



Odborný časopis Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP

practicus

tip tohoto čísla

č. 9-10/2012

ročník 11

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

Vkladem tohoto
čísla jsou DP

**1. Asthma
bronchiale**

2. CHOPN

a
**Suplementum
pro sestry**

Vydává
**Společnost
všeobecného
lékařství ČLS JEP**

www.practicus.eu

Nečastější mononeuropatie (str. 20)



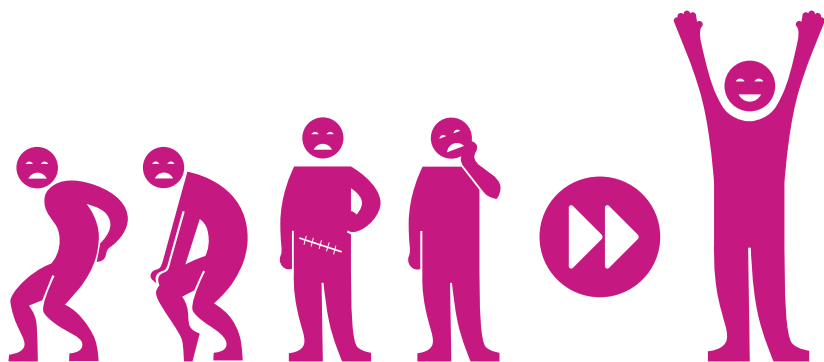
Obsah čísla:
INFO SVL

- **Výběr abstrakt z přednášek výroční konference SVL ČLS JEP**
Prevence klíšťové meningoencefalitidy u starších osob
E Health a (praktický) lékař
Erdostein a jeho použití při léčbě kašle
Chronické žilní onemocnění a jeho léčba
Makrolidy - rezistence, praktické dopady a novinky
Léčba chronických bolestí zad
Paraneoplastické syndromy
Problém adherence v léčbě hypertenze, nové lékové formy
Význam koenzýmu Q10 a selénu při kardiovaskulárních chorobách
Světová konference WONCA Praha 2013 15
Anketa z XXXI. výroční konference SVL ČLS JEP 16
 - **Akreditované praxe 18**
 - **Eutanazie - pro a proti** Polyneuropatie – klasifikace, diagnostika, terapie
- ODBORNÉ ČLÁNKY
- **Nejčastější mononeuropatie horních a dolních končetin**
- METODICKÝ POKYN
- **Péče o pacienty s akutní cévní mozkovou příhodou**
- MLADÍ PRAKTIČI
- **Praktickým lékařem v Irsku**
- AKTUÁLNÍ LEGISLATIVA
- **Nařízení vlády o místní a časové dostupnosti zdravotních služeb**
 - **Vyhláška o stanovení pravidel a postupů při lékařském ozáření**

znalostní test hodnocen 2 kredity ČLK

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 lornoxicamu. **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 uchovávání:** Neuchovávejte při teplotě nad 30°C. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Nycomed Austria GmbH, St. Peter str, 25, A- 4020Linz, 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 seznáme 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.
Škrétova 490/12
120 00 Praha 2
www.takeda.cz

OBSAH

INFO SVL

Výběr abstrakt z přednášek

výroční konference SVL ČLS JEP

Prevence klíšťové meningoencefalitidy u starších osob

E Health a (praktický) lékař

Erdostein a jeho použití při léčbě kašle

Chronické žilní onemocnění a jeho léčba

Makrolidy - rezistence, praktické dopady a novinky

Léčba chronických bolestí zad

Paraneoplastické syndromy

Problém adherence v léčbě hypertenze, nové lékové formy

Význam koenzýmu Q10 a selénu při kardiovaskulárních chorobách

Světová konference WONCA Praha 2013

Anketa z XXXI. výroční konference SVL ČLS JEP

Akreditované praxe

Eutanazie - pro a proti

5

15

16

18

19

ODBORNÉ ČLÁNKY

Nejčastější mononeuropatie horních a dolních končetin

Prof. MUDr. Zdeněk Ambler, DrSc.

20

KAZUISTIKA

Jak, třeba taky, na vysoký tlak

MUDr. Petr Zajíček

29

METODICKÝ POKYN

Péče o pacienty s akutní cévní mozkovou příhodou

Metodický pokyn MZČR

31

RUBRIKY

Ze světa mladých praktiků

Praktickým lékařem v Irsku

38

Aktuální legislativa

Nařízení vlády o místní a časové dostupnosti zdravotních služeb

Vyhláška, kterou se stanoví nákladové indexy věkových

skupin pojištěnců veřejného zdravotního pojištění pro rok 2013

Vyhláška o stanovení pravidel a postupů při lékařském ozáření

41

ČSSZ informuje

o používání nového tiskopisu

„Přehled o výši pojistného“ od 1. 1. 2013

45

practicus

odborný časopis SVL ČLS JEP

9-10/2012, 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 Konštický, 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 Vojtišková

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 18.12. 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 neprocházejí jazykovými korekturami. ••• Přetisk a jakékoliv šíření je povoleno pouze se souhlasem vydavatele. ••• © SVL ČLS JEP, 2012

Co si přát na konci roku?

**Snad aby ten rok příští byl stejně tak
dobrý, nebo alespoň nebyl horší,
než ten právě minulý.**

**S upřímným přáním všeho dobrého
v novém roce 2013**

Vaše redakce



XXXI. výroční konference SVL ČLS JEP Karlovy Vary, 7.-11. 11. 2012

- výběr abstrakt z přednášek

Prevence klíčové meningoencefalitidy u starších osob

MUDr. Eva Jílková

Zdravotní ústav se sídlem v Ústí nad Labem

Česká republika je zemí s významným endemickým výskytem KME. Pouze pobaltské republiky a Slovinsko vykazují v Evropě vyšší nebo srovnatelný výskyt. Geograficky je nejvyšší výskyt dlouhodobě zaznamenán v Jihočeském kraji a v posledních letech jsme svědky významného nárůstu v kraji Vysočina (v roce 2012 9,3/100 000 obyv.). KME patří mezi nejčastější arbovirózy v Evropě. Ročně je hlášeno kolem 12 000 případů (včetně Ruska). Přibližně 30 % nemocných má po onemocnění následky a v 10ti procentech případů se jedná o následky trvalé. Smrtnost se pohybuje 1-2 %. Incidence i závažnost onemocnění jsou důvodem, proč Evropská komise přidala KME na oficiální seznam onemocnění, která je nutné hlásit v rámci EU (září 2012) a uznala tak KME jako závažné onemocnění (1). Je zřejmé, že hlavním důvodem zařazení do systému evropské surveillance je naděje ve zlepšení prevence a kontroly výskytu KME. V ČR se v dlouhodobém sledování trend výskytu KME zvyšuje (2011: 8,6/100 000 obyv.) a také endemické oblasti se rozšiřují. Příkladem může být již zmiňovaný kraj Vysočina nebo také Ústecký kraj.

Z analýzy podle věku vyplývá, že nejvyšší výskyt onemocnění zejména v poslední době je zaznamenán u vyšších věkových skupin (50 let a více). Je známo skutečností, že populace stárne, a zároveň mění svůj životní styl. Aktivita přetrvává i ve vyšším věku (např. turistika), ale tím se zvyšuje i u této skupiny riziko infekce KME. Ve velkých studiích je přitom prokázáno, že klinický průběh onemocnění je ve vyšším věku závažnější, častěji přetrvávají následky a dochází k úmrtím, což úzce souvisí se stárnutím imunitního systému (IS). Proto je právě u starší populace důležitá prevence, kterou představuje očkování. Stárnoucím IS je ovlivněna i postvakcinační odpověď. Dosažená hladina protilátek je nižší než u mladých osob a hladiny klesají rychleji. Výrobci vakcín proto doporučují kratší intervaly pro přeočkování – 3 roky u osob 50+ resp. 60+ (podle typu očkovací látky). U osob 60+ jsme prokázali závislost postvakcinační odpovědi na dávce antigenu obsaženého v očkovací látce (FSME-IMMUN 2,4 µg, Encepur pro dospělá 1,6 µg). Po podání dvou dávek nedosáhlo u FSME-IMMUN ochranné hladiny pouze 8% očkovaných, kdežto u očkovací látky Encepur to bylo 32% vakcína-

ných. Významný rozdíl byl zjištěn také v dosažené hladině protilátek (3). Starší populaci je nutné vnímat vzhledem k infekcím obecně jako rizikovou. Očkování hraje v prevenci infekcí u seniorů významnou úlohu, pro jeho úspěšnost má význam zvažovat jak očkovací schéma, tak i volbu očkovací látky (použití adjuvants, dávka antigenu atd.). Pro běžnou praxi má dopad doporučení WHO (2): v zemích s vysokou endemicitou (tj. výskyt vyšší než 5 případů na 100 000 obyvatel) existuje vysoké individuální riziko infekce a očkování má být nabízeno všem. Vzhledem k epidemiologické situaci v ČR by to měly především být starší osoby a samozřejmě další skupiny osob v riziku.

Literatura:

- 1) Official Journal of the European Union, Commission decision 2012/492/EU, 3. 9. 2012, www.eurosurveillance.org
- 2) WER, No 24, 10 JUNE 2011. WHO. TBE Position paper
- 3) Kunze et al., The Golden Agers and TBE – position paper. *Sien Med Wochenschrift* (2005) 155/11-12
- 4) Jílková et al.: Serological response to tick-borne encephalitis (TBE) vaccination in the elderly—results from an observational study *Expert Opin Biol Ther.* 2009 Jul;9(7):797-803.
- 5) Heinz FX, Holzmann H, Essl A, Kundi M: Field effectiveness of vaccination against tick-borne encephalitis vaccine. 2007 Oct 23;25(43):7559-67



E Health a (praktický) lékař

MUDr. Cyril Mucha

Praktický lékař, Praha

V pátečním „lunch time“ se uskutečnil již tradiční blok o informačních technologiích a jejich vztahu k praktickému lékaři. Zajímavé bylo, že všechna sdělení přednášeli lékaři (lékařům). V prvním sdělení hovořil MUDr. Cyril Mucha o současném stavu E Health v ČR. Přestože po éře IZIPu je často kladeno rovnítko mezi e health a tunel, uvědomuje si většina lékařů, že správně využití informační technologie mohou zdravotnictví významně pomoci. E health nesmí být „velký bratr“, ale spíše výměna informací mezi jednotlivými subjekty. Role státu by měla být spíše ve stanovení zákonného rámce a standardů než přímém organizování systému. MUDr. Pavel Kubů předvedl na izraelském modelu Maccabi, jaké přínosy může pro všechny zúčastněné E Health mít. Dále hovořil o novém systému „anti – theft“



zodpovědná nemyelinizovaná (tzv. C) vlákna, která vedou signály z nociceptorů (uložených v žilní stěně a perivenózním prostoru) do mozku. K aktivaci nociceptorů dochází zánětlivými mediátory, čímž se vysvětluje časný nástup bolesti jako symptomu CVD i u nižších stupňů onemocnění.

Podle jednotlivých symptomů tzv. CEAP klasifikace diferencuje 6 tříd onemocnění, kdy třída C0 je vyhrazena pro nemocné, kteří nemají žádné viditelné známky onemocnění; třídy C1, C2, C3 označují nižší stupeň onemocnění. Třídy C4, C5, C6 jsou vyhrazeny pro onemocnění, které s sebou nese trofické kožní změny, a tyto tři třídy můžeme označovat pojmem chronická žilní insuficience. Třídy C1-2 popisují intradermální (teleangiektázie), subdermální (retikulární) varikosity a posléze i varixy kmenových povrchových žil DK či jejich větví. Třída C3 je charakterizována otokem DK se specifickými projevy flebedému (nejvýrazněji vyjádřen večer, zpočátku je reverzibilní - během noci regreduje, posléze může být trvalý a jeho celodenní přetrvávání je vždy známkou významně porušené žilní hemodynamiky). Třída C4 je charakterizována barevnými trofickými kožními změnami, třída C5 označuje vyléčený, třída C6 pak aktivní ulcerus.

Léčebné postupy u CVD musí být komplexní. Důraz klade na režimová opatření (pravidelné cvičení, snížení hmotnosti při nadváze, omezení dlouhého stání, elevace DK, omezení pobytu v horkém prostředí), nezastupitelnou roli hraje i zevní lokální komprese. Indikovaným nemocným doporučujeme chirurgickou léčbu (skleroterapii či otevřenou chirurgickou a endovaskulární léčbu (termokoagulace radiofrekvenčním proudem nebo laserovým paprskem).

Farmakologickou intervencí lze zmírnit žilní hypertenzi (která spojuje všechny projevy chronického žilního onemocnění), zlepšit rheologické poměry (zlepšením deformability ery i leu), zvýšit tonus žilní stěny i ovlivnit mikrocirkulaci (normalizace kapilární permeability, prevence nežádoucí aktivace leukocytů, zásahy do interakce mezi leukocyty a žilním endotelem). K léčbě bychom měli vždy užívat léky, které mají svou účinnost dokladovanou v evidence based medicine. Byla publikována celá řada studií prokazujících příznivý vliv Detralexu na jednotlivá stadia onemocnění - např. regresi bolesti prokazuje studie publikovaná ve Flebolympologii v roce 2012 (Lenkovic M., Stanic-Zgombic Z., Manestar-Blazic T., Brajac I., Perisa D., Benefit of Daflon 500 mg in the reduction of chronic venous disease-related symptoms. Phlebolympology 2012;19(2):79–83); regresi flebedému při medikaci Detralexem prokazuje metaanalýza několika studií, které hodnotily účinek jednotlivých venofarmak na otok dolních končetin (Allaert FA. Meta-analysis of the impact of the principal venoactive drugs on malleolar venous edema, Int Angiol 2012;Vol31,No4:310–315) - na základě této metaanalýzy bylo prokázáno, že největší redukci otoku venofarmakem docílil Detralex, který má nejvyšší úroveň doporučení v aktuálních mezinárodních guidelines.

Lokální léčba defektů je pak především v rukou zkušených dermatovenerologů.

Léčba CVD je dlouhodobá, někdy i poměrně málo efektivní a vyžaduje značnou spolupráci nemocného s celým ošetřujícím týmem.

Makrolidy – rezistence, praktické dopady a novinky

MUDr. Nataša Bartoníková

Krajská nemocnice T. Bati a.s., Zlín

Rezistence k antibiotikům představuje významný celosvětový problém ve zdravotnictví. Zvyšuje se výskyt bakteriálních kmenů s nebezpečnými fenotypy rezistence. Léčba antibiotiky by měla být proto omezena pouze na infekce, použité antibiotikum má být namířeno na původce onemocnění, je nutné dodržovat dávkování, interval podávání a délku léčby. Náklady na léčbu antibiotiky tvoří významný podíl prostředků vynaložených ve zdravotnictví. Aplikace antibiotik není vždy racionální. Nedodržování zásad „Antibiotické politiky“ vede k poškození pacienta, k narůstání rezistence a šíření multirezistentních kmenů. Makrolidová antibiotika mají bakteriostatický účinek, inhibují proteosyntézu mikrobů, mají imunomodulační účinky. Mají velmi dobrý účinek na grampozitivní mikroby, také na *Haemophilus influenzae* a *Moraxella catarrhalis*, jsou velmi dobře účinná na nitrobuněčná agens – chlamydie, chlamydophila, mykoplasmata, rickettsie, legionely, brucely, kampylobaktery, helikobaktery, borrelie a toxoplasmózu. Nejvíce se používá v klinické praxi klaritromycin a azitromycin. Sérové a tkáňové koncentrace se velmi liší. Klaritromycin má 14 členný laktonový kruh, od erytromycinu se liší substitucí skupiny OH skupinou CH₃ v poloze 6 laktonového kruhu erytromycinu. Má vyváženou distribuci, vyšší stabilitu v kyselém prostředí, dobrou penetraci do plicní tkáně. Azitromycin má v laktonovém 15 členném kruhu v pozici 9 metylovaný dusík - hovoříme o azalidu. Má rychlý a vysoký průnik do tkání a buněk a v nich vyjimečně dlouhý biologický poločas. Postupné uvolňování z tkání vytváří dlouhodobé subinhibiční koncentrace a to má vedle vysoké spotřeby praktický význam pro nárůst rezistence. K tomuto zjištění dospěl ve studii, která proběhla v Kanadě (Davidson et al.) při porovnávání korelace mezi spotřebou klaritromycinu, erytromycinu a azitromycinu u *Streptococcus pneumoniae* v jednotlivých kanadských provinciích. Tam, kde se používal klaritromycin byla rezistence na makrolidová antibiotika přibližně 5 % proti úrovni 20 - 25 % rezistence v provinciích, kde se s převahou využíval azitromycin.

S. pneumoniae je hlavní původce komunitního zánětu plic, podílí se na purulentní meningitidě, akutním zánětu středního ucha, sinusitidě, purulentní rhinitidě, může způsobit endokarditidu, peritonitidu, méně často septickou artritidu a infekce malé pánve. Z rozpadajících se buněk *S. pneumoniae* se uvolňuje pneumolysin (cholesterol - dependentní cytolysin) produkovaný ve formě solubilních monomerů, které se vážou na cílové membrány na cholesterol. Pneumolysin v nízkých dávkách zpomaluje oxidační pochody a chemotaxi polymorfonukleárů, naopak stimuluje tvorbu cytokinů lidskými mononukleáry a uplatňuje se jako obecný podporovatel zánětu, ve vyšších dávkách poškozuje bronchiální a alveolární epitelie a endotel kapilár, aktivuje fosfolipasu A a ta štěpí fosfolipidy buněčných

membrán. Pneumolysin spouští klasickou aktivaci komplexu, spotřebuje jeho složky přítomné v alveolech a tím usnadní invazi pneumokoků. Anderson et al. ve své studii srovnávali efekt vybraných antibiotik – erytromycin, klaritromycin, azitromycin, telitromycin, klindamycin, amoxicilin, ampicilin, ceftriaxon, doxycyklin, tobramycin a fluorochinolony v koncentraci 0,1 mg/l na produkci pneumolysinu u kmene *S. pneumoniae* citlivého na makrolidy a dvou rezistentních kmenů s expresí erm(B) a mef(A) genů in vitro. Signifikantní srovnatelné snížení hladiny pneumolysinu bylo prokázáno při použití erytromycinu, klaritromycinu, telitromycinu a klindamycinu. U azitromycinu bylo nižší (do rozsahu a významu). Žádné z dalších antibiotik produkci toxinu neovlivňovalo. Doxycyklin způsobil signifikantní inhibici produkce pneumolysinu až při koncentraci 2 mg/l.

Inhibice syntézy proteinů je pravděpodobně součástí makrolidy zprostředkované inhibice syntézy pneumolysinu u kmenů *S. pneumoniae* rezistentních i citlivých na makrolidy. Autoři doporučují klaritromycin (efektivně antagonizující produkci pneumolysinu citlivými i rezistentními kmeny pneumokoka) jako doplněk k beta laktamům v léčbě těžkých pneumokokových onemocnění.



Léčba chronických bolestí zad

MUDr. Hynek Lachmann

Neurologická klinika FN Motol, Praha 5

LBP = Low Back Pain

Bolesti zad jsou druhá nejčastější diagnóza v ambulanci praktického lékaře, je na ní přiznáno až 50 % invalidních důchodů. 80 % pacientů s akutní LBP se uzdraví spontánně do 4 týdnů, zbytek přechází do chronicity.

Již dle anamnézy a klinického nálezu lze usuzovat na zdroj bolesti. Nejčastěji jsou to meziobratlové ploténky, dále intervertebrální klouby, nervový kořen, eventuálně paravertebrální svaly a sakroiliakální skloubení. Při postižení meziobratlové ploténky je typický stoj s odlehčením dolní končetiny na straně postižené, antalgické vybočení bederní páteře na stranu zdravou a kompenzační úklon trupu včetně ramen ke straně léze. Postoj v trvalém mírném předklonu svědčí spíše pro postižení meziobratlových kloubů, u kterého je typické omezení záklonu, bolestivý úklon k jedné straně a návrat z předklonu. Bolesti narůstající při statické zátěži a ráno po vertikalizaci jsou typické pro segmentovou instabilitu. Diskogenní bolest je naopak provokována předklonem, v akutním stádiu již od počátečních stupňů, a v sedu. Propagace bolesti do dolní končetiny distálně od kolene svědčí pro iritaci nervového kořene. Pro podrobnější rozbor zde bohužel není místo.

Při akutní LBP je potřeba co nejrychleji snížit či odstranit bolest. Klid na lůžku se doporučuje maximálně 2 dny, přirozenou rehabilitací je pomalá chůze. Pacienti by se měli vyvarovat delšího sedu, pokud to lze. Z analgetik jsou

vhodná zejména nesteroidní antirevmatika-antiflogistika a COX-2 inhibitory, u kterých využíváme i jejich protizánětlivý efekt. Centrální myorelaxancia podáváme pouze krátce (3-5 dnů), zejména na noc. U hypermobilních pacientů je nepředepisujeme. Máme-li podezření na diskogenní lézi, s radikulárním syndromem či bez, je empiricky prokázán efekt 3-5denní kúry kortikoidy. Z fyzikálních metod doporučujeme aplikaci suchého tepla lokálně do bederní oblasti. Při chronické LBP vždy přidáváme k léčbě antidepressiva. Je důležité odlišit bolest nociceptivní a neuropatickou. Pro tyto účely slouží například *dotazník Pain Detect* (PD-Q), který lze nalézt na internetu. Jeho výhodou je, že jej pacient může vyplnit sám již v čekárně a vyhodnocení lékařem je velmi snadné. Typickým příkladem bolesti neuropatické je bolest radikulární. V léčbě neuropatické bolesti (palčivá, brnivá, charakteru elektrických výbojů, s poruchou citlivosti v daném místě, propagace do DK) jsou běžná analgetika neúčinná i při zvyšování jejich dávek. Užívají se zde léky ze skupiny antiepileptik (Pregabalin, Gabapentin) a antidepressiv (Duloxetin, Venlafaxin, Amitriptylin), které mají preskripční omezení. Pacienty s tímto typem bolesti je třeba odeslat do ambulance neurologa či algeziologa. Každý pacient s chronickou LBP by měl být vyšetřen rehabilitačním lékařem a absolvovat individuální fyzioterapii. Všeobecně rozšířená představa, že pacient se sám naučí cvičit podle letáku či příručky, je mylná. Většinou ke cvičení používá své navyklé špatné pohybové stereotypy, a tím svoji patologii nadále prohlubuje. Kořenové, kaudální, facetové obstrukce a obstrukce sakroiliakálního kloubu jsou účinné u akutní i chronické LBP, patří však již do ambulance neurologů, algeziologů, rehabilitačních lékařů a ortopedů.



Paraneoplastické syndromy

MUDr. Otakar Ach-Hübner

Praktický lékař, Brno

V úvodu přednášky je zdůrazněna nutnost správně a včas diagnostikovat pacientovo onemocnění. Pacient plující pod falešnou diagnózou nebude schopen dostát svým životním úkolům, nezbudou mu na ně síly. Je na nás, abychom mu otevřeli cestu k moderní onkologické léčbě a dali mu jednoznačnou naději na úspěšné léčení jeho nemoci.

Mezi paraneoplastické syndromy, zavádějící pozornost jinam, řadíme:

1. Paraneoplastické migrující tromboflebitidy (Trousseauův 150 let starý popis) i hluboké flebotrombózy, což je dokumentováno u pacientů s tumorem pankreatu a extragonadálním germinomem.
2. Diabetes insipidus s excesivním příjmem i vylučováním tekutin u pacientů s cystickým kraniofaryngeomem
3. Recentní diabetes mellitus jako paraneoplastický projev u karcinomu pankreatu.

