA) VTE.

RA: Přítomnost objektivně prokázané VTE (včetně recidivujících zánětů povrchových žil)

- rodiče, sourozenci, event. děti
- počet, typ a okolnosti vzniku příhody
- zhodnocení indikace vyšetření trombofilního stavu

OA:

- Anamnéza VTE (včetně recidivujících zánětů povrchových žil)
- Posouzení RF VTE – BMI, varixy, věk

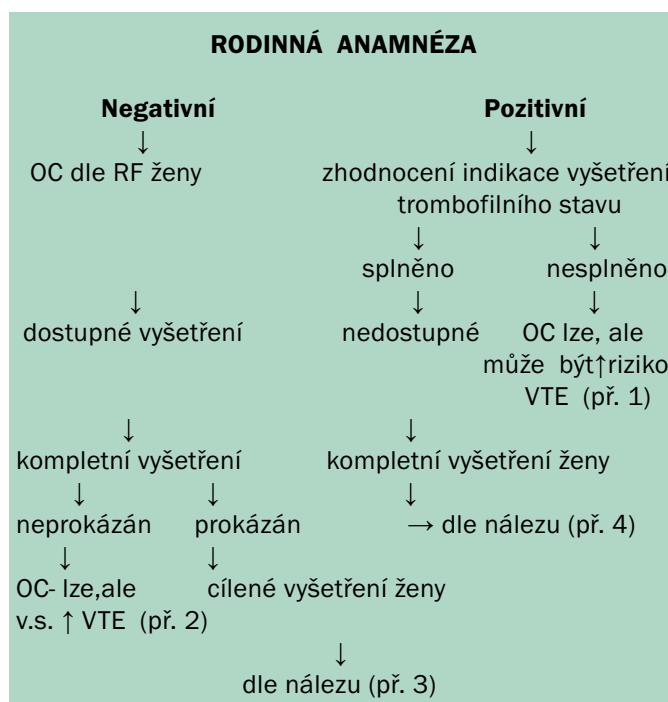
Poučení

- o riziku VTE (je malé, ale je)
- o příznacích VTE – žilní trombozy na DK, plicní embolie
- o návštěvě lékaře při I. příznacích VTE
- o zvýšení rizika VTE v přítomnosti dalšího rizikového faktoru VTE – např. imobilizace DK, operace, dlouhé cesty, celková imobilizace, užívání jiných léků – např. nasazení kortikoidu apod.
- o možnosti vlastní úhrady LMWH, kde není indikace zalo-

žená na důkazech, ale kde by mohla být farmakologická profylaxe výhodná.

Hormonální antikoncepci předepisuje a vybírá vždy gynekolog, hematolog (internista) je konsiliářem pro posouzení indikace vyšetření trombofilního stavu či interpretaci jeho výsledků.

Postup před nasazením OC je shrnut v následujících 2 schématech:



Př. 1 – v tomto případě se většinou jedná o VTE u rodičů po 50. roce věku a výše. Je potřeba postupovat v těchto případech individuálně – dle věku, závažnosti trombozy, okolnostech vzniku – zvážit vyšetření trombofilního stavu v redukované formě – např. vyšetření mutací bez vyšetření inhibitorů krevního srážení apod. Lze považovat riziko VTE u ženy s OC v tomto případě za mírně zvýšené

Př. 2 – pokrevní příbuzný splnil indikace k vyšetření trombofilního stavu, ale ten prokázán nebyl. Nicméně riziko VTE může být u ženy po nasazení větší, protože může být přítomen i jiný, dosud nepoznaný trombofilní stav či trombofilní stav s velmi nízkou incidencí, který se běžně nevyšetřuje

Př. 3 – riziko VTE v tomto případě závisí na typu nálezů – např. u deficitu antitrombinu považujeme nasazení COC za kontraindikované, u nálezů mutace F V Leiden není užívání COC kontraindikované (viz dále)

Př. 4 – v tomto případě provedeme kompletní vyšetření ženy a dále postupujeme jako v př. 3, ale znalost RA ovlivňuje naše rozhodnutí. Rozdíl je, zdali rodinný příslušník není dostupný z důvodu např. spontánní a fatální plicní embolie, či na druhé straně nedostupnosti vyšetření z rodinných důvodů.

Z výše uvedeného vyplývá, že postup je ovlivněn počtem, tíží a okolnostmi vzniku VTE u pokrevních příbuzných a zhodnocením všech RF u ženy (BMI, věk aj.), nejen tedy přítomností či nepřítomností vrozeného trombofilního stavu.

OSOBNÍ ANAMNÉZA

Negativní stran VTE

OC – dle gynekologa

Pozitivní

(st. p. objektivně prodělané VTE)

indikováno kompletní vyšetření
trombofilního stavu
(výhodné pro další doporučení
– gravidita aj.)

prokázán

neprokázán

COC - NE

COC - NE

Gestagenní → NE u:
def. AT,PC,PS, mutace
F V Leiden či F G20210A
v homoz. f. či kombinace
F V Leiden mutace +G20210A v heter.f.
→ individuálně
F V Leiden či F IIG20210A v heter.f.
IUS- Mirena spíše ano (viz níže)

Gestagenní – indiv. přístup
IUS – Mirena - ano

Postup při zvažování čistě gestagenní antikoncepce je ovlivněn následujícími informacemi:

→ vlastní VTE – jak vznikla – spontánně či v rizikové situaci
– jak byla těžká – distální, proximální, plicní embolie, VTE v neobvyklé lokalizaci – CNS, abdominální oblasti aj.

→ zhodnocení dalších RF pro VTE (BMI, přítomnost trombofilního stavu – jeho typu!, věk uživatek, přítomnost rozsáhlých varixů aj.). Dle posledních názorů je čistě gestagenní antikoncepce spíše doporučována.

Po prodělané VTE tedy platí:

1. Kombinovaná hormonální antikoncepce je kontraindikována (i když v situaci, kdy žena s letitou anamnézou bezproblémového užívání OC dostane lýtkovou trombózu v rizikové situaci, která nebyla profylakticky zajištěna, je toto doporučení trochu „přísné“.
2. Lze zvážit užívání čistě gestagenní antikoncepce – viz výše.
3. Lze aplikovat IUS - Mirena. Nicméně v některých situacích – např. u ženy se spontánní těžkou plicní embolií při deficitu AT je výhodné se vyhnout jakýmkoliv hormonům.

Postup před nasazením OC u asymptomatických žen (VTE) s prokázaným vrozeným trombofilním stavem

K průkazu dochází zejména v rámci vyšetření pokrevních příbuzných.

Kombinovanou OC považujeme za

- **Kontraindikovanou** při nálezu: deficit antitrombinu, proteinu C, proteinu S, mutace F V Leiden v homozygotní formě, mutace F II20210A v homozygotní formě, kombinace mutace F V Leiden + F II G20210A v heterozygotní formě.
- **Rizikovou** při nálezu: mutace F V Leiden či mutace F II G20210A v heterozygotní formě + přítomnosti další-

ho, jasně definovaného RF VTE, např. větším BMI aj. V této situaci ženě užívání COC nedoporučujeme do event. eliminace RF

- **Za možnou** při nálezu F V Leiden či F II G20210A v heterozygotní formě bez dalšího RF VTE ale je nutné:
→ vyčíslit míru rizika VTE (viz výše)
→ zhodnotit přítomnost dalších RF.
Pokud nejsou přítomny další RF, pak je vlastní rozhodnutí na ženě. V případě, že chce OC užívat, je nutno ženu poučit o
- příznacích VTE
- návštěvě lékaře při I příznacích VTE,
- nutnosti hlásit užívání COC v případě další rizikové situace – imobilizaci DK aj.

Samozřejmě výběr typu antikoncepce může snížit riziko VTE (čistý gestagen, COC II. generace).

Vzhledem k prevalenci trombofilních stavů a rozšířenosti COC se nabízí otázka plošného vyšetřování trombofilních stavů před nasazením OC. To není t. č. v rozvinutých zemích rutinně doporučováno (doporučené postupy v USA, Velké Británii aj.). Toto vyšetřování se však mnohdy děje v naší zemi. Navíc jsou ženy vystavovány i vyšetřování jiných, dalších mutací (včetně výše uvedené MTHFR C677T), které nemají vůbec žádné (nebo velmi malé) riziko VTE a vysokou frekvenci v populaci. Ženy jsou pak neoprávněně vystaveny obavě z VTE, eliminovány z užívání antikoncepce.

Shrnutí pro praxi

Hormonální antikoncepci užívá na světě více než 100 milionů žen. Je velmi efektivní a oblíbenou formou antikoncepce. VTE je nejčastější a nejvýznamnější komplikací. Podíl na celkové frekvenci výskytu VTE v populaci je malý, ale ve věkové skupině žen užívajících OC je signifikantním rizikovým faktorem VTE. Téměř v polovině případů však VTE vzniká v přítomnosti dalšího rizikového faktoru VTE, nejčastěji při operaci, imobilizaci, imobilizaci dolní končetiny aj.¹⁴ Nutné je také si uvědomit fakt, že riziko není dáno jen u žen s vrozenou trombofilií (v praxi velmi často přeceňované), ale také bez ní a to v přítomnosti získaných rizikových faktorů (vyšší BMI, věk uživatek, event. užívání jiných léků aj.). Riziko VTE lze tedy v praxi snížit při dodržování jednoduchých pravidel: Před nasazením antikoncepce, zajištěním přechodné rizikové situace LMWH, eliminací získaných faktorů.

Literatura:

Vzhledem k nedostatku místa není na tomto místě seznam literatury zveřejněn, na vyžádání však můžeme souhrn literatury zaslat.

