



Odborný časopis Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP

practicus

tip tohoto čísla

č. 5/2012

ročník 11

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

Vkladem tohoto
čísla je
doporučený
postup

DYSLIPIDÉMIE

Vydává
Společnost
všeobecného
lékařství ČLS JEP

www.practicus.eu

Projevy refluxní nemoci v ORL oblasti str. 23



Obsah čísla:

INFO SVL

- Dopis řediteli SUKLu
- Zápis z jednání s MUDr. Březovským, ředitelem SÚKLu

JARNÍ INTERAKTIVNÍ KONFERENCE 2012

- Těhotná žena a štítná žláza
- Klinické zkušenosti s časnou diagnostikou nádorů
- Mikrovaskulární a makrovaskulární komplikace
- Problematika osteoporózy
- Očkování u ohrožených pacientů
- Fixní kombinace telmisartanu a amlodipinu
- Význam časně detekce chronického žilního onemocnění

ODBORNÉ ČLÁNKY

- Atopický ekzém a chronický mikrobiální ekzém
- Projevy refluxní nemoci v ORL oblasti
- Paliativní onkologická péče
- Základní pojmy praktického a posudkového lékařství
- Základní farmakoterapie bolesti

MLADÍ PRAKTIČI

- Mini Hippokrates - Madrid

AKTUÁLNÍ LEGISLATIVA

- Podmínky úhrady léků 41
- Informace a metodika MZ k dispenzární péči

smart | 700 340

SMART 700/340 je POCT analyzátor, který umožňuje měřit NEJŽÁDANĚJŠÍ parametry v ordinaci lékaře.

- ✓ CRP
- ✓ INR
- ✓ FOB - kvantitativně (okultní krvácení)
- ✓ HbA1c - glykovaný hemoglobin
- ✓ MIA – mikroalbumin
a další ...

Přístroj je vhodný pro praktické lékaře, pediatry, internisty, diabetology, kardiology, urology a další odbornosti

Plně automatický, multifunkční analyzátor
Jednoduchá obsluha
Od 5 µl vzorku

Vzorek: plná krev, sérum nebo plazma, moč
Ovládání pomocí dotykové LCD
Paměť až 100 výsledků



qLabs PT – INR

Monitorovací systém pro profesionální vyšetření a samo-testování pacienta



- ✓ Výsledek do 2 minut
- ✓ Vzorek kapilární krev (1 kapka krve)
- ✓ Spolehlivé výsledky
- ✓ Interní kontrola je zabudována v každém testovacím proužku
- ✓ Přesné, rychlé a jednoduché vyšetření
- ✓ Kód pro vykazování ZP 01443
- ✓ přenosný, vhodný do terénu či na samo-testování pacienta



NOVINKA - nyní za akční cenu

Monitorovací systém pro profesionální vyšetření a samo-testování pacienta. Spolehlivý výsledek je zaručen díky kontrole kvality, která se automaticky provádí u každého testovacího proužku.



QuickSeal

informace a objednávky:

QUICKSEAL INTERNATIONAL, s.r.o.
Korytná 47, 100 00 Praha 10 – Strašnice

e-mail: info@quickseal.eu
e-shop: www.quickseal.eu
tel: +420 607 751 430

OBSAH

INFO SVL

- Dopis řediteli SUKL** 5
Zápis z jednání s MUDr. Březovským, ředitelem SÚKLu

JARNÍ INTERAKTIVNÍ KONFERENCE 2012

- Těhotná žena a štítná žláza** 7
 Doc. MUDr. Zdeňka Límanová, CSc.
Klinické zkušenosti s časnou diagnostikou nádorů 8
 MUDr. Otakar Ach-Hübner
Mikrovaskulární a makrovaskulární komplikace 9
 Prof. MUDr. Hana Rosolová, DrSc.
Problematika osteoporózy 12
 MUDr. Otto Herber
Očkování u ohrožených pacientů 14
 MUDr. Cyril Mucha
Fixní kombinace telmisartanu a amlodipinu 15
 MUDr. Jiří Slíva
Význam časně detekce chronického žilního onemocnění 17
 MUDr. Jana Vojtíšková

ZPRÁVA Z KONFERENCE

- Management pacienta v pozdních fázích demence** 19
 MUDr. Karel Janík

ODBORNÉ ČLÁNKY

- Atopický ekzém a chronický mikrobiální ekzém** 20
 MUDr. Eliška Pojezná
Projevy refluxní nemoci v ORL oblasti 23
 MUDr. Karol Zeleník, Ph.D., doc. MUDr. Pavel Komínek, Ph.D., MBA
Paliativní onkologická péče 28
 Doc. MUDr. Svoboda Václav, CSc.
Základní pojmy praktického a posudkového lékařství 31
 Seifert B., Čeledová L., Zvoníková A., Čvela R., Červený R., Seifertová J.
Základní farmakoterapie bolesti 35
 MUDr. Marek Hakl, PhD.

ZE SVĚTA MLADÝCH PRAKTIKŮ

- Mini Hippokrates - Madrid** 40

AKTUÁLNÍ LEGISLATIVA

- Podmínky úhrady léků** 41
Informace a metodika MZ k dispensární péči 42

SÚKL INFORMUJE

- Zrušení úhrad volně prodejných léčivých přípravků od 1. 7. 2012** 44

practicus

odborný časopis SVL ČLS JEP
5/2012, 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 Konštacký, CSc., MUDr. Josef Kořenek, CSc., MUDr. Zuzana Miškovská, Ph.D. 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 **28.6. 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,

vítám Vás u dalšího čísla našeho odborného periodika.

Tento editorál píše po návratu z evropské konference Wonca 2012 z Vídně. Zprávu z konference přineseme v příštím čísle, nicméně si vzhledem k naší "reformní" situaci dovoluji uvést jednu reflexi již nyní. Obor praktického/rodinného lékařství hledá v rychle se rozvíjející lékařské vědě a nárůstu specializované péče svou novou definici. Zdravotní systémy více než kdy dříve potřebují vysoce vzdělaného a osobnostně zralého lékaře primární péče, který dokáže citlivě a z celostního hlediska

provést pacienta systémem zdravotní péče, aniž by byla prováděna zbytečná vyšetření a neúčelná léčba. K tomu je ale potřeba, aby disponoval i dostatečnými kompetencemi, které mu dovolí o pacienta komplexně pečovat. O kompetencích jsem hodně diskutovala s kolegy z různých evropských zemí a zjistila, že český praktický lékař má patrně jedny z nejmenších kompetencí v celé Evropě, daných řadou preskripčních omezení na běžné léky k léčbě běžných chorob, řadou výkonových omezení, která vhání pacienty do specializovaných služeb a malou vahou jeho lékařských posudků, které musí být "potvrzovány" vyjádřením "odborníka". Tento "nemocný" systém, ve kterém je primární péče tlačena do role pouhého distributora a ambulantní specialisté povětšinou provádějí primární péči v rozsahu jednoho orgánu (nebo orgánového systému), dotvrzuje neochvějná statistika nejvyšší návštěvnosti českých pacientů u lékaře ze všech OECD zemí. Je to nebetýčné plýtvání mentálním potenciálem lékařů primární péče, které vzdor všem argumentům dále narůstá. Stále dochází k dalšímu a razantnějšímu omezování preskripce v primární péči, zejména rozšiřování skupiny léků s preskripčním omezením "E" - tj. preskripce nepřenosné na praktického lékaře).

S přáním krásných letních dnů, za redakci
Jaroslava Laňková, šéfredaktorka

AKTUÁLNĚ PLATNÁ PRESKRIČNÍ OMEZENÍ U BĚŽNÝCH LÉKŮ

Omezení P s obsahem nepřenosné preskripce na PL

hypolipidemika: ezetimib, niacin a jejich kombinace, kyselina nikotinová (Tredaptive)

antikoagulancia a agregancia: klopidoğrel, ticlopidin, sulodexid (Vessel Due F),

vitaminy a minerály: alfa-kalcidol (AlfaD3), alfa-kalcitriol (Osteod, Rocaltrol), vápník (Calcium Sandoz forte, Biomin H), magnesium (Magnerot, Magnesium Magnosolv)

antiinfektiva: flukonazol (Diflucan, Mycomax), itraconazol (Sporanox, Prokanazol), terbinafin (Lamisil, Terbinafin, Terfimed), valaciklovir (Valtrex), brivudin (Zostevir),

bisfosfonáty: stroncium ranelát (Protelos)

tripatny v inhal. formě: sumatriptan (Rosemig inhal.)

antiepileptika: gabapentin

antiastmatika: inhalační fixní kombinace salmeterol a flutikazon (Seretide), inhalační fixní kombinace budesonid a formoterol (Symbicort)

Laxativa: lactulosa (Lactulosa, Duphalac)

Omezení E (nepřenosná indikace na PL)

coxiby: celecoxib (Celebrex), enterikoxib (Arcoxia)

muskuloskeletální systém: kyselina hyaluronová (Hyalgan)

antiastmatika: tiotropium bromid (Spiriva)

antikoagulancia a antiagregancia: dabigatran (Pradaxa 110 a 150 - balení 60 tbl), kys. acetylsalicy. + dipyridamol (Aggrenox)

Léčiva k terapii benigní hypertrofie prostaty: antagonisté alf adrenergických receptorů, inhibitory testosteron 5 alfa reduktázy

kardiaka: aliskiren+hydrochlorthiazid (Rasilez HCT), ivabradin (Procoralan),

léky pro pohotovostní balíček alergika: epinefrin (Anapen, EpiPen)

Omezení L (nutná indikace lékařem uvedené specializace)

střevní protinfekční léčiva: budesonid, mesalazin

antidiabetika: komb. metformin a pioglitazon (Competact), komb. metformin a sitagliptin (Janumet atd.), komb. metformin a vildagliptin

(Eucreas), pioglitazon (Actos), sitagliptin (Januvia atd.), exenatid (Byetta), liraglutid (Victoza)

urogenitální systém: tolerodin (Uroflow, Detrusiol atd.)

bisfosfonáty: kyselina alendronová (Fosamax, Siranin atd.), kyselina ibandronová (Bondronat, Bonviva, Ibandronat, Ibandronic acid, atd), kyselina risendronová (Melenor, Risendronat, Risendros, Rismyl, Tenvel)

antialergika: (Allergocrom, Cromohexal, Nasonex)

antivertiginóza: betahistin (Avertin, Betahistin, Betaserc atd.)

Antidepresiva: venlafaxin (Olvexya, Venlafaxin atd.), mirtazapin (Esprital, Mirtazapin, Mirzaten, Remeron)

Dermatologika: betametazon (Beloderm, Betnovate, Diprosone, Kuterid), flucinolon-acetonid (flucinar, gelargin)

mometason (Elocom), methylprednisolon-aceponát (Advantan), fluticason (Cutivate), prednikarbát (Dermatop), klobetazol (Clobex, Dermovate), betametazon a antibiotika (Belogent, Fucikort), bethametazon - jiné kombinace (Belosalic, Diprosalic), mometason - jiné kombinace (Momesalic)

Oftalmologika a otologika: kortikosteroidy a antiinfektiva v kombinaci (Maxitrol, Spresadex, Tobradex, Garasone)

Omezení P (preskripce omezená indikací)

nízkomolekulární hepariny (Clexane, Fragmin, Fraxiparine, Zibor)

antikoagulancia: dabigatran (Pradaxa - balení menší než 60 tbl), rivaroxaban (Xarelto)

multienzymové přípravky (Kreon, Pancreolan atd.)

střevní protinfekční léčiva: rifaximin (Normix)

vitaminy: retinol, acidum folicum

léky kardiiovaskul. systému: trimetazidin (např. Preductal), pentoxifyllin (Agapurin, Pentomer), naftidrofuryl (Enelbin 100 ret), diosmin s flavonoidy (Detralex),

hypolipidemika: statiny, cholestyramin

urogenitální trakt: hydrogencitrát draselno-sodný (Uralyt U)

antidepresiva: fluoxetin

mukolytika a antitusika: karbocystein (Fenorin), ambroxolol (Ambroxolol AL 75, Solvolan), erdostein (Erdomed), kombinace antitusikum + expektorans (Stoptussin)



ČESKÁ LÉKAŘSKÁ SPOLEČNOST
J. E. PURKYNĚ
Společnost všeobecného lékařství

Státní ústav pro kontrolu léčiv
MUDr. Pavel Březovský, MBA, ředitel

V Praze dne 11.6. 2012

Věc: Nesystémové omezování kompetencí všeobecných praktických lékařů v oblasti preskripce léků.

Vážený pane řediteli,

současný trend v regulacích nákladů na léky upřednostňuje čistě byrokratický přístup, který hrozí poškodit řadu pacientů, který zvyšuje administrativu lékařů a celkově prodražuje LPP, před přístupem ve smyslu podpory racionální (účelné) farmakoterapie. Tato může nejen ušetřit finance, ale také zvýší kvalitu a bezpečnost zdravotní péče poskytované pacientům.

Podle našeho názoru SÚKL pod bývalým vedením pracoval dlouhodobě velmi neprofesionálně, o čemž svědčí jeho nelogická a nedůsledná rozhodnutí: na jedné straně nesmyslně omezuje preskripci běžných léků na specialisty jako např. pokus u ASA a na druhé straně je řada léků, které jsou v preskripci bez omezení a které PL nikdy neindikuje a ani ho nenapadne je psát, jako např. IMURAN a další.

Cílovým systémovým řešením je podle našeho názoru zrušení všech preskripčních omezení na specializaci a nahradit je jasnými indikačními omezeními.

Víme, že je to cíl, který potřebuje změny v legislativě. Proto uvádíme seznam léků podle účinných látek, kde preskripční omezení pro VPL v současné době nejvíce kompromituje léčebně preventivní péči prováděnou všeobecnými praktickými lékaři a diskriminuje pacienty, kteří jsou pro své onemocnění v péči praktických lékařů.

Připojen obsáhlý seznam vybraných léčivých přípravků ze skupin:

Perorální antidiabetika

Antiagregancia a antikoagulancia

Inhalační léky pro asthma bronchiale

a CHOPN

Hypolipidemika

Urologická spasmolytika

Léčiva k terapii benigní hypertrofie prostaty

Antivertiginóza

Antiepileptika

Antidepresiva

Osteologika

Laxativa

Dermatologika

Antimykotika

Oftalmologika a otologika

Vitaminy

Periferní vasodilatancia

Léky pro pohotovostní balíček alergie

Žádáme Vás o vytvoření pracovní skupiny, která bude tuto závažnou problematiku urychleně řešit.

doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc. v. r. MUDr. Otto Herber
předseda SVL ČLS JEP místopředseda SVL ČLS JEP

Zápis ze setkání SVL ČLS JEP a SPL ČR s MUDr. Březovským, ředitelem SÚKLu

Setkání se uskutečnilo dne 11.6.2012 v kanceláři ředitele SÚKLu,

přítomní:

za SÚKU: MUDr. Březovský,

za SPL ČR a SVL: MUDr. Uhrová, MUDr. Šmatlák,

MUDr. Herber, MUDr. Prokeš

Účelem schůzky bylo

- zlepšit informovanost praktických lékařů o preskripčních a indikačních omezeních,
- zamezit případům, kdy je v textu indikačního omezení zapsáno též omezení na odbornost
- zvýšit racionalitu jednotlivých omezení a
- redukovat počet preskripčních omezení na minimum tak, aby úhrada pojišťovny byla omezena indikací (tedy určitou diagnózou) a nikoliv odborností.
- MUDr. Herber předal dr. Březovskému stanovisko SVL ČLS JEP k omezování kompetencí všeobecných praktických lékařů v oblasti preskripce léků. Cílem je podle názoru SVL zrušení všech preskripčních omezení na specializaci a nahradit je jasnými indikačními omezeními. Tato problematika byla diskutovaná i v dalších kontextech a účastníci se shodli na nutnosti problematiku „P“ urychleně řešit.
- MUDr. Uhrová upozornila na problém některých indikačních omezení „A“, kdy aplikaci série injekcí indikuje lékař jinému ZZ (např. odbornost 913, 925).

Ředitel MUDr. Březovský slíbil, že

- texty indikačních omezení („P“) budou jednoduše dostupné na webu SÚKLu,
- informace o změnách indikačních omezení bude SPL ČR a SVL předávána (technicky - přes MUDr. Prokeše)
- nové vzniklá indikační omezení již v textu nebudou obsahovat odbornost, bude-li omezení odborností nezbytné, bude uvedeno zvlášť (v poli LIM symbol L nebo E a v poli OME zkratka odbornosti, např. RÉV, ORT atd.)

Ředitel MUDr. Březovský

- potvrdil, že ne všechny texty indikačních textů jsou formulovány optimálně. Upozornil však, že znění textu bývá výslednicí složité interakce mezi žadatelem o úhradu léku a zdravotními pojišťovnami. Je třeba si uvědomit, že účastníkem každého správného řízení o změně úhrady a jejích podmínek je jednak držitel registračního rozhodnutí, respektive jiný žadatel a zdravotní pojišťovny.
- upozornil, že redukci preskripčních omezení je možno provést pouze v rámci správních řízení; v této věci vidí jako klíčové stanovisko zdravotních pojišťoven, které dosud vždy vyžadovaly (kromě logického medicínského zdůvodnění) i zpracování nákladové efektivity a dopadu na rozpočet (což stanovuje i zákon o veřejném zdravotním pojištění 48/1997 Sb., v platném znění). Proto pan ředitel považuje za účelné začít jednat ze zdravotními pojišťovnami o jednotlivých léčivých přípravcích.

Dále bylo projednáváno:

- Informace o vyřazení volně prodejných léčiv z úhrady: Výčet volně prodejných léčivých přípravků, jejichž úhrada bude k 1.7.2012 ukončena, je volně ke stažení na <http://www.sukl.cz/leciva/informace-pro-pacienty-a-zdravotnicko-pracovniky>, na téže stránce jsou uvedeny i volně prodejné léčivé přípravky, jimž bude úhrada zachována z důvodů žádosti zdravotních pojišťoven.
- MUDr. Šmatlák uvedl, že řada lékařů by uvítala rozšíření seznamu hrazených léčiv a PZLÚ, který vydává SÚKL, o léčiva nehrazená, která byla dříve součástí seznamu vydávaného VZP ČR (tato byla označena písmenem „N“). Ředitel MUDr. Březovský slíbil, že prověří možnost a účelnost takového kroku.

Zapsal dne 11.6.2012 MUDr. Michal Prokeš

Ověřili:

za SÚKL ředitel MUDr. Pavel Březovský

za SVL ČLS JEP místopředseda MUDr. Otto Herber

za SPL ČR předseda MUDr. Václav Šmatlák

VI. JARNÍ INTERAKTIVNÍ KONFERENCE (JIK)

Praha, Slovanský dům

13.-15. 4. 2012

Problematika osteoporózy z pohledu všeobecného praktického lékaře

MUDr. Otto Herber,
praktický lékař Kralupy nad Vltavou

- zpráva -

Osteoporózou (OP) rozumíme progredující systémové onemocnění skeletu charakterizované úbytkem anorganické i organické složky kosti, poruchou její mikrostruktury, zhoršenou kvalitou kosti a tím i zvýšenou náchylností ke zlomeninám. Osteoporóza je nejčastějším metabolickým kostním onemocněním, které postihuje především ženy po menopauze, ale i muže a ženy v pokročilých věkových kategoriích. Klinický význam osteoporózy spočívá v jejích nepříznivých klinických projevech, především ve zlomeninách. Typickými osteoporotickými zlomeninami jsou kompresivní zlomeniny obratlů, zlomeniny distálního předloktí (Collesova fraktura) a zlomenina proximální části stehenní kosti, která je klinicky nejzávažnější.

V České republice:

- je ročně pro frakturu proximálního femuru hospitalizováno 19 000 osob
- mortalita během 1. roku po zlomenině je až 20 %. Ti pacienti, kteří přežijí jsou ve 2/3 odkázáni na další

pomoc a polovina jich je imobilizovaná nebo zůstává v ústavní péči

- každá třetí žena a pátý muž utrpí některou z OP zlomenin
- po 65. roce věku se riziko pro vznik OP zvyšuje na 40 % (DP SVL 2011).

Z uvedeného vyplývá, že se jedná o epidemiologicky závažné onemocnění s výraznými zdravotně-sociálně-ekonomickými důsledky. Diskuzi o mezioborové spolupráci a péči o pacienty s OP je mj. třeba zahájit i s odkazem na jasně definovanou odpovědnost praktického lékaře v rámci dispenzarizace.

Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, část V, § 31: Dispenzární péče říká, že **pojištěnce do dispenzární péče zařazuje podle odborných kritérií jeho registrující lékař, který odpovídá za účelnost a koordinaci dispenzární péče.** Pojištěnec může být dispenzarizován pro jednu diagnózu pouze u jednoho ošetřujícího lékaře. V seznamu dispenzarizovaných chorob, který je přílohou k vyhlášce č. 39/2012 Sb. OP přímo vyjmenovaná není, ale můžeme ji zařadit do skupiny "závažná metabolická onemocnění vyžadující léčbu více než 1 rok."

Odborná společnost všeobecného lékařství ČLS JEP trvale aktualizuje mezioborově konsenzuální Doporučené postupy (DP) pro všeobecné praktické lékaře s uvedenou problematikou. Proběhla řada odborných seminářů, odborných textů apod. Současně se vede diskuze, zda by měl praktik dispenzarizovat pacienty s OP, zda by měl léčit pacienty s reálnou OP např. na substituční terapii a tím pádem event. „odleh-



Caltrate PLUS
potahované tablety

Zdravé kosti pro aktivní život

Caltrate® Plus pro zdraví kostí a prevenci osteoporózy

= vápník = vitamín D₃ = pět dalších minerálů

Zkrácená informace o léčivém přípravku CALTRATE® PLUS potahované tablety

Léčivá látka: Jedna potahovaná tableta obsahuje vápník (jako calcii carbonas praecipitatus) vitamín D₃ (cholecalciferolum) 200 m.j., hořčík (jako magnesií oxidum) 40 mg, zinek (jako zincum) 7,5 mg, měď (jako cupri oxidum) 1 mg, mangan (jako manganosi sulfas monohydricus) 1,8 mg, natrii tetraboras decahydricus) 250 µg. • **Indikace:** Prevence a léčba stavů kalciové deplece a osteoporózy. Zvyšuje kostní densitu a zabraňuje úbytku kostní hmoty. Vhodný jako doplněk k hořčíkové substituci v klimakteriu. • **Dávkování a způsob podání:** Dospělí a děti od 12 let 1 až 2 tablety nebo dle doporučení lékaře. Při dlouhodobém užívání přípravku Caltrate® Plus jsou na místě pravidelné kontroly hladiny vápníku v krvi a moči. • **Kontraindikace:** Přecitlivělost na některou složku přípravku, hyperkalcémie, hyperkalciurie, hyperparatyreóza, sarkoidóza, osteolytické procesy na charakteru, nefrokalcinóza, nefrolitiáza, těžká renální insuficience, hypervitaminóza D. • **Upozornění:** Opatrnost u pacientů s poruchami metabolismu vápníku a železa či renální insuficíí mírného stupně. Neobsahuje cukr – vhodný pro diabetiky. • **Interakce:** Současné užívání diuretik ovlivní renální vylučování vápníku. Při současném užívání antacid s obsahem magnezia, tetrahydrokortikosteroidů a srdečních glykosidů může dojít ke vzájemnému ovlivnění účinku. Mléko, mléčné výrobky a potraviny a špenát mohou snížit absorpci vápníku. • **Těhotenství a kojení:** Nejsou žádné důvody pro kontraindikaci přípravku u těhotných a kojících žen, pokud respektují doporučené dávkování. • **Nežádoucí účinky:** S výjimkou mírné zácpy nejsou při dodržení doporučeného dávkování žádné. • **Předávkování:** Předávkování přípravkem Caltrate® Plus může mít za následek následující příznaky: Gastrointestinální poruchy: zácpa, nevolnost, zvracení. Poruchy metabolismu: alkalóza, anorexie, hyperkalcémie, hypofosfatémie, syndrom alkalického mléka. Poruchy močových cest: nefrolitiáza. Jestliže je předávkování zjištěno během dvou až tří hodin a zvláště pokud je nutná lékařská pomoc, je možno provést výplach žaludku. • **Balení:** 30 potahovaných tablet. • **Uchovávání:** Při teplotě do 25 °C, v dobře uzavřené lahvičce. • **Registrační číslo:** 39/2012. • **Jméno a adresa držitele rozhodnutí o registraci:** Pfizer Corporation Austria GmbH, Consumer Health, Rakousko. Místní zastoupení: Pfizer, spol. s r. o., Stroupežnického 17, 150 00 Praha 1, tel.: +420 283 004 111, fax: +420 251 610 270, www.pfizer.cz. • **Datum poslední revize textu:** 15. 12. 2011. • **Výdej léčivého přípravku není vázán na lékařský předpis. Přípravek je částečně hrazen z veřejného zdravotního pojištění. Před předepsáním se, prosím, seznámte s úplnou informací o přípravku.**

čít“ specializovaným pracovištím od nekomplikovaných nebo stabilizovaných stavů OP apod. Otázek k mezioborovému managementu je řada. Jako základ pro začátek obnoveného dialogu se specialisty jsem inicioval níže uvedenou anketu. Z jejich výsledků se můžeme odrazit pro další vysledování směru k úspěšné spolupráci o společného pacienta. Zajímalo mne tedy, do jaké míry se intervenci na dané téma praktici skutečně věnují.

Pro orientaci v problematice jsem v dubnu 2012 položil členům výboru SVL a krajským konzultantům (KK) odborné společnosti všeobecného lékařství několik otázek. Celkem bylo 32 dotázaných a odpovědělo jich 26. Stejně otázky jsem položil účastníkům Jarní interaktivní konference (JIK) v dubnu t.r., kdy na stejné téma odpovídalo průměrně 90 lékařů.

Otázky:

- Provádíte diagnostiku OP sami: ANO/NE
- Rovnou odesílám na spec. pracoviště - int., endokrinologie, gyn., osteocentrum, jiné
- Odesílám na DEXu v rámci primární a kontrolní diagnostiky: ANO/NE
- Léčíte klienty s OP: ANO/NE
- Objednávací doba na DEXu je v týdnech?:
- Specialista po mně chce předepisovat preparáty "P,": ANO/NE
- Běžně předepisují Ca+vit. D přípravky: ANO/NE

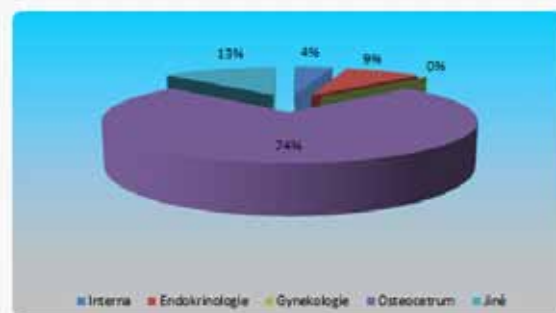
Odpovědi: (pozn. v grafech jsou modře označení respondenti z výboru SVL a KK, červeně účastníci JIK)

- Provádíte diagnostiku OP sami: graf č. 1, ANO/NE 24/2, 48/36
- Rovnou odesílám na spec. Pracoviště - int., endokrinologie, gyn., osteocentrum, jiné: graf. č. 2, OC 12, OC+GYN 4, ENDOKRIN 5, INT 4, jiné 1
- Odesílám na DEXu v rámci primární a kontrolní diagnostiky: ANO/NE 15/11, 69/21
- Léčíte klienty s OP: graf č. 3, ANO/ NE 17/9 , 69/18
- Objednávací doba na DEXa je (v týdnech): 6x4tý, 5x8tý, 4x6tý, 3x3tý, 3x2tý, 2x7tý, 1x1tý, 1x5tý, 1x24tý, 33x 4tý, 24x6tý, 21x8tý, 9x2tý, více 3x
- Specialista po mně chce předepisovat preparáty "P,": ANO/NE 13/13, 36/84
- Běžně předepisují Ca+vit D přípravky: graf č. 4, ANO/ NE 26/0, 90/3

Komentář: Můžeme říci, že OP se praktici věnují. Na základě první otázky lze říci, že o danou problematiku mají většinový zájem. Zcela jednoznačně většina VPL odesílá k diagnostice do osteocenter (OC). V naprosté většině dotázaní lékaři své pacienty léčí pro OP. V této souvislosti nebyl dotaz na způsob vedené terapie. Nevíme zda šlo např. o primární indikaci praktickým lékařem nebo o léčbu doporučenou specialistou. Z dotazu na delegovanou preskripci, nebo-li na požadavek preskripce „P“ preparátů ze strany specialistů vůči praktikům vyplývá, že tento problém není dominantní, ale že zhruba u jedné třetiny dotázaných tento neoprávněný požadavek od specialistů existuje. Bez diskuze je odpověď na poslední otázku, ze které vyplynulo, že praktici nemají vůbec žádný problém s vedením základní suplementační terapie.

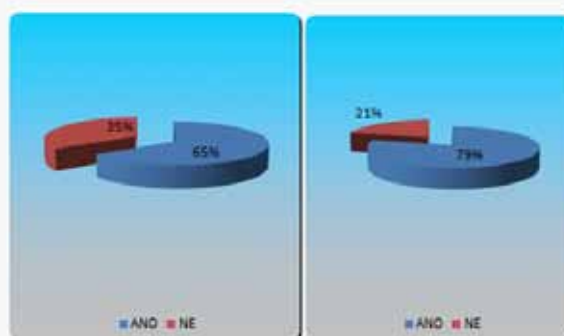
Graf č. 1

Rovnou odesílám na spec. pracoviště



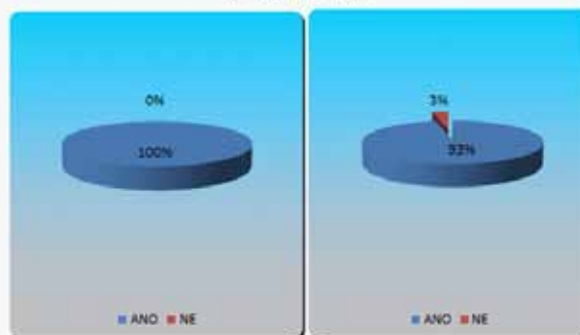
Graf č. 2

Léčíte klienty s OP:



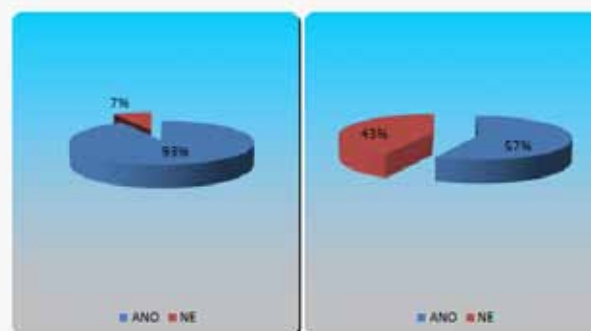
Graf č. 3

Předepisujete běžně Ca+vitD přípravky:



Graf č. 4

Provádíte diagnostiku OP sami:



I přes relativně optimistické výstupy z uvedené ankety zůstává problematika jako velké břemeno. Musíme si uvědomit, že **podléčenost OP je významnou realitou v ČR**. Odhaduje se, že je u nás cca 700 000 pacientů (prevalence 7 %, srovnej DM 2. typu 8–9 %). Pravidelná suplementace vápníkem se uvádí u 98 000 osob (podle IMSYTD 12/2011), tj. 14 %, ale nevíme, kdo ho užívá, jak dlouho a s jakým rizikem zlomeniny. Bisfosfonáty je léčeno zhruba 76 000 těchto pacientů. Podobná je situace také u příjmu vitamínu D. Roční náklady na suplementaci jsou přitom velmi nízké (cca 2 400 Kč na osobu), zatímco náklady na léčbu osteoporotické zlomeniny významně vysoké (v rozmezí mezi 36 000 a 150 000 Kč podle typu zlomeniny). Přitom je prokázáno, že suplementace kalcia a vitamínu D v dostatečné výši (1 200 mg/800 IU denně) je schopna zabránit vysokému procentu osteoporotických zlomenin. Pokud dostává suplementaci 41 žen, u jedné je zabráněno osteoporotické zlomenině (NNT=41). Tím jsou náklady na suplementaci téměř vyváženy (T. Doležal 2012).

