



practicus

Odborný časopis Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP

tip tohoto čísla

Biologická léčba psoriázy

č. 1/2014

ročník 13

pro
praktické
lékaře
zdarma

Přílohou
tohoto čísla je
paradigma současné
medicíny
DP Standard softwaru



Prevence stresu a syndromu vyhoření pomocí meditace

Epigenetika mění paradigmasoučasné medicíny i její budoucnost

Roztroušená skleróza

Kdy a jak diagnostikovat plicní hypertenzi
v ambulanci praktického lékaře

Praktické přístupy k diagnostice a léčbě kašle

Kazuistika ze soudně znalecké praxe

Založení praxe všeobecného praktického lékaře formou fyzické osoby

Vydává
Společnost
všeobecného
lékařství ČLS JEP

www.practicus.eu

LEVOPRONT®

sirup, kapky

Levodropropizin

**PERIFERNÍ ANTITUSIKUM
STEJNĚ ÚČINNÉ
A LÉPE TOLEROVANÉ
NEŽ CENTRÁLNÍ ANTITUSIKA¹**

**Bez ovlivnění
respiračních funkcí
a mukociliární clearance¹**

Utiší váš kašel...



Levopront:

Zkrácená informace: Levopront sirup, kapky: **S:** Levodropropizinum 60 mg v 1 ml roztoku, Levodropropizinum 60 mg v 10 ml sirupu. **I:** Bronchopulmonální afekce doprovázené dráždivým suchým kašlem. Je vhodný před bronchoskopickým vyšetřením. **KI:** Přecitlivělost na léčivou látku nebo na kteroukoliv pomocnou látku. Nemocní s bronchiální hypersekrecí nebo sníženou mukociliární funkcí. Výrazné snížení funkce jater. **ZU:** Používat pouze po důkladném zvážení rizika u pacientů s těžkou insuficiencí ledvin a u dětí mladších 24 měsíců. Sirup obsahuje sacharózu, kapky alkohol. **NÚ:** Zřídka nauzea, zvracení, pálení žáhy, průjem; mdloba, závrat; palpitace. Velmi vzácně alergické reakce. **IT:** Používat s opatrností při podávání benzodiazepinů. **TL:** Přípravek je v době těhotenství a kojení kontraindikován. **D:** Dospělí a děti od 12 let 1 ml (20 kapek) roztoku nebo 10 ml sirupu až 3x denně. Děti 2-12 let 1 mg levodropropizinu/kg až 3x denně. **B:** Kapky 15 ml, sirup 120 ml. Držitel registračního rozhodnutí: Dompé Farmaceutici S.p.A., Itálie. Datum poslední revize textu SPC: 21. 3. 2012. Přípravky nejsou vázány na lékařský předpis a nejsou hrazeny zdravotními pojišťovnami. Seznamte se prosím se Souhrnem údajů o přípravku (SPC). Literatura: 1. SPC

Erdomed:

Zkrácená informace ERDOMED: **S:** Erdosteium 300 mg v 1 tvrdé tobolce, Erdosteium 175 mg v 5 ml suspenze, Erdosteium 225 mg v 1 sáčku prášku pro přípravu perorálního roztoku. **I:** Akutní a chronické onemocnění horních a dolních cest dýchacích, včetně exacerbace chronické bronchitidy a CHOPN, hypersekreční astma bronchiale, k adjuvantní léčbě s antibiotiky v případech exacerbace s bakteriální infekcí, prevence respiračních komplikací po chirurgickém zákroku. **KI:** Přecitlivělost na léčivou látku nebo na kteroukoliv pomocnou látku a na látky obsahující volné SH skupiny. Jaterní poruchy a renální insuficience těžšího stupně, homocysteinurie. Děti s tělesnou hmotností nižší než 15 kg; fenylketonurie - netýká se tobolek. **ZU:** Současné podávání přípravku s antitusiky nemá racionální opodstatnění a může způsobit akumulaci sekretů v bronchiálním stromu se zvýšením rizika superinfekce či bronchospasmu. **NÚ:** Zřídka se vyskytuje pálení žáhy, nauzea; výjimečně průjem. Ojedinelé byla pozorována ztráta nebo porucha chuti. Hypersenzitivní reakce jsou velmi vzácné. **IT:** Erdosteium potencuje účinek některých antibiotik (např. amoxycilinu, klarithromycinu), čehož lze využít k terapeutickým účelům. Byl prokázán synergický účinek s budesonidem a salbutamolem. **TL:** Pro užívání přípravku v době těhotenství, zejména v 1. trimestru, a při laktaci musí být zvlášť závažné důvody. **D:** Dospělí obvykle 1 tobolka 2x-3x denně nebo 1 sáček prášku pro přípravu perorálního roztoku 2x-3x denně. Suspenze u dětí 15-20 kg 2,5 ml 2x denně, 21-30 kg 5 ml 2x denně, nad 30 kg 5 ml 3x denně. **B:** 100 ml suspenze, tobolky 10, 20, 60 x 300 mg, sáčky 20 x 225 mg. Po naředění je suspenze použitelná 14 dnů, je-li uchovávána při teplotě 2-8°C. Datum poslední revize textu SPC: Suspenze a sáčky 12. 9. 2012, tobolky 9. 1. 2013. Přípravek je vázán na lékařský předpis. Přípravek je hrazen zdravotními pojišťovnami s omezením E/PNE, P: Erdosteium je předepisován u pacientů s prokázanou CHOPN od stadia II, která má mukopurulentní fenotyp a více jak 2 exacerbace za posledních 12 měsíců. U pacientů, u nichž nedojde ke zlepšení průběhu CHOPN za 3 měsíce, má být léčba erdosteinem přerušena. Seznamte se prosím se Souhrnem údajů o přípravku (SPC).

ERDOMED®

erdosteium

**ANTIBAKTERIÁLNÍ MUKOREGULÁTOR
s antiflogistickým
a antioxidačním účinkem**

**NAČECHREJ
SVĚ PLICE...**

Erdomed je hrazen zdravotními pojišťovnami pouze na základě preskripce pneumologů v rámci fenotypové léčby CHOPN. Lékaři jiných odborností předepisují Erdomed v rámci schválených indikací bez úhrady zdravotními pojišťovnami. Recept je nutno označit symbolem „P“ a slovy „hradí pacient“.



OBSAH

practicus

odborný časopis SVL ČLS JEP
9/2013, ročník 12

INFO SVL

- 5 | ZPRÁVA Z XXVII. KONGRESU ČESKÉ LÉKAŘSKÉ SPOLEČNOSTI
MUDr. Josef Štolfa
- 6 | AKREDITACE A REZIDENČNÍ MÍSTA 2014
doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D.

ODBORNÉ ČLÁNKY

- 7 | PREVENCE STRESU A SYNDROMU VYHOŘENÍ POMOCÍ MEDITACE
MUDr. Lukáš Handl
- 13 | BIOLOGICKÁ LÉČBA PSORIÁZY
MUDr. Hana Malíková
- 20 | EPIGENETIKA MĚNÍ PARADIGMASOUČASNÉ MEDICÍNY
I JEJÍ BUDOUCNOST
MUDr. Jozef Čupka
- 19 | ROZTROUŠENÁ SKLERÓZA
MUDr. Jana Veselková
- 20 | KDY A JAK DIAGNOSTIKOVAT PLICNÍ HYPERTENZI
V AMBULANCI PRAKTICKÉHO LÉKAŘE
MUDr. Pavel Jansa, MUDr. David Ambrož, MUDr. Regina Votavová
- 21 | PRAKTICKÉ PŘÍSTUPY K DIAGNOSTICE A LÉČBĚ KAŠLE
prof. MUDr. Vladimír Vondra, DrSc., doc. MUDr. Petr Čáp, Ph.D.,
PharmDr. Jan Juřica, Ph.D.

KAZUSTIKY ZE SOUDNĚ ZNALECKÉ PRAXE

- 22 | KAZUISTIKA ZE SOUDNĚ ZNALECKÉ PRAXE
MUDr. Pavel Brejtník

ZE SVĚTA MLADÝCH PRAKTIKŮ

- 28 | ZALOŽENÍ PRAXE VŠEOBECNÉHO PRAKTICKÉHO LÉKAŘE
FORMOU FYZICKÉ OSOBY
MUDr. David Halata
- 32 | STANOVISKO SVĚTOVÉ LÉKAŘSKÉ ASOCIACE OHLEDNĚ
VZTAHŮ MEZI LÉKAŘI A KOMERČNÍMI SPOLEČNOSTMI

ZNALOSTNÍ TEST

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 Brejtník, 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.** ••• Příhlášky přijímá redakce. ••• Toto číslo bylo dáno do tisku **22. 1. 2014** 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, 2013

Vzdělávací semináře SVL ČLS JEP v únoru 2014

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

Hlavní témata: Doporučené postupy v léčbě starších pacientů s diabetes mellitus v ČR
Úskalí v léčbě DM a dalších komorbidit u geriatrických pacientů z pohledu specialisty.

den	datum	čas	město a místo konání
sobota	1. 2.	09.00–13.00	Brno, Kancelář veřejného ochránce práv
sobota	1. 2.	09.00–13.00	Praha 2, Lék.dům, Sokolská 31
pondělí	3. 2.	16.30–20.30	Zlín, Aula SZŠ, Příluky 372
čtvrtek	6. 2.	16.30–20.30	Karlovy Vary, Hotel "U Šimla", Závodní 1
čtvrtek	6. 2.	16.00–20.00	Ústí nad Labem, Best Western Hotel Vladimír, Masarykova 36
úterý	11. 2.	16.00–20.00	Pardubice, Hotel Zlatá Štika, Štrossova 127
čtvrtek	13. 2.	16.00–20.00	Liberec, Clarion Grandhotel Zlatý Lev, Gutenbergova 3
středa	12. 2.	17.00–21.00	Jihlava, presbytář Hotelu Gustav Mahler, Křížová 4
čtvrtek	13. 2.	16.00–20.00	Hradec Králové, Nové Adalbertinum, Velké náměstí 32
čtvrtek	13. 2.	16.00–20.00	Praha 2, Lék.dům, Sokolská 31
sobota	15. 2.	09.00–13.00	Olomouc, Aula Právnické fakulty UP Olomouc, tř. 17. listopadu 8
středa	19. 2.	16.00–20.00	Praha 2, Lék.dům, Sokolská 31
středa	19. 2.	16.00–20.00	České Budějovice, Clarion Congress Hotel, Pražská třída 2306/14
čtvrtek	20. 2.	16.00–20.00	Ostrava, Hotel Imperial, Tyršova č. 6
sobota	22. 2.	09.00–13.00	Plzeň, Šafránkův pavilon, alej Svobody č. 31

Volby výboru a revizní komise SVL ČLS JEP 2014

Vážené kolegyně, vážení kolegové!

V souladu se stanovami, jednacím řádem a volebním řádem České lékařské společnosti J. E. Purkyně výbor Společnosti všeobecného lékařství České lékařské společnosti J. E. Purkyně (SVL ČLS JEP) vyhlašuje volby do výboru a revizní komise SVL ČLS JEP. Počet volených členů výboru SVL je 17 a členů revizní komise 3. Právo volit a být zvoleni mají všichni řádní členové.

Proto, aby uvedené právo bylo naplněno, výbor zvolil v souladu s volebním řádem korespondenční způsob voleb. Aby bylo možné sestavit kandidátku, volební komise Vás žádá, pokud máte zájem aktivně pracovat ve výboru nebo v revizní komisi SVL ČLS JEP, abyste pečlivě sledovali Vaši lednovou korespondenci. Všem členům SVL ČLS JEP budou v průběhu ledna 2014 rozeslány kandidátky, jejichž vyplněním se můžete ucházet o funkce ve výboru nebo v revizní komisi SVL ČLS JEP.

Vyplněnou kandidátku je potřeba vložit do přiložené obálky a zaslat DOPORUČENĚ zpět volební komisi nejpozději do 19. 2. 2014 (razítko pošty).

MUDr. Karel Janík
předseda volební komise

Zpráva z XXVII. Kongresu České lékařské společnosti

MUDr. Josef Štolfa

IPVZ, Katedra všeobecného lékařství

Dne 23. října 2013 se v kongresovém sále Lékařského domu v Praze konal XXVII. Kongres České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně. Nosným tématem kongresu byly **duševní poruchy v praxi dětského, dorostového a všeobecného praktického lékaře**.

Kongres organizovala Česká psychiatrická společnost ve spolupráci s odbornou společností dětských lékařů a Společností všeobecného lékařství ČLS JEP.

Zahajovací slovo přednesl předseda České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně, prof. MUDr. Jaroslav Blahoš, DrSc., poté se ujal slova prof. MUDr. Jiří Raboch, DrSc., předseda České psychiatrické společnosti ČLS JEP a dále prim. MUDr. Petr Popov. Všichni řečníci ocenili volbu tématu, které pokládají za závažné, a to nejen pro jednotlivce, ale ve svých důsledcích pak pro celou společnost.

Kongres proběhl v komorní atmosféře, ale za velmi aktivního přístupu zúčastněných lékařů.

Dopolední blok, pod názvem Návykové nemoci, byl garantován za Českou psychiatrickou společnost prim. MUDr. Petrem Popovem, primářem kliniky adiktologie Všeobecné fakultní nemocnice (VFN) a 1. Lékařské fakulty UK v Praze 2 a za Společnost všeobecného lékařství mojí osobou.

Blok byl zahájen sofistikovanou přehledovou prezentací prim. MUDr. Petra Popova s názvem Návykové nemoci u dětí a dospělých. Na tuto svoji úvodní prezentaci navázal poslední přednáškou dopoledního bloku s názvem Snižování konzumace alkoholu – nová strategie léčby. Jak název napovídá, byla věnována pokrokům a nejnovějšímu medikamentóznímu postupu odvykací léčby závislosti na alkoholu. Druhou přednáškou byla prezentace MUDr. Pavla Kabičky z Pediatrie kliniky VFN a 1. LFUK a PhDr. Ladislava Csémyho z Psychiatrického centra Praha, s názvem Screening a krátká intervence v oblasti zneužívání návykových látek v praxi praktických lékařů pro děti a dorost. Velmi dobře strukturovaná přednáška zaměřená na jednoduchou metodiku práce s osobami zneužívajícími návykové látky, kterou lze s úspěchem aplikovat také při péči o závislého pacienta v dospělém věku. Následně odeznělo sdělení MUDr. Marána Korandy, dětského lékaře z Nemocnice Milosrdných Sester svatého Karla Boromejského, NMSKB, v Praze Pod Petřínem s názvem Specifika adiktologické péče u dětí.

Ve finální části dopoledního bloku jsem přednesl sdělení s názvem Substituční léčba – možnosti zapojení praktických lékařů. Moje sdělení vycházelo z vyhodnocení dotazníkového průzkumu mezi všeobecnými praktickými lékaři

– školiteli a v závěru tohoto sdělení jej ještě krátce zmíním.

Popolední blok byl věnován novinkám v psychofarmakologii dětí, dospělých a seniorů, které postupně přednesli: MUDr. Ivo Paclt, MUDr. Martin Anders a MUDr. Roman Jiráček z Psychiatrické kliniky VFN a 1. LFUK v Praze.