5. výroční konference Královské koleje všeobecného lékařství, Liverpool, 20. – 22. října 2011

MUDr. David Halata

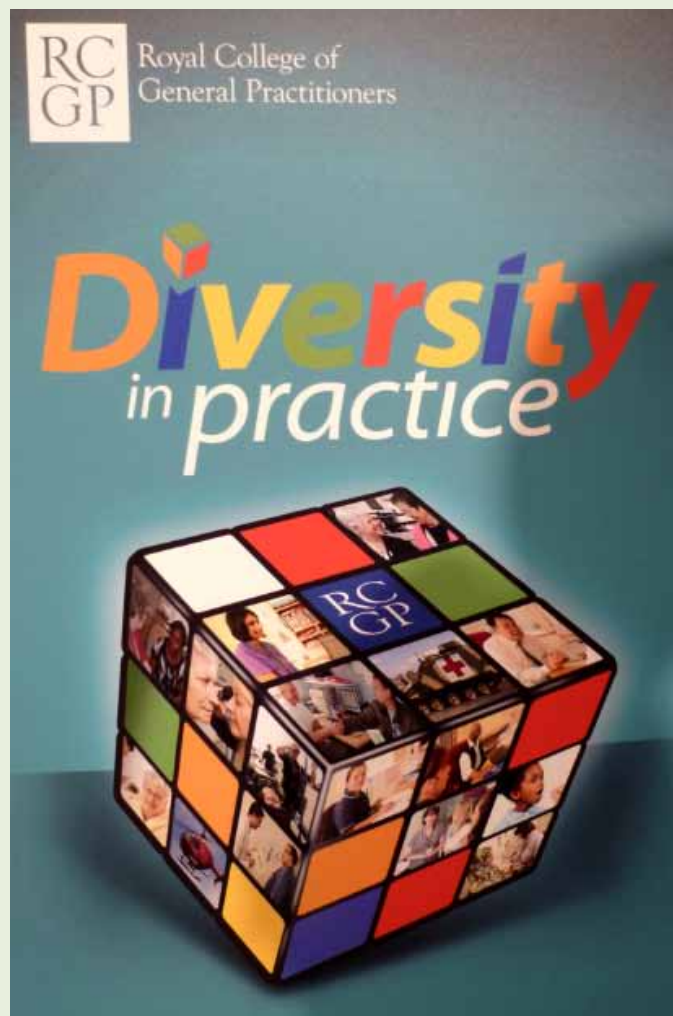


Již podruhé se naskytla českým mladým praktickým lékařům šance na rozšíření obzorů díky celoevropskému programu Vasco da Gama Movement na výroční konferenci Královské koleje všeobecného lékařství ve Spojeném království. Letošním hostitelským městem se stal Liverpool.

První den výměnného programu je tradičně věnován jednodenní stáži v praxi britského všeobecného lékaře. Mnohé o fungování praxe britského GP je u nás známo, mnohé dokáže překvapit (pozitivně i negativně). Sdružená praxe Edge Hill Health Center pečuje o 8 500 pacientů, praxi vlastní 4 partneři a zaměstnávají 3 lékaře zaměstnance. Lékař pracuje tradičně sám, bez sestry, organizaci chodu praxe a pacientů k lékařům zajišťují 2 recepční prostřednictvím osobních, telefonických či emailových dotazů pacientů. Jádrem je objednávací systém. Pacienti se k lékaři objednávají k 10 minutovým návštěvám, jejichž délka je pevně dána a během tohoto času by měl být řešen pouze jeden problém. Pokud čas nestačí, je pacientovi objednána nová 10 minutová jednotka v jiném termínu. Zvyklá objednávací doba je 2 - 4 dny. V případě nutnosti akutního vyšetření je každý den k dispozici jeden z lékařů praxe, který provede akutní ošetření bez objednání. Sesterské výkony z našeho pohledu praxe neprovádí (odběry, spirometrie, ...) a pacienty odesílá do jednotlivých center k tomu určených. Vlastní práce praktika je velmi podobná našim zvyklostem (tedy kromě nutnosti našeho spěchu). Za dopoledne navštívil mého lékaře 15 pacientů. Kvalita péče praktika je sledována NHS (National Health Service, obdoba národní pojišťovny), pokud lékař léčí dle guidelines, je praxe nezanedbatelným způsobem odměňována (až 40 % příjmu praxe). Preskripce léků je generická a v lékárně se přesně odsypává předepsaný počet tablet. Zajímavá je vysoká četnost preskripce statinů, vede simvastatin a jeho cena za 30 tbl. po 40 mg je £ 1.58 (1 libra = cca 31 Kč), cca 50 Kč!

Před zahájením konference bývá prostor k workshopu delegátů výměnného programu Vasco da Gama Movement. Možnost dozvědět se mnohé o práci praktiků napříč Evropou je bezesporu jedním z nejsilnějších zážitků a vždy potěší, že se nemusíme za svou práci stydět, být mnohá systémová řešení v ČR budí u ostatních delegátů v lepším případě úsměv, v horším nehrané zděšení.

Následně byla zahájena 5. výroční konference Královské koleje všeobecného lékařství, pompézně, stylově a pro nás nezvykle přátelsky. Hlavním tématem byla různorodost



v praxi (Diversity in Practice). 1 500 delegátů se během tří dnů věnovalo velice širokému spektru témat, jejichž složení je pro nás stále velice překvapivé. Nač stále dokola omílat odborné doporučené postupy, které lze přechyst v klidu doma, když je na konferenci šance prodiskutovat témata neméně závažná – fungování zdravotního systému, komercializace primární péče, všeobecný přístup v praktickém lékařství, výzkumná činnost, problematika vzdělávacího programu, práce lékaře v přípravě olympijských her v Londýně, vliv rozvoje praxe na životní prostředí, práce lékaře v zahraničních misích, ... A opravdu se diskutuje, kultivovaně, věcně, mnohdy delší dobu, než je čas vlastní přednášky.

V Británii se stejně jako v ČR potýkají s reformami systému zdravotní péče, Diskuze je urputná (včetně demonsttran-



tů před kongresovým centrem). Úlohu praktika však nikdo nezpochybňuje, spíše naopak se praktici bojí přílišných kompetencí, které mají nést na svých bedrech. Často zaznívá varování před komercionalizací práce praktika. „Naše první odpovědnost musí být k pacientovi před námi. Naše další odpovědnost musí být k pacientům v čekárně. Poté přichází naše odpovědnost k našim registrovaným pacientům. Poté k naší lokální komunitě, ve které žijeme a až nakonec k celé populaci. V tomto pořadí.“

„Práce praktika je o pochopení, jak používat zdroje efektivně a správně. Vždycky si však musíme být jisti, že nebude poškozen náš vztah s pacientem před námi.“

Jezdíte autem na návštěvní službu k pacientovi? Jezdí pacienti do Vaší ordinace také autem? Pak by se mnohé pokusil změnit blok „Pozeleň svou praxi, ukroj uhlíkovou stopu, ukrojíš náklady“. Potýkáte se s problematikou kouření u svých pacientů? Proč nezkusit léčbu prostřednictvím sms zpráv? Prezentovaná studie dokládá její nemalý efekt.

Nebo hodinový blok na téma „Co bychom se mohli naučit od pacientů často měnících praktické lékaře?“ Nebo: „Je náš pohled na všeobecné lékařství skutečně všeobecný?“ Opravdu praktikujeme všeobecnost? A kvalitně?

Hlavní téma konference – různorodost – bylo rozebíráno z mnoha pohledů. Co je největší různorodostí v našich praxích? Rozdílné choroby, diagnózy, systémy jednotlivých zemí, my sami a naše pohledy, lokality kde pracujeme, rasové, sociální, pracovní rozdíly,... nebo je největší různorodostí unikátnost každého našeho pacienta?



Obrovská podpora byla věnována mladým praktickým lékařům (v Británii rozdělují Associates in Training - AiTs, lékaře v předatestační přípravě a lékaře do 5 let po atestaci - First5. Četné prezentace mladých praktiků, také několik samostatných přednáškových bloků. Inspirující byl celkový pohled na věc a také u nás v této souvislosti zcela opomíjená problematika praktických lékařů ukončujících svoji profesní dráhu.

Možnost rozdílného pohledu na všeobecné lékařství, setkání s praktiky z různých koutů Evropy a světa a v neposlední řadě prožití staré dobré, avšak rychle se měnící Anglie, je obrovskou zkušeností, která jen připomene známé „mysli globálně, jednej lokálně.“

Děkuji na tomto místě sdružení Mladí praktici za možnost zúčastnit se výměnného pobytu. Jen na okraj uvedu, že druhé výměnné místo poskytnuté pro ČR zůstalo tentokrát bohužel bez zájemce.

ZPRÁVY

Valná hromada Mladých praktiků

1. 3. 2012, Praha

V roce 2012 uspořádají Mladí praktici opět Valnou hromadu – setkání, které se tradičně koná v posluchárně 3. lékařské fakulty v Praze 10. Na programu bude jednak zhodnocení aktivit z minulého roku, jednak novinky a další aktuální témata, která ještě upřesníme v programu setkání. Termín konání je čtvrtek 1. 3. 2012 na 3. lékařské fakultě, v 16.30 hodin. Bližší informace naleznete na stránkách www.mladipraktici.cz.

Srdečně vás na setkání zveme.
Redakce a rada Mladých praktiků

Program Hippokrates

Vážení kolegové,
v naposledy jsme vás informovali o možnosti čtrnáctidenní zahraniční stáže v rámci mezinárodního programu Hippokrates (více informací na stránkách www.mladipraktici.cz, www.vdgm.com). Níže přikládáme seznam vybraných uchazečů a jim přidělených zahraničních míst. V tuto chvíli zůstávají tři neobsazená místa do Polska, která jsou stále k dispozici, proto pokud má někdo zájem nebo dotaz stran stáže, kontaktujte nás na emailové adrese hippokrates.leonardo@seznam.cz

Norbert Král, koordinátor programu Hippokrates

	ID	Velká Británie	Rakousko	Řecko	Polsko	Portugalsko
1.	Březinová H.					
2.	Dvořáková L.					
3.	Dvořáková R.					
4.	Halata D.					
5.	Horová K.					
6.	Klapalová K.					
7.	Kovář J.					
8.	Kožoušková					
9.	Kříbská M.					
10.	Šrámková N.					
11.	Zoufalá K.					

