



Odborný časopis Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP

practicus



WONCA 2013 PRAGUE



č. 6/2013

ročník 12

**nejčtenější
časopis
praktických
lékařů**

příloha:

**Sborník
Abstrakt**

Vydává
Společnost
všeobecného
lékařství ČLS JEP

www.practicus.eu

INFO SVL

WONCA 2013 PRAHA - PĚT DNÍ SLÁVY

ODBORNÉ ČLÁNKY

OTAZNÍKY KOLEM ČERNÉHO KAŠLE: MŮŽE POSTIHNOUT KAŽDÉHO Z NÁS...?!
AKTUALIZOVANÁ DOPORUČENÍ PRO LABORATORNÍ
DIAGNOSTIKU PERTUSE A PARAPERTUSE
ŘEPKOVÝ OLEJ – OLEJ NAD ZLATO
RIFAXIMIN V LÉČBĚ CESTOVATELSKÝCH PRŮJMŮ
REZISTENTNÍ HYPERTENZE – STRUČNÝ PRŮVODCE ZÁKLADNÍMI POSTUPY

KAZUISTIKY

OBTÍŽNĚ KORIGOVATELNÁ ARTERIÁLNÍ HYPERTENZE
PO KOREKCI KOARKTACE AORTY
HYPOPITUITARISMUS JAKO VZÁCNÁ PŘÍČINA SVALOVÉ SLABOSTI

ZE SVĚTA MLADÝCH PRAKTIKŮ

WONCA 2013 PRAGUE



**Česká společnost
paliativní medicíny**
České lékařské společnosti
Jana Evangelisty Purkyně

Vážená paní kolegyně, pane kolego,

jménem České společnosti paliativní medicíny ČLS JEP a Sekcie paliativnej medicíny pri SSŠLB bych Vás rád pozval do sídla Veřejného ochránce práv v Brně, kde ve dnech

19. a 20.9.2013 proběhne již

V. česko-slovenská konference paliativní medicíny

Hlavní témata:

Léčba bolesti
Paliativní péče u pacientů se syndromem demence
Etické a právní aspekty paliativní péče
Naděje u nevléčitelně nemocných
Akutní stavy v paliativní medicíně
Specifika paliativního ošetřovatelství
Domácí hospicová péče

MUDr. Ondřej Sláma, PhD.

Předseda kongresu a vědecký sekretář

ČSPM ČLS JEP

e-mail: info@paliativnimedicina.cz

Bližší informace o [registraci](#) a [programu](#)

na www.paliativnimedicina.cz



OBSAH

INFO SVL

PĚT DNÍ SLÁVY <i>Bohumil Seifert</i>	4
WONCA PRAHA ČESKO-SLOVENSKÝ DEN 28. 6 2013 <i>MUDr. Otto Herber</i>	7
ZAJÍMAVÁ ČÍSLA ZE SVĚTOVÉ KONFERENCE WONCA 2013 PRAGUE	8
RODINNÍ LÉKAŘI V DOBĚ NEROVNOSTI OD NEOPĚVOVANÝCH HRDINŮ AŽ K VYCHAZEJÍCÍM HVĚZDAM <i>Dr. Margaret Chan</i>	9

ODBORNÉ ČLÁNKY

OTAZNÍKY KOLEM ČERNÉHO KAŠLE: MŮŽE POSTIHNOUT KAŽDÉHO Z NÁS...?! <i>MUDr. Kateřina Fabiánová</i>	12
AKTUALIZOVANÁ DOPORUČENÍ PRO LABORATORNÍ DIAGNOSTIKU PERTUSE A PARAPERTUSE	15
ŘEPKOVÝ OLEJ – OLEJ NAD ZLATO <i>doc. Ing. Jiří Brát, CSc., doc. Ing. Petr Baranyk, CSc., prof. Ing. Jana Dostálová, CSc., Ing. Josef Škeřík, CSc.</i>	18
RIFAXIMIN V LÉČBĚ CESTOVATELSKÝCH PRŮJMŮ <i>MUDr. Martin Vaněk</i>	22
REZISTENTNÍ HYPERTENZE – STRUČNÝ PRŮVODCE ZÁKLADNÍMI POSTUPY <i>MUDr. Ondřej Petrák, Ph.D.</i>	25

KAZUISTIKY

OBTÍŽNĚ KORIGOVATELNÁ ARTERIÁLNÍ HYPERTENZE PO KOREKCI KOARKTACE AORTY <i>MUDr. Petra Antonová</i>	29
HYPOPITUITARISMUS JAKO VZÁCNÁ PŘÍČINA SVALOVÉ SLABOSTI <i>Katarína Pčolová, Jaromír Chlumský</i>	31

ZE SVĚTA MLADÝCH PRAKTIKŮ

WONCA 2013 PRAGUE	34
PROBIOTIKA	35
BYLA JSEM TAM TAKY!	36
NÁVŠTĚVA ORDINACE	37

ZNALOSTNÍ TEST

38

practicus

odborný časopis SVL ČLS JEP
6/2013, ročník 12

Vydavatel:

Společnost všeobecného lékařství
ČLS JEP

Adresa redakce:

Společnost všeobecného lékařství
ČLS JEP
U Hranic 16, 100 00 Praha 10
tel.: 267 184 064
fax: 267 184 041
e-mail: practicus.svl@cls.cz
www.practicus.eu

Redakce:

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

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

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

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

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

Náklad 6 000 ks. ••• Vychází 10× ročně. ••• **Pro praktické lékaře v ČR zdarma.** ••• Roční předplatné pro ostatní zájemce **610 Kč.** ••• Přihlášky přijímá redakce. ••• Toto číslo bylo dáno do tisku **16. 8. 2013** MK ČR E13477, ISSN 1213-8711.

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



Pět dní slávy

Bohumil Seifert

Předseda organizačního výboru WONCA 2013

Byl jsem pět dní prezidentem světové konference WONCA. Bylo to úžasné, vzrušující a náročné. Konference byla obrovským projektem a její význam pro SVL ČLS JEP lze hodnotit z mnoha aspektů; odborných, společenských i ekonomických. Hodnocení ponechám na jiné. Ve svém příspěvku bych chtěl poděkovat a zmínit všechny, kteří k realizaci konference přispěli a kteří mně umožnili prožít si těch pár dní slávy.

Prvním na seznamu je **Tomáš Raboch** ze společnosti Garant. Když jsme zvažovali možnost ucházet se o konferenci WONCA, byl to on, který stejně jako Jára Cimrman, když vyběhl Čechova k napsání tří místo dvou sester, pronesl: „Proč ne rovnou světovou?“ Společně jsme pak připravovali strategii nabídky a také ji dovedli k vítězství v Singapuru.

Od samého začátku jsem měl vedle sebe **Václava Beneše**, prezidenta úspěšné evropské konference WONCA 1997 a laureáta čestného členství SVL. Václav byl nepostradatelný pro svoji mezinárodní zkušenost a kontakty, skvělou angličtinu, preciznost a pracovitost. Vedl agendu grantové podpory pro lékaře z rozvojových zemí, odvedl obrovskou práci na vědeckém programu a také bděl nad jeho naplňováním v průběhu celé konference. Spolu jsme udělali mnoho závažných rozhodnutí, které byly často kompromisem mezi mojí vstřícností a Václavovou přísností. Dlužno říci, že Václav tak ušetřil v rozpočtu dost peněz....

Vážím si rozhodnutí **výboru SVL** v roce 2007, který kandidaturu podpořil a šel do neznámého rizika. Cítil jsem podporu, zájem a důvěru všech členů výboru SVL i v následujících letech, a to i v období, kdy v důsledku malého zájmu sponzorů byl důvod obávat se o ekonomický dopad konference. Po všechna volební období stál a stojí v čele výboru **Svatopluk Býma**. Ukázalo se, že Svatopluk je nejen schopným vojevůdcem v permanentním boji SVL o naši odbornost, ale i nejlepším mírovým předsedou s mezinárodním rozhledem. Jsem mu vděčný za maximální podporu. Vzal na sebe osobní odpovědnost za konferenci, maximálně se angažoval v její prospěch a kormidloval společnost k červnovému vrcholu.

Vedení ČLS JEP nám poskytlo potřebné právní zázemí a oporu. Profesor **Jaroslav Blahoš** stál v čele Čestného výboru konference a osobně doprovázel našeho nejvýznamnějšího hosta, generální ředitelku WHO Margaret Chan.

Den Margaret Chan v Praze je příběhem sám o sobě, ke kterému se určitě budeme vracet. Z pozice ředitelky České úřadovny

WHO nám poskytla maximální součinnost **Alena Šteflová**. Poděkování patří i lidem z MZ ČR, v čele s tehdejšími ministrem **Leošem Hegerem**.

Mám mnoho důvodů být pyšný na práci nejužšího přípravného týmu konference. Kromě mne a Václava Beneše ho tvořili Jana Vojtíšková, Norbert Král, Nela Šrámková a Zuzana Vaněčková.

Jana Vojtíšková převzala odpovědnost za společenský program konference a řadu zdánlivých maličkostí, které v závěru dělají image konference. Výstupy její invence a vložené energie bylo vidět všude, od mimořádně oceňovaného zahajovacího ceremoniálu a následného koktejlu, přes Český večer na Žofíně, až po symboly konference na klopách účastníků. Měla na starosti ministra Hegera poté, co dorazil do Kongresového centra přímo z parlamentu hodinu před zahájením tiskové konference. Nevím, do jaké míry ho hodinová expozice výmluvné praktické lékařky ovlivnila, ale následná vystoupení ministra byla balzámem na duši českého praktika. Mimochodem nikdo z politiků, kteří poskytli konferenci záštitu, už dnes není ve své funkci...

Úspěšná byla sázka na mladé praktiky, a to jak ve smyslu jejich podpory odbornou společností v posledních letech, tak ve smyslu příprav vlastní konference.

Norbert Král stínoval moje organizační vedení, podílel se na všech klíčových rozhodnutích a přispěl k tvorbě odborného programu. Organizoval odbornou sekci více jak 1100 posterů a její vyhodnocení. Podle mého názoru byla úroveň posterové sekce nejvyšší, jakou jsem kdy na konferenci WONCA zažil.





Nela Šrámková byla odpovědná za mezinárodní konferenci mladých praktiků, která předcházela vlastní konferenci. Byla pravou rukou Václava Beneše v náročné přípravě vědeckého programu a v komunikaci s autory z celého světa. **Zuzana Vaněčková** měla na starosti Běh Vyšehradem a kromě mnoha dalších věcí byla scénáristkou a také titulní postavou úspěšného prezentačního videa na konferenčním webu.

Česko-slovenský den, paralelní odborný program konference v českém a slovenském jazyce, jeho organizace a odborná náplň jsou zásluhou především **Otto Herbera**, kterému za slovenskou stranu sekundovala **Iveta Vavřková**. Za zdařilou akci patří poděkování všem přednášejícím a předsedajícím. Otto Herber měl také na starosti stánek SVL, hrdě sousedící s „WONCA Village“. Stánek splnil úlohu „Czech Point“ na konferenci, byl oceňovaný i mezinárodně a díky patří všem, kteří se na stánku ve službách SVL vystřídali.

Poděkování patří dalším českým kolegům, členům organizačního a vědeckého výboru konference a těm, kteří se podíleli na hodnocení abstrakt nebo předsedali v mezinárodních sekcích: **Stanislavu Konšťackému, Rudolfovi Červenému, Jaroslavě Laňkové, Václavu Šmatlákovvi, Petru Šubrtovi, Kamilu Běřskému, Pavlovi Brejníkovvi, Igoru Karenovi, Jáchymu Bednářovi, Davidu Halatovi, Gabriele Kubátové (OSPDL), Ivě Holmerové (Geriatrická spol.)** a dalším.

Mimořádné poděkování zaslouží slovenští kolegové, kteří nejenže odvedli svou práci ve výborech konference, ale dokázali motivovat k účasti rekordních 86 slovenských praktiků. Kromě Ivety Vavřkové to byli **Alena Bendová, Beáta Bláhová a Pavel Štec**.

Zvláštní zážitek jsem připravil kolegům **Cyrilu Muchovi a Adriáně Youngové**, praktickým lékařům z Prahy 6. Jejich praxe jsem vybral pro oficiální návštěvu M. Chan a dalších VIP v zahajovací den konference. Jak to všechno nakonec proběhlo, si nechme vyprávět od nich. V každém případě jsou to hrdinové konference a dlužíme jim obrovské podě-

kování za stres, který prožili a za to, jak nás reprezentovali.

Nebyla to zdaleka jediná návštěva praxí. Během konferenčního týdne se uskutečnily **stovky návštěv zahraničních kolegů v ordinacích praktických lékařů**, ať už organizovaných přes konferenční web nebo spontánně domluvených na konferenci. Na tyto návštěvy bylo tolik pozitivních ohlasů z obou stran! Všem kolegům v navštívených praxích děkuji a zároveň je prosím, aby se prostřednictvím redakce Practicusu o svou zkušenost podělili.

Poděkovali jsme všem klíčovým řečníkům, členům Mezinárodního poradního výboru, hodnotitelům abstrakt a předsedajícím z celého světa. Poděkovali jsme partnerům a vystavovatelům. Poděkovali jsme kolegovi **Pavlovi Kubů** za to, že na konferenci přivedl

Intel a jeho technologie. Poděkovali jsme za podporu Hlavnímu městu Praze.

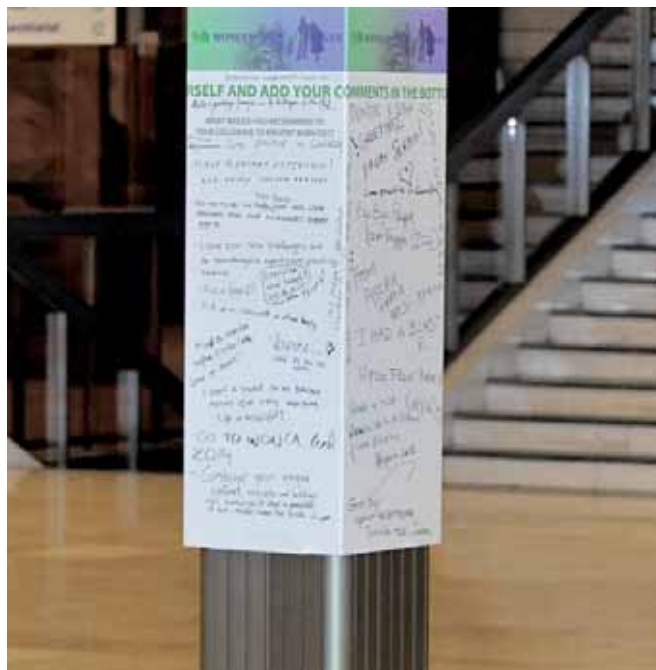
Poděkování by určitě nestačilo panu **Ondřeji Havelkovi** za moderování zahajovacího ceremoniálu a jeho Melody Makers, stejně jako skupině TAP TAP a dalším hudebníkům. Všichni byli výborní.



Guarant international je vysoce profesionální agentura a za svou práci dostala zapláceno. Přesto mně dovolu- te, abych pracovníkům Guarantu za jejich profesionali- tu poděkoval. Vedoucím realizačního týmu, který v době kulminace příprav a vlastní konference tvořilo 12 plně zaměstnaných lidí, byla **Renata Somolová**. Za šest let se nevyskytl problém, který by nedokázala vyřešit. Vždy měla k dispozici alternativy postupu. Její tým dokázal reagovat na neuvěřitelné množství žádostí a ne vždy jednoduchých podnětů od nás, ale zejména ze zahraničí, včetně např. vízových problémů. Agentura si vysloužila hluboké mezi- národní uznání.

Bylo pro mne ctí a radostí se všemi výše uvedenými na tomto velkém díle spolupracovat.

Na závěr, ale nikoliv na okraj, chci poděkovat všem **168 českým praktikům**, kteří konferenci poctili osobní účastí. Zůstanou svědky velkých dní SVL a mohou z nich být apoštolové světlé budoucnosti všeobecného praktic- kého lékařství v České republice.



WONCA 2013 PRAGUE



ZVLÁDLI JSME TO

WONCA Praha Česko-slovenský den 28. června 2013

MUDr. Otto Herber

místopředseda SVL ČLS JEP

Odborný garant Česko-slovenského dne WONCA Praha 2013

Česko-slovenský den /CS-D/ naplnil jeden ze 17 paralelních programů WONCA Praha 2013. Od počátku byl koncipován jako prezentace odborné úrovně všeobecného lékařství v České republice a na Slovensku. Mj. jako příklad bezprostřední spolupráce praktických lékařů sousedících zemí.

Program tvořily přednášky s výstupy odborných projektů, prezentace Doporučených postupů ve všeobecné praxi a další. Jednalo se o zásadní dokumenty, o kterých bez nadsázky lze říci, že mění praxi. Diskutovalo se o minulých náročných obdobích, kdy byl náš obor podceňován. Přestože v současnosti není role praktického lékaře zpochybňována, se slovenskými kolegy jsme se shodli, že stále existují mezioborové i systémové tendence, které se postupně snaží okleštit praktickou medicínu. Je proto neustále třeba si připomínat, že za obor nesmíme přestat bojovat.

Jedním z prvků posílení odborné kompetence je důraz na vlastní odpovědnost v rámci celoživotního vzdělávání a tím pádem zajištění kvality poskytované péče.

Na satelitním sympoziu CS-D bylo předneseno 29 sdělení, která se týkala moderních terapeutických přístupů. Např. v rámci prevence aterosklerózy nebo prevence očkování, dále jsme vyslechli teze o problematice inkontinence a o racionální indikaci pomůcek pro inkontinenci aj. V závěru satelitního setkání proběhl křest publikace, která doplňuje knihovnu praktického lékaře. Její autor, praktický lékař Oto Košta ji nazval „Management úspěšné ordinace praktického lékaře“. Kmotry za SVL ČLS JEP byli kolegové



Svatopluk Býma a Bohumil Seifert a za vydavatele Grada Publishing hodně čtenářů popřál Miroslav Lomíček. Záštitu nad touto knihou převzala Nadace Dagmar a Václava Havlových. Vize 97 za přítomnosti Jiřiny Šiklové.

Jednotlivá abstrakta budou v průběhu nejbližšího období prezentována v časopise Practicus. Máme v plánu pokračovat v diskuzi na vybraná témata v rámci dalších setkání při seminářích v ČR.

Chtěl bych poděkovat všem autorům za přednášky, komentáře a diskuzi. Velmi bych chtěl osobně poděkovat za spolupráci kolegům ze Slovenské společnosti všeobecného praktického lékařství Slovenské republiky. Kolegyně Iveta Vaverková a Peter Lipták odvedli velký kus mezioborové a mezinárodní spolupráce.

Na závěr mi dovolu, abych vyslovil to, co opakovaně zaznělo na WONCA ČS-D, totiž, aby se podobná setkání se slovenskými kolegy opakovala. Moje přání tedy je, aby tato premiéra na světové úrovni nebyla zároveň derniérou, ale abychom se setkávali stále častěji a dočkali se co největšího počtu repríz.



Zajímavá čísla ze světové konference WONCA 2013 Prague

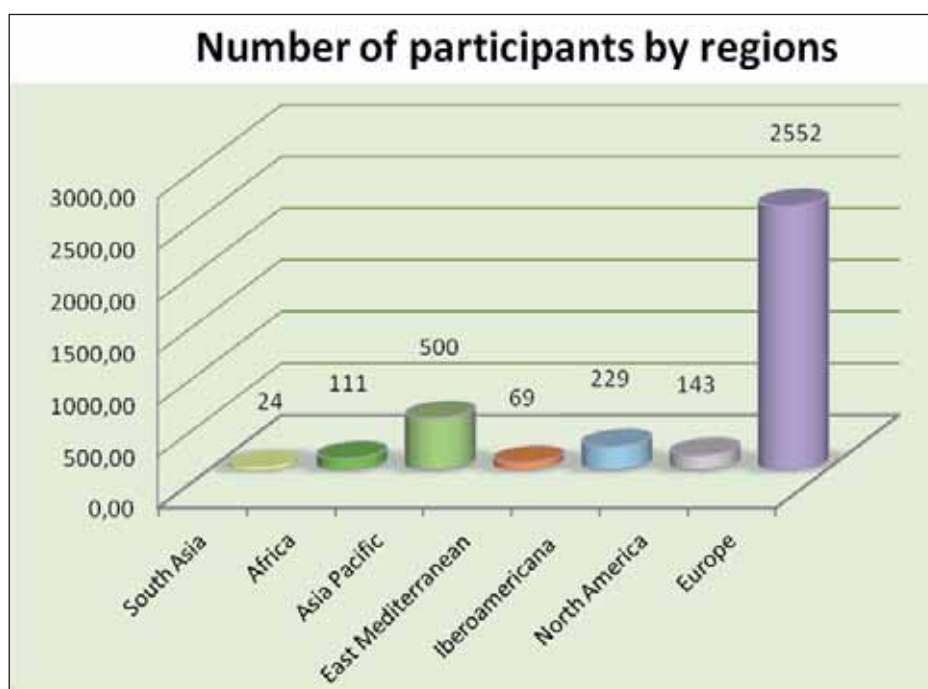
Za organizační výbor vybrala Jana Vojtíšková

Světové konference v Praze se zúčastnilo celkem 3628 lékařů z toho 51% mužů a 49% žen. Převažující počet návštěvníků byl dle očekávání z Evropy (2552), následovala Austrálie a Oceánie (500) a Latinská Amerika (229) (viz graf dole). Zemí s největším počtem účastníků bylo jednoznačně Španělsko (582), v dalším pořadí bylo Nizozemsko (221), Chorvatsko (207) a také Česká Republika (168). Naopak 34 zemí bylo reprezentováno jedním či dvěma kandidáty (např. Sultanát Bruneu).

Pro zajímavost - 82 lékařů bylo z Nigérie (celkový počet lékařů z Afriky byl 111), v Jižní Americe byla dominantní Brazílie (165). Výborné účasti dosáhli i slovenští kolegové a to s počtem 86 lékařů! Největší počet účastníků (více než 2000) se zaregistroval v průběhu měsíce dubna a května 2013. Zhruba 400 lékařů se registrovalo až v červnu 2013. Téměř jedna čtvrtina lékařů, kteří navštívili světovou konferenci WONCA v Praze byli mladí lékaři. Buď lékaři v přípravě nebo postgraduální studenti. Největší skupina účastníků byla registrována jako delegáti.

V průběhu světové konference bylo prezentováno 314 ústních sdělení rozdělených do 70 sekcí, 56 workshopů a 1134 posterů.

Klíčovými řečníky světové konference byli významné osobnosti z různých částí světa. Ředitelka světové zdravotnické organizace Margaret Chan, Karen Kinder (USA), Amanda Howe (Velká Británie), Igor Švab (Slovinsko), Gordon Graylish (USA), Michael Kidd (Austrálie) a Jan Škrha (Česká republika)



Rodinní lékaři v době nerovnosti od neopěvovaných hrdinů až k vychazejícím hvězdám

Dr. Margaret Chan
generální ředitelka
Světová zdravotnická organizace



Proslov u příležitosti Světového kongresu
Světové organizace lékařů v primární péči v r. 2013
Praha, Česká republika, 25. června 2013

Vaše Excellence, vážení ministři, rodinní lékaři, dámy a pánové,

Děkuji organizaci WONCA za to, že zorganizovala tento světový kongres. Práce organizací WHO a WONCA má v základě mnoho společného, zejména co se týče pozornosti, které se u nás těší primární péče a prevence.