Jaká je skutečnost? Jestliže hovoříme o zdravotnicko-sociálně-ekonomickém problému, lze hledat odpověď opět mezioborově. Ne všichni praktici jeví o terapii OP zájem. Jedná se o nedostatek znalostí nebo sebezpodceňování, máme obavy z překročení finančních limitů nebo nemáme čas? Také ne všichni specialisté vždy dodržují DP. V denní praxi se můžeme setkat např. s tím, že i při potvrzení nekomplikované OP zůstávají pacienti v dispenzarizaci u nich, ačkoliv by mohlo sledování probíhat v našich praxích. Lze dovodit, že by se tím dalo ušetřit. Z hlediska komunikace se setkáváme s případy, kdy některá pracoviště nepředávají praktickému lékaři zprávu o výsledku vyšetření. Může se pak snadno stát, že pacient je pro stejnou diagnózu vyšetřen opakovaně na různých pracovištích, což paradoxně neposílí léčebný proces, ale zatíží pacienta a kontraproduktivně zhorší compliance.

Obecně soudím, že investice do problematiky nejsou účelně využité. Chybí totiž motivace pacienta. I jemu by mělo být jasné, že nedostatečná prevence a režim mu zhorší kvalitu života a náklady na korekci vzniklého patologického stavu sice ponese jiná část segmentu, ale především on sám-pacient. Výše uvedená statistika je neúprosná. Napříč problematikou se nese fráze, že když bude insuficientní ambulantní prevence (praktik, ambulantní specialisté), budou náklady vynaložené v nemocnicích a následné péči daleko větší zátěží než náklady na prevenci.

Koho by to vlastně mělo zajímat?

- Pacienti: větší důraz na samoléčbu/prevenci – vyšší kvalita života.
- Zdravotní pojišťovny: ekonomické ztráty a nemocní/umírající klienti.
- Stát: nastavit motivace pro screening, včasnou prevenci a léčbu (suplementaci).
- Lékaře/odborné společnosti – profesní motivace, ekonomické stimuly.
- Farmaceutické firmy: zdravý zisk za vysokou přidanou hodnotu na etickém segmentu. (Doležal T. 2012)

Závěr: Při ohlédnutí do nedávné historie, kdy jsme jako praktičtí lékaři získali kompetence léčit např. dyslipidémie statiny a tyto přestaly být doménou specialistů nebo v těsné historii jsme rozšířili svoje možnosti v léčbě diabetiků 2. typu, je čas, abychom komplexně přistoupili k prevenci a zachytu další významné skupiny metabolických onemocnění, kterou osteoporóza beze sporu je. Absence kalcia a vitamínu D v naší populaci je příčinou značných zdravotních obtíží a v neposlední řadě svým způsobem zbytečným výdajem ze zdravotního pojištění. Racionálním nastavením všech složek systému lze očekávat jak snížení incidence onemocnění tak zvýšení efektivity vynaložených prostředků.

Na JIK 2012 v Praze byl vysloven požadavek, aby se obnovila mezioborová diskuze mezi primární péčí a specialisty v rámci péče o pacienty s OP, tj:

- Podpora zájmu o OP u VPL - semináře, workshopy, sympozia, stáže v OC.
- Plošný konsenzus péče o klienty s OP, resp. důsledné dodržování DP ohledně sdílení pacientů, upgrade DP.
- Zahájení diskuze s ZP o podpoře motivace PP v rámci OP, tzn. zavedení kódu na intervenci a kontrolu OP.

Těhotná žena a štítná žláza

Doc. MUDr. Zdeňka Límanová, CSc.,
III. interní klinika VFN, Praha

- abstrakt -

V průběhu století se mění frekvence i obraz řady onemocnění. Méně si uvědomujeme, že i fertilita, průběh těhotenství, vývoj plodu a vývoj novorozenců je v posledním dvacetiletí v České republice ovlivněn: vývojem medicíny příznivě a civilizačními faktory negativně. Posunul se věk těhotných. Těhotenství je většinou plánováno a mohou ho prožívat i ženy po léčbě závažných chorob, po léčbě pro hematologickou malignitu, dokonce, sice výjimečně, i ženy po transplantaci orgánu. Zvyšuje se podíl umělých oplodnění (ať již z příčiny vadné fertility ženy či muže), který nyní tvoří asi 8 % gravidit, a zhruba stejný počet tvoří předčasné porody. Početné studie z recentní doby dokazují, že porucha funkce štítné žlázy a/ nebo přítomnost protilátek proti štítné žláze se na některých nepříznivých okolnostech a dopadech podílí. Dostatečný příjem jódu je nezbytný, proto se doporučuje, **aby těhotné ženy doplnily jód nejméně o 100 µg denně.**

Přiměřená dávka tyroxinu plodu matkou od časně fáze vývoje je podmínkou bezproblémového průběhu těhotenství a správného vývoje plodu. Studie, které proběhly v posledních letech v České republice, však zachytily nezanedbatelný počet zcela asymptomatických žen se suboptimální funkcí štítné žlázy. Jejich tyreoida je za bazálních podmínek schopná zajistit potřebnou produkci hormonů, ale v graviditě, kdy především v počátcích se zvyšují nároky na tyreoidu, není tkáň schopná přiměřeně reagovat. Nedostatečná či suboptimální funkce byla odhalena u 7 % žen z 2 937 asymptomatických vyšetřených a u dalších 7 % asymptomatických byly prokázány protilátky. Ty upozorňují na zvýšené riziko komplikací a potratů nebo vznik poporodní tyreoiditidy. Zájem o správnou funkci štítné žlázy v graviditě je vyvolán jak snahou o fyziologický průběh těhotenství, tak o optimální vývoj plodu a novorozence. Právě studie z posledních 20 let však upozornily na skutečnost, že **i mírně snížená funkce matky může mít negativní dopad na vývoj embrya**, především na jeho nervovou tkáň, která ovlivňuje psychomotorický rozvoj dítěte. Určitým překvapením je zjištění, že ženy se zachovanou přiměřenou funkcí, ale s pozitivním titrem protilátek proti štítné žláze (TPOab), mají 2-3x vyšší riziko potratu oproti kontrolní skupině. Příčiny tohoto zjištění jsou odhalené jen z části.

Jak může přispět praktický lékař k lepší péči o těhotnou ženu? Především všechny ženy ve fertilním věku a ženy, které graviditu plánují, je nezbytné informovat o významu přiměřené funkce štítné žlázy v graviditě a současně upozornit, že tyreoidální choroby, častěji snížená funkce, bývají asymptomatické. Dnes se onemocnění tyreoidy nemusí projevit strumou, štítná žláza bývá mnohdy spíše malá. Velmi dobře je možné uplatnit roli rodinného lékaře, protože autoimunitní choroby štítné žlázy (především Gravesova Basedowova choroba, chronická lymfocytární tyreoiditida –

Hashimotova tyreoiditida) mají výrazně dědičný charakter. A tyto autoimunitní choroby štítné žlázy se často pojí s dalšími auto chorobami (DM 1. typ, vitiligo, celiakie, perniciosní anemie, revmatoidní artritida a další). Na základě znalosti rodinné anamnézy je vhodné upozornit mladé ženy na jejich zvýšené riziko rozvoje tyreoidální choroby v graviditě. Je vhodné u nich **provést laboratorní vyšetření TSH a TPOab**, které zhodnotí aktuální stav. Pokud jsou odhaleny vyšší TPOab, pak by žena v případě gravidity měla na tuto skutečnost upozornit gynekologa a mít kontrolu funkce tyreoidy v 5.-7. týdnu gravidity, v případě patologie pak je nutné ihned zahájit léčbu. Vyšetření TPOab u žen ve fertilním věku by jistě bylo přínosem i u žen bez RA či OA, zvláště před plánovanou graviditou.

Pokud přichází žena těhotná v 1. trimestru, je situace obdobná. U všech žen se zvýšeným rizikem RA nebo OA je nutné provedení základního laboratorního vyšetření. V graviditě je TSH falešně nízké (vlivem hCG, který má TSH like aktivitu), proto jsou normy v těhotenství jiné, nižší. Hladina FT4 se v 1. trimestru často blíží dolní hranici normálního rozpětí. Suprese TSH v 1. trimestru může být důsledkem vlivu hCG a vždy provází hyperemesis gravidarum. V případě již dříve zjištěných pozitivních protilátek vyšetření neopakujeme, ale znalost výsledku vyšetření je nutná. Při zjištěné patologii laboratorních nálezů se má těhotná ujmout endokrinolog.

Rámcově lze říci, že (pokud se uvažuje obvyklý referenční interval udávaný výrobcem pro běžnou populaci 0,4–4,0–5,0 mIU/l), je **horní hranice referenčního intervalu pro TSH v 1. trimestru přibližně o 1,5 mIU/l nižší a dolní hranice minimálně o 0,15 mIU/l nižší.** Americká tyreoidologická asociace (ATA) doporučuje pro screening hodnoty TSH 2,5 mIU/l. O přesné hranice pro různé trimestry se vedou nadále diskuse, pro českou populaci těhotných žen v 1. trimestru byl stanoven referenční interval pro **TSH na 0,062 – 3,67 mIU/l** (Springer 2009). O významu izolovaného snížení FT4 se diskutuje, postačí telefonická konzultace s endokrinologem a zvážení různých okolností. (Referenční intervaly pro TSH a FT4 různými analytickými systémy jsou odlišné a jsou laboratořemi u výsledků uváděny.) Pro případ **posouzení pozitivity protilátek** je možné použít rozhodovací mez používanou pro běžnou populaci. **Za klinicky významné lze považovat zvýšení na dvojnásobek horní hranice normy.**

K praktickému lékaři přicházejí těhotné ženy často až ve 2. polovině gravidity. Postup je obdobný, jak popsáno výše, tj. ověření, zda byla provedena laboratoř (TSH, TPOab, ev. FT4). Zatím nelze spoléhat na to, že gynekolog alespoň u rizikových žen bude vyšetření realizovat automaticky. Ženy, které jsou již léčeny pro hypotyreózu, musejí ve většině případů dávku navýšit (o 30-80 %), optimální je, aby okamžitě navštívily endokrinologa a dávku upravily. Hyperfunkce štítné žlázy je oproti snížené funkci nepoměrně vzácnější, vyžaduje však zvláště v 1. trimestru léčbu, ve 2.-3. trimestru dojde často k remisi onemocnění. S relapsem však po porodu musíme počítat.

Po řadu let se ve světě vedou diskuse o screeningu funkčních tyreopatií v graviditě. Cílený screening, zaměřený

na ženy se zvýšeným rizikem, je akceptován všeobecně. Zastánci screeningu všeobecného (tj. u všech gravidních žen) argumentují tím, že při cíleném screeningu unikne diagnóza a léčbě 30-40 % žen. Všeobecný screening byl zaveden na Slovensku před více než 2 lety, v ČR se zatím nepodařilo zavedení všeobecného screeningu prosadit. Lze však očekávat, že s rozšiřujícím se povědomím mladých žen bude veřejná diskuse pokračovat a že i zájem pojišťoven o zařazení laboratorního vyšetření v počátcích gravidity bude stoupat.

Klinické zkušenosti s časnou diagnostikou nádorů v ordinaci VPL

MUDr. Otakar Ach-Hübner,
Praktický lékař, Brno

- abstrakt -

Autorova práce se zabývá retrospektivním hodnocením úrovně diagnostiky nádorů v ambulancích praktických lékařů i ambulantních či nemocničních specialistů, popisuje nejčastější chyby, ke kterým dochází, poukazuje na rizikové skupiny. Je hodnocen soubor 154 probandů, 87 mužů a 67 žen, z toho necelá polovina žije.

Hodnocení diagnostiky má zajistit určitou zpětnou vazbu – feedback, je snaha o reflexi chyb a dosažení poučení. Autor se věnuje rizikovým imunosuprimovaným skupinám pacientů s toxonutritivní jaterní cirhózou, kde nízká imunitní odpověď usnadnila rozvoj nádoru v ORL oblasti či multiforního glioblastomu, zmiňuje nezdárka pozdní diagnostiku mnohočetného myelomu u pacientů trpících bolestmi zad či nejasnou patologickou frakturou, kterou je nutné pečlivě došetřit. Dále zmiňuje promyelocytovou leukémii (formu AML) která je urgentním stavem v hematologii, přičemž tato malignita je nyní úspěšně léčitelná. Jejimi projevy jsou pancytopenie, diseminovaná intravaskulární koagulopatie, krvácivé projevy včetně subkonjunktiválního hematomu. Je též zmíněn případ pacientky, která byla léčena pro hypertenzi u specialistky a byla přehlédnuta výrazná hepatomegalie,

podmíněná metastázami kolorektálního karcinomu, k bolestem zad vedla zejména patologická fraktura těla obratle L2. Autor zmiňuje 2 kazuistiky pacientů, kde kardiologické komorbidity – srdeční infarkty napomohly odhalení primárně onkologické diagnózy – karcinomu rekta či chronické myeloidní leukémie. Je popsána marná ortopedická léčba pacienta-kuřáka s projevy podobnými cervikobrachálnímu syndromu, podmíněného však Pancoastovým tumorem plicního hrotu, prorůstajícím do pravostranného brachiálního plexu a působícího kruté bolesti. Je popsán případ pacientky s dyspareunií, kde ani opakovaná gynekologická vyšetření bohužel na témže pracovišti neprokázala pokročilý cervikální karcinom. Bylo třeba vyšetřit ženu jinde.

Protože i autor sám má problémy s diferenciální diagnostikou maligního melanomu a zejména metastazující maligní melanom je velmi závažné onemocnění donedávna prakticky neléčitelné, doporučuje monografii dr. Ivany Krajsové, MBA jako vhodnou učebnici pro praktiky.

V práci je popisován případ mladého pacienta s generalizovaným extragonadálním germinálním tumorem s metastázami v mozku, játrech, plicích i retroperitoneu. Klinicky jen váhový úbytek a bolesti zad. U HIV pozitivních pacientů je zmíněn výskyt invazivních forem cervikálního karcinomu, výskyt lymfomů i Kaposiho sarkomu.

Autor zmiňuje bolesti hlavy u pacientky s astrocytmem GIII a ženy s desmoplastickým meduloblastomem mozečku high risk gr. IV a zamýšlí se, kolik takových pacientů navštěvuje naše ordinace. Též je probrán rozdílný nález na SONO a CT krku či jater, na CT závažnější.

Závěr: na co klást zvýšenou pozornost

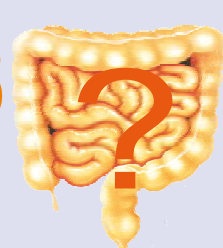
1. Na záchyt jedné laboratorní abnormality (MGUS, HIV+, aj.) potřebujeme minimálně 100 vyšetření (dle našich zkušeností ze 300 ELFO bílkovin zjištěna 3x MGUS).
2. Nepřehlédneme výraznou hepatomegalii – může být metastatického původu, ověříme si, že údaje ve zprávách odpovídají skutečnosti („Errare humanum est“).
3. Výrazná hyperkalcémie např. 3,70 mmol/l svědčí o osteolytické aktivitě tumoru či metastázách nádoru nejasného původu.
4. Vysoká celková bílkovina 98-104 g/l či více (110) a proteinurie ++ znamená podezření na mnohočetný myelom, taktéž „stovková sedimentace“, anémie, hyperkalcémie (Calcium elevation, Renal insufficiency, Anaemia, Bone

FOB RYCHLÉ A SPOLEHLIVÉ TESTY typu i-FOBT BEZ POUŽITÍ PŘÍSTROJE 



- jednoduché a hygienické provedení
- BEZ dietního omezení
- rychlé vyhodnocení testu (do 5 minut)
- citlivost 40 ng/ml
- vnitřní kontrola kvality (funkčnosti) v každém testu
- volitelně příslušenství pro záchyt stolice
- ZDARMA informační letáky a návody pro pacienty
- plně hrazeno zdravotními pojišťovnami

Cena od **28 Kč** vč. DPH/ 1 test baleno po 25 testech



Objednávky: 296 328 313, info@medial.cz, www.medial.cz
MEDIAL spol. s r.o., Obchodní 110, 251 70 Čestlice



PRESTARIUM[®] NEO COMBI



NORMALIZUJE KREVŇÍ TLAK^{1,2}
PRO ŠÍROKÉ SPEKTRUM PACIENTŮ S HYPERTENZÍ¹

Zkrácená informace o přípravku PRESTARIUM[®] NEO COMBI 5 mg/1,25 mg a 10 mg/2,5 mg:

PRESTARIUM[®] NEO COMBI 5 mg/1,25 mg a **PRESTARIUM[®] NEO COMBI 10 mg/2,5 mg** je kombinací dlouhodobě působícího inhibitoru ACE s diuretikem. **Složení:** Jedna potahovaná tableta obsahuje 5 mg, resp. 10 mg perindoprilum argininum, odpovídající 3,395 mg, resp. 6,79 mg perindoprilum, a 1,25 mg, resp. 2,5 mg indapamidum. **Terapeutické indikace:** Léčba esenciální hypertenze; přípravek Prestarium Neo Combi 5 mg/1,25 mg je indikován u pacientů, jejichž krevní tlak není adekvátně kontrolován samotným perindoprilem. Přípravek Prestarium Neo Combi 10 mg/2,5 mg je indikován jako substituční terapie pro léčbu esenciální hypertenze u pacientů, kteří jsou již kontrolováni perindoprilem a indapamidem, podávaným současně v téže dávce. **Dávkování a způsob podání:** Jedna tableta přípravku Prestarium Neo Combi 5 mg/1,25 mg, resp. 10 mg/2,5 mg denně v jedné dávce, nejlépe ráno a před jídlem. **Kontraindikace:** Středně těžká a těžká renální insuficience (clearance kreatininu pod 60 ml/min), přecitlivělost na perindopril nebo jiné inhibitory ACE, na indapamid nebo sulfonamidy, angioedém v anamnéze, 2. a 3. trimestr těhotenství, kojení, hepatální encefalopatie, závažné poškození jaterních funkcí, hypokalémie. Přípravek se nedoporučuje v kombinaci s přípravky bez antiarytmického účinku způsobujícími torsades de pointes. Přípravek se obvykle nedoporučuje u bilaterální stenózy renální artérie nebo jedné funkční ledviny. Přípravek by neměl být používán u dialyzovaných pacientů, pacientů s neléčeným dekompenzovaným srdečním selháním, dětí a dospívajících. **Varování a zvláštní opatření pro použití:** Kombinace perindoprilu a indapamidu nevylučuje možnost vzniku hypokalémie, zvláště u diabetiků nebo u pacientů s renálním selháním. Stejně jako u jiných antihypertenziv s obsahem diuretika by mělo být prováděno pravidelné sledování plazmatických hladin draslíku. Před zahájením léčby u starších pacientů by měly být vyšetřeny renální funkce a kalémie. Je nutné pravidelné sledování plazmatické hladiny sodíku, které musí být u starších pacientů a u pacientů s cirhózou častější. Sledování glykémie je nutné u nemocných s diabetem, zejména pokud jsou hladiny draslíku nízké. **Těhotenství a kojení:** Vzhledem k účinku jednotlivých látek na těhotenství a kojení se přípravek nedoporučuje během 1. trimestru těhotenství. **Nežádoucí účinky:** nejčastěji se vyskytující - hypokalémie (hladina draslíku < 3,4 mmol/l; zvláště u diabetiků nebo u pacientů s renálním selháním, u vysoce rizikových populací jako jsou starší a/nebo podvyživení jedinci, kteří případně užívají najednou více léků, pacienti s cirhózou, s edémem a ascitem, koronární pacienti a pacienti se srdečním selháním), zácpa, sucho v ústech, nevolnost, zvracení, abdominální bolest, porucha chuti, dyspepsie, průjem, suchý kašel, poruchy zraku, tinitus, hypotenze ortostatická i jiná, vyrážka, svědění, makulopapulózní erupce, svalové křeče, astenie, parestázie, bolest hlavy, pocit závratě, vertigo. Frekvence neznámá (5 mg/1,25 mg): synkopa, Torsade de pointes, EKG - prodloužený QT interval, zvýšené hladiny jaterních enzymů. **Uchovávání:** Uchovávejte v dobře uzavřené tubě, chraňte před vlhkostí. **Velikost balení:** 30 tablet, 90 tablet. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Les Laboratoires Servier, 50, rue Camot, 92284 Suresnes cedex, Francie. Registrační číslo: 58/215/06-C (5 mg/1,25 mg), 58/215/09-C (10 mg/2,5 mg). **Datum poslední revize textu:** 4.4.2012 (5 mg/1,25 mg), 19.1.2012 (10 mg/2,5 mg). Před předepsáním přípravků si přečtěte Souhrn údajů o přípravku. Přípravky jsou k dispozici v lékárnách na lékařský předpis. Přípravky jsou částečně hrazeny z prostředků veřejného zdravotního pojištění.

Literatura: 1. Mourad JJ et al. Vasc Health and Risk Man. 2007; 3(1): 1–8. | 2. Mourad JJ et al. Curr Med Res Opin. 2009;25(9):2271–80.

Servier s. r. o., Klimentská 46, 110 02 Praha 1. Tel.: +420 222 118 307; www.servier.cz



- abnormalities - tj. CRAB). Monoklonální imunoglobulin (monoklonální gamapatií nejasného významu - MGUS) lze prokázat elektroforézou séra i moči (sternální punkce/trepanobiopsie již v KOC).
5. Bronchogenní karcinom plicního hrotu s prorůstáním do brachiálního plexu může mít symptomatologii obdobnou cervikobrachiálnímu syndromu, obdobně i osteosarkom.
 6. Cirhotici jsou obecně velmi rizikovou skupinou pacientů, kde imunodeficit může vést k nádorům v ORL oblasti, též i nejzávažnějšímu gliomu – multiformnímu glioblastomu.
 7. Obdobně jsou riziková HIV pozitivní pacienti, mohou onemocnět lymfomy, invazivním cervikálním karcinomem, Kaposiho sarkomem.
 8. Promyelocytová leukémie s pancytopenií, krvácivými projevy a diseminovanou intravaskulární koagulopatií či febriliemi je urgentním stavem v hematologii, vyžadujícím okamžitou diagnostiku a léčbu v KOC, jde o život ohrožující stav.
 9. Zamysleme se nad paraneoplastickými syndromy, jako je recentní diabetes mellitus při karcinomu pankreatu, diabetes insipidus při kraniofaryngeomu, flebotrombózy hlubokých cév DKK u řady nejen germinálních tumorů, hyperviskózní syndrom při mnohočetném myelomu či myeloidní leukémii, pozor na patologické fraktury! Pomýšlejme na maligní melanom a umožněme dermatoskopii u specialisty.
 10. Nespoléhejme příliš na ultrasonografii, na CT či MRI mohou být nálezy značně odlišné a hledejme způsob, jak náklady na komplement účelně vynaložit bez penalizace ZP.

Mikrovaskulární a makrovaskulární komplikace - jaké možnosti máme v současné době k jejich ovlivnění?

Prof. MUDr. Hana Rosolová, DrSc., FESC

Centrum preventivní kardiologie, II. interní klinika LF UK a FN, Plzeň

- abstrakt-

Náš oběhový systém je uzavřený okruh, a rovněž tak i problematika makro- a mikrovaskulárního poškození u hypertenze, dyslipidémie a jiných metabolických poruch je společná. Krevní tlak (TK) je určován tepovým objemem a vlastnostmi velkých arterií i periferním odporem, daným především arterioly. K mikrocirkulaci se řadí arterioly, které se nazývají rezistenční tepny, kapiláry, jejichž funkcí je především filtrace živin a odpadních produktů, a tak výrazně ovlivňují funkci jednotlivých orgánů, a venuly, které tvoří kapacitní řečiště. Např. srdce je zásobeno levou a pravou koronární arterií (třetím hlavním kmenem je ramus interventricula-

ris anterior), z nichž se oddělují větve 1. - 4. řádu. Bohatě větvené intramurální tepny přecházejí do mikrocirkulace, kterou tvoří arterioly, metaarterioly a bohatá kapilární síť (na 1 mm³ tkáně připadá 5–6 tisíc kapilár). Průtok krve myokardem určuje koronární průtoková rezerva (tj. poměr mezi maximálním a klidovým průtokem krve), která je regulována koronární rezistencí. Koronární rezistenci určuje až v 80 % mikrocirkulace, kmenové arterie se podílejí na celkové koronární rezistenci jen minimálně (5 %), zbytek tvoří rezistence malých arterií a pasivní rezistence daná extravaskulární kompresí. Neporušená mikrocirkulace je tedy důležitou podmínkou dostatečného zásobování srdce krví. Je-li mikrocirkulace porušena, klesá koronární průtoková rezerva.

Mezi patologické stavy, které narušují mikrocirkulaci, patří především arteriální hypertenze, která podobně jako kouření, hypercholesterolemie, hyperglykemie aj. známé rizikové faktory navozuje prostřednictvím oxidačního stresu strukturální změny a dysfunkci endotelu v cirkulaci velkých i malých tepen. Dochází k aktivaci sympatického nervového systému a systému renin-angiotenzin-aldosteron, rozvíjí se systémový zánět endotelu velkých i malých tepen provázený zvýšenou koncentrací cytoadhezivních molekul a pro-zánětlivých cytokinů. Dysfunkce endotelu má výrazný vliv na zvýšení permeability cévní stěny a rozvoj intersticiálního edému, což se uplatňuje např. při vzniku diabetické retinopatie a nefropatie. Dysfunkce endotelu je sledována poruchami rovnováhy mezi koagulací a fibrinolýzou ve prospěch koagulace. V endotelu narůstá apoptóza buněk. V této souvislosti jsou zajímavé výsledky studie PERTINENT (tj. podstudie studie EVROPA) provedené u pacientů s ischemickou chorobou srdeční. Pacienti, kterým byl přidán po dobu jednoho roku perindopril ke stávající léčbě, měli menší apoptózu buněk endotelu cév ve srovnání s pacienty, kterým bylo přidáno placebo.

Rizikové faktory narušující mikrocirkulaci vedou k remodelaci (tj. ke ztlušťování stěn) arterií, k perimyocytární fibróze a konstrikci arterií, což má za následek zvýšení systolického TK. V souvislosti s tím dochází v mikrocirkulaci k řídnutí kapilár (tzv. capillary rarefaction), což s sebou přináší poruchy funkce orgánů. Bylo zjištěno, že u hypertoniků je ve srovnání s normotoniky výrazně snížena hustota kapilár i perfúze myokardu.¹ Narušená mikrocirkulace vedoucí ke snížení koronární rezervy přispívá ke zvýšení výskytu koronárních a jiných kardiovaskulárních příhod, a tedy i ke sníženému přežívání pacientů.

Úprava a zachování adekvátní perfúze v myokardu, ale i v dalších orgánech, je proto velmi důležitá. **Měli bychom tedy v léčbě vysokého TK používat taková antihypertenziva, která mají příznivý vliv i na mikrocirkulaci.** Mezi antihypertenzivy má z tohoto hlediska výjimečné postavení **perindopril**, resp. jeho kombinace s indapamidem. Při této léčbě bylo prokázáno nejen významné snížení TK (normalizace téměř u 90 % pacientů), zmenšení hypertrofické levé komory srdeční v závislosti na dávce léků^{2,3}, zlepšení krevního průtoku u pacientů s normalizovaným TK v brachiální tepně a zlepšení koronární perfúze u hypertenzních

pacientů⁴. U diabetiků 2. typu vedla aditivní léčba perindoprilem a indapamidem ke snížení výskytu všech sledovaných makro- i mikrovaskulárních komplikací (především a renálních příhod) i ke snížení kardiovaskulární mortality.⁵

Mikroalbuminurie i makroalbuminurie (albuminurie AUR) jsou významným markerem rizika vzniku onemocnění ledvin, ale i markerem kardiovaskulárního rizika a celkové mortality. Albuminurie se objevuje v časném stadiu nefropatie, na podkladě hyperfiltrace glomerulů; pokud v tomto stadiu nasadíme léčbu inhibitory angiotenzin-konvertujícího enzymu (ACE), můžeme redukovat AUR (regrese orgánových změn) nebo zabránit vzniku nové AUR (prevence orgánových změn) a u nemocných a rozvinutou nefropatii zpomalit rozvoj renálního selhání. Ze studie UKPDS je známo, že renální komplikace se během života vyvinou u 75 % diabetiků⁶; v našem souboru pacientů (n=415), kteří měli v průměru 10 let diabetes mellitus, se makrovaskulární komplikace vyskytovaly u jedné třetiny, zatímco mikrovaskulární komplikace mělo při vstupu do studie již 53 % pacientů⁷.

Z epidemiologických studií je známo, že **čím je větší AUR a čím je nižší glomerulární filtrace, tím je vyšší kardiovaskulární riziko**. Studie ADVANCE je toho důkazem. Přidáním perindoprilu a indapamidu ke stávající léčbě diabetiků 2. typu došlo k významnému snížení primárního cíle studie tj. ke snížení výskytu makro- i mikrovaskulárních komplikací u nemocných s diabetem. Co je však nejdůležitější, léčbou touto fixní kombinací se významně snížila i celková mortalita.⁵

U diabetiků 1. i 2. typu bylo opakovaně prokázáno, že snížení hyperglykémie vede ke zlepšení mikroangiopatií (tj. rozvoje retinopatie, nefropatie i diabetické nohy) více, než k redukcí makrovaskulárních komplikací. Méně je známo o vlivu hypolipidemické léčby na poruchy mikrocirkulace. Více údajů přinesla studie FIELD a ACCORD pro fenofibrát. Zatímco statinové studie prokázaly významné snížení makrovaskulárních komplikací, především kardiovaskulárních nemocí, fenofibrátové studie u diabetiků 2. typu ukázaly, že **fenofibrát v monoterapii i v kombinaci se simvastatinem významně ovlivňuje progresi některých diabetických mikroangiopatií**.

Diabetici 2. typu léčení fenofibrátem ve studii FIELD měli o 14 % nižší relativní riziko progresí AUR (definováno jako přechod normoalbuminurie do mikroalbuminurie nebo přechod z mikroalbuminurie do makroalbuminurie)⁹. Také kombinovaná léčba fenofibrátem a simvastatinem ve studii ACCORD-Lipid vedla k významně nižšímu výskytu mikroalbuminurie i makroalbuminurie ve srovnání s výskytem těchto komplikací ve větvi léčené pouze simvastatinem¹¹. Léčba fenofibrátem vedla k významně nižší nutnosti amputace diabetické nohy u nemocných s diabetem 2. typu (redukce relativního rizika o 31 %). Autoři studie zjistili, že tento účinek nelze vysvětlit změnami hodnot HbA1C ani jinou terapií či redukcí TK ve skupině léčené fenofibrátem⁹. Ve studii FIELD vedla léčba fenofibrátem ke snížení nutnosti laserové terapie diabetické retinopatie¹⁰. Toto potvrdila podstudie ACCORD-EYE, která poskytla další důležité výsledky v prevenci mikrovaskulárních komplikací u diabetiků 2. typu¹²:

1. Intenzivní terapie glykémie měla podobný účinek na progresi retinopatie jako u diabetiků 1. typu a u nově

diagnostikovaného diabetika 2. typu.