Závěrečný blok byl věnován duševním poruchám v průběhu života. MUDr. Petra Uhlíková z Psychiatrické kliniky VFN a 1. LFUK v Praze prezentovala sdělení na téma Limity léčby ADHD v průběhu života, MUDr. Petr Herle ze Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP přednesl sdělení věnující se panické atace. Poslední sdělení MUDr. Miroslavy Navrátilové, internistky z Brna, se věnovalo velmi zajímavě problematice poruch příjmu potravy z pohledu internisty.

Mým úkolem za Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP byla nejen reprezentační úloha, ale také aktivní účast, jak již výše zmíněno. Protože jsem se ve své praxi všeobecného praktického lékaře po dobu cca 10 let aktivně zabýval poskytováním substituční léčby osobám závislým na opiátech, mám v tomto ohledu jistou zkušenost, která ne vždy koresponduje s publikovanými závěry, týkajícími se poskytování substituční léčby pacientům závislým na opiátech. Z pozice Katedry všeobecného lékařství IPVZ jsem tedy v závěru roku 2012 a počátku roku 2013 provedl výběrové šetření mezi všeobecnými praktickými lékaři – školiteli v oboru.

Podle databáze KVL IPVZ jsme rozeslali 195 strukturovaných dotazníků se 20 otázkami, zaměřenými na problematiku závislosti jako takovou, ale také na konkrétní zkušenost se substituční léčbou osob závislých na opiátech. Ve vyspělých evropských zemích je substituční léčba těmto osobám poskytována lékaři primární péče běžně a je hodnocena minimálně jako stejně efektivní jako substituční péče poskytovaná specializovanými pracovišti. V České republice je však substituční léčba všeobecnými praktickými lékaři poskytována jen vzácně. To bylo jedním z důvodů, proč bylo dotazníkové šetření prováděno. Dále jsme se průzkumem pokusili o zmapování zkušeností školicích akreditovaných praxí všeobecných praktických lékařů, jakožto praxí, které v regionech většinou odborně vedou, se substituční léčbou, případně s ochotou k poskytování substituční léčby. Po vyhodnocení navrácených dotazníků, jichž bylo vráceno přes 70 %, jsme v podstatě potvrdili skutečnost, že VPL v ČR poskytují substituční léčbu jen málo. Kromě toho jsme zjistili další zajímavosti, které přesahují rámec tohoto sdělení a v případě redakčního zájmu je bude možno v plném rozsahu sdělit v některém z příštích čísel časopisu Practicus.

Akreditace a rezidenční místa 2014

doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D.

Předseda Akreditační komise pro obor všeobecné praktické lékařství

V současné době má zhruba pětina pracovišť všeobecného praktického lékařství v ČR akreditaci pro poskytování specializačního vzdělávání. U stovek z původně vydaných akreditací končí platnost, což neunikne pozornosti zdravotních pojišťoven, jak si mnozí z Vás všimli. Kromě ztráty bonifikace to znamená také komplikaci při žádosti o rezidenční místo nebo v průběhu rezidentury.

Zkontrolujte si platnost své akreditace a zažádejte MZ o prodloužení s půlročním předstihem! Žádost není složitá – viz níže. Pokud není úplná, její vyřízení se prodlužuje. Po podání je žádost zpracována a formálně kontrolována MZ. AK zasedá obvykle v intervalu 2 měsíců. AK vydává stanoviska, která jsou MZ akceptována, nicméně následuje další formální proces, vyžadující rozhodnutí a podpisy vyšších úředníků MZ, což v současné situaci na MZ je problém. Pokud po jednání AK nedostanete do 2 měsíců vyrozumění, doporučuji intervenovat osobně na MZ u Mgr. Widzové, tel. 224972866.

Se stejnou časovou lhůtou počítejte při žádosti o akreditaci při přechodu z fyzické na právnickou osobu. Návod níže v tabulce. Je třeba si ujasnit a v žádosti jasně uvést,

zda žádáte o akreditaci k poskytování celého vzdělávacího programu nebo pouze k jeho části: všeobecné praktické lékařství. Pokud plánujete žádost o RM, potřebujete první variantu.

Na stránkách MZ již vyšla **metodika pro poskytování dotace pro specializační vzdělávání v rezidenčním programu pro rok 2014**. Termín podání žádostí je **14. 3. 2014**. MZ nemohlo uvést výši dotace, protože není schválen rozpočet, ale lze kalkulovat s částkou z loňského roku. Na stránkách SVL i SPL stejně jako loni bude včas zveřejněn návod k vyplnění žádosti včetně finančního plánu.

Vyzývám ty, kteří plánují žádost o RM v roce 2014 a potřebují akreditaci nebo její prodloužení, aby neprodleně zasílali svoji úplnou žádost na MZ tak, aby mohla být připravena pro jednání AK na začátku února. Máme příslib zrychleného vyřízení žádostí v únoru vzhledem k termínu rezidentury.

Z lékařských fakult víme o zájmu absolventů o všeobecné praktické lékařství. Obor potřebuje mladé lékaře a ti potřebují školicí pracoviště – rezidenční místa. Členové AK si váží všech kolegů, kteří do tohoto náročného procesu vstupují a věnují přípravě praktiků své úsilí a prostředky.

ŽÁDOST O PRODLOUŽENÍ AKREDITACE

- 1) **Formulář žádosti**, ve kterém se vyznačí, že se jedná o prodloužení akreditace - včetně **kolku** v hodnotě 1000 Kč
- 2) **Dotazník k žádosti** (pro všeobecné praktické lékařství)
- 3) **Plán atestační přípravy**, ve kterém se vyznačí, kde bude která praxe absolvována (pouze v případě, že pracoviště žádá o akreditaci na celý vzdělávací program). Postačí pouze zkopírovat průběh praxe v tabulkách ze vzdělávacího programu a vedle názvu oboru napsat název nemocnice, se kterou má žadatel uzavřenou smlouvu.
- 4) **Smlouvy k zajištění povinné praxe** (gynekologie a porodnictví, vnitřní lékařství, chirurgie, anesteziologie a intenzivní medicína a dětské lékařství), pokud nebyly obsaženy v předchozí žádosti
- 5) **Elektronická podoba žádosti na cd**

Vše stačí 1x

ŽÁDOST O AKREDITACI PŘI PŘECHODU Z FYZICKÉ OSOBY NA PRÁVNICKOU

Formuláře naleznete na stránkách www.mzcr.cz, a to v sekci Odborník/zdravotník - Vzdělávání a uznávání kvalifikací - Akreditace - Lékařská povolání - Co je nutné doložit. K žádosti o udělení akreditace při převodu na právnickou osobu se dokládají prakticky všechny dokumenty znovu:

- 1) **Formulář žádosti včetně kolku v hodnotě 1000 Kč**
- 2) **Dotazník k žádosti** (pro všeobecné praktické lékařství)
- 3) **Plán atestační přípravy**, ve kterém se vyznačí, kde bude která praxe absolvována (pouze v případě, že pracoviště žádá o akreditaci na celý vzdělávací program). Postačí pouze zkopírovat průběh praxe v tabulkách ze vzdělávacího programu a vedle názvu oboru napsat název nemocnice, se kterou má žadatel uzavřenou smlouvu.
- 4) **Smlouvy k zajištění povinné praxe** (gynekologie a porodnictví, vnitřní lékařství, chirurgie, anesteziologie a intenzivní medicína a dětské lékařství)
- 5) **Kopie výpisu z obchodního rejstříku**
- 6) **Kopie registrace nestátního zdravotnického zařízení nebo kopie dokladu o vzniku poskytovatele zdravotních služeb.**
Kopie dokladů o získaném vzdělání dokládá žadatel pouze v případě, že došlo ke změnám v uvedených údajích.
- 7) **Veřejný příslib**, který naleznete na www.ipvz.cz. Stačí jen vytisknout a podepsat vedle podpisu ředitele IPVZ.
- 5) **Elektronická podoba žádosti na CD**

Veškeré náležitosti dokládá žadatel pouze 1x, kopie nemusí být úředně ověřeny.



Prevence stresu a syndromu vyhoření pomocí meditace

MUDr. Lukáš Handl

Kardiochirurgické oddělení, Fakultní nemocnice Plzeň

Abstrakt:

Stres je velkým problémem současnosti. Může být vyvolán celou řadou příčin, k nimž patří také náročné zaměstnání, jako je práce lékaře. V organismu dochází vždy k uniformní reakci, která je zprostředkována celou řadou neurohumorálních mechanismů. Působení stresu vyvolává různé obtíže v rovině somatické, psychické i behaviorální, při dlouhodobé expozici pak může dojít k rozvoji závažných zdravotních poruch. Jedním z důsledků chronického stresu je také syndrom vyhoření.

Jednou z metod k odstranění a prevenci stresu je meditace. Byla provedena celá řada klinických studií, které pomáhají pochopit mechanismy pozitivního působení meditace a dokládají její účinnost. Cílem této práce je přinést stručný přehled o možnostech použití meditace v prevenci a léčbě stresu a jeho negativních důsledků.

Abstract:

Stress is a big issue of today. It may be caused by many different stimuli, among which demanding career, such as the medical profession, belongs indeed. In the organism stress triggers a uniform reaction, which is being mediated by various neurohumoral mechanisms. Stress causes multiple somatic, psychological and behavioural symptoms. Prolonged exposition may lead to development of serious health disorders, including burn-out syndrome.

One of the methods of stress reduction and prevention is meditation. Recently many clinical trials have been performed, which help to understand the mechanisms of positive effects of meditation, and prove its effectiveness. The aim of this paper is to provide a concise summary of current possibilities of meditation use in prevention and treatment of stress and its negative effects.

Stres je v dnešní náročné a uspěchané době velkým tématem a problémem. Již dávno překročil hranice medicíny a zdomácněl ve slovníku široké laické veřejnosti. Škodlivost stresu je všeobecně akceptována. Jsou detailně popsány mechanismy stresové reakce a principy negativních vlivů stresu na organismus.

Vědecký výzkum stresu probíhá již více než 80 let. První zmínky lze vysledovat ve třicátých letech minulého století, kdy byl tento termín poprvé použit v psychologii. W. Cannon jej definoval jako „zevní podmínky narušující homeostázu.“ Základy vědeckého konceptu stresu a jeho mechanismů položil o 20 let později fyziolog a endokrinolog maďarského původu Hans Selye (1907–1982). Ve své publikaci „The stress of life“ popsal základní mechanismy stresu, především tzv. všeobecný (generalizovaný) adaptační syndrom, který představuje uniformní reakci lidského organismu na zátěž.

Stres lze definovat jako funkční stav organismu. Jde o souhrn fyziologických obranných reakcí na podněty či situace vyhodnocené mozkem jako zatěžující či stimulující, které mají tendenci narušit homeostázu. Cílem těchto reakcí je obnovit stabilitu organismu a zabránit jeho poškození či smrti. Podněty vyvolávající stres jsou označovány jako tzv. stresory. Mohou být různého charakteru (fyzické, psychické – mentální či emocionální, sociální) i různého původu (zevní i vnitřní).

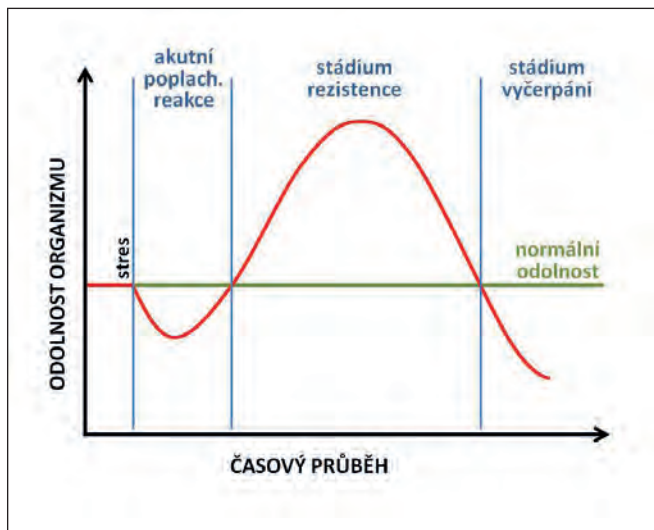
Ať už je charakter původního stresoru jakýkoli, lidský organismus reaguje na stres vždy poměrně uniformním způsobem, popsaným Selyem jako **všeobecný adaptační syndrom (VAS)**. Jedná se o standardní systémovou reakci organismu, tvořenou souborem neurohumorálních reakcí a procesů, které mají za úkol zvrátit nepříznivé působení

Tabulka 1:

Příklady stresorů		
fyzické	psychické a sociální	
nadměrný hluk	nespokojenost s věkem, vzhledem či schopnostmi	osobní konflikty
extrémní teplota		ztráta životní role
prudké světlo	obživa, nesení odpovědnosti	alkoholismus a jiné závislosti
nedostatek spánku	uplatnění se ve společnosti	obtížné životní situace (ztráta zaměstnání, rozvod, úmrtí blízké osoby, apod.)
nepravidelný denní cyklus	problémy v partnerských vztazích	
	vysoké nároky v zaměstnání	

stresoru a obnovit homeostázu. VAS má celkem 3 stádia: akutní poplachovou reakci, stádium rezistence a stádium vyčerpaní.

Obr. 1: Stádia VAS



V důsledku působení stresoru dochází zpočátku k přechodnému poklesu odolnosti organismu, což vede ke spuštění akutní poplachové reakce. Jejím cílem je rychlá adaptace na působení inzultu a obnovení homeostázy. Dochází k reorganizaci priorit organismu, mobilizaci energetických zdrojů a jejich redistribuci. Tato reakce bývá často označována pomocí anglického termínu „fight-or-flight“ („boj a nebo útek“) a zahrnuje změny metabolismu, kardiovaskulárního a respiračního systému či pokles vnímání bolesti, zajišťující maximální fyzický výkon. S tím souvisí také inhibice procesů v danou chvíli nepodstatných pro zachování života, jako je sexuální aktivita a činnost zažívacího systému.

Pokud působení stresoru skončí, nebo je stres dostatečně kompenzován akutní poplachovou reakcí, vrací se organismus do rovnovážného stavu. V praxi však obvykle stresory působí dlouhodobě či opakovaně. V tom případě přechází VAS do stádia rezistence. Nutnost neustále kompenzovat chronické působení stresoru zvyšuje celkové energetické nároky. Reakce organismu v této fázi proto především slouží k zajištění větší dostupnosti energetických substrátů, glukózy a volných mastných kyselin. Zároveň však již může docházet k poruchám některých orgánových systémů. Protrahované působení stresu postupně odčerpává všechny zdroje organismu. VAS přechází do poslední fáze, stádia vyčer-

pání (angl. wear and tear – opotřebení). Zde již adaptační mechanismy nejsou schopny kompenzovat působení stresoru a v plném rozsahu obnovovat homeostázu, proto dochází k poškození organismu.