Vzhledem k jedinečným výzvám, které nám 21. století přineslo v oblasti zdravotnictví, význam tohoto společného základu stoupá. Jsem ráda, že je naší společné práci věnována zasloužená pozornost.

Děkuji České republice, že tuto akci v Praze uspořádala. Všichni se můžeme potěšit památkami tohoto krásného města, přehlídkou moderní architektury a mnoha rysy jeho bohaté historie jakožto střediska obchodu, kultury a architektury.

Vítám tuto příležitost jako možnost oslovit posluchače z řad rodinných lékařů. Vaše povolání má bohatou historii s řadou četných úspěchů.

Vaše práce je pokračováním dlouhodobé a ušlechtilé tradice. První lékaři byli lékaři všeobecní. Rodinní lékaři byli vždy hlavní oporou zdravotní péče. Rodinní lékaři byli vždy základem komplexní a soucitné péče zaměřené na pacienta.

V současné době jste vycházejícími hvězdami, které nám poskytují naději, že se vyrovnáme s řadou složitých a nepříznivých trendů. Nyní potřebujeme a žádáme si Vaše schopnosti a dovednosti více než kdy dříve.

Má vášně pro rodinné lékařství je osobní i profesní.

Nejprve to vypadalo, že se stanu učitelkou malých dětí. Pak jsem však, a to doslova, následovala hlas svého srdce. Můj budoucí manžel si za své povolání zvolil medicínu a já jsem podle toho přizpůsobila své plány. Následovala jsem ho do Kanady, kde jsme společně vystudovali lékařství.

Nikdy jsem nelitovala ani jednoho z těchto dvou rozhodnutí, ať už toho profesního nebo osobního.

V oblasti veřejného zdravotnictví pracuji již 35 let. Samozřejmě, že se mnohé změnilo. Ale tempo a komplexnost změn začala nejdramatičtěji stoupat až od počátku tohoto století. Tyto změny zásadně proměnily podobu lékařské péče, povahu hrozeb pro lidské zdraví a strategie prevence.

Dámy a pánové

V našem světě radikálně zvýšené vzájemné závislosti je zdraví všude formováno stejnými mocnými silami, jako je stárnutí obyvatelstva, rychlá urbanizace a globalizace nezdravého životního stylu.

Pod tlakem těchto sil se zásadním způsobem posunula i zátěž v podobě nemocí. Chronické neprenosné nemoci jako hlavní příčina nemocnosti, invalidity a úmrtnosti předstihly choroby infekční.

Tento posun má významné důsledky pro organizaci, financování a poskytování zdravotní péče.

Prevence začala být problematickou. Základní příčiny chronických onemocnění jsou zakotveny v nezdravotnických sektorech. Jsou od základu utvářeny produkty a tržními praktikami tabákového, potravinářského průmyslu a trhu s alkoholickými i nealkoholickými nápoji.

Na obezitu se rovněž podílejí některá z těchto průmyslových odvětví a je také na vzestupu. Údaje WHO dokládají, že rozšíření obezity je od roku 1980 ve všech regionech světa téměř dvojnásobné.

Existuje mnoho důvodů, proč se ani jedné zemi nepodařilo epidemii obezity ve všech věkových skupinách zvrátit. Uvedu jen jeden. Rozpočty určené na zdravotní péči jsou ve srovnání s rozpočty na marketing a reklamu výše uvedených průmyslových odvětví směšně malé.

Populace stárne nebývalým tempem. WHO odhaduje, že v průběhu příštích pěti let populace lidí ve věku nad 65 let poprvé v historii převýší počet dětí mladších pěti let.

Terapeutický arzenál pro klinickou péči se neblaze změnil. Se stálým vzestupem lékové rezistence ztrácí medicína alarmujícím tempem svá prvoliniová antibiotika. U některých forem rezistentní tuberkulózy selhávají též léky druhé linie. Pro některé nemoci, jako je např. kapavka, jsou již možnosti téměř vyčerpány.

Někteří odborníci říkají, že se medicína vrací zpět do preantibiotické éry. Není tomu tak. Jelikož máme připravených tak málo náhradních léků, blížíme se k postantibiotické éře, kdy mnoho běžných infekcí bude opět zabíjet.

To bude konec moderní medicíny, jak ji známe. V postantibiotické éře budou sofistikované zákroky, jako je náhrada kyčelního kloubu, transplantace orgánů, protinádorová chemoterapie a péče o předčasně narozené děti, mnohem obtížnější, nebo dokonce příliš nebezpečné na to, aby mohly být provedeny.

Současné jsou vyvíjeny a s nebývalou rychlostí zaváděny nové zdravotnické technologie, intervence, zařízení a léčiva pro chronická onemocnění. Jejich příchod je spojen s velkými náklady.

Medicína je jednou z mála oblastí technických inovací,

kde jsou nové produkty téměř vždy mnohem nákladnější, komplikovanější a jejich použití je těžší a pravděpodobnost selhání větší.

To však rozhodně není případ jiných technologických oblastí, jako jsou televizory s plochou obrazovkou nebo počítače a ručně ovládaná zařízení, kde je použití produktů stále jednodušší a ceny se snižují.

Pokud si ve skutečnosti může dovolit nejnovější technické inovace, blíží se zdravotní péče v mnoha zemích k limitu, k bodu zvratu, kdy se stanou neustále rostoucí náklady neudržitelné.

Jak uvedla komise Lancet Oncology, onkologická péče v bohatých zemích působí v kultuře nadbytku: nadbytečné diagnostické testy, přehnané zásahy a nepřiměřené sliby vzbuzují u pacientů a jejich rodin nerealistická očekávání.

Tato očekávání zas vedou pacienty k tomu, aby v terminální fázi podstupovali toxické, bolestivé, znepokojující a extrémně drahé zákroky bez prokázání přínosu pro pacienty. Když jsme jako lékaři skládali Hippokratovu přísahu, takovouto službu jsme na mysli neměli.

Tyto trendy jsou univerzální a představují pro poskytování služeb po celém světě i univerzální výzvu. Všude prudce rostou náklady, zmenšují se rozpočty a rostou očekávání veřejnosti ohledně zdravotní péče.

A máme i jiné problémy. Žijeme v době nerovností, které se prohlubují, místo aby se snižovaly. Náš svět je nebezpečně vyvedený z rovnováhy, a to i v oblasti zdravotnictví.

Svět vyvedený z rovnováhy není ani stabilní, ani bezpečný. Tento názor se jasně potvrdil v roce 2011, kdy protesty a demonstrace proti sociálním nerovnostem plnily stránky hlavních událostí v tisku a vedly k pádům několika vlád.

Rozdíly ve výši příjmů, v příležitostech, ve výsledcích zdravotní péče a v přístupu ke zdravotní péči mezi zeměmi i uvnitř zemí jsou dnes největší za posledních několik desetiletí.

Podle rozsáhlé studie z Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj dosáhly nerovnosti v příjmech své nejvyšší úrovně za půl století.

Rozdíl v předpokládané délce života mezi nejbohatšími a nejchudšími zeměmi převyšuje v současné době 40 let. Celkové roční vládní výdaje na zdravotnictví se pohybují od tak malých částek, jako je 1 \$ na osobu do částky přesahující 7000 \$.

Je jisté, že nárůst nákladných a náročných chronických onemocnění tyto rozdíly a nerovnosti ještě dále prohloubí. V roce 2010 samotné Spojené státy americké utratily 124 miliard dolarů na onkologickou péči. Přitom asi 30 zemí po celém světě, a to včetně 15 zemí v subsaharské Africe, nemá jediný přístroj pro radiační terapii.

V tomto kontextu vystupuje prevence a primární péče do popředí jako nikdy předtím. Půda pro tento posun je dobře připravena. Mezinárodní veřejné zdravotnictví se od druhé poloviny 70. let značně ponaučilo.

Dámy a pánové

Přístupy k organizaci zdravotnictví a poskytování péče prodělaly na mezinárodní úrovni v nedávné době několik změn. Tyto výkyvy byly dramatické, velmi nápadné, vedly se o nich vášnivě debaty a odehrávaly se na světové scéně.

V roce 1978 bylo Almaatskou deklarací zahájeno hnutí

za zdraví pro všechny, které bylo založeno na primární zdravotní péči. Deklarace formulovala soubor hlavních zásad a etických hodnot, a to včetně práva na spravedlnost, solidaritu a potřebu spravedlivého přístupu ke zdravotní péči. Primární péči pojala jako odrazový můstek pro rozsáhlejší společenské a politické hnutí vedoucí ke spravedlivější péči.

Tyto vznešené ambice následovala téměř okamžitě ropná krize a globální recese. Jelikož zdroje pro zdravotnictví se zmenšily, začal být před původním záměrem od základů přetvořit zdravotní péči upřednostňován selektivní přístup s intervenčními balíčky.

Objevil se AIDS a explozivně se šířil. Tuberkulóza, živěná epidemií AIDS, se vrátila v plné síle. Situace s malárií se zhoršila do té míry, že byla označována za „stabilní“, jelikož už se sotva mohla zhoršit.

Osmdesátá léta se stala známými jakožto „pro rozvoj ztracené desetiletí“. Kyvadlo se vychýlilo od programů spravedlivé péče se širokou základnou k urgentnímu řešení onemocnění s vysokou úmrtností.

Na přelomu století byla Deklarace tisíciletí se svými osmi rozvojovými cíli známkou počátku toho nejambicióznějšího útoku na lidské utrpení v historii, a to včetně utrpení způsobeného nemocí.

Oddanost zdravotnickým cílům probudila to nejlepší z lidské tvořivosti a štedrosti. Byly odhaleny inovativní způsoby vedoucí ke zvýšenému poskytování život zachraňujících zákroků. Finanční zdroje se téměř trojnásobně zvýšily.

Ale oddanost cílům podnítila rovněž vznik mnoha celosvětových zdravotnických iniciativ zaměřených na jedno onemocnění či na soubor intervencí, jako jsou například dětské vakcíny. Poté, co došlo ke konfrontaci uvedených iniciativ s nedostatečnými kapacitami v přijímajících zemích, vybudovaly si mnohé iniciativy své vlastní paralelní systémy pro nákup, dodávky, finanční řízení, monitorování a podávání zpráv.

Došlo však ke fragmentaci poskytování péče. Začaly se objevovat některé nápadné a ohromující statistiky. V jediném roce vyřizoval Vietnam více než 400 dárcovských misí zaměřených na přezkoumání zdravotnických projektů nebo na přezkoumání sektoru zdravotnictví. V jediném roce má Rwanda podat hlášení ohledně 890 zdravotních ukazatelů různým dárcům, přičemž téměř 600 z nich se týká pouze HIV a malárie.

S nástupem chronických onemocnění se nyní kyvadlo nezvratně pohybuje ve směru integrované, komplexní a na pacienty zaměřené primární péče. Jak si nyní zdravotničtí pracovníci uvědomují, těmto chorobám nelze předcházet ani je zvládnout bez silné infrastruktury primární péče.

Zdravotní systém, jehož páteří je primární péče a jehož základnou jsou rodinní lékaři, přináší nejlepší výsledky zdravotní péče s těmi nejnižšími náklady a maximální spokojeností uživatelů.

Situaci vystihuje jedna statistika. V některých zemích, kde jsou hlavní zdravotní zátěží chronická onemocnění, zvládají rodinní lékaři 95 % zdravotních problémů a zároveň spotřebovávají pouze 5 % rozpočtu zdravotnictví.

Někteří by mohli namítnout, že spokojenost uživatelů se vztahuje rovněž na poskytovatele zdravotní péče. Některí

by mohli říci, že rodinní lékaři mají to nejvděčnější a nejdříve naplňující lékařské povolání.

Práce rodinného lékaře je těžká a náročná. Plat není nejvyšší. V čekárnách jsou pacienti ze všech věkových skupin, se všemi možnými příznaky a potížemi, s celým spektrem problémů, které má moderní medicína řešit.

Ale to, že s postupem času své pacienty poznáte a sledujete vývoj jejich života a zdraví, přináší uspokojení. Rodinní lékaři detektivní práci prohlubují diagnózu, aby zahrnovala i sociální a environmentální příčiny poruchy zdraví.

Studie ukazují, že pacienti vyžadují přístupnou a cenově dostupnou péči. Chtějí především péči, která reaguje na ně jako na člověka, v jejich jedinečných rodinných a sociálních situacích. Lidé nechtějí, aby se s nimi zacházelo jako se soubory specializovaných částí těla. Nechtějí, aby jim byly „opravovány součástky“. Chtějí, aby se s nimi zacházelo jako s osobami, které mají sociální a duchovní život.

V souladu s trendem, který začal v prvních letech epidemie AIDS, teď mnoho lidí vyhledává vlastní lékařské informace. Učí se, jak číst a porozumět zprávám o výzkumu.

Pátrají na četných webových stránkách se zdravotnickými informacemi. Na konzultace přicházejí dobře informovaní a připraveni se ptát, protestovat a sami se rozhodovat. To může být obohacením pro dialog mezi lékařem a pacientem, ale znamená to rovněž vyšší nároky.

Používání sociálních médií může mít i svou stinnou stránku, jak velmi dobře známe z odporu proti očkování dětí z neopodstatněných obav ze zvýšeného rizika postižení autismem. I to ztěžuje práci v preventivní péči.

Rodinní lékaři jsou základním pilířem kontinua péče. Někteří z Vašich pacientů budou potřebovat specializovanou léčbu v nemocnicích. Vy koordinujete i tuto část péče o ně.

Vaši pacienti stárnou. Objevuje se u nich řada komorbidit, které mohou vyžadovat léčbu mnoha odborníků. Vy zůstáváte strážcem celého člověka a dbáte na to, aby léčba naordinovaná různými lékaři nevedla k nebezpečným lékovým interakcím a aby byly zohledněny kontraindikace.

Specializované modely zdravotní péče nejsou ideálním přístupem ke zvládnutí problémů stárnoucích populací. Rodinní lékaři, kteří jsou v optimálním postavení, aby mohli pěstovat dlouhodobé vztahy s pacienty, zastávají unikátní postavení, které jim umožňuje pomáhat lidem stárnout ve zdraví, zůstat v domácím prostředí co nejdéle, zůstat společensky angažovaní a v případě potřeby najít tu správnou kombinaci specializované péče.

Tento integrovaný přístup se vztahuje i na multidisciplinární týmovou práci zahrnující zdravotní sestry. Jedním z důvodů, proč Kontrolní seznam pro chirurgickou bezpečnost WHO je tak úspěšný, je de facto skutečnost, že se zabývá celým týmem včetně sester. Všichni sdílejí odpovědnost a stejně důležitou roli při ochraně pacientů před nebezpečnými nebo smrtícími omyly.

V roce 2011 svolalo Valné shromáždění OSN zvláštní zasedání o prevenci a kontrole nepřenositelných nemocí. To bylo teprve podruhé v historii, kdy byla zdravotnímu problému věnována tak vysoká míra politické pozornosti.

Jak bylo jasně formulováno v politickém prohlášení vydaném u příležitosti této události, prevence musí být základním kamenem globální reakce na tuto smrtelná, náročná a nákladná onemocnění.

Od počátku tohoto století WHO významně přispěla k prevenci celé populace tím, že přijala řadu mezinárodních dohod. Rámcová úmluva WHO o kontrole tabáku je obzvláště přesvědčivým příkladem, jelikož její ustanovení jsou právně závazná.

Ostatní dohody poskytují globální strategie a možnosti taktik ke snížení škodlivého požívání alkoholu a zlepšení struktury stravy, výživy a fyzické aktivity. Členské státy WHO rovněž přijaly doporučení pro snížení tržního prodeje nezdravých potravin a nápojů dětem.

Ale i kdyby byly všechny tyto strategie dokonale uvedeny v praxi, stále bychom měli klinické případy srdečních onemocnění, rakoviny, cukrovky a chronických respiračních onemocnění a počet takovýchto pacientů čím dál tím víc roste.

Prevence je po právu základním kamenem pro globální reakci. Na individuální, osobní úrovni jsou však rodinní lékaři základem prevence i péče.

Dámy a pánové

Během odborných setkání, když se teoreticky probírají údaje a statistiky, musím účastníkům připomínat, aby na chvíli přestali. Vrátili se zpět k základům. Vzpomněli si na lidi.

To dodává naší práci důležitost, ať už jsme rodinní lékaři nebo činitelé v oblasti veřejného zdravotnictví.

Zdravotnické systémy jsou sociálními institucemi. Dělají mnohem více, než jen asistují při rození dětí a rozdělují léky, jako když pošta doručuje dopisy. Pokud je dobře fungující zdravotní systém správně řízen a financován, přispívá k sociální soudržnosti a stabilitě. V době, kdy je tolik světových událostí důvodem pro mezinárodní pobouření, jsou sociální soudržnost a stabilita ceněnými aktivy celosvětově.

Zdravotnické systémy musí mít samozřejmě k dispozici specialisty a nemocnice. Musí však rovněž mít lékaře primární péče, kterým záleží na prevenci. Musí mít lékaře, kteří znají své pacienty dost dlouho a dost dobře na to, aby doopravdy zvládli zdraví jako celek, ve všech jeho různých dimenzích, včetně duševních a duchovních potřeb.

Důstojnost, kterou má každá lidská bytost v okamžiku narození, tak snadno mizí v bludišti zdravotní péče, která využívá špičkovou techniku, je specializovaná a odosobněná. Pro pacienty má možnost hovořit s lékařem a podstoupit vyšetření odborníkem hodnotu terapeutickou, ale i hodnotu sociální jakožto rituál.

Technologie a počítače nikdy nemohou nahradit lidský aspekt ve vztahu lékař-pacient. Dlouhodobý vztah, který nastoluje důvěru, zvyšuje motivaci. U motivovaných lidí je nejpravděpodobnější, že přijmou osobní odpovědnost za udržování svého zdraví.

Primární péče je naší největší nadějí pro budoucnost. Rodinní lékaři jsou našimi vycházejícími hvězdami budoucnosti.

Z popela vysoce specializované, lidskosti zbavené a komercializované zdravotní péče povstane rodinné lékařství jako fénix, který vzlétne, vydávaje světlo s příslibem duhy.

V tom spočívá starobylá historická dohoda mezi lékaři a pacienty, a právě tam se musí vrátit zdravotnické a lékařské povolání. Všechny Vás podporuji v tom, abyste i nadále kultivovali lidskou stránku medicíny.



12–32 % dospělých s dlouhotrvajícím kašlem má pertusi.

2–4leté epidemické cykly pertuse.

Očkování neposkytuje celoživotní ochranu, pouze na 4–20 let.

Asymptomatické průběhy až typické klinické projevy onemocnění.

Otazníky kolem černého kašle: Může postihnout každého z nás...?!

MUDr. Kateřina Fabiánová

Oddělení epidemiologie infekčních nemocí,
Centrum epidemiologie a mikrobiologie, Státní zdravotní ústav, Praha

Úvod

Černý kašel (pertuse) rozhodně nepatří mezi onemocnění, které by bylo díky očkování odsunuto pouze na stránky učebnic. Naopak, z celé řady zahraničních článků a i z údajů českého registru infekčních nemocí vyplývá, že černý kašel je na vzestupu, a to i v dospělé populaci. V souvislosti s výskytem černého kašle se nejčastěji vyskytují následující dotazy:

Jak často se vyskytuje černý kašel?

Výskyt černého kašle i v proočkované populaci je relativně častý. Nedávné studie dokonce ukázaly, že **12–32 % dospělých s dlouhotrvajícím kašlem (nad 1–2 týdny) má pertusi.**

Původce vysoce nakažlivého onemocnění, bakterie ***Bordetella pertussis***, totiž nadále cirkuluje v lidské populaci navzdory očkování. Celoplošná vakcinace proti černému kašli sice byla ve většině rozvinutých států zahájena již v padesátých letech minulého století, ale i přes deklarovanou vysokou proočkovanost se černý kašel stále vyskytuje a počty nemocných narůstají a od 80.–90. let se postupně vrací do většiny rozvinutých států včetně České republiky.

Přítom hlášené případy černého kašle tvoří pouze vrchol ledovce (1–30 %); ostatní případy onemocnění zůstanou z různých důvodů nedagnostikovány!

V České republice se pravidelně opakují 2–4leté epidemické cykly černého kašle a nemocnost postupně od 90. let narůstá. Současná situace v počtech hlášených případů nás vrací do období šedesátých let s tím rozdílem, že se nejedná již pouze o dětské pacienty, ale podle údajů z let 1982–2012 tvořili dospívající a dospělí (tzn. 15 let a starší) celkem 30,2 % všech hlášených nemocných s pertusí.

Očkuje se ještě proti pertusi v ČR? Je možné očkovat dospělé? Kolika dávkami vakcíny proti pertusi očkovat?

Ano, očkování proti pertusi je v ČR pravidelnou a kontinuální součástí očkovacího kalendáře již od roku 1958.

Děti dostávají v současné době v rámci pravidelného očkování celkem 6 dávek vakcíny proti pertusi. Podle platného očkovacího kalendáře začíná očkování u dětí od devátého týdne živo-

ta. Poslední přeočkování šestou dávkou je aplikováno od dovršení desátého do dovršení jedenáctého roku života.

V dospělosti je možné očkovat proti černému kašli. Očkuje se acelulární pertusovou vakcínou se sníženým množstvím antigenů (Tdap: tetanus + diftérie + acelulární pertuse). Podle doporučení Národní imunizační komise (NIKO) by měl každý člověk v dospělosti až do 65 let věku obdržet minimálně jednu posilující dávku proti pertusi v kombinované vakcíně. Očkování je dostatečně účinné také u osob starších 65 let a je jim doporučeno pokud jsou v úzkém kontaktu s dětmi mladšími 12 měsíců věku. Aplikace jedné posilující dávky je možná také u osob, které nebyly v minulosti očkovány proti pertusi (ročník narození 1957 a starší).

Podrobné doporučení NIKO k očkování proti pertusi u dospělých lze nalézt na:

http://www.mzcr.cz/Verejne/dokumenty/narodni-strategie-ockovani-proti-pertusi_5195_1985_5.html

Může onemocnět jedinec, který byl očkován proti černému kašli? Může černým kašlem onemocnět opakovaně?

Ano. Po prožitím onemocnění i po očkování proti černému kašli lze opět onemocnět.

Očkování neposkytuje celoživotní ochranu proti onemocnění černým kašlem. V průběhu 3–5 let po očkování acelulární pertusovou vakcínou dochází k tzv. „vyvanutí“, imunity. Částečně imunní jedinci se stávají po určité době opět vnímavými a mohou se bordetelou nakazit. Klinický obraz průběhu černého kašle v proočkované a promořené populaci je tak velmi široký; od asymptomatických průběhů po typické klinické projevy onemocnění.

O „vyvanutí“ imunity po očkování svědčí například data ze zprávy o pertusi v České republice v období 1998–2008: proti černému kašli bylo plně očkováno 75 % všech hlášených případů. Plně očkováno znamená očkování pěti, případně více dávkami podle platného očkovacího kalendáře.

Po prožitím onemocnění dochází k „vyvanutí“ imunity za 4 až 20 let. Dospělý člověk proto může opakovaně onemocnět černým kašlem,

dokonce 2x až 3x za život! Opakovaná infekce se většinou projeví jako dlouhotrvající kašel.

Ze zvýšené incidence a z demografického posunu onemocnění do vyšších věkových skupin lze usuzovat, že hlavním zdrojem černého kašle v populaci se stávají dospívající a dospělí.