KAZUISTIKA

2. VÍTĚZNÁ KAZUISTIKA z VIII. kongresu PL a sester - Medicína pro praxi.

MUDr. Tomáš Novotný

Absolvent 2. LF UK v Praze v roce 2009, následně pracoval na geriatrickém oddělení Fakultní Thomayerovy nemocnice v Praze, t. č. v předatestační přípravě v oboru VPL



Abstrakt: Uvádím kazuistiku mladého třicetiletého muže u něhož došlo k rozvoji vzácného revmatického onemocnění. Do ordinace přichází pro febrilní stav nejasné etiologie se suspekci na akutní tubulointersticiální nefritidu. Tato diagnóza je posléze zpochybněna a pacient podstupuje dvě hospitalizace, během nichž je intenzívně pátráno po příčině febrilií. Nejprve je stav hodnocen jako orchiepididymitida, pak dochází k rozvoji meningitidy. Během obou hospitalizací se nedaří prokázat jakoukoli infekční etiologii febrilního stavu, je vyloučena hemoblastosa, odběry autoimunitních markerů vycházejí negativní, trvají vysoké horečky, v krevním obraze leukocytosa, laboratorně elevace zánětlivých parametrů. Diagnóza onemocnění je stanovena per exclusionem na základě klinického stavu a po rychlé odpovědi na kortikoterapii.

30 letý pacient K. M., dosud zdravý, v rodinné anamnéze bez výskytu sledovaných onemocnění, v osobní anamnéze pouze sezónní pollinosis (intermitentně Zodac), m. Gilbert, nekuřák, přiznává alkoholické excesy v poslední době (způsobené rodinnými problémy) a občasné šňupání kokainu, alergie na PNC. Dostává se do ordinace pro cca 5 dní trvající teploty v rozmezí 38-38,5 °C. V klinickém obraze dominují výrazné artralgie, myalgie, mírná cefalea, bolesti v oblasti bederní páteře, více vpravo, trochu bolesti břicha v epigastriu. Dysurické obtíže, zvracení, poruchy pasáže střevní, nebo známky respiračního onemocnění neguje. Obj. pouze mírná palpační citlivost v epigastriu, pozitivní tapottement vpravo, ambulantně byla stanovena hladina CRP metodou POCT na 75 mg/l. Biochemické vyšetření moči prokazuje slabou přítomnost krve v moči. Pacientovi je odebrána moč k podrobnému chemickému vyšetření a sedimentu, moč na kultivaci, je odeslán na ultrasonografické vyšetření břicha. Nasazujeme empiricky Nolicin. Kontrola za dva dny – v obraze vymizely bolesti beder, ale přetrvávají febrilie kolem 38 °C s večerními špičkami dosahujícími 39 st., kontrolní CRP 86 mg/l. Dle USG vyšetření břicha přítomna hyperémie obou ledvin, více vpravo, splenomegalie, jinak nález normální. Moč bez patologického nálezu (kultivační vyšetření v tuto chvíli ještě nebylo k dispozici, později dodáno, avšak moč byla bez bakteriologického nálezu). Pro horšící se stav je pacient odeslán k hospitalizaci na spádové interní pracoviště pro febrilie nejasné etiologie.

Následuje první hospitalizace na interní klinice trvající

celkem 23 dny. Při příjmu má pacient vstupní CRP 140 mg/l, krevní obraz v normě. Za hospitalizace je intenzívně hledáno ložisko možné infekce. Nejprve je stanovena pracovní diagnóza orchiepididymitidy s hydrokélou na základě ultrasonografického nálezu (při negativním močovém nálezu a negativní sérologii parotid), pacient je zajištěn antibiotiky (Unasyn + Gentamicin) a kortikoidy. Během této terapie dochází k regresi nálezu, nicméně přetrvávají febrilie s večerními špičkami kolem 39 °C, které se vracejí vždy po vysazení léčby. Vzhledem k nemožnosti prokázat jakýkoli jiný infekční fokus je vyslovena suspekce na autoimunitní proces a provedeny komplexní odběry, které však podezření nepotvrzují (veškeré autoimunitní markery vycházejí negativní). Další vyšetření se soustředí na nalezení infekčního fokusu, avšak bez úspěchu (komplexní ORL vyšetření včetně kultivací z nosu a krku, RTG vedlejších dutin nosních, dle leukoscanu nalezena akumulace radiofarmaka v oblasti pravého SI skloubení, RTG vyšetření této oblasti však neproazuje jakoukoli patologií). Následuje ortopantogram a stomatologické vyšetření, které rovněž v normě, ECHO srdce bez patologického nálezu na chlopních, hemokultury nabírány opakovaně během febrilních špiček, avšak bez průkazu agens, po celou dobu pacient bez neurologické symptomatologie, RTG S+P v normě, USG epigastria pouze s nálezem hepatosplenomegalie a hyperémie ledvin. V neposlední řadě podstupuje pacient i kolonoskopii s normálním nálezem do terminálního ilea – vzhledem k suspekci na IBD. Po třítydenní hospitalizaci je pacientovi domluvena další diagnostická hospitalizace na infekční klinice.

V době nástupu k hospitalizaci na infekční kliniku se stav opět zhoršuje. Pacient je přijímán s neustupujícími febriliemi, pocením, zimnicemi, neproduktivním kašlem, cefaleou, artralgiemi, schvácený, s třesavkou a mírnou hyperventilací. V objektivním nález dominují tachykardie 127/min, tachypnoe 20-24/min, saturace hemoglobinu 94% bez oxygenoterapie, febrilie 38,6 °C i na antipyretické terapii, přítomno překrvení patrových oblouků, občasné pískoty v poslechovém nález, zvětšená slezina. Laboratorně leukocytosa s posunem doprava (s hodnotou 13,2 vstupně a s maximem za hospitalizace 21,5), mírná normocytární anémie (Hgb 120 g/l), výrazná elevace CRP (280 mg/l vstupně, maximum 318 mg/l), FW (34/64mm při dimisi, vstupní hodnota není známa), z dalších labora-

torních hodnot vycházejí patologické D dimery (1425ng/ml), mírná elevace jaterních enzymů (hodnoty v rozmezí 2-6 ukat/l u všech enzymů), je přítomna hypoalbuminémie. Za hospitalizace se pokračuje v hledání možného zdroje infekce, opakovaně jsou nabírány hemokultury, které jsou až na jedinou výjimku negativní (1x záchyt g+ koků, které byly identifikovány jako *S. hominis*, šlo tedy nejspíše o kontaminaci); jsou zopakována některá již dříve provedená základní vyšetření, doplněno CT hlavy, hrudníku, břicha a malé pánve – vše bez nálezu patologie (pouze popsána mediastinální a retroperitoneální lymfadenopatie), k vyloučení hematologické příčiny se provádí sternální punkce též s negativním nálezem a necílená biopsie jater s nálezem nespecifických zánětlivých změn; opakovaně jsou prováděna kulturační vyšetření moči, stolice, výtěry z nosu, tonzil, které neprokazují patologické agens, negativně vychází i virologický a serologický screening infekčních nemocí (influenza, parainfluenza, adenovirus, RSV, mycoplasma, chlamydie, hepatitidy, CMV, HIV, yersinie, brucela, tularémie, toxoplasma, listerie, Widalova reakce, legionella, leptospira, leishmaniasis); quantiferonový test je nehodnotitelný pro nízkou aktivitu lymfocytů (dle RTG a močového nálezu však TBC nepravděpodobná). Je zopakováno ECHO srdce, nyní metodou TEE, ale opět bezvýsledně. Po celou dobu je pacient zajištěn antibiotickou terapií (Lendacin – ceftriaxon, pak vzhledem k nálezu g+ koků změněno na Vancomycin + Gentamicin) a antipyretiky, přesto dochází k zhoršení klinického stavu (tachykardie, tachypnoe, hypotenze) a rozvíjí se meningeální příznaky. Proto provedena lumbální punkce s nálezem purulentního likvoru, ale etiologické agens se nedaří detekovat ani kulturačními technikami (včetně mykobakteriologické kultivace a PCR), ani metodou pandetkce bakterií a hub pomocí PCR z krve i likvoru. Přidává se kompletní vyšetření metodou MRI, které však není úspěšné v hledání jakékoli patologie jak v CNS, tak v páteřním kanálu. Po antibiotické léčbě (Meronem, Ciphin, posléze Linezolid a Ofloxin) dochází k mírnému zlepšení celkového stavu a k vymizení likvorového nálezu, pacient je nadále již bez známek meningeální iritace, avšak opět dochází k rozvoji febrilních stavů po vysazení antibiotik a k vzestupu zánětlivých markerů.

K zásadnímu obratu dochází ve chvíli, kdy je rozhodnuto zopakovat imunologické vyšetření s podezřením na autoimunitní proces. Zde se daří nalézt slabou pozitivitu ASCA protilátek v třídě IgA a vysokou hladinu cirkulujících imunokomplexů (233 arb. j.), ostatní markery vycházejí opět negativní (I – ELFO, BJB, RF, ASLO, ANCA, ANA, AEP, AGCA, AMA, ASMA, LKM). Jsou nasazeny kortikoidy v úvodní dávce 60 mg/den s postupnou retrakcí dávky, na nichž dochází k promptnímu ústupu horeček a zlepšení celkového stavu. Po této druhé, zhruba měsíční hospitalizaci je tedy pacient úspěšně dimitován do domácí péče s diagnózou proběhlé purulentní meningitidy bez průkazu agens a

imunokomplexové patologické reakce při neznámém autoimunitním onemocnění, s podezřením na netypický průběh M. Crohn. Doporučeno dovyšetření v Revmatologickém ústavu. Revmatologem je nakonec celá pacientova anabáze uzavřena jako Stillova choroba začínající v dospělosti. Pacientův stav je stabilizovaný na dávce 15 mg Prednisonu denně.