PRESTARIUM® NEO ORODISPERZNÍ

TABLETY

NOVINKA

MODERNÍ
FORMA UŽÍVÁNÍ

KOMFORTNÍ
PRO PACIENTY



Zkrácená informace o přípravku Prestarium® NEO/NEO FORTE ORODISPERZNÍ TABLETY Dlouhodobě působící inhibitor ACE. **Složení:** Perindoprilum argininum 5 mg nebo 10 mg v jedné tabletě. **Léková forma:** Tableta dispergovatelná v ústech. Tableta by měla být umístěna na jazyk pro rozmělnění a spolknuta se slinami. **Indikace:** Hypertenze. Snížení rizika kardiálních příhod u pacientů s anamnézou infarktu myokardu a/nebo revaskularizace. Srdeční selhání (Prestarium Neo orodisperzní tablety). **Dávkování:** Hypertenze: Doporučená úvodní dávka je 5 mg jednou denně ráno. V případě potřeby může být dávka zvýšena na 10 mg po jednom měsíci léčby. ICHS: Léčba by měla být zahájena v dávce 5 mg jednou denně ráno po dobu dvou týdnů, poté by měla být dávka zvýšena na 10 mg jednou denně s ohledem na funkci ledvin. Srdeční selhání: Léčba se zahajuje dávkou 2,5 mg denně. Po 2 týdnech léčby lze zvýšit na 5 mg jednou denně. Renální selhání: Dávka by měla být upravena podle clearance kreatininu. U pacientů s poškozením jater není nutná úprava dávkování. **Kontraindikace:** hypersenzitivita na perindopril, jakoukoli složku přípravku nebo na jiný inhibitor ACE, angioneurotický edém v anamnéze, těhotenství. Podávání dětem a dospívajícím se nedoporučuje. **Upozornění:** Symptomatická hypotenze je vzácná. Při renální insuficienci a renovaskulární hypertenzi je nutno sledovat renální funkce. **Těhotenství a kojení:** Přípravek by neměl být používán během prvního trimestru těhotenství a je kontraindikován během druhého a třetího trimestru těhotenství. Užívání u kojících žen se nedoporučuje. **Nežádoucí účinky:** Nejčastěji byly pozorovány kašel, nauzea, dušnost, zvracení, bolest břicha, poruchy chuti, dyspepsie, průjem, zácpa, kožní vyrážka, svědění, hypotenze, poruchy nervového systému (např. bolest hlavy, závratě, vertigo, parestézie), poruchy vidění, hučení v uších, svalové křeče, asténie. **Interakce:** Nedoporučuje se současné použití s kalium-šetřícími diuretiky, doplňky draslíku a lithiem. **Balení:** Bílá tuba s reduktorem dávkování. **Velikost balení:** 30 a 90 tablet. Uchovávejte v dobře uzavřené tubě, aby byl přípravek chráněn před vlhkostí. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Les Laboratoires Servier, 50, rue Carnot, 92284 Suresnes cedex, Francie. Registrační čísla 58/055/10-C, 58/056/10-C. Před předepsáním přípravku si přečtěte Souhrn údajů o přípravku. **Datum poslední revize:** 19.01.2012. Přípravek je k dispozici v lékárnách na lékařský předpis. Přípravek je částečně hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění.

zlyhávaním, ďalej stavmi po aortokoronárnej bypassovej chirurgii, pri sprievodnej liečbe statínmi, kardiomyopatiách, niektorých arytmiách, prolapse mitrálnej chlopne, ale aj artériovej hypertenzii. Toto však nemožno chápať mechanisticky, teda, že suplementácia koenzýmom Q10 znamená automaticky zlepšenie daného stavu, aj keď v súčasnosti disponujeme určitými limitovanými dôkazmi aj pre takéto tvrdenia.

Tak napríklad aterosklerózu dnes definujeme ako zápalovo degeneratívno proliferatívne ochorenie. Z pohľadu definície vyplývajú možné benefity spojené so suplementáciou koenzýmom Q10, odvodené od jeho protizápalových a antioxidačných účinkov. Talianski autori (Tiano L, et al. Eur Heart J 2007) dokázali v dvojito slepej, placebom kontrolovanej štúdii pozitívny vplyv suplementácie koenzýmom Q10 nielen na hladinu extracelulárnej superoxiddismutázy, ale aj na vazodilatáciu závislú od endotelu. Endotelová dysfunkcia pritom zohráva kľúčovú úlohu v iniciácii aterosklerózy.

V poslednej dobe sa koenzým Q10 spomína veľmi často v súvislosti so statínovou liečbou. Statíny dosiahli obrovské úspechy na poli tzv. medicíny založenej na dôkazoch (evidence based medicine – EBM). Vydobyli si pevnú pozíciu v rámci sekundárnej prevencie ICHS, neskôr i primárnej a v posledných rokoch sa o nich hovorí nielen ako o hypolipemikách, ale aj ako o látkach s tzv. pleiotropnými, nelipidovými účinkami, ktoré majú komplexné antiaterogénne účinky. K tomuto záveru došli vedci v nadväznosti na výsledky viacerých klinických štúdií, ktoré nedokázali vysvetliť pokles morbidít a mortality pri liečbe statínmi len poklesom aterogénnych lipidov. Ako najdôležitejšie pleiotropné účinky sú v súčasnosti uvádzané protizápalové, antitrombotické, antiproliferačné, spájané s úpravou endotelovej dysfunkcie, ktoré vo všeobecnosti vedú ku stabilizácii ateromového plátu. V tejto súvislosti sa menej hovorí o negatívnom pleiotropnom účinku statínov (inhibitorov 3 – HMG Co A reduktázy), ktorý súvisí s ich mechanizmom účinku, a teda takisto blokádou tohto enzýmu. Dochádza nielen k blokade tvorby cholesterolu, ale tiež i k blokade syntézy endogénneho koenzýmu Q 10. Koenzým Q 10 je pritom mimoriadne dôležitou substanciou nielen z hľadiska energetiky myokardu, ale aj stability bunkových membrán, vrátane myocytov, ktoré sa tak môžu stať náchylnejšími na poškodenie s následnou myopatiou, resp. myozitídou a v najhoršom prípade rabdomyolýzou. Existuje niekoľko prác dokumentujúcich aj možný negatívny efekt statínov na diastolickú funkciu ľavej komory v súvislosti so zníženou hladinou endogénneho koenzýmu Q10 a následnou úpravou tejto poruchy substitučnou terapiou koenzýmom Q10 (Silver MA, et al. Amer J Cardiol 2004).

Liečba statínmi navyše vedie k inhibícii syntézy viacerých proteínov závislých od selénu, ktoré zrejme môžu mať vzťah ku polyneuropatickému poškodeniu (Moosmann B, Bell C, Lancet 2004).

Uvedené skutočnosti nás viedli k realizácii dvojito slepej placebom kontrolovanej klinickej štúdie s dizajnom 2x 2 faktoriál testujúcej hypotézu, či suplementácia koenzý-

KiSel-10

Originální KiSel-10 kombinace:

Pojistěte si své zdraví na zlaté stáří

doplňek stravy

Originální KiSel-10 kombinace

Bioaktivní SelenoQ10 obsahuje vědecky zdokumentované složení s Bioaktivní Q10 a SelenoPrecise, které bylo použito ve studii – s vynikajícími výsledky – na 433 starších mužích a ženách ve Švédsku.

Bioaktivní SelenoQ10 je vyvinut společností Pharma Nord a obsahuje mimo jiné patentované selenové kvasnice (SelenoPrecise), které podporují imunitní systém a pomáhají chránit buňky před oxidačním stresem.

Pharma Nord

Pharma Nord Praha s.r.o., Pražská 387, 250 70 Odolena Voda
Bezplatná zákaznická linka: 800 100 622, www.pharmanord.cz

mom Q10 v dávke 200 mg denne a/alebo selénom v dávke 200 µg denne môže zlepšiť symptómy myopatie (ktorá však nebola dôvodom na prerušenie statínovej terapie) u pacientov liečených statínmi. V skupine 60 pacientov sme dokázali, že symptómy myopatie (svalová únavnosť, svalová slabosť, svalové kŕče, svalová bolesť), sa signifikantne znížili pri liečbe koenzýmom Q10, čo bolo súčasne sprevádzané nárastom jeho plazmatických hladín. Tento nárast bol vyšší u pacientov, ktorí súčasne užívali selén (avšak štatisticky nesignifikantne) (Fedacko J, Pella D. Canad J Physiol & Pharmacol 2012). Niekoľko ďalších klinických štúdií neprinieslo v tomto smere jednoznačné výsledky, čo poukazuje na potrebu veľkej randomizovanej multicentrickej štúdie, ktorá by overila výsledky aj tejto našej pilotnej štúdie.

Nedávno publikovaná, takisto dvojito slepá, placebom kontrolovaná morbi-mortalitná štúdia KiSel 10 švédskych autorov (Alehagen U, et al. Intern J Cardiol 2012) priniesla zaujímavé zistenia u seniorov (70-88 ročných), ktorí užívali koenzým Q10 a selén v identických dávkach ako v našej, vyššie uvedenej štúdií. Počas viac ako 5 ročného sledovania autori pozorovali signifikantný nárast mortality v placebovej skupine oproti skupine koenzýmu Q10 so selénom.

Napokon, nedávno bola ukončená multicentrická, dvojito-slepá, randomizovaná morbi-mortalitná klinická štúdia testujúca hypotézu, či pridanie 300 mg koenzýmu Q10 denne oproti placebo pri sprievodnej, v súčasnosti dostupnej liečbe chronického srdcového zlyhávania, povedie nielen ku zlepšeniu symptómov týchto pacientov, ale aj ovplyvneniu morbiditu a mortality. Výsledky tejto štúdie sa očakávajú v roku 2013.

Koenzým Q10 je jedným z mála výživových doplnkov, ktorý má za sebou aj určitú EBM. Na druhej strane by bolo nerozumné ju preceňovať (prisudzovať mu vyššie triedy

odporúčaní, resp. vyššiu úroveň dôkazov). Nesporné však je, že popri niekoľkých negatívnych výsledkoch klinických štúdií s koenzýmom Q10, boli publikované aj viaceré s pozitívnymi závermi (predovšetkým štúdie, kde boli použité vyššie dávky koenzýmu Q10, ktoré viedli ku výraznému zvýšeniu jeho plazmatických hladín, prípadne aj nárastu hladín v priečne pruhovaných svaloch alebo srdci).

Nakoniec je potrebné zdôrazniť, že nie každý koenzým Q10 dostupný na našom farmaceutickom trhu je rovnako efektívny. Veľmi dôležitá je otázka biologickej dostupnosti koenzýmu Q10, z tohto pohľadu podstatne výhodnejšie sú biologicky aktívne, mikrokryštalické formy koenzýmu Q10, ktoré sa dobre rezorbujú z tráviaceho traktu a tým zaisťujú i dostatočné hladiny koenzýmu Q10 v plazme i cieľových tkanivách.

Záverom možno konštatovať, že v randomizovaných placebom kontrolovaných klinických štúdiách s koenzýmom Q10 sa potvrdil jednak jeho výborný bezpečnostný profil (veľmi nízky výskyt nežiaducich účinkov) a v exaktne definovaných skupinách pacientov dokonca aj možný klinický benefit.

Veselé Vánoce a šťastný nový rok 2013

Vám přeje tým CGM
programů PC DOKTOR®, MEDICUS® a AMICUS®



Vzdělávací semináře SVL ČLS JEP v lednu 2013

- Aktualizace DP Astma a CHOPN.
- Očkování dospělých pacientů a doporučení pro vakcinaci proti pneumokokům. Praktické aspekty očkování v ordinaci všeobecného praktického lékaře.

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

Čtvrtek	3.1.2013	16:00 - 20:00	Liberec, Clarion Grandhotel Zlatý Lev, Gutenbergova 3
Pondělí	7.1.2013	16:30 - 20:30	Zlín, Aula SZŠ, Příluky 372
Úterý	8.1.2013	16:00 - 20:00	Pardubice, Hotel Zlatá Štika, Štrossova 127
Čtvrtek	10.1.2013	16:00 - 20:00	Ústí nad Labem, Best Western Hotel Vladimír, Masarykova 36
Sobota	12.1.2013	9:00 - 13:00	Karlovy Vary, Hotel "U Šimla", Závodní 1
Sobota	12.1.2013	9:00 - 13:00	Praha, Lék. dům, Sokolská 31
Středa	16.1.2013	17:00 - 21:00	Jihlava, presbytář Hotelu Gustav Mahler, Křížová
Čtvrtek	17.1.2013	16:00 - 20:00	Hradec Králové, Nové Adalbertinum, Velké náměstí 32
Čtvrtek	17.1.2013	16:00 - 20:00	Praha, Lék. dům, Sokolská 31
Sobota	19.1.2013	9:00 - 13:00	Plzeň, Šafránkův pavilon, Alej svobody 31
Sobota	19.1.2013	9:00 - 13:00	Brno, Kancelář veřejného ochránce práv, Údolní 39
Sobota	19.1.2013	9:00 - 13:00	Olomouc, Aula Právnické fakulty UP Olomouc, tř. 17. listopadu 8
Úterý	22.1.2013	16:00 - 20:00	Ostrava, Hotel Imperial, Tyršova 6



Pozvali jsme do Prahy praktické a rodinné lékaře z celého světa!

Přípravy na světovou konferenci intenzivně probíhají. **Praha se stane v příštím roce centrem všeobecného/rodinného lékařství.**

V odborném programu vystoupí řečníci jako např. **Dr. Margaret Chan**, ředitelka WHO, **prof. Jan Škrha**, prorektor UK, **prof. Michael Kidd**, budoucí prezident WONCA, **prof. Igor Šváb**, kolega ze Slovinska. Očekáváme tisíce příspěvků od praktických lékařů na nejrušnější témata formou workshopů, ústních sdělení a posterů.



Margaret Chan



Jan Škrha



Michael Kidd



Igor Šváb

Informaci o přihlášce k aktivní účasti v odborném programu najdete na www.wonca2013.com

Bohumil Seifert
Předseda Organizačního výboru WONCA 2013

Václav Beneš
Předseda Vědeckého výboru WONCA 2013

Česko-slovenský den v pátek 28. 6. 2013



V rámci programu konference se v paralelní sekci uskuteční v **pátek 28. 6. 2013 Česko-slovenský den** s programem v českém a slovenském jazyce. Rádi bychom Vás pozvali k aktivní i pasivní účasti.

Pro podrobnější informace sledujte prosím webové stránky www.wonca2013.com/en/cs-den

Sekretariát
GUARANT International spol. s r.o.
Tel.: +420 284 001 444
Fax: +420 284 001 448
E-mail: wonca2013@guarant.cz
wonca-cs-den@guarant.cz

Podpořte svojí účastí světovou konferenci WONCA 2013 v Praze.

VYUŽIJTE PŘÍLEŽITOSTI ZÚČASTNIT SE SVĚTOVÉ KONFERENCE ZA REDUKOVANÝ REGISTRAČNÍ POPLATEK 425 USD.

FORMULÁŘE PRO ON-LINE REGISTRACI A PŘÍJEM ABSTRAKT JSOU K DISPOZICI NA WWW.WONCA2013.COM.

SVĚTOVÁ KONFERENCE WONCA PRAHA 2013

V úvodu Výroční konference SVL ČLS JEP v Karlových Varech zazněla informace ke stavu příprav Světové konference WONCA, která se uskuteční v Praze, ve dnech 25.-29. června 2013.

Předseda organizačního výboru konference, doc. Bohumil Seifert uvedl, že organizátoři se drží stanoveného časového plánu. V červenci byla na webovských stránkách www.wonca2013.com otevřena registrace a příjem abstrakt. V současné době již máme stovky přihlášek. Z návrhů různých pracovních skupin a organizací, které působí v rámci organizace WONCA, byla sestavena 1. verze odborného programu. Získali jsme vynikající osobnosti jako klíčové řečníky; např. Dr. Margaret Chan (Hongkong), generální ředitelku WHO, prof. Michaela Kidda (Austrálie), budoucího prezidenta WONCA, ale také např. prof. Jana Škrhu, prorektora UK v Praze. Naše konference obdržela vzdělávací kredity např. od Americké Akademie rodinných lékařů. Máme podporu domácích autorit. Roste zájem sponzorů. V organizačním a vědeckém výboru konference je angažováno zhruba 30 českých a slovenských kolegů, které jsme vyzvali ke spolupráci. Funkce předsedy Českého výboru konference se ujal prof. Jaroslav Blahoš, předseda ČLS JEP.

31. 12. 2012 bude uzavřen příjem abstrakt a vědecký výbor pak čeká náročný úkol odborně posoudit a zpracovat abstrakta a rozdělit je do jednotlivých sekcí odborného programu. Očekáváme přes tisíc příspěvků. Získali jsme více jak 100 hodnotitelů z celého světa. Odborný program by měl být k dispozici koncem března 2013.

Dr. Otto Herber informoval o přípravě Česko-slovenského dne, který je plánován v rámci konference jako paralelní celodenní program v jednom z konferenčních sálů na pátek 28. června. Jednácím jazykem zde bude čeština a slovenština. V odborném programu bude sekce vakcinace, kardiovaskulární prevence a angiologie, dále je otevřen prostor pro krátká odborná sdělení českých nebo slovenských praktických lékařů.

Dr. Nela Šrámková, jako reprezentant Mladých praktiků a členka Vědeckého výboru WONCA, hovořila o přípravě prekonference mladých praktiků, která by poprvé v historii neměla mít charakter pouze regionální (jako evropské hnutí pro mladé praktické lékaře Vasco de Gama), ale stala by se setkáním zástupců podobných iniciativ na různých kontinentech.

Pro naše mladé praktické lékaře i celou odbornou společnost je konference velkou příležitostí k získání respektu a uznání doma i v zahraničí. Českému praktickému lékaři může účast na prestižní akci kromě aktuálních odborných informací přinést unikátní možnost kontaktu s kolegy z celého světa, mezinárodní výměny zkušeností a získání globální perspektivy. Proto se snažíme o vytvoření podmínek pro co nejvyšší účast českých praktických lékařů. Proto byl zařazen Česko-slovenský den. Registrační poplatky pro české a slovenské praktické lékaře byl redukován na polovinu a činí **425 resp. 475 dolarů**.



WONCA 2013 PRAGUE

20th World Conference

25–29 June 2013

Prague, Czech Republic

Český praktický lékař může přispět **marketingu** konference při kontaktu s kolegy kdekoli ve světě. Nejvíce ovšem pomůže konferenci svoji **účastí**, ať už aktivní nebo pasivní. Kdo se chystá na konferenci, měl by také plánovat **Běh Vyšehradem**, ve čtvrtek ráno. Tam bude příležitost demonstrovat zahraničním kolegům i mediím naši aktivitu a vztah k prevenci. Velmi doporučuji a vyzývám k účasti na **Českém večeru** na Žofíně, protože Český večer bez Čechů by nebylo to pravé.

Česká republika patří mezi vyspělé a bohaté země. Je dobrým zvykem, že kolegové z takových zemí obvykle nabídnou pomoc a přispějí na podporu účasti zejména mladých praktických lékařů z rozvojových zemí formou **grantů** (bursaries). Naším cílem je získat prostředky na podporu několika kolegů ze zemí Afriky, Asie nebo jižní Ameriky. Pokud Vás tato myšlenka zaujala, můžete přispět do 31. ledna 2013 formou daru na účet ČLS JEP 500 613 617/0300, variabilní symbol 2513001. Způsob využití daru bude zveřejněn v Practicusu.

Pražští lékaři mohou podpořit mladé lékaře z jiných kontinentů např. **nabídkou ubytování** v soukromí na dobu konference. Je také obvyklé, že praktičtí lékaři z konferenčního města nabídnou své **praxe k návštěvě**. Organizační výbor hledá další způsoby, jak co nejlépe prezentovat české praktické lékařství na světové konferenci. Jedním z nápadů je **prezentace fotografií** ze všeobecných praxí z celé republiky v přestávkách na panelech nebo promítacích plátnech v sálech.

Prosím všechny, které tyto výzvy zaujaly nebo mají otázky, aby kontaktovali sekretariát konference wonca2013@guarant.cz nebo předsedu organizačního výboru seifert@terminal.cz. Na stejné adresy lze zasílat i fotografie v digitální podobě s označením místa a kontaktem.

Zapsal Bohumil Seifert
Předseda organizačního výboru
konference WONCA 2013

ANKETA

z XXXI. výroční konference SVL ČLS JEP Karlovy Vary, 7.-11. 11. 2012

Odpovědi na dotazy:

- 1. Jak hodnotíte poslední Výroční konferenci SVL v Karlových Varech 2012?**
- 2. Co Vás osobně nejvíce zaujalo v odborném programu této konference?**

Organizace a odborná úroveň jako vždy vynikající. I potleskem "na scéně" byla odměněna přednáška o nejčastějších chybách a mýtech u diabetu. Dále, jako vždy, vynikající přednáška o hypertenzi. Jediná negativní připomínka - ač konference pro praktiky, bylo málo času na praktické připomínky a dotazy a naopak místy bylo až moc statistiky a diagramů.

MUDr. Václav Hejda

Hodnocení konference Karlovy Vary je výborné, organizace, vždy dodržení časových limitů přednášek, výběr témat přednášek, výběr přednášejících, vše na jedničku. Nemám žádnou výtku. Velmi se mně to líbilo.

MUDr. Věra Musilová

Výroční konference ve Varech byla jako vždy úžasná. Vždy se na tyto konference těším a užívám si to. Nemělo to chybu. Z odborných programů mne zaujala přednáška z neurologie, urologie, pak cvičení s firmou Hartmann. Dále hypertenze a kardiovaskulární prevence. Také prezentace firem byla perfektní. Chci velice poděkovat za přípravu.

MUDr. Ivona Menšíková

Konference byla nabitá informacemi, přednášející vesměs erudovaní, struční a výstižní, všechno mělo spád, výbornou organizaci a přitom program široký záběr. Zaujal mě přehled novinek v kardiologii a antihypertenzní terapii. Díky za něj.

MUDr. Jana Svobodová

Musím konstatovat, že úroveň Výročních konferencí SVL se neustále zvyšuje a čím dál více se na ně těším. Já prahnu po veškerých aktualizacích lege artis postupů, takže naprostá spokojenost.

MUDr. Jan Svoboda

Odborný program byl pro mne přínosem, organizace perfektní, jen mne mrzí, že přednáška z akutní medicíny bývá úplně na konci kongresu. Jsem z Ostravy a odjíždím domů kolem 10. hodiny dopoledne, takže jsem o ni přišla. Jinak však dávám jen samé plus.

MUDr. Dagmar Řehořová

Konferenci hodnotím na výbornou. Celý program byl dobře sestaven.

MUDr. Rostislav Koňářik

XXXII. výroční konferenci v Karlových Varech hodnotím velmi pozitivně po stránce obsahové, organizační i společenské. Úsilí a práce organizátorů se zcela jasně realizovala ve výběru odborných témat, přednášejících, moderátorů jednotlivých bloků, konferenčního areálu i společenských aktivit. Snad jediný negativní postřeh, který ovšem organizátoři mohli ovlivnit jen stěží - nedostatek parkovacích míst v bezprostřední blízkosti hotelu Thermal.

Nejvíce mě zajímala témata, terým se sám ve své ordinaci intenzivně věnuji - metabolický syndrom (DM/dyslipidémie). Zaujala mě přednáška prof. M. Součka, kardiovaskulární prevence I. a II. (přehledný doporučený postup doc. S. Býmy), hypertenze a z oblasti prevence pak očkování, a to jak DP, tak praktický dopad nových DP v ordinaci dr. C. Muchy.

MUDr. Oto Košta, Ph.D.

Kvalita proti jiným ročníkům v K.V. výrazně lepší, vhodný byl velký sál, vylepšila se i kvalita kateringových služeb.

Zvláště mě zaujala přednáška MUDr. Matoulka a MUDr. Muchy.

Při občerstvení bych ještě uvítal "zdravou výživu - třeba jen ovoce, zeleninu a nějaké pečivo. Obědy byly jinak dobré.

MUDr. Tomáš Koudelka

Dobrý den, připojuji se do skupiny spokojených účastníků konference. Celkově spokojených..... kromě výběru divadelního představení, což samozřejmě nekazí dojem z dobře organizovaného odborného programu.

Mne zajímaly přednášky o diabetu, kladně hodnotím i výstavu firem na toto téma - nové glukometry, ukázky léků...

MUDr. Palmašová

Úroveň konference byla vysoká, přednášky byly aktuální a použitelné v praxi.

Pro mě nejpřínosnější byly části psychiatrické a neurologické. Velmi přehledné též přednášky o diabetu.

MUDr. Irena Pokorná

Konferenci hodnotím jako standardní, dobře organizovanou a dobrým průběhem.

Nejlépe hodnotím flebologii doc. Karetové.

MUDr. Josef Štolfa

Konference včetně přehlídky firem byla přínosná. Nejzajímavější byl sobotní program.

MUDr. Anežka Novotná

Myslím, že nejaktuálnější téma je t. č. diabetologie pro praktické lékaře, ale zaujala mě nejvíce přednáška o koenzymu Q 10. Celkově hodnotím kongres kladně.

MUDr. Hana Papřoková

Jako vždy jsem velmi spokojena. Budu-li konkrétní, pak poznamenáno mám:

- Onkologičtí nemocní v katabolismu potřebují až 2 g bílkovin/kg váhy a den, tedy 70 dkg masa nebo 2 kg tvarohu nebo 24 vajec u průměrně 80 kg vážícího nemocného (a je tedy jasné, že sippingy jsou nenahraditelné).
- Megace má plný efekt až za 3 měsíce.
- U seniorů není vhodný moxonidin a rilmedin, snažit se snížit dávky zolpidemu na 5 mg.
- Z přednášky dr. Matoulka sice nemám poznamenáno nic, ale věta: "Nemůžu chtít, aby se pacientova fyzická aktivita řídila tepovou frekvencí, když někteří mají tachykardii jen když se zmíním, že by se měli začít více hýbat", se mi vryla do paměti. Samozřejmě to zlehčuji, za zmínku by toho stálo více, ale jsem vždy ráda, když se dozvím něco co prakticky využiji.

Zuzana Holcová, Rychnov nad Kněžnou

Konference se mi velice líbila, odborně byla jistě na vysoké úrovni. Nejvíce mě zaujalo téma diabetu.

MUDr. Štěpán Nováček

Byla jsem na konferenci po 6 letech a byla jsem moc spokojena s místem konference - nový sál, kde jsem byla poprvé, perfektní byla organizace konference, výstava firem, na úrovni byla možnost obědů v restauraci. Byl trochu problém v rezervaci vstupenek na společenské programy večer.

Pro mě byl nejzajímavější program v sobotu dopoledne, dost praktický pro praktického lékaře.

MUDr. Lidmila Pospíšilová

Uvedu spíše mírňoučkou kritiku

Chápu, že zájem PL je obrovský, ale asi je těch účastníků až moc..., ale to samozřejmě není nic pro vás negativního. Asi to byla dosti složitá organizační záležitost - tedy pro vás určitě pochvala.