Potvrzuje se tak, že **černý kašel není jen onemocněním dětí, ale i adolescentů a dospělých.**

Jaké je hlavní riziko onemocnění černým kašlem u dospělých?

Hlavní rizika onemocnění černým kašlem u dospělých se dají rozdělit podle dvou hledisek – zdravotního a epidemiologického.

Zvýšené riziko závažnějších a komplikovaných průběhů onemocnění černým kašlem je zejména u chronicky nemocných pacientů, například u osob s chronickou obstrukční plicní nemocí (CHOPN), astmatiků nebo osob s cystickou fibrózou. Bordetelové bakterie nasedají na průvodním onemocněním již změněný terén respiračního traktu. U těchto pacientů může dojít k závažnějšímu a delšímu průběhu samotného onemocnění černým kašlem. Zároveň podle odborných studií až u 30 % pacientů s chronickým plicním onemocněním dochází ke zhoršení základní choroby.

Komplikace však mohou nastat až u 23 % všech dospělých nemocných černým kašlem.

Kromě dlouhotrvajícího kašle kolem 7–8 týdnů či déle, patří mezi nejčastější klinické příznaky u dospělé populace zejména typické záchvaty kašle s následným zvracením, úbytek na váze, chrapot, bolesti hlavy, poruchy spánku. Opakující se záchvaty kašle bývají pro nemocného velmi vysilující a navíc se onemocnění může často komplikovat například pneumonií, pneumothoraxem, močovou inkontinencí při paroxysmech kašle, rupturou mezižebních svalů až frakturou žebér atd. Hospitalizace v souvislosti s černým kašlem je zaznamenána u 3–12 % dospělých nemocných.

Z epidemiologického hlediska je člověk s černým kašlem zdrojem onemocnění pro blízké vnímavé kontakty ve svém okolí. Dolet infekčních kapének, které se z úst nemocného uvolňují během kašlání, kýchání ale i mluvení, je přibližně 90–150 cm. Osoby s asymptomatickým nebo symptomatickým průběhem černého kašle tak mohou na vnímavé jedince ve svém blízkém okolí onemocnění snadno přenášet. Například pro malé děti, které ještě nejsou očkované nebo neúplně očkované a jsou tedy vysoce vnímavé, jsou nejčastějším zdrojem onemocnění černým kašlem právě nejbližší; až v 67 % je zdrojem nejbližší rodina, tedy matka, starší sourozenci, otec, dále pak prarodiče, a ostatní, zdravotníci

ky nevyjímaje. Zdravotníci a učitelé jsou naopak ve zvýšeném riziku onemocnění od svých pacientů a žáků.

Proč pacient i po opakované cílené antibiotické terapii stále kašle?

Onemocnění pertusí probíhá v několika fázích. Na začátku, během inkubační doby a časného katarálního stádia, kdy bordetely proniknou do vnímavého hostitelského organismu, se bakterie přichytávají prostřednictvím toxinů buněčné stěny – pertusového toxinu a filamentózního hemaglutininu – na buňky řasinkového epitelu dýchacích cest a dochází zde k jejich pomnožení – bakterie kolonizují hostitele. Onemocnění se na začátku projevuje jako běžný katar horních cest dýchacích, takže na černý kašel se pomýšlí většinou až později. Pokud je pacient přeléčen cílenými antibiotiky včas, nedojde k rozpadu bordetel a k uvolnění bakteriálních toxinů do krevního oběhu.

Toxiny bordetel později na sliznici dýchacích cest způsobují paralýzu a destrukci řasinek, zánět až nekrózu postižené sliznice. Drážděním receptorů pro kašdélku el spolu se ztrátou čistícího mechanismu, kterým je za normálních okolností z povrchu sliznice odstraňován hlen, vzniká typický kašel. Výsledné konvulzivní, paroxysmální stadium se záchvaty kašle je dané zejména působením pertusového toxinu na respirační, lymfatický a nervový systém. Antibiotická terapie podaná v paroxysmálním stádiu již dobu trvání kašle neovlivní, ale zabrání přenosu onemocnění na další osoby.

Vzhledem k poměrně dlouhé regeneraci sliznice dýchacích cest, zejména průdušnice, může být doba trvání kašle několik týdnů až měsíců a paroxysmy kašle mohou být vyprovokovány při podráždění sliznice dýchacích cest i rok po onemocnění.

Za jak dlouho je možné očkovat proti pertusi po řádném očkování proti tetanu?

Podle doporučení Národní imunizační komise je pravidelné přeočkování dospělých proti tetanu možné nahradit aplikací posilovací dávky Tdap, avšak nejdříve za rok od posledního přeočkování proti tetanu případně diftérii.

V případě vysokého rizika onemocnění černým kašlem je možné aplikovat kombinovanou Tdap vakcínu bez ohledu na předchozí podanou dávku samotné vakcíny proti tetanu.

Za jak dlouho je možné očkovat proti pertusi po prožitém onemocnění černým kašlem?

Prožité onemocnění není kontraindikací očkování. Doba trvání postinfekční protekce není přesně známa a u každého jedince může být individuální, proto je očkování adolescentů a dospělých proti černému kašli po prožitém onemoc-

Pertuse není jen onemocněním dětí, ale i adolescentů a dospělých.

Onemocnění se na začátku projevuje jako běžný katar horních cest dýchacích, takže na černý kašel se pomýšlí většinou až později.

Doba trvání kašle je několik týdnů až měsíců a paroxysmy kašle mohou být i rok po onemocnění.

Antibiotická terapie podaná v paroxysmálním stádiu již dobu trvání kašle neovlivní.

V USA je očkování těhotných proti pertusi již povoleno, v ČR se zatím očkovat je jen v nezbytných případech.

Podle ACIP oje ideální očkovat mezi 27. až 36. týdnem těhotenství.

nění doporučováno, a zejména tam, kde jsou v rodině malé vnímavé děti (očkování v rámci tzv. „cocoon“ strategie).

Může se očkovat v těhotenství? Kdy očkovat před početím, aby to bylo bezpečné a účinné?

Odpovídající údaje o podávání vakcíny s acelulární pertusovou komponentou těhotným ženám nejsou k dispozici a studie na zvířatech zabývající se reprodukční toxicitou nebyly provedeny. Podobně jako u jiných inaktivovaných vakcín se však nepředpokládá, že by po očkování mohlo dojít k poškození plodu. I tak by se však měla vakcína použít během těhotenství jen tehdy, když je to skutečně nutné a jestliže možné výhody očkování převáží možná rizika pro plod, tedy pouze v nezbytných případech a to na základě pečlivého posouzení potenciálního přínosu a možných rizik

Například v USA je očkování těhotných proti pertusi již povoleno. Podle doporučení Amerického poradního sboru pro očkování (ACIP) z 22. února 2013 <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6207a4.htm> je očkování nejvhodnější ve třetím trimestru vzhledem k tvorbě protilátek, jejich přetrvávání v mateřském organismu a následně k vysokým hladinám, které jsou předávány plodu. Hladiny protilátek u matek očkovaných v třetím trimestru jsou vyšší než u matek očkovaných v prvním či druhém trimestru. Ideální je podle ACIP očkovat mezi 27. až 36. týdnem těhotenství.

ACIP doporučují dokonce matkám nechat se očkovat při každém, tedy opakovaném těhotenství. Protilátky totiž velice rychle klesají, vyvaznou.... Podání vakcíny s acelulární pertusovou složkou včetně difterické a tetanické Tdap doporučuje ACIP podat při každém těhotenství bez ohledu na předchozí vakcinační anamnézu, tedy očkování Tdap.

Vzhledem k tomu, že ve světě se vakcínou proti tetanu či tetanu a diftérii běžně v rozvojových zemích očkují těhotné v rámci prevence novorozeneckého tetanu, předpokládá ACIP, že pertusová složka nemůže být ohrožením ani pro plod ani pro matku.

Za jak dlouho je možné očkovat proti pertusi po řádném očkování proti tetanu?

U osob, které nebyly v minulosti očkované proti pertusi (v ČR to platí pro většinu osob s ročníkem 1957 a starší), je možná aplikace jedné posilující dávky vakcíny proti diftérii, tetanu a pertusi (Tdap vakcíny).

Je na trhu v ČR monovaletní vakcína proti černému kašli?

Monovaletní vakcína proti černému kašli není dlouhodobě k dispozici na našem ani zahraničním trhu. Pro očkování dospělé populace proti černému kašli existují vakcíny s acelulární pertusovou složkou v kombinaci s tetanickým a difterickým toxoidem se sníženým množstvím antigenů (Tdap).

Závěrem

Onemocnění černým kašlem v populaci (zejména u dospívajících a dospělých) se vyskytuje pravděpodobně častěji než se dosud odhadovalo (předpokládá se vysoká podhlášenost onemocnění, mimo jiné také díky nepoznaným atypickým průběhům onemocnění). Pravděpodobnost styku s infekcí se v posledních letech zvyšuje, i vzhledem k velké migraci lidí. Vzhledem k tomu, že imunita po očkování proti černému kašli (nezávisle na typu vakcíny) ani po onemocnění není dlouhodobá, dochází k poklesu imunity a narůstá vnímavá populace mezi dospívajícími a dospělými. Černý kašel u nich má lehčí až atypický průběh, často není diagnostikován a stávají se zdrojem onemocnění pro vnímavé jedince hlavně pro nejmenší neočkované nebo neúplně očkované děti.

Jedním z doporučovaných opatření v boji proti černému kašli je „cocoon“ strategie tzn. očkování proti černému kašli u rodičů a žen po porodu a u nejbližších kontaktů dětí do jednoho roku života. Vysoce efektivní cestou k rozsáhlé redukci onemocnění v populaci by pak byla kombinace „cocoon“ strategie a jedné dávky vakcíny proti černému kašli pro všechny dospělé každých deset let. Samotná „cocoon“ strategie významně snižuje, ale úplně neeliminuje riziko přenosu černého kašle z dospělých na nejmenší děti. Očkováním matek a nejbližších rodinných kontaktů se však zvýší kolektivní imunita, a tím se výrazně sníží možnost přenosu onemocnění na nejmenší děti. Úsilí věnované ochraně kojenčů před tímto závažným onemocněním je nezbytné, aby se úmrtí dětí na pertusi stala minulostí.

Aktualizovaná doporučení pro laboratorní diagnostiku pertuse a parapertuse

zdroj: ZPRÁVY CENTRA EPIDEMIOLOGIE A MIKROBIOLOGIE (SZÚ, PRAHA) 2011; 20(4)

(Text byl zkrácen redakcí časopisu Practicus pro účely lékařů primární péče.)

Pertuse je vysoce nakažlivé onemocnění závažné svým průběhem zejména pro novorozence a kojence do jednoho roku života. Z epidemiologického hlediska je proto nutným požadavkem rychlé a správné stanovení diagnózy a následná cílená antibiotická terapie osob s pertusí. Spolu s očkováním adolescentů a dospělých proti pertusi tak lze snížit cirkulaci původce onemocnění *Bordetella pertussis* v populaci na minimum.

V dnešní dobře proočkované populaci se typický klinický obraz pertuse mění a často může být protrahovaný kašel dětí, adolescentů a dospělých jediným symptomem onemocnění. Původcem lidského onemocnění pertusi je bakterie *Bordetella pertussis*; spolu s bakterií *Bordetella parapertussis*, *B. bronchiseptica* a *B. holmesii* patří mezi původce dávivého kašle (whooping cough).

Z epidemiologického hlediska je důležité co nejrychlejší stanovení diagnózy, aby byl nemocný a případně jeho kontakty cíleně a včas přeléčeni antibiotiky, aby se předešlo dalšímu šíření onemocnění na vnímavé osoby.

Laboratorní diagnostika pertuse se opírá o přímý průkaz (kultivace a izolace agens a PCR detekce – polymerázová řetězová reakce) a nepřímý průkaz (sérologie, průkaz specifických protilátek).

K diagnostikování pertuse je dostupná celá řada sérologických metod. Podle posledních studií většina komerčně vyráběných testů nedává validní výsledky díky zkříženým reakcím a nedostatečné senzitivitě a specifitě. Specifické pro *B. pertussis* jsou pouze protilátky proti pertusovému toxinu (PT). Protilátky proti dalším antigenům FHA (filamentózní hemagglutinin), PRN (pertaktin), FIM (fimbrie), ACT (adenylátcyklázový toxin) jsou méně specifické – existuje možnost zkřížené reaktivity, nejčastěji s antigeny *B. parapertussis*, *Haemophilus spp.*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae*.

Zatím nelze odlišit imunitní odpověď organismu na očkování od imunitní odpovědi na probíhající infekci; interpretace hladin protilátek proti PT u nedávno očkovaných osob je obtížná. Pokud byl tedy pacient očkovan acelulární (aP) vakcínou proti pertusi, je správná a validní interpretace sérologických testů možná teprve až za rok po očkování aP vakcínou.

Doporučení pro odběry vzorků na vyšetření u suspektních případů:

- U novorozenců a malých dětí by měly být provedeny odběry nazofaryngeálních vzorků (výtěr a/nebo aspirát) na PCR a/nebo na kultivaci co nejdříve po začátku symptomů.
- U očkovaných dětí a dospělých, pokud kašel trvá méně než dva týdny, lze provést odběr z nazofaryngu

na PCR a kultivaci.

- Stanovení protilátek třídy IgG anti PT (proti pertusovému toxinu) má význam pro starší děti a dospělé, včetně rodičů a členů domácnosti.
- U kašle trvajících dva až tři týdny není stanovení IgG anti PT pouze z jednoho vzorku dostatečné.
- U adolescentů a dospělých s dobou trvání kašle nad tři týdny je doporučeno provést PCR a stanovení IgG antiPT.

Závěr

Většina případů pertuse v ČR nahlášená do EPIDATU v posledních letech je diagnostikována sérologicky. Počet hlášených kultivačních a PCR vyšetření a pozitivních záchytů je minimální.

Sérologická diagnostika pertuse provedená podle „EU case definic“ znamená: „průkaz specifické protilátkové odpovědi“ (tzn. **k sérologickému vyšetření se odebírají dva vzorky krve v odstupu tří týdnů, první by měl být odebrán co nejdříve v akutním stádiu onemocnění, druhý zhruba za 3 týdny** – potvrzením diagnózy je signifikantní **čtyřnásobný vzestup titrů** specifických protilátek, případně **sérokonverze z negativy do pozitivy**). IgG anti PT dosahují svého vrcholu asi za 4,5 týdne po onemocnění. Pokud pacient kašle delší dobu a první vzorek se tedy odebírá až v pozdější fázi onemocnění a druhý v rekonvalescenci, je možné brát **signifikantní (čtyřnásobný) pokles titrů** specifických protilátek za diagnostický průkaz.

Stanovení definitivní diagnózy je velmi opožděné a obvykle pak zastihne pacienta až ve fázi rekonvalescence.

Laboratorní diagnostika při podezření na pertusi musí směřovat k rychlému určení původce onemocnění; tedy na prvním místě k PCR diagnostice a ke kultivaci. Sérologie u pertuse by měla být používána především jako metoda konfirmační.

Vzhledem k vysokému počtu sérologických vyšetření v ČR to znamená změnit přístup odborné a laické veřejnosti k onemocnění. Lékaři musí u pacienta s kašlem zajistit správné odběry co nejdříve. Veřejnost je třeba soustavně informovat o onemocnění, o jeho symptomech a závažnosti při kontaktu s malými dětmi. Návštěva lékaře by neměla být odkládána, zejména pokud je kašlající osoba v blízkém kontaktu s dosud neočkovanými nebo neúplně očkovanými dětmi.

Informace o odběru na kultivační vyšetření – průkaz *B. pertussis*/parapertussis

Informace SZÚ, 11. červenec 2012

zdroj: <http://www.szu.cz>

Nasofaryngeální výtěr

Podmínky - co nejdříve po vyslovení podezření na pertusi, před zahájením léčby antibakteriálními preparáty, ráno nalačno, vyšetřovaná osoba nesmí před odběrem pít, jíst, kouřit, čistit si zuby, žvýkat žvýkačku.

Odběrová souprava pro kultivační vyšetření: tampón ze

syntetické bavlny na drátku s transportním médiem - Amies s aktivním uhlím. Pro poskytnutí odběrové soupravy kontaktujte spolupracující mikrobiologickou laboratoř nebo NRL.

Postup: Před odběrem je vhodné se pacienta dotázat na pocit ucpaného nosu, odebírat z nosního průduchu, který pacient vnímá jako lépe průchodný. Tampón jemně zasouváme přes nosní průduch těsně podél nosní přepážky a po spodní stěně nosní dutiny až k zadní stěně nasofaryngu (pro představu - délka zasunuté části drátku přibližně odpovídá vzdálenosti nosní křídlo - tragus). Několikrát jemně pootočíme a tampón vytáhneme. U dětí je nutná fixace, odběr je velmi nepříjemný.



Uchovávání a transport vzorků: při pokojové teplotě, materiál by měl být zpracován v laboratoři do 4 hodin od doby odběru, v každém případě by měl být doručen v den odběru.

NRL přijímá materiál v pracovní dny od 8 do 14 hodin, v jinou dobu po předchozí telefonické dohodě.

Sérologický průkaz pertuse a parapertuse

Informace SZÚ, 11. červenec 2012

Zdroj: <http://www.szu.cz>

Odběr materiálu: K diagnostice onemocnění se odebírají dva vzorky srážlivé krve. První vzorek se odebere co nejdříve po vyslovení podezření na pertusi, druhý vzorek nejdříve 21 dní po odběru prvního vzorku.

Párová séra se vždy vyšetřují současně v téže laboratoři. První odebraný vzorek se skladuje při -20 °C až do obdržení druhého vzorku séra.

Pokud byl pacient očkovan acetulární (aP) vakcínou proti pertusi, je správná a validní interpretace sérologických testů možná teprve až za rok po očkování aP vakcínou.

Pro stanovení koncentrace IgG protilátek proti pertusovému toxinu po očkování se odebírá jeden vzorek krve. Hodnota protektivní koncentrace protilátek proti pertusovému toxinu není stanovena, vyšetřením jednoho vzorku séra lze zjistit pouze skutečnost, že pacient přišel do kontaktu s antigeny Bordetella pertussis; nelze odlišit protilátky postinfekční a postvakcinační.

Skládování a transport: Srážlivá krev pro získání séra - do 24h možno při pokojové teplotě, pak je nutno separovat sérum. Vzorky sér jsou uchovávány při teplotě 2-8 °C max. 5 dnů, po delší dobu je nutno je skladovat v mrazicím boxu (-20 °C).

Zpracování v laboratoři: Sérologickou diagnostiku pertuse provádíme v NRL metodou ELISA, sérologickou diagnostiku parapertuse provádíme metodou aglutinace. NRL přijímá vzorky krve i sér jak ke confirmaci, tak i k primárnímu vyšetření.

Pro správnou interpretaci sérologického vyšetření je třeba znát data odběru obou vzorků, datum narození pacienta, vakcinační anamnézu pacienta.

Interpretace výsledků - ELISA: Při použití soupravy detekující protilátky pouze proti pertusovému toxinu a s výstupem v IU/ml se jako signifikantní (svědčící pro proběhlé onemocnění) hodnotí vzestup koncentrace protilátek v séru o 100 % počáteční hodnoty (hodnota naměřená v prvním z párových sér) nebo pokles koncentrace protilátek o 50 % počáteční hodnoty.

Interpretace výsledků - aglutinace: Pro potvrzení diagnózy je signifikantní čtyřnásobný vzestup nebo pokles titru protilátek v párových vzorcích.

Léčba pertuse a parapertuse, současná doporučení

Doporučené postupy Společnosti infekčního lékařství (SIL)

Zdroj: www.infekce.cz

Doporučený postup pro antibiotickou léčbu komunitních respiračních infekcí v primární péči.

Bronchitis acuta vyvolaná Bordetella pertussis a Bordetella parapertussis: Dospělí perorálně Erytromycin 500 mg každých 6 hodin, děti 30-50 mg/kg/den ve čtyřech dílčích dávkách po 6 hodinách.

Aplikuje se po dobu 10 dnů.

Pozn. redakce: erytromycin v p.o. formě není t.č. v ČR na trhu, je tedy nutno použít jiný z erytromycinů.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Atlanta, USA

Zdroj : www.cdc.gov/ - doporučeno SIL jako stránka základního významu pro aktuální epidemiologické údaje, guidelines, MMWR)

Recommended Antimicrobial Agents for the Treatment and Postexposure Prophylaxis of Pertussis 2005 CDC Guidelines

Antibiotická léčba pertuse a rozvázné použití antimikrobiálních přípravků pro postexpoziční profylaxi eradikuje B. pertussis z nasofaryngu infikovaných osob (sympto-

matických nebo asymptomatických). Makrolid podaný v začátku onemocnění může redukovat délku a tíži symptomů a zkrátit období přenosnosti nákazy. Přibližně 80–90 % pacientů s neléčenou pertusí se spontánně zbaví *B. pertussis* z nasofaryngu během 3–4 týdnů po začátku kašle; nicméně u neléčených a nevakcinovaných dětí může přetrvávat kultivační pozitivita po více než 6 týdnů. Těsné asymptomatické kontakty mohou být léčeny postexpoziční profylaxí aby zabránily sekundárním případům onemocnění, symptomatické kontakty by měly být léčeny jako případy onemocnění. Erytromycin, makrolidové antibiotikum, je antimikrobiálním přípravkem volby pro léčbu nebo postexpoziční profylaxi pertuse. Podávání je obvykle rozděleno do 4 dávek, po dobu 14 dnů. Ačkoliv je účinný jak pro léčbu tak pro profylaxi, má řadu nežádoucích účinků, které vedou k slabé adherenci k léčbě. V průběhu poslední dekády in vitro studie prokázaly efektivitu dalších dvou makrolidů na *B. pertussis* (azitromycin a klaritromycin).

A. Léčba. Makrolidová antibiotika (erytromycin, klaritromycin a azitromycin) jsou preferovaná v léčbě osob starších než 1 měsíc. U dětí mladších než jeden měsíc je preferován azitromycin; erytromycin a klaritromycin není doporučen. Alternativou makrolidů u osob starších než 2 měsíce je trimetoprim-sulfametoxazol.

Při výběru antibiotika pro léčbu nebo profylaxi by měla být zvážena účinnost, bezpečnost (včetně potenciálních vedlejších účinků a lékových interakcí), snášenlivost, předpoklad adherence k léčbě a cena. Azitromycin a klaritromycin jsou v léčbě pertuse stejně účinné jako erytromycin u osob starších než 6 měsíců, jsou lépe tolerovány a jsou spojeny s méně a lehčími nežádoucími účinky. Erytromycin a klaritromycin (ne azitromycin) jsou inhibitory cytochromu P450 (CYP3A podtřída) a mohou mít interakce s jinými léky, které jsou metabolizovány tímto systémem. Azitromycin a klaritromycin jsou rezistentnější k žlučové kyselině, dosahují vyšších tkáňových koncentrací a mají delší poločas než erytromycin, což umožňuje menší počet denních dávek (1–2 dávky/den) a kratší dobu užívání (5–7 dní).