2. Fenofibrát zpomaloval progresi diabetické retinopatie u pacientů s diabetem 2. typu léčených statiny (redukce relativního rizika o 40 %, redukce absolutního rizika o 3,7 %).
3. Diabetici intenzivně léčení antihypertenzívy neměli větší prospěch v prevenci progresí diabetické retinopatie.

Závěr

Cílem léčby rizikových faktorů (hypertenze, dyslipidémie, hyperglykémie) by mělo být snížení výskytu makro- i mikrovaskulárních komplikací. Antihypertenzní léčba by tedy měla nejen snížit TK, neporušit metabolické parametry, ale také zlepšit vlastnosti velkých artérií a především zlepšit mikrocirkulaci. Tyto požadavky bezesporu splňuje kombinace perindoprilu a indapamidu, která dokázala nejen snížit výskyt makro- a mikrovaskulárních komplikací, ale i celkovou mortalitu⁸. Studie FIELD a ACCORD – Lipid potvrdily, že fenofibrát u nemocných s diabetem 2. typu v monoterapii i v kombinaci se simvastatinem zlepšuje mikrocirkulaci v ledvinách, na sítnici i na dolních končetinách. Je těžké zjistit, zda poškození velkých artérií začíná dříve než poškození malých cév anebo naopak, či zda probíhá současně; jistě se i v této problematice bude uplatňovat individuální citlivost jednotlivých pacientů. Na mikrovaskulární parametry, tedy endotelovou dysfunkci, remodelaci arterií a hustotu kapilár, bychom neměli zapomínat ve vědeckých studiích ani v klinické praxi.

Literatura

- 1 Debbabi H, Bonnin P, Levy BI, et al. Effects of Blood Pressure Control With Perindopril/Indapamide on the Microcirculation in Hypertensive Patients. *Am J Hypertens* 2010;23:1136-43.
- 2 Mourad JJ, Le Jeune S. Evaluation of high dose of perindopril/indapamide fixed combination in reducing blood pressure and improving end-organ protection in hypertensive patients. *Curr Med Res Opin* 2009;25:2271-80.
- 3 Verdecchia P, Schillaci G, Borgioni C, et al. Prognostic significance of serial changes in left ventricular mass in essential hypertension. *Circulation* 1998;97:48-54.
- 4 Neglia D, Fommei E, Ghione S, et al. Coronary microvascular dysfunction in hypertensive patients with left ventricular hypertrophy can be reversed by treatment with a fixed combination of perindopril and indapamide. *Eur Heart J* 2008;29(suppl.):103.
- 5 Patel A, MacMahon S, Chalmers J, et al.; ADVANCE Collaborative Group. Effects of a fixed combination of perindopril and indapamide on macrovascular and microvascular outcomes in patients with type 2 diabetes mellitus (the ADVANCE trial): a randomised controlled trial. *Lancet* 2007;370:829-40.
- 6 U.K. Prospective Diabetes Study 74. *Diabetes* 2006;55:1832-9.
- 7 Rosolová H, Petřelová B, Šimon J, Šifalda P, Šípová I, Šefrna F: Makrovaskulární a mikrovaskulární komplikace u diabetiků 2. typu. *Vnitř Lék* 2008;54:229-237.
- 8 Bertrand ME, Mourad JJ, Boersma E, et al. Reduction in total mortality with antihypertensive agents: evidence from clinical trials. *European Society of Cardiology Congress* 2010.
- 9 The FIELD study investigators: Effect of long-term fenofibrate therapy on cardiovascular events in 9795 people with type 2 diabetes mellitus (the FIELD study): randomised controlled trial. *Lancet* 2005;366:1849-1861.
- 10 Keech AC, Mitchell P, Summanen PA et al.: Effect of fenofibrate on the need for laser treatment for diabetic retinopathy (FIELD Study): a randomised controlled trial. *www.thelancet.com* DOI:10.1016/S0140-6736(07)61607-9.
- 11 The ACCORD Study Group: Effects of Combination Lipid Therapy in Type 2 Diabetes Mellitus. *N Engl J Med* 2010; 10.1056/NEJM0a1001282.
- 12 The ACCORD Study Group and ACCORD Eye Study Group: Effects of Medical Therapies on Retinopathy Progression in Type 2 Diabetes. *N Engl J Med* 2010; 10.1056/NEJM0a1001288.

Fixní kombinace telmisartanu a amlodipinu - komplexní řešení péče pro hypertoniky

MUDr. Jiří Slíva, PhD.

- satelitní sympozium -

Satelitní sympozium společnosti Boehringer Ingelheim bylo věnováno problematice arteriální hypertenze, především pak významu kombinační antihypertenzní léčby pomocí fixních kombinací.

Hypertenzi v České republice trpí 40 % populace, přičemž pouze 60 % z nich je léčeno a pouhá polovina je léčena úspěšně. Úvodní sdělení s názvem „**Spolupráce kardiologa a praktického lékaře při léčbě hypertenze**“ přednesl prof. Vítovec. Připomněl, že současná medicína disponuje dostatkem důkazů k doporučování snižování hodnot krevního tlaku pod 140/90 mmHg u všech pacientů s hypertenzí, a to jak ve skupině hypertoniků s nízkým až středním rizikem, tak u hypertoniků s vysokým kardiovaskulárním rizikem. Současně se jeví jako prozíravé doporučovat u všech pacientů s hypertenzí snížení TK na hodnoty v rozmezí 130-139/80-85 mmHg, spíše blíže hodnotám v dolním pásmu.

Mezi faktory významně ovlivňujícími pacientovu prognózu přitom vedle vlastní aktuální hodnoty TK, věku nemocného, kouření, dyslipidémie a abdominální obezity uvádí rovněž význam C-reaktivního proteinu. Samozřejmostí je poškození cílových orgánů (tj. hypertrofie levé komory srdeční, ultrasonograficky potvrzené zesílení stěny karotid nebo aterosklerotický plát, zvýšení hladiny kreatininu v plazmě či přítomnost mikroalbuminurie) či diabetes mellitus, který je samostatným rizikovým faktorem (hodnota glykémie nalačno > 7 mmol/l a/nebo postprandiální glykémie > 11 mmol/l) a opomenout nelze ani přidružená onemocnění (cerebrovaskulární postižení, srdeční onemocnění, choroby ledvin, periferní arteriální onemocnění či pokročilá retinopatie).

Základním cílem antihypertenzní léčby je snaha o dosažení co možná nejvýraznějšího snížení celkového kardiovaskulárního rizika, a to nejenom prostředky snižujícími krevní tlak (pozn.: hodnoty systolického tlaku pod 140 mmHg bývá obtížné dosáhnout především u seniorů), ale i prostředky k eliminaci rizikových faktorů a léčbě přidružených onemocnění. Vzhledem ke skutečnosti, že u většiny nemocných je k dosažení cílové hodnoty TK zapotřebí kombinace alespoň dvou různých léčivých látek (monoterapie je účinná pouze u 30–40 % hypertoniků), je běžně užívanou léčebnou strategií přidání látky z jiné lékové skupiny. Kombinace je však vhodná rovněž jako iniciační léčba, zejména u nemocných s vyšším kardiovaskulárním rizikem, kde je žádoucí včasná kontrola TK. Základními antihypertenzivy jsou přitom stále inhibitory ACE, sartany, beta-blokátory, blokátory kalciových kanálů ze skupiny dihydropyridinů a thiazidová diuretika. Výrazné snížení kardiovaskulárních komplikací v případě

užití kombinační léčby bylo potvrzeno především při kombinacích ACEI/sartan + blokátor kalciového kanálu či ACEI/sartan + diuretikum. Je-li zapotřebí zvolit trojkombinaci, pak by zcela jistě měla obsahovat diuretikum. Praktický lékař by měl dle prof. Vítovce léčit zejména nemocné s rizikovými faktory I. - II. (tj. zejm. kouření, obezita, věk či nemoc se subklinickým poškozením orgánů) a dobře reagujícími na dvojkombinační, případně i trojkombinační (s diuretikem) léčbu. Jednoznačně by však do hypertenzní poradny měl být směřován každý pacient s rizikovými faktory III. - IV. (tj. diabetik či nemocný s významným poškozením cílových orgánů), u kterého se nedaří dosáhnout cílových hodnot TK, nebo je zde podezření na sekundární hypertenzi a nebo je-li hypertenze rezistentní na léčbu.

Možnosti a význam využití kombinační léčby rozvedl profesor Widimský jr. ve své přednášce „**V čem je léčba hypertenze „2 v 1“ lepší než „2 ve 2“**“.

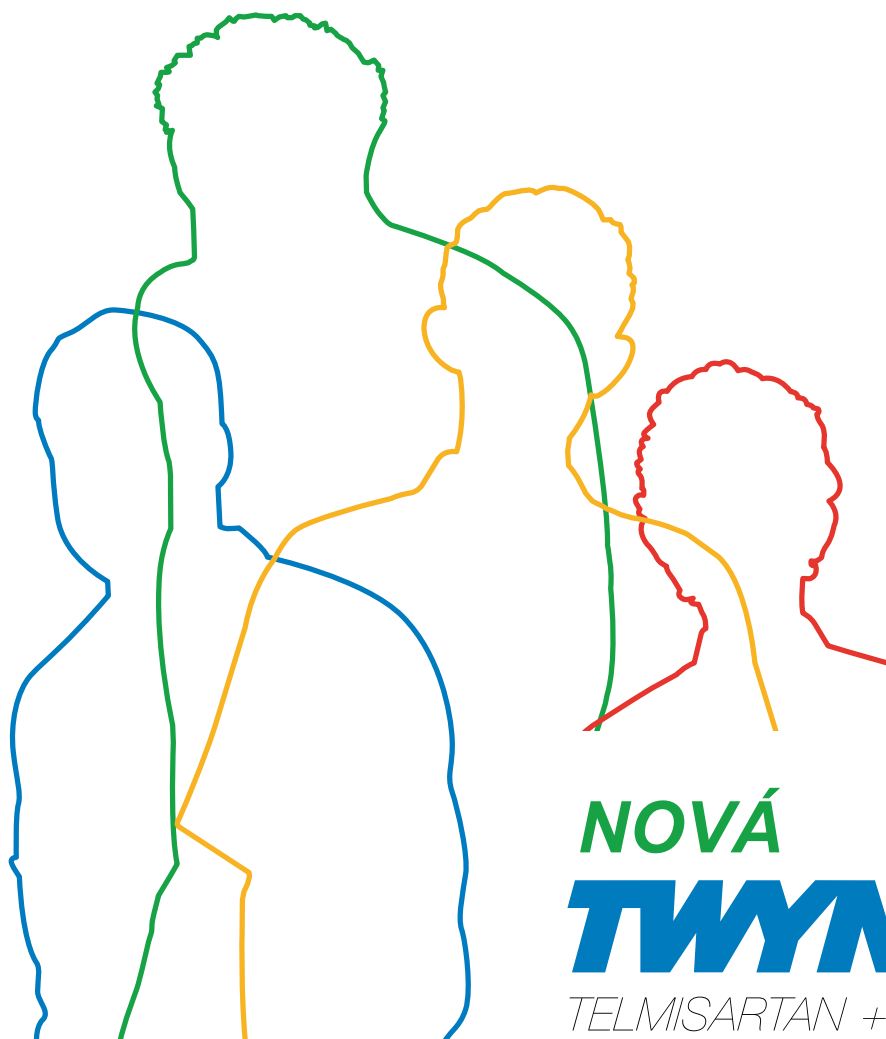
Hned v úvodu připomíná závěry metaanalýzy 42 klinických studií čítající bezmála 11 tisíc hypertoniků (Walds DS et al, 2009). Dle jejích autorů je kombinace dvou antihypertenzních látek přibližně 5x účinnější ve snižování hodnot systolického krevního tlaku (STK) než pouhé zdvojnásobení dávky. Je však rozdíl, zda-li nemocný užívá obě antihypertenziva ve fixní kombinaci a nebo v podobě dvou tablet.

Výhodou fixní kombinace je přitom lepší compliance nemocného, redukce nákladů na léky a nižší užití dávků zastoupených látek. Nevýhodou pak někdy mohou být nevhodně nastavené dávky či kombinace léčiv s různě dlouhým účinkem a v případě objevení se nežádoucího účinku je to i vysazení obou léčiv najednou. Obvykle však převládají přínosy, mezi kterými ještě dále zmiňme nižší počet užívaných tablet a zlepšení snášenlivosti léčby.

Klíčovou roli zde sehrává především compliance (cca pouze 50 % nemocných užívá antihypertenzní léčbu v souladu s doporučením svého ošetřujícího lékaře!), neboť lepší spolupráce nemocného je i předpokladem k dosažení terapeutického cíle, tj. výše uvedeného snížení kardiovaskulárního rizika, o čemž svědčí mj. výsledky i recentně publikované lombardské studie (Corrao G et al., 2011), a to jak ve smyslu koronárních, tak i cerebrovaskulárních příhod. Při léčbě fixní kombinací jistě nelze opomenout ani dnes stále aktuálnější významné celkové finanční úspory ve srovnání s podáváním obou léčiv samostatně (Dickson et al., 2008). Zřejmě nejvýznamnější je však příznivý vliv fixních kombinací na ovlivnění finálního kardiovaskulárního rizika, o čemž jasně svědčí závěry již uvedené lombardské populační studie u 209 000 nově léčených hypertoniků ve věku 40-79 let, sledovaných po dobu 7 let (Corrao G et al., 2011).

Příkladem účinné fixní kombinace antihypertenziv je kombinace telmisartanu s amlodipinem. Jde o látky s dobře prokázaným terapeutickým účinkem a současně příznivými farmakokinetickými vlastnostmi. Pouze připomeňme, že telmisartan má nejdelší biologický poločas, nejvyšší vazebnou kapacitu k receptorům AT₁, je vysoce lipofilní a navíc i vysoce selektivní k receptorům PPAR-alfa. Ze všech sarta-

Víc než jen kontrola krevního tlaku...



NOVÁ
TWYNSTA®
TELMISARTAN + AMLODIPIN



Zkrácená informace o přípravku:

TWYNSTA® 80 mg/5 mg tablety, 80 mg/10 mg tablety

Složení: TWYNSTA® 80 mg/5 mg: 1 tableta telmisartanum 80 mg a amlodipinum 5 mg, TWYNSTA® 80 mg/10 mg: 1 tableta telmisartanum 80 mg a amlodipinum 10 mg. **Léková forma:** Tableta. **Indikace:** Léčba esenciální hypertenze. **Přidavná léčba:** Přípravek TWYNSTA® je indikován u dospělých pacientů, jejichž krevní tlak není adekvátně kontrolován amlodipinem. **Substituční léčba:** Dospělí pacienti, kteří užívají telmisartan a amlodipin ve formě jednosložkových přípravků, mohou užívat tablety přípravku TWYNSTA, který obsahuje stejnou dávku jednotlivých složek. **Dávkování a způsob podání:** Doporučená dávka je jedna tableta přípravku TWYNSTA® denně. Maximální doporučená dávka je jedna tableta přípravku TWYNSTA® 80 mg/10 mg denně. Přípravek TWYNSTA® je určen k dlouhodobé léčbě. Přípravek TWYNSTA® lze užívat s jídlem nebo bez jídla. Doporučuje se užívat přípravek TWYNSTA® spolu s dostatečným množstvím tekutiny. **Zvláštní skupiny pacientů:** **Poškození funkce ledvin:** U pacientů se závažným poškozením funkce ledvin nebo podstupujících hemodialýzu jsou omezené zkušenosti. U takových pacientů je třeba opatrnosti, protože amlodipin a telmisartan nejsou dialyzovatelné. **Poškození funkce jater:** U pacientů s mírným až středně závažným poškozením funkce jater je nutno přípravek TWYNSTA® podávat se zvýšenou opatrností. U telmisartanu by dávka neměla překročit 40 mg jednou denně. Podávání přípravku TWYNSTA® je kontraindikováno u pacientů se závažným poškozením funkce jater. Starší pacienti: Úprava dávky není nutná. **Pediatrickí pacienti:** U dětí do 18 let se nedoporučuje. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na některou pomocnou látku, 2. a 3. trimestr těhotenství, obstrukce žlučovýchodů, závažné poškození funkce jater, šok (vč. kardiogenního), závažná hypotenze, obstrukce výtokové části levé komory, hemodynamicky nestabilní srdeční selhání po akutním infarktu myokardu. **Zvláštní upozornění:** Léčba nesmí být zahájena během

těhotenství. Podávat se zvýšenou opatrností u mírného až středně závažného poškození funkce jater. Bilaterální stenóza renálních arterií či stenóza renální arterie jediné funkční ledviny: hrozí zvýšené riziko těžké hypotenze a renální nedostatečnosti. Renální poškození: pravidelné sledování sérových hladin draslíku a kreatininu. Nejsou zkušenosti s podáváním po transplantaci ledvin. Intravaskulární hypovolemie: stav korigovat před podáním přípravku. Podávání přípravků ovlivňujících RAAS může vést k hyperkalemii, zvážit současné podání. Duální blokáda RAAS u vnímavých jedinců k hypotenzi, synkopě, změnám renálních funkcí. Primární aldosteronismus: nedoporučuje se léčba telmisartanem. Obsahuje sorbitol, nevhodné pro pacienty s vrozenou intolerancí fruktózy. **Interakce:** Nedoporučuje se současně podávat draslík šetřící diuretika nebo přípravky obsahující draslík, lithium (nutné sledování koncentrací v séru). Opatrnost při současném podání: NSA. Zvažovat: jiná antihypertenziva, kortikosteroidy (systémové podání). Současné podávání amlodipinu a grapefruitu /grapefruitové šťávy se nedoporučuje. **Nežádoucí účinky:** Celkový výskyt nežádoucích účinků přípravku TWYNSTA v programu klinických studií byl nízký. Nejčastější nežádoucí účinky zahrnují závratě a periferní edém. Vzácně se může objevit závažná synkopa. **Doba použitelnosti:** 3 roky. **Zvláštní opatření pro uchovávání:** Žádné zvláštní podmínky uchovávání. Uchovávejte v původním obalu, aby byl přípravek chráněn před světlem a vlhkostí. **Druh obalu a velikost balení:** Aluminium/aluminium blistry (PA/Al/PVC/Al) v krabičce obsahující 14, 28 tablet. **Registrační číslo:** 80/10 mg: EU/1/10/648/022-14 tablet, EU/1/10/648/023-28 tablet, 80/5 mg: EU/1/10/648/015-14 tablet, EU/1/10/648/016-28 tablet. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Boehringer Ingelheim International GmbH, Binger Str. 173, D-55216 Ingelheim am Rhein Německo. **Poslední revize textu:** 07/2011. Výdej přípravku je vázán na lékařský předpis. Přípravek je částečně hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Před podáním léku se seznáme s úplnou informací o přípravku.

nů má i nejvíce klinických dat ve smyslu mortalitních studií (bezmála 52 tisíc pacientů). Podobně i amlodipin má velmi dlouhý biologický poločas (nejdelší ze své skupiny dihydropyridinů) a jeho účinek byl prokázán v řadě klinických studií (PREVENT, CAMELOT, ASCOT-BPLA/CAFE, ALLHAT). Význam kombinace obou látek mj. spočívá v zabránění renální hyperfiltrace indukované amlodipinem, k čemuž přispívá právě telmisartan. Vlastní terapeutická odpověď se dostává v závislosti na velikosti podané dávky.

Fixní kombinace obou látek podávaná 1x denně výrazněji než-li placebo či obě látky podané samostatně snižuje hodnoty 24 hodiny měřeného systolického i diastolického krevního tlaku (Littlejohn et al., 2008). Velmi důležité je však i významné snížení krevního tlaku u osob s vysokým kardiovaskulárním rizikem (TEAMSTA Severe HTN study), včetně diabetiků (pokles STK o 43,2 %) či nemocných s metabolickým syndromem (pokles STK o 44,2 %).

Kombinační léčba rovněž významně zvyšovala podíl hypertoniků dosahujících cílových hodnot po 8 týdnech léčby či vedla k významnému poklesu mikroalbuminurie u diabetiků, a to vše za příznivého bezpečnostního profilu.

Závěrem *dr. Šedivá* prezentovala vlastní zkušenosti s fixní kombinací amlodipin/telmisartan (Twynsta®) v přednášce **"Twynsta – 12 měsíců zkušeností v praxi praktického lékaře"**. V rámci svého sdělení uvedla dvě vlastní kasuistiky, v rámci kterých byli nemocní léčeni právě touto fixní kombinací.

V první kasuistice figuruje muž s hypertenzí (nar. 1945) dle WHO II. st. od r. 2008 současně trpící diabetem 2. typu na PAD a dyslipidemií na statinech. Vyloučena byla sekundární hypertenze. Léčba spočívala v podávání betaxololu, ramiprilu + hydrochlorothiazidu a amlodipinu. Současně byly u nemocného pozorovány peaky vysokého krevního tlaku, které byly řešeny Tensiominem. Nemocnému byla doporučena domácí monitorace TK, ovšem bez zlepšení. Při následné druhé návštěvě bylo provedeno navýšení ramiprilu + hydrochlorothiazidu, ovšem bez potřebného účinku. Nasazen byl přípravek Twynsta s následně pozorovaným zlepšením. Ten se stal u nemocného jediným, aktuálně užívaným antihypertensivem.

Ve druhé kasuistice vystupuje muž (nar. 1936) s hypertenzí dle WHO III. st. léčenou inhibitory ACE. Z osobní anamnézy je významná ischemická choroba dolních končetin a drobných cévních mozkových příhod. Pro kašel byl převeden na léčbu telmisartanem. Pro nedostatečnou kompenzaci byla přidána léčba amlodipinem. Za účelem zjednodušení medikace byla nemocnému nasazena fixní kombinace Twynsta namísto obou látek podávaných izolovaně. Nyní je kontrola hypertenze optimální, stav nemocného je uspokojivý.

V závěrečné diskuzi zaznělo, že kombinace dihydropyridinového blokátoru kalciových kanálů s léčivý blokujícími systém RAAS by měla být i kombinací volby. Zejména by pak měla být preferována na úkor inhibitorů ACE či sartanů s thiazidovým diuretikem u nemocných s diabetem či u metabolického syndromu.

Význam časně detekce chronického žilního onemocnění – Projekt Vein Consult Program

MUDr. Jana Vojtíšková
praktická lékařka, Praha

- zpráva-

Ke konci roku 2011 byl implementován do praxe Doporučený postup chronická žilní onemocnění. Po 6 měsících uvedení do praxe jsme si položili otázku nakolik je tento nový DP v praxích primární péče využíván a zda přináší prospěch i našim pacientům.

Víme, že žilní onemocnění jsou často v populaci vnímána jako banální záležitost a pacienti sami nemají tendenci je spontánně referovat, protože počínající symptomy onemocnění přičítají například zvýšené fyzické zátěži a považují je za běžný jev. Čísla vypovídající o postižení ve světové populaci jsou velmi vysoká. Prevalence se uvádí až 50 % populace (zahrnuta jakákoliv žilní anomálie) a příznaky související s varixy dolních končetin, žilní insuficiencí nebo kožní defekty žilního původu patří mezi nejčastější problémy řešené ve všeobecné praxi.

Ke konzultaci do ordinace pacienti přicházejí v okamžiku, kdy je symptom obtěžuje či poleká. S varixy přichází zejména mladší ženy většinou z důvodů estetických, ale i pacienti obávající se rodinné zátěže ve smyslu rozvoje žilní insuficience. Zejména v otázce varixů dolních končetin jsou praktičtí lékaři zcela jistě prvními konzultanty svých pacientů (žen i mužů) proto potřebují mít podklady pro doporučení k prevenci, ke zmírnění symptomatologie nebo ke zpomalení progresu onemocnění. Otázkou tedy je, zda umíme pacienty správně identifikovat a žilní problematiku správně komunikovat.

Ve svém sdělení *MUDr. Vojtíšková* krátce zopakovala důležité pojmy a definice, připomněla patofyziologii vzniku žilní hypertenze s dalšími následnými projevy. Podrobněji zmínila polymorfní symptomy žilního onemocnění a kritéria naznačující možnou souvislost s chronickým žilním onemocněním (CVD). Dále se zabývala mezinárodní CEAP klasifikací žilních nemocí a možností postupného využívání i v českých praxích primární péče. V posledních dvou letech došlo k zásadním změnám v chápání podstaty těchto onemocnění. Zatímco dříve se na tento problém nahlíželo jako na onemocnění genetické, dnes víme, že je také onemocněním získaným a jedná se o komplexní vztah mezi mechanickým stresem a zánětem. Předpokladem jak předejít možným komplikacím je tudíž možná léčba potlačující zánět.

Co je projekt Vein Konsult Program?

Je to celosvětový program s cílem zmapovat epidemiologickou situaci a stanovit prevalenci CVD. Zvýšit povědomí o CVD mezi odborníky, pacienty i zdravotnickými pracovníky. Jedním z cílů je popsat typického pacienta s CVD a způsob jeho léčby se specifickým zaměřením na časná stadia.

Program proběhl ve 20 zemích světa a předběžné výsledky z prvních 13 zemí byly prezentovány na Mezinárodním flebologickém kongresu v září 2011 v Praze. Odbornou záštitu nad projektem převzala International Union of Flebology (UIP), neomezenou grantovou podporu poskytuje Servier Research Group. Metodika projektu je mezinárodní, observační, prospektivní průzkum prováděný v ambulancích praktických lékařů, v některých zemích i u specialistů na žilní onemocnění. Praktičtí lékaři screenují konsekutivní dospělé pacienty (s vyloučením akutních případů). Za použití identického dotazníku sledují výskyt rizikových faktorů, známek a symptomů žilního onemocnění. Pacienti s potvrzenou diagnózou CVD vyplňují sebesupozovací dotazník pro vyhodnocení kvality života. Hlavní výstupy z prvních 13 zemí ukazují, že u chronických žilních nemocí (CVD) predominují časná stadia ($CO-C_2 = 58\%$). Spontánně pak ale pacienti žádají lékaře o pomoc až v závažnějších stadiích a to pouze

1 ze 4 s příznaky CVD. Přítomnost symptomů CVD, zvláště jsou-li nejméně dva, indikuje potřebu dalšího vyšetření. Potvrzeno je, že časná intervence (režimová, farmakoterapie, chirurgická) pozitivně zasahuje do vývoje onemocnění a oddaluje vznik komplikací. Možný dopad dalšího rozvoje chronických žilních nemocí je stále jak pacienti tak lékaři nedoceňován, takže neustálá potřeba edukace je velmi smysluplná.

Projekt Vein Consult Program v České republice proběhne v nejbližších dnech v ordinacích primární péče na celém území České republiky. Odborným garantem projektu je odborná společnost SVL ČLS JEP, grant poskytuje Servier s.r.o. Hlavním cílem uvedeného projektu je doplnit a aktualizovat epidemiologická data a zvýšit informovanost o významu časně detekce chronických žilních onemocnění na úrovni primární péče.

detralex®

mikronizovaná
purifikovaná
flavonoidní
frakce



MIKROSTRUKTURA PRO MAKRO ÚČINEK
JEDINÉ MIKRONIZOVANÉ VENOTONIKUM

Zkrácená informace o přípravku Detralex®
Složení a balení: Léčivá látka: Flavonoidorum fractio purificata mnisata 500 mg; Diosminum 450 mg, Flavonoida 50 mg vyjádřené Hesperidinum v jedné potahované tabletě; 30 nebo 60 potahovaných tablet v jednom balení. **Farmakologické vlastnosti:** Venotonik a vazoprotektivum. Detralex® působí na zpětný návrat krve ve vaskulárním systému; na úrovni žil snižuje venózní distenzibilitu a redukuje venostázu; úroveň mikrocirkulace normalizuje kapilární permeabilitu a zvyšuje kapilární rezistenci; na lymfatické úrovni zvyšuje lymfatický průtok. **Indikace:** Léčba příznaků a projevů chronické žilní insuficience dolních končetin, funkční nebo organických: pocit tíhy, bolest, noční křeče, edém, trofické změny včetně vředů. Léčba akutní ataky hemoroidálního onemocnění. **Indikace:** Léčba subjektivních příznaků a funkčních objektivních projevů moroidálního onemocnění. Přípravek je určen dospělým pacientům. **Nežádoucí účinky:** Byly popsány gastrointestinální poruchy (časté: nauzea, vomitus, dyspepsie, gastralgie) a poruchy nervového systému (vzácně: závratě, bolesti hlavy). Intenzita a četnost nežádoucích účinků nevyžadují přerušování léčby. **Interakce:** Nejsou známy. **Těhotenství a kojení:** Ve studiích, kdy se přípravek podával těhotným ženám i ženám po porodu, nedošlo k žádnému nepříznivému ovlivnění těhotenství ani plodu. Postnatale experimentální studie neprokázaly žádné anatomické anomálie ani poruchy v chování mláďat během období kojení. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku přípravku. **Dávková forma a způsob podání:** Venolymfatická insuficience: 2 tablety denně. Hemoroidální onemocnění: Akutní hemoroidální ataka: 6 tablet denně během prvních 4 dnů, poté 4 tablety denně během následujících 3 dnů. **Udržovací dávka:** 2 tablety denně. **Podmínky uchování:** Při teplotě do 30°C. Úplná informace pro předepisování viz Souhrn údajů o přípravku. **Registrační číslo:** 85/392/91-C. **Držitel registračního rozhodnutí:** Les Laboratoires Servier, 50, rue Carnot, 92439 Suresnes cedex, Francie. **Další informace na adrese:** Servier s.r.o., Praha City Center, Klimentská 46, 110 02 Praha 1, tel.: 222 118 511, fax: 222 118 501, www.servier.cz

ZPRÁVA Z KONFERENCE

Management pacienta v pozdních fázích demence - role paliativní péče Praha, 31.5. 2012

Konferenci organizovala ČSPM (Česká společnost paliativní medicíny) ČLS JEP v prostorách Ústavu molekulární genetiky AV ČR .

Zahájil ji předseda ČSPM prim. MUDr. Ladislav Kabelka, PhD. připomenutím nové definice paliativní péče navržené EAPC (Evropská asociace pro paliativní péči) .

Paliativní péče je přístup, který usiluje o zlepšení kvality života pacientů a rodin, kteří čelí problémům spojeným s život ohrožujícím onemocněním, a to prostřednictvím prevence a

zmírňováním utrpení, včasnou identifikací a dokonalým zhodnocením a léčbou bolesti a řešením problémů fyzických, psychosociálních i duchovních.