Spíše jen postrádám přednášky známých kapacit a "neochotných" přednášejících, které kdysi dříve byly běžné. Nyní v drtivé většině vidíme už jen ochočené a cvičené (moc se tomu nedivím) řečníky. A naopak skoro více se mi líbily přednášky některých zástupců PL jmenovitě např. dr. Igora Karena - pohled z praxe a pro praxi - ale zase na to měl málo času. Některé "statistické" přednášky bohužel vyloženě nudily. Zdraví a za upřímnost se omlouvá

MUDr. Pavel Audy

Konferenci hodnotím kladně. Odborný program byl vcelku vyvážený, na můj vkus tam bylo trochu více všude opakované kardiologie na úkor jiných, "okrajových" oborů, ale to je bohužel trend současné doby. Kulturní program hodnotím taktéž

kladně a těším se na další ročník.

Osobně mě nejvíce zaujala kasuistika o černém kašli a přednáška Od ohledání k soudní problematice.

MUDr. Václav Brejník

Konference SVL v Karlových Varech byla tento rok skvělá, odborný program výborný, odpovídal potřebám PL - nejen nové informace, ale i praktické rady, opravdu se povedla!

MUDr. Růžena Hárová

Opět velmi přínosné, témata byla vybrána aktuální, s možnostmi jejich uplatnění do praxe, zázemí kongresu velmi příjemné. Zajímala mě především onkologická témata a to hlavně výživa onkologických pacientů, na což se v praxi velmi často zapomíná.

MUDr. Petra Mestická

Konference měla standardně dobrý odborný program. Hodnotit si dovoluji sobotní program, který se bohužel tradičně tématy, která nejsou dostatečně atraktivní firemně, dostává neprávem do pozadí (tím nechci zmiňovat blok onkologické problematiky). Zde na prvním místě vyzdvihnou excelentní přednášku soudního lékařství: problematika prohlídky mrtvého na místě činu.

Naopak jsem byl zaskočen blokem, který se zabýval problematikou farmakologie ve stáří, namísto jasných doporučení a konkrétních informací jsme slyšeli odkazy na literaturu a na studie (jistě také důležitá součást) a slyšeli jsem fakta, která hovořila o preskripci ze strany všeobecných praktických lékařů směrem ke geriatrickým pacientům, ale fakta byla nepřesná, několik let stará a byla bez znalostí aktuální problematiky nejen vycházející z doporučených postupů, ale i legislativy (tedy omezení nebo preskripční omezení ze strany ZP), škoda, takže vlastně konkrétní data a fakta o preskripci směřované na geriatrického pacienta jsem se dozvěděl až doma, když jsem si stáhnul na internetu z archivu odkazovaný článek v Praktickém lékaři, škoda dvakrát, neboť na článku a na podkladech se podíleli i lékaři - praktici (Ústav všeobecného lékařství 1. LF UK). Myslím si také, že téma výživy u onkologického pacienta bylo zajímavé, ale budeme se muset k němu jistě vrátit. Byl jsem aktivní účastník bloku věnovaného problematice výživy nejen onkologických pacientů, konaného v Praze v říjnu t.r., ukazuje se, že se jedná o velmi rozsáhlé téma, zde na konferenci v Karlových Varech bylo z tohoto pohledu (mého pohledu, který měl možnost srovnat) jen lehce načrtnuto. Doporučené postupy výživy a podpory výživy u onkologického pacienta byly tak trochu macešsky odsunuty na okraj ve své konkretizované podobě. A to vidím jako hlavní úskalí: přednášky jsou koncipovány jako přehledové, a bohužel tím mnohdy jsou obětovány například výčtu studií a EBM a méně směřují k praktickým doporučením a jasným klinickým návodům.

MUDr. Bohumil Skála, Ph.D.

Konference SVL v Karlových Varech byla tento rok skvělá, odborný program výborný, odpovídal potřebám PL - nejen nové informace, ale i praktické rady, opravdu se povedla!

MUDr. R. Hárová

Akreditované praxe

Doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D.
akreditační komise MZ ČR pro VPL

Informace pro držitele akreditace pro vzdělávání v oboru Všeobecné praktické lékařství ve smyslu §15 zákona č.95/2004 Sb. o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k oprávnění k uskutečňování vzdělávacího programu specializačního vzdělávání nebo doplňující odborné praxe.

Vážené kolegyně, vážení kolegové,
potřeba školicích praxí v našem oboru je v současné době i do budoucna enormní, a to ve všech regionech České republiky. Probíhá generační obměna praktických lékařů a vztah školitel - školenec je v mnoha případech také vehikulem pro předání praxe. Akreditace je podmínkou žádosti o rezidenční místo.

K 1. prosinci 2012 bylo v ČR akreditováno **1105 pracovišť** oboru všeobecného praktického lékařství. Z nich 99 pracovišť je akreditováno pouze na část vzdělávacího programu, zajišťovanou všeobecným praktickým lékařem. Z příloženého obrázku vyplývá, že akreditovaná pracoviště jsou ve všech krajích republiky. Vedle Prahy (132 akreditovaných zařízení) dominuje Jihomoravský kraj se 175 akreditacemi. Obecně Morava má uspokojivé školicí zázemí, zatímco v některých českých krajích je motivace k získání akreditace nižší. Počtům a rozložení akreditací zhruba odpovídá zájem školenců o rezidenční místa v jednotlivých krajích v posledních letech.

Akreditační komise MZ ČR pro obor všeobecného lékařství si váží zájmu o akreditaci a zejména těch lékařů, kteří na sebe vzali nebo vezmou břímě rezidenčního místa.

V roce 2013 skončí některým zdravotnickým zařízením, poskytujícím vzdělávání v oboru všeobecné praktické lékařství, platnost akreditace. Vzhledem k tomu, že délka platnosti akreditace se několikrát měnila, přikládám níže orientační tabulku.

Rok udělení akreditace	Délka platnosti akreditace	Datum ukončení akreditace
2006	10 let	2016
2007	6 let	2013
2008	6 let	2014
2009	5 let	2014
2010	6 let	2015
2011	6 let	2016
2012	6 let	2017

Jak je patrné, aktuální prodloužení akreditace se týká lékařů, kteří získali akreditaci v roce 2007. Celkově se jedná o zhruba 70 akreditovaných zařízení.

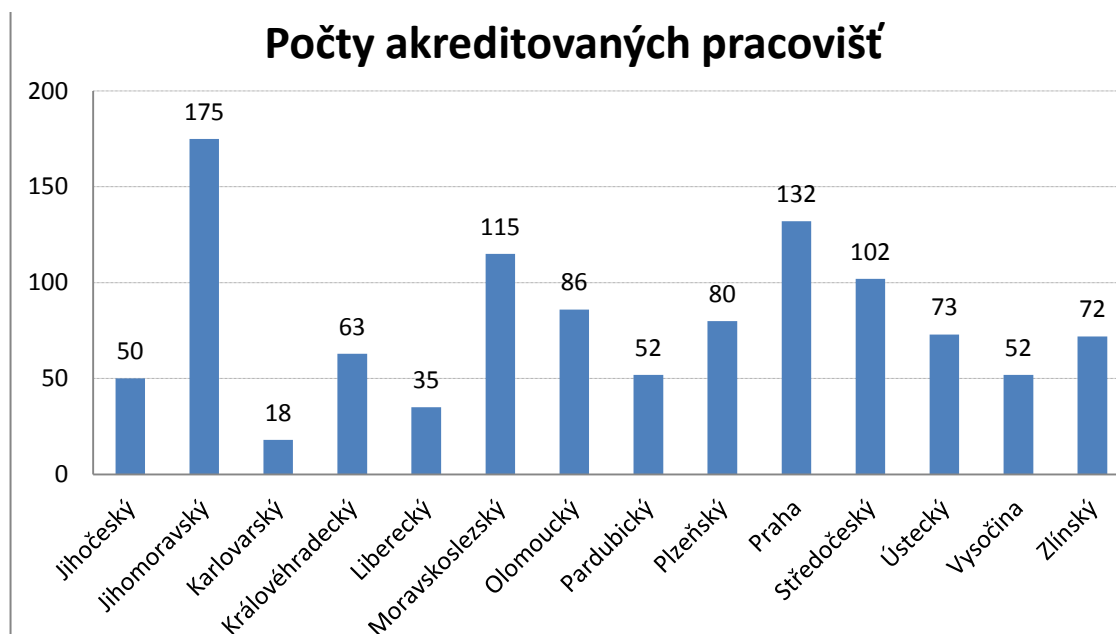
Prodloužení akreditace provází stejný proces jako při udělení. Lékař ovšem nemusí dokládat náležitosti, které jsou součástí předchozí žádosti (např. kopie diplomu apod.).

Písemnou žádost o udělení nebo prodloužení akreditace předkládá ministerstvu zdravotnické zařízení nebo jiná fyzická nebo právnická osoba, která chce poskytovat specializační vzdělávání, doplňující odbornou praxi nebo certifikovaný kurz. Žádost s podpisem žadatele o akreditaci, a je-li jím právnická osoba, s podpisem jejího statutárního orgánu se předkládá ministerstvu ve trojím písemném vyhotovení. Současně je nutno zaslat žádost i v elektronické podobě (CD). (podle ustanovení § 14 zákona č. 95/2004 Sb.). Žádost o udělení/prodloužení akreditace k uskutečňování vzdělávacího programu se zasílá na adresu MZ ČR.

Vzhledem k zákonným lhůtám doporučuji požádat raději s půlročním předstihem.

O přidělení rezidenčních míst pro vzdělávání v oboru všeobecné praktické lékařství a podmínkách dotace rozhodne MZ ČR do konce roku 2012. Sledujte webovské stránky MZ ČR a www.svl.cz.

Obrázek č. 1 : Počty akreditovaných pracovišť oboru všeobecné praktické lékařství k 1.12.2012



Eutanazie- pro a proti

Zpráva z Mezinárodní symposium České lékařské komory Etika a komunikace v medicíně

MUDr. Zuzana Miškovská, PhD.

Dne 28. 11. 2012 se konalo v pražském kongresovém centru U Hájků **2. Mezinárodní symposium České lékařské komory Etika a komunikace v medicíně- Eutanazie - pro a proti.**

Akce byla otevřena všem zdravotnickým a pomáhajícím profesím a k problematice eutanazie se vyjádřili lékaři, sestry, filosofové, duchovní i právníci.

V úvodu zaznělo, že lidský život je struna napjatá mezi narozením a smrtí a naším úkolem je ji dobře ladit.

Prezident ČLK Kubek ve své zdravici uvedl, že osobně je proti eutanazii, že naším úkolem je poskytovat takovou péči, aby eutanazii nikdo nechtěl. Též zpochybnil význam „dříve vysloveného přání“, s tím, že přání člověk v průběhu života mění - průzkumy ukázaly, že eutanazii vítají mladí lidé, kteří ještě nic nezažili, zatímco mezi staršími nemocnými procento příznivců klesá.

Prof. Haškovcová uvedla, že v diskusích na toto téma jistě zazní mnoho argumentů pro i mnoho argumentů proti, ale je těžké hledat toho arbitra, který by určil, kdo má pravdu. V současné společnosti se jeví jako hlavní priorita svobodné rozhodnutí člověka, ale na druhé straně moderní věda dokáže „zadržet smrt“ a místo eutanazie v původním slova smyslu (= dobrá smrt) na nemocné čeká dystanazie (nepohodlná a obtížná smrt). Lidé chtějí žít stále zdraví a mladí, neumí žít s hendikepem. Převládá vypjatý (výkonnostní) individualismus, ale umírání je sociální akt (působí na rodinu, pracovní kolektiv atd.), takže se modernímu člověku nehodí. Proto ta otevřená otázka umírání a eutanazie. Uvedla, že právo je jen minimum morálky. A vybojované právo (např. na asistovanou sebevraždu) se lehko stane povinností. Jak budou potom v pracovněprávních vztazích hodnoceni lékaři, kteří odmítnou vraždit? Dříve byl na nemocného 1 lékař, se svým 1 svědomím, nyní je vše týmová práce a pocit zodpovědnosti i zodpovědnost sama se drolí.

Prof. Munzarová zahájila své vystoupení oznámením, že německá lékařská komora se omluvila obětem a pozůstalým za eugenické vraždy ve 30.-40. letech minulého století. Ve vystoupeních dalších řečníků vyplynulo, že vraždy vykonávali lékaři a zdravotní sestry, že označování obětí také prováděli lékaři, a vytipovávání obětí probíhalo několik let předem, na základě centrálních registrů opakově a dlouhodobě práce neschopných obyvatel Německa. Pozor na centrální registry - zaznělo v diskusi. Prof. Munzarová uvedla, že v Holandsku, kde je eutanazie částečně dekriminalizována, jsou velice špatné zkušenosti: za 20 let zemřelo tímto způsobem několik desítek tisíc lidí, a tato cesta nevedla ke zlepšení péče o umírající, ale k pokřivenému svědomí lékařů. (Další řečníci uvedli, že u celého jednoho tisíce eutanazovaných nemocných nebyla splněna základní podmínka eutanazie=přání nemocného!)

V Holandsku mají vypracovaný systém pro potencionální oběti eutanazie - řídí se předem vysloveným přáním, ale nikdo již v konkrétní situaci neověřuje, zda si to nemocný nerozmyslel. Poté je nemocný anonymizován do čísla. A zemí potom projíždějí týmy a nabízejí výhodné smlouvy na provedení eutanazie. V Belgii existuje „Integrální paliativní péče“, kde je součástí vzdělávání i výuka techniky eutanazie. Jak to, že tamní lékaře kultura neochránila? Protože kultura je moudrost a zároveň mravnost!

Doc. Bojar nazval svůj příspěvek „Eutanazie a anomie“ a zdůraznil, že umírání a smrt je vždy obrazem celé společnosti - tak, jako se ještě ve středověku promítaly do společenských zvyků spojených se smrtí a pohřbem pohanské rituály, tak se nyní promítá do problematiky umírání nemravnost celé společnosti.

Plyně navázal **MUDr. Honzák**: postoj společnosti ke smrti se řídí postojem elity a lékaři mezi elitu jistě patří. Jenže naše česká elita je devastována emigracemi a nucenými pracemi, a naši nejlepší lékaři neumí vysvětlit, kde vzali peníze na vysokohorskou turistiku, proč se angažovali v totalitních stranách, atd., atd. Prevencí eutanazie je empatie, my ale nabízíme kompatii.

Doc. Drábková probírala kazuistiku z praxe: alespoň částečné uzdravených, ale spokojených pacientů.

Prof. Klener zdůraznil, že základem utrpení není jen bolest a tělesný hendikep, ale především sociální a spirituální dysfunkce nemocného - pocity opuštěnosti, osamělosti, nepotřebnosti a neužitečnosti.

V diskusi i dalších příspěvcích (**MUDr. Kalvínská**) pak opakovaně zaznělo, že je zapotřebí naučit se paliativní péči: naslouchat umírajícím, pokusit se plnit poslední přání, umožnit smíření se sám se sebou, s okolím, narovnat mezilidské vztahy (i třeba svatby v nemocnici).

Z právního hlediska (Mach, Peterková, Prudil) je nutné si uvědomit, že eutanazie je v ČR vražda s vysokou trestní sazbou a nezabránění trestnému činu a/nebo jeho neohlášení je také trestný čin.

V Evropě není eutanazie přímo legalizována, je jen za určitých podmínek dekriminalizována. V Holandsku hlášení a dokazování splnění těchto podmínek provádí sám lékař, který vraždu - eutanazii spáchal a státní zástupce rozhoduje o případném zastavení trestního řízení. Z Listiny práv a svobod a rozhodnutí Evropského soudu pro lidská práva vyplývá, že právo na život je sice stále platné, ale není to zároveň i právo na smrt, jakožto součást života.

Nejčastější mononeuropatie

Prof. MUDr. Zdeněk Ambler, DrSc.

Neurologická klinika LF UK a FN, Plzeň



Mononeuropatie je obecný termín pro poruchu jednoho periferního nervu.

Pro správnou diagnózu je nezbytná dobrá znalost základní neuroanatomie a fyziologie. Subjektivní i objektivní příznaky u postiženého pacienta typicky spadají do distribuce jednoho periferního nervu. Mononeuropatie může být důsledkem vnitřní komprese v predisponované úžině jako u syndromu karpálního tunelu, ulnární neuropatie při kompresi v lokti nebo komprese n. peroneus za hlavičkou fibuly. Další možnosti jsou vnější léze, buď přímé trauma nebo déletrvající zevní komprese např. léze n. radialis v oblasti jeho sulků na paži. Méně často může být mononeuropatie i první manifestací systémového onemocnění u multifokální polyneuropatie. Podle příčiny může být začátek akutní i pozvolný. Fokální periferní neuropatie jsou důležité, protože jsou relativně časté a často léčitelné. V prezentované práci jsou uvedeny hlavní klinické projevy, etiologie a patogeneze nejčastěji postižených nervů horních (první část) a dolních končetin (druhá část).

Neuropatie je obecný termín pro poruchy periferních nervů. Dělíme je na **mononeuropatie**, kdy je postižen jen jeden periferní nerv a **polyneuropatie**, kdy je postižení vícečetné (1-5).

Příčiny mononeuropatií jsou hlavně mechanické, **traumata**, která dělíme na:

a) **Otevřená** - řezná a tržně zhmožděná poranění, kdy dochází často k úplnému nebo částečnému přerušení nervu.

U každého otevřeného poranění je proto nutné testovat funkci nervů! (6)

a) **Uzavřená**. Při **trakčních** poraněních nadměrným natažením nervu dojde k přetržení části axonů a poškození cévního zásobení. Druhým častým mechanismem je **komprese** nervu, kdy se poškodí především myelinová pochva a druhotně i axony. Komprese může být **vnější**, kdy nerv, který je povrchně lokalizován, je komprimován proti tvrdému podkladu (většinou kosti - např. n. peroneus v krajině hlavičky fibuly, n. radialis na paži) nebo **vnitřní**, kdy nerv probíhá ve fyziologické, anatomicky predisponované úžině, ve které dojde k jeho útlaku (např. n. medianus v karpálním tunelu). Jde o tzv. úžinové nebo tunelové syndromy.

Samostatně je třeba zmínit možnost perioperačních lézí. Mezi možné příčiny patří hlavně trakce, komprese, ischémie i přímé trauma např. při sutuře (zavzetí nervu do stehu).

I. část: Nejčastější mononeuropatie horních končetin

N. accessorius

N. accessorius patří mezi hlavové nervy (n. XI.), ale je důležitým nervem krční krajiny. V trigonum colli laterale je kryt jen podkožím, m. platysma a povrchní fascií (obr. 1). Jeho motorická větev obsahuje vlákna ze spinální části nervu (C1-5) a spolu s cervikálním plexem inervuje kývač (m. sternocleidomastoideus) a m. trapezius. K jeho poranění dochází často iatrogeně při exstirpaci lymfatických uzlin na krku (blokových resekci u malignit, ale i probatorních biopsií), někdy i po karotické endarterektomii, koronárním bypassu nebo i kanylaci jugulární žíly. Kývač bývá obvykle při tomto mechanismu ušetřen a dochází jen k postižení trapezu. Někdy bývají bolesti kolem ramene.

Klinicky se léze n. accessorius projeví poklesem ramene, je oslabeno jeho zvedání proti odporu, odstává horní část

lopatky (částečná scapula alata - u parézy serratus anterior odstává hlavně dolní část). Je vychudlá nadklíčková jamka pro atrofii horní části trapezu. Při jednostranném postižení sternokleidomastoideu někdy vážně otáčení hlavy na nepostiženou stranu. Při anamnéze chirurgického zákroku je vždy indikována včasná neurochirurgická revize a při mikrochirurgickém ošetření jsou výsledky výborné.

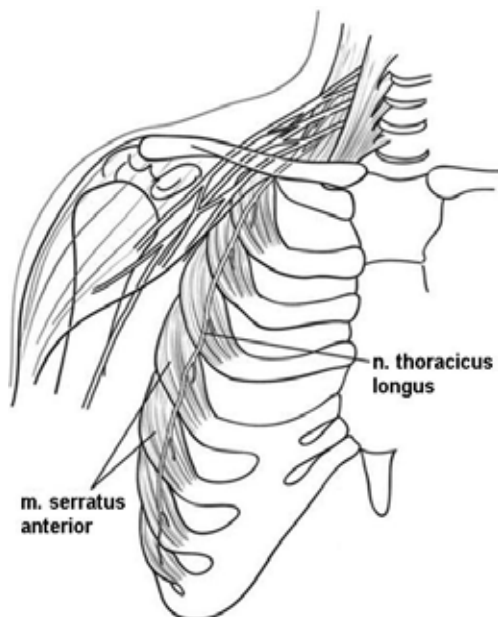
Obr. 1: N. accessorius v trigonum colli laterale



N. thoracicus longus

N. thoracicus longus je tvořen kořeny C5-7, probíhá poměrně povrchně na laterální stěně hrudníku - přibližně ve střední axilární čáře - (obr. 2) a inervuje m. serratus anterior. Při jeho lézi je lopatka v klidovém postavení blíže k páteři, mediální okraj a zejména dolní úhel lopatky odstává. V předpažení, a zejména při opření horních končetin (HK) o stěnu vstojе se toto odstávání zvýrazní - vzniká scapula alata (obr. 3). Někdy bývají bolesti kolem ramene a vážně i plná elevace HK do vertikály. K poranění nervu dochází zevní kompresí - úderý na rameno nebo laterální stěnu hrudníku, komprese hranou opěradla židle nebo křesla, zejména při usnutí v opilosti, při operacích v celkové anestézii v poloze na boku. Při některých sportech s použitím velké síly v ramenním pletenci může dojít k lézi trakčním mechanismem (tenis, košíková, veslování). Z netraumatických příčin může být postižen u idiopatické neuropatie brachiálního plexu.

Obr. 2: Průběh n. thoracicus longus



Obr. 3: Scapula alata při lézi n. thoracicus longus



N. axillaris

N. axillaris (C5-6) obtáčí chirurgický krček humeru a dostává se pod m. deltoideus, který spolu s m. teres minor inervuje. Léze se projeví parézou deltoideu, v různé míře vážné abdukce a elevace paže, hlavně nad 90°, a deltoideus atrofuje. Příčinou jsou hlavně traumata, luxace a fraktury humeru, pád nebo zevní náraz na rameno.

Diferenciálně diagnosticky je důležité odlišit postižení n. axillaris od traumatických, ale i jiných bolestivých afekcí v oblasti ramenního kloubu (impingement ramene, adhezivní kapsulitida, postižení společné šlachy rotátorů ramene, cervikobrachiální syndrom), kdy mohou být i reflexní svalové atrofie. U postižení kloubu dominuje především bolest při aktivním i pasivním pohybu, často tzv. „bolestivý oblouk“ (painful arc) při abdukci mezi 60-120° a bolestivá zevní rotace. Je třeba rozlišit, zda jde o inhibici pohybu v důsledku bolesti nebo skutečnou slabost. U postižení ramene je i pasivní hybnost omezena, u parézy deltoideu je pasivní pohyb většinou nebolestivý.

N. radialis

N. radialis (C5-7, hlavně C7) probíhá na laterální straně paže, kde se přikládá ke kosti (spirálovitý sulcus n. radialis na laterální straně humeru). Vysílá zde kožní větev pro dorzální část paže (n. cutaneus brachii dorsalis) a motorickou větev pro m. triceps, distálněji kožní větev pro předloktí (n. cutaneus antebrachii posterior), v nekonstantní výši větev pro m. brachioradialis a extensor carpi radialis (obr. 4). Ve výši radiálního epikondylu se dělí na **senzitivní r. superficialis** pro dorzální kvadrant ruky a **motorický r. profundus** (n. interosseus posterior) pro m. supinator a extensory ruky a prstů. N. radialis ovládá motoricky extenzi lokte, extenzi zápěstí a prstů v metakarpofalangeálních (MP) kloubech a extenzi a abdukci palce. **Neinervuje svaly extenzující 2.-5. prst v interfalangeálních (IP) kloubech** (tuto inervaci zajišťují mm. interossei a lumbricales - n. ulnaris a medianus).

Klinický obraz parézy n. radialis je typický: je oslabena nebo vážně dorzální flexe ruky, která přepadá volárně, vážně extenze prstů, extenze a abdukce palce, při pokusu o intenzivní sevření ruky v pěst dochází současně k flexi zápěstí (nesvede boxerské postavení).

Při samostatné lézi jen r. profundus - uvádí se obvykle jako léze n. interosseus antebrachii posterior) je omezena jen extenze prstů (obr. 5).

Z funkčních testů jsou nejvýznamnější ty, které jsou zaměřeny na distální inervační oblasti, které jsou vždy postiženy (obr. 6):

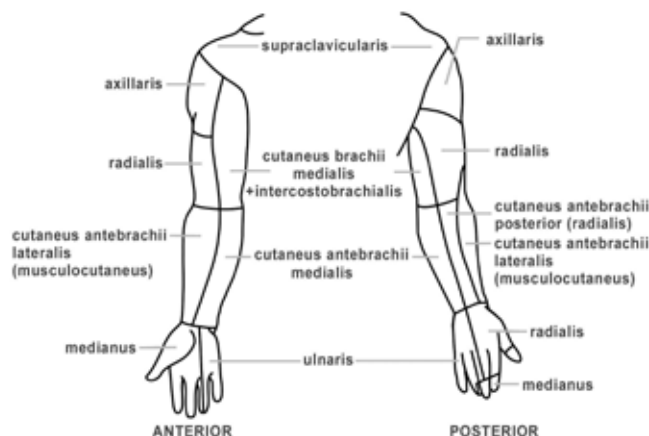
- je oslabena nebo vážně současná extenze a abdukce palce ve všech kloubech
- je oslabena nebo vážně extenze v MP kloubech 2.-5. prstu při maximální flexi v IP kloubech

Příčiny léze n. radialis jsou nejčastěji tlakové nebo traumatické. Při lézi v oblasti axily a horní části paže dojde i k postižení tricepsu a je oslabena extenze v lokti.