Stillova choroba počínající v dospělosti (Adult-onset Still's disease, MO6.1 dle MKN-10) je vzácné revmatologické autoimunitní onemocnění, popsané poprvé Bywatersem roku 1971. Onemocnění je pojmenováno po britském pediatru Siru Georgi Fredericu Stillovi (1861–1941), jenž objevil a popsal juvenilní idiopatickou artritidu v dětském věku (jejíž generalizovaná systémová forma se též nazývá Stillova choroba počínající v adolescenci, nebo prostě jen Stillova choroba). Příčina Stillovy choroby v dospělosti je neznámá. Vyskytuje se po celém světě, bez preference pohlaví, s maximem výskytu ve věkové kategorii 15-35 let. Její prevalence dosahuje 1,5 na 1 milion obyvatel. Projevu se vysokými horečkami, bolestmi svalů a kloubů a dalšími orgánovými projevy, které se případ od případu mohou lišit (iridocyklitis, faryngitis, hepatosplenomegalie, tubulointersticiální nefritida, orchiepididymitida, peritonitida, lymfadenopatie v různých lokalitách, perikarditida, myokarditida, lososově růžový exantém - salmon pink rash). Při zpětném ohledu si lze povšimnout, že většina z těchto příznaků byla u našeho pacienta přítomna, upozorňují též na ústup symptomů po prvotním podání kortikoidů při léčbě předpokládané orchiepididymitidy a jejich recidivu po vysazení léčby. Meningitida u tohoto onemocnění typicky popisována není. Laboratorně je pro toto onemocnění charakteristická negativita veškerých nálezů snažících se odhalit případnou infekční příčinu ať již celkovou nebo fokální, krevní malignitu, ale i negativita autoimunitních protilátek. V laboratorních nálezech tedy verifikujeme pouze nespecifickou elevaci zánětlivých parametrů včetně leukocytosy, anémii a dále se vyskytuje mírná elevace jaterních enzymů, hypoalbuminémie, je popisována elevace ferritinu (parametry metabolismu Fe nebyly v našem případě nikde nabírány). Diagnóza onemocnění je klinická, založená na vyloučení ostatních příčin febrilního stavu. Mezi komplikace onemocnění patří zejména rozvoj chronických artritid, pleurálního výpotku a zánětlivé onemocnění srdce. V léčbě se využívají NSAID, kortikoterapie, v těžších případech v kombinaci s metotrexátem. Přibližně u jedné třetiny pacientů se Stillovou chorobou dojde k celkové úzdavě bez nutnosti další terapie a zůstane tedy u jediné epizody onemocnění, u další třetiny může dojít k recidivám a u třetiny se vyvine chronické stádium s nutností trvalé medikamentosní terapie (kortikodependence).

AZBEST

DOTAZ:

Někteří pacienti, kteří bydlí v panelácích z 60-80. let, se po přečtení článků o uzavírání škol kvůli vyšší koncentraci azbestu ptají, zda mohou být vystaveni také zvýšené koncentraci azbestu po proběhlé rekonstrukci. Při zateplování je u nich vrtáno do panelů, vybourávány části přiček uvnitř bytů při rekonstrukci uvnitř a také při změnách na vodovodním potrubí někdy frézují a brousí do panelu. Všude stírali jemný prach z nábytku a bojí se, že jej i dýchali, a mají obavy z toho, co by mohl obsahovat - zda i azbest. Co by měli udělat, jsou vhodná nějaká opatření nebo měření? Je možné poškození zdraví? Jak se mu bránit?

ODPOVĚĎ:

Již delší dobu se azbest kvůli svým karcinogenním účinkům považuje za jednu z nejvýznamnějších škodlivin, jíž může být člověk vystaven v pracovním i mimopracovním prostředí. Jde o přírodní látku, známou již od pradávna. K jeho mohutnému rozšíření ve výrobě a ve stavebnictví došlo až v minulém století díky jeho vynikajícím fyzikálním a chemickým vlastnostem. Negativní účinky azbestu na zdraví byly poznány až opožděně, zejména jeho nejzávažnější účinky karcinogenní. To vedlo k zákazu práce s azbestem ve většině států v posledních třech desetiletích. Tento zákaz neplatí pro odstraňování a likvidaci azbestu. Stavebnictví se tak stalo hlavním odvětvím, kde mohou být pracovníci různých profesí exponováni azbestu. Demolice a odstraňování azbestu z budov může při nevhodných technologických postupech vést i k určité expozici obyvatelstva.

V panelovém domě proběhla rekonstrukce - vč. úprav na panelech (řezání, broušení, vrtání). Je nutné či kdy je vhodné nechat změřit množství azbestu? Je měření složité

či finančně náročné? Co je nutné zařídit v případě, že by bylo množství azbestu zvýšené? Na jak dlouho by to mohlo přerušit chod např. ZZ v takovém domě a je případná sanace finančně náročná procedura? Kde to nejsnáze zjistit? Práce, při nichž jsou ze stavby odstraňovány stavební prvky s obsahem azbestu, musejí být prováděny tak, aby se azbestová vlákna nešířila do okolí. Po ukončení takových prací by měl být, v případě přítomnosti azbestových vláken, vnitřní prostor stavby asanován za pomoci speciálních technologií. Posléze se doporučuje provést kontrolní měření na základě kterého bude zřejmé, zda jsou dodrženy hygienické limity pro pracovní prostředí resp. pobytové místnosti staveb (školy, zdravotnická zařízení, ubytovací zařízení aj.). Limity azbestového prachu pro venkovní prostředí či byty neexistují. Měření je možno si objednat u Zdravotních ústavů v jednotlivých krajích či akreditovaných soukromých laboratořích a mělo by být provedeno v souladu s u nás platnou technickou normou. Finanční náročnost měření závisí na rozsahu měření. Na to se ale majitel resp. uživatel objektu nemůže, vzhledem k závažnosti problematiky, ohlížet. Veškerá známá onemocnění z azbestu souvisejí výhradně s profesionální expozicí při výkonu práce. Nicméně vzhledem k tomu, že azbest má karcinogenní účinky, je třeba se dle možností expozici vyvarovat.

Jak pravděpodobné je vůbec riziko, že by v obyčejném panelovém domě mohl nějaký azbest být?

Přímo v běžných panelech azbest nebyl, ale v rámci objektu mohl být použit (odpadní potrubí ap.). Garanci bez měření nikdo dát nemůže. Ve školách byly používány tzv. Boletické panely (speciální), které se používaly speciálně k opláštění budovy. Není ale třeba se v případě panelového domu na sídlišti strachovat, není známo, že by azbest byl v panelech, ze kterých se stavěly bytové domy na sídlišťích.

MUDr. Miroslav Slavík, Hygienická stanice hl. m. Prahy

ZNALOSTNÍ TESTY V PRACTICUSU

DOTAZ:

Vážení, zajímalo by mě, kdy už budou k dispozici testy v časopisu Practicus. Už jsem vám jednou kvůli tomu psala, nicméně od té doby uplynuly již měsíce a testy stále nejsou. Doufám, že tuto aktivitu nebudete ukončit.

ODPOVĚĎ:

Vážená paní kolegyně, omlouváme za tuto nepříjemnost. Mnoho kolegů si zvyklo pravidelně studovat formou našich znalostních testů. K současné situaci došlo změnou ve stavovském předpisu České lékařské společnosti (ČLK) č. 16, který přinesl nové podmínky v požadavcích na platby

za akreditaci vzdělávacích akcí, včetně znalostních testů, které byly významně (mnohonásobně navýšeny). Současně bylo významně sníženo bodové hodnocení vzdělávacích akcí. Proti těmto novým podmínkám ze strany ČLK protestovala Česká lékařská společnost (ČLS JEP) a v současné době stále není jasné, jak a za jakých podmínek bude nadále akreditace udělována.

Doufáme ale, že tato situace bude v blízké budoucnosti dořešena a že se brzy dočkáte pokračování znalostních testů v našem časopise.

Jaroslava Laňková, šéfredaktorka

AKTUÁLNÍ ZMĚNY V LEGISLATIVĚ 2012

Poznámky redakce: zeleně

Legislativní změny za poslední období: červeně

Zákon č. 361/2000 Sb. o provozu na pozemních komunikacích (aktuální znění, účinné od 1.1.2012)

Pozn. redakce: uvádíme pouze odstavce, kde došlo ke změnám ohledně zdravotního posuzování řidičů.

Oznamovací povinnost **posuzujícího** lékaře v případě nezpůsobilosti či podmíněné způsobilosti řidiče není novinkou! Zde dochází pouze ke zpřesnění formulace místa, kam se podává hlášení - viz § 86, 88.

Novinkou ale je oznamovací povinnost **kteréhokoliv** lékaře, který zjistí nezpůsobilost nebo podmíněnou způsobilost řidiče - viz nový § 89a.

§ 86

Je-li žadatel o řidičské oprávnění nebo držitel řidičského oprávnění podle posouzení zdravotní způsobilosti zdravotně způsobilý k řízení motorových vozidel s podmínkou nebo zdravotně nezpůsobilý k řízení motorových vozidel, oznámí posuzující lékař neprodleně tuto skutečnost **příslušnému** obecnímu úřadu obce s rozšířenou působností **příslušnému podle obvyklého bydliště nebo místa studia žadatele o řidičské oprávnění nebo držitele řidičského oprávnění** a zašle mu kopii posudku o zdravotní způsobilosti.

§ 88

(4) Je-li povinná osoba podle výsledku pravidelné lékařské prohlídky zdravotně způsobilá s podmínkou nebo zdravotně nezpůsobilá, oznámí posuzující lékař tuto skutečnost obecnímu úřadu obce s rozšířenou působností **příslušnému podle obvyklého bydliště nebo místa studia** povinné osoby a u osob uvedených v § 87 odst. 1, které jsou v pracovněprávním vztahu, i zaměstnavateli.

§ 89a

Lékař, který zjistí, že žadatel o řidičské oprávnění nebo držitel řidičského oprávnění je zdravotně způsobilý k řízení motorových vozidel s podmínkou nebo není zdravotně způsobilý k řízení motorových vozidel, je povinen o této skutečnosti neprodleně informovat obecní úřad obce s rozšířenou působností příslušný podle obvyklého bydliště nebo místa studia žadatele o řidičské oprávnění nebo držitele řidičského oprávnění.

§ 87a

Dopravně psychologické vyšetření

(8) Povinnost dopravně psychologického vyšetření se netýká řidiče, který provádí silniční dopravu soukromé povahy, pokud není prováděna za úplatu, a dále řidičů vozidel požární ochrany, řidičů vozidel policie, **Vězeňské služby České republiky, zpravodajských služeb** a řidičů vozidel ozbrojených sil České republiky.