Dále připomněl, že - paliativní péče představuje aktivní celkovou péči o pacienta, jehož onemocnění neodpovídá kurativní léčbě:

- Zásadně důležité je mírnění bolesti a dalších příznaků a také řešení sociálních, psychologických a duchovních problémů.
- Paliativní péče je ve svém přístupu interdisciplinární a do své působnosti zahrnuje pacienta, rodinu a komunitu.
- Paliativní péče nabízí péči zaměřenou na naplňování pacientových potřeb , a to bez ohledu na místo, kde pacient pobývá (doma nebo v nemocnici).
- Paliativní péče ctí a chrání život. Umírání a smrt považuje za normální proces, smrt ani neurychluje, ani neoddluže. Usiluje o zachování maximální možné kvality života až do samotného konce.

Na konferenci vystoupil *prof. MUDr. Ladislav Volicer, CSc.* z USA, uznávaný odborník v problematice demence. Hovořil na téma **"Syndrom demence - jaká péče je nejefektivnější v pozdních stádiích? Zkušenost z USA"**.

V několika bodech se pokusím shrnout základní poznatky jeho přednášky.

1. Je-li u pacienta stanovena dg. progresivní demence, je nutné začít uplatňovat principy paliativní péče.
2. Pro udržení kvality života u člověka s demencí je nutné poskytnout příležitost ke smysluplné činnosti, omezit agresivní lékařské zákroky a léčit psychiatrické problémy a poruchy chování.
3. Smysluplná činnost musí být přizpůsobena těžkosti demence. Měla by být poskytována po dobu sedmi dní v týdnu.
4. Bolest může být důležitou příčinou poruch chování a musí být správně diagnostikována a léčena.
5. Je nutné rozlišovat poruchy chování, které nastanou, když je pacient o samotě (agitace a apatie)nebo když je s někým jiným (většinou odpor při péči).

6. Deprese je rizikový faktor pro agitaci a odpor při péči.

7. Některé agresivní lékařské zákroky nejsou optimální u lidí s pokročilou demencí (kardiopulmonální resuscitace, převoz do nemocnice).

8. Antibiotika pro léčení generalizovaných infekcí nemusí prodloužit život a nejsou nutná k udržení pohody .

9. Výživa sondou neposkytuje žádné výhody, pro pacienty s demencí je stresující.

10. Umírající pacienti nemají hlad ani žízeň, terminální dehydratace zvyšuje pohodu při umírání.

11. Kdo umírá, nemá být vyživován, kdo neumírá, má být vyživován. Toto rozhodnutí záleží na mnoha okolnostech, vůdčí osobou však stále zůstává ošetřující lékař.

Pacientem předem vyslovené přání o rozsahu péče (living will, advanced directives) mu umožňuje zachovat si osobní autonomii a také poskytnout pokyny k péči v případě, že se již nebude moci samostatně rozhodovat.

Pacientem předem vyslovené přání o rozsahu péče může být doplněno nebo nahrazeno dokumentem postupujícím rozhodovací pravomoc jiné osobě (případně plnou mocí).

V závěrečné přednášce týkající se **léčby bolesti u pacienta s demencí** poukazuje *MUDr. Eva Hegemonová* na nedostačnou zkušenost správného užití silných opioidů. Opioidy by

neměly být podávány jen v případech silných bolestí u onkologických pacientů, měly by být také podávány dle intenzity bolesti i u pacientů s demencí. Většina těchto pacientů trpí také více než jedním zdrojem bolesti. Pokročilý věk je také jedním z faktorů, které negativně ovlivňují kvalitu analgetické léčby. Užití transdermální aplikace analgetik a použití koanalgetik by měly být u pacienta v pozdním stadiu demence preferovány. Často se u seniorů vyšší věkové kategorie setkáme s rozsáhlou poruchou komunikace, která ztěžuje stanovení diagnózy i následnou terapii. Je nutné si uvědomit, že nemluvicí pacient je často pacientem trpícím.

Pro praktického lékaře byla tato konference velmi zajímavá a svými informacemi přínosná, neboť praktický lékař pro dospělé nejen léčí, ale také pomáhá svým pacientům důstojně prožít závěr života (end of life care) .

*MUDr. Karel Janík
Praktický lékař, Horní Bečva*

Atopický ekzém a chronický mikrobiální ekzém

MUDr. Eliška Pojezná

Dermatovenerologická klinika 3. LF a FN KV

Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, Šrobárova 50, Praha 10



ECZEMA ATOPICUM

Definice a prevalence

Atopický ekzém můžeme definovat jako chronické či chronicky recidivující zánětlivé kožní onemocnění se silným pruritem. Toto onemocnění je často spojené s pozitivní rodinnou anamnézou či s jinými typy atopií - alergickou rhinitis, alergickou konjunktivitidou či alergickým astma bronchiale.

Morfologie onemocnění se mění s věkem pacienta. Atopický ekzém má mnoho synonym např: Dermatitis atopica, Neurodermatitis diffusa, prurigo Besnier, Eczema endogenes, Neurodermatitis disseminata a další. Pojem atopie pochází z řeckého atopos – cizí.

Atopický ekzém je jedním z nejčastějších kožních onemocnění. Prevalence se v Evropě pohybuje mezi 7-15 %. Z toho u dětí dosahuje 10-20 %, u dospělých cca 2 %. Nejčastěji se s tímto onemocněním setkáme u kojenců a v dětském věku, nejvíce ve 2-3 měsících života. U více jak 60 % postižených atopický ekzém spontánně vymizí v dětském věku či v pubertě. U některých jedinců však přetrvává i v dospělosti. Může se ovšem také objevit i v pozdějším věku či dospělosti, i když primární manifestace po pubertě je spíše vzácná. Sklon k pozdějšímu vývoji astma bronchiale je větší při diagnóze atopického ekzému v dětství a u dětí s pozitivní rodinnou anamnézou. Jestliže oba rodiče trpí atopickým ekzémem, je cca 60 % pravděpodobnost, že i dítě toto onemocnění zdědí. Vedle genetických příčin hrají roli i faktory exogenní: prach, pyl, zvířecí srst, potravinové alergeny jako: mléko, vejce, ryby, ovoce, psychosociální prostředí, prostředí domácí a v neposlední řadě i stres.

Při onemocnění atopickým ekzémem je možné pozorovat i přidružené projevy onemocnění a funkční dysbalanci kůže jako je steatosa, sebastosa, zvýšená senzibilita kůže, hyperlinearita na dlaních, vitiligo, alopecia areata, keratosis, dyshidrosa a dyshidrotická dermatitis dlaní.

Etiopatogenese

Příčina atopického ekzému není dosud plně objasněna. Především nevíme, proč onemocnění začíná již v kojeneckém věku a průběh se následně liší u každého pacienta. Výzkumy ukazují, že hlavním činitelem v patogenезi atopické dermatitidy je genetická dysfunkce epidermální bariéry, která se v důsledku genových mutací stává propustnou pro řadu alergenů a kůže pak reaguje zánětem. V dětském věku je podstatou zánětlivých vzplanutí proces autoimunitní. V dalším vývoji se však přidávají i vnější příčiny s IgE pozitivitou. Také změny rovnováhy Th1 a Th2 buněk ohrožují konstrukce bariéry regulací produkce ceramidů

Klinický obraz

Klinický obraz u dětí a dospělého jedince je značně rozdílný. Liší se kožní nález u kojenců a batolat, předškolních dětí a dospělých. Zatímco u dětí pozorujeme začervnění, vezikuly a krusty v predilekční oblasti hlavy a obličeje, u dospělých má atopický obraz charakter papul, xerosy, pruritu, lichenifikace, v predilekčních oblastech podkolenních jamek, kubit, na krku, dlaních a ploskách. Na postižených partiích vznikají neostře ohraničená hnědočervená, infiltrovaná ložiska, která se na povrchu pityriasiformně olupují, s četnými hemoragickými exkoriacemi krytými krustami. Projevy mají sklon k hojení hyperpigmentacemi. Dochází k lichenifiakci a na postižených plochách se často objevují tuhé pruriginózní uzlíky. Barva atopické kůže má špinavě hnědošedavý nádech, který dodává postiženým starší až melancholický vzhled. Vlasy bývají sušší a bez lesku, u mužů se můžeme setkat s alopecia temporalis. Nehty jsou díky nucenímu škrábání lesklé a obroušené. Spíše netypické lokality postižení atopickým ekzémem mohou být: kapilitium, ušní lalůčky, rty - cheilitis sicca, vulva a prsty.

Vzhledem k intenzivnímu pruritu a nucení ke škrábání může být klinický obraz sekundárně modifikován.

Diagnóza

Diagnóza atopického ekzému se zakládá na charakteristickém klinickém obraze. Lokalizace, kožní nález, svědění, chronicita a tendence k recidivám a exacerbacím, hypersenzitivita, zvýšené IgE a eosinofilie v krevním obraze, pozitivní rodinná anamnéza, intolerance typického oblečení z vlny a intolerance některých potravin, zhoršení kožního nálezu psychickými a emocionálními vlivy jsou typické atributy onemocnění.

Diferenciální diagnostika většinou nečiní žádné obtíže. Přesto bychom měli pamatovat na podobný klinický nález u atypické seboroické dermatitidy, alergických kontaktních ekzémů, scabies, pyodermie, lichen simplex chronicus, numulárního mikrobiálního ekzému, ichthyosis vulgaris.

Komplikace

Přidružující se komplikace jsou většinou způsobeny sekundární bakteriální infekcí nebo nesprávně vedenou terapií. Nejčastěji pozorujeme při intenzivním svědění a následném škrábání sklon ke kožním infekcím bakteriálního původu (Staph. aureus, Streptococcus), ale také virové infekce: HSV- Eczema herpeticum, HPV- eczema verrucatum, moluscum contagiosum, virus Eczema moluscum, Cocksackie. Myotická postižení jsou spíše vzácná.

Terapie

Terapie atopického ekzému se liší dle průběhu onemocnění. Vyžaduje spolupráci, důvěru a v neposlední řadě i čas pacienta a ošetřujícího lékaře. Důležité je přizpůsobit onemocnění celkový životní styl, včetně výběru povolání, mimopracovních aktivit, oblečení, zařízení bytu či domu.

Terapii můžeme rozdělit na lokální a celkovou. V případě atopického ekzému představuje lokální terapie stěžejní úlohu. Celkovou terapii volíme při výrazném zhoršení onemocnění a nedostačující lokální terapii. V systémové terapii nejčastěji zvažujeme celkové nasazení kortikoidů, Cyclosporinu A, Azathioprimu, při infekční návratu indikujeme ATB terapii. Antihistaminika jsou nedílnou součástí terapie, nejčastěji ve formě tablet či sirupu pro děti.

Kůže ekzematika je v různé míře přesušena, a proto doporučujeme v péči o kůži speciální sprchové gely a mýdla, nejlépe na bázi olejů. Při mokvajících lézích přikládáme vysychavé obklady.

Lokálně volíme kortikoidní krémy a masti s různě silnou škálou. Na našem trhu máme i přípravky novější generace tzv. topické modulatory imunitní odpovědi - pimecrolimus a tacrolimus. Mechanismus působení u atopické dermatitidy není zatím zcela objasněn. V případě mírné lokální infekce kůže vystačíme s lokálními antibiotickými externy. Každodenní promašťování a hydratace je nezbytností v péči o atopickou kůži. Volíme kvalitní emolencia, například s přídavkem urey. Na trhu jsou k dostání přípravky určené speciálně pro atopickou kůži. Kosmetika aplikujeme několikrát denně, nejlépe po koupeli na ještě vlhkou kůži. Slunečko a UV záření je všeobecně dobře snášeno. Zlepšení atopického ekzému po UV záření s různými modifikacemi je využíváno i v terapii. U malé části pacientů je ale možná přecitlivělost na UV záření. Velmi účinná je UVA terapie nebo kombinace UVA a UVB záření. Také tzv. PUVA terapie ať již v orální či koupelové formě představuje možnou formu terapie. Důsledná ochrana zraku musí být pečlivě dodržována.

Nedílnou součástí terapie je i psychologická terapie, na které by se měla podílet i celá rodina.

Balneoterapie a pobyt u moře či na horách jsou také velice prospěšné.

Kojení a strava

Kojenci s pozitivní rodinnou anamnézou atopie by měli být minimálně první půl rok pouze kojeni. Příkrmy by neměly být podávány před 4. - 5. měsícem. Nejdříve je doporučeno podávat nedráždivé potraviny typu: brambory, rýže, banány, později zeleninu a ovoce. Vejce, ryby, citrusové plody se doporučují zavést do jídelníčku až po 1 roce života.

Oblečení

Oblečení by mělo být příjemné na kůži a splňovat některé zásady. Nejlépe se osvědčují měkké látky jako bavlna a hedvábí. Na trhu je k dostání i speciální spodní prádlo s antimikrobiálními složkami. Pro nejmenší děti je možno zakoupit speciální kombinézy, abychom zabránili nočnímu či dennímu škrábání a traumatizaci kůže. Drsné, tuhé a tvrdé látky jsou hůře tolerovány. Límečky, které jsou příliš těsné, dráždí atopickou kůži. Především by mělo oblečení

v letních měsících dobře sát pot. Vlna je zásadně nevhodná. I rodiče, kteří mají doma malé dítě s atopickým ekzémem, by měli volit své oblečení s ohledem na onemocnění a stav kůže dítěte.

Profese

Zvolení správné profese je nutností. Je zde riziko kontaktní senzibilizace a tím i rozvoje pozdější nemoci z povolání. Důležitá je i prevence vzniku alergického astmatu. Zaměstnání s intenzivním kontaktem s vodou, pracími prostředky, oleji, desinfekčními prostředky a chemickými produkty je kontraindikováno. Profese, kterým by se atopický pacient měl vyvarovat, jsou například práce ve zdravotnictví, styk se zvířaty či potravinami, ruční práce, profese kadeřníka, fotografa, malíře apod. Je doporučeno pracovat v čistém a větraném prostředí, nejlépe v kanceláři. V domácím prostředí je nutné dbát na časté větrání a co nejvíce eliminovat prach. Doporučuje se preferovat spíše podlahové povrchy bez koberec a vytírat na mokro. Domácí zvířata se nedoporučuje chovat vůbec a u dětí omezit plyšové hračky. V ložnici udržovat přiměřenou, spíše nižší teplotu.

ECZEMA MICROBIALE

Prevalence

Nejčastěji se s diagnózou eczema microbiale setkáme u starších dospělých mezi 50-70 rokem života. Muži jsou postiženi častěji.

Etiopatogeneze

Příčinou vzniku mikrobiálního ekzému je pravděpodobně reakce na přítomnost mikroorganismů nebo jejich produktů. Nejedná se o infekční onemocnění.

Přesná etiologie eczema microbiale není známa. Předpokládá se hypersenzitivita na produkty bakteriální flóry nebo přecitlivělost na látky uvolněné působením infekce na postižené tkáně. Dále je možná souvislost s fokální infekcí (chron. bronchitis, bronchiektázie, chron. tonsilitis, chron. prostatitis). Mikrobiální ekzém vzniká často druhotně na podkladě alergického ekzému nebo předchází traumatizace kůže. V kultivaci se nejčastěji naleznou bakterie typu Staphylococcus či Streptococcus.

V diferenciální diagnóze bychom měli zvážit kontaktní alergický ekzém, impetigo, infiltrovaná psoritická ložiska.

Klinický obraz

Klinický obraz je na počátku onemocnění charakterizován malými, ostře ohraničenými erytematózními papulovezikulami. Akutně exsudativní reakce vede k prasknutí puchýřků a následně jsou přítomny ostře ohraničená zánětlivá ložiska, s průměrem cca 5 cm a žlutými krustami nebo šupinokrustami. Nejčastěji se setkáme s diseminovanými ložisky velikosti mince či splývajícími ložisky ve větší plochy s tendencí k mokvání a tvoření krust. Plochy se mohou sekundárně infikovat. Mikrobiální ekzém vzniká často v okolí hnisajících píštělí a vředů. Při hnisavých zánětech středouší může vzniknout tzv. ekzém paratraumatický. U malých dětí je často souvislost s parazitárním postižením, např. u pediculosis, kdy se dítě intenzivně škrábe a zanesení si infekci do povrchových ragád. Nejčastěji obtě-

žuje nemocné intenzivní svědění. Při rozsáhlém poškození kůže se mohou přidat febrilie a celková alterace zdravotního stavu. Průběh je typicky chronický. Mnoho pacientů trpí mnoho let různou intenzitou ekzému. Je nutné brát v úvahu, že jsou časté recidivy a obtížná, ne vždy efektivní terapie. Predilekčními místy jsou dolní končetiny - bérce, trup - záda a paže. U žen začíná onemocnění na dorsech rukou a předloktí. Onemocnění nepostihuje sliznice.

Terapie

Jak již bylo řečeno, terapie je obtížná a často časově náročná. Měli bychom se pokusit eliminovat možné vyvolávající faktory a sanovat zánětlivé fokusy. U rozsáhlých poškození kůže je namístě celková ATB terapie, nejlépe dle citlivosti. Při menším poškození integumenta si vystačíme s lokálními kortikosteroidními a antibakteriálními externy. U mokvajících lézí doporučíme vysychavé obklady. Při akutním stadiu doporučujeme šetrící kožní dietu s nedráždivými potravinami. Při pruritu je vhodné do terapie zavést antihistaminika.

Důležité je odstranit možnou vyvolávající příčinu a dodržovat pravidelnou péči o kůži ve smyslu dostatečné hydratace a protekce. Bývá tendence k recidivám onemocnění a k přechodu do chronického stavu.

Použitá literatura:

Dermatovenerologie, Jiří Štork et al., Galén, Karolinum, 2008

Dermatológia a Venerológia, Otto Braun Falco, G. Plewig, Osvěta, 2001

Referátový výběr z dermatovenerologie, Atopická dermatida, Czechopress, 2008

Vzdělávací semináře SVL ČLS JEP v září 2012

- **Od omeprazolu k esomeprazolu.**
- **Chřipka trochu jinak. Jak vhodně nabídnout pacientovi očkování.**

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

Sobota	zrušeno	zrušeno	Praha, Lék. dům, Sokolská 31
Čtvrtek	6.9.2012	16:00 - 20:00	Ústí nad Labem, Best Western Hotel Vladimír, Masarykova 36
Čtvrtek	6.9.2012	16:00 - 20:00	Liberec, Clarion Grandhotel Zlatý Lev, Gutenbergova 3
Úterý	11.9.2012	16:00 - 20:00	Pardubice, "Hotel EURO, Jiráskova 2781
Středa	12.9.2012	16:00 - 20:00	Jihlava, presbytář Hotelu Gustav Mahler, Křížová
Sobota	15.9.2012	9:00 - 13:00	Karlovy Vary - Březová, Hotel Starý mlýn, Staromlýnská 26/8
Sobota	15.9.2012	9:00 - 13:00	Plzeň, Šafránkův pavilon, Alej svobody 31
Pondělí	17.9.2012	16:30 - 20:30	Zlín, Aula SZŠ, Příluky 372
Úterý	18.9.2012	16:00 - 20:00	Ostrava, Hotel Imperial, Tyršova 6
Čtvrtek	20.9.2012	16:00 - 20:00	Praha, Lék. dům, Sokolská 31
Čtvrtek	20.9.2012	16:00 - 20:00	Hradec Králové, Nové Adalbertinum, Velké náměstí 32
Sobota	22.9.2012	9:00 - 13:00	Brno, Kancelář veřejného ochránce práv, Údolní 39
Sobota	22.9.2012	9:00 - 13:00	Olomouc, Aula Právnické fakulty UP Olomouc, tř. 17. listopadu 8
Středa	26.9.2012	16:00 - 20:00	České Budějovice, hotel Malý Pivovar, ul. Karla IV. 8 - 10
Středa	26.9.2012	16:00 - 20:00	Praha, Lék. dům, Sokolská 31

Projevy refluxní nemoci v ORL oblasti

MUDr. Karol Zeleník, Ph.D., doc. MUDr. Pavel Komínek, Ph.D., MBA

Otorinolaryngologická klinika FN Ostrava a Lékařská fakulta,
Ostravská univerzita v Ostravě



Extraezofageálním refluxem (EER) nazýváme reflux (duodeno)gastričního obsahu nad úroveň horního jícnového svěrače. V posledních letech byla prokázána jeho možná úloha v patogeneze mnoha ORL nemocí jako jsou zadní laryngitida, hlasivkové uzlíky, paroxysmální laryngospasmus, granulomy hlasivek, globus pharyngeus a další. Kromě toho se uvažuje o jeho podílu při vzniku chronické rinosinuitidy a středoušních zánětů. EER se v mnoha ohledech liší od refluxní nemoci jícnu. Bylo zjištěno, že sliznice dýchacích cest je mnohem náchylnější na poškození refluxátem a důležitá úloha v patogenezi EER je přisuzována pepsinu. Pacienti s EER obvykle neudávají pálení žáhy. V diagnostice je využíván zejména Reflux symptom index, vyšetření hrtanu, diagnosticko-terapeutický test a dvoukanálová pH-metrie s umístěním proximálního senzoru nad úroveň horního jícnového svěrače. V léčbě se kromě dietních opatření uplatňují zejména inhibitory protonové pumpy.

Úvod

Gastroezofageální reflux byl jako možná příčina ORL nemocí poprvé popsán před více než 30 lety. Zejména v posledních 15 letech však věnovala této problematice pozornost řada pracovišť a byly popsány možné souvislosti mezi refluxem a nemocemi hrtanu, průdušnice, plic a hltanu, ale i nosu, paranazálních dutin a středního ucha. Významným milníkem v objasňování vztahu mezi refluxem a ORL nemocemi se stalo zavedení 24hodinové dvoukanálové pH-metrie s umístěním proximálního senzoru nad úroveň horního jícnového svěrače do klinické praxe koncem 90. let minulého století. Bylo zjištěno, že reflux nad úroveň horního jícnového svěrače – tzv. *extraezofageální reflux* se v mnoha ohledech podstatně liší od gastroezofageálního refluxu, a začalo být na něj nahlíženo jako na samostatnou nosologickou jednotku. Dalším významným zjištěním bylo, že sliznice hypofaryngu, hrtanu a dalších částí dýchacích cest je mnohem citlivější na složky refluxátu v porovnání se sliznicí jícnu. Kromě toho byl zjištěn významný negativní účinek pepsinu na sliznice horních cest dýchacích.¹

Základní pojmy, patogeneze EER

Extraezofageální reflux (EER) je stav, kdy dojde k průniku refluxátu nad úroveň horního jícnového svěrače - do oblasti dýchacích cest, hltanu a dutiny ústní. Pro EER je používána řada synonym - laryngofaryngeální reflux, ORL reflux, atypický reflux, supraezofageální reflux a jiné.²

Nemoci související s EER představují různorodou skupinu nemocí, u kterých se předpokládá, že patologický EER se podílí na jejich vzniku, udržování nebo zhoršování. Lze je rozdělit do několika skupin podle orgánu, na který refluxát působí (tab. 1).² Míra důkazů o negativním působení EER na danou nemoc se u jednotlivých nemocí liší. Zatímco podíl EER na vzniku některých nemocí (např. granulom hlasivky) je jasně prokázán, u jiných nemocí působí EER jako kofaktor a u dalších se o vlivu EER na jejich vzniku jenom uvažuje.

Tabulka 1: Nemoci a symptomy, v jejichž v patogenezi se předpokládá podíl EER

Lokalizace	Nemoc/symptom
Hrtan	zadní (refluxní) laryngitida granulomy hlasivek laryngospasmus funkční dysfonie, chrapot subglotická stenóza pokašlávání
Průdušnice, trachea, plíce	záchvatovitý kašel špatně kontrolované astma bronchiale
Hltan	globus faryngeus chronická faryngitida, zahlenění hyperplazie kořene jazyka obstrukční sleep apnoe/hypopnoe
Další zvažované lokalizace (dutina nosní, paranazální dutiny, středouší)	chronická rinosinuitida sekretorická otitida

Samotný reflux (ať už gastroezofageální nebo EER) ještě neznamena nemoc a jeho občasná přítomnost nemusí vyvolat problémy. Aby došlo k rozvoji příznaků či nemocí, musí agresivní faktory překonat obranné mechanismy. EER působí dvěma základními mechanismy, které se mohou kombinovat:

- **Chronické slizniční změny** – refluxát vyvolává chronické zánětlivé změny a působí buď samostatně, nebo jako kofaktor, nejčastěji s infekčním agensem. Výsledkem je, že i nižší slabší infekce může vyvolat závažnější zánět. Kromě toho léčba zánětu je dlouhodobější a odpověď na antibiotickou léčbu menší. Kromě toho se na vzniku zánětu mohou podílet i další faktory (aler-

emanera®
20 mg / 40 mg,
enterosolventní tvrdé tobolky
esomeprazolom



Lanzul® 30 mg
14, 28 a 56
enterosolventních
tvrdých tobolek
lansoprazolom

Lanzul® 15 mg
28 enterosolventních
tvrdých tobolek
lansoprazolom



Základní informace pro předpis léčivých přípravků:
(připraveno podle schválených Souhrnů údajů o přípravku)

Název přípravku: Emanera 20 mg, enterosolventní tvrdé tobolky, Emanera 40 mg, enterosolventní tvrdé tobolky. **Složení:** Jedna enterosolventní tvrdá tobolka obsahuje 20 nebo 40 mg esomeprazolu (jako esomeprazolom magnesiumu dihydrátu). **Indikace, dávkování a způsob podání:** Tobolky je třeba polykat celé spolu s tekutinou. Tobolky se nesmí žvýkat ani drtit. Pro pacienty, kteří mají obtíže při polykání, lze tobolky otevřít a pelety zamíchat do poloviny sklenice nesycené vody nebo podat pomocí žaludeční sondy. Pelety se nesmějí žvýkat ani drtit. **Dospělí a mladší od 12 let:** Gastroezofageální refluxní choroba (GERD): Léčba erozivní refluxní ezofagitidy: 40 mg 1x denně po dobu 4 týdnů. U pacientů, u kterých se ezofagitida nechojila nebo kteří mají přetrvávající symptomy, se doporučují další 4 týdny léčby. **Dlouhodobé podávání pacientům se zhojenou ezofagitidou pro zabránění recidivy:** 20 mg 1x denně. **Symptomatická léčba GERD:** 20 mg 1x denně u pacientů bez ezofagitidy. Jestliže nedošlo ke kontrole symptomů po 4 týdnech, je třeba pacienta dále vyšetřit. Jakmile symptomy vymizí, lze jejich následné kontroly dosáhnout dávkou 20 mg 1x denně. U dospělých lze použít režim podávání podle potřeby v dávce 20 mg 1x denně, pokud je třeba. U pacientů léčených NSAID s rizikem rozvoje žaludečních a dvánácterníkových vředů se následná kontrola symptomů s použitím režimu podávání podle potřeby nedoporučuje. **Dospělí:** V kombinaci s příslušnými antibakteriálními terapeutickými režimy k eradikaci *Helicobacter pylori*: Zhojení dvánácterníkového vředu souvisejícího s *Helicobacter pylori*. **Prevence recidiv peptických vředů u pacientů s vředem souvisejícím s *Helicobacter pylori*:** 20 mg přípravku Emanera s 1 g amoxicilinu a 500 mg klaritromycinu, vše 2x denně po dobu 7 dnů. **Pacienti vyžadující pokračující léčbu NSAID:** Zhojení žaludečních vředů souvisejících s léčbou nesteroidními protizánětlivými léky (NSAID): Obvyklá dávka je 20 mg 1x denně. Délka léčby je 4 - 8 týdnů. **Prevence žaludečních a dvánácterníkových vředů souvisejících s léčbou NSAID u rizikových pacientů:** 20 mg 1x denně. **Prevence opětovného krvácení ze žaludečních a duodenních vředů jako pokračování intravenózní léčby:** 40 mg 1x denně po dobu 4 týdnů po intravenózní léčbě k prevenci opětovného krvácení ze žaludečních a duodenních vředů. **Léčba Zollinger-Elisonova syndromu:** Doporučená zahajovací dávka přípravku Emanera je 40 mg 2x denně. Poté je třeba dávkování individuálně upravit a léčba by měla pokračovat, dokud je klinicky indikována. Na základě dostupných klinických údajů lze u většiny pacientů udržet symptomy pod kontrolou dávkami mezi 80 a 160 mg esomeprazolu denně. Při dávkách převyšujících 80 mg denně je třeba dávku rozdělit a podávat ji denně ve 2 dích dávkách. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou látku, substituuované benzimidazoly nebo na kteroukoli pomocnou látku. **Esomeprazol**, podobně jako jiné inhibitory protonové pumpy, by se neměl podávat spolu s atazanavirem. **Zvláštní upozornění:** U pacientů se závažným onemocněním jater by se neměla překračovat maximální dávka 20 mg přípravku Emanera. Při výskytu jakýchkoli alarmujících symptomů (například významný nezamýšlený úbytek tělesné hmotnosti, opakované zvracení, porucha polykání, zvracení krve nebo krev ve stolici) a při přítomnosti žaludečního vředu nebo poodezení na žaludeční vřed je třeba vyloučit maligní proces, jelikož léčba přípravkem Emanera může zmírňovat symptomy a pozdržet stanovení správné diagnózy. Pacienti užívající dlouhodobou léčbu (zejména déle než 1 rok) by měli být pod pravidelným dohledem. Pacienti užívající léčbu podle potřeby by měli být poučeni, že se mají obrátit na svého lékaře, pokud se u nich změní povaha symptomů. Při eradikaci *Helicobacter pylori* je třeba vzbudit možnost lékové interakce pro všechny složky trojkombinace. Léčba inhibitory protonové pumpy může vést k mírně zvýšenému riziku gastrointestinálních infekcí, jako je *Salmonella* a *Campylobacter*. Emanera obsahuje sacharosu. Pacienti se závažnými dědičnými problémy s intolerancí fruktosy, malabsorpcí glukosy a galaktosy nebo při sacharozu-isomaltázové deficienci by tento přípravek neměli užívat. **Interakce:** Snížená žaludeční kyselost během léčby esomeprazolem může zvyšovat nebo snižovat absorpci léků, pokud je mechanismus jejich absorpce ovlivněn kyselostí žaludku. Při současném užívání jiných inhibitorů sekrece kyseliny nebo antacid se může v průběhu léčby esomeprazolem snížit absorpce ketokonazolu a itraconazolu. Další možné interakce: atazanavir, ritonavir, diazepam, citalopram, imipramin, klomipramin, fenytoin, vorkonazol, warfarin a jiné kumarinové deriváty, cisaprid, klaritromycin. **Těhotenství a laktace:** Klinické údaje o expozici esomeprazolu v těhotenství jsou nedostatečné. Při předepisování těhotným ženám je nutná opatrnost. Přípravek by se neměl užívat během kojení. **Účinky na schopnost řídit a obsluhovat stroje:** Nebyly pozorovány žádné nepříznivé účinky. **Nežádoucí účinky:** V klinických studiích a v preregistračním období byly identifikovány následující nežádoucí účinky. U žádného z nich nebyla prokázána závislost na dávce. Často se vyskytly tyto nežádoucí účinky: bolest hlavy, bolest břicha, zácpa, průjem, nadýmání, nevolnost/zvracení. Méně často pak: periferní edém, insomnie, závrať, parastésie, somnolence, vertigo, sucho v ústech, zvýšená hladina jaterních enzymů, dermatitida, svědění, vyrážka, kopřivka. **Balení:** 30 enterosolventních tvrdých tobolek po 20 mg, 30 a 90 enterosolventních tvrdých tobolek po 40 mg. **Doba použitelnosti:** 2 roky. **Uchování:** Blíží: Uchovávejte při teplotě do 30°C. Uchovávejte v původním obalu, aby byl přípravek chráněn před vlhkostí. Datum poslední revize textu SPC: 26.10.2011. Dřítel rozhodnutí o registraci: Krka, d.d., Novo mesto, Slovinsko. Registrační číslo Emanera 20 mg: 09/248/10-C; Emanera 40 mg: 09/249/10-C. Léčivý přípravek je vydáván pouze na lékařský předpis. Léčivý přípravek je hrazen z veřejného zdravotního pojištění.