Ke kompresi může dojít při nesprávném používání vysokých berlí (většinou je však současně komprimován a postižen i n. ulnaris a medianus). Častější jsou léze v oblasti paže v krajině sulcus n. radialis, kdy již k postižení tricepsu nedochází a jsou postiženy jen extenzory ruky a prstů. Mechanismus léze je často kompresivní - tlak na nerv proti humeru, ke kterému může dojít ve spánku, zejména při velké únavě, po konzumaci většího množství alkoholu, tlakem okraje lavičky nebo hrany postele.

Kompresivní neuropatie mají většinou dobrou prognózu. Časté je poranění n. radialis při zlomeninách diafýzy humeru. Nerv může být poškozen při vlastním traumatu (trakce při dislokaci, zhmoždění, poškození úlomky), ale i při repozici nebo následné operaci.

Obr. 4: Senzitivní inervace horní končetiny - areae nervinae



Obr. 5: Léze r. profundus n. radialis - oslabení extenze prstů



N. ulnaris

N. ulnaris (C8-Th1, někdy též C7) probíhá na vnitřní straně paže, sestupuje na dorzální stranu mediálního epikondylu humeru, kde v sulcus nervi ulnaris leží velmi povrchně, jen mezi kůží a kostí. Fyziologickou úžinu - **kubitální tunel** - tvoří horní část svalového břicha a aponeuróza (retinaculum) m. flexor carpi ulnaris 1-2 cm pod ulnárním epikondylem a při flexi v lokti dochází k jejímu zmenšení. Na předloktí je dobře kryt svalovou vrstvou, ve výši zápěstí je uložen opět povrchně, ulnárně od a. ulnaris a vedle

os pisiforme (Guyonův kanál), ve dlani probíhá obloukem od hypothenaru k thenaru. První **motorické** větve vysílá až ve výši loketního kloubu (m. flexor carpi ulnaris) a na předloktí (ulnární část m. flexor digitorum prof.), ale hlavní motorické větve jsou až na ruce. Zásobuje celý hypothenar, interossei a v thenaru m. adductor pollicis a část krátkého flexoru. Uprostřed nebo v distální části předloktí odstupuje **senzitivní** r. cutaneus palmaris, který zásobuje malý okrsek kůže ulnárně volárně na zápěstí, v dolní třetině předloktí odstupuje r. dorsalis pro senzitivní inervaci dorza ruky a 4. a 5. prstu. Terminální senzitivní větev pro palmární inervaci ruky a prstů odstupuje až ve výši os pisiforme. Motorický význam n. ulnaris je především v kontrole hybnosti prstů.

Klinický obraz parézy n. ulnaris se projeví změnami konfigurace a držení prstů, vzniká drápotivé držení se semiflekčním držením 4. a 5. prstu, malík je v abdukci a je vpadlý první interosseální prostor mezi I. a II. metakarpem, při déletrvajícím lézi je zřetelná atrofie všech interosseálních svalů.

Funkční testy:

- je oslabena nebo vážně abdukce i addukce prstů, dobře to lze vyšetřit např. na malíku, nemocný ho neudrží přitážený ke 4. prstu, vážně dukce (pohyb do stran) 2. nebo 3. prstu (obr. 7)
- nedokáže se dotknout špičkou palce volární plochy MP skloubení malíku. V důsledku oslabení m. adductor pollicis na postižené straně dochází k flexi palce.

Porucha čítí závisí na výškové lokalizaci léze, ulnaris však nezásobuje senzitivně ulnární stranu předloktí (tu zásobuje n. cutaneus antebrachii medialis, což je samostatná větev brachiálního plexu). Nejvýraznější porucha čítí bývá na malíku a distální oblasti hypothenaru.

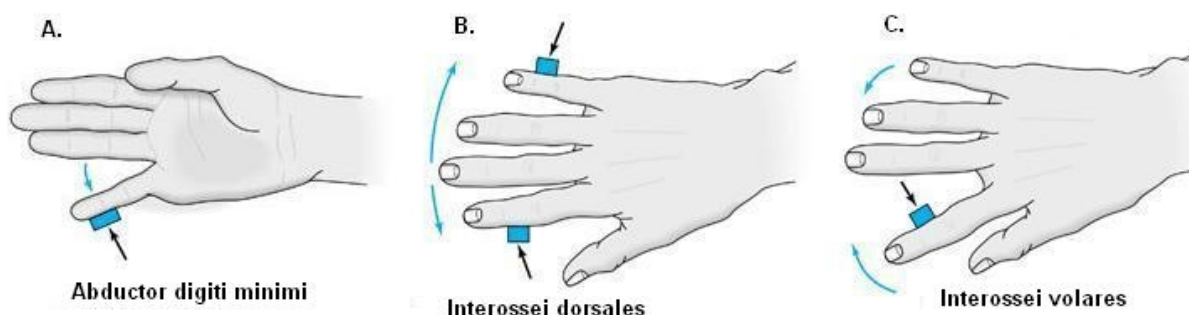
Příčiny léze n. ulnaris. V oblasti axily a horní části paže dochází k lézi vzácně, může dojít ke kompresi (např. vysokými berlemi), ale většinou je postižen i n. medianus a radialis. **Nejčastějším místem léze je oblast lokte.** Při akutním traumatu, zejména dislokujících frakturách a luxacích může být nerv poraněn kompresí nebo trakcí. Obdobně jako u n. radialis může dojít i k poranění peroperačnímu, hlavně při poloze horní končetiny ve flexi v lokti. Někdy též při dlouhodobém upoutání na lůžko nebo u komatózních stavů. Vzácně mohou být příčinou i tumory nervu.

Časté jsou **chronické kompresivní syndromy** v oblasti loketního sulku při deformitách lokte po předchozích úrazech nebo revmatických či artrotických defiguracích kloubu (7). Důležitý je RTG lokte. V oblasti loketního sulku se uplatňuje i zevní komprese při opírání lokte o tvrdou podložku. K úžinovému syndromu dochází obvykle v místě kubitálního tunelu (1-2 cm distálně pod epikondylem - obr. 8), k zevní kompresi naopak ve výši ulnárního epikondylu nebo i lehce proximálně. Příčinou **syndromu kubitálního tunelu** je i chronická mikrotraumatizace při zvýšené námaze v oblasti lokte, zejména forsírované extenzi nebo

Obr. 6: Funkční testy u léze n. radialis a funkce jednotlivých svalů. Oslabená extenze prstů v MP kloubech, oslabená extenze a abdukce palce.

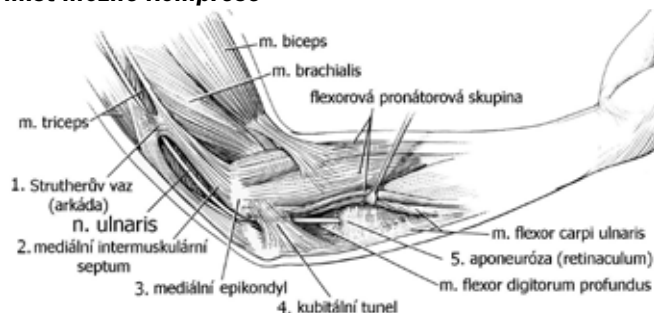


Obr. 7: Funkční testy u léze n. ulnaris a funkce jednotlivých svalů. A, B. Oslabená abdukce malíku i dalších prstů, C. Oslabená addukce prstů.



hyperflexi v lokti. Při flexi v lokti se olekranon posouvá nazad, napíná se aponeurotický začátek m. flexor carpi ulnaris a zmenšuje se objem kubitálního tunelu. Projevuje se nejprve pozitivními senzitivními příznaky, parestéziemi na ulnární straně ruky a ve 4. a 5. prstu. Důležité je vždy palpačně vyšetřit n. ulnaris v loketním sulku, který bývá zduřelý, palpačně citlivý, někdy je pozitivní Tinelův příznak (při poklepu na nervový kmen se vybaví bolest nebo intenzivní parestézie v senzitivní oblasti příslušného nervu). Predispozicí je subluxace nervu, kdy při flexi v lokti lze palpatovat jeho přesmykování přes mediální epikondyl.

Obr. 8: Průběh n. ulnaris v krajině lokte a 5 nejčastějších míst možné komprese



N. medianus

N. medianus (C5-Th1) probíhá na vnitřní straně paže, v oblasti lokte se zanořuje mezi hlavy m. pronator teres, k povrchu se dostává až v oblasti zápěstí, kde je lokalizován v tzv. karpálním tunelu laterálně od šlachy m. palmaris longus a pod retinaculum flexorum (ligamentum carpi transversum). První **motorická** vlákna vydává až v lokti pro m. pronator teres a flexory. Důležitá je samostatná silnější

a pouze motorická větev **n. interosseus anterior** pro m. flexor pollicis longus, radiální část m. flexor dig. profundus (zejména 2. prst) a pronator quadratus. Na zápěstí probíhá nerv těsně pod retinaculum flexorum v canalis carpi. Konečné větévky na dlani inervují většinu thenaru (m. opponens pollicis, abductor pollicis brevis a část m. flexor pollicis brevis) a m. lumbricalis I. a II. Senzitivně inervuje volární radiální část ruky a prstů s hranicí uprostřed 4. prstu a rovněž dorzální část posledních článků 2. a 3. prstu.

Klinický obraz je dán výškou léze, ale motorický význam n. medianus je mnohem menší nežli n. ulnaris nebo n. radialis. Důležité jsou senzitivní poruchy, hypestézie, ale i nepříjemné dysestézie, alodynie, hyperpatie, ale i kauzálgie. Při těžkých lézích dochází k typické atrofii pouze mediánové části thenaru (obr. 9).

Funkční testy:

- je oslabena nebo vážne volární abdukce palce (zvednout extendovaný palec kolmo na rovinu dlaně, jako „komín“);
- citlivý test je spojení špičky palce a malíku; oslabení lze snadno porovnat srovnáním s druhou stranou, když vyšetřující vložením a tahem svého prstu se snaží roztrhnout od sebe spojené prsty pacienta
- je porucha cití volárně i dorzálně na posledních článcích 2. a 3. prstu.

Při vysoké lézi nebo izolovaném postižení n. interosseus anterior vážne flexe posledního článku palce a ukazováku, nemocný nemůže dát k sobě špičky 1. a 2. prstu, nesvede vytvořit kolečko (americké „OK sign“), ale vytváří špetku (jsou k sobě přiložena bříška prstů). Nedaří se mu sebrat ze stolu drobnější předměty 1. a 2. prstem.

Obr. 9: Typická atrofie části thenaru u léze n. medianus vlevo



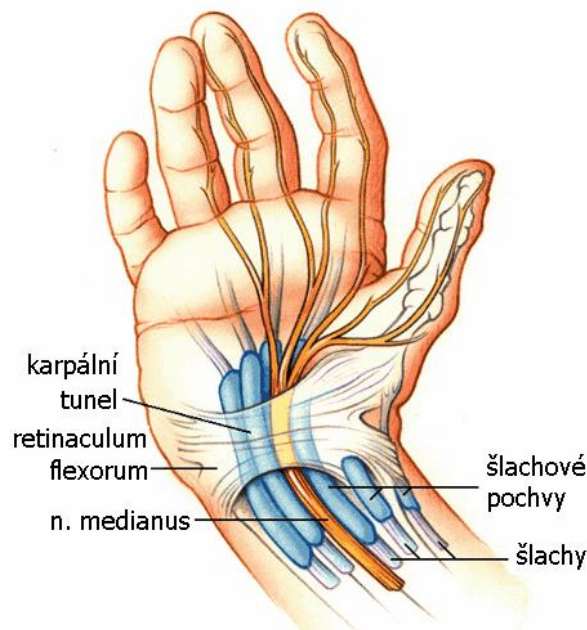
Syndrom karpálního tunelu

Syndrom karpálního tunelu (9, 10), (obr. 10) je nejčastějším úžinovým syndromem s udávanou prevalencí v populaci kolem 5,8 % u žen a 0,6 % u mužů. Ke kompresi mediánu dochází z příčin mechanických - zvýšená námaha nebo chronická mikrotraumatizace při provádění opakovaných flexe a extenze zápěstí, déletrvající napětí šlach flexorů (práce s prsty ve špetce), práce s vibračními nástroji (motorová pila, sbíječka), změny anatomických poměrů, např. po dislokujících zlomeninách (fraktura distální části radia) nebo u revmatických artritid. Uplatňují se i vlivy endokrinní jako těhotenství a klimakterium, vyskytuje se rovněž u hypotyreózy a akromegalie. U diabetiků bývá asi třikrát častěji oproti normální populaci a častější výskyt je i v prediabetických stavech. Doporučuje se proto u idiopatických syndromů karpálního tunelu vyšetřovat alespoň glykémii nalačno nebo lépe orální glukózový toleranční test.

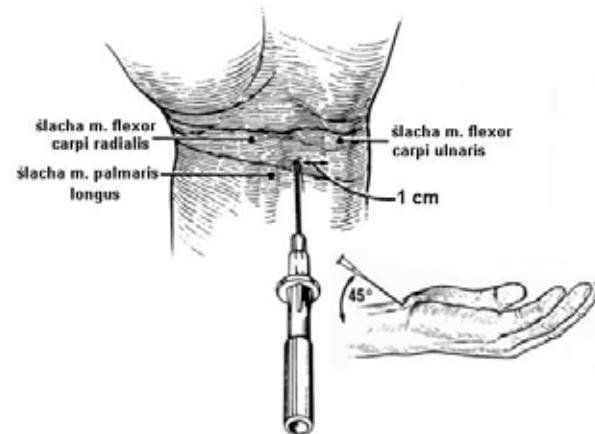
Klinicky **dominují pozitivní senzitivní příznaky**, parestézie, bolesti a dysestézie v ruce a prstech, které jsou **typicky klidové**, mohou se šířit i proximálně, probouzejí nemocné v noci nebo jsou přítomny ráno hned po probuzení. Prsty jsou jakoby ztuhlé, jakmile nemocný vstane, protřepe ruku a rozhýbe prsty, potíže se zmírní. Bolesti se mohou propagovat i proximálně k lokti nebo dokonce až k rameni, nemocný udává neobratnost postižené ruky. Potíže jsou častěji jednostranné, při oboustranném postižení asymetrické, většinou výraznější na dominantní ruce. Objektivní nález bývá zpočátku zcela normální, později lze zjistit poruchy citlivosti v senzitivní zóně mediánu na 2. a 3. prstu i atrofii části thenaru. Lézi potvrdí elektrodiagnostika (EMG), ale u počátečních pouze iritačních forem může být někdy i normální.

Léčebně se jako první volba obvykle doporučuje fixace zápěstí ve střední poloze nebo mírné flexi snímatelnou ortézou (především přes noc). Aplikaci lokálních kortikoidů do karpálního tunelu paraneurálně je možno doporučit u lehčích forem. Důležitá je správná technika, proto je vhodné, aby obštrik vždy prováděl zkušený lékař a varovat je třeba před častějším opakováním obštriků (obr.11). Medikamentózní terapie je většinou bez efektu. Při recidivách nebo těžším nálezu je nutná léčba chirurgická - discise ligamenta a uvolnění nervu. Operační výkony se v současné době již hojně provádějí miniinvasivní nebo endoskopickou technikou.

Obr. 10: N. medianus v krajíně karpálního tunelu



Obr. 11: Aplikace lokálních kortikoidů do karpálního tunelu paraneurálně – ulnárně od šlachy m. palmaris longus



Literatura

1. Ehler E, Ambler Z. Trendy soudobé neurologie a neurochirurgie. Mononeuropatie. Praha: Galén 2002.
2. Fuller G. Focal peripheral neuropathies. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2003;74 (Suppl II):ii20-ii24.
3. Stewart JD. Focal peripheral neuropathies. 4th ed. West Vancouver, B.C. Canada: JBJ Publishing 2010
4. Amato AA, Barohn RJ. Peripheral neuropathy. In: Harrison's Principles of Internal Medicine, 18th ed, New York: McGraw-Hill comp. 2012
5. Overell JR. Peripheral neuropathy: pattern recognition for the pragmatist. Postgrad Med J 2012;88:88-96
6. Sharon I, Fishfeld CI. Acute nerve injury. eMedicine 2011, dostupný na <http://emedicine.medscape.com/article/249621-overview>.
7. Verheyden JR, Palmer AK. Cubital tunnel syndrome. eMedicine 2011, dostupný na <http://emedicine.medscape.com/article/1231663-overview>.
8. Bland JDP. Carpal tunnel syndrome. Curr Opin Neurol 2005;18:581-585.
9. Kurča E. Syndróm karpálneho tunela. Cesk Slov Neurol N 2009;72/105:499-510
10. Meys V, Thissen S, Rozeman S, Beekman R. Prognostic factors in carpal tunnel syndrome treated with a corticosteroid injection. Muscle Nerve 2011;44:763-768

Nejčastější mononeuropatie

Prof. MUDr. Zdeněk Ambler, DrSc.

Neurologická klinika LF UK a FN, Plzeň

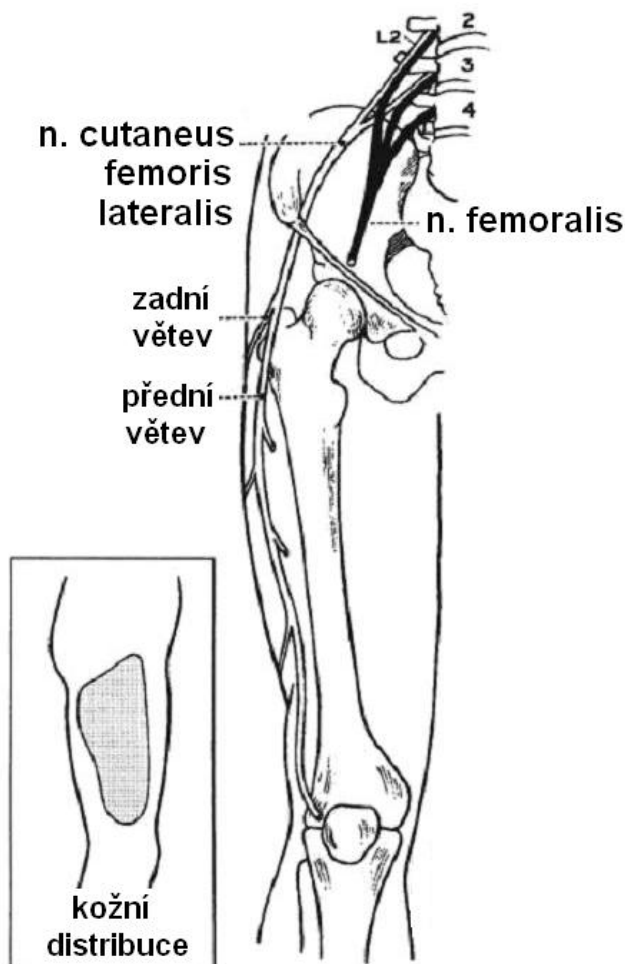
II. část: Nejčastější mononeuropatie dolních končetin

N. cutaneus femoris lateralis

N. cutaneus femoris lateralis je pouze senzitivním nervem pro laterální oblast stehna, probíhá mediálně od spina iliaca anterior pod ligamentum inguinale (obr. 1), kde může být komprimován (jde o úžinový syndrom). Dochází k palčivým bolestem a parestéziím na zevní straně stehna, kde se zjistí i porucha čítí. Syndrom se nazývá **meralgia paresthetica**.

Postižení je častější u obézních, v těhotenství a u diabetiků (1). Incidence u diabetiků je asi 7x vyšší nežli u normální populace a u pacientů s meralgia paresthetica je asi dvakrát vyšší riziko vzniku diabetu. Pro diagnózu postačuje klinické vyšetření s typickou symptomatikou.

Obr.1: Schéma komprese n. cutaneus femoris lateralis



Léčebně se provádějí obstríky lokálními anestetiky nebo kortikoidy (lokální obstrík bupivakainem lze provést i jako diagnostický test), někdy se podávají léky indikované u neuropatických bolestí, při trvání intenzivních potíží chirurgická revize a uvolnění (neurolyza) nervu. Významná je často redukce hmotnosti.

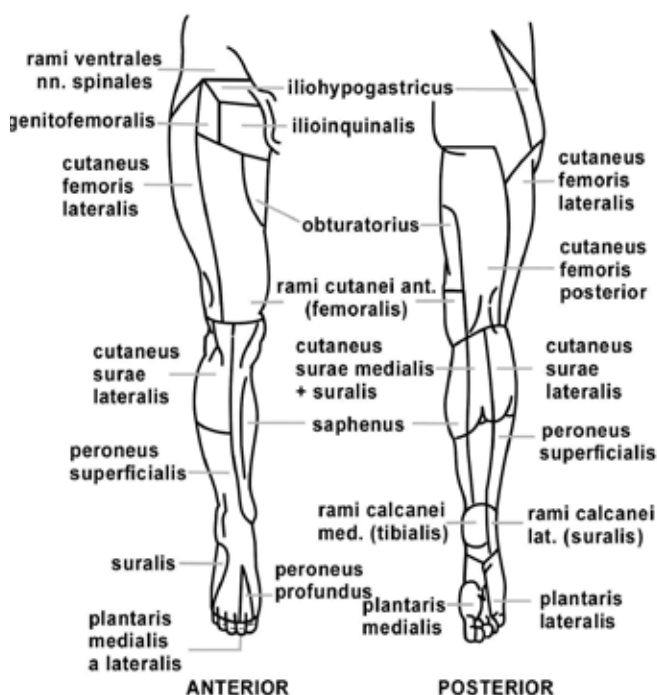
N. femoralis

N. femoralis (L2-4) vydává v pánvi větve pro m. iliopsoas (spolu s přímými větvemi z lumbálního plexu), fyziologickou úžinou je oblast pod lig. inguinale, distálně odstupují větve pro m. sartorius a quadriceps femoris. Senzitivně inervuje přední vnitřní plochu stehna a jeho větev n. saphenus mediální stranu bérce (obr. 2). Motoricky se podílí na flexi stehna v kyčli a zcela zajišťuje extenzi bérce v koleně.

Klinicky se oslabení kvadricepsu projeví potížemi při chůzi do schodů, nemocný nemůže vystoupit na židli, nenastoupí do veřejných dopravních prostředků, při chůzi, zejména se schodů se mu dolní končetina podlamuje, protože chybí zámek a fixace kolenního kloubu. Kvadriceps je hypotonický, postupně atrofuje, reflex patelární je snížený nebo vyhaslý. Bolesti a poruchy čítí jsou na přední straně stehna a vnitřní straně bérce. Při vysoké lézi bývá postižen i m. iliopsoas a potíže jsou ještě výraznější, protože je oslabena i flexe v kyčli.

Příčiny mohou být traumatické, luxace a zlomeniny pánve, operace (kýly, exstirpace tříselných uzlin, kyčelního kloubu, někdy i hysterektomie nebo appendektomie) (2). N. saphenus může být poraněn při operacích varixů, infrapatelární větev n. saphenus při operacích nebo artroskopii kolena.

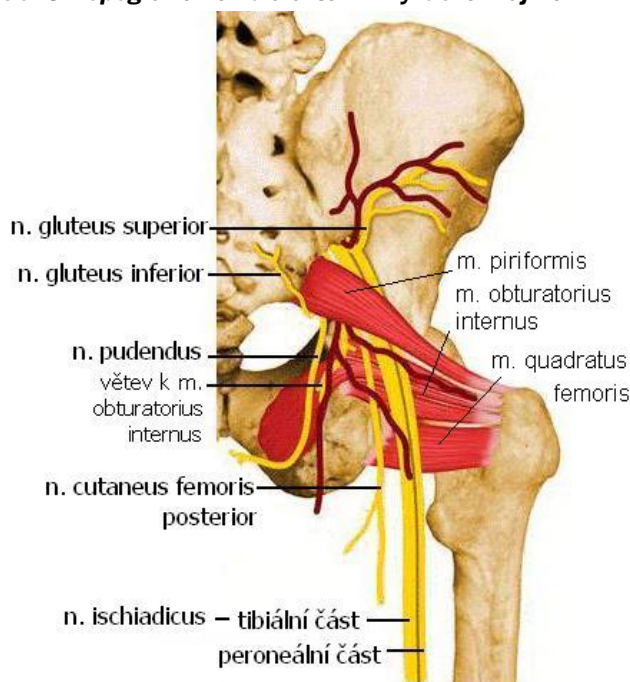
Obr.2: Senzitivní inervace dolní končetiny - areae nervinae



N. ischiadicus

N. ischiadicus (L4-S3, hlavně L5-S2) je hlavním a největším nervem, který vychází ze sakrálního plexu. Prochází skrze foramen ischiadicum majus úžinou foramen infrapiriforme, v hýžděv oblasti mezi tuber ischiadicum a trochanter major, probíhá těsně za dorzální plochou kyčelního kloubu (obr. 3). Motoricky inervuje flexory na zadní straně stehna (hamstringy) a všechny svaly na bérce a noze. Senzitivně zásobuje laterální a dorzální oblast lýtky a celou nohu. Již v gluteální oblasti je kmen nervu tvořen dvěma hlavními svazky (část tibiální a peroneální), ze kterých se postupně diferencují dva nervové kmeny pro dolní končetinu - n. tibialis a peroneus. Výše dělení je velmi variabilní, nejčastěji v dolní, ale někdy již v horní třetině stehna. Z tibiálního svazku n. ischiadicus jsou inervovány mm. semitendinosus, semimembranosus a dlouhá hlava m. biceps femoris, z peroneálního svazku je na stehně inervována pouze krátká hlava m. biceps femoris.