VYHLÁŠKA č. 425/2011 Sb. o stanovení hodnot bodu, výše úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění a regulačních omezení objemu poskytnuté zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění pro rok 2012

(ze dne 15. prosince 2011)

Z prostorových důvodů uvádíme pouze výňatky relevantní pro VPL. Pro lepší přehlednost jsme použili zvýraznění důležitých míst.

§ 2

- (1) Referenčním obdobím se rozumí pro účely příloh č. 1, 4 a 8 k této vyhlášce rok 2010 a pro účely příloh č. 3, 5, 6 a 7 k této vyhlášce příslušné pololetí roku 2010.
- (2) Hodnoceným obdobím se rozumí pro účely příloh č. 1, 4 a 8 k této vyhlášce rok 2012 a pro účely příloh č. 3, 5, 6 a 7 k této vyhlášce příslušné pololetí roku 2012.
- (3) Unikátním pojištěncem se pro účely této vyhlášky rozumí jeden pojištěnec příslušné zdravotní pojišťovny ošetřený zdravotnickým zařízením v dané odbornosti v hodnoceném nebo referenčním období alespoň jednou, s tím, že není rozhodné, zda se jedná o ošetření v rámci vlastní péče nebo péče vyžádané. Pokud byl tento pojištěnec zdravotnickým zařízením v dané odbornosti ošetřen v příslušném hodnoceném období nebo referenčním období vícekrát, zahrnuje se do počtu unikátních pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny ošetřených v dané odbornosti pouze jednou. V případě sloučení zdravotních pojišťoven se počtem unikátních pojištěnců rozumí součet unikátních pojištěnců zdravotních pojišťoven, které se sloučily. Pokud byl pojištěnec v referenčním období pojištěncem více než jedné zdravotní pojišťovny, do počtu unikátních ošetřených pojištěnců se započítává pouze jednou.
- (4) Při výpočtu celkového počtu zdravotnickým zařízením vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů za výkony za referenční období podle příloh č. 3, 5 až 8 k této vyhlášce se těmito body rozumí body přepočtené podle seznamu výkonů ve znění účinném k 1. lednu 2012.

§ 3

Pro zdravotní péči poskytovanou zahraničním pojištěncům hrazenou podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu v § 8, 12 a 14 a v přílohách č. 1 až 8 k této vyhlášce.

§ 5

Pro zdravotní péči poskytovanou praktickými lékaři a praktickými lékaři pro děti a dorost hrazenou kombinovanou kapitačně výkonovou platbou, kombinovanou kapitačně výkonovou platbou s dorovnáním kapitace, nebo podle seznamu

výkonů, se hodnota bodu, výše úhrad zdravotní péče a regulační omezení stanoví v příloze č. 2 k této vyhlášce.

§ 14

Pro zdravotní péči poskytovanou v rámci lékařské služby první pomoci hrazenou podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 0,95 Kč.

§ 17

Pro neodkladnou zdravotní péči v nesmluvních zdravotnických zařízeních hrazenou podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 85 % hodnoty bodu stanovené v § 8, 12 a 14 a v přílohách č. 1 až 8 k této vyhlášce. Výsledná hodnota bodu se zaokrouhluje na 2 desetinná místa.

Příloha č. 2 k vyhlášce č. 425/2011 Sb.

Hodnota bodu, výše úhrad zdravotní péče a regulační omezení podle § 5

A) Kombinovaná kapitačně výkonová platba

1. Výše kapitační platby se vypočte podle celkového počtu zdravotnickým zařízením registrovaných přepočtených pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny, násobeného základní sazbou stanovenou na jednoho zdravotnickým zařízením registrovaného pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny na kalendářní měsíc. Počet přepočtených pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny se vypočte vynásobením počtu zdravotnickým zařízením registrovaných pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny v jednotlivých věkových skupinách podle bodu 7, násobených indexem podle bodu 7. Výše základní sazby, popřípadě celková výše úhrady, může být navýšená při splnění podmínek stanovených ve smlouvě mezi zdravotní pojišťovnou a zdravotnickým zařízením.

Základní sazba podle věty první se stanoví ve výši

- a) **50 Kč** pro praktické lékaře a praktické lékaře pro děti a dorost, kteří poskytují zdravotní péči v rozsahu alespoň 30 ordinačních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, přičemž alespoň 1 den v týdnu mají ordinační hodiny prodlouženy do 18 hodin a umožňují pojištěncům objednat se alespoň 2 dny v týdnu na pevně stanovenou hodinu,
- b) **49 Kč** pro praktické lékaře, kteří poskytují zdravotní péči v rozsahu alespoň 25 ordinačních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, přičemž alespoň 1 den v týdnu mají ordinační hodiny prodlouženy nejméně do 18 hodin. Pokud to místní podmínky vyžadují, mohou se zdravotní pojišťovna se zdravotnickým zařízením dohodnout na prodloužení ordinačních hodin odlišně,
- c) **47 Kč** pro ostatní praktické lékaře,
- d) **49 Kč** pro ostatní praktické lékaře pro děti a dorost.

2. Výkony podle seznamu výkonů zahrnuté do kapitační platby v odbornosti 001 podle seznamu výkonů:

výkon	Název
01023	CÍLENÉ VYŠETŘENÍ PRAKTICKÝM LÉKAŘEM
01024	KONTROLNÍ VYŠETŘENÍ PRAKTICKÝM LÉKAŘEM
01025	KONZULTACE PRAKTICKÉHO LÉKAŘE RODINNÝMI PŘÍSLUŠNÍKY PACIENTA
01030	ADMINISTRATIVNÍ ÚKONY PRAKTICKÉHO LÉKAŘE
09215	INJEKCE I. M., S. C, I. D.

09216	INJEKCE DO MĚKKÝCH TKÁNÍ NEBO INTRADERMÁLNÍ PUPENY V RÁMCI REFLEXNÍ LÉČBY
09217	INTRAVENÓZNÍ INJEKCE U KOJENCE NEBO DÍTĚTE DO 10 LET
09219	INTRAVENÓZNÍ INJEKCE U DOSPĚLÉHO ČI DÍTĚTE NAD 10 LET
09220	KANYLACE PERIFERNÍ ŽÍLY VČETNĚ INFÚZE
09233	INJEKČNÍ OKRSKOVÁ ANESTEZIE
09237	OŠETŘENÍ A PŘEVÁZ RÁNY OD 1 CM ² DO 10 CM ²
09507	PSYCHOTERAPIE PODPŮRNÁ PROVÁDĚNÁ LÉKAŘEM NEPSYCHIATREM
09511	MINIMÁLNÍ KONTAKT LÉKAŘE S PACIENTEM
09513	TELEFONICKÁ KONZULTACE OŠETŘUJÍCÍHO LÉKAŘE PACIENTEM
09523	EDUKAČNÍ POHOVOR LÉKAŘE S NEMOCNÝM ČI RODINOU
09525	ROZHOVOR LÉKAŘE S RODINOU
44239	OŠETŘENÍ A PŘEVÁZ BÉRCOVÉHO VŘEDU LÉKAŘEM (1 BÉREC)
71511	VYJMUTÍ CIZÍHO TĚLESA ZE ZVUKOVODU
71611	VYNĚTÍ CIZÍHO TĚLESA Z NOSU - JEDNODUCHÉ

- 4. Pro zdravotní výkony nezahrnuté do kapitační platby a zdravotní výkony za neregistrované pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny, zdravotnickým zařízením vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané, hrazené podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu ve výši 1,08 Kč.
- 5. Pro výkony dopravy v návštěvní službě, hrazené podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu ve výši 0,90 Kč.
- 6. Index vyjadřuje poměr nákladů na pojištěnce v dané věkové skupině vůči nákladům na pojištěnce ve věkové skupině 15 až 19 let.
- 7. Věkové skupiny a indexy:

Věková skupina	Index	Věková skupina	Index
0-4 roky	3,91	45 - 49 let	1,10
5 - 9 let	1,70	50 - 54 let	1,35
10-14 let	1,35	55 - 59 let	1,45
15-19 let	1,00	60 - 64 let	1,50
20 - 24 let	0,90	65 - 69 let	1,70
25 - 29 let	0,95	70 - 74 let	2,00
30 - 34 let	1,00	75 - 79 let	2,40
35 - 39 let	1,05	80 - 84 let	2,90
40 - 44 let	1,05	85 a více let	3,40

B) Kombinovaná kapitačně výkonová platba s dorovnáním kapitace

- 1. Výše kapitační platby s dorovnáním kapitace se stanoví podle části A) bodu 1. Dorovnání kapitace se poskytuje v případech, kdy praktický lékař nebo praktický lékař pro děti a dorost má, s ohledem na geografické podmínky, má menší počet přepočtených registrovaných pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny, než je 70 % celostátního průměrného počtu takových pojištěnců (celostátní průměr-

- ný počet se stanoví vždy pro daný kalendářní rok podle údajů Centrálního registru pojištěnců, spravovaného Všeobecnou zdravotní pojišťovnou České republiky) a poskytování takové zdravotní péče je nezbytné ke splnění povinností zdravotní pojišťovny podle § 46 odst. 1 zákona.
- Dorovnání kapítace lze poskytnout až do výše 90 % kapitační platby vypočtené na celostátní průměrný počet přepočtených registrovaných pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny. Na dorovnání se podílí zdravotní pojišťovna, se kterou má zdravotnické zařízení uzavřenu smlouvu o poskytování a úhradě zdravotní péče, podílem, který odpovídá procentu jejich pojištěnců z přepočtených pojištěnců registrovaných tímto zdravotnickým zařízením.
 - Pro úhradu výkonů podle seznamu výkonů se body 4 až 6 části A) použijí obdobně.

C) Zdravotní péče hrazená podle seznamu výkonů

Pro zdravotní péči hrazenou podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 0,95 Kč; pro výkony dopravy v návštěvní službě se stanoví hodnota bodu ve výši 0,90 Kč.