B. Postexpoziční profylaxe. Makrolid může být podán při profylaxi u těsných kontaktů osob s pertusí, pokud u dotyčných není kontraindikace k jeho použití. Rozhodnutí k použití postexpoziční profylaxe je vytvořeno po zvážení infekčnosti pacienta a intenzity expozice, potenciálních konsekvencí závažné pertuse u kontaktu a možnostech sekundární expozice osob, které jsou vysoce rizikové (např. děti mladší než 12 měsíců). Podávání postexpoziční profylaxe asymptomatickému domácímu kontaktu v období 21 dnů od nástupu kašle u nakaženého může předejít symptomatické infekci. Kašlající (symptomatické) domácí kontakty pacienta s pertusí by měly být léčeny jako by měly pertusi. Protože závažné a někdy fatální komplikace u pertuse se objevují u dětí mladších než 12 měsíců, zejména mladších než 4 měsíce, měla by být postexpoziční profylaxe podána všem kontaktům mladším než 12 měsíců a ženám

ve 3. trimestru těhotenství. Doporučená antibiotika a jejich dávkování je pro postexpoziční profylaxi stejná jako u léčby pertuse.

Azitromycin. Azitromycin je podáván v jedné denní dávce.

Doporučený režim:

Děti < 6 měsíců: 10 mg/kg na den po dobu 5 dnů.

Děti > 6 měsíců: 10 mg/kg (maximum: 500 mg) první den, následovného 5 mg/kg na den (maximum: 250 mg) 2.–5. den.

Dospělí: 500 mg první den, následně 250 mg denně 2.–5. den.

Erytromycin. *Pozn. redakce: vzhledem k nedostupnosti p.o. přípravku v ČR sou informace o dávkování erytromycinu vynechány.*

Klaritromycin.

Doporučený režim:

Děti < 1 měsíc: nedoporučeno

Děti > 1 měsíc: 15 mg/kg na den (maximum: 1 g na den), rozděleno do dvou dávek, po dobu 7 dnů.

Dospělí: 1 g denně rozdělený do dvou dávek, po dobu 7 dnů.

Alternativní léčba (TMP–SMZ): Je používána v případě kontraindikace nebo nesnášenlivosti léčby makrolidy. Případy rezistence *B. pertussis* k makrolidům jsou vzácné.

Doporučený režim:

Děti < 2 měsíce: kontraindikováno

Děti > 2 měsíce: trimetoprim 8 mg/kg na den, sulfamethoxazol 40 mg/kg na den, rozděleno do dvou dávek, po dobu 14 dnů.

Dospělí: trimetoprim 320 mg denně, sulfamethoxazol 1600 mg denně, rozdělené do dvou dávek, po dobu 14 dnů.

Pozn. redakce: přípravek Cotrimoxazol AL forte obsahuje 160 mg trimetoprimu a 800 mg sulfamethoxazolu.

*Pro časopis Practicus zpracovala
MUDr. Jaroslava Laňková*



Řepkový olej – olej nad zlato

doc. Ing. Jiří Brát, CSc., Vím, co jím o.p.s., Praha,

doc. Ing. Petr Baranyk, CSc., Česká zemědělská univerzita, Praha

prof. Ing. Jana Dostálová, CSc., Vysoká škola chemicko-technologická, Praha

Ing. Josef Škeřík, CSc., Svaz pěstitelů a zpracovatelů olejnin, Praha

Souhrn

Výživová doporučení týkající se tuků usilují o snížení příjmu nasycených a transmastných kyselin z pohledu snížení rizik kardiovaskulárních onemocnění. Řepkový olej obsahuje méně nasycených mastných kyselin než ostatní běžné používané oleje. Je známý rovněž jako významný zdroj esenciálních omega 3 mastných kyselin. Průměrný spotřebitel podceňuje význam nutričně vyvážené stravy. Kromě toho nezná ani složení jednotlivých tuků. Správná edukace je nutná a praktický lékař může být v tomto nápomocný.

Abstract

Dietary fat recommendations aiming at reducing CVD risk mainly focus on reducing intakes of saturated and trans fatty acids. Rapeseed oil contains less saturated fatty acids compare to other commonly used oils. It is known as a significant source of the essential omega 3 fatty acids, as well. Average consumer underestimates a role of the balance diet. Next to that, the nutrition composition of the individual fats it is not known, too. Proper education is needed and general practitioner could contribute to it.

Tuky patří mezi snad nejčastěji diskutované složky potravy. V běžných médiích, ale i v odborné literatuře, můžeme najít často rozporuplné informace. V článcích a knihách mnohdy chybí propojení mezi poznatky z oblasti výživy a vlivem tuků na lidské zdraví, složením jednotlivých tuků, znalostí výrobních technologií a reálnou spotřebou klíčových živin v rámci populace. Sledujeme-li individuální vědecké studie, můžeme najít i některé tendenčně zaměřené práce. Proto je zapotřebí respektovat doporučení renomovaných odborných společností, které tyto dílčí informace vzájemně porovnávají a posuzují.

Tuky působí na řadu z nás trochu neprávem jako strašák. Tuky obsahují více než dvojnásobek energie v porovnání se dvěma dalšími základními živinami (bílkoviny, sacharidy). S narůstajícím trendem výskytu nadváhy a obezity v populaci se často stávají terčem kritiky. Z tohoto pohledu se můžeme běžně setkávat s doporučením plošně omezovat konzumaci tuků bez hlubšího zamyšlení nad některými důsledky takto zobecněných názorů. V minulosti jsme byli zvyklí na výživové doporučené dávky pro konzumaci tuku na úrovni maximálně 30 % z celkového příjmu energie. Doporučení z poslední doby tuto hodnotu navyšují až na 35 % z celkového denního energetického příjmu¹. Zvýšený tolerovaný příjem však neplatí pro všechny tuky.

Zvýšená konzumace nasycených (dále SAFA) a transmastných kyselin (dále TFA) je spojována se zvyšováním

rizika výskytu kardiovaskulárních onemocnění. U TFA se rovněž uvádí souvislost se vznikem diabetu II. typu. Pro SAFA platí tolerovaný příjem na úrovni méně než 10 % z celkového příjmu energie¹. To představuje pro dospělou osobu s průměrnou fyzickou aktivitou pouze max. 20 g denně. Některé odborné společnosti snižují tolerovaný příjem SAFA pro rizikovou skupinu z pohledu KVO až na 7 % energetických^{2,3}. Tolerovaný příjem pro TFA je velmi nízký, doporučuje se "as low as possible" tedy co možná nejnížší, max. 1 % z celkového příjmu energie¹, což představuje 2–2,5 g denně.

V rámci celkového příjmu živin nezáleží jen na tom, co konzumujeme, ale i na tom, co nekonzumujeme nebo jíme ve větší či menší míře. Pokud jsou však SAFA zaměňovány za nenasycené mastné kyseliny, je účinek pozitivní. Hu et al⁴ popisuje zvýšení rizika KVO o 17 % při záměně SAFA za sacharidy na úrovni 5 % z celkového příjmu. Obdobná záměna SAFA za polynenasycené mastné kyseliny (dále PUFA) vedla ke snížení rizika KVO o 42 %. Některé studie z poslední doby naznačují, že i u sacharidů bude potřeba rozlišovat jejich původ a druh. Jakobsen et al⁵ porovnával záměnu SAFA za sacharidy s vysokým a nízkým glykemickým indexem. Pokud byly místo SAFA konzumovány sacharidy s vysokým glykemickým indexem, bylo pozorováno statisticky významné zvýšení rizik KVO, pokud byly konzumovány sacharidy s nízkým glykemickým indexem, došlo k statisticky nevýznamnému snížení rizik KVO. Velká metaanalýza 11 studií v Evropě, Americe a Izraeli s více než 340 000 účastníky poskytuje vysokou úroveň důkazů o tom, že záměna SAFA za PUFA snižuje rizika KVO, zatímco záměna SAFA za sacharidy rizika KVO zvyšuje a účinek záměny SAFA za mononenasycené mastné kyseliny (dále MUFA) není zřejmý⁶.

Z výše uvedeného vyplývá, že pouhé omezování konzumace tuků nevede ke zlepšení hodnot hlavních rizikových faktorů KVO a navíc může ohrozit příjem některých esenciálních faktorů např. vitaminů rozpustných v tucích, esenciálních mastných kyselin aj. Je zapotřebí si více všimnout celkového složení tuků a přednostně konzumovat ty tuky, u nichž je podíl SAFA menší než třetinový. Při dodržování tohoto jednoduchého pravidla, je-li celkový příjem tuků v limitu 30–35 % energetických, potom i SAFA budou konzumovány do 10 % z celkového příjmu energie.

Je zde však jeden zásadní problém. Běžný spotřebitel tuto poučku nezná a neorientuje se podle ní, navíc ani nezná složení jednotlivých tuků. Složení tuků obsažených v potravinách není zatím deklarováno u všech potravin. Tab. 1 uvádí typické složení nejrozšířenějších a nejčastěji konzumovaných tuků a olejů. Skupina polynenasyce-

ných mastných kyselin je navíc rozdělena do dvou hlavních zástupců - omega 3 a omega 6. Obecně platí, že omega 3 mastné kyseliny jsou konzumovány v nedostatek, zatímco příjem omega 6 mastných kyselin je v rozmezí doporučených výživových dávek.

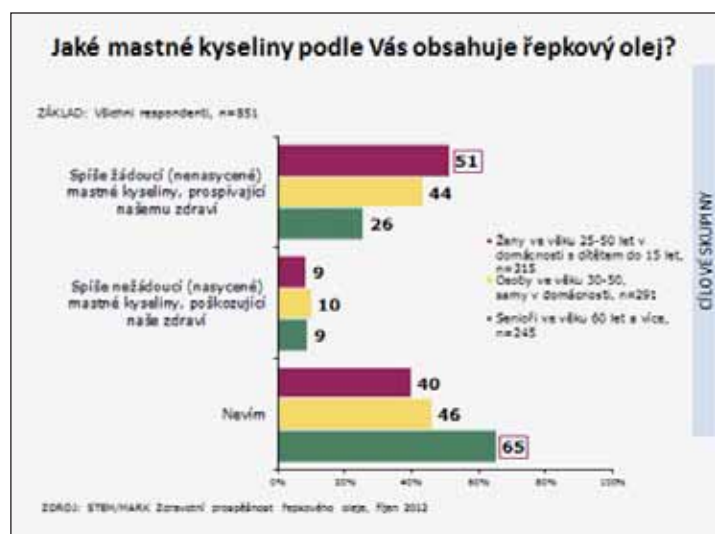
Z tab. 1 je zřejmé, že v domácnosti nejčastěji používané rostlinné oleje mají příznivé složení z hlediska obsahu SAFA. Obsahují pouze 8 až 16 % SAFA. Jsou vhodnou alternativou pro řadu aplikací v domácnostech jako náhrada živočišných tuků. Nejnížší obsah SAFA je v řepkovém oleji. Řepka olejka je naší nejrozšířenější olejninou. Podstatná část řepkového oleje v České republice se však zpracovává na methylestery, které jsou dle požadavků legislativy přimíchávány do motorové nafty v množství 5,75 %. Běžný spotřebitel má řepkový olej zafixován jako surovinu pro technické účely a nezná složení řepkového oleje a tím ani jeho význam z hlediska výživy.

Tuk / olej	SAFA	TFA	MUFA	ω 3 PUFA	ω 6 PUFA
Řepkový olej	8	1	61	9	20
Slunečnicový olej	12	1	25,5	0,5	61
Sójový olej	16	1	23	7	53
Olivový olej	15	0	75	1	9
Palmový olej	50	0,5	40	0	9,5
Palmojádrový olej	82	0	14	0	4
Kokosový tuk	90	0	7	0	3
Vepřové sádlo	41	2	48	1	8
Mléčný tuk	67,5	2,5	27	0,5	1,5
Hovězí lůj	50	4,5	40	0,5	5
Kuřecí tuk	41	1	37	1	20
Rybí tuk	28	0	52	15	5
Kakaové máslo	60	0	38	0	2

Tab. 1 Typické složení olejů a tuků (%)

V červnu roku 2012 schválila Evropská unie český projekt „Řepkový olej – olej nad zlato“, jehož cílem je zvýšit povědomí o nutričních vlastnostech řepkového oleje a následně jeho uplatnění pro přímou konzumaci, zpopularizovat řepkový olej z hlediska specifických potřeb výživy, zvýšit podíl řepkového oleje v segmentu rostlinných olejů a informovat veřejnost o kvalitě a bezpečnosti řepkového oleje produkovaného v rámci EU. Projekt, který byl zahájen v září 2012, bude probíhat po dobu 3 let. Jednou z prvních aktivit v rámci projektu byl spotřebitelský průzkum, jehož cílem bylo zjistit, jaké je povědomí o řepkovém oleji v rámci populace, uživatelské a nákupní zvyklosti v oblasti stolních olejů s důrazem na olej řepkový a vnímání řepkového oleje a jeho zdravotní prospěšnosti. Formou dotazování po internetu a osobních rozhovorů byly osloveny 315 žen ve věku 25–50 let, žijících ve společné domácnosti alespoň s jedním dítětem do 15 let (internet), 291 osob ve věku 30–50 let žijících v domácnosti samostatně (internet), 245 seniorů ve věku 60 let a více (osobní rozhovory).

Výsledky průzkumu do značné míry potvrdily předpoklady o nízké znalosti běžného spotřebitele o složení řepkového oleje a jeho významu z pohledu výživy – obr. 1.



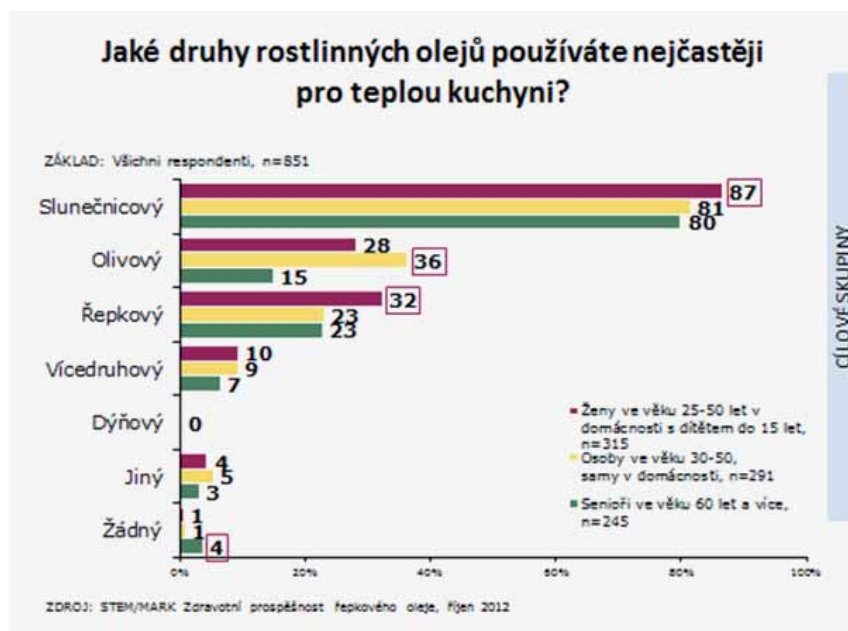
Obr. 1 Znalosti spotřebitelů o složení řepkového oleje

Z obr. 1 vyplývá, že běžný spotřebitel nezná složení řepkového oleje z pohledu výživové hodnoty. Nejlepší znalosti prokázala skupina žen v domácnosti s dítětem, nejhorší znalosti vykazovala skupina seniorů a o něco horší znalosti měli muži oproti ženám. Výsledkem je, že více než polovina dotazovaných nevěděla, zda řepkový olej vyhovuje výživovým požadavkům z hlediska složení tuku a zastoupení jednotlivých mastných kyselin.

Spotřebitelský průzkum rovněž sledoval, jaké oleje se nejčastěji používají v domácnostech a při jakých aplikacích. V rámci studené kuchyně je nejčastěji využíván olej olivový, následuje olej slunečnicový, řepkový olej používá 11 až 19 % dotázaných. Použití olivového oleje zejména v salátech se stalo i v České republice zažitou zvyklostí. V rámci kampaně na podporu řepkového oleje se uskutečnila řada ochutnávek, kde i řepkový olej byl použit v rámci přípravy salátového dresinku a spotřebitelské ohlasy byly veskrze pozitivní.

V rámci teplé kuchyně je nejčastěji používán olej slunečnicový, následuje olej olivový spolu s řepkovým. I zde má uplatnění řepkového oleje v domácnostech značný potenciál růstu. Řepkový olej navíc vykazuje vyšší tepelnou stabilitu než olej slunečnicový a pro jednorázové použití v rámci teplé kuchyně je vhodnou alternativou k oleji slunečnicovému. Z hlediska výživového má řepkový olej proti oleji slunečnicovému kromě nižšího obsahu SAFA ještě jednu výhodu. Patří k nejlepším zdrojům ve výživě nedostatkových omega 3 PUFA.

Světová zdravotnická organizace WHO představila počátkem roku globální akční plán prevence neinfekčních onemocnění hromadného výskytu na léta 2013–2020. I v rámci tohoto plánu je akcentována záměna SAFA za PUFA a vyřazení částečně ztužených tuků z potravního řetězce, jakožto nejúčinnější způsob snížení konzumace TFA. Řepkový olej vedle přímé spotřeby v domácnostech nachází uplatnění jako surovina i v celé řadě průmyslových výrob. Aby se naplnil záměr úplného vyřazení částeč-



Obr. 2 ukazuje výsledky spotřebitelského průzkumu pro teplou kuchyni.

ně ztužených tuků z potravinového řetězce, ukazuje se jako vhodná kombinace tropických olejů s oleji lokálními. Tropické oleje dodají potravinám požadovanou texturu, případně vyšší tepelnou stabilitu, oleje jako např. řepkový, vylepšují nutriční hodnotu a složení mastných kyselin ve smyslu výživových doporučení. Výsledný produkt obsahuje méně SAFA než živočišné tuky a v řadě případů má i některé lepší užité vlastnosti.

Žádný plán nelze realizovat bez návazného programu. Proto i plán WHO obsahuje řadu námětů, jak lze dosáhnout 25% relativního snížení mortality z důvodů nein-

fekčních onemocnění hromadného výskytu. Kampaň na podporu řepkového oleje je v řadě bodů v plném souladu s plánem WHO. Plán WHO přímo počítá s vedením kampaní a dalších iniciativ s cílem informovat spotřebitele a povzbuzovat je směrem ke správným stravovacím návykům. Vedle toho vyzývá přijímat opatření na podporu zemědělského sektoru s cílem posílení zpracovatelů potravin, obchodníků, společenského stravování a veřejných institucí ve smyslu vyššího využití zemědělských produktů s lepší výživovou hodnotou a potravin z nich vyrobených. Plán rovněž zmiňuje různé pobídky pro výrobce a zemědělce s cílem snížení obsahu SAFA v potravinách a jejich záměny za nenasycené mastné kyseliny. Plán WHO rovněž počítá s osvětou v rámci různých institucí, škol a zařízení, včetně zdravotnických.

Kampaň na podporu řepkového oleje pro potravinářské účely počítá v tříletém období s celou řadou aktivit. Budou vydávány informační letáky o přednostech řepkového oleje z pohledu výživy, organizovány ochutnávky s řepkovým olejem, na webových stránkách projektu www.olej-nadzlato.cz se počítá s uváděním řady receptů vyzkoušených samotnými spotřebiteli či připravených profesionálními kuchaři. Při jednotlivých akcích se sbírají inspirace pro další činnost v rámci projektu.

V rámci ochutnávek v jednotlivých lokalitách dostávali spotřebitelé jednoduchý dotazník se 4 otázkami (tab. 2).

Lokalita	Používáte řepkový olej v kuchyni?		Věděli jste, že je řepkový olej vhodný do studené i teplé kuchyně?		Víte, že má řepkový olej nižší obsah nežádoucích nasyčených mastných kyselin?		Co by Vás přesvědčilo o tom, že je vhodné řepkový olej pravidelně používat?		
	ANO	NE	ANO	NE	ANO	NE	odb. názor	chuť	cena
Trutnov	44	31	46	29	36	39	27	31	17
Sokolov	32	23	35	20	23	32	26	20	9
Ústí n. L.	40	40	41	39	31	49	25	30	25
Karlovy Vary	32	12	30	14	20	24	13	25	6
Cheb	49	30	56	23	36	43	30	28	21
Liberec	41	26	43	24	26	41	20	28	19
Plzeň	53	32	55	30	38	47	32	24	29
Most	44	26	32	38	29	41	23	28	19
Skalka	36	40	31	45	19	57	42	15	19
Dvůr Králové	64	41	65	40	48	57	24	42	39
Hradec Králové	145	99	171	73	186	58	79	60	105
	59,2%	40,8%	61,7%	38,3%	50,2%	49,8%	34,8%	33,8%	31,4%

Tab. 2 Zpracování dotazníků z ochutnávek produktů na bázi řepkového oleje



ŘEPKOVÝ OLEJ

... to právě pro Vaši vitalitu

Prospěšnost řepkového oleje spočívá v nízkém podílu škodlivých nasycených mastných kyselin a velmi vysokém obsahu prospěšných nenasycených mastných kyselin.

Mastné kyseliny obsažené v řepkovém oleji mají zásadní přínos v prevenci kardiovaskulárních onemocnění. Klinické studie, sledující vliv vyšší konzumace řepkového oleje, případně studie sledující vliv náhrady živočišných tuků řepkovým olejem, se shodují na velmi pozitivním působení řepkového oleje*).

Doporučené denní množství omega 3 a omega 6 mastných kyselin je obsaženo v cca 50 g řepkového oleje, což jsou asi 4 polévkové lžíce.

*) Iggman et al.: Replacing dairy fat with rapeseed oil causes rapid improvement of hyperlipidaemia: a randomized controlled study. J Intern Med. 2011, Mozaffarian D et al. Effects on coronary heart disease of increasing polyunsaturated fat in place of saturated fat: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. PLoS Med. 2010.

... to právě pro Vaši kuchyni

Řepkový olej se dá použít jak k vaření a dušení, tak na přípravu studených pokrmů. Je vhodný zejména do zeleninových salátů a salátových záливоk, k nakládání zeleniny a masa a k přípravě omáček. Má krásnou barvu a díky své neutrální chuti zvýrazňuje aroma hlavních ingrediencí v pokrmu.

Vzhledem k vysokému obsahu monoenové kyseliny olejové má řepkový olej vysokou tepelnou stabilitu a dobře se hodí k pečení a smažení. Při správném použití se nepřepálí a pokrmům dodá jemný oříškový nádech.

... bez předsudků

Odrůdy řepky, pěstované v současné době, jsou kvalitativně odlišné a výrazně lepší, než staré, tzv. erukové odrůdy. Nové odrůdy řepky poskytují olej velmi ceněný a doporučovaný odborníky na zdravou výživu.



Více informací na www.olejnadzlato.cz

Kampaň financovaná
z prostředků Evropské unie
a České republiky



SZIF





Rifaximin v léčbě cestovatelských průjmů

MUDr. Martin Vaněk

CZECH HEALTH MEDIA s.r.o.

Průjem je výskyt dvou nebo více řídkých stolic za den, případně jedna řídká stolice s obsahem krve, hlenu či hnisu.

V období letních dovolených se řada z nás vydá za zaslouženým odpočinkem i za hranice Evropy. Poznávání exotických krajů a nové zážitky z cest však mohou znepříjemnit zdravotní komplikace, např. v podobě letního průjmu – tzv. průjmu cestovatelů. Jedná se o nejčastější onemocnění na cestách, se kterým se setkáváme u nás i v cizině, zejména pak v exotických zemích. Před dovolenou je proto nutné vybavit se nejen informacemi o riziku vzniku průjmového onemocnění, ale zejména vhodným přípravkem, který pomůže zmírnit důsledky a zkrátit délku jeho trvání. V tomto směru je právě nevstřebatelné antibiotikum rifaximin (Normix) ideálním společníkem na cesty do více či méně netradičních destinací.