Obr.3: Topografie nervů a artérií v hýžděv krajině



Klinický obraz léze ischiadiku je dán současnou parézou n. peroneus a tibialis, je oslabena nebo vážně dorzální a plantární flexe nohy. Peroneální svazek je však mnohem fragilnější, takže u neúplných lézí peroneální postižení převažuje a léze ischiadiku se může zaměnit za pouhou parézu peroneu.

Příčiny léze ischiadiku. V oblasti hýždě jsou to hlavně traumata, fraktury a luxace pánve, zejména zlomeniny acetabula a zadní luxace kyčelního kloubu. Při vysoké lézi dochází někdy i k postižení gluteálních nervů (odstupují přímo ze sakrálního plexu) a oslabení hýžděvého svalstva. Někdy může být současně i léze n. femoralis nebo n. obturatorius (oslabení adduktorů na stehně). K lézi může dojít i peroperačně, hlavně při aloplastikách kyčelního kloubu a častější výskyt je při reoperacích. Nerv bývá poškozen kompresí, trakcí, ischémií, ale jen vzácně dochází k jeho přerušení. K zevní kompresi může dojít u komatózních nemocných (léková

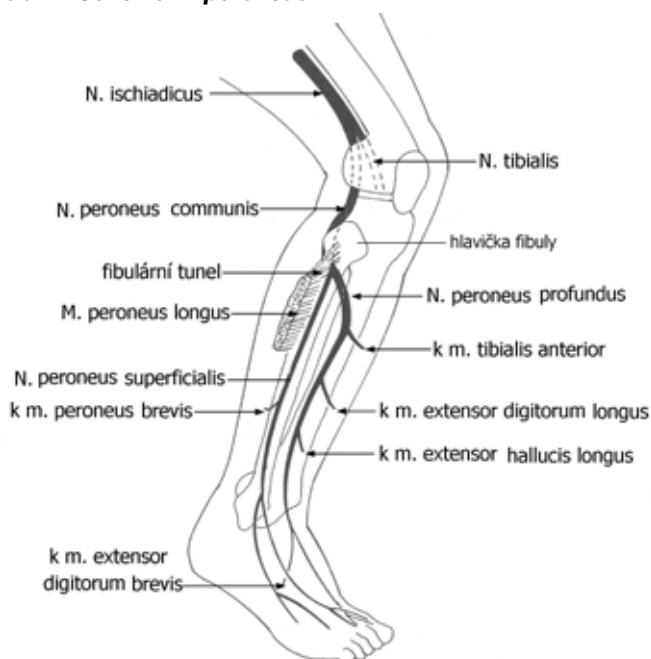
nebo alkoholová intoxikace), u hematomů v gluteální krajině (po operacích nebo při poruchách koagulace). Z netraumatických příčin jde hlavně o infiltraci maligními procesy.

V diferenciální diagnóze je třeba odlišit hlavně radikulopatie L5 a S1. Důležitá je anamnéza bolestí v kříži s propagací do dolní končetiny (častou příčinou jsou hernie disku), Laségueův příznak a vertebrální nález.

N. peroneus

N. peroneus (L4-S1, hlavně L5) se odděluje z ischiadiku v různé výši na zadní straně stehna jako n. peroneus communis, probíhá distálně podkolenní jamkou k hlavičce fibuly, obkružuje krček fibuly a v této oblasti je uložen velmi povrchně. Vstupuje pod m. peroneus longus, jehož vazivová vlákna vytváří kolem nervu pevnější pruh (fibulární tunel) a dělí se na větev povrchní a hlubokou (obr. 4). V popliteální jamce odstupuje z n. peroneus communis n. cutaneus surae lateralis, který probíhá dorzolaterálně a zásobuje senzitivně kůži na zevní straně horní poloviny lýtky (ale někdy až k nártu) a také rekurentní artikulární větev pro inervaci kolenního kloubu.

Obr.4: Schéma n. peroneus



N. peroneus superficialis inervuje m. peroneus longus a brevis (provádějí everzi nohy), senzitivně dolní zevní polovinu lýtky, vystupuje 8-12 cm proximálně od vrcholu zevního kotníku a senzitivně zásobuje dorzum nohy a 1.-4. prstu. N. peroneus profundus inervuje extenzory na přední straně bérce (m. tibialis anterior, extensor digitorum longus, extensor hallucis longus) a prochází předním kompartmentem těsně u arteria tibialis anterior. Dělí se na mediální větev, která senzitivně zásobuje malý prostor mezi 1. a 2. metatarszem a laterální, která motoricky inervuje m. extensor digitorum brevis.

Klinický obraz léze **n. peroneus communis** vyplývá z výše uvedené inervace. Je oslabena nebo vážně dorzální flexe

a everze nohy, nemocný není schopen chůze po patě, špička přepadá, při chůzi našlapuje přímo na celou plochu nohy nebo nejprve na špičku. Postižení jednotlivých svalů však nemusí být rovnoměrné, může převažovat léze povrchní nebo hluboké větve. V senzitivní zóně je porucha cití.

Nejčastějším místem kde dochází k lézi peroneu je úsek za hlavičkou fibuly v místě vstupu do m. peroneus. Probíhá zde nejen povrchně v podkoží, ale těsně při kosti, ke které může být přitíštěn a zhmožděn. K **zevní kompresi** může dojít během celkové anestézie (hlavně v poloze na boku), u nemocných upoutaných na lůžko (hlavně při současné chabé paraparéze), u komatózních nemocných, komprese nervu může vzniknout při sádrové fixaci s koncem těsně pod kolenem nebo těsnou bandáží kolena, tlakem nevhodné dlahy při extenzi dolní končetiny (při zlomenině femoru), při dlouhodobé práci ve dřepu (práce na zahradě, sbírání jahod, někdy i při dlouhodobém sezení s nohou přes nohu nebo i při spánku v nevhodné pozici (často po abúzu alkoholu, ale i razantní redukční dietě). Méně častý je samostatný úžinový syndrom s útlakem n. peroneus communis zmožutnou fascií za hlavičkou fibuly (3, 4).

Časté je rovněž **trakční poranění** při luxacích a distorzích kolenního kloubu, ale i distorzi hlezna, po aloplastikách kolenního kloubu, méně časté jsou řezné nebo sečné rány. Lézi mohou způsobit též ganglionové cysty nebo neurofibromy. Paréza peroneu může být i první manifestací systémové polyneuropatie (multifokální mononeuropatie) např. při vaskulitidě a oslabením dorzální flexe nohy může začít také amyotrofická laterální skleróza.

Nejčastější příčinou oslabené dorzální flexe nohy, která imponuje jako peroneální paréza je **kořenová paréza L5**. V anamnéze jsou často lumboischadiické bolesti nebo aspoň lumbalgie, ale někdy vznikne paréza i bez předchozí bolesti. U parciálních kořenových lézí je vždy větší postižení extenze palce nežli extenze nohy, protože m. extensor hallucis longus dostává maximum své inervace z kořene L5.

Jako **přední syndrom tarzálního tunelu** se označuje komprese n. peroneus profundus ve fibrózním kanálu pod retinaculum extensorum. Klinicky se projevuje senzitivními projevy (hypestézie, parestézie i dysestézie) jen v oblasti mezi 1. a 2. prstem, ale často bývají i bolesti v oblasti kotníku nebo difúzně celé nohy, které mohou nemocného probouzet i v noci. Příčinou mohou být zlomeniny i distorze kotníku, přímé trauma na dorzum hlezna, tlak vyšších bot, ale i výrazná plantární flexe, zejména s dorzální flexí prstů (obuv s velmi vysokými podpatky) nebo extrémní inverze nohy.

N. tibialis

N. tibialis se dostává k povrchu za vnitřním kotníkem a probíhá pod retinaculum flexorum (ligamentum laciniatum). Od popliteální jamky vysílá postupně motorické větve pro m. triceps surae, tibialis posterior, flexor digitorum longus a flexor hallucis longus. Ve fossa poplitea odstupuje n. cutaneus surae medialis a probíhá distálně mezi hlavami m. gastrocnemius. V distální třetině bérce se spojují

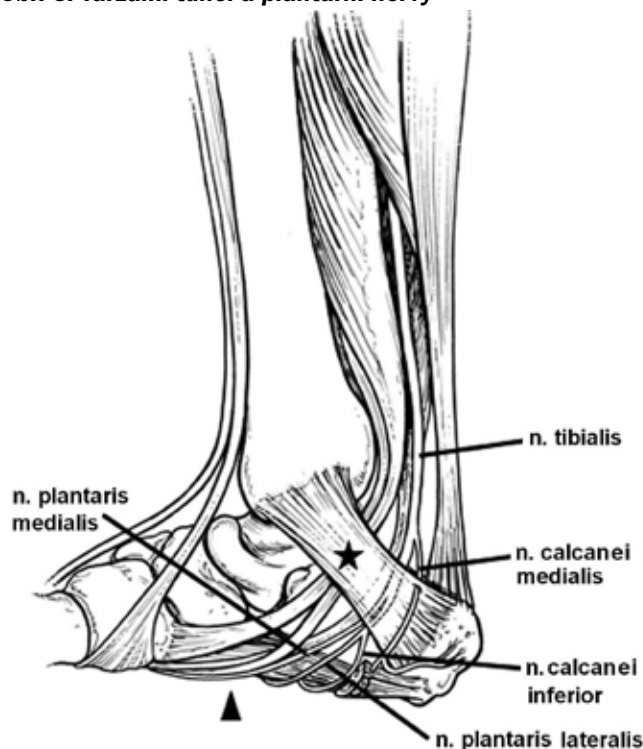
n. cutaneus surae medialis a lateralis (z peroneu) a formují **n. suralis**, který zásobuje kůži na dolní zadní ploše lýtky, laterální okraj nohy a rami calcanei laterales pro laterální část paty. Pod zmíněným retinakulem (tarzální tunel) se dělí na konečné n. plantaris medialis a lateralis pro drobné svaly nohy a kůži planty a rami calcanei mediales pro senzitivní inervaci mediální části paty.

Klinický obraz léze n. tibialis: je oslabena nebo vážně plantární flexe nohy a prstů, inverze nohy, vážne chůze po špičce, při lehké lézi nemůže nemocný skákat po špičce. Je necitlivé chodidlo a často vyhaslý reflex šlachy Achillovy.

V diferenciální diagnóze je nutno odlišit kořenovou parézu S1 obdobným způsobem jako u jiných radikulopatií (viz L5). Samostatná paréza n. tibialis je vzácná. Může k ní dojít při těžkých úrazech kolena (dislokující fraktury a luxace), často současně s lézí peroneu.

Častější je léze v úseku za vnitřním kotníkem, kde nerv může být poraněn i povrchní řeznou nebo sečnou ranou, při zlomeninách kotníku, zevní kompresí těsnou botou nebo sádrovým obvazem nebo i chronickou mikrotraumatizací a kompresí pod lig. laciniatum - **syndrom tarzálního tunelu** (obr. 5).

Obr. 5: Tarzální tunel a plantární nervy



Dominují parestézie a bolesti, které mohou mít i charakter kauzalgií a propagují se do planty, někdy difúzně, jindy více do oblasti jednotlivého plantárního nervu. Bývají nejprve intermitentní, hlavně při delším stání, později stálé a mohou být i silné v noci. Paréza krátkých flexorů na plantě bývá klinicky málo zřejmá. Palpace za vnitřním kotníkem bývá bolestivá a může provokovat Tinelův příznak. Příčinou může být revmatoidní artritida, tendosynovitida, stavy po zlomeninách kotníku, ale také ganglion nebo neurofibrom (5).

Ze stejných příčin mohou být izolovaně postiženy v oblasti planty n. plantaris medialis nebo lateralis. Příznaky jsou obdobné, jsou však ohraničeny na inervační oblast příslušného nervu. Je třeba vždy odlišit jiné příčiny bolesti nohou, např. plantární fascitidu, poruchu nožní klenby, ale i systémovou polyneuropatii.

Mortonova metatarzalgie

Mortonova metatarzalgie (neuralgie) vzniká kompresí plantárních digitálních nervů mezi distálními hlavičkami metatarzů, řadí se k úžinovým syndromům. Obvykle bývá postižen druhý nebo třetí digitální nerv. Někdy se používá i termín Mortonův nebo interdigitální neurom, ale ve skutečnosti jde o perineurální fibrózu digitálního nervu. Vyskytuje se častěji u žen mezi 50-70 lety, ale bývá i u mladších osob. Projevuje se bolestmi v chodidle, někdy s propagací do prstů, zejména po chůzi nebo po stání, k úlevě často dochází, když se nemocný zuje. Objektivně bývá přítomna palpační bolestivost v oblasti mezi postiženými hlavičkami metatarzů. Plantární bolest má ale vždy širší diferenciální diagnózu (kloubní změny, porušená nožní klenba, radikulopatie aj.). Léčba: úprava nožní klenby, ortopedické vložky, při trvání potíží operace a exstirpace postižené části nervu.

Chirurgická léčba je nutná u většiny otevřených a zejména ostrých poranění s motorickým a senzitivním deficitem, kde došlo k částečnému nebo úplnému přerušení nervu. Včasná a dokonalá sutura je základní podmínkou regenerace. Kvalitní suturu je možné provést jen při použití operačního mikroskopu, kdy je možné spojit jednotlivé fascikly.

Chirurgická léčba s **dekompresí a uvolněním nervu** je indikována u řady úžinových kompresivních syndromů, pokud je jasný objektivní nálezní (motorická nebo senzitivní léze a EMG nálezní) nebo nedochází ke zlepšení po nechirurgické léčbě.

Konzervativní nechirurgická léčba spočívá hlavně v rehabilitaci. Používá se především tam, **kde není porušena kontinuita nervu a nerv není komprimován.** Podávání různých preparátů s předpokladem, že mohou podporovat regeneraci (vazodilatancia, vitamíny skupiny B, C, panthenol, syntostigmin), není opodstatněné, jejich efekt nebyl nikdy validně potvrzen.

Literatura:

1. Parisi TJ, Mandrekar J, Dyck PJ, Klein CJ. Meralgia paresthetica: relation to obesity, advanced age, and diabetes mellitus. *Neurology* 2011;77:1538-1542.
2. Bradshaw AD, Advincula AP. Postoperative neuropathy in gynecologic surgery. *Obstet Gynecol Clin N Am* 2010;37:451-459
3. Agarwal P, Griffith A. Peroneal mononeuropathy. *eMedicine* 2010, dostupný na <http://emedicine.medscape.com/article/1141734-overview>.
4. Hollis MH, Lemay DE. Nerve entrapment syndromes of the lower extremity. *eMedicine* 2011, dostupný na <http://emedicine.medscape.com/article/1234809-overview>.
5. Kaiser R, Haninec P. Operační léčba syndromu tarzálního tunelu. *Cesk Slov Neurol N* 2012;75/108:351-353.

Kvalitní terapie
po generace

od roku 1901

Farmaceutická společnost
s globální působností

Více než 110 let zkušeností
v originálním výzkumu,
vývoji a výrobě léků

Moderní léčba
ve více než
100 zemích

Jak, třeba taky, na vysoký tlak

MUDr. Petr Zajíček

Interní oddělení Nemocnice Valašské Meziříčí a.s.

Kazuistika popisuje případ 56 letého muže vyšetřovaného pro dekompenzaci krevního tlaku, progresivní zhoršování tolerance námahy a otoky dolních končetin. Při vstupním vyšetření došlo k radikální změně původní skladby léků a následně v příštích týdnech i k vymizení potíží a úpravě krevního tlaku. Autor diskutuje důvody selhání původní léčby a kroky vedoucí k její radikální výměně.

Kazuistika

56letý muž vyhledal kardiologa pro anamnézu několika týdnů se zhoršující tolerance námahy spojenou s křečemi dolních končetin a polyurií. Současně udával posledního půl roku i zhoršenou kompenzaci krevního tlaku.

Během vstupního pohovoru a podrobnějších dotazů pacient popisoval svůj osobní život jako velmi aktivní co do četnosti pravidelného pohybu, kterým kompenzoval výraznou psychickou zátěž v práci. Udával, že před 9 měsíci došlo k obměně léků kvůli vyšším hodnotám krevního tlaku. Od té doby pozoroval zhoršující se toleranci námahy a objevení se symetrických otoků dolních končetin, pro které bylo nasazeno do léčby i kličkové diuretikum. V dalších týdnech se objevily stavy slabosti a klaudikační bolesti dolních končetin spolu s křečemi, které mizely po svévolném vynechání diuretik. Při cíleném dotazu na pravidelnost užívání léků udával občasné opomenutí. Aktuálně předložená medikace: *fixní kombinace perindopril 5 mg a amlodipin 10 mg, betaxolol 10 mg, rosuvastatin 20 mg, kombinace telmisartan 80 mg a hydrochlorothiazid 12,5 mg, furosemid 40 mg denně, ASA 100 mg denně*. V osobní a rodové anamnéze kromě hypertenze neudával žádná závažná data, byl nekuřákem, konzumoval alkohol jen příležitostně, kávu pil dvakrát denně.

Ve fyzikálním nálezu byl pacient popsán jako normostenik, klidově bez dušnosti, s pravidelnou srdeční akcí bez šelestu a bez jiného nápadného nálezu až na symetrické perimaleolární otoky, BMI 26,5 kg/m². Krevní tlak při třech měřeních v průběhu vyšetření byl 170/90, 150/90 a 150/90 mmHg. EKG se sinusovým rytmem, frekvencí 55/min., převody v normě, plošší repolarizační vlna.

Po následné edukaci a další domluvě s pacientem došlo ke kompletní výměně léků – byl vysazen furosemid, původní kombinace perindoprilu a amlodipinu, kombinace telmisartanu a hydrochlorothiazidu a betaxolol. Sestavila se nová kombinace léků - *100 mg celiprololu, indapamidu 2,5 mg a fixní kombinace telmisartanu s amlodipinem 80/5*. Pacientovi byla odebrána krev na základní biochemický rozbor (postprandiálně) a domluvena kontrolní návštěva v ambulanci za 3 týdny, v mezidobí s provedením echokardiografie. Byl doporučen obvyklý režim bez zákazu sportovních aktivit. V mezidobí došlo k vymizení otoků a křečí dolních končetin,

zlepšila se tolerance námahy a došlo k úpravě hodnot systémového krevního tlaku při domácím měření. Původní laboratorní výsledky odhalily lehkou hypokalémii a hyperurikémii.

Při kontrolní návštěvě pacient již neudával potíže, byl velmi optimistický, přiznal i lepší adherenci k léčbě. Domácí hodnoty systoly kolem 130 mmHg bez excesů. Dodaný výsledek v mezidobí provedené echokardiografie nepopisoval významný patologický nálezu na srdci. Objektivně byl pacient bez otoků dolních končetin, další somatický nálezu bez nápadnosti. Tepová frekvence 60 resp. 55/min., EKG bez pozoruhodností. TK 150/90 resp. 130/80 mmHg.

Bylo doporučeno pokračovat v zavedené léčbě a režimu, domluveno doplnění kompletních biochemických testů ke stanovení kardiovaskulárního rizika v dalších týdnech, vyšetření močového sedimentu a krevního obrazu a naplánováno provedení kontrolního kardiologického vyšetření do půl roku v případě přetrvávání dobré kompenzace krevního tlaku.

Diskuze

Každý jedinec si prochází v průběhu svého života obdobími s různým psychickým zatížením, které se odráží v měnlivém tonu vegetativního nervstva – v užším slova smyslu vyššího tonu sympatiku, který můžeme považovat za jednu z hlavních příčin známých civilizačních nemocí, a tedy i významnou příčinu manifestace takzvané esenciální hypertenze.

Dá se tedy říci, že kompenzace krevního tlaku je v čase významně ovlivněna aktuálním tonem sympatického nervového systému.

Náš pacient vyhledal původní ošetření u svého praktického lékaře pro opakované naměření vyššího krevního tlaku doprovázené patřičnou symptomatologií – únavou, problémy se soustředěním, zhoršením tolerance námahy. Potíže nasedaly na delší období vyčerpávajících starostí v osobním a profesním životě. Jako řešení byla logicky úprava antihypertenzní léčby na první pohled spolehlivou kombinaci léků s očekáváním dostatečného efektu na pokles hodnot tlaku a subjektivním zlepšením. Nicméně vlivem nežádoucích účinků léků (a dá se říci, že do jisté míry předvídatelných) došlo k dalšímu zhoršení stavu bez patřičného efektu na vyšší hodnoty krevního tlaku. Vlivem podání vyšší (ale ještě terapie-

utické) dávky amlodipinu došlo k otokům dolních končetin, které jsou častým nežádoucím vedlejším efektem plynoucím z mechanismu jeho účinku na periferní cévy. Tyto otoky mizí po vysazení kalciového blokátoru, ale často postačí pouhá redukce jeho dávky. Nasazením kličkového diuretika (k již podávanému diuretikům thiazidovému) vedlo sice k částečnému ústupu periferních otoků, ale současně i k centrální dehydrataci a počínající minerální dysbalanci. Tento zásah vedl na úrovni vnitřní regulace k další nežádoucí aktivaci osy renin-angiotensin-aldosteron s následkem udržení se vyšších hodnot krevního tlaku. Na úrovni symptomů k hlášení únavy, polyurie, slabosti dolních končetin a křečím a poklesu celkového výkonu vlivem nastupující dehydratace. Na úrovni compliance k užívání léků pak podání diuretik vedlo k jejímu dalšímu zhoršení. Proto vysazení kombinační diuretické léčby a redukce dávky amlodipinu vedlo k vymizení otoků a dále vymizení výše popsaných potíží. Nasazení thiazidového analoga indapamidu místo původního hydrochlorthiazidu a výměna ACEI za sartan vedlo ošetřujícího kardiologa radikálně změnit léčbu za účelem navození lepší compliance.

Další pravděpodobnou příčinou potíží a nedostatečné kompenzace tlaku bylo původní nasazení generického betaxololu v plné dávce 20 mg denně. Toto sice vedlo na první pohled k žádoucí reakci na hodnotu klidové srdeční frekvence 55 tepů za minutu během první návštěvy u kardiologa. Je třeba si ale položit otázku, zda-li právě tato beta blokáda nebyla také jednou z příčin dušnosti a únavy. Zatímco klidná srdeční aktivita je na jedné straně žádoucí, přehnaná betablokáda může vést k fenoménu arteficiálně navozené chronotropní inkompetence. Následkem bývá nedostatečná tepová odpověď srdce na zátěž, a tedy nedostatečný minutový srdeční výdej, který vede k pocitu nevykonnosti, slabosti dolních končetin, dušnosti s častými pocity tíhy a tlaku na prsou, vlivem kompenzačně vyššího sympatického tonu i možné kolísavé hypertenze. Odhalit tento problém pomáhá sledování tepové frekvence během dne jak samotným pacientem, tak ambulantní monitorací EKG, nebo provedení zátěžového testu. V našem případě se již ale jedná o spekulaci, zda-li a do jaké míry se jednalo o jednu z příčin potíží našeho pacienta. Za účelem radikální změny léčby a znovunavození lepší compliance (viz výše) byl totiž betaxolol zaměněn za celiprolol, tedy selektivní beta₁ blokátor s částečnou beta₂ agonistickou a slabou alfa₂ antagonistickou složkou s očekávaným menším dopadem na tepovou frekvenci. Kontrolní srdeční frekvence sice byla při dalším vyšetření 60 resp. 55/min., což může na první pohled imponovat jako selhání původní myšlenky. Při kontrolním vyšetření byl ale pacient prost potíží a popisoval svůj stav jako normalizovaný, včetně navozené psychické pohody. Dá se tedy říci, že v tomto případě naměřená tepová frekvence nebyla vlivem pouhé nadměrné betablokády, ale spíše vlivem poklesu sympatického tonu.

Předložené kazuistické sdělení popisuje typický případ z praxe. Původně aktivně žijící muž ve středním věku léčící se na esenciální hypertenzi přiznává ne vždy pravidelné užívání předepsané léčby, při kontrolách u svého lékaře získává postupně další léky s navyšující se gramáží pro opakované naměření vyšších hodnot tlaku.

Praktičtí lékaři a lékaři dalších interních oborů každodenně čelí rozhodováním, zda-li se u daného pacienta skutečně jedná o dekompenzaci krevního tlaku, nebo zda-li jsou hodnoty tlaku jen následkem jeho reakce na návštěvu autority. Abychom mohli vyjasnit tento problém, pomáháme si různě - opakovaným měřením tlaku v ordinaci, prováděním ambulantního monitorování a vedením pečlivého domácího selfmonitoringu. Další stratifikaci nemoci se stanovením závažnosti a kardiovaskulárního rizika provádíme potom doplňujícími vyšetřeními jako jsou zobrazovací a laboratorní metody (blíže viz příslušná guidelines).