VAS zahrnuje celou řadu fyziologických mechanismů, které se uplatňují v průběhu jednotlivých stádií. Na počátku akutní poplachové reakce je vždy rozpoznání působení stresoru a primární vyhodnocení jeho významu, které zajišťuje zejména prefrontální mozková kůra. Ta stimuluje limbický systém, který hraje zcela zásadní roli. Je zde definována subjektivní emocionální reakce na působení stresoru, což podstatně ovlivní míru stresu, a následně je zde celá stresová odpověď koordinována. Prostřednictvím hypothalamu limbický systém aktivuje endokrinní osu hypothalamus-hypofýza-nadledviny a sympatickou složku autonomního nervového systému.

Obě tyto cesty vedou k produkci a sekreci katecholaminů ze dřeně nadledvin. Jejich vlivem dochází k vzestupu tepové frekvence a kontraktility myokardu, zvýšení dechové frekvence a bronchodilataci, potlačení aktivity splachni-ku a salivace, redistribuci krve z kůže a GIT do kosterních svalů, mozku a myokardu. Zároveň také zvyšují glykémii a koncentraci volných mastných kyselin k zajištění dostatečných zdrojů energie a zvyšují perspiraci s ohledem na vyšší produkci tepla při zvýšené činnosti svalů. V mozku dochází ke zvýšení aktivity, vigility a pozornosti. Endokrinní stimulace mimo produkce katecholaminů vede také ke zvýšené sekreci kortisolu a antidiuretického hormonu, které společně s katecholaminy zvyšují krevní tlak.

V dalších stádiích VAS pak převažují efekty glukokortikoidů (GK). Jejich účinky na organismus jsou za fyziologických podmínek zcela nepostradatelné, absence GK je neslučitelná se životem. V rámci stresové reakce se však působení GK stává neúčelným a při dlouhodobé stimulaci důsledkem chronického stresu postupně převáží jejich negativní účinky. GK ovlivňují metabolismus a imunitní systém, mají také neopominutelné efekty na aktivitu CNS. Nejvýznamnější účinky GK shrnuje tabulka 2.

Z výše uvedeného vyplývá, že stres zasahuje prakticky všechny složky organismu včetně psychiky a sociálních adaptací. Projevy stresu jsou proto četné a rozmanité. Symptomy lze rozdělit na somatické, psychické a behaviorální. Četnost výskytu a závažnost jednotlivých symptomů se různí v závislosti na druhu a charakteru působících stresorů a na osobních predispozicích. Zásadní jsou zejména efekty chronického stresu, které mohou vyústit v závažné zdravotní problémy v souvislosti s téměř všemi orgánovými systémy.

Tabulka 2:

Nežádoucí účinky kortikoidů		
tkáň / orgán	mechanismus	důsledek
kost a pojivová tkáň	↓ aktivity osteoblastů, ↑ aktivity osteoklastů	osteoporóza
	↓ syntéza proteinů, ↑ proteolýza	špatné hojení ran, tvorba hematomů, horší kvalita kůže
GIT	↓ resorpce Ca ²⁺	osteoporóza
	↑ sekrece žaludeční šťávy, ↓ produkce hlenu	stresový vřed
ledviny	↑ retence Na	hypertenze, hypokalemie
kostní dřeň	↑ vyžívání erytrocytů a polymorfonukleárů	polyglobulie, granulocytóza
imunitní systém	redukce cirkulujících buněk kromě neutrofilů, pokles cytokinů a jejich receptorů	potlačení imunitní odpovědi, imunodeficit
metabolismus	↓ produkce inzulínu, ↓ periferní utilizace glukózy, ↑ glukoneogeneze	hyperglykémie, inzulínová rezistence, diabetes mellitus
	↑ jaterní lipogeneze, ↑ diferenciace adipocytů viscerální tukové tkáně	steatóza jater, abdominální obezita, metabolický syndrom
	↑ proteolýza a ↓ proteosyntéza ve svaích	svalová atrofie, slabost, teroidní myopatie
reprodukční systém	suprese produkce estradiolu a testosteronu	oligomenorhea, infertilita
CNS	změny hladin neuromediátorů	posttraumatická stresová porucha, vyhoření, úzkostné stavy, deprese
fetální a neonatální vývoj	snížená produkce surfaktantu	nezralost plic u nedonošených

S chronickým stresem je úzce spjat syndrom vyhoření (z angl. burn-out syndrom). Stejně jako stres i tento termín v současnosti zdomácněl ve slovníku široké veřejnosti a je všeobecně velmi hojně používán. Přestože bývá toto označení používáno velmi volně a ne vždy adekvátně, je nutné si uvědomit, že se jedná o skutečný syndrom s reál-

ným fyziologickým podkladem a potenciálně velmi závažnými důsledky. Syndrom vyhoření je definován jako naprostá ztráta profesionálního zájmu nebo osobního zaujetí, vyskytující se typicky u pracovníků v pomáhajících profesích. Syndrom vyhoření je vyvolán chronickým stresem v souvislosti s nadměrným zatížením, kdy mezi nejčastěj-

Tabulka 3:

Příznaky stresu		
somatické	psychické	behaviorální
únava	poruchy paměti	změny spánkového režimu
bolesti hlavy	neschopnost koncentrace	stažení se ze společnosti
bolesti zad a šíje	špatný úsudek	problémy ve vztazích
nespavost	pesimistické myšlení	zanedbávání povinností
nevolnost, nauzea	náladovost	prokrastinace
bolesti na hrudi	úzkost, neklid, nervozita	poruchy příjmu potravy
bolesti břicha	smutek, deprese	kouření, alkohol
vyšší sklon k infekcím	podrážděnost, hněv	další závislosti

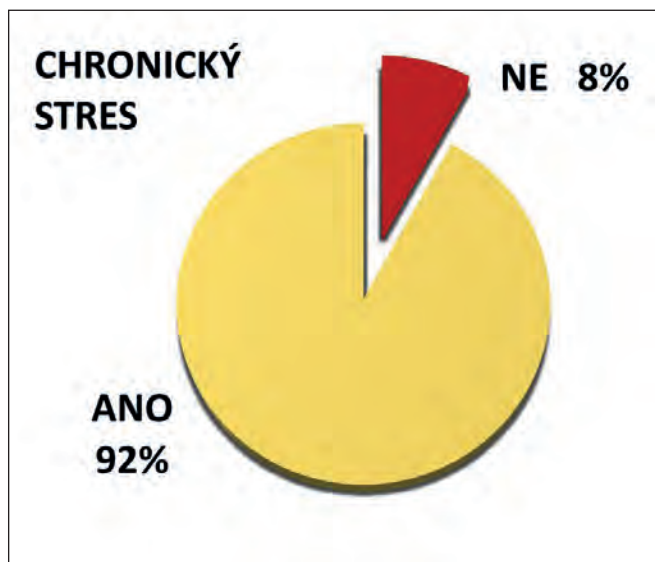
Tabulka 4:

Důsledky chronického stresu
arteriální hypertenze, angina pectoris
zhoršení CHOPN či astmatu
vředová choroba gastroduodenální, funkční poruchy GIT
poruchy imunity, vyšší náchylnost k infekčním onemocněním, alergie, ekzémy
poruchy glukózové tolerance, progresse diabetu, další endokrinní poruchy
poruchy fertility
anxiozita, klinická deprese

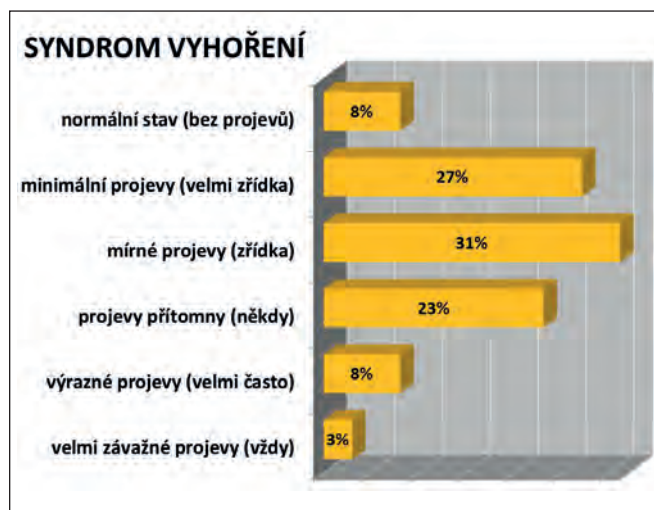
ší vyvolávající příčiny patří vysoké nároky na výkon či tvorivost, velká míra odpovědnosti, minimální možnost úlevy a závažné důsledky případného omylu. Podstatnou roli hrají také nerovnováha mezi vstupním očekáváním a ideály a profesní realitou, subjektivně či objektivně nedostatečné ohodnocení, špatný pracovní kolektiv, apod.

Vyhoření nejčastěji postihuje učitele, sociální pracovníky, psychology a zdravotníky. V nedávné době byly uveřejněny výsledky rozsáhlého výzkumu organizovaného Psychiatrickou klinikou 1. LF UK v Praze ve spolupráci s Českou lékařskou komorou. Autoři vyhodnotili odpovědi z dotazníkového šetření u celkem 7500 lékařů (20 % všech registrovaných lékařů v ČR), z nichž cca 13 % tvořili praktičtí lékaři. Z výsledků vyplynulo, že pouze 8 % dotázaných lékařů nevnímá své povolání jako zdroj chronického stresu a nepociťuje žádné projevy syndromu vyhoření.

Obr. 2: Přítomnost stresu v souvislosti s výkonem povolání u lékařů, upraveno dle Ptáčka a Rabocha, 2013



Obr. 3: Míra vyhoření u lékařů, upraveno dle Ptáčka a Rabocha, 2013



Lze se adekvátně a účinně bránit stresu a vyhoření? Možností je celá řada. Důležitou roli může hrát správná životospráva zahrnující zdravou výživu, dostatek spánku, pravidelnou pohybovou aktivitu. Důležitý je kvalitní odpočinek, pokud možno v klidném a pohodlném prostředí. Pomoci mohou také fungující vztahy s rodinnými příslušnými a přáteli. Bohužel práce lékaře ne vždy umožňuje naplňovat všechny tyto požadavky. Samozřejmě jsou k dispozici také různé specifické metody či techniky, např. asertivita, proaktivita, biofeedback, dechová cvičení, apod. Stále častěji je pro odstranění stresu a jeho negativních důsledků využívána meditace.

Na první pohled se může zdát, že meditace je něco velmi zvláštního, odtažitého, nevěrohodného. Opak je pravdou. Meditace a její účinky jsou v současnosti předmětem intenzivního medicínského výzkumu, a to jak v souvislosti se stresem, tak v mnoha dalších aplikacích. Meditace je stále více akceptována jako jedna ze standardních a účinných technik pro redukci stresu. Existují validní vědecké

studie, dokládající klinický efekt meditace.

Důležitou otázkou ovšem je, co to vlastně meditace je? Různé zdroje uvádějí zcela odlišné definice. V praxi navíc existuje mnoho různých meditačních technik, které se mezi sebou zásadně liší. Meditace je někdy mylně vnímána jako intenzivní a soustředěné přemýšlení. Pokud však vyjdeme z původní definice, zjistíme, že se jedná o stav vědomí, kdy je naopak aktivita mysli snížena. Jednotlivé techniky se snaží mentální aktivitu zklidňovat pomocí různých specifických postupů. První výzkumy již v 70. letech prokázaly pozitivní efekty meditace, např. vliv na potlačení sympatikotonie či pokles krevního tlaku. Ukázaly se však také rozličné nežádoucí účinky, některé techniky jsou navíc šířeny komerčně a nejsou vždy snadno dostupné.

Mezi novější metody recentně podrobené intenzivnímu výzkumu patří meditace sahadža jógy. Tato metoda vychází z tradiční, několik tisíc let staré techniky meditace, jejímž základem je dosažení stavu nazývaného „bezmyšlenkové vědomí“, ve kterém je potlačena nadbytečná aktivita mysli, aniž by byla jakkoli snížena úroveň vědomí či pozornosti. Po odstranění přebytných myšlenek se pozornost může plně koncentrovat na vnímání aktuální přítomnosti, aniž by byla rušena neproduktivními myšlenkami na minulost či budoucnost. Na rozdíl od ostatních metod lze stavu zklidnění mysli dosahovat zcela spontánně, bez použití postupů vyžadujících náročný trénink. Metoda je navíc zcela bezplatná a pro svou jednoduchost vhodná pro širokou veřejnost i vědecký výzkum. Doposud nebyly popsány žádné její vedlejší účinky.

Dosažení stavu zklidnění a vyrovnané mysli je dle dostupných studií základním předpokladem pozitivních efektů meditace a hlavním rozdílem oproti jiným relaxačním technikám. Ve stavu „bezmyšlenkového vědomí“ dochází k ovlivnění aktivity limbického systému, ke snížení tonu sympatiku a zvýšení aktivity parasympatického systému, a k poklesu hladiny katecholaminů i kortisolu, čímž je antagonizována stresová reakce. Klesá krevní tlak, tepová frekvence, dechová frekvence, spotřeba kyslíku a energie, je navozen hypometabolický stav a fyzická relaxace.

V důsledku meditace dochází také ke změnám aktivity mozkové kůry, které lze dokumentovat pomocí EEG či funkční magnetické rezonance. Byl popsán posun elektrické aktivity od beta k alfa a théta vlnám, zejména ve frontálních a okcipitálních segmentech, odpovídající poklesu mentální aktivity a internalizaci pozornosti. Zvýšená théta aktivita byla pozorována zejména v levém frontálním laloku společně s aktivací fronto-limbického drah, což koreluje se zvýšeným výskytem pozitivních emocí (pravý frontální lalok koreluje s negativními). Studie s využitím kvantitativní analýzy EEG potvrdily redukcii nelineární diverzity korové elektrické aktivity, která odpovídá odstranění irelevantních nervových okruhů (potlačení přebytných myšlenek) a udržení stabilní pozornosti koncentrované na vnitřní vjemy.

Společně se změnami elektrické aktivity dochází během

meditace i ke změnám hladiny neuromediátorů, jako jsou dopamin, serotonin či beta-endorfiny. Meditace například prokazatelně zvyšuje hladinu serotoninu i beta-endorfinů, což má za následek zlepšení nálady a potlačení sklónů k depresivitě. Lze shrnout, že meditace ovlivňuje jak elektrickou, tak chemickou aktivitu mozku a v jejím důsledku dochází k potlačení nadbytečných myšlenek, zlepšení kvality pozornosti a převahy pozitivních emocí.

V posledních cca 15 letech byla meditace sahadža jógy intenzivně zkoumána. Na rozdíl od starších prací byly všechny nové studie provedeny jako randomizované a kontrolované, a definice meditace byla striktně vázána na dosažení stavu bezmyšlenkového vědomí. Jednalo se o pilotní studie posuzující efekty meditace sahadža jógy v různých terapeutických oblastech, které přinesly slibné výsledky, např. při léčbě astmatu, menopauzálních symptomů, či ADHD u dětí. Stejně tak účinky této meditace na redukci úzkosti či deprese byly velmi zajímavé.