Jak již bylo uvedeno, průjem je nejčastějším infekčním onemocněním a je průvodním jevem poruchy zejména trávicího ústrojí. Společně s ním se vyskytují i bolesti a křeče břicha, nevolnosti, zvracení, dehydratace, únava a zvýšená teplota. Podle definice je průjemem výskyt dvou nebo více řídkých stolic za den, případně jedna řídká stolice s obsahem krve, hlenu či hnisu. Obecněji lze průjem popsat jako změnu pevnosti, objemu, četnosti a barvy stolice u konkrétního člověka oproti normálnímu stavu.

Co je to (cestovatelský) průjem

Průjmy jsou standardně původu neinfekčního, kdy se jedná například o požití nevhodné skladby nebo množství potravin (tedy o dietní chyby), anebo infekčního. Zde přicházejí v úvahu hlavně toxiny produkované bakteriemi, které se vyskytují při nevyhovující přípravě potravin (např. nedostatečné tepelné úprava masa) nebo jejich nevhodném uskladnění. Toxiny bakterií jako *Staphylococcus aureus* nebo *Bacillus cereus* vyvolávají nejběžnější nákazy, tzv. alimentární intoxikace. Infekce pak vznikají působením invazivních patogenů (kampylobakterióza, salmonelóza či bacilární dyzentérie). Infekce je také nejčastější příčinou průjmu cestovatelů a naprostá většina jich je bakteriálního původu, zejména enterotoxigenní *E. coli* (ETEC), méně často také salmonely, shigely nebo enteroagregující

kmeny *E. coli*, *Vibrio parahaemolyticus* a *Plesiomonas shigelloides*.

Obecné principy léčby průjmového onemocnění

Rehydratace je prvním základním krokem v léčbě průjmu. Aby mohl organismus fungovat, je nutné zabezpečit takové množství tekutin, jaké pokryje jeho bazální potřebu a současně vykompenzuje ztráty tekutin vzniklé v důsledku průjmu, pocení a zvracení. Dospělý člověk potřebuje 3–4 litry tekutin za den, u dětí je rozhodujícím kritériem při doplňování tekutin věk a hmotnost. Spotřeba vody u kojenců a batolat je 150 resp. 120 ml/kg/den. Vhodné je použití neperlivé minerální vody bez příchuti, rehydratačního roztoku nebo černého čaje.

Následným krokem je dieta, kterou se omezí příjem tuků a dále je možné použít i nespecifické protiprůjmové prostředky. Patří mezi ně probiotika pro regeneraci střevní mikroflóry, adsorbentia, která na svůj rozsáhlý inertní povrch navazují toxiny nebo antimotoxika, která zpomalují střevní pasáž.

Průjem cestovatelů – oblasti výskytu, zdroje nákazy a léčba

K onemocnění průjemem cestovatelů dochází nejčastěji v oblastech jižní Asie, subsaharské Afriky a jižní Ameriky a v nejrizikovějších oblastech postihne 50–90 % cestovatelů. K intoxikaci organismu může dojít neinfekční cestou, a to např. změnou způsobu smíšenstravování, požitím nezvyklých jídel, ať už masa či mořských ryb, anebo pitím chlazených nápojů. V 90 % případů je však průjem cestovatelů způsoben bakteriální infekcí, z nichž kmeny ETEC jsou původcem přibližně poloviny všech případů. K přenosu infekce dochází nejčastěji kontaminovanou vodou a potravinami. Nebezpečná je proto nebalená voda, syrové ovoce a zelenina, led do nápojů, saláty, zálivky a nedostatečně tepelně upravené maso a ryby.

I když další protiprůjmový prostředek, antibiotická terapie, jistě není v našich zeměpisných šířkách typickým představitelem léčby první linie, v těchto exotických destinacích je její



**Nevstřebatelné
antibiotikum
($<1\%$)
se širokým
spektrém
účinku^{1,2}**

**Velmi dobrá
snášlivost¹**

**Minimum
nežádoucích
účinků¹**

Název: NORMIX. Složení: Rifaximinum 200 mg v 1 potahované tabletě. Indikace: Léčba akutních i chronických střevních infekcí způsobených G+ nebo G- bakteriemi, průjmů způsobených narušením rovnováhy střevní flory (letní průjem, cestovní průjem, enterocolitis). Komplexní léčba hepatální encefalopatie a k pro-fylaxi při chirurgických výkonech na tlustém střevě. Kontraindikace: Přecitlivělost na rifaximin, při střevní obstrukci (i parciální) a závažnějších intestinálních ulceracích. Nežádoucí účinky: V úvodu léčby se v některých případech může vyskytnout nausea, meteorismus, flatulence, bolesti břicha, únava, bolesti hlavy, váhový úbytek. Tyto NU rychle ustoupí bez nutnosti vysazení léku. Ojedinelé při léčbě vyššími dávkami se může vyskytnout urtikarie. Interakce: Absorpce z GI traktu je $<1\%$ podané dávky, proto nevznikají na systémové úrovni nežádoucí lékové interakce. Dávkování: Léčba akutních průjmů - dospělí a děti starší 12 let 1 tableta každých 6 hodin, děti od 6 - 12 let 1/2 - 1 tableta každých 6 hodin. Profylaxe při chirurgických výkonech - dospělí a děti starší 12 let 2 tablety každých 12 hodin, děti od 6 - 12 let 1-2 tablety každých 12 hodin. Léčba hepatální encefalopatie - dospělí a děti starší 12 let 2 tablety každých 8 hodin, děti od 6 - 12 let 1 - 1 1/2 tablety každých 8 hodin. Balení: 12 tablet. Ukládání: Uchovávejte při teplotě do 25°C. Držitel rozhodnutí o registraci: Alfa Wassermann S.p.A., Alanno (PE), Itálie. Datum poslední revize textu SPC: 20.8.2009. Upozornění: Přípravek je vázán na lékařský předpis a je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění v indikacích hepatální encefalopatie, profylaxe v kolorektální chirurgii, pseudo-membranosní kolitida, bakteriální infekce provázející nespecifická zánětlivá onemocnění střev (tj. Crohnova choroba a ulcerózní kolitida) citlivá na rifaximin. Seznamte se prosím se Souhrnem údajů o přípravku (SPC).

Reference: 1. Lukáš M, Donoval R. - Rifaximinum; Remedica, 15*4-5, 2005, 355-361; 2 SPC Normix

ALFA WASSERMANN

použití více než žádoucí. Osvědčenou terapií v léčbě průjmu cestovatelů je nevstřebatelné antibiotikum rifaximin.

Rifaximin (Normix) je nevstřebatelné širokospektrální antibiotikum, působící na gram pozitivní a gram negativní bakterie a anaerobní flóru. Má výborné toleranční vlastnosti, minimální množství nežádoucích účinků a jeho antibakteriální a farmakokinetické vlastnosti umožňují velmi široké využití. Zejména je podáván v rámci léčby průjmu cestovatelů a střevních infekcí, a v tomto směru byla jeho účinnost potvrzena v řadě klinických studií.

A co říkají klinické studie?

V roce 2003 zrealizovala skupina lékařů pod vedením dr. Steffena ze švýcarské University of Zurich, multicentrickou, 1:1:1 randomizovanou, dvojitě zaslepenou studii s paralelními skupinami ve střední Americe a v Africe. Jejím cílem bylo srovnat účinek a bezpečnost rifaximinu v dávkách 600 a 1200 mg/den a placebo u pacientů s cestovatelským průjmem. Studie se zúčastnili dospělí pacienti s akutním onemocněním, vylučovacími kritérii bylo především případné ovlivnění výsledků další medikace. Sledovaní byli léčeni po dobu 3 dnů 3× denně a sledování následujících 5 dnů. Každých 24 hodin vyplnil každý z účastníků denní kartu, vzorky stolice, krve a moči byly odebrány před zahájením a po ukončení léčby.

U 380 dobrovolníků byl medián času do poslední řídké stolice 32,5 hodiny a 32,9 hodiny u obou skupin s rifaximínem a 60 hodin u placebové skupiny ($p = 0,0001$). Nebyly pozorovány žádné závažné vedlejší účinky a při hodnocení studie bylo konstatováno, že rifaximin je účinnou a bezpečnou léčbou průjmu cestovatelů v denních dávkách ≥ 600 mg.

Rovněž v roce 2003 uskutečnil dr. DuPont z oddělení interní medicíny texaské univerzity v Houstonu randomizovanou, dvojitě zaslepenou, placebem kontrolovanou studii na prevenci průjmu podáním rifaximinu. Jedním ze sledovaných cílů byl i výskyt onemocnění ve zkoumané skupině. Do studie, která probíhala v městě Guadalajara v Mexiku, kde jsou hlavními patogeny ETEC a enteroagregující E. coli, byli přijati američtí studenti ve věku nejméně 18 let, do města přijeli studovat v průběhu července a srpna 2003 a zaregistrovali se během prvních 72 hodin po příletu. Všichni tito mladí lidé neměli žádné zdravotní komplikace, jako je cukrovka, astma či epilepsie. Všichni byli poučeni o tom, jak se vyhnout průjmovému onemocnění a správně vybírat potraviny a jídlo. Někteří studenti se stravovali společně se svými hostujícími rodinami, jiní v restauracích. V obou skupinách byl výskyt průjmů stejný.

Účastníci studie, kteří následně z důvodu onemocnění navštívili kliniku, byli náhodně rozděleni do skupin 1–4: rifaximin 200 mg/den, 200 mg 2× denně, 200 mg 3× denně, anebo tableta placeba 3× denně, vše po dobu 2 týdnů. Po dobu 3 týdnů si studenti vedli denní záznamy o symptomech označovaných jako lehké, střední, vážné, zaznamenávali formu stolice a čas a současně dobu podání medikace.

Studie se zúčastnilo celkem 219 studentů. Osm účastníků, kteří přestali docházet na kliniku nebo neposkytli své záznamy, nebylo zařazeno do analýzy a 1 osoba byla vyřazena z důvodu inkubace onemocnění již při zápisu.

Analyzována byla tedy data od 210 účastníků, z nichž 50 dostávalo rifaximin 1× denně, 2× denně 52, 3× denně 54 a 54 sledovaných užívalo placebo.

Výskyt nemoci byl podobný u všech 3 skupin s rifaximínem. Ve skupině s placebem se vyskytl průjem u 29 z 54 účastníků (53,70 %) ve srovnání s 6 případy v 50členné skupině (12 %) s dávkou rifaximinu 1× denně (poměr výskytu 0,22 [95% CI, 0,10–0,49]), s 10 případy ve 52členné skupině (19,23 %) s dávkou rifaximinu 2× denně (poměr výskytu 0,36, [CI, 0,19–0,66]), se 7 případy ve skupině s 54 členy (12,96 %) s dávkou rifaximinu 3× denně (poměr výskytu 0,24, [CI, 0,12–0,50]) a s 23 případy ze 156 (14,74 %) v celé kombinované skupině rifaximinu (poměr výskytu 0,27 [CI, 0,17–0,43]).

Rifaximin poskytl poměr ochrany před průjmem cestovatelů 72 % a současně 77 % před klinicky aktivním, antibiotiky léčeným průjmem. Poměr ochrany před průjmem cestovatelů je u rifaximinu podobný, jako u vstřebatelných antibiotik, ale mnohem vyšší než u neantibiotických léků, jako jsou bismut subsalicylát nebo probiotika. Žádné vedlejší účinky nebyly pozorovány, což odpovídá výsledkům ostatních předchozích studií.

Během léta v roce 2004 a 2005 provedl kolektiv výzkumníků pod vedením dr. DuPonta randomizovanou studii, srovnávající účinek rifaximinu, kombinace rifaximinu a loperamidem a loperamidu samotného při léčbě cestovatelského průjmu. Dospělí pacienti s akutním průjmem (≥ 3 řídké stolice během 24 hodin, s $\geq$ jedním symptomem střevní infekce) byli randomizováni na podání 200 mg rifaximinu 3× denně po dobu 3 dnů, iniciační dávku 4 mg loperamidu následovanou 2 mg loperamidu po každé řídké stolici, anebo na kombinaci obou léků při zachování stejných dávek. Primárním výsledkem byl medián času od zahájení terapie do poslední řídké stolice. Studie se zúčastnilo celkem 310 nemocných, z toho 102 s rifaximínem, 104 s loperamidem a 104 s kombinací rifaximin-loperamid. Sledované skupiny vykazovaly demografickou podobnost. Rifaximin a kombinace rifaximin-loperamid výrazně snížily medián času do poslední řídké stolice ($32,5 \pm 4,14$ hodiny resp. $27,3 \pm 4,13$ hodiny) ve srovnání s loperamidem samotným ($69 \pm 4,11$ hodiny; $p = 0,0019$). Léčba byla ve všech skupinách velmi dobře tolerována a neobjevily se žádné zásadní vedlejší účinky. Kombinace rifaximinu s loperamidem tedy zlepšila symptomy onemocnění a celkovou kondici pacientů lépe, než oba léky podávané samostatně.

Je tedy zřejmé, že rifaximin (Normix) bude na cestách neocenitelným pomocníkem. V případě výskytu cestovatelského průjmu (nebo průjmu během dovolené) významně zkrátí trvání obtíží – dle klinických studií i o polovinu.

Stejně tak je ale důležité myslet na prevenci cestovatelského průjmu a pomocí vhodných opatření snížit riziko jeho vzniku. Cestovatelé by se měli informovat o možných rizicích v dané cílové oblasti a nechat se poučit o možnostech samoléčby. Pro úplnost dodejme, že je třeba vyhnout se kontaminované vodě a používat pouze balenou, a to i k čištění zubů, nepoužívat led do nápojů, konzumovat pouze důkladně tepelně upravenou stravu, oloupané ovoce a vyhnout se salátům a opakovaně ohřívávanému jídlu.

Rezistentní hypertenze – stručný průvodce základními postupy

MUDr. Ondřej Petrák, Ph.D.

Centrum pro výzkum, diagnostiku a léčbu hypertenze
III. interní klinika 1.LF UK a VFN Praha

Rezistentní hypertenze představuje častý klinický problém. V diagnostice je nutno odlišit pseudo-rezistenci a zvážit sekundární etiologii. Léčebná intervence by měla být komplexní a zahrnovat ovlivnění životního stylu, snahu o vyřazení terapie zvyšující krevní tlak a optimalizaci kombinační farmakologické léčby. Teprve na posledním místě stojí možnost renální denervace. Pacient s farmakorezistentní hypertenzí by měl být referován do specializovaného centra pro léčbu hypertenze. Článek shrnuje aktualizované poznatky v diagnostice a terapii rezistentní hypertenze s ohledem na recentně publikovaná doporučení pro léčbu hypertenze Evropské i České společnosti pro hypertenzi.

Resistant hypertension is a common clinical problem. Diagnosis involves exclusion pseudo-resistance and secondary etiology of hypertension. Therapeutic intervention should be complex and involve identification and reversal of lifestyle factors contributing to treatment resistance, withdrawal therapy increasing blood pressure, and optimal combination of antihypertensive agents. The last therapeutic approach is renal denervation. Patients with resistant hypertension should be recommended to Hypertension Specialist. This article summarizes the updated findings in the diagnosis and treatment of resistant hypertension with regard to the recently published guidelines for the treatment of hypertension by Czech and European Society of Hypertension.

Farmakorezistentní hypertenze je definována jako nemožnost dosažení cílových hodnot krevního tlaku i přes léčbu nejméně trojkombinací antihypertenziv zahrnující diuretikum. V běžné praxi se s takovými pacienty setkávají snad všechny lékařské odbornosti, přičemž prevalence je v literatuře udávána značně variabilně, a to mezi 3–50 % (1). Nedostatečně kontrolovaná hypertenze má za následek zvýšený výskyt subklinického orgánového poškození a tudíž i následných kardiovaskulárních komplikací.

Příčiny nedostatečné kontroly krevního tlaku jsou komplexní, a to jak na straně pacienta (špatná adherence k farmakoterapii, nedodržování nefarmakologických opatření), ale i na straně lékaře (špatný výběr a dávkování antihypertenziv nebo kombinace antihypertenziv, nedostatečné klinické kontroly krevního tlaku). Příčinou rezistence také může být přítomnost komorbidit (diabetes mellitus, obstrukční spánková

apnoe nebo chronické onemocnění ledvin), dále užívání léků zvyšujících krevní tlak či skutečná rezistentní hypertenze. Souhrn rizikových faktorů, které mohou vést k rezistentní hypertenzi je uveden v tabulce 1. (Tabulka 1, str. 28)

Rezistence nebo pseudorezistence?

Nedostatečná kontrola krevního tlaku nemusí nezbytně znamenat rezistentní hypertenzi. Existuje několik klinických situací, které mohou vést k mylné diagnóze a označujeme je jako pseudorezistenci. V první řadě je to nesprávná technika měření krevního tlaku, přičemž nejčastěji bývají pozorovány dvě chyby – nedodržení dostatečně dlouhého klidu před měřením a použití nesprávné manžety (1). Příliš malá manžeta může krevní tlak nadhodnocovat a naopak příliš velká podhodnocovat. Potom je třeba vzít do úvahy možnost fenoménu bílého pláště, což jednoduše vyloučíme pomocí domácího měření či ještě lépe 24 hodinového měření krevního tlaku. Přitom výskyt fenoménu/hypertenze bílého pláště není nezanedbatelný a pohybuje se mezi 20–30 % v populaci hyperteniků (1). A v neposlední řadě asi nejvýznamnějším faktorem, který může vést k pseudorezistenci je nedostatečná adherence k farmakoterapii. Z výsledků studií víme, že až 40 % nově diagnostikovaných hyperteniků svévolně ukončí svoji antihypertenzní terapii během prvního roku léčby (2). A dále v průběhu dalších 5–10 let zůstane na terapii pouze necelých 40 % nemocných z původního souboru (3). Když jsme v našem Centru pro léčbu hypertenze zavedli stanovení sérových hladin antihypertenziv, s překvapením jsme zjistili, že téměř jedna čtvrtina nemocných doporučených pro „farmakorezistentní“ hypertenzi vůbec neužívá předepsanou antihypertenzní terapii (4).

Co když je pseudorezistence vyloučena?

Před tím, než bude takový pacient referován do některého ze sedmi center pro diagnostiku a léčbu hypertenze, bychom měli posoudit ještě všechny okolnosti rezistence a pokusit se je ovlivnit.

1. Životní styl nemocného.
2. Vyloučit vliv interferující terapie.
3. Ověřit, že je jeho antihypertenzní terapie skutečně optimální.
4. Zvážit možnost sekundární etiologie hypertenze.



Pacient s farmakorezistentní hypertenzí by měl být referován do specializovaného centra pro léčbu hypertenze.

Příliš malá manžeta může krevní tlak nadhodnocovat.

Fenomén/hypertenze bílého pláště je u 20–30 % hyperteniků.

Téměř jedna čtvrtina nemocných doporučených pro „farmakorezistentní“ hypertenzi vůbec neužívá předepsanou antihypertenzní terapii.

Významný vliv NSA na zvýšení TK.

Vedlejší skupiny léků (centrální antihypertenziva a alfa-blokátory) přidáváme, až když se nedaří dosáhnout cílových hodnot krevního tlaku použitím základních tříd.

Nelze vytvořit jednotný algoritmus v kombinační léčbě u arteriální hypertenze.

Nejvíce preferovanou kombinací je současné podávání BKK a ACE-inhibitorů/AT1-blokátorů.

Mezi léky s nejlepší adherencí patří AT-1 blokátory.

Životní styl

Přestože se jedná o nejsnáze identifikovatelný faktor, jeho dostatečná intervence je většinou značně obtížná. Z hlediska hypertenze se nejvíce na rezistenci podílí obezita často spojená s nedostatečnou fyzickou aktivitou, nadměrná konzumace alkoholu a strava s vysokým obsahem kuchyňské soli. V červnu letošního roku byla prezentována aktualizovaná evropská guideline pro léčbu hypertenze (5). Důraz na nefarmakologickou intervenci se nemění a patří k zásadním léčebným postupům. (Tabulka 2, str. 28)

Vyloučit vliv interferující terapie

V tabulce 3 je uveden seznam nejčastěji užívaných léků, které mohou zvyšovat krevní tlak či zhoršovat účinnost antihypertenziv. Na prvním místě nutno zmínit široce užívané nesteroidní analgetika, a to jak neselektivní COX inhibitory, tak i selektivní COX-2 inhibitory. Metaanalýza účinku nesteroidních analgetik ukázala zvýšení středního krevního tlaku přibližně o 5 mm Hg, navíc tyto léky ovlivňují účinek diuretik, beta-blokátorů a inhibitorů systému renin-angiotensin-aldosteronového (RAA) (6).

Ověřit, že podávaná antihypertenzní terapie je skutečně optimální

Pro léčbu hypertenze máme k dispozici léky ze 4 hlavních tříd – blokátory systému RAA (inhibitory ACE, AT1-blokátory), blokátory kalciových kanálů (BKK), diuretika a beta-blokátory. Pro tyto skupiny léků máme k dispozici řadu studií potvrzujících jejich vliv na kardiovaskulární mortalitu a morbiditu. Vedlejší skupiny léků (centrální antihypertenziva a alfa-blokátory) přidáváme, až když se nedaří dosáhnout cílových hodnot krevního tlaku použitím základních tříd (5, 7).

Volená kombinační léčba by měla být komplexní a u každého pacienta individualizována (tzv. tailored therapy) s ohledem na věk, pohlaví, kardiovaskulární riziko a přidružené komorbidity. Z toho důvodu nelze vytvořit jednotný algoritmus v kombinační léčbě u arteriální hypertenze. Studie z posledního desetiletí trochu změnily pohled na preferenci v léčbě jednotlivými antihypertenzivy, a to nejenom pro jejich rozdílný antihypertenzní efekt, ale také pro jejich další metabolické působení nebo kardio či nefroprotektivní vlastnosti. Vhodné dvojkombinace jsou ukázány v následujícím grafu, který je převzatý z recentních evropských doporučení pro léčbu hypertenze (5). (Graf 1, str. 28)

Nejvíce preferovanou kombinací je současné podávání BKK a ACE-inhibitorů/AT1-blokátorů, a to zejména na základě studií ASCOT a ACCOMPLISH. Výrazně účinná je i kombinace inhibitoru ACE/AT1-blokátoru a diuretika. Za trojkombinací s nejširším použitím je považován inhibitor ACE/AT1-blokátor + BKK + diuretikum. Přitom důraz

se klade i na využívání fixních kombinací, které prokazatelně zlepšují adherenci nemocných k terapii, neboť menší počet tablet a jednoduché léčebné schéma vede k lepší spolupráci (7). V souvislosti s tím je nutno zmínit, že mezi léky s nejlepší adherencí patří AT-1 blokátory (Graf 2, str. 28). Jedna z největších studií ONTARGET ukázala, že telmisartan je v sekundární prevenci u vysoce kardiovaskulárně rizikových nemocných stejně dobrá volba jako ramipril, přičemž je lépe tolerován pro menší množství nežádoucích účinků, které se rovnají placebu. Navíc kombinace telmisartanu s amlodipinem má své výhody, neboť snižuje riziko vzniku otoků dolních končetin, jak ukázala studie TEAMSTA-5.