Dalším a ne nepodstatným problémem, kterým v léčbě vysokého krevního tlaku lékaři čelí, je nedostatečná adherence pacienta k pravidelnému užití léků - tzv. compliance. Příčina je samozřejmě multifaktoriální. Mimo jiné se jedná o nedostatečnou informovanost o důvodech léčby hypertenze, neúměrné množství a frekvence užívání léků spolu s jejich cenou, nepochopení informací v příbalových letácích, nebo průběh samotné nemoci bez významných klinických příznaků, což prostá hypertenze před manifestací komplikací často bývá. Řešením bývá opakovaná řádná edukace pacienta o dopadu neléčeného krevního tlaku na jeho zdraví a popsání základního principu léčby. Často bývá ale nezbytné záměrně vyměnit původní léky než samotná domluva klientovi o důležitosti léčby. Vedlejším účinkům léků obvykle čelíme nenavyšováním jejich dávek, ale použitím jejich vhodných kombinací. Redukce počtu tablet řešíme použitím tzv. kombinačních preparátů a to lépe originálními, ve studiích odzkoušenými spolehlivými kombinacemi, v našem případě preparátu s telmisartanem a amlodipinem. V návaznosti na aktuální guidelines diagnostických a léčebných postupů u arteriální hypertenze ve verzi 2012, které nám indikované léky resp. jejich skupiny předkládají, bychom měli používat především léky osvědčené, tj. které máme dostatečně „osahány“ a jsou nám známy jak ve svém účinku, tak i v potenciálních nežádoucích účincích.

METODICKÝ POKYN – PÉČE O PACIENTY S AKUTNÍ CÉVNÍ MOZKOVOU PŘÍHODOU

(TRIÁŽ PACIENTŮ, SPÁDOVÉ OBLASTI KCC/IC, INDIKÁTORY VÝKONNOSTI A KVALITY KCC/IC)

VĚSTNÍK MZ ČR ČÁSTKA 10, 2012

I. Triáž pacientů s akutní cévní mozkovou příhodou v přednemocniční neodkladné péči

1) Definice

Triáž pacientů zahrnuje identifikaci pacientů s akutní cévní mozkovou příhodou (dále „CMP“) na místě vzniku onemocnění a následně dle klinických příznaků (stupně postižení), přidružených onemocnění (komorbidit) a délky trvání klinických příznaků směrování pacientů do Komplexního cerebrovaskulárního centra (dále jen „KCC“), Iktového centra (dále jen „IC“) nebo jiného nejbližší dostupného zdravotnického zařízení poskytovatele akutní lůžkové péče, který je způsobilý odborně zajistit poskytování zdravotní péče pacientovi (dále jen „cílový poskytovatel akutní lůžkové péče“).

CMP zahrnuje intracerebrální krvácení (dále jen „ICH“), subarachnoidální krvácení (dále jen „SAH“), mozkový infarkt (dále jen „MI“) a tranzitorní ischemickou ataku (dále jen „TIA“).

Triáž pacienta se skládá z

- identifikace Triáž pozitivního pacienta* na základě zhodnocení klinického stavu pacienta, časového hlediska (doby vzniku příznaků) a přidatných onemocnění,
- směrování Triáž pozitivního pacienta* z místa vzniku akutní CMP do zdravotnického zařízení cílového poskytovatele akutní lůžkové péče.

2) Identifikace Triáž pozitivního pacienta

Triáž pozitivní pacient je takový pacient, u kterého došlo k náhlému vzniku alespoň jednoho hlavního klinického příznaku nebo minimálně 2 vedlejších klinických příznaků (klinické hledisko) akutní CMP během posledních 24 hodin, včetně již odeznělých příznaků u pacientů s TIA (časové hledisko).

- Hlavní klinické příznaky (viz FAST test v příloze č.1):

- náhle vzniklá hemiparéza, event. monoparéza,
- náhle vzniklá centrální léze VII. hlavového nervu (n. facialis),
- náhle vzniklá porucha řeči (afázie).

- Vedlejší klinické příznaky:

- náhle vzniklá kvantitativní nebo kvalitativní porucha vědomí,
- náhle vzniklá porucha cití na polovině těla (hemi-hypestezie, hemiparestezie),
- náhle vzniklá setřelá řeč (dysartrie),

- náhle vzniklý výpadek poloviny zorného pole,
- náhle vzniklé dvojité vidění (diplopie),
- náhle vzniklá prudká, atypická, dosud nepoznaná bolest hlavy,
- ztuhlost (opozice) šíje,
- závratě s nauzeou či zvracením.

Poznámka: Triáž pozitivní pacient je také pacient s náhlou ztrátou zraku na jednom oku (přechodnou – amaurosis fugax, trvalou – retinální infarkt), která je příznakem ischemie oka.

Triáž pozitivního pacienta je nutné považovat za pacienta v přímém ohrožení života podle § 3 písm. b) zákona č. 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě.

Cílový poskytovatel akutní lůžkové péče je povinen na výzvu zdravotnického operačního střediska nebo pomocného operačního střediska převzít pacienta do své péče vždy, je-li pacient v přímém ohrožení života; tato povinnost je stanovena v § 6 odst. 2 zákona č. 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě.

3) Směrování Triáž pozitivního pacienta

- Směrování Triáž pozitivního pacienta, jestliže klinické příznaky (MI, ICH, SAH) přetrvávají i v době příjezdu výjezdové skupiny poskytovatele zdravotnické záchranné služby (dále jen „výjezdová skupina“):

- Pokud doba od začátku klinických příznaků (dobou vzniku klinických příznaků se rozumí doba, kdy byl pacient naposledy zdravý, tzn., že sám uvedl, že byl zdravý nebo to uvedli svědci) prokazatelně nepřesahuje 8 hodin, potom je telefonicky kontaktováno nejbližší KCC nebo IC na linku speciálně vyčleněného tzv. Iktového telefonu. Po telefonické konzultaci s lékařem centra, který potvrdí Triáž pozitivitu pacienta a stanoví priority jeho péče, rozhodne vedoucí výjezdové skupiny, zda je pacient indikován k přepravě do KCC (viz kritéria v příloze č. 2), nebo zda pacienta převezme jiný nejbližší dostupný cílový poskytovatel akutní lůžkové péče, tj. nejbližší dostupné IC (případně KCC ve svém primárním spádu).
- Pokud doba od začátku příznaků prokazatelně přesahuje 8 hodin, ale nepřesahuje 24 hodin, potom je telefonicky kontaktováno nejbližší IC nebo KCC. Na základě konzultace s lékařem centra, který potvrdí Triáž pozitivitu pacienta a stanoví priority jeho péče, rozhodne vedoucí výjezdové skupiny, zda pacient je indikován k přepravě do KCC, nebo zda pacien-

ta převezme jiný nejbližší dostupný cílový poskytovatel akutní lůžkové péče.

3. Pokud příznaky svědčí pro SAH, je telefonicky kontaktováno nejbližší KCC, které pacienta převezme.
- b) Směrování Triáž pozitivního pacienta, jestliže klinické příznaky v době příjezdu výjezdové skupiny již odezněly (TIA): Pokud doba od začátku klinických příznaků nepřesahuje 24 hodin, je telefonicky kontaktováno nejbližší IC nebo KCC. Na základě konzultace s lékařem centra bude stanoven nejbližší dostupný cílový poskytovatel akutní lůžkové péče, který pacienta převezme.

Informace, které vedoucí výjezdové skupiny uvede při předávání pacienta do KCC či IC (doporučeno vyplnění Iktové karty):

- a) Přesná doba začátku klinických příznaků (dobou vzniku příznaků se rozumí doba, kdy byl pacient naposledy zdravý, tzn., že sám uvedl, že byl zdravý nebo to uvedli svědci), dále doba, kdy byl pacient nalezen svědky.
- b) Telefonický kontakt na osobu nebo osoby, schopné doplnit dobu vzniku příznaků, anamnestická data pacienta a okolnosti vzniku CMP (rodinných příslušníků, svědka vzniku CMP)
- c) Klinický obraz (stav vědomí zhodnocený škálou GCS, orientačně zhodnocená závažnost CMP – porucha hybnosti, řeči apod.)
- d) Další závažná onemocnění
- e) Trvalá medikace a její dávkování

Vyplývající skutečnosti pro praxi:

Vedoucí výjezdové skupiny:

- identifikuje závažnost onemocnění a rozhoduje o tom, je-li pacient v přímém ohrožení života (§3 písm. b) zákona č. 374/2011 Sb.), nebo se závažným postižením zdraví (§3 písm. a) zákona 374/2011 Sb.),
- f) rozhoduje o směrování pacienta s akutní CMP po konzultaci prostřednictvím „Iktového telefonu“ s lékařem KCC nebo IC.

4) Závěry

Triáž pozitivní pacient musí být transportován s dostatečnou prioritou, protože tito pacienti výrazně profitují z včasné léčby v KCC nebo IC. Podmínky k plynulé návaznosti přednemocniční a multidisciplinární lůžkové péče jsou systémově vytvářeny v KCC a IC, kam je nutné tyto pacienty primárně směřovat. Za směrování konkrétního pacienta zodpovídá vedoucí výjezdové skupiny.

Příloha č. 1 – Postup vyšetření pacienta s podezřením na CMP

Tabulka 1 – Face Arm Speech Test (FAST)

Postižení řeči	ano	ne	nejasné
Paréza n. facialis	ano	ne	nejasné
	pravá strana		levá strana
Slabost horní končetiny	ano	ne	nejasné
	pravá strana		levá strana

Hybnost tváře (paréza n. facialis)

Vyzvi pacienta, ať se usměje anebo vycení zuby

- podívej se na asymetrii mimiky
- podívej se, která strana se nehýbe dostatečně, a zapiš do tabulky

Hybnost horních končetin

- zvedni horní končetiny pacienta do 90 stupňů, pokud sedí či stojí, nebo do 45 stupňů, pokud leží a vyzvi jej, aby takto držel končetiny po dobu 5 s
- pokud klesá nebo rychle padá jedna končetina dolů, zapiš, zda pravá nebo levá

Řeč

Pokud se pacient pokouší o komunikaci

- zhodnoť, zda je nová porucha řeči
- nech si to potvrdit od příbuzných, pokud je to možné
- posuď, zda je řeč nezřetelná
- posuď, zda pacient není schopen najít slova (nejlépe tím, že necháš pacienta pojmenovat předměty v okolí)
- pokud má pacient potíže se zrakem, dej předměty, které má pojmenovat, pacientovi do ruky.

Příloha č. 2 – Kritéria pro primární směrování do KCC u pacienta s akutní CMP v časovém okně 8 hodin od vzniku příznaků

K primárnímu směrování do KCC je indikován:	1. Pacient je kontraindikován k systémové trombolýze (především antikoagulační terapie, koma, krvácení v anamnéze, předešlá CMP u diabetika, čas od vzniku příznaků nad 4,5 hodiny)
	2. Příznaky s velkou pravděpodobností svědčí pro disekci tepny
	3. Pacient s příznaky s velkou pravděpodobností svědčícími pro SAH
K primárnímu směrování do KCC nemusí být indikován:	Pacient indikovaný k systémové trombolýze, pokud je časově možný dřívější dojezd do IC

II. Spádové oblasti IC a KCC

Spádové oblasti byly navrženy a odsouhlaseny Komisí pro specializovanou péči v oboru neurologie, za účelem hodnocení indikátorů výkonnosti a kvality KCC a IC – tedy jejich vzájemné srovnatelnosti, vztažené ke spádové oblasti.

Jedná se pouze o orientačně navržené spádové oblasti, přičemž samozřejmě není dotčeno ustanovení § 3 písm. d) zákona č. 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě, v němž je stanoveno, že cílovým poskytovatelem akutní lůžkové péče je nejbližší dostupný poskytovatel akutní lůžkové péče, který je způsobilý odborně zajistit pokračování poskytování zdravotní péče pacientovi, odpovídající závažnosti postižení zdraví nebo přímému ohrožení života.

Hlavní město Praha

Okres	IC (primární spád)	KCC (sekundární spád)
Praha 1	Všeobecná fakultní nemocnice v Praze	Nemocnice Na Homolce
Praha 2	Všeobecná fakultní nemocnice v Praze	Nemocnice Na Homolce
Praha 3	Fakultní nemocnice Královské Vinohrady	Ústřední vojenská nemocnice – Vojenská fakultní nemocnice Praha
Praha 4 – Michle, Nusle, Podolí, Bráník	Všeobecná fakultní nemocnice v Praze	Nemocnice Na Homolce
Praha 4 – Hodkovičky, Krč, Lhotka, Záběhlice	Thomayerova nemocnice	Ústřední vojenská nemocnice – Vojenská fakultní nemocnice Praha
Praha 5, Radotín, Zbraslav, Slivenec, Velká Chuchle, Lochkov, Lipence	Fakultní nemocnice v Motole	Nemocnice Na Homolce
Praha 6, Přední Kopanina, Nebušice, Lysolaje, Suchdol	Ústřední vojenská nemocnice – Vojenská fakultní nemocnice Praha	Ústřední vojenská nemocnice – Vojenská fakultní nemocnice Praha
Praha 7, Troja	Nemocnice Na Homolce	Nemocnice Na Homolce
Praha 8 – Ďáblice, Dolní Chabry, Kobylisy, Střížkov Březiněves Praha 8 – Čimice, Bohnice, Karlín Praha 8 – Libeň	Thomayerova nemocnice Fakultní nemocnice v Motole Všeobecná fakultní nemocnice v Praze	Nemocnice Na Homolce
Praha 9, Letňany, Čakovice, Kbely, Vínor, Satalice	Ústřední vojenská nemocnice – Vojenská fakultní nemocnice Praha	Ústřední vojenská nemocnice – Vojenská fakultní nemocnice Praha
Praha 10	Fakultní nemocnice Královské Vinohrady	Ústřední vojenská nemocnice – Vojenská fakultní nemocnice Praha
Praha 11, Šeberov, Újezd u Průhonic, Křeslice	Thomayerova nemocnice	Ústřední vojenská nemocnice – Vojenská fakultní nemocnice Praha
Praha 12, Libuš, Kunratice	Thomayerova nemocnice	Ústřední vojenská nemocnice – Vojenská fakultní nemocnice Praha
Praha 13, Řepy, Řeporyje, Zličín	Fakultní nemocnice v Motole	Nemocnice Na Homolce
Praha 14, Horní Počernice, Dolní Počernice, Újezd nad Lesy, Běchovice, Klánovice, Koloděje	Nemocnice Na Homolce	Nemocnice Na Homolce
Praha 15, Dolní Měcholupy, Štěrbohol, Petrovice, Uhřetěves, Dubeč, Královice, Nedvězí, Benice, Kolovraty	Fakultní nemocnice Královské Vinohrady	Ústřední vojenská nemocnice – Vojenská fakultní nemocnice Praha

Středočeský kraj

Okres	IC (primární spád)	KCC (sekundární spád)
Praha – západ	Fakultní nemocnice v Motole Všeobecná fakultní nemocnice v Praze (jižní část Prahy-západ)	Nemocnice Na Homolce
Praha – východ	Fakultní nemocnice Královské Vinohrady	Nemocnice Na Homolce
Beroun	Fakultní nemocnice v Motole	Nemocnice Na Homolce
Kladno	Oblastní nemocnice Kladno, a.s., nemocnice Středočeského kraje	Nemocnice Na Homolce
Rakovník	Oblastní nemocnice Kladno, a.s., nemocnice Středočeského kraje	Nemocnice Na Homolce
Mělník	Oblastní nemocnice Kladno, a.s., nemocnice Středočeského kraje Oblastní nemocnice Mladá Boleslav, a.s., nemocnice Středočeského kraje	Nemocnice Na Homolce
Mladá Boleslav	Oblastní nemocnice Mladá Boleslav, a.s., nemocnice Středočeského kraje	Krajská nemocnice Liberec
Nymburk	Oblastní nemocnice Kolín, a.s., nemocnice Středočeského kraje	Ústřední vojenská nemocnice – Vojenská fakultní nemocnice Praha
Kolín	Oblastní nemocnice Kolín, a.s., nemocnice Středočeského kraje	Ústřední vojenská nemocnice – Vojenská fakultní nemocnice Praha

Kutná Hora	Oblastní nemocnice Kolín, a.s., nemocnice Středočeského kraje	Ústřední vojenská nemocnice – Vojenská fakultní nemocnice Praha
Benešov	Fakultní nemocnice Královské Vinohrady	Ústřední vojenská nemocnice – Vojenská fakultní nemocnice Praha
Příbram	Oblastní nemocnice Příbram, a.s.	Nemocnice Na Homolce

Jihočeský kraj

Okres	IC (primární spád)	KCC (sekundární spád)
Písek	Nemocnice Písek, a.s.	Nemocnice České Budějovice, a.s.
Strakonice	Nemocnice Písek, a.s.	Nemocnice České Budějovice, a.s.
Prachatice	Nemocnice Písek, a.s.	Nemocnice České Budějovice, a.s.
České Budějovice	Nemocnice České Budějovice, a.s.	Nemocnice České Budějovice, a.s.
Český Krumlov	Nemocnice České Budějovice, a.s.	Nemocnice České Budějovice, a.s.
Tábor	Nemocnice České Budějovice, a.s.	Nemocnice České Budějovice, a.s.
Jindřichův Hradec – s výjimkou oblasti Dačic	Nemocnice České Budějovice, a.s.	Nemocnice České Budějovice, a.s.
Jindřichův Hradec – oblast Dačic	Nemocnice Jihlava, p.o.	Nemocnice České Budějovice, a.s.

Kraj Vysočina

Okres	IC (primární spád)	KCC (sekundární spád)
Jihlava	Nemocnice Jihlava, p.o.	Fakultní nemocnice u sv. Anny Brno + Fakultní nemocnice Brno
Třebíč	Nemocnice Jihlava, p.o. Nemocnice Znojmo, p.o.	Fakultní nemocnice u sv. Anny Brno + Fakultní nemocnice Brno
Třebíč (region Náměšť nad Oslavou)	Fakultní nemocnice u sv. Anny Brno + Fakultní nemocnice Brno	Fakultní nemocnice u sv. Anny Brno + Fakultní nemocnice Brno
Žďár nad Sázavou	Nemocnice Nové Město na Moravě, p.o.	Fakultní nemocnice u sv. Anny Brno + Fakultní nemocnice Brno
Žďár nad Sázavou (region Velká Bíteš)	Fakultní nemocnice U sv. Anny Brno + Fakultní nemocnice Brno	Fakultní nemocnice u sv. Anny Brno + Fakultní nemocnice Brno
Pelhřimov	Nemocnice Jihlava, p.o.	Fakultní nemocnice u sv. Anny Brno + Fakultní nemocnice Brno
Havlíčkův Brod	Nemocnice Jihlava, p.o. Pardubická krajská nemocnice, a.s.	Fakultní nemocnice u sv. Anny Brno + Fakultní nemocnice Brno
Havlíčkův Brod (region Habrů a Chotěboř)	Nemocnice Jihlava, p.o.	Fakultní nemocnice Hradec Králové
Havlíčkův Brod (region Ledčska)	Nemocnice Jihlava, p.o.	Ústřední vojenská nemocnice – Vojenská fakultní nemocnice Praha
Pelhřimov (region Pacovska)	Nemocnice Jihlava, p.o.	Ústřední vojenská nemocnice – Vojenská fakultní nemocnice Praha
Pelhřimov (region Kamenicka a Počátecka)	Nemocnice Jihlava, p.o.	Nemocnice České Budějovice, a.s.

Plzeňský kraj

Okres	IC (primární spád)	KCC (sekundární spád)
všechny okresy Plzeňského kraje	Fakultní nemocnice Plzeň	Fakultní nemocnice Plzeň

Karlovarský kraj

Okres	IC (primární spád)	KCC (sekundární spád)
Sokolov	NEMOS SOKOLOV s.r.o.	Fakultní nemocnice Plzeň
Cheb	NEMOS SOKOLOV s.r.o.	Fakultní nemocnice Plzeň
Karlovy Vary	Karlovarská krajská nemocnice a.s. – Nemocnice v Karlových Varech	Fakultní nemocnice Plzeň

Ústecký kraj

Okres	IC (primární spád)	KCC (sekundární spád)
Děčín	Krajská zdravotní a.s. – Nemocnice Děčín, o.z.	Krajská zdravotní a.s. – Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem, o.z.
Litoměřice	Městská nemocnice v Litoměřicích	Krajská zdravotní a.s. – Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem, o.z.
Ústí nad Labem	Krajská zdravotní a.s. – Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem, o.z.	Krajská zdravotní a.s. – Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem, o.z.
Teplice	Krajská zdravotní a.s. – Nemocnice Teplice, o.z.	Krajská zdravotní a.s. – Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem, o.z.
Most	Krajská zdravotní a.s. – Nemocnice Teplice, o.z. Krajská zdravotní a.s. – Nemocnice Chomutov, o.z.	Krajská zdravotní a.s. – Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem, o.z.
Louny	Krajská zdravotní a.s. – Nemocnice Chomutov, o.z. Městská nemocnice v Litoměřicích	Krajská zdravotní a.s. – Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem, o.z.
Chomutov	Krajská zdravotní a.s. – Nemocnice Chomutov o.z.	Krajská zdravotní a.s. – Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem, o.z.

Liberecký kraj

Okres	IC (primární spád)	KCC (sekundární spád)
Česká Lípa	Nemocnice s poliklinikou Česká Lípa, a.s.	Krajská nemocnice Liberec, a.s.
Liberec	Krajská nemocnice Liberec, a.s.	Krajská nemocnice Liberec, a.s.
Jablonec n. N.	Krajská nemocnice Liberec, a.s.	Krajská nemocnice Liberec, a.s.
Semily	Krajská nemocnice Liberec, a.s. Oblastní nemocnice Trutnov a.s. (pro spádovou oblast výjezdové základny Jilemnice)	Krajská nemocnice Liberec, a.s.

Královéhradecký kraj

Okres	IC (primární spád)	KCC (sekundární spád)
Trutnov	Oblastní nemocnice Trutnov a.s.	Fakultní nemocnice Hradec Králové
Jičín	Fakultní nemocnice Hradec Králové Oblastní nemocnice Trutnov a.s.	Fakultní nemocnice Hradec Králové
Náchod	Oblastní nemocnice Náchod a.s.	Fakultní nemocnice Hradec Králové
Hradec Králové	Fakultní nemocnice Hradec Králové	Fakultní nemocnice Hradec Králové
Rychnov n./K.	Fakultní nemocnice Hradec Králové Oblastní nemocnice Náchod a.s.	Fakultní nemocnice Hradec Králové

Pardubický kraj

Okres	IC (primární spád)	KCC (sekundární spád)
Pardubice	Pardubická krajská nemocnice, a.s.	Fakultní nemocnice Hradec Králové
Chrudim	Pardubická krajská nemocnice, a.s.	Fakultní nemocnice Hradec Králové
Ústí n. Orlicí	Litomyšlská nemocnice, a.s.	Fakultní nemocnice Hradec Králové
Svitavy	Litomyšlská nemocnice, a.s.	Fakultní nemocnice Hradec Králové

Jihomoravský kraj

Okres	IC (primární spád)	KCC (sekundární spád)
Brno-město	Fakultní nemocnice u sv. Anny Brno + Fakultní nemocnice Brno	Fakultní nemocnice u sv. Anny Brno + Fakultní nemocnice Brno

Brno-venkov	Fakultní nemocnice u sv. Anny Brno + Fakultní nemocnice Brno	Fakultní nemocnice u sv. Anny Brno + Fakultní nemocnice Brno
Blansko	Fakultní nemocnice u sv. Anny Brno + Fakultní nemocnice Brno	Fakultní nemocnice u sv. Anny Brno + Fakultní nemocnice Brno
Znojmo	Nemocnice Znojmo, p.o.	Fakultní nemocnice u sv. Anny Brno + Fakultní nemocnice Brno
Břeclav	Nemocnice Břeclav, p.o.	Fakultní nemocnice u sv. Anny Brno + Fakultní nemocnice Brno
Hodonín	Nemocnice Vyškov, p.o. Uherskohradištská nemocnice a.s.	Fakultní nemocnice u sv. Anny Brno + Fakultní nemocnice Brno
Vyškov	Nemocnice Vyškov, p.o.	Fakultní nemocnice u sv. Anny Brno + Fakultní nemocnice Brno

Zlínský kraj

Okres	IC (primární spád)	KCC (sekundární spád)
Kroměříž	Krajská nemocnice T. Bati, a.s. Uherskohradištská nemocnice a.s.	Fakultní nemocnice Olomouc
Vsetín	Krajská nemocnice T. Bati, a.s.	Fakultní nemocnice Olomouc
Zlín	Krajská nemocnice T. Bati, a.s.	Fakultní nemocnice Olomouc
Uherské Hradiště	Uherskohradištská nemocnice a.s.	Fakultní nemocnice U sv. Anny Brno + Fakultní nemocnice Brno

Olomoucký kraj

Okres	IC (primární spád)	KCC (sekundární spád)
Jeseník	Fakultní nemocnice Olomouc	Fakultní nemocnice Olomouc
Šumperk	Fakultní nemocnice Olomouc	Fakultní nemocnice Olomouc
Olomouc	Fakultní nemocnice Olomouc	Fakultní nemocnice Olomouc
Prostějov	Středomoravská nemocniční a.s. – o.z. Nemocnice Prostějov Fakultní nemocnice Olomouc	Fakultní nemocnice Olomouc
Přerov	Fakultní nemocnice Olomouc	Fakultní nemocnice Olomouc

Moravskoslezský kraj

Okres	IC (primární spád)	KCC (sekundární spád)
Bruntál Rýmařovsko z okresu Bruntál	Sdružené zdravotnické zařízení Krnov, p.o.	Fakultní nemocnice Ostrava Fakultní nemocnice Ostrava, případně Fakultní nemocnice Olomouc
Opava	Fakultní nemocnice Ostrava Městská nemocnice Ostrava p.o.	Fakultní nemocnice Ostrava
Nový Jičín	Vítkovická nemocnice a.s.	Fakultní nemocnice Ostrava
Ostrava-město	Vítkovická nemocnice a.s. Městská nemocnice Ostrava, p.o. Fakultní nemocnice Ostrava	Fakultní nemocnice Ostrava
Ostrava-Poruba	Fakultní nemocnice Ostrava	Fakultní nemocnice Ostrava
Karviná	Karvinská hornická nemocnice a.s. Nemocnice Třinec, p.o. Městská nemocnice Ostrava, p.o.	Fakultní nemocnice Ostrava
Frýdek-Místek	Nemocnice Třinec, p.o. Městská nemocnice Ostrava, p.o.	Fakultní nemocnice Ostrava

III. Triáž pacientů s akutní CMP a péče o pacienta v IC a KCC

IV. Indikátory výkonnosti a kvality KCC/IC

Vzhledem k problematice, která nemá přímou souvislost s výkonem primární péče odkazujeme zájemce o studium těchto textů na http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c10/2012_7175_2510_11.html

Z výše uvedených kapitol vjímací k publikaci v tomto periodiku následující:

Indikace včasné léčebné rehabilitace a následné péče:

- Pacient s funkčním deficitem (hybným, kognitivním, fatickým, psychickým) je indikován k okamžitému zahájení potřebné fyzioterapie a rehabilitačního ošetřovatelství již na akutním lůžku KCC a IC (neurologické a neurochirurgické oddělení) a po stabilizaci klinického stavu k překladi na lůžko včasné léčebné rehabilitace v rámci KCC nebo IC. Při dalším zlepšování funkčního stavu a stabilizaci klinických příznaků a při potřebě další komplexní léčebné rehabilitace se překládá do zdravotnického zařízení poskytovatele následné lůžkové péče (viz §9 odst. (2) písm. c) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování). V případě, že funkční stav umožňuje samostatnou pohyblivost, dochází pacient na ambulantní rehabilitační nebo fyzioterapeutické pracoviště. V případě, že pacient zůstává nedostatečně soběstačný, těžce pohybově postižený (s těžkou disabilitou) a další zlepšování funkčního stavu je nepravděpodobné či dlouhodobé, překládá se na lůžko dlouhodobé péče nebo ošetřovatelská sociální lůžka nebo je mu poskytována domácí péče a s dlouhodobými sociálními podporami a službami žije doma.
- Pacient po stabilizaci stavu s malým nebo žádným hybným, kognitivním, fatickým, psychickým deficitem je propuštěn do domácí péče s event. ambulantní péčí neurologickou a rehabilitační, nebo pouze fyzioterapeutickou, ergoterapeutickou, psychologickou anebo logopedickou terapií.
- Pacient po stabilizaci stavu (hospitalizaci na jednotce intenzivní péče KCC/IC prvních 24 hodin po vzniku CMP), který není indikován k intenzivní rehabilitační léčbě, může být směřován na standardní neurologické či neurochirurgické lůžkové oddělení, na jiné lůžkové oddělení, event. k jinému poskytovateli lůžkové péče dle dominujících klinických příznaků.