Názvy přípravků: Lanzul 30 mg; Lanzul 15 mg, enterosolventní tvrdé tobolky. **Složení:** Lanzul 30 mg: Lansoprazolom 30 mg v jedné tvrdé tobolce. Lanzul 15 mg: Lansoprazolom 15 mg v jedné enterosolventní tvrdé tobolce. **Indikace:** Lanzul 30 mg: Duodenální vřed, benigní žaludeční vřed, refluxní ezofagitida, patologické hypersekreční stavy včetně Zollingera-Elisonova syndromu, eradikace *H. pylori*. Lanzul 15 mg: kromě výše uvedených indikací bez eradikace *H. pylori*; ještě léčba a profylaxe NSA indukovaného žaludečního a duodenálního vředu u rizikových pacientů vyžadujících kontinuální léčbu NSA, profylaxe refluxní ezofagitidy, symptomatická gastroezofageální refluxní choroba. **Dávkování a způsob podání:** **Duodenální vřed:** Doporučená dávka je 30 mg 1x denně po dobu 2 týdnů. Při nedosažení úplného zhojení může být léčba prodloužena o další 2 týdny při stejné dávce. **Žaludeční vřed:** Doporučená dávka je 30 mg 1x denně po dobu 4 týdnů. Vřed je obvykle zhojen během 4 týdnů, ale opět při nedosažení úplného zhojení během této doby, může být léčba prodloužena o další 4 týdny při stejné dávce. **Refluxní ezofagitida (Lanzul 30 mg):** 30 až 60 mg (1 až 2 tobolky) denně, ráno nebo večer, po dobu 4 až 8 týdnů. **Symptomatická gastroezofageální refluxní choroba (Lanzul 15 mg):** Doporučená dávka je 15 mg nebo 30 mg denně. K ústupu symptomů dochází rychle. Je třeba zvážit individuální úpravu dávky. Jestliže při denní dávce 30 mg nedojde k ústupu symptomů během 4 týdnů, je třeba zvážit další vyšetření. **Profylaxe refluxní ezofagitidy:** Doporučená dávka je 15 mg 1x denně. Dávka může být zvýšena až na 30 mg denně, je-li to nezbytné. **Eradikace *Helicobacter pylori* eradikace:** Doporučená dávka je 30 mg lansoprazolu 2x denně po dobu 1 týdne v kombinaci s jednou z následujících kombinací antibiotik: amoxicilin 1 g 2x denně + klaritromycin 500 mg 2x denně; klaritromycin 250 mg 2x denně + metronidazol 400-500 mg 2x denně; amoxicilin 1 g 2x denně + metronidazol 400-500 mg 2x denně. **Zollinger-Elisonův syndrom:** Doporučená počáteční perorální dávka pro dospělé 60 mg 1x denně. Dávky by měly být nastaveny individuálně podle potřeby pacienta a léčba by měla trvat tak dlouho, jak to vyžaduje klinický stav pacienta. Při léčbě byly použity dávky až 180 mg denně. Pokud je denní dávka vyšší než 120 mg, měla by být rozdělena do 2 dílčích denních dávek. **Léčba NSAID spojené se žaludečním a duodenálním vředem:** Doporučená dávka je 30 mg 1x denně po dobu 4 týdnů. Při nedosažení úplného zhojení může být léčba prodloužena o další 4 týdny. U pacientů s rizikem vředu nebo obtížného hojení by měla být zvážována delší doba léčby a/ nebo vyšší dávky. **Profylaxe žaludečního a duodenálního vředu ve spojení s NSAID:** Doporučená dávka je 15 mg 1x denně. Jestliže je léčba neúspěšná, měla by být dávka zvýšena na 30 mg u pacientů vyžadujících kontinuální NSAID léčbu. Lanzul 30 mg: Tobolky se polykají celé, buď ráno nebo večer a zapíjí se tekutinou. Lanzul 15 mg: K dosažení optimálního účinku se Lanzul 15 mg užívá 1x denně ráno. Lanzul 15 mg se užívá nejméně 30 minut před jídlem. Tobolky se polykají celé s malým množstvím tekutiny. Oboje tobolky je možné vyprázdnit, ale obsah se nesmí žvýkat ani drtit a granule je možné smíchat s malým množstvím vody, jablečným/jablčatovým džusem nebo smíchat s tekutinou stravou (např. jogurt, jablečné pyré). Tobolky mohou být také otevřeny a granule smíchány se 40 ml jablečného džusu k podání nasogastrickou sondou. Přípravek má nejvyšší účinnost, pokud je užíván nalačno. **Kontraindikace:** Pectičtivost na léčivou látku nebo jakoukoli pomocnou látku. Lansoprazol, tak jako jiné inhibitory protonové pumpy, nesmí být podáván s atazanavirem. **Zvláštní upozornění:** Diagnóza gastroduodenálního vředu a refluxní ezofagitidy musí být ověřena endoskopicky nebo jinými diagnostickými způsoby. Vzhledem ke zpožděné eliminaci lansoprazolu u starších pacientů je třeba podávat dávky (15 - 30 mg) individuálně přizpůsobené podle potřeby pacienta. U pacientů s renálním nebo jaterním onemocněním je potřebné upravit dávkování. Dávka by neměla překročit 30 mg. Jelikož Lanzul 15 mg obsahuje sacharosu, pacienti se vzácnou hereditární intolerancí fruktosy s malabsorpcí glukosy a galaktosy nebo s nedostatkem sacharozu-isomaltasy nesmí tento přípravek užívat. **Interakce:** Během podávání lansoprazolu není obvykle nezbytné podávat antacida. Jestliže jsou zapotřebí, měla by být užívána jednu hodinu před podáním nebo jednu hodinu po podání lansoprazolu, aby se předešlo opožděné absorpci lansoprazolu. Totéž platí pro podávání sukralfátu. Lansoprazol snižuje plazmatickou koncentraci theofylinu o 14%. U některých pacientů se může pokles klinický projevit. Další možné interakce: ketokonazol a itraconazol, digoxin, léčivé látky metabolizované enzymy P450, takrolim, fluvoxamin, rifampicin a tiazolka tečková. **Těhotenství a kojení:** Nedoporučuje se užívání lansoprazolu během těhotenství. Není známo, že by lansoprazol přecházel do mateřského mléka, avšak rozhodnutí o pokračování nebo přerušení kojení či léčby kojící matky lansoprazolem by mělo být zváženo s ohledem na prospekch kojení pro dítě a prospekch léčby pro matku. **Nežádoucí účinky:** Podle frekvence hlášení nežádoucích účinků mezi časté patří: průjem, zácpa, nauzea, zvracení, bolest břicha, ekzém, kopřivka a svědění, bolest hlavy, závrať, únava, vzestup jaterních enzymů, flatulence, sucho v ústech nebo krku. **Balení:** Lanzul 30 mg: 14, 28 a 56 tobolek po 30 mg; Lanzul 15 mg: 28 tobolek po 15 mg. **Uchování:** Lanzul 30 mg: Uchovávejte při teplotě do 25 °C v původním vnitřním obalu. Lanzul 15 mg: Uchovávejte při teplotě do 30 °C. **Doba použitelnosti:** Lanzul 30 mg: 3 roky. Lanzul 15 mg: blížší 3 roky. Datum poslední revize textu SPC: Lanzul 30 mg: 1.12.2010; Lanzul 15 mg: 25.3.2011. Dřítel rozhodnutí o registraci: KRKA, d.d., Novo mesto, Slovinsko. Registrační číslo: Lanzul 30 mg: 09/184/99-C, Lanzul 15 mg: 09/485/06-C. Léčivé přípravky jsou vydávány pouze na lékařský předpis. Léčivé přípravky jsou hrazeny z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Nepřetržitá informační služba: tel./zám./fax: +420 221 115 150, e-mail: info@krka.cz

Dříve než přípravky předepíšete, seznáme se, prosím, s úplnými zněními Souhrnů údajů o přípravcích (SPC).

Krka ČR, s.r.o., Sokolovská 79/192, 186 00 Praha 8 - Karlín, Tel. +420 221 115 115, Fax +420 221 115 116, www.krka.cz



Naši invenci a znalosti jsme zasvětili zdraví. Naše odhodlání, vytrvalost a zkušenosti společně slouží jedinému cíli – vyvíjet účinné a bezpečné výrobky nejvyšší kvality.

gický zánět, kouření).

- **Akutní reflexní reakce** - Podráždění sliznice refluxátem vyvolává okamžitou výraznou reflexní reakci ve formě záchvatovitého kašle nebo laryngospasmu.²

EER má v porovnání s refluxní nemocí jícnu následující specifika:

- sliznice horních cest dýchacích je mnohem náchylnější k poškození složkami refluxátu v porovnání se sliznicí jícnu 3,4
- pepsin je považován za velmi důležitý patogenetický faktor EER, zachovává si svoji stabilitu i aktivitu v průběhu slabě kyselých a zásaditých refluxních epizod 3,4
- kromě poruchy dolního jícnového svěrače je u pacientů s mimojícnovou symptomatologií přítomná i porucha funkce horního jícnového svěrače 1
- následkem poškození sliznice hrtanu refluxátem dochází ke snížení reflexu addukce hlasivek a následkém toho k častějším aspiracím (či mikrosapiracím) a další traumatizaci sliznice hrtanu a trachey 1
- v patogenezi EER je zvažována úloha tzv. „aerosolového refluxu“ 1

Refluxní choroba jícnu a patologický EER mohou vzniknout a působit nezávisle na sobě a liší se v mnoha směrech (typu refluxu, symptomech, klinickém obraze, výsledcích vyšetřovacích metod a odpovědi na léčbu) (tab. 2). Tím lze vysvětlit, proč typický příznak refluxní choroby jícnu, kterým je pálení žáhy, udává jenom 10 - 15 % pacientů s patologickým EER. V žádné studii neudávalo pálení žáhy víc než 50 % pacientů.^{1,2}

Tabulka 2: Rozdíly mezi refluxní chorobou jícnu (RCHJ) a extraezofageálním refluxem (EER)

	RCHJ	EER
Patofyziologie		
Význam nízkého pH	++++	+
Význam pepsinu	+	+++
Standardně výrazný počet refluxů	++++	+
Většinou malý počet refluxů	+	+++
Symptomy		
Pálení žáhy	++++	+
Chrapot, kašel, zahlenění, globus	+	++++
Výsledky vyšetřovacích metod		
Ezofagitida při gastrofibroskopii	++	+
Abnormální jícnová pH-metrie	++++	+
Abnormální faryngeální pH-metrie	+	+++
Typ refluxu		
Reflux v poloze na zádech	+++	+
Reflux ve vzpřímené poloze	+	+++
Odpověď na léčbu		
Účinek úpravy diety a životního stylu	++	+
Inhibitory protonové pumpy 1x denně	+++	+
Inhibitory protonové pumpy 2x denně	++++	+++

Klinické příznaky EER

Podle lokality, kde EER způsobuje maximum projevů lze pacienty rozdělit do 4 skupin, které se často kombinují:

Hypofarynx a hrtan

Hypofarynx a hrtan představují nejčastější místo projevů EER. Postižení v této lokalitě se projevuje pokašláváním, zahleněním, chrapotem nebo vypadáváním hlasu a pocitu cizího tělesa v krku (globus faryngeus). Tyto problémy jsou většinou chronické, trvají několik měsíců, a typický pacient byl již několikrát pro tyto problémy léčen antibiotiky bez většího efektu. Část pacientů také absolvovala alergologické vyšetření s negativním výsledkem. Někdy bývá doporučována pro tyto problémy i tonzilektomie. Jen malá část pacientů udává pálení žáhy. Pacienti jsou obvykle léčeni praktickým nebo ORL lékařem.

Hrtan, průdušnice, průdušky

V těchto oblastech se projevuje EER častým záchvatovitým kašlem, opakujícími se laryngospasmy nebo špatně kontrolovatelným astma bronchiale. Tito pacienti jsou často léčeni v plicních ambulancích s diagnózami různých forem astma bronchiale.

Hltan a dutina ústní

EER se zde projevuje jako faryngitida, pálení jazyka, zápach z dutiny ústní, povleklý jazyk a zvýšená kazivost zubů. Tyto pacienty léčí stomatolog, ORL nebo praktický lékař.

Nos, paranazální dutiny a středouší

EER se projevuje jako chronická nebo recidivující rinosinusitida, sekretorická otitida nebo recidivující akutní otitidy. Tito pacienti zpravidla nereagují dostatečně na „standardní“ symptomatickou, antibiotickou nebo chirurgickou léčbu. Jsou to chroničtí pacienti ORL ambulancí.^{1,2}

Diagnostika extraezofageálního refluxu

Diagnostika EER je obtížná, důvodem je komplikovaná patofyziologie a fakt, že příznaky EER jsou nespecifické, v čase kolísají a existuje rozdílná vnímavost pacientů ke složkám refluxátu. Jednoduchý a vysoce senzitivní test k průkazu EER neexistuje. Základní diagnostika vychází z anamnézy a vyšetření hrtanu, ve kterém hledáme možné známky EER. Jako další v pořadí je nejčastěji využíván diagnosticko-terapeutický test pomocí inhibitory protonové pumpy. „Zlatý standard“ v diagnostice EER představuje 24hodinová dvoukanálová pH-metrie s umístěním proximálního senzoru nad úroveň horního jícnového svěrače. Je důležité připomenout, že nálezy jakýchkoliv laboratorních vyšetření je nutné vždy interpretovat spolu s klinickými obtížemi pacienta.

Anamnéza - první představu o tom jestli je příčinou pacientových problémů EER lze získat pomocí dotazníku Reflux symptom index vypracovanem Belafským (tab. 3). Pokud je celkové skóre vyšší než 13, je EER pravděpodobný.⁵

Přímé vyšetření hrtanu (laryngoskopie) - nejčastěji je přítomná hypertrofie (obr. 1) nebo zarudnutí zadní

komisury, zarudnutí arytenoidních výběžků (obr. 2), difúzní otok hrtanu a pseudosulcus (obr. 3).²

Diagnosticko – terapeutický test – spočívá v nasazení inhibitoru protonové pumpy (lansoprazol, pantoprazol, omeprazol a další) v dávce 2x denně po dobu 3-6 měsíců. Tato dávka je vyšší a délka testu je delší jako u diagnosticko-terapeutického testu používaného gastroenterology.¹

24-hodinová dvoukanálová pH-metrie - představuje „zlatý standard“ v diagnostice kyselých extraezofageálních refluxních epizod. Je dobře tolerována většinou pacientů a její senzitivita je kolem 85 %. Metodika provádění pH-metrického vyšetření k průkazu EER se podstatně liší od pH-metrie prováděné gastroenterology. Pro průkaz EER je důležité prokázat refluxy dostávající se až nad úroveň horního jícnového svěrače. Proximální senzor dvoukanálové sondy bývá proto umístěn nad úroveň horního jícnového svěrače.⁶

Ezofagogastroskopie - není nutné ji standardně provádět u všech pacientů se suspektním EER. Zcela jistě by měla být provedena u pacientů s varovnými příznaky refluxní nemoci jícnu (dysfagie, odynofagie, hubnutí, anémie, hemateméza, meléna), u pacientů nereagujících dostatečně na léčbu nebo u nejasných stavů.

Další moderní metody používané v diagnostice EER:

- Kombinace jícnové impedance a pH-metrie¹
- Měření pH v oblasti orofaryngu - Restech systém⁷
- Peptest (detekce pepsinu)⁸

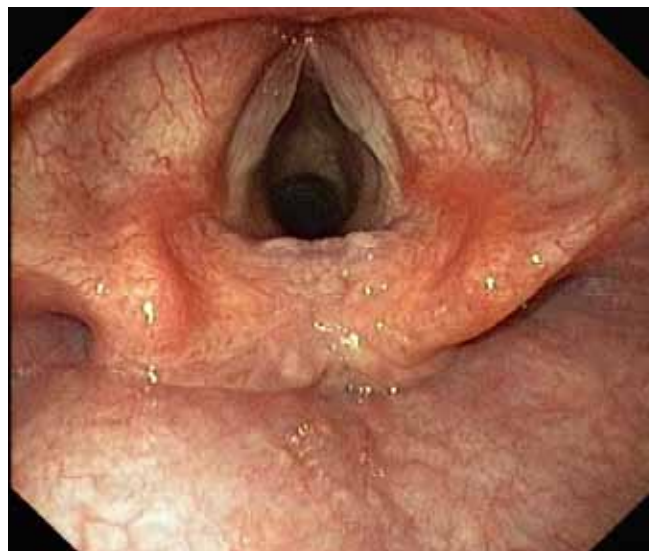
Tabulka 3: Dotazník Reflux symptom index podle Belafského. (Pacient má za úlohu k jednotlivým problémům přiřadit číslo 0 – 5 podle toho, jak moc jej jednotlivé problémy obtěžovaly v posledních měsících. Pokud je součet bodového ohodnocení jednotlivých položek větší než 13, je podle Belafského velká pravděpodobnost, že obtíže jsou způsobeny extraezofageálním refluxem.

Jak výrazně Vás obtěžovaly níže uvedené problémy v minulých měsících?	0 - žádné problémy 5 - závažné problémy					
Chrapot nebo jiný problém s hlasem	0	1	2	3	4	5
Časté pokašlávání, odkašlávání	0	1	2	3	4	5
Obtěžující zahlenění v krku	0	1	2	3	4	5
Obtížnější polykání tekuté či tuhé stravy	0	1	2	3	4	5
Pokašlávání při jídle nebo po ulehnutí	0	1	2	3	4	5
Pocit nedostatku vzduchu při nadechnutí	0	1	2	3	4	5
Obtěžující, těžko ovlivnitelný kašel	0	1	2	3	4	5
Pocit knedlíku v krku	0	1	2	3	4	5
Pálení žáhy nebo návrat potravy	0	1	2	3	4	5

Obrázek 1: Hypertrofie zadní komisury



Obrázek 1: Zarudnutí arytenoidních hrbolů (kromě toho je taky přítomná mírná hypertrofie zadní komisury a otok hlasivek).



Obrázek 3: Pseudosulcus vocalis (pod hlasívkami je jakoby další hlasívka, což je způsobeno otokem subglotické oblasti)



Léčba

- **Režimová a dietní opatření:** jsou stejná jako u refluxní nemoci jícnu a představují podstatnou složku léčby
- **Inhibitory protonové pumpy** (lansoprazol, pantoprazol, omeprazol a další): představují zlatý standard v léčbě EER. Léčba musí být pravidelná, dostatečně dlouhá (3 - 6 měsíců) a v dostatečné dávce (2x denně). Zásadní je správné užívání IPP – nalačno, 30 - 60 minut před jídlem.
- **Suspenze alginátu:** Alginát váže pepsin a žlučové kyseliny ze žaludečního sekretu, čímž se vysvětluje jeho pozitivní účinek u pacientů s EER.
- **Prokinetika:** snižují počet refluxů
- **Hlasová reedukace a kognitivně behaviorální léčba:** jejichž cílem je snížit napětí a stres.
- **Fundoplikace:** lze ji zvážit u pacientů s přetrvávajícími výraznými symptomy

V léčbě EER je velmi důležité správné a pravidelné užívání nasazené medikace. Nejčastější příčinou špatné compliance je to, že pacient nevěří, že jeho problémy jsou způsobeny EER (nepálí mě žáha, tak předsa nemám reflux). Vysvětlení rozdílů mezi patologickým EER a refluxní nemocí jícnu je proto zásadní podmínkou úspěšné léčby.

Shrnutí pro praxi

Určení podílu refluxu na zánětech v ORL oblasti je většinou obtížné, důvodem je komplikovaná patofyziologie a fakt, že příznaky EER jsou nespecifické, v čase kolísají a existuje rozdílná vnímavost pacientů ke složkám refluxátu. Obecně platí, že na přítomnost EER by mělo být pomýšeno hlavně u pacientů s recidivujícími či chronickými záněty v ORL oblasti, kteří dostatečně nereagují na „standardní“ léčbu. Diagnostika je komplexní a nejčastěji vychází z kombinace anamnézy, vyšetření hrtanu a diagnosticko-terapeutického testu inhibitory protonové pumpy. K upřesnění diagnózy lze využít pH-metrii nebo impedanci s umístěním proximálního senzoru nad úroveň horního jícnového svěrače. V léčbě se kromě dietních opatření uplatňují zejména inhibitory protonové pumpy.

Příprava článku byla podpořena grantem IGA MZ ČR 13500

Přehled literatury

1. Zeleník K, Schwarz P, Urban O, et al.: *Extraesofageální reflux up-to-date*. Čes a Slov Gastroent a Hepatol; 2010, 64: 10-14.
2. Koufman J. A. *Laryngopharyngeal reflux is different from classic gastroesophageal reflux disease*. Ear, Nose & Throat Journal 2002; 81(9): 7-9.
3. Johnston N, Wells CW, Samuels TL et al. *Pepsin in nonacidic refluxate can damage hypopharyngeal epithelial cells*. The Annals of Otology, Rhinology & Laryngology 2009; 118 (9): 677-685.
4. Samuels TL, Johnston N. *Pepsin as a causal agent of inflammation during nonacidic reflux*. Otolaryngol Head Neck Surg 2009; 141: 559-563.

5. Belafsky CP, Postma GN, Koufman JM: *Validity and reliability of the reflux symptom index (RSI)*. J Voice, 2002; 16: 274-277.
6. Postma GN, Belafsky PC, Aviv JE et al.: *Laryngopharyngeal reflux testing*. Ear, Nose & Throat Journal, 2002; 81: 14-18.
7. Ayazi S, Lipham JC, Hagen JA et al. *A new technique for measurement of pharyngeal pH: normal values and discriminating pH threshold*. J Gastrointest Surg 2009; 13(8): 1422-1429.
8. Strugala V, Dettmar PW, Morice AH. *Detection of the pepsin in sputum and exhaled breath condensate: could it be a useful marker for reflux-related respiratory disease?* Gastroenterology 2009; 136 (5 (Suppl 1): S1895.

Paliativní onkologická péče v zorném úhlu praktického lékaře



**Doc. MUDr. Svoboda Václav, CSc., Prof. MUDr. Filip Stanislav, DrSc.,
Doc. MUDr. Slováček Ladislav, Ph.D.**

Univerzita Karlova v Praze, Lékařská fakulta Hradec Králové,
Klinika onkologie a radioterapie FN

Organizace „Paliativní péče“ v ČR se dotváří ještě v současné době. Medicínské obory (intenzivněji zvláště onkologie) dnes začínají více přiznávat omezené možnosti dosažení plné úspěšnosti léčebného efektu. Obecně jde o obory, kde onemocnění má chronický průběh a progresivním vývoj. V léčbě se nyní uplatňují nové, ale i racionálnější léčebné přístupy. Doba hospitalizace ve zdravotnických zařízeních je limitována. Je dnes nutná otevřenější komunikace mezi lékaři, ale i lékaře s pacientem i jeho příbuznými. V dnešní době, kdy sehrává určitou roli i konkurence mezi lékaři, nelze vždy očekávat zcela otevřenou odborně-medicínskou komunikaci i mezi zdravotníky. Není tedy vždy plná vzájemná a zcela objektivní informovanost o stavu pacienta mezi odborným oddělením a praktickým lékařem. Podpora a pomoc není vždy vedena jen cílem realizovat optimální a efektivní léčebnou péči všech zainteresovaných složek ve prospěch pacienta, ale spíše najít cestu rychlého vlastního řešení.

Úvod

Dnešní rozhodování o vhodnosti další nebo ukončení aktuální specifické onkologické léčby je nesporně ovlivněno i medicínsko - ekonomickými kalkulacemi. Rozvoj medicínských oborů jistě vyžaduje specializovaná pracoviště. Zde zvláště se hledají finanční zdroje pro vybavení „špičkovou“ **moderní diagnostickou i léčebnou techniku**, usnadňující rozhodování o léčbě a zvyšující její efektivitu. Narůstají ale také náklady za uhrazení dnes velmi složitých **sofistikovaných farmak**. Více si ale také klademe otázku „cost and benefit“ - tj. náklady a efekt. Moderním vybavením a novými poznatky je umožňována ale také vyšší objektivita a kompetentnost v rozhodování. Vyjádřením např. týmu specialistů je dosahováno maximální objektivity pro rozhodnutí o dalším postupu léčby. Takovéto **týmové rozhodnutí** o ukončení aktivní specifické onkologické léčby je objektivní a „nepopíratelné“. Stížnosti i úspěšnost právní napadnutelnosti tohoto závěru je již také méně pravděpodobná.

Proti tomu v oboru všeobecného lékařství **narůstají nároky především na osobu praktického lékaře (PL)**. Méně jsou vyvíjeny bezpečné formy léků pro ambulantní použití vhodné pro laickou aplikaci (jako např. intradermální aplikace apod.). Existují i preskripční omezení pro PL nejen podle diagnózy, ale i podle odbornosti předepisujícího. Některé zdravotnické prostředky (pomůcky) pro domácí péči po ambulantní indikaci PL je nutné ještě posoudit a schválit jejich vhodnost revizním lékařem. Náročná ambulantní činnost praktických lékařů, limitována pokyny zdravotních pojišťoven, je rušena alespoň telefonáty o „neodkladných akutních stavech“ vlastních registrovaných pacientů a někdy pacientů spádu. RZP dnes řeší jen velmi naléhavé, především život ohrožující stavy. Při běžných návštěvách praktického lékaře (kód VZP-01150) a dalších se řeší zejména: upřesnění naléhavosti zdravotního stavu pacienta, někdy je bezprostředně

pacient odeslán formou „vyžádané péče“ ke specialistovi. Je vydán předpis léku poučení pacienta i rodiny apod. a po tomto zajištění je pak pro pacient vyžádána znovu další kontrola ve vlastní ambulanci. Rozhodnutí vycházejí zejména z osobní zkušenosti PL.

V čem je náročnost paliativní péče pro praktického lékaře o „terminálního pacienta“?

Starost o registrovaného pacienta, jemuž byla ukončena aktivní specifická onkologická léčba a byl předán do další péče praktickému lékaři (dále PL), přináší řadu léčebných i organizačních problémů. Možnosti symptomatické léčby a péče, která je i nadále zcela nezbytná, jsou limitovány. Dosažení příznivého efektu vyžaduje osobní zainteresovanost, čas praktického lékaře a převzetí zodpovědnosti za další léčebné postupy a výkony. Stručná propouštěcí zpráva z poslední hospitalizace či z ambulantní kontroly, nepopisuje často dosti podrobně aktuální zdravotní stav pacienta, a zejména nejsou doporučena konkrétní opatření a není vyjádřen cíl další léčby. Ne vždy je také jasně uvedeno, že stav je již prakticky reverzibilní, že byl pacient i rodina jednoznačně a srozumitelně informována. Tím by onkologické oddělení bralo za svá rozhodnutí (doporučení) odpovědnost a nepřeneslo by ji na PL. Konkrétní léčebná opatření pro další období navržená onkologií musí být srozumitelně a odborně zdůvodněna pro PL, ale i pro zdravotní pojišťovnu. **Neměly by proto doporučené náklady na léčbu být přičítány k ekonomické „tíži“ PL.** Doporučení odborného onkologického oddělení s označením pacienta „vyžadujícího paliativní (podpůrnou, symptomatickou) léčbu a péči“, by mělo být dostatečným podkladem pro **úhrady výkonů PL a DZP** zdravotními pojišťovnami.

První vlašťovka je tzv. „**signální kód**“ - (VZP- kód 06349). Naznačuje také možná další opatření. Tento kód umožňuje PL zvážit a indikovat nutnost větší frekvence návštěv

pacienta sestrami domácí zdravotní péče s odborností 925. Takto je praktickým lékařem indikován finančně náročnější, vyšší rozsah zdravotní péče pro možnost vyššího počtu realizovaných zdravotních výkonů. V praxi někdy tento kód automaticky neopravňuje k přímé úhradě nákladů (plateb) za uvedené výkony. Je snaha aktuálně až podle zaslané dokumentace dále zvažovat schválení kódu 06349 revizním lékařem pojišťovny. Platba je uhrazena pouze tehdy, pokud byl tento výkon řádně „nasmulován“ a zejména individuálně schválen. Podle „Seznamu zdravotních výkonů-2010“- jde však o **výkon „P“**, jenž je hrazen plně. Nejde o výkon s označením „W“ - hrazeno za zvláštních podmínek nebo „Z“ - hrazeno po schválení revizním lékařem příslušné pojišťovny. Analýza „nákladovosti“ domácí zdravotní péče (DZP), i za podmínek této „rozšířené péče“, proti pobytu pacienta a jeho hospitalizaci ve zdravotnických zařízeních, svědčí jasně pro menší finanční náklady při domácí péči, přestože obě formy léčby a péče mohou realizovat podobný rozsah zdravotních výkonů.

Co v budoucnu může dále usnadnit praktickému lékaři paliativní péči?

1. Zlepšení informovanosti

Dosud není pravidlem odborných oddělení u pacientů propouštěných k další domácí paliativní péči uvést podrobný funkční popis zdravotního stavu pacienta a návrh nutných zdravotních výkonů a cílů další léčby. Plán činnosti pro DZP, po prvních 14 dnech, podle propouštěcí zprávy upřesňuje dále PL. Ne vždy je také věcí odborných oddělení přiměřeně informovat pacienta a pečující rodinu o skutečném stavu onkologického onemocnění a o reálných možnostech léčby. Neměla by se z činnosti odborných oddělení, před propuštěním pacienta, ztrácet také telefonická osobní komunikace mezi onkologickým ošetřujícím lékařem (OL), PL a vedením domácí zdravotní péče (DZP). Také navázání kontaktu a aktivizace sociálních služeb spádu je nezbytná.

2. Časové nároky a kompetence

Jen dobře fungující a dostupná domácí zdravotní péče (DZP) sestrami odborností 925 umožňuje toto odborně i časově náročné zajištění paliativních pacientů. PL (s kompletní zdravotní dokumentací) není trvale dostupný. Není tedy plně schopen, zvláště při aktuálním výrazném zhoršení zdravotního stavu, celodenně (24hod.) odborně reagovat a řídit léčbu pacientů v domácí zdravotní péči. Nelze proto požadovat jeho trvalou plnou právní odpovědnost. Služba dispečinku RZP, informovaná sestrou DZP, by proto musela závažný aktuální stav mimo ambulantní dobu PL účinně řešit.

3. Zajištění činnosti zdravotními pojišťovnami

Plná a komplexní zdravotní péče o onkologického pacienta v preterminální až terminální fázi onemocnění je plně možná jen v sociálních zařízeních hospicového typu. Často se však ukazuje, že pobyt v domácím prostředí, tam kde je to možné, je pacienty vyžadován a je jimi považován jako optimální řešení. Pracovní nároky na členy pečující

rodiny, jež bezplatně doplňují výkony domácí zdravotní péče (DZP), jsou však značné. Jde téměř o péči 24 hodin denně, 7 dnů v týdnu i po několik měsíců. Ve srovnání s pobyty ve zdravotnických zařízeních jsou však náklady na léčbu a péči v domácím prostředí prokazatelně nižší.