V širší kombinační léčbě nemáme dostatek dat z velkých studií, a tak se v léčbě řídíme klinickou situací včetně komorbidit a dále účinností a snášenlivostí léčby. Současně je nutno upozornit na určité chyby a nedostatky v širší kombinační léčbě, které se vyskytují v běžné klinické praxi a jsou shrnuty v tabulce 4. (Tabulka 4, str. 28)

Důležitým bodem v terapii hypertenze je nejen přítomnost diuretika, ale i snaha o maximalizaci dávky s přihlédnutím k toleranci nemocného. Volit bychom měli slabé až středně silné saluretikum (thiazidové či thiazidům podobné diuretikum). Furosemid není v léčbě prosté hypertenze indikován, pokud pacient nemá renální insuficienci, srdeční selhání či jiné „natrium-retenční“ stavy. Po vyčerpání kombinace léků z hlavních tříd je vhodné přidávat léky z vedlejších jako je alfa blokátor či centrální antihypertenzivum. V případě alfa blokátorů je nutno vyzdvihnout jejich příznivý metabolický profil, dobrou toleranci a dostatečný antihypertenzní efekt. Navíc souvislost alfa-blokátoru s rozvojem srdečního selhání, tak jak ji známe ze studie ALLHAT, se v pozdějším výzkumu nikdy nepotvrdila. Centrální antihypertenziva, zejména inhibitory imidazolinových receptorů, patří také k metabolicky neutrálním lékům, které mohou i zlepšovat inzulinovou senzitivitu a jejich podání v kombinaci může být s výhodou u nemocných s metabolickým syndromem. Je vhodné vyhnout se kombinaci urapidilu s jinými centrálními antihypertenzivy. Aditivní efekt na krevní tlak je většinou minimální, ale zvýšíme riziko rozvoje nežádoucích účinků jako ospalost, nevykonnost či suchost v ústech. Dále je nutno upozornit, že alfa-methyldopa nepatří do léčby hypertenze vyjma hypertenze v graviditě, což je její jediná indikace.

Dostatek důkazů máme pro přidání léků ze skupiny blokátorů aldosteronového receptoru (spironolakton, eplerenon) do kombinační terapie u rezistentní hypertenze (8). V našich podmínkách se to týká pouze spironolaktonu, neboť eplerenon není v indikaci

arteriální hypertenze registrován. Přidání malé dávky spironolaktonu (12,5–25 mg) je většinou provázeno významným poklesem krevního tlaku. Navíc obávané nežádoucí účinky (poruchy libida, gynekomastie a mastodynie u mužů a poruchy menstruačního cyklu u žen) jsou efektem dávky, takže pokud zvolíme dávky nízké, bývá spironolakton dobře tolerován. Výsledky studií z posledních let ukazují, že právě v indikaci rezistentní hypertenze je nadějná kombinace spironolaktonu a jednoho blokátoru systému RAA (inhibitor ACE nebo AT-1 blokátor), která nevede ke zvýšené frekvenci obávaných nežádoucích účinků (8). Samozřejmostí by měla být častější kontrola renálních parametrů a minerogramu u takto léčených nemocných.

Zvážit možnost sekundární etiologie hypertenze
Součástí diagnostických algoritmů by mělo být zvážení sekundární hypertenze. Vybraný souhrn možných sekundárních příčin vysokého krevního tlaku je v tabulce 5. (Tabulka 5, str. 28) Vlastní diagnostiku je však vhodné ponechat specialistům z centra pro léčbu hypertenze.

Kontaktovat centrum pro léčbu hypertenze

Pacient s farmakorezistentní hypertenzí by měl být směřován do některého centra pro léčbu hypertenze (seznam k dispozici na www.hypertension.cz). Zde je pacient podrobně vyšetřen, většinou znovu ověřena adherence k terapii a vyloučena sekundární etiologie hypertenze. Po vyloučení sekundární etiologie je dále optimalizována terapie. Teprve po vyčerpání všech režimových a farmakologických možností je dalším a posledním možným bodem v terapii provedení renální denervace. Existují i další invazivní postupy jako trvalá stimulace karotických baroreceptorů, jejíž využití v běžné praxi bude pro technickou i finanční náročnost prakticky nepoužitelné.

Renální denervace

Jedná se o katetrizační renální sympatektomii pomocí radiofrekvenčního proudu aplikovaného cirkulárně do stěny obou renálních arterií. Přerušování aferentních i eferentních vláken sympatiku může vést k snížení renální vaskulární rezistence a snížení aktivity sympatického nervového systému vedoucí k poklesu systémového krevního tlaku. Dokud nebude tato metoda dostatečně ověřena v longitudinálních a dobře designovaných studiích na přesně definované populaci rezistentních hypertenziků je nutno ji považovat za výzkumnou. Studie Prague 15 je jedna z prvních českých studií, jež se touto problematikou zabývá a na které se naše klinika podílí

společně s 3. interní klinikou Fakultní nemocnice Královské Vinohrady. První výsledky by mohly být uveřejněny již v příštím roce.

Úplným závěrem bych chtěl čtenáře pozvat do Mikulova, kde se ve dnech 19.–21. září 2013 pořádá 30. konference České společnosti pro hypertenzi a budou zde tato i další zajímavá témata jistě široce diskutována.

Použitá literatura:

1. Calhoun DA, Jones D, Textor S et al. 2008 Resistant hypertension: diagnosis, evaluation, and treatment. *Hypertension* 51:1403-1419
2. Mazzaglia G, Mantovani LG, Sturkenboom MC et al. 2005 Patterns of persistence with antihypertensive medications in newly diagnosed hypertensive patients in Italy: a retrospective cohort study in primary care. *Journal of hypertension* 23:2093-2100
3. Van Wijk BL, Klungel OH, Heerdink ER et al. 2005 Rate and determinants of 10-year persistence with antihypertensive drugs. *Journal of hypertension* 23:2101-2107
4. Štrauch BC, L; Kurcová, I; Petrák a kol. 2011 Jak posoudit non-compliance k farmakoterapii u těžké rezistentní hypertenze? *Cor et Vasa*:429-431
5. Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K et al. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *Journal of hypertension* 31:1281-1357
6. Johnson AG, Nguyen TV, Day RO 1994 Do nonsteroidal anti-inflammatory drugs affect blood pressure? A meta-analysis. *Annals of internal medicine* 121:289-300
7. Filipovský J, Widimský Jr. J, Ceral J a kol. 2012 Diagnostické a léčebné postupy u arteriální hypertenze - verze 2012. Doporučení České společnosti pro hypertenzi. *Hypertenze & kardiiovaskulární prevence* 3:1-16
8. Colussi G, Catena C, Sechi LA 2013 Spironolactone, eplerenone and the new aldosterone blockers in endocrine and primary hypertension. *Journal of hypertension* 31:3-15

Přidání malé dávky spironolaktonu (12,5–25 mg) je většinou provázeno významným poklesem krevního tlaku.

V indikaci rezistentní hypertenze je nadějná kombinace spironolaktonu a jednoho blokátoru systému RAA.

Vyšší věk
Izolovaná systolická hypertenze
Přítomnost hypertrofie levé komory srdeční
Obezita
Syndrom spánkové apnoe
Diabetes mellitus
Volumová expanze
Chronické onemocnění ledvin
Nadměrný příjem sodíku v potravě
Nadměrný přísun alkoholu

Tabulka 1. Rizikové faktory pro vznik rezistentní hypertenze

1. Omezit příjem kuchyňské soli na 5–6 g denně.
2. Doporučený denní příjem alkoholu je 20–30 g denně pro muže a 10–20 g denně pro ženy.
3. Zvýšit denní příjem ovoce, zeleniny a nízkotučných výrobků.
4. Redukce tělesné hmotnosti dle BMI < 25 kg.m⁻² a dle obvodu pasu < 102 cm u mužů a < 88 cm u žen.
5. Pravidelně cvičit, volit dynamickou středně intenzivní zátěž 30 minut denně 5–7 dní v týdnu

Tabulka 2. Základní nefarmakologické postupy v terapii arteriální hypertenze

Nesteroidní antirevmatika a analgetika
Léky se sympatomimetickým účinkem (dekongestiva, antiobezitika, kokain)
Perorální hormonální antikoncepce.
Steroidy
Erytropoetin
Stimulancia (amfetamin, metamfetamin)
Antidepresiva (inhibitory monoaminoxidázy a tricyklická antidepresiva)
Imunosupresiva (cyklosporin A)
Lékořice

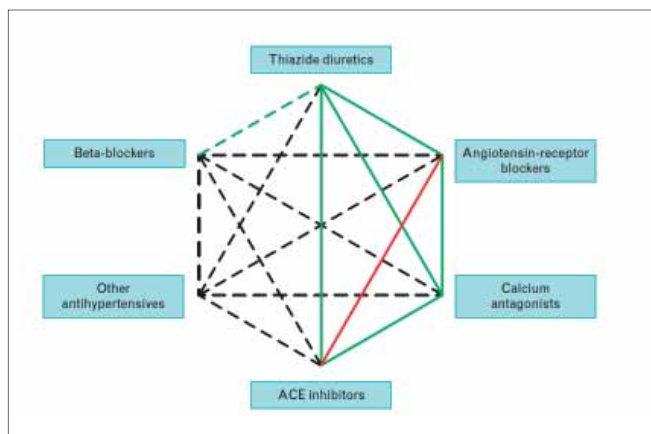
Tabulka 3. Vybrané látky a farmaka, které mohou snižovat účinek anti-hypertenzní terapie a spolupodílet se na rezistenci

1. V troj a více kombinaci by vždy mělo být obsaženo diuretikum, a to nejlépe mírné až středně silné saluretikum (hydrochlorothiazid, indapamid či chlorthalidon). U rezistentní hypertenze je dle tolerance snaha o maximalizaci dávky. Furosemid není v léčbě hypertenze indikován.
2. Vyvarovat se duální inhibici systému RAA (kombinace inhibitoru ACE a AT-1 blokátoru) - aditivní vliv na pokles krevního tlaku je minimální a riziko nežádoucích účinků vysoké. Výjimku mohou tvořit pacienti s významnou proteinurií.
3. Úplná blokáda systému RAA, tedy trojkombinace inhibitoru ACE, AT-1 blokátoru a spironolaktonu je krajně nebezpečná.
4. Stejně nebezpečná je kombinace beta-blokátoru a non-DHP BKK (verapamil a diltiazem).
5. Nekombinovat centrální antihypertenziva (urapidil + blokátor imidazolinových receptorů) pro riziko nežádoucích účinků (ospalost, nevykonnost, suchost sliznic).
6. Po vyčerpání kombinace léků z hlavních tříd přidat vedlejší skupinu (alfa-blokátor či centrální antihypertenzivum).
7. Malá dávka spironolaktonu (12,5–25 mg) má v kombinační léčbě výrazný antihypertenzní efekt u rezistentních hypertoniků. Přidání si žádá častější klinické kontroly a monitorování renálních funkcí a mineralogramu.
8. Pro lepší adhezenci preferovat fixní kombinace a volit jednoduché schéma dávkování.

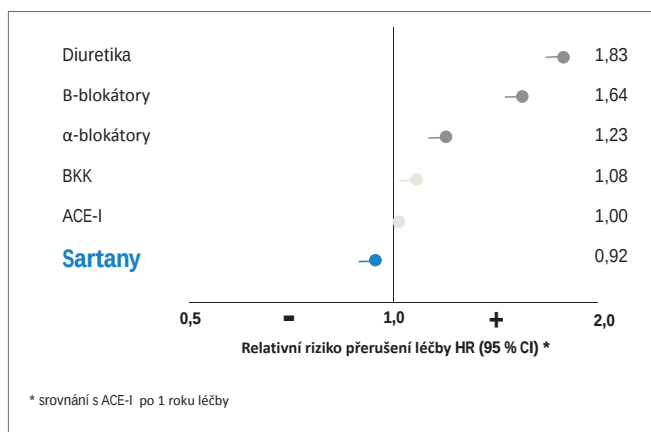
Tabulka 4. Optimalizace farmakologické terapie s důrazem na nežádoucí a nebezpečné kombinace.

Časté	Renoparenchymové onemocnění Primární hyperaldosteronismus Syndrom spánkové apnoe Stenóza renální tepny
Vzácné	Feochromocytom Hyperkortizolismus

Tabulka 5. Vybrané příčiny sekundární hypertenze



Graf 1. Hexagram převzatý z aktuálních doporučení pro léčbu hypertenze ukazuje na možné kombinace antihypertenzních léků. Zelená spojitá linka ukazuje vhodné kombinace. Přerušovaná zelená linka vhodné kombinace s určitými výhradami. Černé přerušované linie ukazují na méně vhodné kombinace, pro které nemáme dostatek dat ze studií. Červená linka ukazuje zakázané kombinace. Samozřejmě platí, že kombinace non-dihydropyridinových blokátorů kalciového kanálu a beta-blokátorů jsou kontraindikované.



Graf 2: Nemocní léčení sartany vykazují nejdelší dlouhodobou perzistenci na léčbě.

Popis: Graf ukazuje relativní riziko přerušení léčby (ACEi použity jako referenční skupina). Data získány z velké kohortové studie provedené v Lombardii, do které bylo zahrnuto více než 445 tis. pacientů ve věku 40–80 let (Corrao et al., J Hypertens. 2008; 26:819–824). Přerušení léčby bylo nejméně časté u pacientů, kteří byli léčeni sartany ve srovnání s ostatními lékovými skupinami. Naopak nejvyšší perzistence na léčbě byla u pacientů kteří užívali diuretika a β-blokátory.

Obtížně korigovatelná arteriální hypertenze po korekci koarktace aorty

MUDr. Petra Antonová, FN Motol

Do naší ambulance pro vrozené srdeční vady v dospělosti byl odeslán k vyšetření 55letý muž s diagnózou koarktace aorty po operaci v 17 letech věku, kdy bylo provedeno rozšíření místa koarktace pomocí oválné dacronové záplaty. Při první návštěvě ambulance byl již nemocný léčen pro arteriální hypertenzi preparátem Betaloc ZOK 50 mg 1-0-0. Pacient pracuje jako vychovatel dětí s autismem, práce je výrazně fyzicky i psychicky výrazně náročná. Při vyšetření udává dušnost NYHA I, mírně se zadýchává při chůzi do kopce a do schodů, nemá žádné jiné obtíže. Na EKG byl zjištěn sinusový rytmus, blok pravého raménka a levý přední hemiblok. Při měření TK na pravé horní končetině byla hodnota 170/85 mmHg, na pravé dolní končetině systolický TK 140 mmHg. Echokardiograficky jsme zjistili dobrou systolickou funkci levé komory a dobrou funkci aortální chlopně, mírnou hypertrofii levé komory a poruchu diastolické relaxace, systolický gradient v descendentní aortě mírně nad hranicí normy. Provedená magnetická rezonance aorty prokázala angulaci oblouku aorty předozadně, se zúžením na 13 mm, pak větvenovitě rozšíření až na 40 mm, vinutí descendentní aorty, esovitě zalomení v hrudní oblasti, průměr v oblasti bránice 23 mm a poté mírné vinutí v abdominálním průběhu o šíři 18 mm. Morfologický nálezní neumožňoval provedení katetrizačního ošetření zúženého lokusu s případným uložením potaženého stentu. Cévní a kardiologické konsilium doporučilo vzhledem k angulacím v sérii konzervativní postup, operaci navíc pacient odmítl. Vzhledem k indikaci konzervativního postupu jsme se soustředili na pečlivou léčbu arteriální hypertenze, zvláště s ohledem na riziko ruptury aorty v jejím rozšířeném průběhu při méněcennosti cévní stěny. Vyloučili jsme také přítomnost cévních anomálií v mozkovém řečišti, které se často při koarktaci vyskytují. Pro trvající arteriální hypertenzi při ambulantním monitoringu byla nejprve navýšena dávka Betalocu na 100 mg 1-0-0, poté pro nedostatečný účinek do medikace přidáno Prestarium 5 mg 1-0-0, nadále ale nebyla korekce TK při domácím měření i zátěžovém testu dostatečná, hodnoty se po 53% sledovaného intervalu pohybovaly v pásmu mírné art. hypertenze, středně závažná arteriální hypertenze byla zastížena v 14 %, proto byl k léčbě přidán Agen 5 mg, po kterém se u nemocného objevily výrazné otoky kotníků. TK byl ale stále nad normou, při domácím měření hodnoty se hodnoty systolického TK pohybovaly v rozmezí 150–155 mmHg. Proto byla zavedena léčba fixní kombinací telmisartanu 80 mg a amlodipinu 5 mg, v průběhu prvních dvou týdnů pak TK poklesl, kdy při ambulantním monitoringu se po celý den hodnoty udržují v normě, pokles průměrného systolického TK dosáhl 135 mmHg. Pacient se nyní cítí výrazně lépe, při kontrolním monitoringu TK i zátěžovém testu nebyla zachycena arteriální hypertenze.

DISKUSE

Nemocní s úspěšně odstraněnou koarktací aorty (po korekci) trpí arteriální hypertenzí významně častěji než běžná populace, a to jak arteriální hypertenzí klidovou, tak zátěžovou. Arteriální hypertenze se vyskytuje 20–30 let po operaci až u třetí

všech pacientů po operaci koarktace aorty. Příčinou je kombinace funkčních a morfologických změn ve smyslu zvýšené tuhosti prekoarktačního arteriálního řečiště při změnách cévní stěny (méně hladké svaloviny, fragmentace elastických vláken, zvýšený obsah kolagenu), změněného nastavení rennin-angiotenzionového systému, zvýšené kontraktility cévní stěny arterioly a abnormální distenzibility aorty. Statisticky významně je se vznikem arteriální hypertenze u těchto nemocných spojen věk operace později než ve 14 letech a použití záplaty z dacronu nebo jiného umělého materiálu (tak jako v případě našeho pacienta). Nemocní s arteriální hypertenzí po korekci koarktace aorty mají zvýšené riziko rozvoje srdečního selhání, akcelerace aterosklerózy a vzniku cévní mozkové příhody. Cévní mozková příhoda je příčinou smrti až u 7 % pacientů, buď v důsledku hypertenze nebo ruptury aneurysmatu cévy Willisova okruhu. Ideálně by všichni nemocní po korekci koarktace aorty měli být vyšetřeni jedenkrát ročně klinicky, echokardiograficky jedenkrát za dva roky a MR jedenkrát za pět let. Každý rok bychom měli měřit TK na horních i dolních končetinách, provádět zátěžový test s vyhodnocením hemodynamické reakce a ambulantní monitoring TK.

V léčbě u nemocných po korekci koarktace používáme v první volbě ACEI nebo AT1 blokátory, u nichž byl prokázán ochranný účinek na cévní stěnu aorty například u Marfanova syndromu nebo betablokátory s cílem tlumit adrenergní reakci. Velmi často je z uvedených důvodů terapie hypertenze u těchto nemocných obtížná, rezistentní, jako v případě našeho pacienta, podáváme často troj- i čtyřkombinaci léků. V případě našeho pacienta jsme cílových hodnot dosáhli až podáváním fixní kombinací telmisartanu 80 mg a amlodipinu 5 mg.

Literatura:

1. Cohen M, Fuster V, Steele PM, et al. Coarctation of the aorta. Long-term follow-up and prediction of outcome after surgical correction. *Circulation* 1989;80:840–5.
2. Presbitero P, Demarie D, Villani M, et al. Long term results (15–30 years) of surgical repair of aortic coarctation. *Br Heart J* 1987;57:462–7.
3. Backer CL, Paape K, Zales VR, et al. Coarctation of the aorta. Repair with polytetrafluoroethylene patch aortoplasty. *Circulation* 1995;92:II132–6.
4. Heikkinen LO, Ala-Kulju KV, Salo JA. Dilation of ascending aorta in patients with repaired coarctation. *Scand J Thorac Cardiovasc Surg* 1991;25:25–8.
5. Maron BJ, Humphries JO, Rowe RD, et al. Prognosis of surgically corrected coarctation of the aorta. A 20-year postoperative appraisal. *Circulation* 1973;47:119–26.
6. Brouwer RM, Erasmus ME, Ebels T, et al. Influence of age on survival, late hypertension, and recoarctation in elective aortic coarctation repair. Including long-term results after elective aortic coarctation repair with a follow-up from 25 to 44 years. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1994;108:525–31.
7. O'Sullivan JJ, Derrick G, Darnell R. Prevalence of hypertension in children after early repair of coarctation of the aorta: a cohort study using casual and 24-hour blood pressure measurement. *Heart* 2002;88:163–6.
8. Simsolo R, Grunfeld B, Gimenez M, et al. Long-term systemic hypertension in children after successful repair of coarctation of the aorta. *Am Heart J* 1988;115:1268–73.
9. Gardiner HM, Celermaier DS, Sorensen KE, et al. Arterial reactivity is significantly impaired in normotensive young adults after successful repair of aortic coarctation in childhood. *Circulation* 1994;89:1745–50.
10. Gidding SS, Rocchini AP, Moorehead C, et al. Increased forearm vascular reactivity in patients with hypertension after repair of coarctation. *Circulation* 1985;71:495–9.
11. Sehested J, Baandrup U, Mikkelsen E. Different reactivity and structure of the prestenotic and poststenotic aorta in human coarctation. Implications for baroreceptor function. *Circulation* 1982;65:1060–5.
12. Barton CH, Ni Z, Vaziri ND. Enhanced nitric oxide inactivation in aortic coarctation-induced hypertension. *Kidney Int* 2001;60:1083–7.



již **800** přihlášených

6.–9. listopadu 2013 • Zlín

Témata přednášek

- ▶ Antibiotická léčba v praxi PL
- ▶ Bolest hlavy
- ▶ Prevence kardiovaskulárních onemocnění
- ▶ Gastroenterologie
- ▶ Geriatrie
- ▶ Metabolický syndrom
- ▶ Psychiatrie
- ▶ Revmatologie

Kontakt

TARGET-MD

Na Štáhlavce 7, 160 00 Praha 6; tel.: 777 871 057; e-mail: sekretariat@target-md.com; www.target-md.com

Konference má postgraduální charakter a je garantována ČLK a ČAS jako akce kontinuálního vzdělávání. Účastníci obdrží Certifikát o účasti.

Jak se můžete zaregistrovat?

1. **Přes internetové stránky:**
www.target-md.com
2. **E-mailem:**
sekretariat@target-md.com
3. **Poštou:**
Zasláním vyplněné Závazné přihlášky



Hypopituitarismus jako vzácná příčina svalové slabosti

Katarína Pčolová, Jaromír Chlumský
Interní klinika 2.LF UK a FN Motol, Praha

Souhrn

Slabost a únava je častým příznakem v ordinaci praktického lékaře. Diferenciální diagnostika je široká a zahrnuje široké spektrum interních a neurologických chorob. Zapomenout nesmíme na endokrinopatie – zejména na hypotyreózu a hypokorticismus. V naší kazuistice prezentujeme vzácnější příčinu, kterou je hypopituitarismus. Péče o tyto nemocné patří do specializovaných center.

Úvod

Hypopituitarismus je definován jako stav charakterizovaný sníženou nebo nepřítomnou sekrecí jednoho nebo více hormonů předního laloku hypofýzy.

Incidence onemocnění je udávána přibližně na 9–12/1 milion obyvatel/ rok.