V roce 2011 byla publikována práce Manochy a kol., zaměřená na ovlivnění stresu, úzkosti a deprese během 8 týdnů u 178 zaměstnanců firem v komerčním centru Sydney. Vstupní hodnoty sledovaných parametrů byly zvýšeny oproti obecné populaci. Účastníci byli rozděleni do 3 větví: meditace sahadža jógy (bezmyšlenkové vědomí), jiná forma meditace/relaxace bez utlumení mentální aktivity a kontrolní skupina bez intervence. Výsledky byly vyhodnocovány s použitím standardizovaných, široce používaných dotazníkových metod. U obou intervenovaných skupin došlo ke zlepšení ve všech sledovaných parametrech, přičemž výsledky meditace s bezmyšlenkovým vědomím byly statisticky významně lepší.

Stejní autoři publikovali také výsledky semináře stress-managementu pro australské praktické lékaře. Seminář sestával z přednášky o stresu a meditaci a následném workshopu s praktickým nácvikem meditace. Zúčastnilo se ho 299 praktických lékařů. Lékaři byli dále instruováni k praktikování meditace doma po dobu 2 týdnů. Na začátku a na konci semináře, a po uplynutí 2 týdnů vyplnili Kesslerovu škálu psychické zátěže. Z výsledků vyplynulo, že lékaři byli prokazatelně více stresováni v porovnání s průměrem všeobecné populace. Analýza 111 kompletních sad dotazníků prokázala, že meditace jim významně zmírnila projevy stresu, kdy přibližně polovina účastníků pociťovala minimálně 50% redukcii stresu. Výsledky byly statisticky významně spojeny s mírou dosažení bezmyšlenkového vědomí.

Výše uvedená data tvoří jen stručný nástin možností, které meditace přináší pro léčbu stresu a jeho negativních dopadů. Z výsledků doposud provedených studií vyplývá, že meditace je validní a účinnou metodou pro prevenci stresu. Bude jistě nezbytné provést další kontrolované studie posuzující efekty meditace. Již nyní však lze konstatovat, že formy meditace s dosažením „bezmyšlenkového vědomí“, obzvláště nekomerčně šířené, jako je meditace sahadža jógy, se brzy mohou stát velmi atraktivní součástí našich terapeutických postupů.

Shrnutí pro praxi:

Stres a jeho následky včetně syndromu vyhoření představují velký problém pro pacienty i samotné zdravotníky. Hlavní roli ve zprostředkování jeho negativních dopadů hrají limbický systém, sympatický nervový systém a součásti endokrinního systému, zejména glukokortikoidy. Meditace je validní a účinnou metodou pro prevenci a léčbu stresu. Z provedených studií vyplývá, že meditace přímo ovlivňuje všechny zmíněné neurohumorální mechanismy a potlačuje stresovou reakci. Klinický přínos meditace byl potvrzen četnými kontrolovanými studiemi i výsledky praktických kurzů stress-managementu. Příznivý efekt meditace se zdá být podmíněn dosažením stavu zklidnění mysli a redukce nadbytečných myšle-

nek. Meditace sahadža jógy je celosvětově rozšířená efektivní a jednoduchá metoda, založená na dosažení stavu „bezmyšlenkového vědomí“, doposud bez popsání nežádoucích účinků. Evidence z provedených studií a výhradně nekomerční, bezplatné poskytování vybízí k jejímu širšímu využití v boji se stresem jak u všeobecné populace, tak u zdravotníků.

Autor tohoto článku již realizoval četné přednášky a workshopy stress-managementu pro zdravotníky pomocí meditace sahadža jógy v řadě míst ČR a na Slovensku. V případě zájmu je možné domluvit bezplatný workshop nebo přednášku i ve Vašem městě či zdravotnickém zařízení.

Literatura:

1. Selye H: The Stress of Life, McGraw-Hill, 1956
2. Ptáček R, Raboch J: Stres a vyhoření lékařů českých. Tempus Medicorum 2013; 22: 3-8
3. Rai UC, Seti S, Singh SH: Some Effects of Sahaja Yoga and Its Role in The Prevention of Stress Disorders. Journal of International Medical Sciences 1988: 19-23
4. Aftanas LI, Golocheikine SA: Human Anterior and Frontal Midline Theta and Lower Alpha Reflect Emotionally Positive State and Internalized Attention: High Resolution EEG Investigation of Meditation. Neuroscience Letters 2001; 310(1): 57-60
5. Aftanas LI, Golocheikine SA: Non-Linear Dynamic Complexity of The Human EEG During Meditation. Neuroscience Letters 2002; 330: 143-146.
6. Manocha R: Why meditation? Australian Family Physician 2000; 29(12): 1135-1138;
7. Manocha R, Marks GB, Kenchington P, et al.: Sahaja yoga in the management of moderate to severe asthma: a randomised controlled trial. Thorax 2002; 57: 110-115.
8. Manocha R, Semmar B, Black D: A Preliminary Study of Efficacy and Safety of Sahaja Yoga Meditation as a Treatment for Hot Flushes and Other Symptoms of the Perimenopause. J Clin Psych Med Set 2007; 14: 266-273
9. Harrison L, Rubia K, Manocha R: Sahaja Yoga Meditation as a Family Treatment Program for Attention Deficit Hyperactivity Disorder Children. Clinical Child Psychology and Psychiatry 2003; 9 (4): 479-497.
10. Manocha R, Black D, Sarris J, Stough C: A Randomized, Controlled Trial of Meditation for Work Stress, Anxiety and Depressed Mood in Full-Time Workers. Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine vol. 2011.
11. Manocha R: Using Meditation for Less Stress and Better Wellbeing, Seminar for GPs. Australian Family Physician 2009; 38: 454-458

I N Z E R C E

Lékařské centrum zdraví a estetické péče, s. r. o., Brno

přijme lékaře/řku s atestací všeobecný praktický lékař (HPP/VPP).

Nástup ihned. Váš životopis s krátkou anotací zašlete na

email: naborLCZEP@seznam.cz

nebo volejte **607 217 217**, Ing. Růžicková



Biologická léčba psoriázy

MUDr. Hana Malíková

Kožní odd. Masarykovy nemocnice, Ústí nad Labem

Psoriáza je zánětlivé onemocnění kůže, mezi jehož hlavní rysy patří hyperproliferace epidermis, porucha diferenciac keratinocytů, zvýšená angiogeneze a imunopatologický zánět. Je to orgánově specifické, geneticky podmíněné onemocnění zprostředkované T-lymfocyty. Má výrazný vliv na fyzické, psychické i sociální aspekty kvality života jedince. Průběh onemocnění je chronicky stacionární nebo akutně exantematický.

Psoriáza postihuje v průměru 2% evropské populace, což v ČR představuje asi 200 000 lidí. Prevalence psoriázy v posledních desetiletích nestoupá. Ženy a muži jsou postiženi stejně, u mužů bývá průběh onemocnění těžší. Psoriáza může vzniknout v každém věku, nejčastěji ale ve 3. dekádě života.

Stále častěji se v souvislosti s psoriázou hovoří o chorobě systémové či komplexní, a to zejména s ohledem na úzký patogenetický vztah ke skupině imunitně podmíněných chorob a k vysoké frekvenci současně se vyskytujících chorob ze skupiny metabolického syndromu (arteriální hypertenze, obezita, hyperlipidémie, diabetes mellitus 2. typu, ischemická choroba srdeční, dna, hepatopatie (steatóza, fibróza, cirhóza). Asi 25% nemocných s psoriázou trpí psoriatickou artropatií. Toto onemocnění, ale nelze považovat za synoviální formu psoriázy, o čemž svědčí genetické a imunologické rozdíly mezi oběma chorobami.

Patogeneze psoriázy je multifaktoriální. Zahrnuje faktory genetické (polygenní dědičnost) a faktory zevního i vnitřního prostředí, které vedou k manifestaci onemocnění. Těmito provokujícími faktory mohou být noxy zevní (mechanické, chemické aj.), vnitřní (infekce, léky, metabolické vady), alkohol a stres. Předpokládá se významná úloha T-lymfocytů, které po aktivaci zatím blíže nespecifikovaným antigenem produkují řadu prozánětlivých cytokinů a diferencují se v subpopulace Th₁ a Th₁₇. Mezi nejvýznamnějšími cytokiny v patogenezi psoriázy patří TNF-α, interleukin 6, 12, 17, 22 a 23.

Z hlediska klinického obrazu se psoriáza dělí na **nepustulózní a pustulózní formy**. K nepustulózním formám patří psoriáza ložisková, inverzní, gutátní a erythrodermická. Primárním projevem je drobná, plochá papula jasně červené barvy, krytá stříbřitě lesklými šupinami. Splýváním a zvětšováním těchto papul vznikají ložiska nejrůznějších velikostí, tvarů, ohraničení a povrchů. Predilekční lokality jsou lokty, kolena, lumbosakrální krajina, bérce, dále kštice, nehty, dlaně a plosky. U pustulózních forem (psoriasis pustulosa palmoplantaris, psoriasis pustulosa generalisata, acrodermatitis continua) jsou přítomny silně zánětlivé, živě červené projevy se šupinami a výsevy sterilních intraepidermálních pustul. 80% pacientů s psoriázou má ložiskovou formu psoriázy.

Obr. 1: Chronická plaková psoriáza



Stanovení diagnózy psoriázy se především opírá o klinický obraz – ostře ohraničená erythematoskvamosní ložiska v typických lokalizacích. Tento obraz může doplnit nález na nehtových ploténkách a ve kštici. Cenná je také informace o pozitivní rodinné anamnéze. Pokud není diagnóza jasná, bývá přínosem provedení probatorní excize a histologického vyšetření.

Obr. 2: Postižení nehtových plotének psoriázou



Léčba psoriázy patří do rukou dermatologa, zvláště je-li postiženo více jak 5% povrchu těla. Obecně ji dělíme na místní a celkovou. Standardní místní léčba je zastoupena keratolytiky, kortikoidními externy, dehtovými preparáty, cignolínem, analogy D3 vitaminu, retinoidy (deriváty vitaminu A), kalcineurinovými inhibitory a emoliencii. Z těchto preparátů může všeobecný praktický lékař doporučovat a předepisovat emolencia (prostředky na zvláčnění kůže), keratolytika (většinou magistraliter vyráběné prostředky s obsahem urey či kyseliny salicylové v koncentraci 2–10%), dehtové preparáty a kortikoidní externa I. a některé II. třídy účinnosti (např. hydrokortizon acetát, prednizolon, alkolomethason dipropionát, hydrokortizon butyrát, triamcinolon acetonid). Předepisování ostatních výše zmíněných místní léčebných

prostředků má řídit dermatolog či je na dermatology přímo preskripčně omezena. Dále se v léčbě psoriázy využívá fyzikální terapie - fototerapie (UVB 311 nm, širokospektré UVB, PUVA = psoralen + UVA záření, SUP = selektivní ultrafialová fototerapie) a terapie excimerovým laserem. Celková konvenční terapie je zastoupena acitretinem, cyklosporinem A a metotrexatem. O zahájení celkové a fyzikální terapie rozhoduje zkušený dermatolog.

Dosud nebyla zjištěna škodlivost určitých potravin či prospěšnosti speciálních diet v léčbě psoriázy. Obecná doporučení upozorňují na negativní vliv alkoholu, kouření, stresu a infekčních onemocnění. Doporučuje se celkově zdravý životní styl (racionální výživa, dostatek pohybu, spánku, redukce či udržení správné váhy). Pokud pacient chce držet přísnější režim, doporučuje se, vzhledem k častým komorbiditám (hyperurikémie či diabetes mellitus), strava jako při jaterní či žlučnickové dietě, omezení masa, cukrů a případně doplňky stravy obsahující nenasycené mastné kyseliny. Vitamín D se dnes již standardně využívá v místní léčbě psoriázy pro své antiproliferativní a diferenciací účinky na keratinocyty a protizánětlivé a imunosupresivní účinky. Při zjištění jeho nedostatku je určité vhodná substituce, ale jako cílená léčba psoriázy se nepoužívá.

Výběr terapie psoriázy by měl zohlednit následující kritéria: typ psoriázy, závažnost nemoci, předchozí průběh, trvání předchozí léčby a odezvu na ni, komorbidity, kontraindikace, věk a pohlaví pacienta, těhotenství, kojení, compliance a dostupnost léčby.

Selhává-li konvenční léčba, přichází v úvahu **zahájení biologické léčby**. Pacient by se však měl k této léčbě postupně „propracovat“. Kandidátem biologické léčby je pacient, který splňuje následující kritéria:

1. trpí středně těžkou až těžkou chronickou stacionární plakovou psoriázou, která je definována PASI ≥ 10 , BSA $\geq 10\%$ a případně DLQI > 10 . Posouzení stupně tíže psoriázy vychází z lokalizace lézí a jejich závažnosti (psoriasis area and severity index, PASI, stupnice 0–72), procentuálního postižení plochy těla (body surface area, BSA, stupnice 0–100%) a dopadu na kvalitu života (dermatology life quality index, DLQI, stupnice 0–30). Asi 25% pacientů, což je asi 50 000 lidí s psoriázou v ČR, trpí středně těžkou až těžkou psoriázou.

Obr. 3a: Kandidát biologické léčby, chronická plaková psoriáza, PASI 21,8, BSA cca 40 %



Obr. 3b: Kandidát biologické léčby, chronická plaková psoriáza, PASI 21,8, BSA cca 40 %



Obr. 3c: Kandidát biologické léčby, chronická plaková psoriáza, PASI 21,8, BSA cca 40 %



Obr. 3d: Kandidát biologické léčby, chronická plaková psoriáza, PASI 21,8, BSA cca 40 %



2. má refrakterní psoriázu, tzn. dostatečně nereaguje na místní léčbu a fototerapii (pacient nebyl v posledních 3 letech zhojen) anebo je psoriáza nestabilní, tj. kde je remise onemocnění po léčbě kratší než 1 měsíc anebo je velmi snížena kvalita života pacienta.
3. nelze pro nedostatečný efekt, kontraindikaci, intoleranci či nežádoucí účinky použít minimálně dva uvedené celkové léčebné postupy: fototerapie (UVB 311 nm, PUVA), acitretin, metotrexat, cyklosporin A.

Před zahájením biologické terapie je u pacienta nutné provést celkové vyšetření, které zahrnuje odběr krve na krevní obraz, diferenciální rozpočet leukocytů, jaterní a ledvinové parametry, C-reaktivní protein, panel hepatitid, dále provádíme rentgen srdce a plic, vyšetření močového sedimentu a moče chemicky a vyšetření na latentní tuberkulózu – Quantiferon TB Gold test.

Biologická terapie jsou biotechnologicky vyráběné léky určené pro systémovou aplikaci, modifikující biologickou odpověď na molekulární úrovni a cíleně zasahující do patogenetických pochodů vzniku psoriázy. Jsou to proteiny odvozené od živých organismů cestou rekombinantních technologií, které napodobují nebo blokují funkce přírodních proteinů. Obecně to jsou imunomodulátory, které působí stimulaci či supresi imunitního systému. Jsou určeny ke kontinuálnímu podávání, umožňují krátkodobou a snad i dlouhodobou remisi psoriázy spojenou s bezpečností, tolerancí a zlepšením kvality života pacienta. Biologika můžeme na základě současných patogenetických poznatků dělit do dvou skupin podle místa působení a to na modulátory T-buněk a inhibitory cytokinů. Podle struktury mohou být biologika klasifikována do tří skupin a to na fúzní proteiny, monoklonální protilátky a rekombinantní cytokiny. Tato strukturální klasifikace se odráží i v názvosloví biologik. Chimerické monoklonální protilátky mají koncovku –ximab, humanizované –zumab, humánní –umab a fúzní proteiny končí na –cept.