D) Regulační omezení

1. Regulace na předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky a na vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech (do vyžádané péče se nezahrnují zdravotní výkony mamografického screeningu a screeningu kolorektálního karcinomu prováděné zdravotnickým zařízením, které má se zdravotní pojišťovnou na poskytování těchto zdravotních výkonů uzavřenu smlouvu) a odbornosti 902:

- 1.1. Pokud průměrná úhrada za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané zdravotnickým zařízením, vztažená na jednoho přepočteného pojištěnce, převyší 120 % celostátní průměrné úhrady za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky, je zdravotní pojišťovna oprávněna uplatnit regulační srážku do výše 25 % z překročení. Do průměrné úhrady na jednoho přepočteného pojištěnce se započítávají i doplatky za léčivé přípravky, u kterých předepisující lékař vyloučil možnost nahrazení podle § 32 odst. 2 zákona, a které zdravotní pojišťovna uhradila. Zdravotní pojišťovna zohlední případy, kdy zdravotnické zařízení prokáže, že zvýšená průměrná úhrada za zdravotnickým zařízením předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky vztažená na jednoho přepočteného pojištěnce byla způsobena změnou výše nebo způsobu jejich úhrady, popřípadě v důsledku změn struktury ošetřených pojištěnců.
- 1.2. Pokud průměrná úhrada za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech a odbornosti 902, podle seznamu výkonů, vztažená na jednoho přepočteného pojištěnce převyší 120 % celostátní průměrné úhrady za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech a odbornosti 902, podle seznamu výkonů, je zdravotní pojišťovna oprávněna uplatnit regulační srážku do výše 25 % z tohoto překročení.
- Regulační omezení podle bodu 1.1 a 1.2 se nepoužijí, pokud zdravotnické zařízení odůvodní poskytnutou zdravotní péči, na jejímž základě došlo k překročení průměrných úhrad podle bodu 1.1, popřípadě 1.2.
- Regulační omezení podle bodu 1.1 a 1.2 se dále nepoužijí, pokud zdravotnické zařízení v roce 2011 nebo 2012 registrovalo 50 a méně pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny nebo poskytlo zdravotní péči 50 a méně neregistrovaným pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny nebo jednalo se o zdravotní péči poskytnutou zahraničním

pojištěncům.

- Regulační omezení podle bodu 1.1 se nepoužijí, pokud celková úhrada za veškeré léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané praktickými lékaři a praktickými lékaři pro děti a dorost v roce 2012, sledovaná za každou odbornost zvlášť, nepřevyší předpokládanou výši úhrad na příslušný druh zdravotní péče na rok 2012, vycházející ze zdravotně pojistného plánu příslušné zdravotní pojišťovny.
- Regulační omezení podle bodu 1.2 se nepoužijí, pokud celková úhrada za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech a odbornosti 902 v roce 2012 nepřevyší předpokládanou výši úhrad na tento druh zdravotní péče na rok 2012, vycházející ze zdravotně pojistného plánu příslušné zdravotní pojišťovny.
- Zdravotní pojišťovna je oprávněna uplatnit regulační srážku podle bodů 1.1 a 1.2 maximálně do výše odpovídající 15 % objemu úhrady poskytnuté touto zdravotní pojišťovnou zdravotnickému zařízení za kapitační platbu a zdravotní výkony snížené o objem úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky za rok 2012.
- Pokud zdravotnické zařízení poskytuje zdravotní péči ve více odbornostech, regulační omezení podle bodu 1.1 a 1.2 zdravotní pojišťovna vypočte, popřípadě uplatní, za každou odbornost zvlášť, pokud se zdravotní pojišťovna se zdravotnickým zařízením nedohodnou jinak.

Zákon 187/2006 Sb. o nemocenském pojištění (znění účinné od 1.1.2012)

Zveřejňujeme jen vybrané části, obsahující změny u dočasné pracovní neschopnosti, relevantní pro VPL.

Novinkou je vymezení vycházek praceneschopného, dále nové oznamovací povinnosti a v neposlední řadě i vymezení správních deliktů.

HLAVA II

POSUZOVÁNÍ DOČASNÉ PRACOVNÍ NESCHOPNOSTI

Díl 1

Základní pojmy

§ 55

Dočasná pracovní neschopnost

- Pokud pojištěnci po ukončení dočasné pracovní neschopnosti vznikne v následujícím kalendářním dni další dočasná pracovní neschopnost, považuje se tato dočasná pracovní neschopnost za pokračování předcházející dočasné pracovní neschopnosti; **to však neplatí, jestliže tato další dočasná pracovní neschopnost byla uznána k jiné pojištěné činnosti.**

§ 56

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

- Změnit místo pobytu v době dočasné pracovní neschopnosti smí pojištěnec pouze s předchozím souhlasem ošetřujícího lékaře. Byla-li pojištěnci podle věty první povolena změna místa pobytu v době dočasné pracov-

ní neschopnosti v období prvních 14 kalendářních dnů dočasné pracovní neschopnosti a v období od 1. ledna 2012 do 31. prosince 2013 v období prvních 21 kalendářních dnů dočasné pracovní neschopnosti, popřípadě náleželi-li pojištěnci po uplynutí tohoto období v době dočasné pracovní neschopnosti nadále započitatelný příjem [§ 16 písm. b)] také v období, po které mu v době dočasné pracovní neschopnosti náleží tento příjem, je pojištěnec povinen tuto změnu místa pobytu předem písemně nebo jinak prokazatelně oznámit zaměstnavateli. Změnu místa pobytu dočasné práce neschopného pojištěnce z důvodu pobytu v cizině může ošetřující lékař povolit jen po předchozím písemném souhlasu příslušného orgánu nemocenského pojištění; o souhlas orgánu nemocenského pojištění žádá tento orgán pojištěnec.

- (6) Vycházky podle odstavce 2 písm. c) může ošetřující lékař povolit pouze v rozsahu, který odpovídá zdravotnímu stavu dočasné práce neschopného pojištěnce a který narušuje stanovený léčebný režim. Ošetřující lékař může vycházky povolit podle věty první nejvýše v celkovém rozsahu 6 hodin denně, a to v době od 7 hodin do 19 hodin; přitom vymezí konkrétní časový úsek nebo časové úseky těchto vycházek. Výjimečně může ošetřující lékař v případech, kdy mimořádně náročný léčebný plán, probíhající intenzivní léčba, nepříznivé vedlejší účinky léčby nebo celkově závažný zdravotní stav neumožňují pojištěnci, aby využil pevně stanovenou dobu vycházek, na žádost dočasné práce neschopného pojištěnce a po předchozím písemném souhlasu příslušného orgánu nemocenského pojištění uděleného na základě žádosti ošetřujícího lékaře povolit, aby si tento pojištěnec volil dobu vycházek podle svého aktuálního zdravotního stavu. Povolit vycházky podle věty třetí lze nejvýše na dobu 3 měsíců; takto lze vycházky povolit i opakovaně.

§ 59

Ukončování dočasné pracovní neschopnosti

- (1) Ošetřující lékař rozhodne o ukončení dočasné pracovní neschopnosti
- a) pojištěnce, jestliže vyšetřením zjistí, že mu jeho zdravotní stav umožňuje vykonávat dosavadní pojištěnou činnost, a to dnem, kdy tuto skutečnost zjistil, nebo nejpozději třetím kalendářním dnem následujícím po dni tohoto vyšetření; pokud ošetřující lékař ukončí dočasnou pracovní neschopnost pozdějším než třetím kalendářním dnem následujícím po tomto vyšetření, má se za to, že dočasná pracovní neschopnost skončila tímto třetím kalendářním dnem,
- b) pojištěnce, jestliže uplynulo alespoň 180 dnů trvání dočasné pracovní neschopnosti a vyšetřením zjistí, že zdravotní stav je stabilizovaný a je předpoklad, že pojištěnec již nebude moci vykonávat dosavadní pojištěnou činnost, a to 30. kalendářním dnem následujícím po dni tohoto vyšetření; to neplatí, jde-li o dočasnou pracovní neschopnost vojáka z povolání a příslušníka bezpečnostního sboru,
- (2) Dočasná pracovní neschopnost končí třicátým dnem ode dne následujícího po dni, v němž byl pojištěnec posudkem okresní správy sociálního zabezpečení uznán invalidním. Byl-li pojištěnec uznán invalidním na základě výsledku soudního řízení o žalobě, končí dočasná pracovní neschopnost třicátým dnem ode dne následujícího po dni, v němž orgán rozhodující o invalidním důchodu obdržel rozhodnutí soudu; tento orgán je povinen neprodleně písemně vyzoomět ošetřujícího lékaře o tom, v kterém dni

toto rozhodnutí soudu obdržel. Ošetřující lékař vyznačí den ukončení dočasné pracovní neschopnosti z důvodu uznání invalidity na předepsaném tiskopisu.