Zdravotní pojišťovny převážně plně akceptují rozhodnutí o rozsahu domácí zdravotní péče podle doporučení odborných oddělení i PL. Domácí péče však navyšuje celkové náklady na zdravotní péči o pacienty a je přičtena do rozpočtu praktickému lékaři. Často je proto zdravotní pojišťovnou vyžadován **rozbor se zdůvodněním zvýšených nákladů**. Jde jistě o ověření oprávněnosti této péče pro její proplacení (úhradu praktickému lékaři). Zde by přispěl „nově koncipovaný pohled na oprávněnost signálního kódu“, zvláště při vyšším počtu těchto náročných pacientů. Péče by pak měla být schválena revizním lékařem již na základě předložení podrobného, jasně formulovaného odborného nálezu v propouštěcí zprávě, jak je uvedeno výše. Např.: Pacient ukončil aktivní specifickou onkologickou léčbu a je předáván PL do spádu k dalšímu poskytování podpůrné paliativní léčby. Doporučujeme schválit signální kód VZP- 06349. Speciální problém také představují zejména pacienti, jejichž zdravotní stav sice odpovídá nutnosti zahájení „paliativní péče“, kde však onemocnění nevede k bezprostřednímu fatálnímu konci a kde může tato léčba a péče trvat delší dobu.

Cestou PL nebo DZP jsou také zajišťovány i rozsáhlejší potřeby pomůcek pro domácí péči, jako speciální obvazový materiál, polohovací lůžko, chodítko a řada dalších i nákladných položek zvyšující dále finanční náklady na péči. PL může také rodině pomoci posoudit vhodnost „respiračních pobytů“. Jde o plánovatelné krátkodobé pobyty, spíše v nestátních zařízeních (např. v době operace ošetřujícího člena rodiny, malování bytu a jeho úprav).

4. Současný celospolečenský pohled na paliativní léčbu a péči

Mimo dnes stále aktuální ekonomický pohled, má péče o pacienty po „ukončení aktivní onkologické léčby“, řadu dalších úhlů pohledu. Jde o etický i právní pohled na vhodné zajištění pacientů vyžadujících tuto péči, včetně reálného umožnění poskytování péče jejich rodinám. **Hledá se optimalizace řešení.** Je to věcí zejména odborné zdravotnické diskuse. Ke zvážení by také bylo možné posoudit název „paliativní péče“. Možno je využít i popis fáze nemoci přívlastky „preterminální“ či „terminální péče“. Nebo popisně –volba další léčby po ukončení postupu směřujícímu ke „kurativnímu efektu onkologického onemocnění“ apod. Přínosem by mohla být i laická celospolečenská diskuse.

Přispějte i Vy svým názorem směřujícím ke zlepšení paliativní péče zásluhou všech zainteresovaných odborných složek. Jde ale i o názor laické veřejnosti a jejích organizací. Vhodné by bylo i upřesnění oprávněnosti a vhodnosti používání názvu „paliativní péče“, proti jiným „podobně“

užívaným pojmům (podpůrná, symptomatická či suportivní léčba).

Vždyť může být v pozici takového pacienta každý z nás. Využijte uvedeného kontaktu, k vyjádření svého názoru na e-mailu: info.paliace@email.cz

Literatura:

1. Misconiová, B.: Péče o umírající-hospicová péče, Praha, Národní centrum domácí péče ČR ve spolupráci s MZd ČR, 1998.
2. World Health Organisation. National cancer control programmes: policies and guidelines. 2 – nd ed Geneve: WHO 2002.
3. Doporučení Rec (2003)24 Výboru ministrů Rady Evropy členským státům. O organizaci paliativní péče. Rada Evropy 2003. Český překlad je dostupný na www.cestadomu.cz
4. Vorlíček J, Adam Z, Pospíšilová Z.(eds). Paliativní medicína. Druhé vydání. Praha: Grada Publishing 2004 ,520s.
5. Skála B, Sláma O, Vorlíček J, Misconiová B: Paliativní péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci. Doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře 2005. ISBN-80-86998-03-7 .SVL ČLS JEP .
6. Filip S, Svoboda V, Zouhar M, Moudrá A, Jandová M, Milka D, Petera J: Hodnocení medicínsko-ekonomických ukazatelů paliativní péče u onkologických nemocných. Klinická onkologie 2007; 2: 209-213.
7. Sláma O, Kabelka L, Vorlíček J : Paliativní medicína v praxi. Praha, Galén 2007.
8. Filip S, Slováček L, Švecová D, Milka D, Kopecký J, Priester P, Petera J, Svoboda V : Ambulance paliativní onkologické péče. Časopis lékařů českých 2011, 150(3) 169-172.
9. Slováček L, Slánská I, Slováčková B, Petera J, Filip S, Priester P, Kopecký J, Jebavý L: Depression symptoms and health-related quality of life among patients with metastatic breast cancer in programme of palliative cancer care. Neoplasma 2009; 56(6): 467-472.
10. Skála, B., Sláma, O., Vorlíček, J., Kabelka, L.: Paliativní péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci. Doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře – Novelizace 2011. ISBN-978 80-86998-51-0. SVL ČLS JEP.

INZERCE

Prodám zavedenou a kompletně vybavenou ordinaci PL pro dospělé od ledna 2013.

Tel.: 728 706 227, pondělí, středa, pátek, 16-20 hod

Základní pojmy praktického a posudkového lékařství

Seifert B. ¹, Čeledová L. ², Zvoníková A. ², Čevela R. ², Červený R. ³, Seifertová J. ⁴

1) Ústav všeobecného lékařství 1. LF UK, Praha,

2) Ministerstvo práce a sociálních věcí

3) Všeobecný praktický lékař, Plzeň

4) Praktická lékařka pro děti a dorost, Kladno

V rámci Jarní interaktivní konference, konané v Praze ve dnech 13.-15. dubna, proběhla sekce věnovaná novinkám v posudkové činnosti a posudkové péči. Úvodní příspěvky přednesli MUDr. Rostislav Čevela, Ph.D., z pohledu posudkového lékařství, a MUDr. Rudolf Červený, Ph.D., z perspektivy všeobecného praktického lékařství. Na sdělení navazovala interaktivní diskuze, ve které mohli posluchači testovat své znalosti nových pravidel. Odpovědi byly následně komentovány panelem přítomných odborníků. Vzhledem k zájmu, který sekce vzbudila, byli autoři vyzváni k publikaci a výkladu diskutovaných otázek.

Součástí výkladu je i odkaz na příslušnou stránku v knize Základní pojmy praktického a posudkového lékařství, stejného autorského kolektivu, která byla na konferenci za účasti recenzentů (doc. Milada Emmerová, CSc., doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc.) a ředitele nakladatelství Karolinum (Mgr. Petr Való) slavnostně uvedena.

Jediná správná odpověď je vyznačena.

1. Činnost lékařů na okresních správách sociálního zabezpečení řídí

- a) Ministerstvo práce a sociálních věcí
- b) Česká správa sociálního zabezpečení**
- c) Ministerstvo zdravotnictví ČR
- d) Revizní oddělení příslušné zdravotní pojišťovny

Česká správa sociálního zabezpečení (ČSSZ) jako ústřední orgán řídí a kontroluje činnost okresních správ sociálního zabezpečení, a má rovněž i své další specifické kompetence. (Základní pojmy praktického a posudkového lékařství, str. 22).

2. Z uvedených tvrzení, týkající se vyšetření pro účely posudkového řízení, je správné

- a) Orgán sociálního zabezpečení je oprávněn vyzvat posuzovanou fyzickou osobu, aby se podrobila vyšetření svého zdravotního stavu v určeném zdravotnickém zařízení.**
- b) Orgán sociálního zabezpečení není povinen posudkově vyhodnocovat nálezy zdravotnických zařízení, zvolených posuzovanou osobou.**
- c) Posuzovaná osoba v dočasné pracovní neschopnosti po uplynutí 180 dní musí být léčena v určeném zdravotnickém zařízení.
- d) Ani jedno tvrzení není správné.

Posudkový lékař (orgán LPS) je oprávněn vyzvat posuzovanou fyzickou osobu, aby se podrobila vyšetření svého zdravotního stavu v určeném zdravotnickém zařízení. Posuzovaná osoba je povinna této výzvě vyhovět. Uvedený postup slouží k objektivizaci zdravotního stavu posuzované osoby v těch případech, kdy je potřebné provést odborné lékařské vyšetření, které zatím nebylo provedeno

nebo ověřit lékařský nálezy (vydaný ošetřujícím lékařem, pokud existují důvodné pochybnosti o jeho spolehlivosti) „nezávislým“ zdravotnickým zařízením. Popsaný postup posuzovanou osobu neomezuje v čerpání zdravotní péče za podmínek stanovených zdravotnickými předpisy. (Základní pojmy praktického a posudkového lékařství, str. 30, str. 50).

3. Pokud po uplynutí 180 dnů DPN je zdravotní stav stabilizovaný, ale ošetřující lékař má za to, že pojištěnec nebude moci vykonávat dosavadní pojištěnou činnost

- a) Převede pojištěnce do režimu uchazeče o zaměstnání.
- b) Ukončí DPN 30. kalendářním dnem následujícím po dni tohoto vyšetření a sdělí neprodleně uvedenou skutečnost zaměstnavateli práce neschopného.**
- c) Posoudí zdravotní způsobilost pojištěnce k jiné pojištěné činnosti u zaměstnavatele.
- d) Ukončí neprodleně DPN.

Pokud po uplynutí 180 dnů dočasné pracovní neschopnosti je zdravotní stav pojištěnce stabilizovaný, a ošetřující lékař má zato, že pojištěnec nebude moci vykonávat dosavadní pojištěnou činnost, sdělí uvedenou skutečnost neprodleně zaměstnavateli práce neschopného. Ošetřující lékař v uvedeném případě ukončí dočasnou pracovní neschopnost 30. kalendářním dnem následujícím po dni tohoto oznámení. Je věcí zaměstnavatele, aby si po obdržení oznámení ošetřujícího lékaře vyžádal u zařízení závodní preventivní péče posouzení zdravotní způsobilosti zaměstnance k práci. (Základní pojmy praktického a posudkového lékařství, str. 34).

4. Pro uznání vzniku DPN v období delším než tři kalendářní dny předtím, než byla zjištěna platí tvrzení:

- a) K uznání je třeba předchozího souhlasu orgánu nemocenského pojištění
- b) O uznání žádá pojištěnec písemně orgán nemocenského pojištění
- c) Lhůta k udělení souhlasu je 10 dní
- d) Při jejím marném uplynutí se má za to, že souhlas nebyl udělen.

Ošetřující lékař může na základě předchozího souhlasu orgánu nemocenského pojištění (OSSZ/PSSZ) rozhodnout, že DPN pojištěnce vznikla za období delší než 3 kalendářní dny přede dnem, v němž ji zjistil. Na postup při udělení těchto souhlasů orgánem nemocenského pojištění se nevztahuje ustanovení Správního řádu a není možné odvolání. Na udělení či neudělení souhlasu se stanoví lhůta 5 pracovních dnů, při jejím marném uplynutí se má za to, že souhlas byl udělen. (Základní pojmy praktického a posudkového lékařství, str. 34).

5. Vyplácení nemocenského lze prodloužit na základě posudků lékaře orgánu nemocenského pojištění až celkem o

- a) 21 pracovních dnů
- b) 90 kalendářních dnů
- c) 180 kalendářních dnů
- d) **350 kalendářních dnů**

Podpůrčí doba činí nejdéle 380 kalendářních dnů (tzv. základní podpůrčí doba) ode dne vzniku dočasné pracovní neschopnosti (DPN). Po uplynutí podpůrčí doby se nemocenské vyplácí po dobu stanovenou v rozhodnutí orgánu nemocenského pojištění na základě posouzení zdravotního stavu lékařem OSSZ/PSSZ, pokud lze očekávat, že pojištěnec v krátké době, nejdéle však v době 350 dnů od uplynutí podpůrčí doby („základní podpůrčí doby“), nabude pracovní schopnost, a to i k jiné než dosavadní pojištěné činnosti. Při jednotlivém prodloužení výplaty nesmí být doba tohoto prodloužení delší než 3 měsíce. (Základní pojmy praktického a posudkového lékařství, str. 41).

6. Nejvyšší sankcí za porušování povinností ošetřujícího lékaře podle zákona o nemocenském pojištění je

- a) Pokuta 20 000 Kč
- b) Zákaz provádět posudková rozhodnutí na dobu 3 let
- c) **Zákaz rozhodovat ve věcech DPN nebo potřeby ošetřování na dobu až dvou let**
- d) Ztráta lékařského diplomu

Nejvyšší sankcí za porušování povinností ošetřujícího lékaře podle zákona o nemocenském pojištění je zákaz rozhodovat ve věcech DPN nebo potřeby ošetřování na dobu až dvou let. Orgán nemocenského pojištění rovněž upozorňuje na porušení povinností ošetřujícího lékaře zřizovatele zdravotnického zařízení nebo orgán, který rozhodl o registraci zdravotnického zařízení,

Předkládaná publikace vznikla za spolupráce praktických a posudkových lékařů a představuje tak cenný přínos v tolik potřebné meziprofesní spolupráci.

Monografie podává v osmi kapitolách aktuální základní problematiku posudkové péče praktických lékařů a posudkové činnosti lékařů posudkové služby sociálního zabezpečení podle nové právní úpravy platné od ledna roku 2012. Každá kapitola je zakončena slovníčkem základních pojmů, které danou problematiku vystihují.

Publikace představuje aktuální kompendium znalostí o posudkové péči všeobecných praktických lékařů a posudkové činnosti lékařské posudkové služby. Proto je monografie vhodná nejen pro praktické a posudkové lékaře, ale i pro další profesionály z jiných lékařských oborů.



9 788024 620824

Bohumil Seifert, Libuše Čeledová a kolektiv | Základní pojmy praktického a posudkového lékařství



Bohumil Seifert
Libuše Čeledová
a kolektiv

**Základní pojmy
praktického
a posudkového
lékařství**

KAROLINUM

Českou lékařskou komoru, Českou stomatologickou komoru a zdravotní pojišťovny. (Základní pojmy praktického a posudkového lékařství, str. 35).

7. Pojištěnec, který ve třetím týdnu DPN chce změnit místo pobytu

- a) Musí získat souhlas ošetřujícího lékaře a předem písemně nebo jinak prokazatelně oznámit tuto změnu zaměstnavateli
- b) Musí získat souhlas ošetřujícího lékaře a svého zaměstnavatele
- c) Musí informovat orgán kontroly dodržování režimu v DPN
- d) Musí informovat zaměstnavatele

Změnit místo pobytu v době DPN smí pojištěnec pouze s předchozím souhlasem ošetřujícího lékaře. Byla-li pojištěnci povolena změna místa pobytu v období prvních 21 kalendářních dnů DPN, je pojištěnec povinen tuto změnu místa pobytu předem písemně nebo jinak prokazatelně oznámit zaměstnavateli. Změnu místa pobytu dočasně práce neschopného pojištěnce z důvodu pobytu v cizině může ošetřující lékař povolit jen po předchozím písemném souhlasu příslušného orgánu nemocenského pojištění; o souhlas OSSZ žádá pojištěnec. (Základní pojmy praktického a posudkového lékařství, str. 35).

8. 1. díl Hlášení o vzniku DPN je povinen ošetřující lékař odeslat OSSZ nejpozději

- a) následující pracovní den po vzniku DPN
- b) následující den po vydání rozhodnutí o vzniku DPN
- c) třetí pracovní den po vzniku DPN
- d) třetí pracovní den po vydání rozhodnutí o vzniku DPN

Tento díl je povinen ošetřující lékař odeslat nejpozději třetí pracovní den, který následuje po dni, v němž bylo vydáno rozhodnutí o vzniku dočasné pracovní neschopnosti OSSZ příslušné podle místa výkonu práce ošetřujícího lékaře. (Základní pojmy praktického a posudkového lékařství, str. 37).

9. Podpůrčí doba u poživatelů starobních důchodů trvá nejdéle

- a) 31 pracovních dnů při jedné DPN, 62 pracovních dnů v jednom roce
- b) 70 kalendářních dnů při jedné DPN, 70 kalendářních dnů v roce
- c) 180 kalendářních dnů při jedné DPN, 180 dnů v kalendářním roce
- d) 180 dnů v kalendářním roce

Podpůrčí doba u poživatelů starobních důchodů a invalidních důchodů pro invaliditu třetího stupně trvá 70 kalendářních dnů při jedné DPN, nejdéle však 70 kalendářních dnů v jednom kalendářním roce. Doba zabezpečení v nemoci a dočasné pracovní neschopnosti je kratší, neboť poživatelé citovaných důchodů jsou zabezpečeni důchodovou dávkou. (Základní pojmy praktického a posudkového lékařství, str. 41).

10. Přiznání různých dávek sociálního zabezpečení může praktický lékař

- a) Navrhovat
- b) Doporučovat
- c) Určovat
- d) Vysvětlovat

Ošetřující lékař může pojištěnci pouze vysvětlovat postup nebo podmínky přiznávání dávek ze sociálního zabezpečení. Ošetřující lékař poskytuje nezbytné lékařské podklady pro výkon posudkové činnosti lékařské posudkové služby, ale není kompetentní činit jakékoliv závěry ve věcech nároku na dávky sociálního zabezpečení, podmíněné dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem. Dle právní úpravy, je k posouzení zdravotního stavu, pracovní schopnosti, invalidity a stupně závislosti kompetentní lékař OSSZ/PSSZ (posudkový orgán) a jeho posudek je jedním z podkladů pro rozhodnutí ČSSZ nebo Úřadu práce ČR o zákonném nároku na dávku ze sociálního zabezpečení. (Základní pojmy praktického a posudkového lékařství, str. 29,107-108).

11. Dávky pro osoby se zdravotním postižením mohou být poskytnuty na základě

- a) přechodného nepříznivého zdravotního stavu
- b) výlučně dlouhodobého nepříznivého zdravotního stavu
- c) poklesu výdělku pod stanovenou hranici minimální mzdy
- d) ve všech uvedených případech

Dávky pro osoby se zdravotním postižením se poskytují výlučně osobám ke kompenzaci dlouhodobě nepříznivých zdravotně sociálních situací.

Za dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav se pro zákona o důchodovém pojištění (invalidity) považuje zdravotní stav, který omezuje tělesné, smyslové nebo duševní schopnosti pojištěnce významně pro jeho pracovní schopnost, pokud tento zdravotní stav trvá déle než 1 rok nebo podle poznatků lékařské vědy lze předpokládat, že bude trvat déle než 1 rok. Za dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav se pro účely zákona o sociálních službách (stupně závislosti) považuje nepříznivý zdravotní stav, který podle poznatků lékařské vědy trvá nebo má trvat déle než jeden rok, a který omezuje funkční schopnosti nutné pro zvládání základních životních potřeb. (Základní pojmy praktického a posudkového lékařství, str. 55,99).

12. Kolik stupňů invalidity má český systém důchodového pojištění?

- a) dvě, invaliditu plnou a částečnou
- b) tři, invaliditu 1., 2. a 3. stupně
- c) dvě, invaliditu dětí a dospělých
- d) pět, invaliditu I – V. stupně

Zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů, upravuje důchodové pojištění pro případ stáří, invalidity a úmrtí živitele. Od 1. 1. 2010 byl nově zaveden třístupňový systém invalidi-

ty a invalidních důchodů. (Základní pojmy praktického a posudkového lékařství, str. 53).

13. Může poživatel invalidního důchodu pracovat?

- a) ano, bez omezení rozsahu a druhu výdělečné činnosti a bez omezení výdělků
- b) ano, ale jeho výdělky jsou omezeny právním předpisem
- c) ano, pokud lékař pracovnělékařské péče vydá posudek, že je způsobilý zastávat konkrétní pracovní pozici, v konkrétním pracovním úvazku**
- d) ano, ale pouze se souhlasem LPS OSSZ

Poživatel invalidního důchodu prvního, druhého i třetího stupně tak může pracovat v rozsahu své zachované pracovní schopnosti (pokud mu to jeho dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav umožňuje) v případě, že lékař pracovně lékařské péče vydá posudek, že je způsobilý vykonávat konkrétní práci. Zákon o důchodovém pojištění neomezuje souběh invalidního důchodu a příjmu z výdělečné činnosti (Základní pojmy praktického a posudkového lékařství, str. 61).

14. Komu se poskytuje příspěvek na péči ?

- a) osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby
- b) těžce zdravotně postiženým osobám starším jednoho roku ano,
- c) poživatelům starobního důchodu, kteří jsou závislí na pomoci jiné fyzické osoby
- d) osobě, která byla uznána závislou v některém ze čtyř stupňů závislosti (I- IV)**

Nárok na příspěvek na péči má osoba, která z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje pomoc jiné fyzické osoby při zvládnutí základních životních potřeb v rozsahu stanoveném stupněm závislosti podle zákona o sociálních službách ; není rozhodné, zda jí pomoc, dohled nebo mimořádnou péči poskytuje osoba blízká, asistent sociální péče nebo poskytovatel sociálních služeb. Nárok na příspěvek nemá osoba mladší jednoho roku. (Základní pojmy praktického a posudkového lékařství, str. 90).

15. Na základě jakých skutečností se hodnotí stupeň závislosti ?

- a) na základě hodnocení rozsahu potřeby ošetrovatelské zdravotní péče
- b) na základě hodnocení rozsahu potřeby pečovatelských služeb
- c) na základě hodnocení ne/schopnosti zvládat základních životních potřeb**
- d) na základě výsledků funkčního geriatrického vyšetření

Při posuzování stupně závislosti se hodnotí schopnost zvládat tyto základní životní potřeby: mobilita, orientace, komunikace, stravování, oblékání a obouvání, tělesná hygiena, výkon fyziologické potřeby, péče o zdraví, osobní aktivity, péče o domácnost. Schopnost zvládat základní životní potřebu péče o domácnost se nehodnotí u osob do 18 let věku. (Základní pojmy praktického a posudkového lékařství, str. 90).

Základní farmakoterapie bolesti

MUDr. Marek Hák, PhD.

Centrum pro léčbu bolesti ARK
LF MU a FN u sv. Anny v Brně



Bolest je Světovou zdravotnickou organizací (WHO) a Mezinárodní společností pro studium bolesti (IASP) definována jako „nepříjemný senzorický nebo emocionální zážitek, spojený s přímým nebo potenciálním poškozením tkáně. Bolest je vždy „subjektivní“. Zatímco o akutní bolesti hovoříme jako o bolesti smysluplné, plní své základní funkce, tedy upozornění na možné poškození organismu, bolest chronická tuto funkci zcela ztrácí. Naopak chronická bolest se svojí dlouhodobou přítomností a intenzitou stává hlavním zdrojem „utrpení člověka“. Chronická bolest je řazena mezi civilizační choroby. V posledních letech dochází zejména ve vyspělejších ekonomikách k jejímu výraznému nárůstu. Průměrná prevalence výskytu středně silné až silné bolesti je v evropských zemích 19 % (12-30 %). Sledování v ČR ukázala, že asi 20 % návštěv u praktického lékaře je z důvodu bolesti. Náklady na léčbu bolesti jsou ohromující. Předpokládá se, že náklady na léčbu chronické bolesti v Evropě dosahují částky kolem 300 miliard euro, což je 1,5-3 % HDP.

Bolest lze dělit podle celé řady parametrů. Podle délky trvání rozlišujeme bolest na akutní a chronickou. Podle jejího původu na onkologickou a neonkologickou a podle patofyziologie na nociceptivní, neuropatickou, psychogenní, dysautonomní a smíšenou. Správná diagnostika bolesti je důležitá pro její úspěšnou léčbu.

Akutní bolest je krátkodobá a bývá symptomem probíhajícího onemocnění. Základním léčebným krokem je odstranění vyvolávající příčiny. Z analgetik vystačíme většinou s monoterapií, začínáme silnějšími analgetiky, které postupně s odezníváním bolesti snižujeme. S výhodou používáme léky se silným a rychle nastupujícím analgetickým účinkem.

Léčba chronické bolesti by měla především komplexní. K dosažení maximální úlevy je vhodné kombinování různých léčebných přístupů.

Terapeutické postupy používané v léčbě chronické bolesti:

- 1) Farmakoterapie
- 2) Rehabilitační postupy
- 3) Psychoterapeutické metody
- 4) Sociální podpora
- 5) Postupy alternativní medicíny
- 6) Invazivní analgetické metody

Základem léčby bolesti je farmakoterapie. V současné době se farmakoterapie chronické bolesti řídí žebříčkem WHO pro léčbu chronické bolesti, původně koncipovaným pro nádorovou bolest. Jako měřítko využívá vizuální analogovou škálu s hodnotami 0-10 (0-100), kdy 0 znamená stav bez bolesti a 10 (100) vyznačuje maximální představitelnou bolest. Analgetický žebříček používá dvě základní skupiny analgetik. **Neopioidní (1. stupeň) a opioidní analgetika (2. a 3. stupeň).** Podle třístupňového žebříčku WHO se u mírných bolestí (VAS 0-4) doporučuje začínat s analgetiky 1. stupně. Při nedostatečném efektu (středně silná bolest VAS 4-7) se přidávají slabá opioidní analgetika. Pokud i jejich efekt je nedostatečný nebo je bolest

příliš intenzitní (silná bolest VAS 7-10), je indikována silná opioidní medikace.

Analgetický žebříček SZO

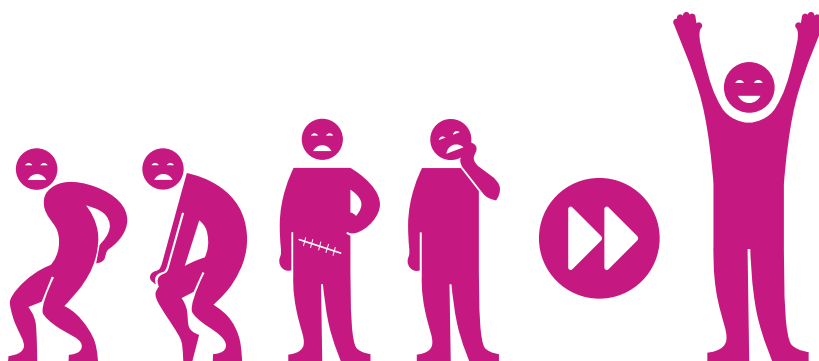
II. stupeň - středně silná bolest		III. stupeň - silná bolest
I. stupeň - mírná bolest	slabé opioidy + neopioidní analgetikum	silné opioidy +/- neopioidní analgetikum
neopioidní analgetikum		
+/- koanalgetika a pomocná léčiva		

Pro **chronickou bolest** je charakteristická její dlouhodobá přítomnost (více než 6 měsíců) a setrvalý průběh. Obvykle bývá přítomná základní složka bolesti (bazální nebo základní bolest), jejíž intenzita je setrvalá nebo pouze málo proměnlivá. Léčebným cílem je utlumení bolesti do stupně 4 na VAS, tato intenzita bývá považována za „snesitelnou“. K základní bolesti se občas přidávají ataky krátkodobějšího zhoršení, často i vysoké intenzity (VAS až 8-9). U některých bolestivých stavů je toto zhoršení vázáno na denní dobu např. ranní ztuhlost u revmatických bolestí nebo startovací bolesti při počínající osteoartróze. Naopak noční maxima bolestí u neuropatických bolestí. Jindy jsou bolesti vázány čistě na zvýšení fyzické námahy (většina bolestí zad) nebo na změnu počasí či zvýšený psychický tlak. Proto je důležité, aby pacienti s chronickou bolestí byli vybaveni i lékem pro zaléčení tohoto dočasného zhoršení bolesti.

Optimální léky pro léčbu základní bolesti jsou analgetika v retardovaných formách, jejich užití je jednodušší (1-2x denně) a dosahují stabilizovanější plazmatické hladiny. Druhým důležitým požadavkem na tyto léky je jejich minimální orgánová toxicita. Z tohoto pohledu se jako neoptimálnější jeví slabé nebo i silné opioidy. Opioidy nemají orgánovou toxicitu, jejich užívání je však občas

BOLEST NEPOČKÁ...

xefo[®]rapid *lornoxicam*



LÉČBA AKUTNÍ BOLESTI VYVÁŽENÝM COX-1/COX-2 INHIBITOREM¹

Zkrácená informace o přípravku Xefo[®] Rapid:

Název přípravku: Xefo[®] Rapid 8 mg **Složení:** Jedna potahovaná tableta obsahuje 8 mg lornoxicamum. **Indikace:** Krátkodobé zmírnění akutní mírné až středně silné bolesti. **Indikační skupina:** Protizánětlivé a antirevmatické přípravky, nesteroidní, oxikamy. **Dávkování a způsob podání:** 8-16 mg lornoxicamu podáváno v dávkách po 8 mg. První den léčby lze podávat počáteční dávku 16 mg a o 12 hodin později 8 mg. Maximální doporučená denní dávka 16 mg. Podávání lornoxicamu dětem a mladistvým do 18 let se nedoporučuje. U pacientů trpících poruchou funkce ledvin nebo jater se doporučuje snížení četnosti dávek přípravku Xefo[®] Rapid na jednu dávku denně. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku, přecitlivělost na jiná NSAID včetně kyseliny acetylsalicylové, trombocytopenie, závažná srdeční porucha, krvácení do gastrointestinálního traktu nebo jeho perforace, jiné poruchy krvácivosti, současný nebo v anamnéze uvedený rekurentní peptický vřed nebo hemoragie, závažná porucha jater nebo ledvin, třetí trimestr těhotenství. **Zvláštní upozornění:** Při dlouhodobé léčbě (déle než 3 měsíce) se doporučují pravidelná laboratorní hematologická vyšetření, vyšetření funkce ledvin a jaterních enzymů. Při používání lornoxicamu je zvýšené riziko gastrointestinální ulcerace nebo krvácení. Lornoxicam by se neměl používat souběžně s jinými NSAID, včetně selektivních inhibitorů cyklooxygenázy-2. **Interakce:** Souběžné podávání lornoxicamu může snížit antihypertenzní účinek inhibitorů ACE, beta-adrenergických blokátorů a blokátorů angiotensin-II receptorů, diuretický a antihypertenzní účinek thiazidových a kalium šetřících diuretik. Může dojít ke zvýšení koncentrace cyklosporinu v séru a zvýšení jeho nefrotoxicity, ke zvýšení rizika nefrotoxicity takrolimu v důsledku snížené syntézy prostacyklinu v ledvinách. **Těhotenství a kojení:** Lornoxicam je ve třetím trimestru těhotenství kontraindikován a neměl by být podáván během těhotenství ani v prvním a druhém trimestru a při porodu, protože klinické údaje o podávání lornoxicamu během těhotenství nejsou k dispozici. Lornoxicam by se neměl podávat kojícím ženám. **Nežádoucí účinky:** Nejčastěji pozorovanými nežádoucími účinky NSAID jsou gastrointestinální potíže: nauzea, zvracení, průjem, dyspepsie a abdominální bolest. Méně často se vyskytovaly zácpa, flatulence, říhání, sucho v ústech, gastritida, žaludeční nebo duodenální vřed, ulcerace v ústech. Vzácně se vyskytovala meléna, hemateméza, ulcerózní stomatitida, gastrointestinální krvácení nebo perforace. Nežádoucí účinky lze minimalizovat užíváním nejnižší účinné dávky po co nejkratší dobu nezbytnou ke zvládnutí symptomů. **Balení:** 10 a 30 potahovaných tablet. **Zvláštní opatření pro uchování:** Neuchovávejte při teplotě nad 30 °C. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Nycomed Austria GmbH, St. Peter str, 25, A- 4020 Linz, Rakousko. **Registrační číslo:** 29/696/08-C. **Datum první registrace/ Prodloužení registrace:** 17.12.2008/17.1.2011. **Datum poslední revize textu:** 14.12.2011. Před použitím se seznamte s úplným zněním Souhrnu údajů o přípravku Xefo[®] Rapid. Výdej přípravku je vázán na lékařský předpis. Přípravek není hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění.