Příčinou může být vrozený nebo získaný izolovaný hormonální deficit, tumory hypofýzy (adenomy hypofýzy, hypotalamické tumory, kraniofaryngeomy, metastázy, karotická aneuryzmata aj.), infiltrativní onemocnění (eozinofilní granulom, sarkoidóza, hemochromatóza), cévní onemocnění (postpartální nekróza, pituitární apoplexie), traumata hlavy, imunogenní příčiny (lymfocytární hypofizitida), infekční onemocnění (bakteriální, mykotická), iatrogenní příčiny (chirurgické zákroky v hypofyzární oblasti, iradiace)

Klinický obraz závisí na příčině, věku v době manifestace, velikosti hormonálního deficitu, druhu a množství hormonů, jejichž sekrece je postižena. Příznaky deficitu jednotlivých hormonů se mohou vzájemně doplňovat či modifikovat (tab. 1, str. 33).

V oblasti tureckého sedla se mohou vyskytovat expanzivní procesy různé etiologie.

Nejčastější jsou tumory, v naprosté většině benigní adenomy, v 10–27 %.

Adenomy dělíme podle velikosti na mikroadenomy (pod 1 cm) a makroadenomy (nad 1 cm) a podle endokrinní aktivity na klinicky afunkční adenomy a adenomy s produkcí hormonů. Podle buněk ze kterých vycházejí a podle produkovaného hormonu rozlišujeme prolaktinomy, somatotropinomy, kortikotropinomy, tyreotropinomy a gonadotropinomy. Je potřebné zdůraznit, že při histochemickém vyšetření nacházíme produkci hormonů i u většiny tzv. klinicky a funkčních adenomů, může se však jednat o inkompletní molekuly nebo klinicky nevýznamnou produkci hormonů.

Klinické příznaky vychází z lokálního expanzivního růstu, při supraselární expanzi je to nejčastěji tlak na zrakovou dráhu s výpadky zorného pole, kdy si nemocní stěžují na zhoršení zraku. V případě paraselární expanze může docházet k poruše funkce okohybných svalů, nebo se jedná o příčiny z útlaku zbytku zdravé tkáně ústící do panhypopituitarismu, nebo naopak z nadprodukce příslušného hormonu u hormonálně funkčních adenomů.

Popis případu

59letá nemocná byla přijatá na lůžko Interní kliniky pro progresi únavy, svalovou slabost a myalgie především dolních končetin s dušností, funkčně NYHA II. Bolesti a slabost končetin nemocná pociťovala již ráno po probuzení, někdy slabost navazovala na minimální fyzickou zátěž. Potíže trvaly 2 měsíce, poslední 3 týdny nemocná pozorovala zhoršení, navíc se přidalo nechutenství s váhovým úbytkem 4 kg.

Nemocná byla 8 let léčena SSRI pro depresivní syndrom a od února roku 2012 na substituční léčbě hypofunkce štítné žlázy, která byla podle dostupné zdravotní dokumentace na terénu autoimunitní tyreoiditidy. Jinak byla osobní anamnéza bezvýznamná.

Fyzikální nález byl bez významnější patologie, na EKG křivce byly přítomny nespecifické změny depolarizace na přední stěně. Krevní obraz a základní biochemický nález byl bez významnější patologie, NT-pro BNP a kardijspecifické enzymy byly v mezích normy. Echokardiografický nález a sonografie břicha byly normálním nálezem. V rámci diferenciálně diagnostických rozpaků při přijetí nemocné bylo provedeno neurologické vyšetření potvrzující svalovou slabost a následně doplněno EMG s normálním nálezem a vylučující myastenii gravis.

Vzhledem k známé hypofunkci štítné žlázy vyšetřujeme TSH a fT4, kdy zjišťujeme snížené hladiny TSH (0,030 mIU/l) a normální fT4 (10,87 pmol/l) při léčbě 50 ug levothyroxinu. Pro tyto nálezy pomýšlíme na možnou poruchu hypotalo-hypofyzární osy. Doplnujeme vyšetření hladiny kortizolu a ostatních hormonů produkovaných adenohipofýzou a nacházíme sníženou ranní hodnotu kortizolu (80,7 nmol/l), sníženou večerní hodnotu kortizolu (28,0 nmol/l), dále snížení ACTH (33,2 ng/l), LH (0,84 IU/l), FSH (3,61 IU/l) a STH (0,27 ug/l). Hladina prolaktinu je lehce nad normou (38,6 ug/l, norma u postmenopauzálních žen do 20,3 ug/l).

Vzhledem k laboratornímu nálezu doplňujeme MRI mozku, kde nalézáme patologickou expanzi hypofýzy velikosti 12x12x15 mm, která mírně rozšiřující turecké sedlo a je hodnocena jako mikroadenom. Na provedeném perimetru nebyl prokázán výpad zorného pole odpovídající útlaku chiasmatu.

Po konzultaci s 3. Interní klinikou 1. LF UK a VFN zahajujeme substituci hydrokortizonem v dávce 30 mg denně (15–10–5 mg) a nemocnou předáváme následně do péče na specializované pracoviště. Je doplněn synacthenový test (výsledky kortizolu 450–642,31–727,52 nmol/l) s uspokojivou odpovědí kortizolu. Nemocná je indikována k operačnímu řešení a je provedena endoskopická endonasální resekce tumoru hypofýzy. Histologicky se jednalo o hormonálně a funkční adenom charakteru pseudoprolaktinomu.

Pooperačně jsou sníženy dávky hydrokortizonu, je ponechána substituce hypofunkce štítné žlázy s normální koncentrací tyreoidálních hormonů, a je patrný pokles sekrece prolaktinu (11,03 ug/l). Nemocná zůstává v dispenzární péči endokrinologické ambulance 3 interní kliniky 1. LF UK a VFN.

Diskuse

Svalová slabost je poměrně častý a obecný příznak, který může být spojen s celou řadou chorobných stavů. Diferenciální diagnostika únavy a slabosti je v klinické praxi velice široká (tab. 2). Měli bychom pomyslet na prostou únavu či dekonkreci, která je někdy kombinována s depresivním stavem nemocného a po vyloučení organické příčiny nemocného předáváme do péče psychiatra. Svalovou slabost může rovněž způsobit porucha mineralogramu, které je způsobena zejména podáváním kličkových diuretik. Pokud podáváme furosemidu nekombinujeme se spironolaktonem, pozorujeme hypokalemii velice často. Podobný klinický obraz může mít hypomagnezémie, která je opět nejčastěji způsobena léčbou diuretiky.

Z interních chorob je na prvním místě anémie, která je u mladších žen způsobena gynekologickými ztrátami, které nejsou dostatečně kompenzovány zvýšeným přívodem železa. U starších nemocných se nejčastěji jedná o patologické ztráty krve zažívacím traktem (v tomto případě je anémie mikrocytární), nebo nedostatečnou tvorbou při myelodysplastickém syndromu (anémie je obvykle makrocytární). Relativně často zjišťujeme hypofunkci štítné žlázy, kdy nám v diagnostice pomohou další příznaky, jako je přibývání na váze, sklon k zácpě, nález suché kůže nebo myxedému. Infekční a nádorové onemocnění se rovněž často manifestují únavností a nevykonností. Karcinom pankreatu – pokud nemocný nemá bolesti břicha s iradiací do zad, karcinom plic nebo plasmocytom se mohou v počátečním stadiu mani-

festovat únavou a ztrátou na váze. Myastenia gravis je typickou neurologickou chorobou, kterou provází slabost, ale ta se vyskytuje až v průběhu dne a diagnostiku nám usnadní typický nález poklesu víčka (označovaný jako "ložnicový" příznak). Teprve na dalším místě uvažujeme o dalších endokrinopatiích – zejména o hypofunkci nadledvinek, nebo jako u naší nemocné panhypopituitarismus.

V takovémto případě si musíme uvědomit, že centrální hypokortikalismus je obvykle kombinován s centrální hypotyreózou a proto vždy vyšetřujeme současně ACTH, kortizol, TSH a fT4. Nesmíme opomenout, že těžké formy těchto poruch mohou představovat život ohrožující stav a jejich léčba nesnese odklad. Navíc u chronické či parciální poruchy hypokortikalismu jsou bazální hodnoty hormonů normální, tedy nediagnostické a sníženou funkční kapacitu musíme ověřit dynamickými testy. I z těchto důvodů patří tito nemocní do péče specializovaných klinických pracovišť.

Literatura:

Kršek M., et al. Hypopituitarismus v dospělosti. In Hypopituitarismus v dospělosti: Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně Doporučené postupy pro praktické lékařství. Projekt MZ ČR zpracovaný ČLS JEP za podpory grantu IGA MZ ČR 5390-3.

Serri O, Chik CL, Ur E, Ezzat S., Diagnosis and management of hyperprolactinemia, CMAJ 2003;169:575-81.

Dayan CM. Interpretation of thyroid function tests. Lancet 2001; 357: 619-624.

Poršová-Dutoit I. Endokrinologie v praxi. Grada Publishing, Praha 1996

Ted' můžeme pomáhat ještě lépe. Díky vám.

V průzkumu zákaznické spokojenosti nám 2672 z vás řeklo, že jste s našimi produkty spokojeni. Pracujete s nimi rádi a uvědomujete si, že vám usnadňují život. **Děkujeme.** Vaší zpětné vazby si velmi vážíme. Jenom díky ní budeme i nadále schopni přinášet řešení, která vám usnadňují život.

1,93

1 2 3 4 5 6 7

PC DOKTOR®, MEDICUS®, AMICUS®, TURBOASISTENT SQL

www.cgm.cz



CompuGroup
Medical

Deficit	Klinické příznaky
ACTH	Centrální hypokortikalismus. Chronická forma může mít nenápadné projevy, akutní forma může představovat život ohrožující stav. U centrální formy se v klinickém obrazu se setkáváme převážně s příznaky deficitu glukokortikoidů - se slabostí, únavností, apatií, psychickou alterací, nechutenstvím, nauzeou a zvracením, abdominálními bolestmi, hypotenzí, hypoglykémii, méně než u periferní formy bývá vyjádřená hyponatremie, hyperkalemie a dehydratace, v krevním obrazu nacházíme normocytární anémii, neutropénii, lymfocytózu a eozinofilii.
TSH	Centrální hypothyreóza Do klinického obrazu patří suchá kůže s deskvamací, zažloutlý kolorit, suché vlasy, snížené pocení, pro-sáklé podkoží, únavnost, slabost, adynamie, letargie, zimomřivost, změna hlasu, zpomalené psychomotorické tempo, zácpa, kardiální příznaky (bradykardie, perikardiální výpotek), anémie, minerálová dysbalan-ce.
LH, FSH	Centrální hypogonadismus. U žen poruchami menstruačního cyklu, anovulačními cykly, oligomenoreou a amenoreou, infertilitou. U mužů snížením libida, poruchy sexuálních funkcí, impotenci, ztrátou ochlupení, gynekomastií.
STH	V dospělosti vede ke snížení fyzické a psychické výkonnosti, úbytku svalové hmoty ve prospěch tukové tkáně, dyslipidémii a osteoporóze.
Prolaktin	Chybění postpartální laktace.

Tab.1. Příznaky deficitu jednotlivých hormonů.

Příčina	Příznaky
Prostá únava	Únava po fyzické námaze spojená s myalgii. Po odpočinku a spánku potíže ustávají.
Výchytky hladin sérových iontů	Hypokalémie, hyperkalcémie, hypomagnezémie.
Anémie	Svaly našeho těla nemají při nedostatku červených krvinek dostatek kyslíku, a proto se rychleji unaví.
Hypofunkce štítné žlázy	Zimomřivost, celkovou zpomalenost a nevykonnost za následek i svalovou slabost a únavu
Infekční procesy	Zejména virózy jsou spojeny s bolestmi a slabostí svalů a kloubů. Po ústupu infekce obtíže vymizí.
Nádorové onemocnění	Slabost svalů může být důsledkem generalizované zánětlivé reakce, která v organismu vzniká jako odpověď na nádorové onemocnění. Speciální jednotkou je tzv. Lambert-Eatonův syndrom, kdy při nádorovém procesu začnou v těle vznikat v těle protilátky narušující nervosvalový přenos.
Neurologická onemocnění	Myastenia gravis vede k narušení nervosvalového přenosu a projevuje se rychle vznikající svalovou únavou i při minimální námaze. Odpočinek vede k relativně rychlé úlevě. Polymyozitida je spojena s poškozením svalů, což vede jejich slabosti a někdy i bolestem, v krvi bývá zvýšená kreatininkináza. Vrozné choroby svalů, např. Duchennova svalová dystrofie vede k postupné atrofii svalů a zhoršující se slabosti. Narušení svalové síly může být přítomno u těžkých stádií polyneuropatií

Tab.2. Diferenciální diagnostika svalové slabosti.

WONCA 2013 Prague

Vážené kolegyně, vážení kolegové, rády bychom vám přiblížily jeden den konference WONCA 2013 Prague z pohledu účastníka. Vybraly jsme si čtvrteční den, kdy konference již byla v plném proudu, a vzhledem k pestrému doprovodnému programu byl pro nás i dnem nejzajímavějším.

Třetí konferenční den byl zahájen během Run through generation, který se konal v překrásném areálu Vyšehradu. Také počasí jakoby se umoudřilo a po vytrvalých deštích mohli návštěvníci WONCA konference konečně vidět, jak vypadá Praha zalitá sluncem. Účastníci byli již v sedm hodin ráno připraveni na startu, obdrželi slušivá trika, startovní čísla a mohlo se vyběhnout. Hlavní hvězdou byl Petr Koukal, nejúspěšnější český badmintonista, který se sice aktivně nezúčastnil, avšak běh odstartoval výstřelem z pistole. Vítězem závodu byl každý účastník, neboť vyhrál především sám nad sebou v boji s ranním vstáváním a vlastní leností.

Na odpočinek po závodu nebylo příliš mnoho času, neboť čtvrteční program lákal svojí pestrostí. Za návštěvu stála Award Ceremony WONCA Awards, kde profesor Richard Roberts, t.č. stávající prezident WONCA konference 2013, převzal cenu The Ward of Honory Life Direct Individual Membership to our outgoing President RR“ od nastávajícího prezidenta Michaela Kidda AM. Zároveň byli představeni členové Wonca executive pro rok 2013–16 a regionální prezidenti pro dané oblasti. Evropu bude zastupovat Job Metsemakers z Holandska. Představena byla také Amanda Howe z Velké Británie, která bude nejen následujícím prezidentem WONCA 2016 konané v brazilském Rio de Janiero, ale bude zároveň i první ženou zvolenou do této funkce. Mimochodem, běh, který se uskutečnil na Vyšehradě, měl být původně koncipován trochu jinak. Nejdříve měli běžet muži, potom ženy, ale právě Amanda Howe, jako známá zastánkyně rovnosti pohlaví, koncepci běhu na místě změnila a ženy i muži vyběhli společně. Amanda Howe se ukázala jako žena činu.

V rámci přednášek na téma Infekční onemocnění, cestovní a tropická medicína byly představeny četné studie například o využití očkování proti lidskému papilomaviru u mužů, o bolesti v krku ve vztahu k nadužívání antibiotik, probírali se různé kazuistiky, z nichž za zmínku stojí například žena s poruchou chování, u níž se nakonec prokázala herpetická encefalitida, apod. Osobně jsem byla zaujata přednáškou, i když byla určena spíše pro pediatrii, na téma PFAPA syndrom (periodické horečky, aftózní stomatitida, faryngitida a lymfadenitida) u malých dětí, která vyústila v zajímavou diskusi o tom, zda je či není vhodné aplikovat u takových pacientů glukokortikoidy, když etiologie syndromu je vlastně neznámá.

Nedílnou součástí konference byla, kromě přednášek, také prezentace posterů. Denně jich bylo prezentováno okolo třista čtyřiceti. Každý den byla ustanovena tříčlenná komise, která měla za úkol vybrat tři nejlepší poster „Best poster“.

Každý uchazeč o tento titul se snažil co nejlépe představit svoji práci, grafické zpracování posterů bylo na vysoké úrovni a mnohé zaujaly právě svých zajímavým vizuálním zpracováním.



Vybrány byly:

1. poster od polských kolegů zaměřený na nízkou proočkovanost lékařů ve srovnání s běžnou populací. Ukazoval, že lékař, který není očkován, má i méně očkovaných pacientů. Chybějící podpora vlády (očkování není hrazené státem) a negativní informace o očkování uváděné v médiích nepomáhají růstu proočkovanosti.
2. poster lékařů z Irska, kteří vytvořili léčebný plán (rehabilitace, psychoterapie) pro pacienty s demencí, jež vykazovali na základě tohoto plánu významné zlepšení kognitivních funkcí již po šesti týdnech.
3. poster od španělských kolegů, kteří mají snahu začlenit do ordinace PL prevenci očních onemocnění. Bylo velmi zajímavé porovnávat, jakými směry se vydává a rozvíjí praktické lékařství v jednotlivých zemích, na co se zaměřují, jaké jsou jejich možnosti či limity a bylo na každém, aby se nad takto získanými informacemi zamyslel a zvážil, co by bylo přínosem pro české praxe.

Po absolvování odborné části se již každý těšil na večerní program, zlatý hřeb doprovodného programu WONCA konference – Czech evening na Žofíně. Reprezentační prostory tohoto paláce byly skutečně tím pravým místem pro setkání praktických lékařů všech zemí. Večerem provázela příjemná hudba různých žánrů, stačilo jen zaujmout místo ve správném patře podle hudebního vkusu. Podávalo se výborné jídlo a pití. Bylo příjemné vidět, jak cizincům chutná české jídlo (kachna s knedlíkem zmizela ze stolů jako první), jak tančí na cimbállovku a především jak obdivují krásu Žofínského paláce.

**Ilona Dobešová
Kristýna Kožoušková**

Probiotika

Vážené kolegyně, vážení kolegové, rád bych se s vámi podělil o poznatky z přednášky, kterou jsem v rámci konference absolvoval, řečníka jsem si již předem vybral, byl to Pali Hungin, děkan lékařské fakulty v Durhamu, který je členem Evropské společnosti pro gastroenterologii v primární péči.

Sekce, která byla orientována na gastroenterologii, začínala trochu nezvykle, protože ze tří řečníků se dostavil pouze pan profesor Hungin.

Než se s vámi podělím o to, co bylo hlavním sdělením pana profesora, musím vám zmínit jeden neopakovatelný zážitek na začátku jeho prezentace. Moderátor (Chair) praktický lékař a gastroenterolog z Finska pana profesora představil, uvítal ho a předal mu slovo. To co následovalo je nepopsatelné, přednášející nás přivítal a začal žertovně stylem, že vzhledem k tomu, že je jediný řečník, není kam pospíchat, a že nám řekne klidně i něco o své rodině, koníčcích atd. Tento úvod vzbudil nebývalý smích. Nebylo to však jeho zásluhou, moderátor, který se šel po představení profesora Hungina posadit si nevšiml, že zadní noha jeho židle je mimo podium a zhoupl se i s židlí z podia na zem, asi by se i rychle zvedl, ale při pádu se mu sako shrnulo přes hlavu a on se zmítal na zemi a nemohl se vyprostit, to už bylo publiku dosti neklidné, zatímco druhý moderátor se díval před sebe a bohužel kolegy, který bojoval se svým sakem a židlí maximálně půl metru od něho si vůbec nevšiml. Ovšem publikum na sebe nedalo čekat a propuklo v smích. Naštěstí zvaleného bojovníka již vzápětí zachránil druhý moderátor, kterému se asi zdálo, že profesor si až takový smích nezasluhuje a chtěl znát názor svého spolustolovníka. Vše se obešlo bez zranění, akorát i přes velmi zajímavou přednášku propukali někteří posluchači v jejím průběhu v nekontrolovatelné záchvaty smíchu.

Samotné sdělení se jmenovalo Mezinárodní konsenzus - Praktický průvodce užívání probiotik v managementu dolních dyspeptických obtíží. Doposud neexistovala jasná

pravidla indikace probiotické terapie, neexistoval konsenzus. Bylo identifikováno 37 studií, které se zabývaly dráždivým tračníkem a postantibiotickou kolitidou. 15 z těchto studií se setkávalo s uvedenými kritérii. Po jejich analýze bylo dosaženo konsenzu. Vysokou úroveň měli důkazy jako 1/ Probiotika obecně zmírňují symptomy a redukuje bolest u pacientů s dráždivým tračníkem. 2/ Užívají-li pacienti během antibiotické léčby probiotika, jsou jim adjuvantní terapií vedoucí k prevenci nebo i faktorem snížení intenzity a trvání obtíží postantibiotické kolitidy. 3/ Probiotika jsou bezpečná v primární péči u pacientů s dráždivým tračníkem. Nižší úroveň (70–100 %) měly důkazy jako 1/ Probiotika i u dráždivého tračníku s převažujícími průjemovou symptomatikou redukuje plynatost, ovlivňují frekvenci a konzistenci stolice. 2/ Užívání probiotik vedoucí ke snížení symptomů dráždivého tračníku zvyšuje kvalitu života. V souvislosti s dráždivým tračníkem a postantibiotickou kolitidou se jeví probiotika jako velmi prospěšná s odkazem na provedené studie. Nelze však probiotikem označit vše, co je například v lékárně volně dostupné jako probiotikum. Probiotika musí splňovat kritéria, aby prevence či léčba mohla být efektivní. Po skončení přednášky jsme měli k dispozici seznam výrobků, které splňují definici probiotika, seznam se vztahoval na výrobky v celé Evropě. Z výrobků dostupných na českém trhu zde byly uvedeny pouze dva a to Actimel a Activia ve formě fermentovaných mléčných produktů. V diskuzi bylo profesorem řečeno, že neexistují důkazy, které by podporovaly paušální užití probiotik při gastroenteritidách. Velmi zajímavé sdělení, by nás mělo inspirovat k prohloubení znalostí v této oblasti. Jako praktických lékařů bych ocenil seznam probiotik dostupných v České republice (a jejich dávkování), na které bych se mohl spolehnout. Pokud je to vůbec možné?

Norbert Král

Lékařská ordinace Vyšehrad s.r.o.



WONCA 2013 Byla jsem tam taky!

Dlouho očekávaná a velmi dlouho připravovaná světová konference WONCA Prague 2013 odstartovala 25. 6. 2013. Zahájení ceremoniálu se ujal The TapTap orchestr, skupina složená z tělesně postižených muzikantů, jejíž historie se datuje od roku 1998, kdy byla založena Šimonem Ornestem. Její úspěch byl obrovský. Již v uvolněné atmosféře následoval projev prezidenta konference doc. MUDr. Bohumila Seiferta, Ph.D., předsedy SVL ČLS JEP doc. MUDr. Svatopluka Bými, CSc., ministra zdravotnictví doc. MUDr. Leoše Hegera, CSc. a prezidenta WONCA WORLD Dr. Richarda Robertse. Z jejich projevů znělo jasné poselství, že primární péče má zásadní roli ve zdravotním systému, kterou je třeba nadále posilovat.

Svým sytým a rozhodným hlasem se generální ředitelka WHO, Dr. Margaret Chan, dotkla řady důležitých témat a také opakovaně zdůraznila význam praktických a rodinných lékařů ve zdravotnickém systému. Vysloužila si tak dlouhý potlesk ve stoje. Celý večer velmi elegantně zakončil Ondřej Havelka a jeho Melody Makers, který nás zároveň příjemně provázel i celým večerem.

Jako členka společnosti Mladí praktici jsem měla možnost účastnit se neoficiálního setkání mladých praktických lékařů z celého světa a to při večerní plavbě po Vltavě den před zahájením hlavní konference. Byl to nevšední zážitek, setkat se například s lékaři z Nigerie, z Indie nebo Japonska a vyměnit si zkušenosti, ale i vtipné historky z ordinace. Prvotní ostych a uskupování u stolů podle státní příslušnosti opadl a všichni se začínali bavit, seznamovat se, tančit a konec plavby byl zakončen „v tom nejlepším“. Všichni s úsměvem na rtech a z pocitem příjemně prožitého večera odcházeli připravit se na následující den.