U psoriázy jsou využívány inhibitor interleukinu IL-12 a IL-23 ustekinumab a antagonisté tumor-nekrotizujícího faktoru TNF α , mezi něž patří solubilní receptor TNF etanercept a monoklonální protilátky infliximab a adalimumab. V České republice je tato léčba schválena od roku 2005.

Etanercept (registrovaný jako preparát Enbrel) je solubilní dimerický fúzovaný protein. Doporučená dávka je 25 mg přípravku Enbrel podaná 2x týdně nebo 50 mg podaná jednou týdně. U pacientů, kteří nevykazují odpověď po 12 týdnech, má být léčení ukončeno. Etanercept je jediné biologikum registrované v ČR také k léčbě plakové psoriázy u dětí starších šesti let.

Infliximab (registrovaný jako preparát Remicade) je chimérická, monoklonální protilátka. Dávkování je 5 mg/kg podaných ve formě intravenózní infuze a následně další infuze 5 mg/kg ve 2. a 6. týdně po první infuzi, a pak každý 8. týden. Jestliže pacient nereaguje na léčbu do 14 týdnů (tj. po 4 dávkách), neměla by se další léčba infliximabem podávat.

Adalimumab (registrovaný jako preparát Humira) je rekombinantní, plně humánní monoklonální protilátka. Doporučená úvodní dávka přípravku Humira je 80 mg podaných subkutánně, po týdnu se pokračuje dávkou 40 mg subkutánně a dále dávkou 40 mg subkutánně každý druhý týden. U pacientů, u kterých nedošlo během 16 týdnů k odpovědi na léčbu, je nutno pečlivě zvážit její pokračování.

Ustekinumab je zcela lidská monoklonální protilátka. Doporučené dávkování přípravku Stelara je 45 mg aplikovaných subkutánně jako počáteční dávka, následovaných dávkou 45 mg za 4 týdny a dále pak každých 12 týdnů. U pacientů vážících více jak 100 kilogramů je počáteční dávka 90 mg subkutánně, pokračuje se dávkou 90 mg o 4 týdny později a dále každých 12 týdnů. U pacientů, u kterých se neobjeví odpověď na léčbu do 28. týdne, je nutno zvážit ukončení léčby.

Kontraindikace biologické léčby nejsou tak rozsáhlé jako u konvenční celkové terapie. Obecně se biologická terapie nezahazuje u pacientů s dekompenzovaným diabetes mellitus, těžkým astma bronchiale, těžkou renální insuficiencí, těžkou hepatopatií, aktivní hepatitidou B a C a pozitivitou HIV. Společné kontraindikace k podávání všech biologik jsou: věk pod 18 let (kromě Enbrelu), alergie na lék, aktivní infekce (septické), dále chronické plicní infekce, permanentní močový katetr, latentní tuberkulóza, bércové vředy, těžký imunodeficit, očkování živými vakcínami, maligní tumory a prekancerózy kromě řádně léčených nemelanomových nádorů kůže a kromě malignit, kde od diagnózy a léčby uplynulo více jak 10 let. Mezi kontraindikace patří vzhledem k nedostatku údajů také těhotenství. U anti-TNF preparátů jsou kontraindikacemi demyelinizační onemocnění, systémový lupus erythematosus a městnavá srdeční nedostatečnost III.-IV. stupně dle NYHA.

Pokud pacient biologickou léčbu snáší a dostatečně na ni reaguje, měla by být dlouhodobá, ne-li celoživotní. Biologika je nutné na přechodnou dobu vysadit, plánuje-li se u pacienta očkování živými vakcínami či chirurgický zákrok, při infekci a v těhotenství. K ukončení biologické léčby přistupujeme tehdy, dojde-li ke vzniku závažných nežádoucích účinků, k intoleranci, kontraindikaci či vzniku maligního nádoru nebo při neúčinnosti léčby. Ta se posuzuje jako menší než 50 % zlepšení PASI nebo BSA oproti výchozímu stavu po 3 měsících od zahájení terapie.

Biologika lze nejen střídat, ale též kombinovat s klasickými léky i fototerapií. Léčebné postupy však jsou ve stadiu ověřování klinických zkušeností.

Preskripce biologické léčby je v ČR soustředěna do jedné nácti „**Center pro biologickou léčbu psoriázy**“, která jsou součástí kožních oddělení všech fakultních a krajských nemocnic (Dermatovenerologická klinika 1. LF UK a VFN Praha, 2. LF UK a FN Na Bulovce Praha, 3. LF UK a FN Královské Vinohrady, LF UK a FN Hradec Králové, LF UK a FN Plzeň, MU a FN Brno Bohunice, MU a FN U svaté Anny v Brně a LF PU a FN Olomouc; krajské nemocnice Ústí n/Labem, České Budějovice, Ostrava). Další tři pracoviště mají smlouvy jen s některými pojišťovnami. Všechna

pracoviště musí splňovat odborné předpoklady a musí mít speciální smlouvu se zdravotními pojišťovnami. Centra fungují jako konziliární pracoviště a zároveň vedou registr pacientů léčených biologiky.

Závěrem lze říci, že biologická léčba představuje výrazné rozšíření možností dlouhodobé celkové léčby psoriázy u nejtěžších pacientů, kteří nemohou být léčeni stávajícími léky. Zlepšení kožního nálezu až o 75 % dosahuje po léčbě biologickými preparáty až 80 % léčených pacientů. V současné době jsou v ČR k dispozici 4 preparáty (**Stelara**, **Enbrel**, **Remicade** a **Humira**). Ve srovnání s jinými indikacemi biologické léčby je preskripce u psoriázy velmi nízká a zaostává tak v porovnání s vyspělou Evropou i světem. Další výzkum a vývoj se v současné době soustřeďuje na potvrzení dlouhodobé účinnosti a bezpečnosti preparátů, které jsou již na trhu a na vývoji nových preparátů (protilátka anti IL-17 A Secukinumab, protilátka proti receptoru pro IL-17 Brodalumab, Tofacitinib). Vývoj nových biologik je příslibem pro moderní individualizovanou léčbu nejen lupénky, ale i jiných kožních chorob.

nosti a bezpečnosti preparátů, které jsou již na trhu a na vývoji nových preparátů (protilátka anti IL-17 A Secukinumab, protilátka proti receptoru pro IL-17 Brodalumab, Tofacitinib). Vývoj nových biologik je příslibem pro moderní individualizovanou léčbu nejen lupénky, ale i jiných kožních chorob.

Literatura:

Benáková N., Ettler K., Štork J., Vašků V. Psoriáza nejen pro praxi. Praha: Nakladatelství Triton, 2007.

Fusek M., Vítek L., Blahoš J jr., Hajdúch M., Ruml T. a kolektiv. Biologická léčiva. Teoretické základy a klinická praxe. Praha: Těšínská tiskárna, a. s., 2012.

<http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/biologicka-lecbapsoriazy-449533>. Prof. MUDr. Jana Hercogová, CSc. Biologická léčba psoriázy.

<http://www.sukl.cz>. SPC jednotlivých biologických preparátů.

PŘÍKLADY PACIENTEK LÉČENÝCH BIOLOGICKOU LÉČBOU NA NAŠEM PRACOVIŠTI:

Pacientka 1 – iniciály E.S.:

Obr. 4a: před zahájením léčby preparátem Remicade v září 2007



Obr. 4b: po 3 měsících léčby v prosinci 2007



Pacientka 2 – iniciály L.P.

Obr. 5a: před zahájením léčby preparátem Humira v květnu 2010



Obr. 5b: po 6 měsících léčby v listopadu 2010





Epigenetika mění paradigma současné medicíny i její budoucnost

MUDr. Jozef Čupka, praktický lékař, Praha 6

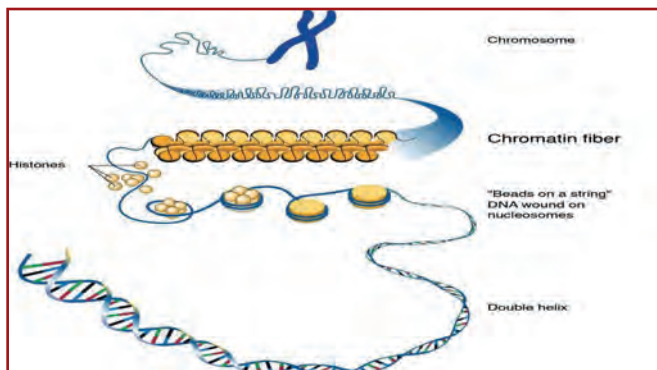
Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, Sekce preventivní onkologie ČOS ČLS JEP

Epigenetika studuje vratné změny funkce genů, aniž by došlo ke změnám v sekvenci jaderné DNA – zabývá se tedy změnou chování našich genů ve vztahu k našemu životnímu stylu, venkovnímu životnímu prostředí i psychosociální integraci jedince. Epigenetika je v moderním slova smyslu vědní podobor genetiky, který studuje změny v genové expresi, které nejsou způsobeny změnou nukleotidové sekvence DNA. Jde o výjimku z obecného pravidla, že dědičné fenotypické změny jsou způsobeny změnami v genech. Také epigenetické jevy mohou být děděny z buňky na buňku a z generace na generaci, tedy jak při mitóze, tak při meióze. Genom včetně epigenetických změn se označuje jako epigenom.

Termín **epigenetická regulace** lze tedy použít v souvislosti se změnami v genové expresi, které jsou dědičné, avšak nedědí se následkem změny sekvence bazí. Tyto změny jsou esenciální během diferenciaci a vývoje, v dospělosti ke změnám exprese genů dochází vlivem prostředí nebo náhodně, což může mít často za následek například vznik nádorového onemocnění. Během diferenciaci v době vývoje embrya se z pluripotentních (tj. nespecializovaných) buněk vyvíjí mnoho specializovaných buněčných typů, potřebných k tvorbě tkání a struktur budoucího organismu. Diferenciaci buněk je doprovázena rozsáhlými změnami v jejich morfologii i metabolismu, avšak genetická výbava zůstává ve většině případů zachována. Diferenciační proces spočívá ve změně exprese genů – aktivní mohou být vypínány a inaktivní naopak zapínány, přičemž výsledkem je diferenciovaná buňka, nesoucí „vzor“ genové exprese, který je dědičný a specifický pro daný buněčný typ.

Na úvod si připomeneme strukturu DNA v jádře eukaryotického organismu, kde je sbalena do podoby nukleoproteinového komplexu – **chromatinu**. Ten kromě DNA obsahuje i malé základní proteiny histony a proteiny nehistonové povahy (viz obr. 1).

Obr. 1: Struktura a organizace DNA dle Darryl Leja, NHGRI



Struktura a míra kondenzace chromatinu hraje při regulaci genové exprese zásadní roli. Obecně se **regulační mechanismy genové exprese** řadí do 3 úrovní.

První zahrnuje lineární organizaci transkripčních jednotek a regulačních sekvencí. Tato úroveň je nejlépe studována a vztahuje se k regulaci individuálních genů. Účastní se jí regulační sekvence – promotory, enhancery a silencers, a na tyto sekvence se vázají regulační proteiny, tj. transkripční faktory či RNA polymerasy. Předpokládá se, že geny s podobnými vlastnostmi transkripce se mohou v jádře shlukovat do klastrů a jejich regulace pak probíhá na úrovni klastrů nebo samostatných genů.

Do druhé skupiny se řadí regulace na úrovni chromatinu. Pozorování ukázala, že v různých místech interfázního jádra se chromatin nachází v mnoha odlišných konformačních stavech, odrážejících aktivitu obsažených genů. Přechody mezi jednotlivými konformacemi chromatinu vedou ke změnám v genové expresi.

Konformaci chromatinu ovlivňuje řada faktorů, z nichž k nejvýznamnějším patří methylace DNA, kovalentní modifikace histonů a činnost ATP-dependentních chromatin-remodelujících enzymů. Histonové modifikace (např. acetylace, metylace, fosforylace) a metylace CpG ostrůvků jsou dominantní částí mechanismů genové regulace. Těmito epigenetickými mechanismy jsou regulovány různé procesy zahrnuté v regulaci buněčného dělení, odpovědi na stres, diferenciaci, zánětlivou odpověď, apoptózu. A protože tyto mechanismy hrají důležitou úlohu ve vývojových procesech, tak jsou asociovány i se vznikem a vývojem nádorových onemocnění.

Třetí typ regulace působí na úrovni buněčného jádra, kde architektura jádra silně koreluje s funkcí genomu. Každý interfázní chromozóm v jádře zaujímá pouze omezený prostor, tzv. chromozómalní teritorium. Z tohoto pohledu pak lze kromě lokální struktury nukleohistonového vlákna zkoumat organizaci chromatinu v rámci chromozómalního teritoria a topologii chromozómalních teritorií uvnitř buněčného jádra. Bylo identifikováno mnoho jaderných domén s odlišnými funkcemi a makromolekulárním složením a předpokládá se, že lokalizace genů v rámci těchto domén ovlivňuje jejich aktivitu.

Funkčnost genů lze tedy ovlivnit k lepšímu, i k horšímu. Epigenetickými vlivy se účinek genu dá posouvat od jedné mezní polohy ke druhé. Vlastnost, kterou gen řídí se tak může měnit, tzv. alteruje. Statisticky byl např. prokázán vliv nedostatečné výživy žen v těhotenství na zvýšený výskyt civilizačních nemocí u jejich dětí. Epigenetické změny DNA a z nich vyplývající odlišnosti v aktivitě genů stojí v pozadí mnoha vlastností včetně náchylnosti k někte-

rým onemocněním, např. nádorům, kardiovaskulárním chorobám nebo duševním poruchám. Jsou známy případy, kdy jedno z jednovaječných dvojčat onemocnělo schizofrenií, zatímco druhé zůstává zdravé. Na vině může být rozdíl v epigenetických změnách DNA a v aktivitě příslušných genů. Monozygotní (jednovaječná) dvojčata jsou vynikajícím příkladem ke sledování a výzkumu epigenetických změn způsobených životním stylem a vnějšími okolnostmi, neboť zkoumají geneticky na počátku identické jedince a změny jejich genů v čase (viz obr. 2).

Jiným příkladem úplné odlišnosti jedinců se stejným jaderným genomem může sloužit včelí matka a dělnice, obě s plně identickou genovou sekvencí, ale se vzájemnými rozdíly v methyloci až 550 genů.