Reference: 1. Berg J, Fellier H, Christoph T, Grarup J, Stimmeder D. The analgesic NSAID lornoxicam inhibits cyclooxygenase (COX)-1/-2, inducible nitric oxide synthase (iNOS), and the formation of interleukin (IL)-6 in vitro. *Inflamm Res*, 1999;48(7):369-79.



Nycomed: a Takeda Company

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

spojeno s výskytem nežádoucích účinků (zácpa, ospalost, závratě ...). Důležitá je i monitorace pacienta v průběhu léčby k vyloučení adiktivního chování.

Naopak od analgetik určených pro zaléčení bolestivých atak, tedy léků užívaných dle potřeby a nepravidelně, požadujeme především rychlý nástup a výrazný analgetický efekt. Výhodné jsou zejména rychle nastupujících NSA (lornoxicam nebo ibuprofen lysinát).

U chronické bolesti je třeba rozlišovat také její patofyziologický původ. U **bolesti nociceptivní** (bolest způsobená drážděním receptorů pro bolest – nocisenzorů) jsou léky první volby analgetika. Jejich efekt doplňujeme případně adjuvantní terapií pro posílení jejich účinku (antidepresiva), nebo léků k odstranění nežádoucích účinků (laxativa, antiemetika).

V případě **chronické neuropatické bolesti** jsou léky první volby antikonvulziva (karbamazepin, gabapentin, pregabalin) nebo tricyklická antidepresiva. Analgetika jsou v případě neuropatické bolesti spíše léky doplňkové. Pokud se pro ně rozhodneme, volíme některé s vyšší afinitou k neuropatické bolesti (tramadol, oxycodon). I v případě akutního zhoršení neuropatické bolesti řada pacientů preferuje rychle nastupující NSA.

Neopioidní analgetika, analgetika I. stupně

Neopioidní analgetika tvoří chemicky velmi různorodou skupinu - paracetamol, metamizol a nesteroidní antiflogistika (NSA).

Paracetamol – analgetikum bez protizánětlivého účinku. Doporučené dávkování je 500 – 1000 mg po 4-6 hodinách. Výraznější analgetický efekt dosahuje od 625 mg v jednotlivé dávce, nižší dávkování má převážně antipyretický účinek. Rychlost nástupu je 30 minut, maximální denní dávka je 4 000 mg. Při vyšším dávkování hrozí riziko hepatotoxicity.

Metamizol je analgetikum s nástupem účinku 30 minut, obvyklé dávkování je 500 mg 4 x denně. Vzhledem k poruchám krvetvorby není vhodný pro dlouhodobé pravidelné užívání.

Nesteroidní antiflogistika

Princip účinku nesteroidních antiflogistik spočívá převážně v blokádě enzymů cyklooxygenázy (COX), která mění kyselinu arachidonovou na prostaglandiny. Existují dva isoenzymy COX-1 a COX-2. Forma COX-1 je syntetizována v řadě orgánů (játra, ledviny, žaludeční sliznice, krevní destičky) a podílí se na jejich fyziologické funkci. COX-2 forma je v malém množství přítomna v buňkách macula densa a v mozku. Jejich hladina výrazně stoupá při zánětu a traumatu. Vedle tohoto principu účinku se může na výsledném efektu podílet i ovlivnění serotoninergního systému mozku a ovlivnění bradykininem a cytokiny navozené hyperalgie pomocí inhibice uvolňování TNF α .

Podle selektivity blokády obou forem COX se nesteroidní antiflogistika dělí na COX-1 preferenční, COX neselektivní, COX-2 preferenční a COX-2 specifická.

COX nespecifická analgetika jsou zastoupena *ibuprofenem*, *diclofenakem*, *naproxenem*, *indometacinem*, *ketoprofenem*, *piroxicamem* a některými dalšími látkami. Nespecifická NSA jsou vhodná pro krátkodobější léčbu

bolestí u pacientů bez zvýšeného rizika plynoucího z nižší COX-2 selektivity (dyspepsie, vředová choroba gastroduodena, medikace kortikoidy, užívání antikoagancií, renální poškození). Nespecifická NSA jsou k dispozici ve formě tablet (s krátkodobým i retardovaným účinkem), čípků, gelů, sprejů, mastí a injekcí. Čípková ani injekční forma aplikace však nikterak nesnižuje riziko vzniku žaludečních a duodenálních vředů.

COX-2 preferenční analgetika jsou zastoupena *nimesulidem* a *meloxicamem*.

COX-2 selektivní NSA (koxiby) jsou na českém trhu zastoupeny *celecoxibem*, *etoricoxibem* a *jediným parenterálním koxibem parecoxibem*.

Novinkou v oblasti NSA je **lornoxicam**. Chemicky patří lornoxicam do skupiny oxicamů. Od ostatních zástupců v této skupině se liší především svým rychlým nástupem analgetického efektu. Tato nová látka vykazuje vyvážený poměr inhibice obou izoform cyklooxygenáz (COX-1 a COX-2). Stejně jako ostatní zástupci ze skupiny NSA vykazuje analgetický a protizánětlivý účinek jehož podkladem je inhibice produkce prostaglandinů v místě tkáňového poškození, ale i v oblasti zadních míšních kořenů.

Lornoxicam, je na českém trhu dostupný v tabletách s rychlým uvolňováním účinné látky. Maximální plazmatické koncentrace (t_{max}) je dosaženo za 30 minut, což při srovnání s 20 minutami při i.m. aplikaci je velmi dobrý efekt. Rychlostí nástupu lornoxicam patří k nejrychleji nastupujícím NSA na trhu.

Pro své farmakologické vlastnosti je lornoxicam určen zejména pro léčbu pooperační a potraumatické bolesti, vertebrogenních a revmatických bolestí. Velmi dobře se hodí pro základní terapii akutní bolesti a pro léčbu akutních bolestivých atak u pacientů s chronickou bolestí a již nastavenou dlouhodobou analgetickou léčbou (chronické bolesti páteře, osteoartrózy). Pacienti jsou pro léčbu základní bolesti vybaveni základním analgetikem zpravidla v retardované formě (tramadol, silné opioidy), při krátkodobém zhoršení bolesti (počasí, stres ...) nebo před plánovanou zvýšenou fyzickou aktivitou (nákup, návštěva lékaře...) užije záchrannou medikaci. Základním požadavkem na tento záchranný lék je pak především silný a rychlý nástup analgetického účinku. Lornoxicam má doporučené dávkování 1 tbl 2x denně, první dávku je možné zdvojit, tedy 2 tbl ráno a 1 tbl večer.

Doporučení k používání neopioidních analgetik

- Neopioidní analgetika jsou indikována v monoterapii k léčbě mírné a středně silné bolesti. Pro léčbu silné bolesti je třeba vždy kombinace s opioidy.
- Zvyšování dávek neopioidních analgetik nad uvedenou maximální denní dávku obvykle nevede k posílení analgetického účinku, ale ke zvýšení rizika závažných nežádoucích účinků.
- Existuje velká variabilita účinku (i nežádoucích) jednotlivých analgetik u daného pacienta. Někdy je výhodné vyzkoušet jiné neopioidní analgetikum.
- Kombinace paracetamolu a metamizolu s nesteroidními antiflogistiky zvyšuje analgetický účinek.
- Kombinace více nesteroidních antiflogistik není racionální a zvyšuje riziko nežádoucích účinků.

Opioidy

Podle síly analgetického účinku se opioidy dělí na: slabé opioidy (dihydrokodein, kodein, tramadol) a na silné opioidy (morfin, piritramid, buprenorfin, fentanyl, oxykodon, hydromorfon a další). Slabé opioidy vykazují na rozdíl od silných tzv. stropový efekt, tedy maximální účinnou dávku. Tyto léky je možno předepisovat na běžný recept (bez modrého pruhu).

Slabé opioidy

Kodein je slabým μ -agonistou. V organismu je biotransformován na morfin. Často je používán v kombinaci s paracetamolem.

Dihydrokodein je semisyntetický analog kodeinu. K dispozici je retardovaný dihydrokodein, který lze podávat v dávkách 60–120 mg po 12, případně i 8 hodinách. Maximální racionální dávka je 240 mg denně.

Tramadol vykazuje duální efekt, jednak působí jako slabý μ -agonista, jednak ovlivňuje zpětné vychytávání serotoninu a noradrenalinu v CNS. Na trhu je přítomen v řadě aplikačních forem. Od injekční, přes čípkovou, až po tablety s bifázickým efektem a účinností 24 hodin. Maximální denní dávka tramadolu je 400 mg, obvyklá jednotlivá dávka tramadolu s rychlým nástupem je 50–100 mg (1–2 cps, 20–40 kapek).

Kombinace slabých opioidů s neopioidními analgetiky vzájemně zvyšuje jejich účinek s následnou možností snížit dávky. S tím souvisí omezení vedlejších účinků závislých na dávce.

Silné opioidy

Silné opioidy jsou zpravidla agonisty na μ receptorech. Jsou určeny pro silné, neztížitelné bolesti, které nelze dostatečně zmírnit neopioidními analgetiky nebo slabými opioidy. Maximální denní dávky silných opioidů nejsou určeny a nejsou limitovány stropovým efektem. Postup určují pravidla pro léčbu opioidy u chronické nenádorové bolesti. V České republice máme v současné době k dispozici tyto opioidy:

Morfin je klasickým standardem v léčbě silné bolesti. Injekční forma je vhodná pro léčbu silné akutní bolesti. Per os SR (sustained release) formy s postupným uvolňováním působící 12 h nebo až 24 h jsou určeny pro chronickou bolest. Pro léčbu průlomové bolesti je vhodný morfin s bezprostředním uvolňováním (IR forma).

Fentanyl v transdermálním terapeutickém systému (TTS) – vhodný pro léčbu silné chronické bolesti. Transdermální aplikace prostřednictvím postupného uvolňování z matrix náplasti zajišťuje stabilní plazmatickou hladinu po dobu 3 dnů. Ve srovnání s jinými opioidy byl u fentanylu v této lékové formě zaznamenán nižší výskyt obtíže. Ekvianalgeticky je fentanyl 100x silnější než morfin. Od letošního roku je k dispozici i transmukózní rychle nastupující fentanyl určený na léčbu průlomové nádorové bolesti.

Hydromorfon je efektivní μ agonista, lze jej uplatnit obecně v rámci rotace opioidů. K dispozici je jak v retardované 12 hodinové formě, tak i ve 24 hodinové formě. Ekvianalgeticky je 5–7x silnější než morfin. Výhodou je jeho nízká vazba na plazmatické bílkoviny a biotransformace, která probíhá jinou cestou než přes cytochrom P450. Hydromorfon je díky svým vlastnostem vhodný pro pacienty

s čtenější komedikací, kde snižuje riziko vzájemné kompetice o vazbu na plazmatické bílkoviny nebo metabolickou cestu.

Oxykodon je další silný opioid určený pro léčbu silné chronické neonkologické a v některých případech i akutní bolesti. Pravděpodobně díky agonismu i na μ receptorech je vhodným opioidem pro léčbu neuropatické bolesti. Bohužel velmi dobrý analgetický účinek je často doprovázen zácpou. Ekvianalgeticky je 2x silnější než morfin.

Buprenorfin je z farmakologického hlediska parciální agonista na μ receptorech a antagonist na μ receptorech. Přesto je řazen do skupiny silných opioidů, neboť vyšší dávky jsou ekvianalgetické jiným silným opioidům. Trvání účinku je 6–8 hodin (injekční a sublingvální forma). V transdermální formě (systém TTS) se aplikuje na 3,5 dne. Tento opioid lze užít i v rámci rotace silných opioidů.

Závěr

V současné době je na českém trhu dostatek léků pro léčbu většiny bolestivých stavů. Výsledná spokojenost pacienta (i jeho lékaře) s léčbou závisí na jejich správné indikaci, dostatečném dávkování, využívání výhodných kombinací, ale i stanovení si racionálních cílů léčby. Základním cílem úspěšné léčby by mělo být ztišení bolesti, umožnění spánku nerušeného bolestí, zlepšení samoobslužnosti pacienta a tím celkové zlepšení kvality jeho života.



WONCA 2013 PRAGUE

20th World Conference

Family Medicine – Care for Generations

**25.–29. června 2013
Praha | Česká republika**



Jednu z plenárních přednášek přislíbila

Dr. Margaret Chan

Generální ředitelka Světové zdravotnické organizace

„Primární péče je základním pilířem zdravotního systému, který je nu je nutné neustále posilovat”

Rezoluce WHO, Geneve, 2009

Mini Hippokrates - Madrid

Program Hippokrates je program výměnných pobytů mladých praktických lékařů a lékařů připravujících se na atestaci v tomto oboru organizovaný VdGM (The Vasco da Gama Movement). Tento program v rámci České republiky zajišťuje sdružení Mladí praktici. Výměna zahrnuje dva týdny ve zdravotním středisku v ordinaci praktického lékaře. Komunikačním jazykem je angličtina nebo jazyk dané země. V současné době se do programu zapojilo již 22 zemí z celého světa.

Zúčastnila jsem se zkrácené verze programu (tzv. „Mini Hippokrates“) v Madridu v termínu 7.-13.5. 2012 spolu se třemi dalšími lékaři ze Slovenska, Rumunska a Turecka.

Po příletu na letiště Barajas jsem metrem dojela do čtvrti Barrio del Pilar, kde mě přijala místní koordinátorka programu Raquel. Cesta byla velmi snadná, protože jsem dostala detailní informace o cestě (včetně linek, jmen zastávek či ceny jízdenek).

Stáž zahrnovala čtyři dny v ordinaci praktického lékaře a dvoudenní kongres lékařů v přípravě a mladých praktických lékařů XVI Jornadas de Residentes y III Jornadas de Jóvenes Médicos de Familia de la SemFYC. (SemFYC = Společnost španělských rodinných a komunitních lékařů).

Opoledne a večer následoval kulturní program: procházky centrem Madridu, ochutnávky místní kuchyně, typické „tapas“ i představení flamengu.

Ve zdravotnickém centru „Centro de Salud de las Periodistas“, které jsem navštívila, měli ordinaci 3 pediatři a 16 praktických lékařů, kteří se střídali ve službách trvajících od 8:00 do 15:00 a od 15:00 do 21:00. Španělský zdravotní systém se skládá ze 3 stupňů: 1. stupeň tvoří ordinace praktických lékařů a pediatrů, 2. stupněm jsou specialisté a 3. stupeň zahrnuje péči za hospitalizace. Všichni praktici v celém regionu jsou napojeni na jednu společnou lékařskou databázi. Ta jim umožňuje sdílet informace o pacientech, včetně předepsané medikace. Problém ovšem nastane, pokud síť spadne. Lékaři jiných odborností nejsou vázáni nutností mít jednu databázi.

Zajímavý je též systém doplatků za předepsané léky. Děti a lidé do 65 let věku (bez ohledu na to, zda jsou či nejsou zaměstnaní) platí 40% ceny léku, senioři nad 65 let neplatí nic. Od července letošního roku je plánována změna: v 1. kategorii se spoluúčast zvyšuje na 50 %, ve druhé na 10 %. Recepty velikosti A4 mají barvu zelenou či červenou – záleží dle doplatku. Každý recept zahrnuje dvě části. Jedna zůstane lékárně a druhá pacientovi. Ta obsahuje informace o léku a rozpis léčby. V celém regionu platí stejná cena totožného léku.

Na kongresu bylo možné navštívit přednášky na různá témata: zneužívání tabáku, dermatovenerologie, imigrace, klinické případy z praxe apod. Součástí byla také dílna zručnosti nazvaná McGyver zahrnující názorné příklady, jak ošetřit pacienta v určitých situacích svépomocí bez nutnosti nosit sebou vybavení celé ordinace. Například ošetření otlačků při pouti do Santiago de Compostela, kousnutí hadem v Pyrenejích či ošetření popálenin. Součástí byl také seminář s recepty tradiční přírodní medicíny.

Stáž i kongres mi přinesly spoustu podnětů a zajímavých informací. Všem mohu účast na programu jen doporučit.

MUDr. Irena Peprná
praktická lékařka, Canadian Medical Care a FN Motol
členka Mladých praktiků, SVL, ČLK JEP

1. informační stánek VdGM na kongresu s organizátory a účastníky programu Hippokrates



2. Zdravotní středisko Centro de Salud Ciudad de los Periodistas



4. V ordinaci s Dr. Concepción Aguilera



PODMÍNKY ÚHRADY LÉKŮ

VYHLÁŠKA

č. 376/2011 Sb.

ze dne 1. prosince 2011,

kterou se provádějí některá ustanovení zákona
o veřejném zdravotním pojištění

Z této vyhlášky je pro praxi zásadní oddíl HLAVA 4, kde jsou určena pravidla pro stanovování podmínek úhrady v podobě preskripčních a indikačních omezení a způsobů úhrady, kterou v plném znění níže otiskujeme. Pro rychlou orientaci jsme zásadní informace v textu vyhlášky vyznačili tučně.

HLAVA IV PODMÍNKY ÚHRADY

§ 32

- (1) Při stanovení podmínek úhrady podle § 39b odst. 10 zákona Ústav v rozhodnutí stanoví omezení a způsob vykazování přípravků, které v rozhodnutí označí symboly stanovenými v § 33 až 39.
- (2) Ústav může v rozhodnutí přípravek stanovit současně omezení uvedená v § 33 a 34 a způsob vykazování úhrady podle § 36 až 39.

Díl 1

Preskripční a indikační omezení

§ 33

Preskripční omezení

- (1) Je-li to s ohledem na účinnost a bezpečnost přípravku nebo s ohledem na veřejný zájem účelné, úhrada přípravku se omezí pro předepisování takového přípravku lékařem se specializovanou způsobilostí s označením odbornosti uvedené v rozhodnutí (dále jen „preskripční omezení“). Ústav přípravek s preskripčním omezením v rozhodnutí označí **symbolem „L“**.
- (2) Přípravek s preskripčním omezením je oprávněn předepsat k úhradě zdravotní pojišťovnou pouze lékař se specializovanou způsobilostí s označením odbornosti uvedené v preskripčním omezení, **který má pro tuto specializovanou způsobilost uzavřenu se zdravotní pojišťovnou smlouvu o poskytování předmětné zdravotní péče, nebo jím písemně pověřený jiný lékař**.
- (3) Není-li s ohledem na účinnost a bezpečnost přípravku předepisování přípravku vhodné přenést na jiného lékaře podle odstavce 2, Ústav tento přípravek v rozhodnutí označí **symbolem „E“**.
- (4) Je-li s ohledem na účinnost a bezpečnost přípravku nebo s ohledem na veřejný zájem účelné podmínit úhradu přípravku schválením revizním lékařem zdravotní pojišťovny, popřípadě jím pověřeným lékařem s příslušnou specializovanou způsobilostí s označením odbornosti uvedenou v rozhodnutí, Ústav v rozhodnutí označí tento přípravek **symbolem „W“**. Rozhodne-li Ústav podle věty první, rozhodne zároveň o omezení podle § 34.

§ 34

Indikační omezení

- (1) Je-li to s ohledem na účinnost a bezpečnost přípravku nebo s ohledem na veřejný zájem účelné, Ústav úhradu přípravku podmíní
 - a) přesně uvedenou indikací včetně zahájení a ukončení léčby, popřípadě blíže určenou klinickým stavem pacienta; pokud nelze zahájení a ukončení léčby přesně vymezit, stanoví se pravidelný interval přehodnocení úspěšnosti léčby,
 - b) použitím pro vyjmenované skupiny pacientů, charakterizované konkrétním onemocněním nebo klinickým stavem, nebo
 - c) selháním, kontraindikací nebo nedostatečnou účinností předchozí linie terapie.
- (2) Přípravek podle odstavce 1 Ústav v rozhodnutí označí **symbolem „P“** (dále jen „indikační omezení“). Přípravek s indikačním omezením je oprávněn předepsat k úhradě zdravotní pojišťovnou **lékař smluvního zdravotnického zařízení pouze v souladu s indikačním omezením**.

Díl 2

Symbole a způsoby vykazování úhrady

§ 35

Zvýšená úhrada

Zvýšenou úhradu podle § 39b odst. 11 zákona Ústav v rozhodnutí označí **symbolem „V“**. Rozhodne-li Ústav o stanovení zvýšené úhrady podle § 39b odst. 11 zákona, rozhodne zároveň o omezení podle § 34.

§ 36

Ambulantní péče

- (1) Přípravek, který lékař vzhledem k jeho charakteru podává při výkonu ambulantní péče, Ústav v rozhodnutí označí **symbolem „A“**. Takový přípravek se účtuje zdravotní pojišťovně spolu s příslušným výkonem jako zvlášť účtovaný přípravek.
- (2) Je-li to s ohledem na účinnost a bezpečnost přípravku nebo s ohledem na veřejný zájem účelné, vykazování přípravku se symbolem „A“ se omezí na lékaře se specializovanou způsobilostí s označením odbornosti uvedené v rozhodnutí.
- (3) Přípravek s omezením podle odstavce 2 je oprávněn vykazovat k úhradě zdravotní pojišťovnou pouze lékař se specializovanou způsobilostí s označením odbornosti uvedené v omezení, který má pro tuto specializovanou způsobilost uzavřenu se zdravotní pojišťovnou smlouvu o poskytování předmětné zdravotní péče, nebo jím písemně pověřený jiný lékař.
- (4) Není-li s ohledem na účinnost a bezpečnost přípravku podávání přípravku vhodné přenést na jiného lékaře podle odstavce 3, Ústav v rozhodnutí označí tento přípravek **symbolem „A, E“**.

§ 37

Zvláštní ambulantní zdravotní péče

- (1) Přípravek, který je poskytován při odborné přednemocniční neodkladné péči v rámci zdravotnické záchranné služby, Ústav v rozhodnutí označí symbolem „C1“.
- (2) Přípravek, který je součástí zdravotní péče ve stacionářích, pokud je poskytována na základě doporučení ošetřujícího lékaře, Ústav v rozhodnutí označí symbolem „C2“.
- (3) Přípravek, který je podáván při chirurgickém výkonu v lokální nebo celkové anestezii bez nutnosti hospitalizace pacienta, Ústav v rozhodnutí označí symbolem „C3“.
- (4) Přípravky podle odstavců 1 až 3 jsou příslušnému smluvnímu zdravotnickému zařízení hrazeny na základě smlouvy se zdravotní pojišťovnou o poskytování předmětné zdravotní péče a účtovány zdravotní pojišťovně v souvislosti s příslušným výkonem jako zvlášť účtovaný přípravek.

§ 38

Přípravky pro použití při diagnostickém výkonu

Je-li přípravek určen pro podání v rámci diagnostického výkonu provedeného při výkonu ambulantní zdravotní péče, Ústav tento přípravek v rozhodnutí označí symbolem „D“. Takový přípravek se účtuje zdravotní pojišťovně v rámci diagnostického výkonu, a není-li započten do hodnoty výkonu, spolu s příslušným diagnostickým výkonem jako zvlášť účtovaný přípravek.

§ 39

Přípravky specializované péče

- (1) Ústav v rozhodnutí označí přípravek, jehož použití je s ohledem na veřejný zájem účelné soustředit do specializovaných pracovišť podle § 15 odst. 10 zákona, symbolem „S“.
- (2) Takový přípravek účtuje jako zvlášť účtovaný přípravek zdravotní pojišťovně pouze specializované pracoviště, a to na základě smlouvy uzavřené mezi ním a zdravotní pojišťovnou.
- (3) U vysoce inovativního přípravku, kterému je stanovena dočasná úhrada podle § 39d zákona, postupuje Ústav vždy podle odstavce 1.

INFORMACE A METODIKA MZ K DISPENZÁRNÍ PÉČI

ze dne 22.5.2012

(www.mzcr.cz)

INFORMACE PRO POSKYTOVATELE ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB VE VZTAHU K DISPENZÁRNÍ PÉČI

Pro postup při poskytování dispenzární zdravotní péče pacientům pojištěným v rámci veřejného zdravotního pojištění jsou výchozí tato ustanovení platných právních předpisů:

Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování

1) § 5 odst. 2, písm. c): definice –

„Druhy zdravotní péče podle účelu jejího poskytnutí jsou... c) *dispenzární péče, jejímž účelem je aktivní a dlouhodobé sledování zdravotního stavu pacienta ohroženého nebo trpícího nemocí nebo zhoršením zdravotního stavu, u kterého lze podle vývoje nemoci důvodně předpokládat takovou změnu zdravotního stavu, jejíž včasné zjištění může zásadním způsobem ovlivnit další léčbu a vývoj nemoci,*“

2) § 3 odst. 2:

„Ošetřujícím zdravotnickým pracovníkem se rozumí zdravotnický pracovník, který navrhuje, koordinuje, poskytuje a vyhodnocuje individuální léčebný postup u konkrétního pacienta a koordinuje poskytování dalších potřebných

zdravotních služeb.“

3) § 45 odst. 2 povinnost specializovaného poskytovatele

písm. f): „*předat zprávu o poskytnutých zdravotních službách registrujícímu poskytovateli v oboru všeobecné praktické lékařství nebo v oboru praktické lékařství pro děti a dorost, je-li mu tento poskytovatel znám,*...“

písm. g): „*předat jiným poskytovatelům zdravotních služeb nebo poskytovatelům sociálních služeb potřebné informace o zdravotním stavu pacienta nezbytné k zajištění návaznosti dalších zdravotních a sociálních služeb poskytovaných pacientovi,*“

4) § 47 odst. 5): povinnost registrujícího poskytovatele předat pacientovi s ohledem na jeho zdravotní stav písemné doporučení ke specializované ambulantní péči

„*Vyžaduje-li zdravotní stav pacienta poskytnutí specializované ambulantní péče, jednodenní péče nebo lůžkové péče, předá registrující poskytovatel nebo jiný poskytovatel, který pacienta přijal do péče, doporučení k této léčbě. Spolu s doporučením předá též písemné odůvodnění a důležité informace týkající se zdravotního stavu včetně výsledků předem provedených vyšetření a informace o dosud provedené léčbě.*“

Z toho vyplývá, že v případě, kdy potřeba zdravotní péče o dané zdravotní postižení přesahuje odborné kompe-

tence registrujícího lékaře, dané jeho vzdělávacím programem, předává pacienta do péče specialistovi v oboru, který se tomuto onemocnění věnuje v plné šíři a který je schopen poskytnout zdravotní péči na náležité úrovni.

Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů

1) § 31 odst. 2: „*pojištěnce do dispenzární péče zařazuje podle odborných kritérií jeho registrující lékař, který odpovídá za účelnost a koordinaci dispenzární péče. Pojištěnec může být dispenzarizován pro jednu diagnózu pouze u jednoho ošetřujícího lékaře.*“

Vyhláška č. 39/2012 Sb., o dispenzární péči, v příloze vyjmenovává nemoci, u nichž se dispenzární péče poskytuje, a s ohledem na zkušenosti zdravotnické veřejnosti neurčuje, který lékař pacienta s vyjmenovanou nemocí do dispenzární péče zařazuje, protože řada vyjmenovaných diagnóz má multiorgánová postižení, mnohé nemoci se vyskytují v různých stupních postižení, takže určovat právním předpisem, která odbornost bude tou dispenzarizující, by nemohlo být přesné. Proto nejsou u jednotlivých nemocí specializace uvedeny, je uveden jen **registrující lékař, který dle výše uvedeného zákona za dispenzarizaci každého pacienta odpovídá.**

Konkrétně jsou v příloze vyhlášky uvedeny vedle registrujících poskytovatelů pouze ty odbornosti, které podléhají ještě opatřením uvedeným v jiných právních předpisech, nebo se významně liší svým charakterem, jako jsou nemoci z povolání a pracovní lékařství, onkologie a částečně infekce (i Tbc) a dermatovenerologie, podléhající různým hlášením apod., a psychiatrie.

Z uvedeného vyplývá, že **zákony při zajišťování dispenzární péče pacientovi umožňují postup v obou směrech,** podle toho, u kterého poskytovatele je zjištěna nemoc uvedená v příloze vyhlášky, a to vzájemným informováním se o tom, že pacient trpí nemocí uvedenou v příloze vyhlášky.

Doporučený postup pro zjištění, že pacient trpí nemocí uvedenou v příloze vyhlášky č. 39/2012 Sb., o dispenzární péči

V případě, že takový stav zjistí registrující lékař, a stupeň postižení odpovídá jeho odbornosti, zařadí pacienta do dispenzarizace a poskytuje mu dispenzární péči, v případě závažnějšího stupně postižení předá pacienta spolu s doporučením do dispenzární péče specialistovi v daném oboru (příklad - alergické rhinitidy dispenzarizuje registrující lékař, který si může v případě potřeby vyžádat konziliární vyšetření, těžší astmatickou bronchitidu již předá do péče odbornému lékaři v alergologii nebo pneumologii, totéž např. s hypertenzní nemocí, kterou dispenzarizuje všeobecný praktický lékař, ale závažnější formu s důsledky hypertenze předá do péče odbornému lékaři v oboru vnitřní lékařství, s diabetem mellitus, kdy inzulinoterapii a orgánové komplikace dispenzarizuje odborný lékař v diabetologii apod.). Specialista v daném

oboru na základě doporučení rozhodne, zda pacienta do dispenzární péče převezme či nikoli; v obou případech zpětně o převzetí či důvodu odmítnutí (např. kapacitní omezení, obtížná dostupnost, odlišný odborný názor...) informuje registrujícího lékaře.

V případě, že takový stav zjistí nejprve specialista v daném oboru, pacienta podle stupně postižení buď s celkovým nálezem a doporučením předá registrujícímu lékaři zpět do péče a to i dispenzární, nebo si vzhledem k závažnosti stavu pacienta v dispenzární péči ponechá a informuje o tom registrujícího lékaře. Ten v souladu s ust. **§ 31 odst. 2 zákona č. 48/1997 Sb.** pacienta zařadí do dispenzární péče tohoto specialisty, kterému zároveň zašle informace o zdravotním stavu pacienta potřebné k zajištění návaznosti zdravotní péče (příklad - dermatolog diagnostikuje psoriázu a o pacientovi předá zprávu registrujícímu lékaři s tím, že pacienta s mírným postižením předá do jeho dispenzární péče a při vážnějším a rozsáhlejším postižení oznámí registrujícímu lékaři, že pacienta přebírá do své specializované dispenzarizace); u některých nemocí jako jsou glaukom, epilepsie apod., nejsou žádné pochybnosti, že pacienta dispenzarizuje specialista daného oboru.

Dispenzarizující specialista předává registrujícímu lékaři informace i při každé další dispenzární prohlídce tak, aby byl registrující lékař průběžně informován o stavu a současné léčbě svého registrovaného pacienta; registrující lékař naopak poskytuje pro tuto prohlídku dispenzarizujícímu specialistovi informace o změnách zdravotního stavu pacienta, které mohou ovlivnit stav a léčbu onemocnění, pro které je dispenzarizován.