§ 61

Povinnosti ošetřujícího lékaře

- b) vést evidenci dočasné práce neschopných pojištěnců, u nichž rozhodl o vzniku dočasné pracovní neschopnosti nebo které převzal do své péče; touto evidencí se rozumí písemný záznam ► o každém rozhodnutí o vzniku a o ukončení dočasné pracovní neschopnosti, který obsahuje evidenční číslo předepsaného tiskopisu, jméno, popřípadě jména (dále jen „jméno“) a příjmení pojištěnce, datum vzniku dočasné pracovní neschopnosti, diagnostický kód nemoci nebo úrazu, den ► ošetření a datum další kontroly, datum ukončení dočasné pracovní neschopnosti a případný údaj o předání nebo převzetí dočasné práce neschopného pojištěnce s uvedením data předání nebo převzetí, jména a příjmení lékaře, kterému byl tento pojištěnec předán do péče nebo od něhož byl převzat do péče, a adresy pracoviště tohoto lékaře, nebo s uvedením data předání nebo převzetí, názvu zdravotnického zařízení včetně příslušné odbornosti, do jehož péče byl tento pojištěnec předán nebo od něhož byl převzat do péče, a adresy pracoviště tohoto zdravotnického zařízení,
- g) rozhodnout na žádost pojištěnce o povolení vycházek a změně jejich rozsahu nebo doby nebo o povolení změny místa pobytu v době dočasné pracovní neschopnosti v případech uvedených v § 56 odst. 3 věty první a třetí a o tomto rozhodnutí informovat nejpozději v následující pracovní den příslušný orgán nemocenského pojištění na předepsaném tiskopise; je-li třeba k povolení změny místa pobytu v době dočasné pracovní neschopnosti a k povolení vycházek podle § 56 odst. 6 věty třetí předchozího souhlasu orgánu nemocenského pojištění, může povolit tuto změnu nebo tyto vycházky jen na základě tohoto předchozího souhlasu,
- h) posuzovat v průběhu dočasné pracovní neschopnosti, zda u pojištěnce došlo k obnovení pracovní schopnosti, a po uplynutí 180 kalendářních dnů dočasné pracovní neschopnosti spolu s příslušným lékařem orgánu nemocenského pojištění zhodnotit, zda je zdravotní stav pojištěnce stabilizovaný,
- j) potvrdit pojištěnci na předepsaném tiskopisu nejméně jednou měsíčně pro účely výplat dávek nebo poskytování náhrady mzdy, platu nebo odměny nebo sníženého platu (snížené odměny) v době dočasné pracovní neschopnosti trvání dočasné pracovní neschopnosti, a to ke dni vydání tohoto potvrzení nebo nejvýše 3 kalendářní dny dopředu; trvá-li dočasná pracovní neschopnost déle než 14 kalendářních dnů a v období od 1. ledna 2012 do 31. prosince 2013 déle než 21 kalendářních dnů, je povinen potvrdit pojištěnci pro účely poskytování náhrady mzdy, platu nebo odměny nebo sníženého platu (snížené odměny) její trvání vždy ke 14. kalendářnímu dni a v období od 1. ledna 2012 do 31. prosince 2013 k 21. kalendářnímu dni ode dne jejího vzniku,
- k) zaznamenat v rozhodnutí o vzniku dočasné pracovní neschopnosti den převzetí pojištěnce do své péče a den propuštění pojištěnce ze své péče, den nástupu do ústavní péče a den ukončení ústavní péče a den dalšího ošetření nebo kontroly; pokud pojištěnci při propuštění z ústavní péče nebo komplexní lázeňské péče jeho zdraDil 2

votní stav neumožňuje vykonávat dosavadní pojištěnou činnost, popřípadě netrvá-li již tato činnost, plnit povinnosti uchazeče o zaměstnání, stanovit termín, do kterého je pojištěnec povinen dostavit se ke kontrole dočasné pracovní neschopnosti ošetřujícím lékařem, a to nejdéle do **sedmého** kalendářního dne ode dne ukončení ústavní péče nebo komplexní lázeňské péče,

- l) informovat písemně o ukončení dočasné pracovní neschopnosti, **délce jejího trvání a diagnóze, pro kterou byl pojištěnec uznán dočasně práce neschopným**, lékaře, který registruje pojištěnce⁴²⁾, a to do 7 kalendářních dnů, uzná-li pojištěnec dočasně práce neschopným jiný ošetřující lékař než jeho registrující lékař; **je-li pojištěnec vojákem z povolání, je povinen informovat do 7 kalendářních dnů též o vzniku dočasné pracovní neschopnosti**,
- m) rozhodnout o ukončení dočasné pracovní neschopnosti v případech uvedených v § 59 odst. 1 písm. a) až j) v den, ve kterém zjistil, že netrvají důvody dočasné pracovní neschopnosti,
- n) oznámit pojištěnci na předepsaném tiskopisu změnu diagnózy nemoci, která odůvodňuje dočasnou pracovní neschopnost, a to nejpozději v pracovní den následující po dni, kdy o této změně rozhodl, **a příslušnému orgánu nemocenského pojištění na předepsaném tiskopisu zásadní změnu diagnózy nemoci, která odůvodňuje dočasnou pracovní neschopnost, a to nejpozději do 7 kalendářních dnů; zásadní změnou diagnózy se zde rozumí změna povahy chorobného procesu nebo změna jeho etiologie**,
- o) oznámit příslušnému orgánu nemocenského pojištění a zaměstnavateli porušení režimu dočasné práce neschopného pojištěnce, a to nejpozději v následující pracovní den po dni, kdy se dozvěděl o tomto porušení,
- u) vést **ve zdravotnické dokumentaci** údaje o průběhu dočasné pracovní neschopnosti včetně záznamů o výsledku vlastních vyšetření a lékařských zpráv pořízených jinými lékaři a vyplňovat potřebné údaje na předepsaných tiskopisech,
- v) sdělit **písemně nebo v elektronické podobě** zaměstnavateli dočasně práce neschopného pojištěnce na jeho žádost informace uvedené v § 65 odst. 2 písm. b), **a to nejpozději v pracovní den následující po dni obdržení této žádosti, a dále písemně nebo v elektronické podobě neprodleně sdělit, že vyšetřením zjistil, že zdravotní stav pojištěnce je stabilizovaný a je předpoklad, že pojištěnec již nebude moci vykonávat dosavadní pojištěnou činnost, že jeho dočasná pracovní neschopnost bude ukončena podle § 59 odst. 1 písm. b) a že tento předpoklad je důvodem pro lékařskou prohlídku zařízením závodní preventivní péče ze zdravotních důvodů podle § 62**,
- w) vystavit ve stanovených případech doklady nebo tiskopisy v souladu s právem Evropských společenství a s mezinárodními smlouvami,
- x) informovat předem pojištěnce, že po stanovenou dobu nemá oprávnění rozhodovat ve věcech dočasné pracovní neschopnosti [§ 79 odst. 1 písm. c)],
- y) **vyznačit v rozhodnutí o ukončení dočasné pracovní neschopnosti den ukončení dočasné pracovní neschopnosti podle § 59 odst. 2**,
- z) informovat pojištěnce o jeho povinnosti podrobit se podle § 64 odst. 1 písm. q) v zařízení závodní preventivní péče lékařské prohlídce ze zdravotních důvodů, **neboť jeho dočasná pracovní neschopnost bude ukončena podle § 59 odst. 1 písm. b), a o podání této informace učinit**

záznam ve zdravotnické dokumentaci.

§ 62

Povinnosti zaměstnavatele a zařízení závodní preventivní péče

- (1) Zaměstnavatel je povinen po obdržení sdělení ošetřujícího lékaře podle § 61 písm. v) o ukončení dočasné pracovní neschopnosti zaměstnance podle § 59 odst. 1 písm. b) s uvedením, že je předpoklad, že pojištěnec již nebude moci vykonávat dosavadní pojištěnou činnost a že tento předpoklad je důvodem pro lékařskou prohlídku zařízením závodní preventivní péče ze zdravotních důvodů, požádat neprodleně zařízení závodní preventivní péče o provedení této prohlídky s uvedením důvodů.
- (2) Zařízení závodní preventivní péče je povinno na základě žádosti zaměstnavatele podle odstavce 1 provést lékařskou prohlídku ze zdravotních důvodů a vydat ve lhůtě do 7 dnů a v případě nutnosti došetření zdravotního stavu do 15 dnů posudek o zdravotní způsobilosti nebo nezpůsobilosti dočasně práce neschopného pojištěnce vykonávat dosavadní pojištěnou činnost a tento posudek zaslat nebo předat pojištěnci, jeho ošetřujícímu lékaři a zaměstnavateli, který požádal o provedení této prohlídky.

§ 63

Oprávnění ošetřujících lékařů a zařízení závodní preventivní péče

- (2) Zařízení závodní preventivní péče je oprávněno vyžádat si zprávu ošetřujícího lékaře o zdravotním stavu dočasně práce neschopného pojištěnce a průběhu a předpokládá ne dále trvání dočasné pracovní neschopnosti. **Zařízení závodní preventivní péče je oprávněno vyzvat dočasně práce neschopného pojištěnce, jehož dočasná pracovní neschopnost byla ukončena podle § 59 odst. 1 písm. b), aby se v určeném termínu dostavil k provedení lékařské prohlídky ze zdravotních důvodů za účelem vydání posudku o zdravotní způsobilosti nebo nezpůsobilosti pojištěnce vykonávat dosavadní pojištěnou činnost.**

Díl 5

Povinnosti a oprávnění zaměstnavatele

§ 65

- (2) Zaměstnavatel je oprávněn
 - b) požadovat **písemně nebo v elektronické podobě** od ošetřujícího lékaře informaci o místě pobytu zaměstnance v době dočasné pracovní neschopnosti a o rozsahu a době povolených vycházek,

Správní delikty

Oddíl 2

Správní delikty právnických osob

§ 138

- (1) Zdravotnické zařízení uvedené v § 54 odst. 1 se dopustí správního deliktu tím, že
 - f) neoznámí podle § 61 písm. n) orgánu nemocenského pojištění **zásadní** změnu diagnózy nemoci,
 - g) neoznámí podle § 61 písm. o) orgánu nemocenského pojištění **a zaměstnavateli** porušení režimu dočasné práce neschopného pojištěnce,
 - m) rozhoduje ve věcech dočasné pracovní neschopnosti nebo potřeby ošetřování v době zákazu stanoveného podle § 79 odst. 1 písm. c) **nebo neinformuje předem pojištěn-**

ce podle § 61 písm. x) nebo § 69 písm. i) o tom, že po stanovenou dobu nemá oprávnění rozhodovat ve věcech dočasné pracovní neschopnosti nebo potřeby ošetřování,

q) nezaznamená podle § 61 písm. k) v rozhodnutí o vzniku dočasné pracovní neschopnosti den převzetí pojištěnce do své péče a den propuštění pojištěnce ze své péče, den nástupu do ústavní péče a den ukončení ústavní péče a den dalšího ošetření nebo kontroly, a pokud pojištěnci jeho zdravotní stav při propuštění z ústavní péče nebo komplexní lázeňské péče neumožňuje vykonávat dosavadní pojištěnou činnost, nestanoví termín, do kterého je pojištěnec povinen se dostavit ke kontrole dočasné pracovní neschopnosti ošetřujícím lékařem, a to nejdéle do **sedmého** kalendářního dne ode dne ukončení ústavní péče nebo komplexní lázeňské péče.