Zkoumání epigenetických změn je podstatně komplikovanější než čtení genomu. Pořadí písmen genetického kódu v dvojité šroubovici DNA dnes provádějí výkonné automatické přístroje. Ty nejlepší „schroustají“ kompletní lidský genom o třech miliardách písmen genetického kódu za jediný den. Existují však již přístroje, kde se čte DNA a zároveň

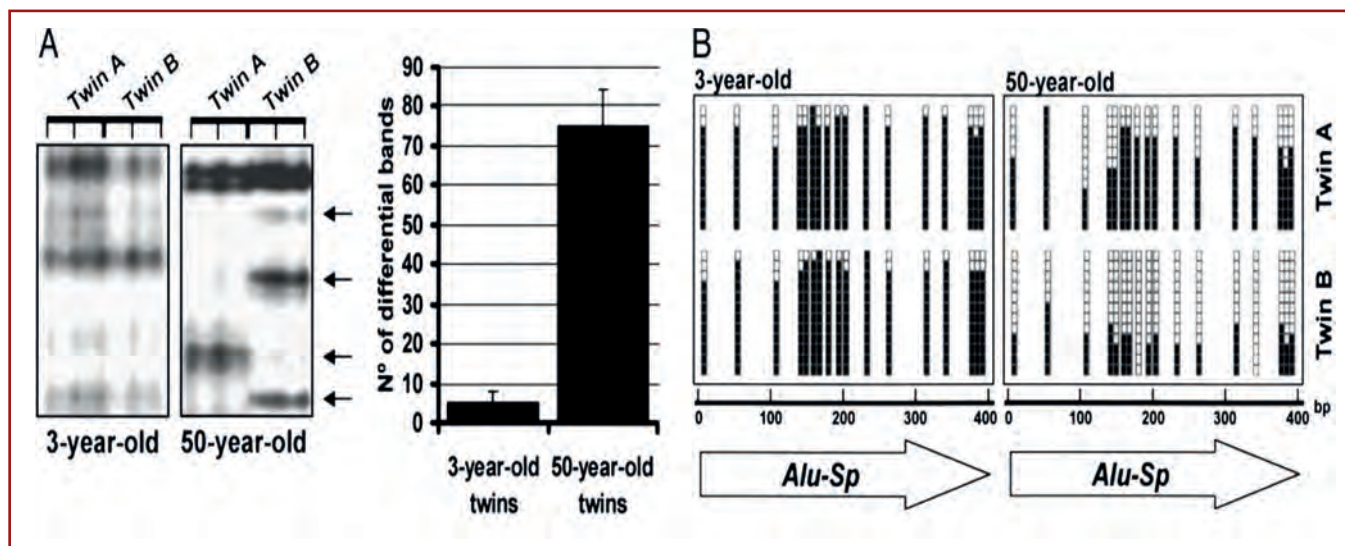
se zaznamenává, zda je na přečteném písmeni genetického kódu navěšena methylová skupina. Výsledkem takového čtení DNA je informace o genetických vlastnostech organismu i o epigenetických změnách, které jeho DNA prodělala. To přináší netušený náhled do tajů naší dědičné informace a do procesů, které mění aktivitu genů. Budeme se moci podívat, co s našimi geny dělají například toxické látky z vykouřených cigaret, jak reagují lidské geny na pravidelné sportování nebo zda testovaný lék koriguje nežádoucí epigenetické změny a přispívá k léčbě onemocnění.

Zatímco děje genetické (poškození genu) jsou většinou děje nevratné, epigenetické děje (např. zmíněná metylace genů) je dějem reverzibilním. Geny však lze i demethylovat. Sundání methylových skupin lze urychlit, a to stejným způsobem jakým došlo k jejich nalepení - změnou výživy, prožitím jiných zkušeností (místo stresu klídek), a nebo podáním syntetických účinných látek.

Pokračování o současném využití epigenetických procesů v dalším čísle

Obr. 2:

Epigenetické rozdíly vzniklé v průběhu života monozygotických dvojčat
Fraga, et al. PNAS 2005; 102:10604-10609



Literatura:

Fraga, et al. Epigenetic differences arise during the lifetime of monozygotic twins, PNAS 2005; 102:10604-10609
Podolak E., Genome sequencing at Johns Hopkins marks a first for patient specific cancer care. BioTechniques 03/03 2010

Brdička R., Genetické databáze a DNA banky, Časopis Lékařů Českých 2010; 149 (10)
Masopust J., Epigenetické alterace a jejich klinický význam, Labor Aktuell 02-03/2010

Roztroušená skleróza

MUDr. Jana Veselková, Neurologické oddělení Krajské, nemocnice T. Bati, a. s., Zlín

Která věková skupina pacientů bývá nejčastěji postižena RS? Jsou rozdíly ve výskytu onemocnění u mužů a žen?

Roztroušená skleróza je autoimunitní zánětlivé postižení centrálního nervového systému, v České republice je tato choroba považována za nejčastější příčinu invalidity mladých pacientů. 2× častěji jsou postiženy ženy.

Co může praktického lékaře v prvním kontaktu s pacientem upozorňovat na možnost roztroušené sklerózy?

Včasný záchyt onemocnění, přesněji, již podezření na chorobu v ordinaci praktického lékaře, je velmi důležité. Na ataku RS pomýšlíme tehdy, pokud příznak trvá minimálně 24 hod. a déle. Mezi nejčastější symptomy RS patří: zánět zrakového nervu, porucha citlivosti (tj. brnění, pálení), porucha hybnosti, porucha rovnováhy, neuralgie trojklanného nervu, okohybná porucha, obrna lícního nervu.

Kam má praktický lékař pacienta s podezřením na roztroušenou sklerózu doporučit k dovyšetření?

Pro stanovení diagnózy RS je nutné především vyšetření ve spádové neurologické ambulanci včetně pečlivého odběru anamnézy. Pokud je podezření na RS, pak je nutno doplnit magnetickou rezonancí mozku a krční míchy/event. i hrudní míchy/, dále pak obvykle za hospitalizace na neurologickém oddělení odběr mozkomíšního moku lumbální punkcí na stanovení tzv. oligoklonálních protilátek. Kromě toho jsou ambulantně vyšetřeny i evokované potenciály /VEP, BAEP, SSEP/.

Je pro nemocné s RS vhodná fyzická aktivita, nebo by se měli spíše šetřit? A je prospěšná lázeňská léčba?

Je nutné, aby pacient pracoval na udržení své fyzické a tím i psychické kondice v co nejlepším stavu. To může nemocný zajistit rozumnou a především pravidelnou fyzickou aktivitou. V minulosti často uváděný názor, že pacient s RS by se měl neustále šetřit, je dnes již překonán. Trvalým šetřícím režimem se naopak může pacient dostat do značné dekonice a může dojít ke zhoršování jak tělesného tak i psychického stavu. Vynikající je každodenní ranní rozcvička. Ideální je, pokud se pacient cviky naučí pod vedením fyzioterapeuta v rámci léčebného tělocviku buď ambulantně, nebo- v případě zájmu pacienta- během lázeňské léčby. Obecně, do každého běžného dne by měl nemocný s RS zařadit aerobní trénink, tj. chůze (např. do zaměstnání a zpět) nejlépe s tzv. nordickými holemi, běh, horská cyklistika, jízda na kolečkových bruslích, jóga, plavání (zde však pozor na prochlazení). Ideální jsou právě ty sporty, u nichž je zátěž symetricky rozmístěna na celé tělo, na všechny čtyři končetiny. Pacientům, kteří jsou v důsledku RS již obtížně pohybliví, bych doporučila krátké ale pravidelné vycházky do přírody v doprovodu blízkých. Neuzavírat se doma s neopodstatněnou obavou: co mému postižení řekne okolí. Pravidelná ranní cvičení jsou jistě pro tyto nemocné samozřejmostí, včetně cviků na posílení svalového dna pánevního k oddálení případných problémů s močením. Je však třeba zmínit situace, ve kterých je šetřící režim nutný. Má-li pacient třeba i banální virózu, neboť každý infekční přínášá riziko rozvoje ataky RS a ta může znamenat

i trvalé zhoršení dosavadního stavu. Šetřící režim je, pochopitelně, nezbytný v případě probíhající a léčené ataky.

Nyní máme sezónu očkování proti chřipce. Můžeme nemocné s roztroušenou sklerózou očkovat?

Je třeba připomenout, že i banální respirační viróza může vyprovokovat závažnou ataku RS. To je důvod, proč se pacienti chrání před infekcemi. V období rizikovém pro vznik nejrůznějších infekcí dýchacích cest je nutno, aby se pacient s RS pokud možno vyvaroval kontaktu s nemocným. Samozřejmostí je zvýšený přísun vitamínů ve stravě a užívání kvalitního multivitaminového preparátu. K očkování proti chřipce by se měl vyjádřit ošetřující neurolog. Je vhodné u těch nemocných, jejichž neurologický nálezný je dlouhodobě stabilizovaný.

Co má poradit praktický lékař pacientce, která si přeje otěhotnět?

V této situaci je předem nutná konzultace ošetřujícího neurologa. Pokud neurolog shledá aktuální stav pacientky s RS stabilizovaným /tj. neměla během posledního roku ataku a je příznivý klinický nálezný/, může tato žena PLÁNOVAT graviditu a samozřejmě, mít zdravé dítě. Pokud je tato žena léčena některým z preparátů typu DMD/disease modifying drugs/, tak se tento po zjištění gravidity na celou dobu těhotenství vysazuje. Velmi rizikové pro ženu s RS je poporodní období. Je třeba, aby přesně dodržela pokyny neurologa stran léčby RS po porodu: pacientka obvykle kojí během šestinedělí, po něm se DMD léčba opět vrací. Některá neurologická pracoviště zajišťují pacientkám s RS v tomto rizikovém období šestinedělí aplikaci i.v. imunoglobulinů.

Jedním z faktorů, které ovlivňují kvalitu života nemocných s roztroušenou sklerózou, je inkontinence. Jak můžeme pomoci nemocnému s inkontinencí?

Má-li pacient jakékoliv mikční potíže, je nutné urodynamické vyšetření a pravidelné urologické kontroly a léčba. Urolog či fyzioterapeut pacientovi také mj. vysvětlí, jak provádět cviky k posílení svalového dna pánevního. Močová infekce totiž rovněž představuje možné riziko rozvoje ataky RS.

Na co by se měl zaměřit praktický lékař u pacienta před plánovaným chirurgickým výkonem? Je součástí předoperační přípravy neurologické vyšetření?

Pokud se jedná o akutní chirurgický výkon, jehož odložení by znamenalo ohrožení pacienta na životě, pak je pochopitelné, že se neurologické vyšetření před operací pravděpodobně nestihne. Jedná-li se o výkon plánovaný, je nutno především zvážit přínos a riziko. Nutno pomýšlet především na možnost obtížného hojení rány u nemocného s RS, který užívá jakoukoliv imunosupresivní léčbu. Každý pacient s RS, který se chystá podstoupit plánovanou operaci by měl být objednan ke svému neurologovi a vše s ním zkonzultovat.

Převzato z Konferenčních novin XXXII. výroční konference SVL ČLS JEP, 6.–9. 11. 2013, Zlín

Kdy a jak diagnostikovat plicní hypertenzi v ambulanci praktického lékaře

MUDr. Pavel Jansa, II. interní klinika kardiologie a angiologie, Centrum pro plicní hypertenzi, Všeobecná fakultní nemocnice a 1. lékařská fakulta UK, Praha

MUDr. David Ambrož, II. interní klinika kardiologie a angiologie, Centrum pro plicní hypertenzi, Všeobecná fakultní nemocnice a 1. lékařská fakulta UK, Praha

MUDr. Regina Votavová, II. interní klinika kardiologie a angiologie, Centrum pro plicní hypertenzi, Všeobecná fakultní nemocnice a 1. lékařská fakulta UK, Praha

Plicní hypertenze je syndrom, který zahrnuje stavy charakterizované zvýšením středního tlaku v plicnici nad 25 mmHg. Nejčastěji se vyskytuje u onemocnění srdce nebo plic. Vzácněji je plicní hypertenze důsledkem primárního poškození plicních cév (zejména plicní arteriální hypertenze při poškození plicních arteriol a chronická tromboembolická plicní hypertenze související s nedostatečnou perfúzí po akutní plicní embolii).

Současná klinická klasifikace rozeznává **šest kategorií plicní hypertenze**: plicní arteriální hypertenzi (PAH), plicní hypertenzi při poškození venul a/nebo plicních kapilár, plicní hypertenzi při onemocnění levého srdce, plicní hypertenzi při respiračních onemocněních, chronickou tromboembolickou plicní hypertenzi (CTEPH) a plicní hypertenzi z neznámých příčin nebo multifaktoriálního původu. Klinické jednotky v každé kategorii mají do jisté míry podobnou patogenezi, histologický obraz, kliniku a léčbu. Právě odlišný způsob léčby jednotlivých typů plicní hypertenze vysvětluje mimořádnou důležitost dobré diferenciální diagnostiky.

Cílem diagnostiky plicní hypertenze je její průkaz nebo vyloučení, určení její etiologie a závažnosti. Pozdní diagnóza plicní hypertenze, zejména PAH a CTEPH, je i v zemích s bohatou tradicí péče o tyto nemocné stále smutnou realitou.

Syndrom plicní hypertenze se klinicky manifestuje nespecificky (především dušností a únavností). K dalším sympto-

mům patří anginózní bolesti na hrudi, synkopy a presynkopy, chrapot, kašel a hemoptýza.

Při podezření na plicní hypertenzi jako na možnou příčinu obtíží nemocného je nutno nejdříve plicní hypertenzi prokázat nebo vyloučit (echokardiograficky). V případě průkazu plicní hypertenze na echokardiografii je nutno vyloučit její nejčastější příčiny: srdeční onemocnění při echokardiografii, plicní onemocnění spirometricky, lépe při celotělové pletysmografii. Pokud není plicní hypertenze vysvětlitelná srdečním nebo plicním onemocněním, měli by být nemocní směřováni do specializovaných center. Před odesláním nemocného je vhodné doplnit ventilačně-perfúzní scintigrafii plic k vyloučení nebo průkazu stavu po plicní embolii (*tabulka 1*).

Echokardiografický skríníng PAH (aktivní vyhledávání oligosymptomatických nemocných v rizikových skupinách) je indikován u nemocných se systémovou sklerodermií každý rok, u ostatních systémových onemocnění pojiva a HIV infekce v případě manifestace symptomů podezřelých z plicní hypertenze. U prvostupňových příbuzných nemocných s PAH má být ECHO vyšetření prováděno v intervalu 3–5 let, u nemocných s jatrním onemocněním vždy před plánovanou transplantací jater. Nemocní po plicní embolii mají být vyšetřeni echokardiograficky s cílem vyloučit CTEPH před propuštěním z nemocnice po epizodě akutní plicní embolie, dále při přetrvávající nebo se nově objevivší dušnosti (*tabulka 2*).