Příloha – NIHSS (mNIHSS) škála

1/a Úroveň vědomí

- 0: norma
- 1: somnolence, nutná mírná stimulace
- 2: sopor-reakce na algické podněty
- 3: koma

1/b Odpověď na otázku: datum a den narození

- 0: odpovídá správně na obě otázky
- 1: odpovídá správně na jednu otázku
- 2: odpovídá špatně na obě otázky

1/c Provedení pokynu: otevřete a zavřete oči

- 0: vyhoví oběma pokynům
- 1: vyhoví 1 pokynu
- 2: nevyhoví žádnému pokynu

2/ Testování pohledu /jen horizontální/

- 0: je normální, beze změny
- 1: parciální paréza pohledu
- 2: fixování deviate bulbů

3/ Testování zorného pole

- 0: norma
- 1: částečná hemianopsie
- 2: kompletní hemianopsie
- 3: oboustranná hemianopsie

4/ Testování obličeje

- 0: norma, symetrický pohyb
- 1: asymetrie, minimální paréza
- 2: částečná paréza dolní části obličeje
- 3: kompletní plegie

5/ Motorické funkce HKK

- 0: norma
- 1: nevydrží celých 10s LHK.... PHK
- 2: viditelná síla proti gravitaci, ale nedosáhne požadovaného úhlu a končetina padá
- 3: žádná síla proti gravitaci, pád končetiny
- 4: žádný pohyb
- 9: amputace

6/ Motorické funkce DKK

- 0: norma
- 1: nedokončí 5s a končetina padá LDK.... PDK....
- 2: viditelná síla proti gravitaci, ale nedokončí 5s a pokládá DK
- 3: žádná síla proti gravitaci, pád končetiny
- 4: žádný pohyb
- 9: nelze hodnotit, amputace

7/ Ataxie končetin /jen je-li 56s = 0/

- 0: bez poruchy
- 1: ataxie unilaterálně na HK nebo DR
- 2: ataxie unilaterálně na HK i DK nebo bilaterálně
- 9: nelze hodnotit

8/ Senzorické funkce

- 0: normální bez defektu
- 1: částečná ztráta cití
- 2: těžká až úplná ztráta cití

9/ Testování řeči

- 0: bez afázie, normální funkce
- 1: lehká až střední afázie
- 2: těžká afázie, fragmentovaná řeč
- 3: globální afázie

10/ Dysartrie

- 0: normální artikulace
- 1: lehká až střední dysartrie
- 2: těžká porucha artikulace, pacientovi není rozumět
- 9: intubace

11/ Neglect

- 0: normální nález
- 1: částečný neglect
- 2: kompletní neglect

Praktickým lékařem v Irsku

MUDr. Patrik Novák

Praktický lékař v Castle Mill Medical Centre, Balbriggan, Irsko



Před rokem a půl jsem měl příležitost odjet do zahraničí praktikovat všeobecnou medicínu. Všeobecnou doslova, protože v Irsku, kam nabídka platila funguje koncept rodinného lékařství, stejně jako ve Velké Británii, Austrálii nebo Spojených státech. Měl jsem možnost ověřit si na vlastní kůži kouzla a úskalí péče o děti a dospělé. Bylo to v době krátce po absolvování atestace z Všeobecného praktického lékařství, v době mé stále nenaplněné touhy po výpravě za hranice. Přijal jsem práci pro malou firmu, která v Dublinu zajišťuje návštěvní službu pro praktické lékaře. Vyjednává pro ně též zástupy na různě dlouhou dobu (locums). Její majitel má též ordinaci pro své pacienty a podniká ve fitness oboru.

Irsko je krásná ostrovní země a jako součást Evropské unie se v mnohém podobá České republice. Není proto těžké se přizpůsobit místnímu stylu života. Neubráníte se ale pocitu odlišnosti od života v kontinentální Evropě. To platí samozřejmě i o klimatu, o kterém žertují neustále i sami Irové. Ti jsou jinak velice srdeční a stále otevření kolegům z celého světa. Ostrovní příroda je rozmanitá a plná stále nových míst k objevování. Některé kulturní památky země jsou světově unikátní, jako například prehistorická sídliště Tara a Newgrange. Další historická místa podávají svědectví o pohnuté době britské správy, která skončila teprve na počátku minulého století.



Blessington Lake

Ještě před příletem na Irskou půdu jsem si musel zařídit povolení českých úřadů. Dále mi už byl nápomocný můj zaměstnavatel v zařízení registrace Irskou lékařskou komorou (Ireland Medical Council), ve sjednání pojištění odpovědnosti v zaměstnání a v jednání s místními úřady.



Mohl jsem se proto více soustředit na svojí práci a začít si “brousit” irskou angličtinu. Velmi mi pomohl první “pozorovací” týden v ordinaci praktického lékaře (GP - General Practitioner). Hlavní náplň mé práce spočívala v návštěvách pacientů v domácnostech, hotelích, domovech pro seniory, různých ústavech a u vojáků z povolání. Tato u nás netradiční služba přináší mnoho zkušeností a také zajímavých momentů. Posílá vás například za námořníkem s abscesem kůže, jehož loď právě kotví v Dublinu, a který byl předtím ošetřen lékařem v Amsterdamu. K těm dalším zajímavým rozhodně patří výjezd na místo natáčení populárního irského seriálu, protože jeho hlavní hrdina ztrácí hlas kvůli nachlazení. K velmi humorným se řadí návštěvy u studentů například z Jižní Ameriky, kteří se přijeli učit anglicky, takže jazyk zatím neumí a češtinu od nich také očekávat nemůžete. Naopak šok pro každého z nás lékařů firmy vždy znamenal výjezd k pacientovi, který měl být dobrovolně přijat na psychiatrické oddělení, k čemuž byla také nutná účast rodiny a policie. Většina péče je ale, stejně jako v ordinaci, o chronicky nemocné, kteří nemohou navštívit svého praktického lékaře.

Státní zdravotní služba (HSE) umožňuje trvale pobývajícím a pracujícím na území Irska bezplatnou zdravotní péči v mnoha směrech. Stále jsou však služby, které si pacient



Grafton Street, Dublin

musí zaplatit. Velké množství výhod poskytuje tzv. Zdravotní karta, jejíž vystavení má však přísné podmínky. I ty HSE nadále zpřisňuje, obzvláště v poslední době, což je v souladu s dalšími úspornými opatřeními, ke kterým Irsko v nedávné době muselo přistoupit. Velké procento obyvatel využívá nabídky soukromého zdravotního pojištění, které mnohdy umožní rychlejší přístup ke zdravotní péči a otevírá dveře k nadstandartu soukromých klinik. Návštěva praktického lékaře je pro držitele Zdravotní karty (nebo GP Visit Card) zdarma, ostatní platí okolo 50 . Ordinační hodiny se příliš neliší od našich, ale spektrum práce je odlišné. Jak jsem již zmínil, zahrnuje ošetřování dospělých a dětských pacientů a ambulantní gynekologii, včetně prohlídek těhotných. Kromě toho se někteří GP specializují například na malou chirurgii, pohlavně přenosné choroby a respirační nebo sportovní medicínu.

Po roce povolání "Doctor on Call" jsem zatoužil vrátit se zpět do ordinace. Přidal jsem se k malé klinice na sever od Dublinu, kterou vede Kanaďan dlouhodobě žijící v Irsku. Součástí ordinace jsou dvě recepční (jedna má i úlohu manažera) a zdravotní sestra. Pacienti mohou dále využívat služeb psychoterapeuta, fyzioterapeuta a plastického chirurga, kteří do ordinace dojíždí. Ordinace je šťastně situována v obchodním centru se supermarketem a součástí objektu je i stomatologie a lékárna. Toto uskupení je pro všechny velmi finančně výhodné.



Pohled na střed Balbrigganu

Na rozdíl od rušného Dublinu je Balbriggan klidné přímořské městečko s 15 000 obyvateli, kteří většinou dojíždí za prací do velkoměsta.

Velmi rád jsem uvítal tuto příležitost vrátit se ke klasické práci praktika, k větší míře organizovanosti a nižší hladině adrenalinu. Byl jsem ale také připraven na to, že se budu muset naučit celou řadu nových věcí. Většinu konzultací, tak tu říkají návštěvě u lékaře, tvoří běžné zdravotní potíže jako nachlazení, střevní obtíže, ekzémy nebo bolesti zad. Další velkou skupinou jsou prohlídky těhotných, o které se praktik stará spolu s porodnicí, prohlídky novorozenců a očkování dětí. Se sestrou si dělíme odběry krve a odběry na cytologii děložního čípku. Preventivní prohlídky, jak fungují u nás, zde nejsou. Státem financovaných preventivních programů je pouze několik. Možná díky tomu existují pacienti, kteří celkovou zdravotní prohlídku žádají a jsou za ni ochotni zaplatit nemalé peníze. V ordinaci je zaregistrovaných několik tisíc pacientů mnoha národností z Evropy, Afriky či Asie. Jedná se pouze o "private patients", o pacienty, kteří za návštěvu platí. K péči o státní pojištěnce musí mít GP přidělen kontrakt a pak je systém podobný tomu našemu, kdy mu vzniká nárok na příspěvek na pacienta a další mnohdy štědré výhody.



Castle Mill Medical Centre

Většina dospělých pacientů, které ošetřujeme, jsou mladí lidé kolem 30 let věku. Chronicky nemocní pacienti s potřebou kontinuální péče nebo senioři mají většinou zdravotní kartu a dochází tedy do střediska ve středu města, které má smlouvu s HSE. Dále je ve městě ještě jedno menší zdravotní středisko. Dalo by se říct, že jsme všichni sobě navzájem konkurencí. Setkal jsem se s tím, že pacienti v případě nespokojenosti volí okamžitě jiné centrum. Někdy také vidíme pacienty od kolegů z města, protože jim nebylo vyhověno v žádosti o rychlou konzultaci nebo prostě chtějí "second opinion" - názor dalšího lékaře. Většina GP má dobře fungující objednávkový systém, hlavně z důvodu péče o velké množství pacientů. Na druhé straně zejména v letních měsících, kdy je návštěv méně, je možné mít schůzku i na počkání (walk-in). Sezení s pacientem probíhá běžným způsobem jako v ČR přičemž je kladen důraz na etiketu, na kterou si většina, hlavně Irských pacientů,



V ordinaci

potrpí.

Vyhnete se tak nebo snížíte riziko soudního sporu, které je zde několiknásobně vyšší a částky se pohybují zcela v jiných řádech. I proto je téměř povinnost sjednat si kvalitní pojištění přímo na míru vašeho povolání.

Můj šéf je velký pracant a fanda toho, co dělá. Proto je klinika otevřená i v sobotu a o svátcích. Kromě toho máme oba možnost přivydělat si službami mimo pracovní dobu na pohotovosti. Administrativní činností netrávím mnoho a jedná se převážně o psaní formálních žádostí specialistům. Vzhledem k dlouhým čekacím dobám je kvalitní žádost často jediný způsob, jak zajistit pacientovi brzkou konzultaci. Akutní případy směřujeme na oddělení Accident and Emergency blízko nemocnice. V mnoha případech je to však na protest pacientů, protože ti nezřídka stráví na oddělení dlouhé hodiny. Další administrativa se týká prohlídek řidičů, studentů, vyřizování požadavků pro pojišťovny a soudy, žádostí o podporu v mateřství a pracovních neschopností. Ne již tolik žádostí o invalidní důchod nebo lázeňskou péči z důvodu jiného systému než v ČR.

Všichni lékaři jsou apelováni k udržování svých dovedností a znalostí, tak jako u nás. Toto prosazuje Irská lékařská

komora ve spolupráci s ICGP (Irish College of General Practitioners) v případě praktických lékařů, což je společnost s podobným zaměřením jako SVL ČLS JEP. Vstup do schématu je povinný a je za poplatek. Jeho pravidla jsou jasně dána a spočívají v ročním shromažďování kreditů, které si každý ukládá online na svém profilu. S tímto přísným systémem se začalo teprve minulý rok. Má umožnit větší záruku kvalitní péče od lékařů, z nichž mnozí jsou mezinárodní absolventi lékařských fakult. Rád bych se zde také zmínil o lékařských odborech neboli o bojovníku za práva lékařů - IMO. Irish Medical Organization zastřešuje všechny odbornosti a tudíž i praktické lékaře. V současné době například vyzývá všechny GP, aby svým kolegům v přípravě pomohli bránit se proti snížení jejich ohodnocení uvalené na ně státem. Podle mého názoru je ale činnost českého ekvivalentu - SPL, který reprezentuje pouze praktické lékaře v mnoha směrech efektivnější.

Jako většina praktických lékařů mám velmi rád svůj obor, a proto mohu zahraniční zkušenost v Irsku doporučit. Nejenom z důvodu, že přináší mnoho nových výzev a rozšiřuje úhel pohledu na medicínu. Také kvůli lákavé koncepci praktického lékařství, která nabízí větší diverzitu a tím i větší naplnění a uspokojení. Chystám se zde ještě setrvat, ale již nyní mohu říct, že jsem bohatší o mnoho jedinečných okamžiků ať už srdcervoucích nebo spíše těch, které vám vykouzlí úsměv na tváři.



Prehistorické sídlo Knowth



Pracovně v Trinity College

Pro zájem o bližší informace praktického rázu mě neváhejte kontaktovat.

MUDr. Patrik Novák, absolvent 2. LF UK v r. 2006, atestace z praktického lékařství v r. 2010, člen Mladých praktiků, praktický lékař v Castle Mill Medical Centre, Balbriggan, Irsko.

novak1pat@gmail.com

**NAŘÍZENÍ VLÁDY
č. 307/2012 Sb.
ze dne 29. srpna 2012**

o místní a časové dostupnosti zdravotních služeb

§ 1

Místní dostupnost

Dojezdové doby vyjadřující místní dostupnost zdravotních služeb hrazených z veřejného zdravotního pojištění (dále jen „hrazené služby“) jsou uvedeny v příloze č. 1 k tomuto nařízení. Dojezdové doby stanovené pro jednotlivé obory nebo služby jsou stanoveny jako nejzazší možné.

§ 2

Časová dostupnost

(1) Plánovanými hrazenými službami se pro účely tohoto nařízení rozumí hrazené služby, jejichž poskytnutí je z důvodu veřejného zájmu¹⁾ třeba plánovat tak, aby pojištěncům k nim byl zajištěn dostatečný, trvalý a vyvážený přístup. Plánované hrazené služby jsou uvedeny v příloze č. 2 k tomuto nařízení.

(1) Plánované hrazené služby se poskytují ve lhůtě, která je lékařsky odůvodnitelná a vychází z objektivního lékařského posouzení současného zdravotního stavu pojištěnce, anamnézy a pravděpodobného průběhu jeho nemoci, bolestivosti nebo povahy jeho onemocnění (dále jen „lhůta časové dostupnosti“). Lhůtu časové dostupnosti stanoví v rámci sestavení individuálního léčebného postupu²⁾ ošetřující zdravotnický pracovník³⁾ který plánovanou hrazenou službu indikoval, přičemž tato lhůta nesmí překročit lhůtu stanovenou pro tuto plánovanou hrazenou službu v příloze č. 2 k tomuto nařízení. Lhůta časové dostupnosti počíná běžet dnem následujícím po dni, kdy ošetřující zdravotnický pracovník plánovanou hrazenou službu indikoval a potřebu této služby a lhůtu časové dostupnosti k jejímu poskytnutí zapsal do zdravotnické dokumentace pojištěnce. O nesplnění lhůty časové dostupnosti se nejedná v případě, kdy zdravotní pojišťovna poskytnutí plánované hrazené služby pojištěnci ve stanovené lhůtě časové dostupnosti zajistí, ale pojištěnec si sám zvolí jiného smluvního poskytovatele, který mu plánovanou hrazenou službu poskytne po uplynutí této lhůty.

(1) O plánované hrazené služby nejde a postup podle odstavců 1, 2 a přílohy č. 2 k tomuto nařízení se nepoužije, je-li třeba zdravotní službu uvedenou v této příloze poskytnout jako akutní nebo neodkladnou zdravotní péči. § 3

Účinnost

Toto nařízení nabývá účinnosti dnem 1. ledna 2013.

Příloha č. 1 k nařízení vlády č. 307/2012 Sb.

1. Dojezdová doba vyjadřující místní dostupnost hrazených služeb podle oborů nebo služeb poskytovaných poskytovateli ambulantní péče

skupina	dojezdová doba (v minutách)	Obor nebo služba
1	35	všeobecné praktické lékařství praktické lékařství pro děti a dorost gynekologie a porodnictví zubní lékař lékárna
2	45	diabetologie chirurgie neurologie oftalmologie otorinolaryngologie ortopedie radiologie a zobrazovací metody (jen ultrazvukové a rentgenové a skiagrafické vyšetření) rehabilitační a fyzikální medicína fyzioterapie urologie vnitřní lékařství
3	60	gastroenterologie kardiologie pneumologie a ftizeologie hematologie a transfúzní lékařství revmatologie hemodialýza psychiatrie psychologie logopedie dermatovenerologie
4	90	alergologie a klinická imunologie angiologie endokrinologie nefrologie klinická onkologie dětská chirurgie dětská a dorostová psychiatrie dětská neurologie ortodoncie počítačová tomografie
5	120	dětská gynekologie foniatrie a audiologie radiační onkologie magnetická rezonance nukleární medicína kardiochirurgie neurochirurgie cévní chirurgie infekční lékařství lékařská genetika plastická chirurgie geriatrie sexuologie

2. Dojezdová doba vyjadřující místní dostupnost hrazených služeb podle oborů nebo služeb poskytovaných poskytovateli lůžkové péče

skupina	dojezdová doba (v minutách)	Obor nebo služba
1	60	anesteziologie a intenzivní medicína gynekologie a porodnictví neonatologie dětské lékařství chirurgie vnitřní lékařství dlouhodobá péče (ošetřovatelská péče)
2	75	neurologie ortopedie pneumologie a ftizeologie rehabilitační a fyzikální medicína (akutní lůžková péče) urologie
3	120	traumatologie klinická onkologie dermatovenerologie infekční lékařství oftalmologie otorinolaryngologie psychiatrie následná lůžková péče (léčebně rehabilitační péče)
4	180	kardiochirurgie neurochirurgie cévní chirurgie radiační onkologie geriatrie

Příloha č. 2 k nařízení vlády č. 307/2012 Sb.

Plánované hrazené služby se lhůtou časové dostupnosti

Plánované hrazené služby	Lhůta časové dostupnosti, kterou nelze překročit
Náhrada kyčelního kloubu	52 týdnů
Náhrada kolenního kloubu	52 týdnů
Artroskopie	8 týdnů
Angiografie nekoronárních tepen a vaskulární intervenční výkony	8 týdnů
Echokardiografie	10 týdnů
Operace katarakty	30 týdnů
Endoskopické vyšetření	4 týdny
Denzitometrie	16 týdnů
Skiografie a sonografie	2 týdny
Počítačová tomografie	3 týdny
Magnetická resonance	5 týdnů
Mamografické vyšetření	6 týdnů
Zahájení biologické léčby roztroušené sklerózy	4 týdny

**VYHLÁŠKA
č. 442/2012 Sb.
ze dne 4. prosince 2012,**

kteřou se stanoví nákladové indexy věkových skupin pojištěnců veřejného zdravotního pojištění pro rok 2013

Nákladové indexy pro přerozdělování pojistného na všeobecné zdravotní pojištění pro rok 2013

Věková skupina pojištěnců		Nákladové indexy podle pohlaví pojištěnců	
od	do	muži	ženy
0	5	1,5255	1,3637
5	10	0,9127	0,779
10	15	0,8896	0,8758
15	20	0,7706	1,00
20	25	0,6437	0,9764
25	30	0,7283	1,2934
30	35	0,8322	1,425
35	40	0,9061	1,3308
40	45	1,058	1,3714
45	50	1,2877	1,6096
50	55	1,7262	1,9598
55	60	2,34	2,2332
60	65	3,0093	2,5969
65	70	3,7962	3,2337
70	75	4,4303	3,7718
75	80	4,9973	4,3941
80	85	5,2189	4,7417
85	a více	5,317	5,1709

**VYHLÁŠKA
č. 410/2012 Sb.
ze dne 21. listopadu 2012**

**o stanovení pravidel a postupů
při lékařském ozáření**

Ministerstvo zdravotnictví v dohodě se Státním úřadem pro jadernou bezpečnost stanoví podle § 95 odst. 4 zákona č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, (dále jen „zákon“) k provedení § 72 odst. 3 zákona:

§ 1

Tato vyhláška zpracovává příslušné předpisy Evropské unie¹⁾ a upravuje

- a) pravidla ochrany zdraví osob před riziky vyplývajícími z ionizujícího záření v souvislosti s lékařským ozářením,
- b) pravidla a postupy při radiační ochraně osob při lékařském ozáření neupravené národními radiologickými standardy.

§ 2

**Rozsah a způsob optimalizace radiační ochrany při
lékařském ozáření**

V rámci optimalizace radiační ochrany při lékařském ozáření se vedle postupů stanovených právními předpisy upravujícími mírové využívání jaderné energie a ionizujícího záření²⁾ zajistí tyto postupy:

- a) při vyšetření v oblasti radiodiagnostiky, včetně intervenční radiologie a kardiologie, se použije zobrazovací metoda tak, aby dávky ve tkáních byly co nejnižší, aniž by se tím omezilo získání nezbytných radiodiagnostických informací,
- b) při vyšetření v oblasti nukleární medicíny se aplikuje pouze nezbytné množství radionuklidu o požadované čistotě a aktivitě, které zaručuje dostatečnou diagnostickou informaci při co nejnižší radiační zátěži pacienta,
- c) při výkonech v oblasti radioterapie se zajistí, aby lékařské ozáření směřovalo na cílový objem tkání, na který je léčba zářením zaměřena; ozáření cílového objemu tkání se provádí pouze v rozsahu nezbytném k dosažení požadovaného léčebného účinku a ozáření ostatních tkání musí být tak nízké, jak lze rozumně dosáhnout bez omezení léčebného přínosu.