Největší radostí pro mě bylo opětovně se setkat s kolegyní Aniou Pawelec z Krakova, u které jsem byla minulý rok na dvoutýdenní stáži, oplatit jí její pohostinnost, ukázat jí ordinaci, ve které pracuji, provést ji městem a seznámit jí na oplátku s životem „v Praze“, stejně tak jako ona mě zpříjemňovala mojí říjnovou stáž v rámci programu Hippokratés v Krakově.

V průběhu konference se vystřídal nespočet přednášek a workshopů, které běželi paralelně v jednotlivých sálech a prostorech. Pro mě byla zajímavá sekce o preventivních a screeningových programech kolorektálního karcinomu Evropské gastroenterologické společnosti v primární péči (ESPCG), kde za Českou společnost vystoupil doc. MUDr. Bohumil Seifert, za Holandsko Dr. J. Muris, za Itálii Dr. P. Fracasso a Polsko Dr. M. Palka nebo Dr. R. Stokbrugger. Přednášející představili výsledky screeningových programů v daných zemích, nastínili další směřování. Doc. Seifert současně představil svoji knihu Screening kolorektálního karcinomu.

O přestávkách se zaplnili chodby Kongresového centra. Poklidné chvíle vystřídal hluk a směs jazyků. Někteří diskutovali na téma poslední přednášky, jiní plánovali prohlídku Prahy, jiní se pospíchali postavit do řady na kávu či džus. Atmosféra byla úžasná a i přes rozdílnost v jazycích,

všechny spojovalo nadšení, vstřícnost a touha dozvědět se víc.

Mladí praktici se vystřídali v průběhu týdne na stánku Společnosti všeobecného lékařství, kde informovali účastníky o českém zdravot-

nictví, oboru praktického lékařství, byly zde prezentovány významné české postery, k dispozici byly i propagačními předměty. U stánku se zastavovali lékaři z celého světa. Měli jsme možnost představit zahraničním účastníkům i nově vydané knihy, jednak zmíněný Screening kolorektálního karcinomu, který vyšel v českém i anglickém jazyce, novinku na trhu Všeobecné praktické lékařství autorů Seifert, Býma, Beneš nebo Management úspěšné ordinace praktického lékaře od Dr. Košty.

Konference z mého pohledu, pohledu člověka „z vnějšku“, probíhala velmi příjemně a poklidně. V průběhu konference jsem sice pracovala a zajišťovala tak běh ordinace, ale tuto významnou událost jsem si nemohla nechat ujít. Jednalo se přece o 20. ročník a přímo v Praze! V předchozích letech měli možnost hostit kongres takové země jako Mexiko, Korea, Kanada nebo USA. My jsme získali post v tomto roce díky dokonalé přípravě a dobré prezentaci českých zástupců. A jak jsme obstáli? Dle hodnocení nového prezidenta WONCA WORLD Michaela Kidda prý na jedničku (Excellent) a nastupující pořadatelské země to údajně nebudou mít lehké.

Konference byla zakončena v sobotu 29. 6. 2013, hosté se postupně vraceli domů. Setkání splnila svoji úlohu a již nyní se těšíme na další ročník. Příjemný a plynulý průběh byl satisfakcí pro organizátory a já jsem ráda, že mohu říci: **BYLA JSEM TAM TAKY!!!**



MUDr. Kateřina Zoufalá

Praktický lékař

Lékařská ordinace Vyšehrad s.r.o

Návštěva ordinace

Vážené kolegyně, vážení kolegové, během světové konference WONCA 2013 Prague jsem měl to štěstí potkat řadu zajímavých kolegů ze zahraničí a to nejen v rámci konference. Zahraniční účastníci měli i možnost navštívit ordinaci praktického lékaře v Praze. A protože ordinace, ve které pracuji je velmi blízko kongresového centra (5 min), tak jsme se obávali velkého zájmu ze strany zahraničních kolegů. Celkový počet návštěvníků byl 17. Asi si říkáte, jak bychom mohli ordinovat, kdyby k nám každou chvíli někdo chodil jako na prohlídky jako do muzea. Lékaře jsme rozdělili do tří skupin a každý den na konci ordinární doby měli vyčleněnou hodinu, kdy jsme se jim plně věnovali. Vzhledem k tomu, že skupinky byly velmi pestré (Austrálie, Brazílie, Mexiko, Velká Británie, Portugalsko, Španělsko, Rakousko, Indie, Nigerie, Kanada, Irsko, Polsko....), tak jejich pozornost nebyla soustředěna pouze na český systém praktického lékařství, ale vedla k širší diskuzi napříč zeměmi. Kromě opravdu všedních otázek (systém práce, organizace, platové ohodnocení, vzdělávání) přicházely i ty nevšední.

Vzpomínám, jak se kolega z Austrálie divil, že nemáme věkový limit pro screening kolorektálního karcinomu, a že nabízet test pacientovi například ve věku nad 80 let mu přijde trochu neetické, než jsem stihl zareagovat na jeho poznámku, tak si kolega z Indie naopak posteskl, že jeho dědeček také praktický lékař zemřel ve věku 109 let na kolorektální karcinom a možná kdyby

.....dědeček byl, ale svému povolání věrný a den před smrtí prý ještě vykonával svou práci, kterou nadevše miloval.

Ir se smál, že od pacientů vybíráme regulační poplatek cca pouze 1 Euro, Kanadanka se divila, že nepečujeme i o dětské pacienty (velmi časté divení), Brit nechápal, proč pacienti po očkování musí čekat v čekárně, že to ještě neviděl..... řada z nich obdivovala přístroj na CRP. Lékaři z Nigerie se ptali, kde děláme chirurgické zákroky atd.

Určitě to bylo náročné, ale často i poučné a úsměvné.

Za Lékařskou ordinaci Vyšehrad s.r.o.
Norbert Král



znalostní test

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 20. 9. 2013**.

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

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.

znalostní test je hodnocen 2 kredity ČLK

Správné odpovědi z čísla 5/2013: 1a, 2b, 3b, 4b, 5bc, 6bc, 7c, 8abc, 9b, 10a

OTAZNÍKY KOLEM ČERNÉHO KAŠLE

1. Podle studií mají dospělí s dlouhotrvajícím kašlem (nad 1-2 týdny) pertusi

- a) v cca 5 % případů
- b) v 5–10 % případů
- c) v 12–32 % případů

2. Epidemické cykly pertuse jsou v ČR

- a) 2–4leté
- b) 5–8leté
- c) 10–15leté

3. Očkování proti pertusi poskytuje ochranu

- a) celoživotně
- b) na 4–20 let
- c) max. na 5 let

4. Antibiotická terapie pertuse

- a) neovlivní délku kašle
- b) délku kašle ovlivní pouze při včasném podání včas, tj. v katarálním stádiu
- c) při podání v paroxysmálním stádiu již neovlivní délku kašle

REZISTENTNÍ HYPERTENZE

5. Fenomén/hypertenze bílého pláště se vyskytuje u

- a) cca 5 % hypertoniků
- b) cca 10 % hypertoniků
- c) 20–30 % hypertoniků

6. Nejvíce preferovanou kombinací léčby hypertenze je v současné době

- a) BKK a ACE-inhibitory/AT1-blokátory
- b) kombinace inhibitoru ACE/AT1-blokátoru a diuretika
- c) kombinace inhibitoru ACE/AT1-blokátoru a beta-blokátoru

7. Mezi antihypertenziva s nejlepší adherencí patří

- a) AT-1 blokátory
- b) ACE inhibitory
- c) BKK

RIFAXIMIN V LÉČBĚ CESTOVATELSKÝCH PRŮJMŮ

8. Nejčastější příčinou průjmu cestovatelů je

- a) bakteriální infekce
- b) virová infekce
- c) alimentární intoxikace

9. Průjem cestovatelů vzniká nejčastěji

- a) v oblastech jižní Asie, subsaharské Afriky a jižní Ameriky
- b) v oblastech středomoří
- c) v oblastech bývalého Ruska

10. Zkratka ETEC znamená

- d) enterotoxigenní *Bacillus cereus*
- e) enterotoxigenní *E. coli*
- f) smíšená infekce *E. toxiforme* a *E. coli*

Správné mohou být 1-3 možnosti.

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

odpovědní lístek – test č. 6/2013

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: Micardis® 40 mg, 80 mg tablety

Složení: Micardis 40 mg: 1 tableta telmisartanum 40 mg, Micardis 80 mg: 1 tableta telmisartanum 80 mg. **Léková forma:** Tableta. **Indikace:** Léčba esenciální hypertenze. Kardiovaskulární prevence: Snížení kardiovaskulární morbiditu u pacientů: i) s manifestním aterosklerotickým kardiovaskulárním onemocněním (anamnéza ICHS nebo CMP nebo ICHDK) nebo ii) s diabetes mellitus typu 2 s prokázaným orgánovým postižením. **Dávkování a způsob podání:** Hypertenze: 40 mg jednou denně. V případech, že se nedosáhne požadovaných hodnot krevního tlaku, lze zvýšit až na 80 mg jednou denně. Pokud se uvažuje o zvyšování dávek, je třeba přihlížet k okolnostem, že maximálního antihypertenzního efektu se obvykle dosáhne po 4 až 8 týdnech terapie. Kardiovaskulární prevence: 80 mg jednou denně. ***Zvláštní skupiny pacientů:** Poškození funkce ledvin: Závažné poškození funkce ledvin nebo pacienti podstupující hemodialýzu jsou omezené zkušenosti. Je doporučena nižší úvodní dávka 20 mg. Současné podávání telmisartanu s aliskirem je kontraindikováno u pacientů s poruchou funkce ledvin (GFR < 60 ml/min/1,73 m²). Poškození funkce jater: Mírné až středně závažné postižení jater: dávka by neměla přesáhnout 40 mg jednou denně. **Starší pacienti:** Úprava dávky není nutná. **Pediatrickí pacienti:** U dětí do 18 let se nedoporučuje. ***Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na některou pomocnou látku, 2. a 3. trimestr těhotenství, během kojení, při obstrukci žlučových, závažné poškození funkce jater. Současné podávání telmisartanu s aliskirem je kontraindikováno u pacientů s diagnózou diabetes mellitus nebo při poruše funkce ledvin (GFR < 60 ml/min/1,73 m²). **Zvláštní upozornění:** Podávat se zvýšenou opatrností u mírného až středně závažného poškození funkce jater. Bilaterální stenóza renálních arterií či stenóza renální arterie jediné funkční ledviny: hrozí zvýšené riziko těžké hypotenze a renální nedostatečnosti. Renální poškození: pravidelné sledování sérových hladin draslíku a kreatininu. Nejsou zkušenosti s podáváním po transplantaci ledvin. Intravaskulární hypovolemie: stav korigovat před podáním přípravku. Podávání přípravků ovlivňujících RAAS může vést k hyperkalemii, zvážit současné podání. Duální blokáda RAAS u vnímavých jedinců k hypotenzii, synkopě, změnám renálních funkcí. Primární aldosteronismus: nedoporučuje se léčba telmisartanem. Obsahuje sorbitol, nevhodné pro pacienty s vrozenou intolerancí fruktózy. ***Interakce:** Kombinace telmisartanu s aliskirem je kontraindikována u pacientů s diagnózou diabetes mellitus nebo při poruše funkce ledvin (GFR < 60 ml/min/1,73 m²) a nedoporučuje se ani u jiných pacientů. Při zahájení léčby telmisartanem, při úpravách dávky a při ukončení léčby telmisartanem je nutno monitorovat hladinu digoxinu. Nedoporučuje se současně podávat draslík šetřící diuretika nebo přípravky obsahující draslík, lithium (nutné sledování koncentrací v séru). Opatrnost při současném podání: NSA, thiazidová, kličková diuretika. Zvažovat: jiná antihypertenziva, kortikosteroidy (systémové podání). **Nežádoucí účinky:** Výskyt srovnatelný s placebem (dle výsledků klinických studií). Časté: hypotenze u pacientů s upraveným krevním tlakem, kterým byl podáván telmisartan ke snížení kardiovaskulární morbiditu. **Zvláštní opatření pro uchování:** Uchovávejte v původním obalu, aby byl přípravek chráněn před vlhkostí. **Registrační číslo:** 80 mg: EU/1/98/090/006 (28 tbl.), 40 mg: EU/1/98/090/002 (28 tbl), 80 mg: EU/1/98/090/008 (98 tbl) **Držitel rozhodnutí o registraci:** Boehringer Ingelheim International GmbH, Binger Str. 173, D-55216 Ingelheim am Rhein Německo. **Poslední revize textu:** 5/2013. Výdej přípravku je vázán na lékařský předpis. Přípravek je částečně hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Před předepsáním se prosím seznáme s úplným zněním souhrnu údajů o přípravku. Úplné znění souhrnu údajů o přípravku je uveřejněno na webových stránkách Evropské agentury pro léčivé přípravky: <http://www.ema.europa.eu/>

* všimněte si prosím změn v informacích o léčivém přípravku

MICARDISPLUS®

TEL MISARTAN + HYDROCHLOROTHIAZID

Zkrácená informace o přípravku: MicardisPlus® 80 mg/12,5 mg tbl., MicardisPlus® 80 mg/25 mg tbl.

Složení: 1 tableta obsahuje: telmisartanum 80,0 mg a hydrochlorothiazidum 12,5 mg nebo telmisartanum 80,0 mg a hydrochlorothiazidum 25 mg. **Léková forma:** Tablety. **Indikace:** Léčba esenciální hypertenze u pacientů, u nichž nedochází k dostatečné úpravě krevního tlaku při použití samotného telmisartanu. MicardisPlus s fixní kombinací dávek (80 mg telmisartanu/25 mg hydrochlorothiazidu) je indikován u pacientů, u nichž nedochází k dostatečné úpravě krevního tlaku při použití přípravku MicardisPlus 80 mg/12,5 mg nebo u pacientů, kteří byli dříve stabilizováni při podání telmisartanu a hydrochlorothiazidu odděleně. **Dávkování a způsob podání:** Dospělí: Jednou denně, zapíjí se tekutinou, současně s jídlem nebo bez jídla. Ještě před přechodem na podávání fixní kombinace dávek se doporučuje provést individuální titraci jeho dvou složek. Pokud je to klinicky vhodné, lze zvážit přímý přechod z monoterapie na fixní kombinaci dávek. **Porucha funkce ledvin:** Doporučuje se pravidelná kontrola renální funkce. Současné podávání telmisartanu s aliskirem je kontraindikováno u pacientů s poruchou funkce ledvin (GFR < 60 ml/min/1,73 m²). **Porucha funkce jater:** U pacientů s mírnou až středně závažnou poruchou funkce jater by dávkování nemělo přesáhnout jednu tabletu přípravku MicardisPlus 40 mg/12,5 mg jednou denně. MicardisPlus není indikován u pacientů se závažnou poruchou funkce jater. U pacientů s poruchou jaterní funkce je třeba thiazidy podávat opatrně. **Starší osoby:** Úprava dávkování není nutná. **Děti a dospívající:** U dětí do 18 let se nedoporučuje. ***Kontraindikace:** Přecitlivělost na kteroukoliv látku přípravku; přecitlivělost na jiné látky příbuzné sulfonamidům; druhý a třetí trimestr těhotenství, během kojení; cholestáza a biliární obstrukční onemocnění; závažná porucha funkce jater; závažná porucha funkce ledvin (clearance kreatininu < 30 ml/min); refrakterní hypokalemie, hyperkalcemie. Současné podávání telmisartanu s aliskirem je kontraindikováno u pacientů s diagnózou diabetes mellitus nebo při poruše funkce ledvin (GFR < 60 ml/min/1,73 m²). **Zvláštní upozornění:** Podávat se zvýšenou opatrností u pacientů s mírnou až středně závažnou poruchou funkce jater. Bilat. stenóza renálních arterií či stenóza renální arterie jediné funkční ledviny: zvýšené riziko těžké hypotenze a renální nedostatečnosti. Renální poškození: pravidelné sledování sérových hladin draslíku, kreatininu a kys. močové. Nejsou zkušenosti s podáváním po transplantaci ledvin. Intravaskulární hypovolemie: stav korigovat před podáním přípravku. Podávání přípravků ovlivňujících RAAS může vést k hyperkalemii, zvážit současné podání, duální blokáda RAAS u vnímavých jedinců k hypotenzii, synkopě, změnám renálních funkcí. Primární aldosteronismus: nedoporučuje se léčba MicardisPlus. Thiazidy: možnost poruchy vodní a elektrolytové rovnováhy a glukózové tolerance, nárůst hladiny cholesterolu a triglyceridů. Hypokalemie: redukována současným podáváním telmisartanu. Obsahuje sorbitol, nevhodné pro pacienty s vrozenou intolerancí fruktózy. Hydrochlorothiazid, může vyvolat reakce přecitlivělosti, které vedou k akutní přechodné myopii a k akutnímu glaukomu s úzkým úhlem. Při výskytu příznaků akutního glaukomu s úzkým úhlem je třeba ukončit podávání hydrochlorothiazidu a zahájit léčbu. ***Interakce:** Nedoporučuje se současně podávat: lithium. Opatrnost při současném podání: NSA. Přípravky ovlivňující hladinu kalia, soli kalicia (nutná monitorace hladin kalia a kalicia). Antidiabetika, přípravky k léčbě dny (může být potřeba úpravy dávky). Zvažovat: Digitalisové glykosidy, jiná antihypertenziva, cholestyramin (zhoršuje absorpci hydrochlorothiazidu) vazopresory (snížení účinku), beta-blokátory, diazoxid, anticholinergní látky. Kombinace telmisartanu s aliskirem je kontraindikována u pacientů s diagnózou diabetes mellitus nebo při poruše funkce ledvin (GFR < 60 ml/min/1,73 m²) a nedoporučuje se ani u jiných pacientů. Při zahájení léčby telmisartanem, při úpravách dávky a při ukončení léčby telmisartanem je nutno monitorovat hladinu digoxinu. **Nežádoucí účinky:** MicardisPlus 80 mg/12,5 mg: výskyt srovnatelný s monoterapií telmisartanem (výsledky klinických studií). Časté: závrat. U přípravku MicardisPlus 80 mg/25 mg byla incidence NÚ srovnatelná s nežádoucími účinky u přípravku MicardisPlus 80 mg/12,5 mg. **Zvláštní opatření pro uchování:** V původním obalu (ochrana před vlhkostí). **Velikost balení:** 28 tablet. **Registrační číslo(a):** EU/1/02/213/007 a EU/1/02/213/018. **Držitel registrace:** Boehringer Ingelheim International GmbH, Binger Str. 173, D-55216 Ingelheim am Rhein Německo. **Datum poslední revize textu:** 5/2013. Výdej přípravku je vázán na lékařský předpis. Přípravek je částečně hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Před předepsáním se prosím seznáme s úplným zněním souhrnu údajů o přípravku. Úplné znění souhrnu údajů o přípravku je uveřejněno na webových stránkách Evropské agentury pro léčivé přípravky: <http://www.ema.europa.eu/>

* všimněte si prosím změn v informacích o léčivém přípravku

TWYNSTA®

TEL MISARTAN + AMLODIPIN

Zkrácená informace o přípravku: Twynsta® 80 mg/5 mg tablety, 80 mg/10 mg tablety

Složení: Twynsta® 80 mg/5 mg: 1 tableta telmisartanum 80mg a amlodipinum 5mg, Twynsta® 80 mg/10 mg: 1 tableta telmisartanum 80mg a amlodipinum 10 mg. **Léková forma:** Tableta. **Indikace:** Léčba esenciální hypertenze. **Přidavná léčba:** Přípravek Twynsta je indikován u dospělých pacientů, jejichž krevní tlak není adekvátně kontrolován amlodipinem. **Substituční léčba:** Dospělí pacienti, kteří užívají telmisartan a amlodipin ve formě jednosložkových přípravků, mohou užívat tablety přípravku Twynsta, který obsahuje stejnou dávku jednotlivých složek. **Dávkování a způsob podání:** Doporučená dávka je 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. **Pediatrickí pacienti:** U dětí do 18 let se nedoporučuje. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na některou pomocnou látku, 2. a 3. trimestr těhotenství, obstrukce žlučových, 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 uchování:** Žádné zvláštní podmínky uchování. 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:** 10/2012. Výdej přípravku je vázán na lékařský předpis. Přípravek je částečně hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Před předepsáním se prosím seznáme s úplným zněním souhrnu údajů o přípravku. Úplné znění souhrnu údajů o přípravku je uveřejněno na webových stránkách Evropské agentury pro léčivé přípravky: <http://www.ema.europa.eu/>

Spojení pro 24h kontrolu TK a protektivitu

TWYNSTA
TELMISARTAN + AMLODIPIN

MICARDISPLUS
TELMISARTAN + HYDROCHLOROTHIAZID

 **82,7% pacientů dosahuje cílových hodnot TK v průběhu 24h¹**

 **Účinnější snížení a kontrola TK v porovnání s jinými kombinacemi AT1 blokátorů / HCHTZ²⁻⁵**



Pacienti se zvýšeným KV rizikem - hypertenzí, diabetem, obezitou nebo ve vyšším věku potřebují k dosažení cílových hodnot TK kombinovanou terapii.^{7,8}



Pacienti s hypertenzí a KV riziky, kteří potřebují kontrolu TK a profitují z přidání diuretika (periferní otoky, vyšší věk).

Twynsta a MicardisPlus obsahují telmisartan – jediný sartan s indikací kardiovaskulární prevence⁶

Zkrácená informace o přípravcích je umístěna na druhé straně.

 **Boehringer
Ingelheim**

Adresa:
Boehringer Ingelheim, spol. s r.o.
Na Poříčí 1079/3a
110 00 Praha 1
tel.: + 420 234 655 111

**telmi
protected**

Literatura: 1. White et al. Effects of telmisartan and amlodipine in combination on ambulatory blood pressure in stages 1-2 hypertension. Blood Press Monit. 2010; 15 (4): 205-212. 2. Fogari R et al. Effectiveness of HCTZ in Combination with Telmisartan and Olmesartan in Adults with Moderate Hypertension Not Controlled with Monotherapy: PROBE, Parallel-Arm Study. Curr Ther Res 2008; 69 (1): 1-15. 3. Sharma AM et al. Telmisartan/ HCTZ vs. Valsartan/HCTZ in obese hypertensive patients with type 2 diabetes: the SMOOTH study Cardiovasc Diabetol 2007; 6: 28. 4. Neldam S et al. Telmisartan plus HCTZ vs. Amlodipine Plus HCTZ in Older Patients with systolic hypertension: results from a Large Ambulatory Blood pressure Monitoring study. Am J Geriatr Cardiol 2006; 15: 151-160. 5. Lacourciere Y et al. Efficacy and tolerability of fixed-dose combinations of telmisartan plus HCTZ compared with losartan plus HCTZ in patients with essential hypertension. Int Clin Pract 2003; 57: 273-279. 6. SPC u EMA (<http://www.emea.europa.eu>) a eMC (<http://emc.medicines.org.uk>). 7. Mancia G et al. 2007 Guidelines for the Management of Arterial Hypertension. J Hypertens 2007;25:1105-1187. 8. Mancia G et al. Reappraisal of European guidelines on hypertension management : a European society of hypertension Task Force document, J Hypertens 2009; 27: 2121-2158.