Tabulka 1:

Základní diagnostické kroky při podezření na plicní hypertenzi	
1. ECHO	Potvrdí/vyloučí plicní hypertenzi a může odhalit její nejčastější původ v onemocnění levého srdce
2. Vyšetření plicních funkcí, RTG hrudníku	Při přítomnosti ECHO známek plicní hypertenze, která není vysvětlitelná onemocněním levého srdce, mohou tato vyšetření odhalit původ plicní hypertenze v onemocnění plic
3. Ventilačně perfúzní scintigrafie plic	Při přítomnosti ECHO známek plicní hypertenze, která není vysvětlitelná onemocněním levého srdce nebo plic, negativní scintigrafie vyloučí CTEPH.
4. Vyšetření ve specializovaném centru	Indikována při přítomnosti ECHO známek významnější plicní hypertenze, která není vysvětlitelná onemocněním levého srdce nebo plic a může představovat PAH nebo CTEPH

Tabulka 2:

Indikace echokardiografického skríníngu plicní hypertenze	
Indikace	Frekvence ECHO vyšetření
Systémová sklerodermie	každý rok
Ostatní systémová onemocnění	při manifestaci symptomů
HIV infekce	při manifestaci symptomů
Rodinná anamnéza PAH	každých 3–5 let
Jatrní onemocnění	před transplantací jater
Plicní embolie	při dimisi nebo při přetrvávající nebo se nově objevivší dušnosti

Praktické přístupy k diagnostice a léčbě kašle

prof. MUDr. Vladimír Vondra, DrSc., Plicní a alergologické oddělení, Praha 5 – Smíchov

doc. MUDr. Petr Čáp, Ph.D., Alergologická ambulance, Praha 4

PharmDr. Jan Juřica, Ph.D., Farmakologický ústav LF MU a CEITEC, Brno

Kašel z pohledu pneumologa (V. Vondra)

Kašel je především obranný reflex bránící vdechnutí cizího materiálu a eliminující sekret z dýchacích cest. Je jedním z nejčastějších příznaků onemocnění dýchacích cest. U dorostu a dospělých jej podle délky dělíme na akutní (do 3 týdnů), subakutní (3–8 týdnů), nad 8 týdnů je kašel chronický. Další dělení kašle je dle charakteru (suchý, vlhký), podle intenzity, denní doby, vztahu k rizikovým faktorům. Zásadní význam má zjištění příčiny kašle (stanovení etiologické diagnózy a adekvátní léčby). Zjištění příčiny kašle a určení druhu vyšetření často umožní až koordinace odborností, hlavně: všeobecný praktický lékař, pneumolog, alergolog, otorinolaryngolog. Akutní kašel většinou nevyžaduje hospitalizaci. Vyžaduje však skiagram hrudníku v případech: hemoptýza, těžká dušnost, horečka, bolest na hrudníku nebo jejich kombinace. Chronický kašel (neproduktivní i produktivní) může být způsoben několika příčinami (nemocemi) najednou. Kašel bez prokázané příčiny léčíme krátkodobě, sledujeme jeho vývoj a stále pátráme po příčině. Moderní reálná péče o nemocné kašlem spočívá v kombinaci opatření: omezení příčin(y) prevencí, protipříčinná farmakoterapie, pravidelná fyzioterapie a léčba komorbidit.

Kašel z pohledu alergologa (P. Čáp)

Podobně role alergologa spočívá v diagnostice a léčbě, v detailní cílené anamnéze (odhalí až 80 % diagnózy), v užití řady imunologických metod, spirometrii a bronchomotorických testech, zátěžových testech, FeNO (oxid dusíku ve vydechaném vzduchu). FeNO umožňuje určit eozinofilní původ zánětu (u bronchiálního astmatu). Akutní i chronický kašel provází záněty (alergické i nealergické) horních cest dýchacích (rhinosinusitidu, sy zadní rýmy), dysfunkci hlasivek, gastroezofageální refluxní nemoc. Úzká spolupráce alergologa s otorinolaryngology při odhalování a léčbě kašle je častá a nezbytná. U chronického kašle, který je imunologicky podmíněný, jsou častými léčebnými kombinacemi nasální kortikosteroidy, inhalační kortikosteroidy a antihistaminika. Část nemocných s „kašlovou“ variantou astmatu příznivě reaguje na inhalační nedocromil sodný. Při rozboru příčin kašle platí pro všechny odbornosti: ihned na počátku vyšetřování pátrat po možných lékových příčinách kašle, neboť např. ACE inhibitory často používané v léčbě hypertenze mohou způsobit perzistující kašel až ve 35 %.

Nové přístupy k farmakoterapii kašle (J. Juřica)

K léčbě suchého kašle existuje zhruba 35 účinných látek, z toho v ČR je registrováno pět:

- I. codein (Kodein, Pleumolysin)
- II. dextrometorphan (Robitussin, Stopex, Humex, Medex, Tussidril)
- III. butamirát (Stoptussin, Tussin, Sinecod)
- IV. dropropizin (Ditustat)
- V. levodropropizin (Levopront)

Antitusika dělíme na centrální (působí na centrum pro kašel v medula oblongata), periferní (blokuji hlavně iritaci sliznice bronchů), centrální + periferní.

V poslední době je zjišťována malá účinnost kodeinu a pro nežádoucí účinky jej Britové nedoporučují ve věku pod 18 let. Levodropropizin (Levopront) má nejlépe doložené mechanismy účinku a málo sedativního působení. Ve výzkumu je řada látek s cílem optimálního vztahu profit/ nežádoucí účinek.

Mukoaktivní léky rozdělujeme podle mechanismu účinku do 4 skupin:

- I. mukoregulancia – upravují složení a objem hlenu (karbocystein, erdostein)
- II. mukolytika – snižují viskozitu, zvyšují mukociliární čištění (ambroxol, bromhexin, Nacetylcystein, erdostein)
- III. mukokinetika – zvyšují posun a odkšlívání hlenu (ambroxol, surfaktant)
- IV. expektorancia – zvyšují tvorbu řídkého hlenu (guaifenezin, emetin, salinické látky).

Erdostein (Erdomed) uvedený do praxe v roce 1994 má řadu průkazných kladných účinků: mukoregulačních, inhibuje adhezi bakterií ke sliznici dýchacích cest (zlatého stafylokoky), čímž zmírňuje kolonizaci bakterií, zvyšuje koncentraci antibiotik ve sputu (amoxycilinu, klaritromycinu, ciprofloxacinu), má účinek protizánětlivý a tím obnovuje citlivost β_2 adrenoreceptorů, např. salbutamolu a působí antioxidačně (snižuje kyslíkové a dusíkové radikály). Dalším významným mukoaktivním účinkem se vyznačuje desoxyribonukleáza (Pulmozyme), která v inhalační formě štěpí DNA a doporučuje se u cystické fibrózy. Fytofarmaka a solná expektorancia mají nedostatečně doložený účinek. Není správné kombinovat antitusika s muko-regulačními léky, protože jejich mechanismy účinku jsou antagonistické a tato léčba je neracionální.



Kazuistika ze soudně znalecké praxe

MUDr. Pavel Brejník

Praktický lékař pro dospělé, Kladno

Lékařská zpráva pro policii je nedílnou a obvyklou součástí administrativní a posudkové činnosti všeobecného praktického lékaře (dále VPL). Ale i při této činnosti se může VPL dostat do problémů, pokud narazí na horlivého a VPL nepříliš nakloněného vyšetřovatele.

Policie podle § 160 odstavec 1 trestního řádu zahájila trestní stíhání osoby VPL obviněného ze spáchání trestného činu padělání a vystavování nepravdivých lékařských zpráv, posudků a nálezů podle § 175 b odst. 2 tr. zákona č. 140/1961 Sb., kterého se měl dopustit tím, že dne 30. 6. XX v blíže nezjištěné době vyhotovil jako obvodní lékař pacienta hrubě zkreslenou odbornou lékařskou zprávu a posudek o bolestném týkající se zranění pacienta, ke kterému došlo dne 2. 5. XX, kdy do předmětné odborné

lékařské zprávy uvedl údaje, které neodpovídaly skutečnosti, když uvedl, že pacient při zranění dne 2. 5. XX utrpěl mnohočetné hematomy očních víček horních i dolních oboustranně, tváří, hlavy, obou paží a předloktí, ačkoli fakticky zjištěné zranění u pacienta byl krevní výron okolo pravého oka, především dolního víčka, s krevním výronem pod spojivkou a zarudnutí okolo zápěstí, přičemž obviněnému bylo známo, že této jím vypracované lékařské zprávy má být orgánem PČR, kam zprávu předkládal, užito v trestním řízení jako důležitého podkladu pro posouzení závažnosti zranění a právní kvalifikace, tedy jako lékař vystavil hrubě zkreslenou lékařskou zprávu, aby jí bylo užito v trestním řízení.

Rozsah a povaha zranění pacienta uváděné v předmětné zprávě VPL se podstatně odlišuje od lékařských zpráv lékařů, kteří pacienta vyšetřili v den, kdy k jeho zranění došlo.

Uváděné skutečnosti jsou zjišťovány z lékařských zpráv ze dne 2. 5. XX z chirurgického, očního a neurologického oddělení FN v Praze, dle nichž pacient utrpěl krevní výron okolo pravého oka, především dolního víčka, s krevním výronem pod spojivkou a zarudnutí okolo zápěstí, jiná poranění zjištěna nebyla.

Dále byly výše uváděné skutečnosti zjišťovány ze znaleckého posudku z oboru zdravotnictví, odvětví soudní lékařství vypracovaného znalcem., v němž jsou znalcem rovněž zjišťovány rozdílnosti v hodnocení rozsahu, lokalizace a míst zranění zjištěných VPL a předchozím vyšetření v den úrazu. Zranění, jak bylo zjištěno při prvotních vyšetřeních ve FN, lze dle jmenovaného znalce hodnotit jako lehký úraz, jako stav hraniční, pokud se týká vzniku ublížení na zdraví. Zranění, jak je popsal VPL, bylo ze soudně lékařského hlediska ublížením na zdraví.

Výše popsané skutečnosti byly rovněž zjišťovány ze znaleckého posudku z oboru zdravotnictví, odvětví soudní lékařství dalším znalcem, kde se mimo jiné uvádí, že předmětné odborné vyjádření VPL je v určitém nesouladu s lékař-

skými zprávami z oddělení chirurgického, neurologického a očního FN, jednoznačně prokázaným zraněním je krevní výron očního víčka vpravo dole, krevní výron pod spojivkou a zarudnutí okolo obou zápěstí.

VPL k věci uvedl, že za hematomy uvedené ve svých zprávách považoval místa, která poškozený uvedl při pohmatovém vyšetření jako bolestivá a barevnými změnami se příliš nezabýval.

K věci byl vyslechnut pacient, který uvedl, že v souvislosti se zraněním, které bylo zdokumentováno dne 2. 5. XX policisty, byl na prvotním ošetření v nemocnici, který den poté navštívil svého obvodního lékaře si již nepamatuje. U svého obvodního lékaře popsal svá zranění a sdělil mu vše, co ho bolí. Bolela ho celá hlava, s odstupem času si již nevzpomíná na konkrétní místa, byla to však zejména oblast pravého oka a jeho okolí, kde pocítoval bolest největší. Dále lékaři uváděl bolest krku a obou zápěstí, měl modřiny na obou pažích a předloktí, bolely ho i uši, je možné, že uváděl i bolest obou očí, přičemž pravé oko ho bolelo více, měl tam i velkou modřinu, na pohmat ho bolela celá hlava. Dále jmenovaný uvedl, že si není jist, zda obvodnímu lékaři odevzdal veškeré zprávy.

VPL s obsahem usnesení policie nesouhlasil, žádného takového činu se nedopustil. Pacient za ním přišel do ordinace dne 4. 5. XX, kvůli vyšetření, kdy mu pacient říkal, že byl zmlácen po celém těle, že snad není místo, kam by nedostal ránu, po obličeji, všude, uváděl že byl zmlácen na záchytce zřízencem poté, co byl připoután k lůžku. Pacienta vyšetřil a toto vyšetření a to, na jaké bolesti si pacient stěžoval, zapsal do zdravotní dokumentace jmenovaného pacienta. Z tohoto také sepsal zprávy, jak pro pojišťovnu, kterou chtěl vystavit pacient, tak také zprávu pro PČR. Trvá na tom, že zaznamenal a později do lékařské zprávy uvedl jen to, co bylo pravdou.

Do předmětných zpráv neuváděl žádné nepravdivé skutečnosti, při zpracování těchto zpráv vycházel ze zdravotní dokumentace pacienta ze dne 4. 5. XX, kdy ho vyšetřil. Podotýká, že tedy pacienta vyšetřoval až dva dny po vyšetřeních, která mu byla provedena těsně po napadení v nemocnici, a zdravotní stav není konstantní veličina a vyvíjí se, některé následky poranění se mohou projevit i později.

Některé zprávy od pacienta obdržel VPL dne 4. 5. XX dostal, ale ne všechny. Některé zprávy VPL obdržel až později, až na PČR, kde byly uloženy ve spisu.

Protože VPL s usnesením policie nesouhlasil, nesouhlasil ani se závěry posudků znalců se specializací soudní lékařství, požádal o vypracování posudku znalce se specializací všeobecné lékařství.

Ve zdravotní dokumentaci pacienta vedenou VPL je konstatováno, že 4. 5. XX byl napaden zřízencem, vyšetřen primárně na chirurgii, má nález z neurologie FN, dozrívající hematomy na obou pažích a předloktích, citlivé, trvalé bolesti hlavy a pocit horšího vidění, hematomy celé hlavy, bolestivé, obou ušních boltců, dosti bolestivé, obličej a nos bolestivý a prosáklý, barevné změny. Odeslán na neurologii, oční a chirurgickou kontrolu, PN od 2. 5. XX, pro dg. S001.

Objektivně VPL popsal výrazný hematom obou víček, více pravého oka, bolestivost oboustranně, nástřik bulbu oboustranně.

11. 5. XX pravé oko s nástřikem v zevní polovině, červené, obě víčka s odbarvujícím se hematodem a otokem, celé silně bolestivé, rozostřené vidění, nedojde sám, přivezen matkou, chůze o 1 francouzské holi pro závratě, na neurologii byl, oční dále sledován, TK 120/85, P72

Rotace hlavou silně bolestivé, záklon bolestivý a vážne, rotace doleva 30st, doprava jen asi 15st, vyšetření vyvolá pocit nejistoty až závratí, odeslán na neurologii, doporučen klid, ordinován Medrin 2x 1, Tramal retard 100 2x 1, Zyrtec 1x1, Flixonase 2x1 dávka, Pulmicort, Berudual

1. 6. XX bolesti hlavy již menší, spíše v záhlaví a do ramen, ale trvají

Stav po napadení, prosí kontrolní neurologické vyšetření pro svalové stažení krční páteře.