§ 3

Obsah činností indikujícího lékaře a aplikujícího odborníka, kteří se podílejí na lékařském ozáření

- (1) Indikující lékař a aplikující odborník v rámci procesu odůvodnění lékařského ozáření
 - a) vždy vezme v úvahu účinky, přínosy a rizika dostupných metod, které vedou k těmto cílům, avšak nezahrnují žádné ozáření ionizujícím zářením nebo způsobují nižší ozáření ionizujícím zářením,
 - b) se dotáže před každým použitím zdroje ionizujícího záření k lékařskému ozáření pacienta na předchozí

aplikace radionuklidů a ionizujícího záření, které by mohly mít význam pro uvažované vyšetřování nebo léčbu; u ženy v reprodukčním věku se též dotáže na těhotenství nebo kojení dítěte; zjištěné údaje, které by mohly mít význam pro uvažované vyšetřování nebo léčbu, zaznamená do zdravotnické dokumentace pacienta.

(2) Indikující lékař dále

- a) jestliže doporučí provedení lékařského ozáření, v žádosti k provedení lékařského ozáření kromě náležitostí stanovených právními předpisy upravujícími obsah a náležitosti zdravotnické dokumentace³⁾ dále uvede
 1. klinickou diagnózu a číselnou diagnózu podle Mezinárodního statistického klasifikačního seznamu nemocí a přidružených zdravotních problémů,
 2. informace o skutečnostech významných pro provedení lékařského ozáření pacienta,
 3. cíl, očekávaný přínos a odůvodnění požadavku lékařského ozáření,
 4. údaje o předchozích aplikacích radionuklidů a ionizujícího záření, které by mohly mít význam pro uvažované vyšetření nebo léčbu,
 5. zpracovává zvláštní písemné odůvodnění, jde-li o ověřování nezavedené metody s lékařským ozářením, pro které není vydáváno závazné stanovisko Státního úřadu pro jadernou bezpečnost podle § 36 zákona.

(3) Aplikující odborník dále posoudí cíl a očekávaný přínos vyžádaného lékařského ozáření a provedení ozáření

- a) schválí; v takovém případě v souladu s místními radiologickými standardy určí pracoviště, konkrétní zdroj ionizujícího záření, termín a čas pro provedení lékařského ozáření, nebo
- b) zamítne; v takovém případě tuto skutečnost uvede v informaci o vyšetření nebo léčbě, a připojí své jméno, popřípadě jména, a příjmení, datum a podpis; k informaci o vyšetření nebo léčbě v elektronické formě připojí svůj uznávaný elektronický podpis.

§ 4

Pravidla a postupy při radiační ochraně osob ozařovaných pro lékařsko-právní postupy bez lékařské indikace

Při ozáření osoby v rámci lékařsko-právních postupů bez lékařské indikace se použijí pouze uznávané medicínské postupy. Při zjišťování, zda je ozáření v rámci lékařsko-právních postupů odůvodněno, se přihlíží ke zvláštní povaze účelu tohoto ozáření, jímž není diagnostický nebo léčebný přínos včetně přímého přínosu pro zdraví osoby, která ozáření podstupuje. Dávka nebo parametry ozáření umožňující odhad dávky nebo aktivita určená a aplikovaná v rámci lékařského ozáření se zaznamenává do zdravotnické dokumentace vedené o osobě uvedené ve větě první.

§ 5

Pravidla a postupy při radiační ochraně při lékařském ozáření v rámci pracovnílékařských služeb a preventivní zdravotní péče

- (1) Při lékařském ozáření osoby v rámci pracovnílékař-

ských služeb a preventivní zdravotní péče, včetně vyhledávacích vyšetření, se použijí pouze uznávané medicínské postupy. Při zjišťování, zda je ozáření odůvodněno, se přihlíží ke zvláštní povaze účelu tohoto ozáření, jímž je zjištění onemocnění. Dávka nebo parametry ozáření umožňující odhad dávky nebo aktivita určená a aplikovaná v rámci lékařského ozáření se zaznamenává do zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi.

- (2) Lékařské ozáření v rámci preventivní péče, včetně nově zaváděných vyhledávacích vyšetření, může být provedeno pouze tehdy, pokud je optimalizační studií prokázáno, že celospolečenský přínos plynoucí z preventivní péče bude vyšší než možná újma způsobená ionizujícím zářením.
- (3) Optimalizační studie je postup, který zajišťuje odůvodnění a optimalizaci ozáření při lékařském ozáření, které je součástí preventivní péče, včetně vyhledávacích vyšetření, a provádí se před zařazením lékařského ozáření do postupů v rámci poskytování preventivní péče. V průběhu zpracování optimalizační studie se zejména vzájemně porovnává předpokládaný počet osob, které budou vystaveny lékařskému ozáření, předpokládaná úspěšnost zjištění vyhledávaného onemocnění a jeho léčby a předpokládaný počet osob, u nichž by na základě pravděpodobnosti vzniku stochastických účinků ionizujícího záření mohlo dojít k újmě. Současně se posuzuje, zda může být stejného účelu dosaženo použitím metody bez ionizujícího záření.
- (4) Optimalizační studie se provede opakovaně, pokud v průběhu poskytování preventivní zdravotní péče dojde k významnému odchýlení od ukazatelů, na nichž byla studie založena.

§ 6

Pravidla a postupy při radiační ochraně osob v rámci dobrovolné účasti zdravých osob nebo pacientů na lékařském ověřování nezavedené metody spojené s lékařským ozářením

§ 7

Pravidla a postupy radiační ochrany pacientek ozařovaných v průběhu těhotenství a kojení

Lékařské ozáření pacientek v průběhu těhotenství lze provést pouze v neodkladných případech nebo z důvodů indikace pro potřeby porodu; přitom je nezbytné vždy zvlášť pozorně zvažovat nutnost získání požadované diagnostické informace nebo léčebného přínosu, kterého má být dosaženo při použití zdrojů ionizujícího záření. Současně je třeba volit zdroj ionizujícího záření a postupy, které zajistí maximální ochranu embrya nebo plodu. U kojících žen musí být při vyšetření v rámci nukleární medicíny věnována obdobná pozornost odůvodnění lékařského ozáření a posouzení jeho naléhavosti.

§ 8

Pravidla a postupy při radiační ochraně nezletilého pacienta v rámci jeho lékařského vyšetření nebo léčby

Při vyšetření nezletilého pacienta může být lékařské ozáření provedeno pouze s použitím vhodných zdravotnických prostředků a postupů určených pro tuto skupinu pacientů. Při lékařském ozáření nezletilého pacienta se věnuje zvýšená pozornost hodnocení tohoto ozáření.

§ 9

Pravidla a postupy hodnocení místních radiologických standardů a jejich souladu s národními radiologickými standardy

§ 10

Minimální požadavky na personální zabezpečení externího klinického auditu

§ 11

Účinnost

Tato vyhláška nabývá účinnosti dnem 1. prosince 2012.

Česká správa sociálního zabezpečení informuje o používání nového tiskopisu „Přehled o výši pojistného“ od 1. 1. 2013

Zavedením důchodového spoření podle zákona č. 426/2011 Sb., o důchodovém spoření, přijetím zákona č. 397/2012 Sb., o pojistném na důchodové spoření a zákona č. 399/2012 Sb., o změně zákonů v souvislosti s přijetím zákona o pojistném na důchodové spoření, je s účinností od 1. 1. 2013 novelizován zákon č. 589/1992 Sb., o pojistném na sociální zabezpečení a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti.

Touto novelizací se mj. v ustanovení § 7 odst. 1 písm. b) nově stanovuje sazba pojistného u zaměstnance, která činí

- (1) **6,5 % z vyměřovacího základu u zaměstnance, který není v rozhodném období účasten důchodového spoření,**
- (2) **3,5 % z vyměřovacího základu u zaměstnance, který je v rozhodném období účasten důchodového spoření,**

a zároveň v novém § 9a se zaměstnavateli ukládá povinnost v případě, že aspoň jeden zaměstnanec je účasten důchodového spoření, je povinen na tiskopisu „Přehled o výši pojistného“ uvádět též úhrn vyměřovacích základů zaměstnanců, kteří jsou účastni důchodového spoření.

V souvislosti s touto změnou právní úpravy je nově upraven tiskopis „Přehled o výši pojistného“ pro rok 2013, a to tak, že se samostatně vykazuje úhrn vyměřovacích základů a pojistného u zaměstnanců bez účasti na důchodovém spoření (6,5 %) a samostatně u zaměstnanců s účastí na důchodovém spoření (3,5 %) a zároveň se samostatně vykazuje také úhrn vyměřovacích základů všech zaměstnanců a pojistné ve výši 25 % (popř. 26 %), které je povinen platit zaměstnavatel. Nový tiskopis, který bude umístěn na webových stránkách České správy sociálního zabezpečení v části „Nemocenské pojištění“ > „Tiskopisy“, je třeba **použít poprvé při vykazání pojistného za kalendářní měsíc leden 2013, tedy v období od 1. do 20. února 2013.** Od tohoto měsíce již nelze používat tiskopisy používané pro kalendářní roky 2012 a dříve.

K nové úpravě tiskopisu „Přehled o výši pojistného“ Českou správu sociálního zabezpečení vedla také skutečnost, že novelizací vyhlášky č. 383/2009 Sb., o účetních záznamech je mj. požadována samostatná analytická evidence pro předpisy pojistného za zaměstnance a samostatná analytická evidence pro předpisy pojistného zaměstnavatelů.

Upozornění pro zaměstnavatele

Česká správa sociálního zabezpečení upozorňuje zaměstnavatele, kteří si pro kalendářní rok 2012 stanovili zvýšenou sazbu pojistného ve výši 26 % z vyměřovacího základu /§ 7 odst. 1 písm. a) bod 2. zákona č. 589/1992 Sb., v platném znění/, že tato zvýšená sazba pojistného pro ně platí pouze pro tento rok. Pokud budou splňovat stanovené podmínky a budou chtít zvýšenou sazbu pojistného používat i v roce 2013, musí tuto skutečnost písemně oznámit příslušné okresní správě sociálního zabezpečení (Pražské správě sociálního zabezpečení, Městské správě sociálního zabezpečení Brno) nejpozději do 20. ledna 2013. K písemnému oznámení učiněnému po tomto dni se nebude přihlížet. Obdobně to platí i pro zaměstnavatele, kteří si chtějí nově stanovit tuto zvýšenou sazbu pojistného pro rok 2013.

Vážení čtenáři a řešitelé testů,

dle nového Stavovského předpisu České lékařské komory č. 16, podle § 5 přílohy č.1, jsou od 1.7. 2012 všechny znalostní testy v odborných časopisech hodnoceny jednotně, a to 2 kredity. Za správné vyřešení testu budou řešitelům přiděleny **2 kredity ČLK**. Podmínkou ČLK pro přidělení kreditů je zaslání odpovědí v písemné podobě na odpovědním lístku nebo elektronicky na www.svl.cz a **to nejpozději do 14.1. 2013**.

Písemné odpovědi zasílejte na adresu: Oddělení vzdělávání SVL ČLS JEP, U Hranic 16, 100 00 Praha 10.

Využijte tři platné pokusy o vyřešení tohoto testu elektronickou cestou na adrese www.svl.cz.

Získané kredity budou úspěšným řešitelům připočítány k ročnímu souhrnnému certifikátu člena SVL ČLS JEP.

Lékařům, kteří se nemohou prokázat číslem člena SVL ČLS JEP, kredity bohužel přiděleny nebudou.

Správné odpovědi z čísla 8/2012: 1c, 2c, 3a, 4b, 5b, 6c, 7a, 8bc, 9a, 10bc

Nejčastější mononeuropatie horních končetin

1. Léze n. accessorius se projeví

- a) jako částečná scapula alata s odstáváním horní části lopatky
- b) jako částečná scapula alata s odstáváním dolní části lopatky
- c) poklesem ramene a oslabením jeho zvedání proti odporu

2. N. radialis:

- a) motoricky ovládá extenzi zápěstí
- b) motoricky ovládá extenzi 2.-5. prstu v interfalangeálních kloubech
- c) motoricky ovládá abdukci a extenzi palce

3. Nejčastějším místem léze n. ulnaris je

- a) oblast axily
- b) oblast lokte
- c) oblast zápěstí

4. Při lézi n. ulnaris v oblasti lokte vznikne následující symptomatika:

- a) oslabená abdukce malíku
- b) hypestézie na ulnární straně předloktí
- c) hypestézie ulnárně na volární straně ruky a 5. prstu

5. Syndrom karpálního tunelu

- a) bolesti se mohou propagovat někdy až do paže
- b) objektivní nález může být normální
- c) léčbou první volby jsou obstrukce lokálními kortikoidy

6. U diabetiků se syndrom karpálního tunelu vyskytuje

- a) asi 2x méně často než v ostatní populaci
- b) asi 3x častěji než v ostatní populaci
- c) není rozdíl ve výskytu u diabetiků a nediabetiků

Nejčastější mononeuropatie dolních končetin

7. Meralgia presthetica

- a) je úžinový syndrom s postižením n. cutaneus femoris lateralis
- b) je projevem postthepretické neuropatie n. femoralis
- c) vzniká důsledkem léze n. ischiadicus

8. Izolovaná léze n. peroneus communis v oblasti hlavičky fibuly bude mít následující příznaky:

- a) oslabenou dorzální flexi nohy
- b) oslabenou everzi nohy
- c) oslabenou inverzi nohy

9. Léze n. femoralis:

- a) hlavní projevem je oslabená extenze bérce v koleně
- b) projeví se i oslabením adduktorů stehna
- c) porucha cití může zasahovat až na vnitřní stranu bérce

10. Léze n. ischiadicus:

- a) může vzniknout při traumatu nebo operaci kyčelního kloubu
- b) při vysoké lézi může dojít i k oslabení hýžďového svalstva
- c) při částečné lézi se manifestuje převažujícím postižením tibiální části

**Správné mohou být
1-3 možnosti.**

znalostní test je hodnocen 2 kredity ČLK

odpovědní lístek - test č. 9-10/2012

Jméno a příjmení

Adresa pracoviště

Členské číslo SVL (povinný údaj)

(bez tohoto čísla nemohou být kredity přiděleny)

**Zakroužkujte 1-3
správné odpovědi:**

- | | | | |
|----------|-------|-----------|-------|
| 1 | a b c | 6 | a b c |
| 2 | a b c | 7 | a b c |
| 3 | a b c | 8 | a b c |
| 4 | a b c | 9 | a b c |
| 5 | a b c | 10 | a b c |

Zkrácená informace o přípravku Viagra® 25, 50, 100 mg potahované tablety.

Léčivá látka: Sildenafilum 25, 50 nebo 100 mg (ve formě sildenafilu citras) v jedné potahované tabletě. **Indikace:** léčba mužské erektilní dysfunkce. **Dávkování a způsob podání:** K perorálnímu podání dospělým nad 18 let. Obvyklá doporučená dávka je 50 mg, kterou je třeba užít podle potřeby přibližně jednu hodinu před sexuální aktivitou. Maximální doporučená dávka je 100 mg denně. U nemocných se závažnou poruchou ledvin, poruchou jater a u nemocných, kteří současně užívají přípravky inhibující CYP3A4, se doporučuje zahájit léčbu dávkou 25 mg. **Kontraindikace:** Známa přecitlivělost na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku přípravku. Současné užití s látkami schopnými uvolňovat oxid dusnatý nebo s nitráty v jakékoliv formě. Použití u pacientů, pro které není sexuální aktivita vhodná (např. nestabilní angina pectoris, závažné srdeční selhání). Závažná jaterní porucha, hypotenze (TK < 90/50 mm Hg), cévní mozková příhoda nebo infarkt myokardu v nedávné anamnéze a také známé hereditární degenerativní postižení sítnice (retinitis pigmentosa). U pacientů, kteří ztratili zrak v důsledku nearterické přední ischemické neuropatie optického nervu (NAION). **Zvláštní upozornění:** Před zahájením léčby erektilní dysfunkce by měl lékař posoudit kardiovaskulární funkce pacienta. Sildenafil zvyšuje hypotenzivní účinek nitrátů. Současné užití sildenafilu s jinými formami léčby erektilní dysfunkce se nedoporučuje. Při podání sildenafilu pacientům užívajícím alfa-blokátory je třeba opatrnosti. Je třeba pečlivě uvážit podávání sildenafilu pacientům s poruchami srážlivosti krve nebo aktivní vředovou chorobou. **Interakce:** Při současném podání s inhibitory CYP3A4 by měla být jako úvodní podána dávka 25 mg. **Účinky na schopnost řídit a obsluhovat stroje:** Nemocní by měli znát svoji reakci na přípravek Viagra dříve, než budou řídit motorová vozidla nebo obsluhovat stroje. **Nežádoucí účinky:** Nejčastěji hlášené nežádoucí účinky: bolesti hlavy a návaly, dyspepsie, oční poruchy, zduření nosní sliznice, závratě a zkrácení barevného vidění. **Předávkování:** V případech předávkování je nutno podle potřeby zavést standardní podpůrná opatření, nelze předpokládat, že by dialýza zrychlila clearance. **Uchovávání:** Uchovávejte při teplotě do 30°C, chraňte před vlhkostí (v původním vnitřním obalu). **Balení:** 2, 4 nebo 8 tablet v blistru. **Jméno a adresa držitele rozhodnutí o registraci:** Pfizer Limited, Sandwich, Kent CT13 9NJ, Velká Británie. **Registrační čísla:** EU/1/98/077/002-004, EU/1/98/077/006-008, EU/1/98/077/010-012, EU/1/98/077/013-015. **Datum poslední revize textu:** 1.7.2010. Výdej léčivého přípravku je vázán na lékařský předpis. Přípravek není hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Před předepsáním se, prosím, seznamte s úplnou informací o přípravku.

Úplnou informaci pro předepisování obdržíte na adrese:

Pfizer, spol. s r. o., Stroupežnického 17,
150 00 Praha 5
telefon: 283 004 111, fax: 251 610 270,
www.pfizer.cz

V případě odborných dotazů volejte odbornou
informační službu společnosti Pfizer:
283 004 211

VGR-2012.01.008



Pracujeme společně pro zdravější svět™

Pouze VIAGRA® je VIAGRA®

- ◆ Bylo prokázáno, že Viagra® poskytuje **optimální tvrdost erekce**^{1-3*}
- ◆ Léčba erektilní dysfunkce (ED) pomáhá obnovit **sebeúctu** a **sebedůvěru** pacienta⁴⁻⁸

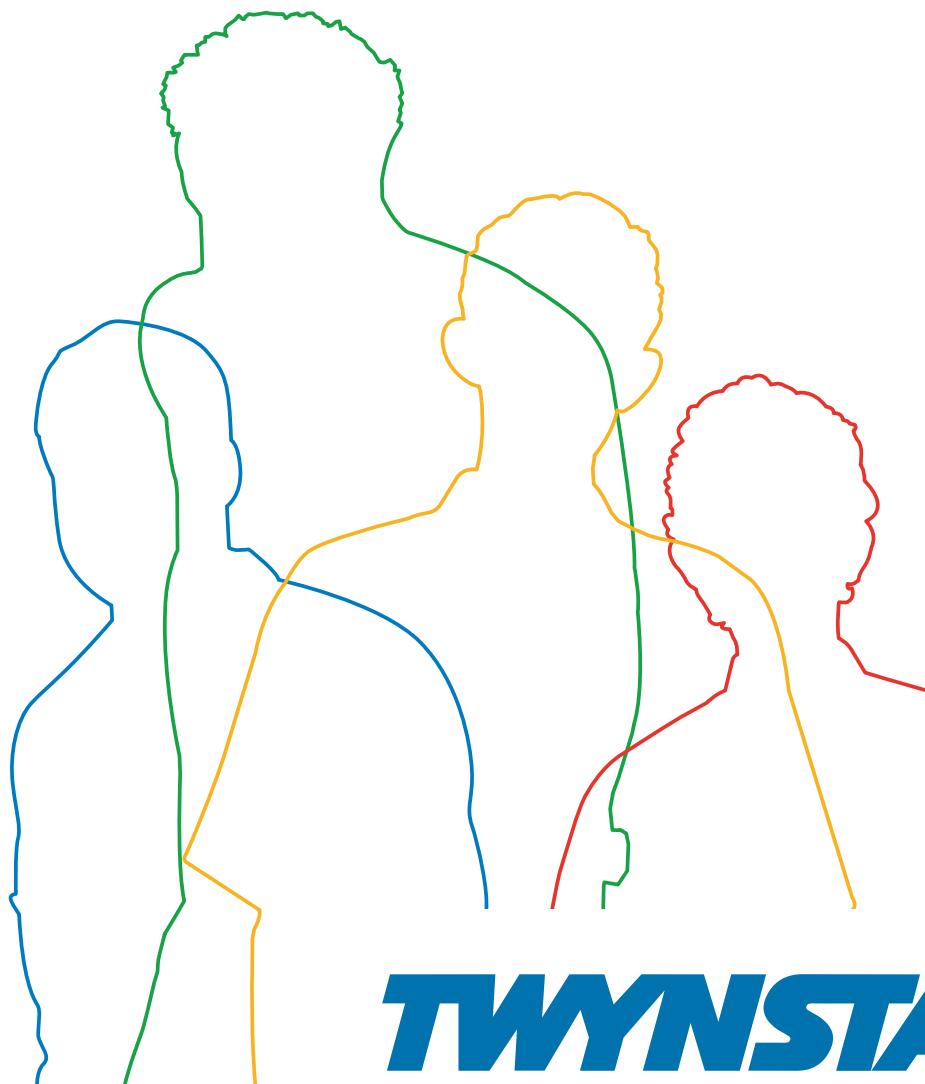
VIAGRA®
(sildenafilum)

Pro pevné partnerské vztahy

Reference: 1. Mulhall J et al. Erectile dysfunction: Monitoring response to treatment in clinical practice – Recommendations of an international study panel. J Sex Med 2007;4:448-464. 2. King et al. Correlations between increased erection hardness and improvements in emotional well-being and satisfaction outcomes in men treated with sildenafil citrate for erectile dysfunction. Int J Impot Res 2007;19:398-406. 3. Mulhall J.P. et al. Erection hardness, a unifying factor for defining response in the treatment of erectile dysfunction. UROLOGY 68 (Suppl 3A): 17-25, 2006. 4. Kadioglu et al. Quality of erections in men treated with flexible-dose sildenafil for erectile dysfunction: Multicenter trial with a double-blind, randomized, placebo-controlled phase and an open-label phase. J Sex Med 2008;6:726-734. 5. Althof et al. Sildenafil citrate improves self-esteem, confidence, and relationships in men with erectile dysfunction: Results from an international, multi-center, double-blind placebo-controlled trial. J Sex Med 2006;3:521-529. 6. Cappelleri et al. Comparison between sildenafil-treated subjects with erectile dysfunction and control subjects on the self-esteem and relationship questionnaire. J Sex Med 2006;3:274-282. 7. Montorsi et al. Erectile function and assessments of erection hardness correlate positively with measures of emotional well-being, sexual satisfaction, and treatment satisfaction in men with erectile dysfunction treated with sildenafil citrate (Viagra). Urology 2006;68:26-37. 8. Moncada et al. Emotional changes in men treated with sildenafil citrate for erectile dysfunction: A double-blind, placebo-controlled clinical trial. J Sex Med 2009;6:3469-3477.

* U 76 % mužů, kteří užíli přípravek Viagra 100 mg, bylo dosaženo EHS (stupeň tvrdosti erekce) 4 z původního EHS 3.

Víc než jen kontrola krevního tlaku...



TWYNSTA®

TELMISARTAN + AMLODIPIN



Zkrácená informace o přípravku:

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

Složení: Twynsta® 80 mg/5 mg: 1 tableta telmisartanum 80mg a amlodipinum 5mg, Twynsta® 80 mg/10 mg: 1 tableta telmisartanum 80mg a amlodipinum 10 mg. **Léková forma:** Tableta. **Indikace:** Léčba esenciální hypertenze. **Přídavná 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 1 tableta denně. Maximální doporučená dávka je 1 tableta přípravku Twynsta 80 mg/10 mg denně. Přípravek Twynsta je určen k dlouhodobé léčbě. Přípravek Twynsta lze užívat s jídlem nebo bez jídla, spolu s dostatečným množstvím tekutiny. **Zvláštní skupiny pacientů:** **Porucha funkce ledvin:** U pacientů se závažnou poruchou funkce ledvin nebo podstupujících hemodialýzu je třeba opatrnosti, protože amlodipin a telmisartan nejsou dialyzovatelné. **Porucha funkce jater:** U pacientů s mírnou až středně závažnou poruchou 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 závažnou poruchou funkce jater. **Pediatričtí pacienti:** U dětí do 18 let se nedoporučuje. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na některou pomocnou látku, 2. a 3. trimestr těhotenství, obstrukce žlučodů, závažná porucha 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 mírné až středně závažné poruchy funkce jater. Bilaterální stenóza renálních arterií či stenóza renální arterie jediné funkční ledviny: hrozí zvýšené riziko těžké hypotenze a renální nedostatečnosti. Porucha funkce ledvin: pravidelné sledování sérových hladin draslíku a kreatininu. Podávání přípravků ovlivňujících RAAS může vést k hyperkalemii, zvážit současné podání. 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:** 05/2012. 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.