V případě nejasností u konkrétního pacienta se registrující lékař a specialista o dispenzární péči spolu dohodnou tak, aby bylo naplněno výše uvedené ustanovení **§ 31 odst. 2 zákona č. 48/1997 Sb.,** že pojištěnec může být dispenzarizován pro jednu diagnózu pouze u jednoho ošetřujícího lékaře. Záznamy a informace o dispenzární péči u specialisty jsou součástí i zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi registrujícím poskytovatelem.

Dispenzarizující lékař nejen kontroluje zdravotní stav dispenzarizovaného pacienta výkonem cíleného klinického vyšetření dle vyhlášky č. 134/1998 Sb., kterou se vydává Seznam výkonů s bodovými hodnotami, v platném znění (kapitola 3 - obsah výkonů klinických vyšetření), ale **zajišťuje i všechny ostatní úkony, související s diagnózou, pro kterou je u něj pacient dispenzarizován, včetně předepisování léků pro léčbu dispenzarizovaného onemocnění, indikace potřebných doplňujících vyšetření, ale také zdravotní dopravu, vedení dočasné pracovní neschopnosti apod.**

Doporučením registrujícího lékaře k dispenzarizaci pacienta specialistou příslušného oboru není dotčena pacientova svobodná volba lékaře nebo zdravotnického zařízení pro poskytování dispenzární péče.

Zrušení úhrad volně prodejných léčivých přípravků od 1.7. 2012

Novela zákona o veřejném zdravotním pojištění (č. 458/2011 Sb.) ruší dnem 30. června 2012 úhradu ze zdravotního pojištění u všech léčivých přípravků, které je možné vydávat i bez lékařského předpisu, u kterých zároveň nebyla podána žádost o výjimku od všech zdravotních pojišťoven. Žádost o ponechání úhrady mohly zdravotní pojišťovny předložit do 1. června 2012.

K uvedenému termínu obdržel SÚKL žádost od Všeobecné zdravotní pojišťovny i Svazu zdravotních pojišťoven, který sdružuje 7 zdravotních pojišťoven.

Shoda zdravotních pojišťoven nastala u těchto léčivých přípravků:

Kód SÚKL	Název léku	Doplněk názvu
0045087	ARUFIL	OPH GTT SOL 1X10ML
0045111	ARUFIL	OPH GTT SOL 3X10ML
0099580	BRUFEN SIRUP	POR SIR 1X100ML/2GM
0016430	HYPOTEAR PLUS	OPH GTT SOL 1X10ML
0017982	HYPOTEAR PLUS	OPH GTT SOL 3X10ML
0016429	HYPOTEAR PLUS SDU	OPH GTT SOL 20X0.4ML
0146118	IBALGIN BABY	POR SUS 1X100ML/2GM
0032016	IBALGIN SUS	POR SUS 1X100ML/2GM
0014814	KREON 10 000	POR CPS ETD 50
0014811	KREON 25 000	POR CPS ETD 50
0056167	PANGROL 20000	POR TBL ENT 50 I
0040378	PANZYNORM FORTE-N	POR TBL FLM 30
0125117	PANZYNORM FORTE-N	POR TBL FLM 10
0054534	PANZYTRAT 25 000	POR CPS DUR 50-SKLO
0015004	SICCAPROTECT	OPH GTT SOL 3X10ML
0054092	SICCAPROTECT	OPH GTT SOL 1X10ML
0162300	SICCAPROTECT	OPH GTT SOL 1X10ML
0162301	SICCAPROTECT	OPH GTT SOL 3X10ML
0049629	TEARS NATURALE II	OPH GTT SOL 1X15ML
0084325	VIDISIC	OPH GEL 1X10GM
0084785	VIDISIC	OPH GEL 3X10GM

U výše uvedených léčivých přípravků bude tedy v souladu s požadavky zákona ponechána stávající úhrada ze zdravotního pojištění i po 30. 6. 2012.

U zbývajících léčivých přípravků bude úhrada ze zdravotního pojištění dnem 30. 6. 2012 zrušena:

AKNECOLOR KRÉMPASTA

DRM PST 1X30GM

AKNECOLOR LIGHT KRÉM-PASTA

DRM PST 1X30GM 1%

AKNEROXID 10,

GEL 1X50GM 10%

AKNEROXID 5

GEL 1X50GM 5%

ALERID

POR TBL FLM 10X10MG

ALERID

POR TBL FLM 20X10MG

ALERID

POR TBL FLM 4X10MG

ALLERGODIL

NAS SPR SOL 1X10ML

ALLERGODIL OČNÍ KAPKY

OPH GTT SOL 1X6ML0.05%

ALMIRAL GEL

DRM GEL 1X25GM

ALMIRAL GEL

DRM GEL 1X250GM

ALMIRAL GEL

DRM GEL 1X50GM

ALMIRAL GEL

DRM GEL 1X100GM

AMBEX

POR TBL EFF 10X60MG

AMBROBENE 15 MG/5 ML

POR SIR 1X100ML

AMBROBENE 30 MG

POR TBL NOB 20X30MG

AMBROBENE 7,5 MG/ML

POR SOL 1X40ML

AMBROBENE 7,5 MG/ML

POR SOL 1X100ML

AMBROBENE RETARD 75 MG

POR CPS PRO 10X75MG

AMBROSAN 15 MG/5 ML

SIRUP

POR SIR 1X100ML/300MG

AMBROSAN 30 MG

POR TBL NOB 20X30MG

AMBROSAN KAPKY

POR GTT SOL 1X50ML

AMBROSAN KAPKY

POR GTT SOL 1X100ML

AMBROSAN RETARD 75 MG

POR CPS PRO 10X75MG

AMBROSAN RETARD 75 MG

POR CPS PRO 20X75MG

AMBROXOL AL 30

POR TBL NOB 20X30MG

AMBROXOL AL KAPKY

POR GTT SOL 1X100ML/750MG

ANALERGIN

POR TBL FLM 7X10MG

ANALERGIN

POR TBL FLM 10X10MG

ANOPYRIN 400 MG

POR TBL NOB 10X400MG

APO-CETIRIZIN 10 MG

POR TBL FLM 7X10MG

APO-DICLO 25 MG

POR TBL ENT 100X25MG

APO-IBUPROFEN 400 MG

POR TBL FLM 30X400MG

APO-IBUPROFEN 400 MG

POR TBL FLM 100X400MG

ARNIDOL SPRAY

DRM SPR SOL 1X100ML

ASPIFOX 100 MG

POR TBL ENT 100X100MG

BALMANDOL OLEJ

DRM SOL 1X225ML

BALNEUM HERMAL

DRM BAL 1X200ML

BALNEUM HERMAL

DRM BAL 1X500ML

BALNEUM HERMAL F

DRM BAL 1X200ML

BALNEUM HERMAL F

DRM BAL 1X500ML

BALNEUM HERMAL PLUS

DRM BAL 1X200ML

BALNEUM HERMAL PLUS

DRM BAL 1X500ML

BALNEUM HERMAL PLUS

DRM BAL 2X500ML

BECLOMET NASAL AQUA 50

MCG, NOSNÍ SPREJ

NAS SPR SUS 1X9ML (70DÁV)

BECLOMET NASAL AQUA 50

MCG, NOSNÍ SPREJ

NAS SPR SUS 1X10ML (80DÁV)

BECLOMET NASAL AQUA 50

MCG, NOSNÍ SPREJ

NAS SPR SUS 1X23ML (200DÁV)

BETADINE

DRM SOL 1X30ML

BETADINE

DRM SOL 1X120ML

BETADINE

DRM SOL 1X1000ML

BETADINE

LIQ CHIR 1X120ML

BETADINE

LIQ CHIR 1X1000ML

BETADINE

DRM UNG 1X20GM 10%

BIOMIN H

POR PLV 30XSÁČ

BIOMIN H

POR PLV 60XSÁČ

BRAUNOL

DRM SOL 1X100ML

BRAUNOL

DRM SOL 1X500ML

BROMHEXIN 12 KM-KAPKY

POR GTT SOL 30ML

BROMHEXIN 8 KM KAPKY

POR GTT SOL 1X50ML

BROMHEXIN 8 KM KAPKY

POR GTT SOL 1X100ML

BROMHEXIN 8 KM KAPKY

POR GTT SOL 1X20ML

BROMHEXIN 8-SIRUP KM

POR SIR 1X100ML

BROMHEXIN GALMED 12

POR GTT SOL 1X30ML

BROMHEXIN GALMED 8

POR GTT SOL 1X20ML

BROMHEXIN-EGIS

POR SOL 1X60ML/120MG

BROMHEXIN-EGIS

POR TBL NOB 20X8MG

BRUFEN 400

POR TBL FLM 100X400MG

CALCICHEW D3 200 IU

POR TBL MND 20

CALCICHEW D3 200 IU

POR TBL MND 60

CALCII CARBONICI 0,5 TBL.

MEDICAMENTA

POR TBL NOB 50X0.5GM

CALCIUM 500 MG PHARMA-

VIT

POR TBL EFF 20X500MG

CALCIUM CHLORATUM TEVA

POR SOL 1X100ML

CALCIUM CHLORATUM-IVAX

POR SOL 1X100ML

CALCIUM-SANDOZ FORTE

500 MG

POR TBL EFF 20X500MG

CALCIUM-SANDOZ FORTE

500 MG

POR TBL EFF 20X500MG

CALTRATE PLUS

POR TBL FLM 30

CALTRATE PLUS

POR TBL FLM 60

CALTRATE PLUS

POR TBL FLM 30

CALTRATE PLUS

POR TBL FLM 60

CANDIBENE 1% SPRAY

DRM SPR SOL 1X40ML 10MG/ML

CANDIBENE 100 MG

TBL VAG 6X100MG

CANDIBENE 200 MG

TBL VAG 3X200MG

CANDIBENE KRÉM

DRM CRM 1X20GM/200MG

CANDIMAX 1%

DRM CRM 1X25GM 1%

CANESTEN 6 VAGINÁLNY KRÉM

CRM VAG 1X35GM+APL

CANESTEN GYN 6 DNÍ

CRM VAG 1X35GM+APL

CANESTEN KRÉM

DRM CRM 1X20GM/200MG

CANIFUG-CREME

DRM CRM 1X25GM 1%

CANIFUG-CREME

DRM CRM 1X20GM 1%

CANIFUG-LÖSUNG 1%

DRM SOL 1X30ML

CEREX

POR TBL FLM 7X10MG

CEREX

POR TBL FLM 20X10MG

CEREX

POR TBL FLM 10X10MG

CETIRIZIN-RATIOPHARM

10 MG

POR TBL FLM 20X10MG

CETIRIZIN-RATIOPHARM

10 MG

POR TBL FLM 7X10MG

CLARITINE

POR TBL NOB 7X10MG

CLARITINE

POR SIR 1X120ML

CLARITINE

POR TBL NOB 30X10MG

CLARITINE

POR TBL NOB 10X10MG

CLARITINE

POR SIR 1X120ML

CLARITINE

POR TBL NOB 10X10MG

CLARITINE

POR TBL NOB 30X10MG

CLARITINE

POR TBL NOB 7X10MG

CLOTRIMAZOL AL 1%

DRM CRM 1X20GM 1%

CLOTRIMAZOL AL 1%

DRM CRM 1X50GM 1%

CLOTRIMAZOL AL SPRAY 1%

DRM SPR SOL 1X30ML 1%

CLOTRIMAZOL HBF

DRM CRM 1X30GM 1%

CLOTRIMAZOL HBF

DRM CRM 1X20GM 1%

CLOTRIMAZOL HBF

DRM CRM 1X50GM 1%

CONDROSULF 400

POR CPS DUR 60X400MG

DICLOFENAC AL 25

POR TBL FLM 20X25MG

DICLOREUM 100

RCT SUP 10X100MG

DICLOREUM 50

RCT SUP 10X50MG

DIKY 4%

DRM SPR SOL 25GM

DIKY 4%

DRM SPR SOL 25GM

DOLMINA GEL

DRM GEL 1X100GM

DOLMINA GEL

DRM GEL 1X50GM

DOLOBENE

DRM GEL 50GM

DUPHALAC

POR SOL 1X200ML-HDP

DUPHALAC

POR SOL 1X500ML-HDP

ELMETACIN

DRM SPR SOL 1X100ML 1%

EMOXEN GEL

DRM GEL 50GM

EMOXEN GEL

DRM GEL 100GM

ENCEPHABOL

POR SUS 1X200ML

ENCEPHABOL

POR SUS 1X200ML

ENDIODERM

DRM PST 1X30GM

ENTEROL

POR CPS DUR 10X250MG

ENTEROL

POR PLV SUS 10X250MG

ESPUMISAN

POR CPS MOL 50X40MG

ESSENTIALE FORTE N

POR CPS DUR 50

EXCIPIAL KRÉM

DRM CRM 1X100GM

EXCIPIAL MAST

DRM UNG 1X100GM

EXCIPIAL MAST S MANDLO-

VÝM OLEJEM

DRM UNG 1X100GM

EXCIPIAL MASTNÝ KRÉM

DRM CRM 1X100GM

EXCIPIAL U HYDROLOTIO

DRM EML 1X200ML

EXCIPIAL U LIPOLOTIO

DRM EML 1X200ML

FEBICHOL

POR CPS MOL 50X100MG

FENORIN 375 MG TOBOLKY

POR CPS DUR 30X375MG

FEROGLOBIN B 12

POR CPS DUR 30

FLECTOR EP GEL

DRM GEL 1X60GM

FLECTOR EP GEL

DRM GEL 1X100GM

FLECTOR EP TISSUGEL

DRM EMP TDR 2KS

FLECTOR EP TISSUGEL

DRM EMP TDR 5KS

FUNGICIDIN LÉČIVA

DRM UNG 1X10GM

GERATAM 1200 MG

POR TBL FLM 60X1200MG

GERATAM 1200 MG

POR TBL FLM 100X1200MG

GERATAM 800 MG

POR TBL FLM 60X800MG

GINGIO 120

POR TBL FLM 120X120MG

GINGIO 120

POR TBL FLM 60X120MG

GINGIO 120

POR TBL FLM 30X120MG

GINGIO 80

POR TBL FLM 30X80MG

GINGIO 80

POR TBL FLM 60X80MG

GINGIO 80

POR TBL FLM 120X80MG

GINGIO TABLETY

POR TBL FLM 30X40MG

GINGIO TABLETY

POR TBL FLM 100X40MG

GINGIO TABLETY

POR TBL FLM 50X40MG

GINGIO TABLETY

POR TBL FLM 90X40MG

GLOBULUS CUM NATRIO

TETRABORICO 0,6 CSC

VAG GLB 10X0.6GM

GODASAL 500

POR TBL NOB 20

GODASAL 500

POR TBL NOB 20

GOOL

POR PLV SOL 20SÁČ

GYNO-PEVARYL 50

VAG SUP 15X50MG

GYNO-PEVARYL 50

VAG SUP 15X50MG

HALIXOL

POR SIR 1X100ML/300MG

HALIXOL

POR SIR 1X100ML/300MG

HALIXOL 30 MG

POR TBL NOB 20X30MG

HELICID 10

POR CPS ETD 28X10MG

HELICID 10 ZENTIVA

POR CPS ETD 14X10MG

HELICID 10 ZENTIVA

POR CPS ETD 28X10MG

HEPARIN AL GEL 30000

DRM GEL 1X100GM

HEPARIN AL MAST 30000

DRM UNG 1X40GM

HEPARIN AL MAST 30000

DRM UNG 1X100GM

HEPAROID LÉČIVA

DRM CRM 1X30GM

HIRUDOID

DRM GEL 1X40GM

HIRUDOID

DRM CRM 1X40GM

HIRUDOID FORTE

DRM GEL 1X40GM

HIRUDOID FORTE

DRM CRM 1X40GM

HOTEMIN

DRM CRM 1X50GM/0.5GM

HYDROCORTISON LÉČIVA

DRM UNG 1X10GM 1%

IBALGIN 400

POR TBL FLM 30X400MG

IBALGIN 400,

POR TBL FLM 100X400MG

IBALGIN GEL

DRM GEL 1X50GM

IBALGIN KRÉM,

DRM CRM 1X50GM

IBUMAX 400 MG

POR TBL FLM 10X400MG

IBUMAX 400 MG

POR TBL FLM 30X400MG

IBUMAX 400 MG

POR TBL FLM 100X400MG

IBUPROFEN AL 400

POR TBL FLM 30X400MG

IBUPROFEN AL 400

POR TBL FLM 50X400MG

IBUPROFEN AL 400

POR TBL FLM 100X400MG

ICHTOXYL

DRM UNG 1X30GM

IMAZOL KRÉMPASTA

DRM PST 1X30GM

IMAZOL PLUS

DRM CRM 1X30GM

INDOBENE

DRM GEL 1X50GM

INDOBENE

DRM GEL 1X100GM

ISOCHOL

POR TBL OBD 30X400MG

JENAMAZOL 2%

VAG CRM 20GM+APLIK

JODISOL ROZTOK

DRM SOL 1X80GM

JODISOL ROZTOK

DRM SOL 1X760GM

KERASAL

DRM UNG 1X50GM

LACIDOFIL

POR CPS DUR 45

LACTULOSA BIOMEDICA

POR SIR 1X250ML 50%

LACTULOSA BIOMEDICA

POR SIR 1X500ML 50%

LACTULOSE AL SIRUP

POR SIR 1X200ML

LACTULOSE AL SIRUP

POR SIR 1X500ML

MUCOBENE 600 MG

POR GRA SOL 10X3GM/600MG-SA

MUCOSIN S MEDEM SIR

POR SIR 1X100ML

MYFUNGAR

DRM CRM 1X30GM

MYKOSEPTIN

DRM UNG 1X30GM

MYOGIT 25

POR TBL ENT 20X25MG

NAC AL 200 ŠUMIVÉ TABLETY

POR TBL EFF 20X200MG

NAC AL 600 ŠUMIVÉ TABLETY

POR TBL EFF 10X600MG

NAC AL 600 ŠUMIVÉ TABLETY

POR TBL EFF 20X600MG

NATRIUM FLUORATUM SLOVA-KOFARMA

POR TBL NOB 250X0.55MG

NEO-BRONCHOL

ORM PAS 20X15MG

NIZORAL

DRM CRM 1X15GM/300MG

NOLPAZA 20 MG ENTEROSOL-VENTNÍ TABLETY

POR TBL ENT 14X20MG

NOOTROPIL 20% ORAL SOLUTION

POR SOL 1X125ML

OMEPRAZOL ACTAVIS 10 MG

POR CPS ETD 14X10MG

OMEPRAZOL ACTAVIS 10 MG

POR CPS ETD 28X10MG

OMEPRAZOL ACTAVIS 10 MG

POR CPS ETD 28X10MG

OMEPRAZOL TEVA PHARMA 10 MG

POR CPS ETD 28X10MG

OMEPRAZOL TEVA PHARMA 20 MG

POR CPS ETD 14X20MG

ONPRELEN 10

POR CPS DUR 28X10MG

ONPRELEN 20

POR CPS DUR 14X20MG

OPHTHALMO-AZULEN

OPH UNG 1X5GM/7.5MG

OILATUM EMOLLIENT

DRM BAL 1X150ML

OILATUM EMOLLIENT

DRM BAL 1X500ML

OILATUM EMOLLIENT

DRM BAL 1X150ML

OILATUM EMOLLIENT

DRM BAL 1X500ML

OILATUM GEL

DRM GEL 1X150GM

OILATUM GEL

DRM GEL 1X150GM I

OLFEN

DRM GEL 1X50GM

OPHTHALMO-SEPTONEX

OPH UNG 1X5GM/5MG

ORTANOL 10 MG

POR CPS ETD 28X10MG

OSTEOCARE

POR TBL NOB 30

OSTEOGENON

POR TBL FLM 40X800MG

PANADOL BABY ČÍPKY

RCT SUP 10X125MG

PANADOL JUNIOR ČÍPKY

RCT SUP 10X250MG

PANADOL RAPIDE

POR TBL FLM 10X500MG

PANADOL RAPIDE

POR TBL EFF 12X500MG

PANCREOLAN FORTE

POR TBL ENT 30X220MG

PARALEN 100

RCT SUP 5X100MG

PARALEN 125

POR TBL NOB 20X125MG

PARALEN 500

POR TBL NOB 10X500MG

PARALEN 500

POR TBL NOB 12X500MG

PARALEN 500

POR TBL NOB 24X500MG

PARALEN 500 SUP

RCT SUP 5X500MG

PARALEN SUS

POR SUS 1X100ML/2.4GM

PARAMEGAL 500 MG

POR TBL NOB 10X500MG

PIRABENE 1200 MG

POR TBL FLM 20X1200MG

PIRABENE 1200 MG

POR TBL FLM 60X1200MG

PIRABENE 800 MG

POR TBL FLM 30X800MG

PIRABENE 800 MG

POR TBL FLM 100X800MG

PIRACETAM AL 1200

POR TBL FLM 30X1200MG

PIRACETAM AL 1200

POR TBL FLM 60X1200MG

PIRACETAM AL 800

POR TBL FLM 60X800MG

PIRACETAM AL 800

POR TBL FLM 30X800MG

PIRACETAM AL 800

POR TBL FLM 50X800MG

PIRACETAM AL 800

POR TBL FLM 100X800MG

PITYOL

DRM UNG 1X30GM

POLYTAR AF

DRM SOL 1X150ML

POLYTAR AF

DRM SOL 1X150ML

POLYTAR LIQUID

DRM LIQ 1X150ML

POLYTAR LIQUID

DRM LIQ 1X150ML

REACTINE

POR TBL FLM 7X10MG

ROSALGIN

VAG GRA SOL 5X0.5GM

ROSALGIN

VAG GRA SOL 6X0.5GM

ROSALGIN

VAG GRA SOL 10X0.5GM

SAB SIMPLEX

POR SUS 1X30ML

SALOXYL

DRM UNG 1X30GM

SENSICUTAN

DRM CRM 1X80GM

SINECOD

POR SIR 1X200ML/300MG

SOLMUCOL

ORM PAS 24X100MG

SOLMUCOL

POR PLV SIR 1X180ML

SOLMUCOL 100

POR GRA 30X100MG-SĂC

SOLMUCOL 200

POR GRA 30X200MG-SĂC

SOLUTIO ACIDI BORICI 3%

HBF

DRM SOL 100GM

SPOFAX

RCT SUP 5

STOPTUSSIN

POR GTT SOL 1X25ML

STOPTUSSIN

POR GTT SOL 1X50ML

STOPTUSSIN SIRUP

POR SIR 1X100ML

SUSPENSIO ZINCI OXYDATI

HBF

DRM SUS 1X100GM

TABULETTA MAGNESII LACTICI 0,5 CSC

POR TBL NOB 50X500MG

TABULETTA MAGNESII LACTICI 0,5 CSC

POR TBL NOB 100X500MG

TABULETTA MAGNESII LACTICI 0,5 CSC

POR TBL NOB 1000X500MG

TANAKAN

POR SOL 1X90ML+DÁVK

TANAKAN

POR TBL FLM 90X40MG

TANAKAN

POR TBL FLM 30X40MG

TANAKAN

POR TBL FLM 30X40MG

TBL.MAGNESII LACTICI 0,5 GLO

POR TBL NOB 100X500MG

TEBOKAN 40 MG

POR TBL FLM 50+50X40MG

TEBOKAN 40 MG

POR TBL FLM 100X40MG

TEBOKAN 40 MG

POR TBL FLM 50X40MG

TERBISTAD 1% KRÉM

DRM CRM 1X7.5GM

TERBISTAD 1% KRÉM

DRM CRM 1X15GM

TULZOL 10 MG

POR CPS ETD 28X10MG

TULZOL 10 MG

POR CPS ETD 28X10MG

TULZOL 10 MG

POR CPS ETD 28X10MG

TULZOL 20 MG

POR CPS ETD 14X20MG

TULZOL 20 MG

POR CPS ETD 14X20MG

TULZOL 20 MG

POR CPS ETD 14X20MG

TUSSIN

POR GTT SOL 1X25ML

UNGUENTUM ACIDI BORICI 3% HBF

DRM UNG 1X30GM (TUBA)

UNGUENTUM ICHTHAMOLI 10% MEDICAMENTA

DRM UNG 1X100GM

VENORUTON 300

POR CPS DUR 50X300MG

VENORUTON FORTE

POR TBL NOB 30X500MG

VENORUTON FORTE

POR TBL NOB 60X500MG

VENORUTON FORTE

POR TBL NOB 30X500MG

VERAL 25 MG

POR TBL ENT 30X25MG

VERAL GEL

DRM GEL 1X55GM 1%

VERAL GEL

DRM GEL 1X100GM 1%

VERAL NEO EMULGEL

DRM GEL 1X30GM I

VERAL NEO EMULGEL

DRM GEL 1X50GM I

VERAL NEO EMULGEL

DRM GEL 1X100GM I

VERAL NEO EMULGEL

DRM GEL 1X30GM II

VERAL NEO EMULGEL

DRM GEL 1X50GM II

VERAL NEO EMULGEL

DRM GEL 1X100GM II

VITACALCIN TABLETY

POR TBL NOB 60X250MG

VOLTAREN ACTIGO EXTRA

POR TBL OBD 10X25MG

VOLTAREN EMULGEL

DRM GEL 1X50GM

VOLTAREN EMULGEL

DRM GEL 1X50GM LAM

VOLTAREN EMULGEL

DRM GEL 1X100GM LAM

XYZAL

POR TBL FLM 7X5MG

XYZAL

POR TBL FLM 14X5MG

ZODAC

POR TBL FLM 7X10MG

ZODAC

POR TBL FLM 10X10MG

ZODAC GTT

POR GTT SOL 1X20ML

ZODAC SIR

POR SIR 1X100ML

ZYRTEC

POR GTT SOL 1X20ML

ZYRTEC</

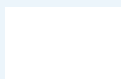


QuikRead® FOB kvantitativně

Náš test vidí, co Vy nevidíte.

Objektivní a spolehlivé vyšetření
skrytého krvácení do stolice

- **KVANTITATIVNÍ STANOVENÍ Hb VE STOLICI**, vyloučeno subjektivní hodnocení
- reakční čas testu max. **1 MINUTA**
- jediná metoda **OVĚŘENA KOLONOSKOPIÍ**
- **INOVOVANÁ** testovací souprava, jednoduchý postup, předplněné kyvety
- **NOVÁ ODBĚROVÁ ZKUMAVKA** – přesné dávkování vzorku a jeho naředění
- **VČASNÝ ZÁCHYT ONEMOCNĚNÍ**



Orion Diagnostica Oy, Finsko, zastoupení pro ČR, HU, PL, SR
Bělohorská 57, 169 00 Praha 6, tel: +420 233 350 533, fax: +420 233 350 532
orion@oriondiagnostica.cz, www.oriondiagnostica.cz

TORVACARD

ATORVASTATINUM CALCICUM



ZKRÁCENÁ INFORMACE O PŘÍPRAVKU TORVACARD® 10, TORVACARD® 20, TORVACARD® 40. Léčivá látka: 1 potahovaná tableta obsahuje 10, 20, 40 mg atorvastatinu (ve formě atorvastatinum calcium). **Indikace:** Léčba dospělých, dospívajících a dětí ve věku 10 let a starších s primární hypercholesterolemí včetně familiární hypercholesterolemie (heterozygotní forma) nebo se smíšenou (kombinovanou) hyperlipidemií ke snížení zvýšeného celkového cholesterolu, LDL-cholesterolu, apolipoproteinu B a hladiny triglyceridů, pokud dieta a jiné nefarmakologické možnosti nevedly k dostatečnému účinku. U pacientů s homozygotní familiární hypercholesterolemí ke snížení celkového cholesterolu a LDL-cholesterolu, jako přídatná léčba k další hypolipidemické terapii nebo v případech, když tyto léčebné metody nejsou dostupné. Prevence kardiovaskulárních příhod u pacientů s předpokládaným vysokým rizikem první kardiovaskulární příhody. **Dávkování:** Doporučená počáteční dávka je 10 mg 1x denně, maximální denní dávka je 80 mg 1x denně. **Kontraindikace:** Precitlivělost na složky přípravku, onemocnění jater, přetrvávající zvýšené hodnoty sérových aminotransferáz na více než trojnásobek normálních hodnot, těhotenství a kojení, u žen v reprodukčním věku, které neužívají vhodnou antikoncepci. **Interakce:** Současná léčba inhibitory cytochromu CYP3A4 (např. cyklosporin, klaritromycin, ketokonazol, itraconazol, erytromycin) nebo inhibitory transportních proteinů, může vést ke zvýšení plazmatických koncentrací atorvastatinu a zvýšenému riziku myopatie. Toto riziko může být zvýšené i při souběžném podání atorvastatinu s fibráty a ezetimibem. Naopak ke snížení dochází u kombinace s kolestipolem. Při podávání perorálních kontraceptiv dochází k zvýšení koncentrace horethisteronu a ethinylestradiolu. Nutné je sledování pacientů užívajících digoxin, warfarin. **Zvláštní upozornění:** Vzhledem k možnosti vzniku myopatie a zvýšení sérových aminotransferáz je vhodné pacienty sledovat. Při zahájení terapie je nezbytné pacienty poučit, aby neprodleně informovali lékaře o výskytu svalových bolestí nebo slabosti. Nutná kontrola jaterních testů před zahájením a v průběhu léčby. Při podezření na vznik intersticiálního plicního onemocnění musí být terapie statiny přerušena. Pacienti s vysokým rizikem diabetu v budoucnosti by měli být sledováni klinicky i biochemicky. Přípravek obsahuje laktózu. Pacienti se vzácnými dědičnými poruchami typu intolerance galaktózy, vrozený deficit laktázy nebo malabsorbce glukózy-galaktózy by neměli tento přípravek užívat. **Těhotenství a kojení:** Přípravek je v těhotenství a během kojení kontraindikován. **Účinky na schopnost řídit a obsluhovat stroje:** Přípravek má zanedbatelný vliv na schopnost řídit nebo obsluhovat stroje. **Nežádoucí účinky:** časté: nasofaryngitida, alergické reakce, hyperglykémie, bolest hlavy, faryngolaryngeální bolest, epistaxe, zácpa, plynatost, dyspepsie, nauzea, průjem, myalgie, artralgie, bolest končetin, svalové křeče, otok kloubů, bolesti zad, abnormální jaterní testy, zvýšení hladin kreatinfosfokinázy v krvi. **Předávkování:** V případě předávkování symptomatická léčba. **Druh obalu a velikost balení:** blistr, 30 nebo 90 tablet. **Podmínky uchovávání:** Přípravek nevyžaduje žádné zvláštní podmínky uchovávání. **Registrační čísla:** 10 mg: 31/204/04-C, 20 mg: 31/205/04-C, 40 mg: 31/206/04-C. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Zentiva k.s., Praha, Česká republika. **Datum poslední revize textu:** 25.5.2012. **Výdej:** přípravek je vázán na lékařský předpis. **Přípravek je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Před předepsáním se seznámte s úplnou informací o přípravku.**

Určeno pro odbornou veřejnost.

Podrobné informace získáte v Souhrnu údajů o přípravku nebo na adrese:
Zentiva, k.s., Budova Argo, Evropská 846/176a, 160 00 Praha 6, Tel.: +420 233 086 333, Fax: +420 233 086 222
Sídlo firmy: Zentiva, k.s., U kabelovny 130, Praha 10, www.zentiva.cz

CZ.AT.12.05.01

ZENTIVA
SPOLEČNOST SKUPINY SANOFI