§ 138a

- (1) Zdravotnické zařízení uvedené v § 54* odst. 1 se dále dopustí správního deliktu tím, že
- a) v rozporu s § 61 písm. a) nebo § 69 písm. a) nerozhodne o vzniku dočasné pracovní neschopnosti nebo potřeby ošetřování v den, kdy ji zjistilo,
- c) nedodrží dobu, ve které může vycházky povolit, nebo povolí vycházky mimo rozsah uvedený v § 56 odst. 6 anebo nepožádá o předchozí písemný souhlas lékaře orgánu nemocenského pojištění podle § 56 odst. 6,
- d) neoznámí podle § 61 písm. v) zaměstnavateli, že je předpoklad, že jeho dočasně práce neschopný zaměstnanec již nebude moci vykonávat dosavadní pojištěnou činnost a že dočasná pracovní neschopnost zaměstnance bude ukončena 30. kalendářním dnem po dni zjištění tohoto předpokladu,
- e) v rozporu s § 61 písm. c) nestanoví režim dočasně práce neschopného pojištěnce nebo pojištěnce o tomto režimu neinformuje,
- f) v rozporu s § 61 písm. h) neposoudí, zda u pojištěnce došlo k obnovení pracovní schopnosti, a po uplynutí 180 kalendářních dnů dočasné pracovní neschopnosti, zda je zdravotní stav pojištěnce stabilizovaný,
- g) neposkytne potřebnou součinnost podle § 61 písm. p) nebo § 69 písm. f) orgánu nemocenského pojištění při kontrole posuzování dočasné pracovní neschopnosti nebo potřeby ošetřování,
- h) nepředá pojištěnci podle § 61 písm. d) nebo § 69 písm. c) příslušný tiskopis,
- i) nepotvrdí podle § 61 písm. j) nebo podle § 69 písm. a) pojištěnci na předepsaném tiskopisu pro účely výplaty dávek nebo poskytování náhrady mzdy, platu nebo odměny v době dočasné pracovní neschopnosti trvání dočasné pracovní neschopnosti nebo trvání potřeby ošetřování,
- j) neinformuje podle § 61 písm. l) registrujícího lékaře pojištěnce ve stanovené lhůtě o ukončení a délce trvání dočasné pracovní neschopnosti a diagnóze,
- k) nepředá podle § 61 písm. s) zařízení závodní preventivní péče na jeho vyžádání zprávu o zdravotním stavu dočasně práce neschopného pojištěnce,
- l) nesdělí podle § 61 písm. v) zaměstnavateli dočasně práce neschopného pojištěnce na jeho žádost informace uvedené v § 65 odst. 2 písm. b),
- m) nezabezpečí podle § 61 písm. t) příslušné tiskopisy pro účely provádění pojištění nebo nevystaví podle § 61 písm. w) ve stanovených případech doklady nebo tiskopisy,
- n) neohlásí u vojáka z povolání registrujícímu lékaři do 7

- kalendářních dnů vznik dočasné pracovní neschopnosti podle § 61 písm. l),
- o) nevyhoví žádosti orgánu nemocenského pojištění podle § 66 odst. 2,
- p) nestanoví podle § 67 písm. a) těhotné pojištěnce očekávaný den porodu a tento den nepotvrdí na předepsaném tiskopise,
- q) nepotvrdí podle § 67 písm. b) na předepsaném tiskopise, že pojištěnka porodila, a den porodu, pokud se pojištěnce peněžitá pomoc v mateřství nevyplácela přede dnem porodu,
- r) neplní podle § 67 písm. c) povinnosti ošetřujícího lékaře uvedené v § 61 písm. t) a w),
- s) nepotvrdí podle § 67 písm. d) na předepsaném tiskopise, že matka dítěte nemůže nebo nesmí o dítě pečovat pro závažné dlouhodobé onemocnění [§ 32 odst. 1 písm. d)], pro které by byla uznána dočasně práce neschopnou podle § 57 odst. 1 písm. e), kdyby byla pojištěnkou,
- t) nevyznačí podle § 59 odst. 3 na rozhodnutí o ukončení dočasné pracovní neschopnosti ukončení dočasné pracovní neschopnosti v případě, že pojištěnec byl uznán invalidním.
- (2) Za správní delikt podle odstavce 1 lze uložit pokutu do 10000 Kč.

§ 139

- (1) Zařízení závodní preventivní péče se dopustí správního deliktu tím, že nevydá **posudek** o zdravotní způsobilosti dočasně práce neschopného pojištěnce podle § 62 odst. 2.
- (2) Za správní delikt podle odstavce 1 lze uložit pokutu do 10 000 Kč.

*§ 54

Ošetřující lékař

- (1) Ošetřujícím lékařem se pro účely tohoto zákona rozumí zdravotnické zařízení, které svými lékaři poskytuje pojištěnci nebo jiné posuzované osobě ambulantní, ústavní nebo lázeňskou péči, s výjimkou zařízení záchranné služby a pohotovostní služby, a zařízení závodní preventivní péče při ošetřování pojištěnce v rámci první pomoci, pokud má oprávnění k léčebné péči. Ošetřujícím lékařem se pro účely nemocenského pojištění u vojáků z povolání rozumí resortní zdravotnické zařízení podle zvláštního právního předpisu³⁴⁾.
- (2) Lékař, který provádí posuzování zdravotního stavu podle § 53 odst. 1 písm. a) a c), je oprávněn tuto činnost vykonávat jen v rozsahu své odbornosti³⁵⁾.
- (3) Rozhodovat ve věcech dočasné pracovní neschopnosti nebo potřeby ošetřování nebo péče (dále jen „potřeba ošetřování“) není oprávněn ošetřující lékař, popřípadě lékař uvedený v § 79 odst. 1 písm. c) části věty za středníkem, po dobu zákazu stanoveného orgánem nemocenského pojištění podle § 79 odst. 1 písm. c).
- b) v rozporu s § 61 písm. m) nebo § 69 písm. e) nerozhodne o ukončení dočasné pracovní neschopnosti nebo potřeby ošetřování v den, kdy zjistilo, že netrvají důvody dočasné pracovní neschopnosti nebo potřeby ošetřování,

Na český trh přichází nové nesteroidní antirevmatikum - lornoxicam

Lornoxicam (Xale® Loxal®) je nesteroidní antirevmatikum (NSA) s vyváženým poměrem inhibice cyklooxygenáz 1 a 2. Lornoxicam je originální kombinací s analgetickými vlastnostmi, která patří mezi oxikamy. Od ostatních přípravků z této skupiny, které jsou vhodné k dlouhodobé, bezpečné terapii bolesti, se odlišuje dvěma důležitými vlastnostmi – má krátký biologický poločas eliminace a jeho léčebný efekt nastupuje už do 30 minut od užití.

Jeho výhoda je rychlý nástup účinku, krátký biologický poločas eliminace a velmi dobrá snášenlivost, což bylo prokázáno v řadě klinických studií – při léčbě bolesti zad, akutních pooperačních i chronických revmatoidních bolestí. Díky kratšímu biologickému poločasu může být bez rizika akumulace bezpečně podáván také u starších pacientů.

Farmakologické vlastnosti

Lornoxicam vyvolává, podobně jako ostatní analgetika ze skupiny NSA, analgetické a protizánětlivé účinky, jejichž podstatou je inhibice produkce prostaglandinů jak v místě traumatického poškození a zánětu, tak při jeho bolestivém impulsu na úrovni zadních rohů mílních. Pro tento mechanismus účinku je lornoxicam nejúčinnější v tlčení bolesti zánětlivého a traumatického původu. Poměr inhibičních konstant (podmínky COX-1/COX-2) je u lornoxicamu roven 1, je také inhibítorem leukotriénů (LT-C₄) a inhibiční formy syntázy oxidu dusnatého (iNOS), což přispívá k jeho protizánětlivé aktivitě. Zároveň má vliv na aktivitu enzymu 5-lipoxygenázy, a neovlivňuje tedy produkci leukotriénů.

Praktické užívání a bezpečnost

Jeho bezpečnost a účinnost byla ověřena v rámci několikaletých klinických studií. V léčbě akutních prouhnutí bolesti, bolesti svalů a zánětlivých revmatoidních bolestí (osteoartróza, revmatoidní artritida) vyvolával lornoxicam účinnost jako diclofenac (bolest zad), naproxen (bolest zad, zánětlivá onemocnění svalů) a ketarolam (revmatoidní bolest).

Bezpečnost při léčbě přípravkem byla sledována velmi dobře i na podkladě velké mezinárodní COX-2 inhibiční studie, do které bylo zahrnuto 5557 pacientů léčených lornoxicamem. Byla zde pozorována velmi nízká incidence závažných nežádoucích účinků, a také k nízkému výskytu gastrointestinálních nežádoucích účinků.

Referencie

1. Eickhoff et al. Clin Drug Invest. 2000;20:247-257, 2. Ferrante MA & Geertsen ME (et al Clin Pract. 2002;621:513-522, 3. Fisher F et al Eur J Rheumatol 2000;33-35
4. Müller PL, Hoffmann BE Clin Drug Invest. 2000;20:427-430, 5. Müllerer-Müller S et al. Clin Drug Invest. 2002;22:345-351, 6. Hoffmann PL & Hoffmann BE Clin Rheumatol 2000;20:433-435, 7. Pöschinger G et al. Postgrad Med J. 1999;65(suppl 4):S20-S27



Cells 4x20mm 1589,- Kč*

Clals 4x10mg	1569.- Kč
--------------	-----------

Chairs 8x20mm 2739.- Kč

Chairs 28x5mp 2739.- Kč



Cialis je levnější!

Dependent variables
 Net change in total, all-cause mortality, mortality from cardiovascular disease, cancer, and other causes

Teď můžete svým pacientům dopřát...

...prostor pro přirozený sexuální život^{2,3}

...proti a kloba ED neni jen o nivrstu erekoa...

1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 2676, 2677, 2678, 2679, 26

[illegible]

1. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 12, 1505-1512. doi:10.1097/00004583-200312000-00011

© 2004 by John Wiley & Sons, Inc. All rights reserved. Reproduction or translation of this work without prior written permission is prohibited.

1

2010