9. 6. XX- subjektivně: cítí se dobře, bolesti 0

Obj.: afebrilní, plíce čisté, hrdlo klidné, páteř volná, břicho klidné, H+L 0/ játra a slezina nezvětšeny- poznámka znalce, Murphy negativní, TPT tapottement bilat. negativní, Moč negativní, místně bez nálezu

Aptus ad laborem 12. 6. XX

30. 6. XX bolest hlavy a celé páteře, zejména Cp, hybnost vcelku volná, antalgická, je dosud stále poněkud omezena a vážnou zejména rotace, byť přes bolest vcelku dotáhne, PV kontraktury posttraumacké zejména na C úseku, kontrola do týdne a ev. neurologická kontrola

Pro policii ČR 30. 6. XX VPL odpověděl na následující otázky:

- Jaká zranění jmenovaný utrpěl? - podrobný popis zranění
Mnohočetné hematomy očních víček horních i dolních oboustranně, tváře, hlavy, obou paží a předloktí obou, zhoršené rozostřené vidění
- Jak bylo způsobeno?
Napaden zřízencem, mnohokrát udeřen do hlavy, obličeje, očí, do horních končetin.
- Odpovídá způsob zranění tomu, co uvádí poškozený?
Ano, naprosto přesně odpovídá léčení poškozeného ohledně úrazového děje, tak ohledně způsobených zranění.
- Jak dlouho trvala pracovní neschopnost?
PN 2. 5. – 11. 6. XX.
- Jak byl zraněný léčen?
Analgetika, léky na uklidnění, vyšetřen na očním, chirurgii, neurologii. Klidový režim, studené obklady, péče o zraněnou kůži
- Došlo-li k důsledku zranění k hospitalizaci, uveďte na kterém oddělení, které nemocnice a jak dlouho?
O hospitalizaci bylo pouze uvažováno

7. Jakými potížemi se zranění projevovalo, jak dlouho "potíže" trvaly a jak omezily obvyklý způsob života poškozeného?

Rozostřené a výrazně zhoršené vidění do 14. 5. XX, opakovaně vyšetřen neurologicky, vyšetřen na očním. Kruté bolesti hlavy, očí, výrazné bolesti horních končetin, páteře v celém průběhu

8. Bylo-li zranění a léčení komplikováno, uveďte podstatu komplikace, zda je tato komplikace v přímé souvislosti ke způsobeným zraněním anebo byla způsobena zvláštním tělesným stavem zraněné osoby, který zranění předcházela?

Léčení bylo pro výrazný stupeň zranění pozvolné a trvalo déle, nicméně komplikace se naštěstí podařilo odvrátit.

9. Pokud zranění zanechá trvalé následky, tedy jaké a jak by mohly být odstraněny?

Dosud je brzo se vyjádřit ohledně trvalých následků, dosud přetrvávají bolesti hlavy a krční páteře.

10. Bodové ohodnocení bolestného na odpovídající ustanovení sazebníku, popř. zdůvodnění, proč se lékař odchýlil od položek v něm uvedených?

Kontuze očního bulbu a tkáně očníce S0510 2x obě strany 2x 15=30 b

Kontuze očního víčka a periokulární krajiny S001 2x obě strany 2x 5=10 v ¾ hodnotě 7,5

Povrchní poranění vlasové části hlavy S000 2 1,5

Povrchní poranění nosu S003 5 3,75

Povrchní poranění jiných částí hlavy S007 15 11,25

Zhmoždění ramene a paže S400 2x obě strany 2x15 30 22,5 Úhrnem 88,0

Stal se úraz v opilosti?

Příčinou úrazu nebyla opilost, příčinou úrazu bylo napadení zřízencem a není známo, zda zřízenec byl opilý

2. Lze předpokládat, že úraz zanechá trvalé následky?

Dosud je brzo se vyjádřit, dosud přetrvávají bolesti hlavy a krční i celé páteře.

Oční vyšetření bylo provedeno 02. 05. XX 13.26 hod. Dle anamnesy udeřen pěstí do OP.

VOP: 5/20 (amblyotické oko), VOL: 5/6 nat

OP: hematom horního a především dolního víčka, palp. bolestivý, okraj orbity neporušený, hyposphagma / výron krve pod oční spojivku/. Jinak bulbus klidný zk na diplopii negativní

Přední segment i optická media a FU bez patologického nálezu.

RTG bez traumat. změn. Ledovat, klidový režim. Poučen

Dg.: Hematoma palp. utr. oc. dxt.

Hyposphagma conj. oc. dxt.

Neurologické vyšetření bylo provedeno 02. 05. XX 12,48

Dle anamnesy dnes ráno napaden, uhozen pěstí do obličeje, nebyl v bezvědomí, vytvořil se otok kolem očníce, subj. snad lehce horší visus dx., předtím měl ale také Bez jiných obtíží. Ošetřen na chirurgii, kde proveden RTG bez traumat. změn. Objektivní neurologický nález: při vědomí, orient., bez fatické poruchy, MN: okulomotorika norm., zornice izo, fotoreakce +, periorbitální hematom vpravo bez nyst., výstupy NV nebol., VII. mimika sym., patol. ax. 0, IX.–XII. norm.n.

Šije volná, ameningeální

HK: hybnost i síla sval. sym. zach., rr. C5-8 sym., py jevy irit. 0, Ming. bez poklesu, taxe přesná,
 DK: hybnost i síla sval. sym., rr. L2-S2 sym., py jevy irit. 0, Ming. bez poklesu, taxe přesná, Lasseuge volný
 Stoj, chůze, čítí neporušeny
 Závěr: t.č. bez neurologického deficitu a lateralizace
 Doporučení: z neurologického hlediska bez zvláštní léčby.
 Doporučuji kontrolu na očním odd.

Chirurgické vyšetření absolvoval 02. 05. XX 12.14 hod.
 Dle anamnesy napaden personálem záchytné stanice.
 Dále si stěžuje na podlitiny v oblasti zápěstí.
 Obj.: při vědomí, orientovaný, spolupracuje, hematom a otok v okolí P oka, zornice isokorické, foto +, šije volná, na obou zápěstích drobné, sotva znatelné zarudnutí, hrudník pevný, na kompresi nebolestivý, páteř poklepově nebolestivá, břicho klidné, měkké, volně prohmatné, palpačně nebolestivé, pánev pevná, DK bez zn. traumatu
 rtg: bez traumatických změn
 Contusio et hematoma reg. periorbitalis l.dx.
 Doporučeno ledovat, klidový režim, kontrola dle potřeby na chirurgii, prosím o neurologické a oční vyšetření

Neurologické vyšetření 09. 06. 2009
 OA: op. dx varlete v dětství, fr. HK, AA trávy, nekouří 2 roky, glaukom bil od 95, ter gtt jinak bez ter
 RA: 0 PA: řidič osobního auta.
 NO: Pacient byl napaden na záchytné zřízenci dne 2. 5. XX, bezvědomí nebylo, nezvracel, amnesie nebyla. Objektivní neurologický nález přiměřený
 Závěr: Stp. napadení dne 2. 5. XX Objektivní neurologický nález bez ložiskových příznaků. Z neurologického hlediska labore aptus.

Znalec se specializací VPL konstatoval, že předmětem sporu je rozdílný názor na charakter zranění poškozeného, popis zranění, bodové hodnocení, délku pracovní neschopnosti u praktického lékaře a obou znalců se specializací soudního lékařství, jejichž závěr se stal základem pro obvinění VPL a zahájení trestního řízení policií. VPL se závěry znalců, na jejichž podkladě bylo vydáno usnesení o zahájení trestního stíhání jeho osoby nesouhlasí. Proto požádal soudního znalce se specializací všeobecné lékařství o zpracování posudku. Jeho požadavek je plně v souladu s usnesením sjezdu České lékařské komory z roku 2010, že postup a případné pochybení lékaře by měl posuzovat znalec stejné odbornosti. Příslib, že tomu tak bude sdělily zástupci nejvyššího státního zastupitelství na právním kongresu ČLK v Praze dne 18. 6. 2009 k problematice znaleckých posudků a postupu lege artis.

Soudní znalec se specializací všeobecné lékařství pracuje jako praktický lékař a mnoho let sloužil na protialkoholní záchytné stanici a vyšetřoval před pobytem a schvaloval pobyt osob na záchytné stanici. Umístění na protialkoholní záchytné stanici je pro osoby v drtivé většině nedobrovolné, osoby s ním nesouhlasí a mnohdy výrazně protestují. Hodnocení situací osob pod vlivem alkoholu je změněné, chování velmi často agresivní. Při ovlivnění alkoholem

jsou často nebezpeční vůči vlastní osobě nebezpečím pádu na hlavu, mlácením hlavou o zeď, mříže, lezení po mříži apod., proto musí být přikurtováni. Přikurtování není prakticky nikdy dobrovolné, dochází k určitému zápasu mezi zřízenci, někdy za asistence policie. K pacifikaci osob jsou užívány chvaty, zejména kroutivé chvaty horních končetin se zadní a vnitřní rotací, po kterých, pokud zápas byl urputný, mohou horní končetiny bolet a mohou zde být hematomy. Když je osoba přikurtovaná, tak za horní končetiny v oblasti distálního předloktí a zápěstí, pásem přes rozhraní břicha a hrudníku a za bérce. Přitom se četné osoby snaží z přikurtování vyprostit. Při těchto pokusech může dojít k menšímu poškození jedince na zápěstích, bérkách, ale riziko tohoto poškození je menší než riziko poranění osoby, které by si mohl způsobit pod vlivem alkoholu. Žádný klidný pacient na protialkoholní záchytné stanici není kurtován.

Poškozený udal, že byl zmlácen na stanici dne 2. 5. XX. Znalec zná ze své praxe i případ zřízence, který bil přikurtované opilce. Anamnestické údaje poškozeného tedy nelze vyvrátit, ale ani jednoznačně potvrdit, když nejsou jiní svědci či záznam. Obecně platí, že drtivá většina osob umístěných na záchytné stanici ráno nevěděla, co v noci prováděla. Měl by existovat jednak záznam o lékařském schválení pobytu na protialkoholní záchytné stanici (vzhledem k údajům v posudku znalce existuje), jednak zápis zřízenců o chování umístěného na protialkoholní záchytné stanici. Ve znaleckém posudku znalce se specializací soudního lékařství je údaj, že pacient byl zjevně ve střední až vysoké podnapilosti. Byla mu odebrána krev ke stanovení alkoholu, kde bylo zjištěno 3,18 g/kg alkoholu. Z toho je zřejmé, že opilost byla těžká, přitom odběr mohl být proveden nejdříve po 1.00 hod dne 2. 5. XX. Je tedy jednoznačné, že v době 12.14 hod do 13.26 hod., tedy cca maximálně 11 hodin po odběru musel mít pacient v těle značné množství zbytkového alkoholu. Z toho lze vyvodit, že jeho hodnocení subjektivních potíží v době vyšetření na odborných odděleních bylo ještě pod vlivem alkoholu a nelze z něj jednoznačně vycházet.

Znalec považuje za velmi důležité, že menší pohmoždění se mohou manifestovat hematomem až druhý až třetí den po úraze. Velká zranění se manifestují hned a jsou tedy dobře diagnostikovatelná.

V tomto konkrétním případě šlo v případě zranění krajiny pravé očníce o těžší poškození, které je pro znalce viditelné i na nekvalitní černobílé fotokopii. Znalec považuje anamnestické údaje udávané pacientem za zřetele hodné a všeobecný praktický lékař je nemůže odmítnout nebo bagatelizovat a musí z nich vycházet. VPL dle znalce věrohodně zapsal údaje udávané pacientem a popsal klinický nález dne 4. 5. XX. Není neobvyklé z pohledu klinika, že některé kontuze nebyly dne 2. 5. XX vidět.

Na chirurgickém oddělení byl ošetřen ve 12.14 hod., neurologii ve 12.48 hod., na očním oddělení ve 13.26 hod, tedy cca za 12 hodin po domnělém úraze. Stejně tak 12 hodin po zadržení byl pacient ještě pod vlivem alkoholu. Vzhledem k hodnotě 3,18 g/kg alkoholu v krvi dne 2. 5. XX po 1.00 hod si bolest či omezení funkce s velmi vysokou pravděpodobností neuvědomoval. Menší zranění

se dle znalce manifestovala velmi pravděpodobně později, tedy jak nálezy dne 2. 5. XX ve 3 odborných ambulancích, tak nálezy VPL odpovídají skutečností, stejně tak nález na neurologii dne 9. 6. XX, kdy byl již pacient zhojen.

Hodnocení subjektivních potíží pacientů jako jsou bolesti hlavy, závratě, bolesti páteře je velmi obtížné až nemožné a praktickému lékaři ve většině případů nezbývá než údaje pacienta respektovat.

K otázce délky léčení a délky pracovní neschopnosti znalec sděluje. Posudková problematika zraněných osob jinou osobou nepochybně patří k nejobtížnějším v praxi praktických lékařů. Poškozený má téměř vždy dojem, že léčení je příliš krátké a nemá dostatek času na doléčení a úpravu. Ten, co zranění způsobil, má převážně dojem, že poškozenému nic není, že si vymýšlí, zveličuje a nechce se mu pracovat. Navíc poškozenými jsou prezentovány subjektivní stesky, jejichž míru nelze měřit. V tomto konkrétním případě to byly bolesti hlavy, bolesti páteře a závratě. Zranění vzniklá v pracovním procesu nebo zaviněná druhou osobou mají vždy podstatně delší dobu léčení než nepracovní úrazy, které si osoby zaviní samy. Doby jsou prodlouženy jak subjektivními stesky osob, tak i pomalejším hojením. Znalec z oboru všeobecného lékařství s více než 30letou praxí vystavování a ukončování pracovních neschopností se domnívá, že dne 11. 5. XX byl pacient k pracovní způsobilosti neuschopnitelný, když nedošel sám do ordinace, byl přivezen matkou, šel o jedné francouzské holi, udával závratě, měl omezení rotací, přitom pracoval jako řidič. Postup VPL o trvání pracovní neschopnosti byl lege artis, odeslání na neurologickou kontrolu bylo plně lege artis a pozvání za 3 týdny bylo obvyklé k charakteru potíží a obvyklé k délce pracovní neschopnosti u charakteru zranění poškozeného. Znalec se specializací ze všeobecného lékařství považuje dobu pracovní neschopnosti, o které VPL vzhledem k charakteru subjektivních potíží a objektivním nálezům rozhodl, za obvyklou. Znalec zároveň konstatuje, že by s velkou pravděpodobností postupoval stejně.

Odškodnění bolesti a ztížení společenského uplatnění a bodování je řešeno Vyhláškou 440/2001 Sb. V této vyhlášce jsou všechna poranění hodnocena v plné výši. Minulé vyhlášky bodovaly plně hlavní diagnózu, další poranění byla hodnocena bolestně ve $\frac{3}{4}$, ZSU ve $\frac{2}{3}$. Postup v bodování VPL svědčí o neznalosti této vyhlášky nebo mohl být ovlivněn neplatným tiskopisem pojišťovny, který mu pacient přinesl. Praktický lékař při bodování musí vycházet ze všech nálezů, které má k dispozici a nabodovat zranění podle vlastních vyšetření. Vyhláška neřeší většinou míru kontuse, čili se bodují i lehké kontuse, v tomto konkrétním případě oblast levých očních víček, nosu, hlavy, paží a předloktí.

Bodování dle znalce se specializací všeobecného lékařství by mělo být řešeno takto:

Kontuse očního bulbu a tkáně očníce vpravo S0510 I5 bodů
Pohmoždění obou víček S 001 2x 5 10

Pohmoždění nosu S 003 5

Poranění ucha S004 2x 5 10

Mnohočetná poranění hlavy S007 15/ součet bodů příslušných položek, nejvýše však 15 bodů- tedy kontuse víček, nosu, ucha jsou zavazaty do položky mnohočetná poranění hlavy

Pohmoždění obou paží S 400 2x 15 30

Povrchní poranění předloktí S501 2x 20 40

Celkem 100

Na dotaz zda se úraz stal v opilosti znalec z oboru všeobecného lékařství považuje za správnější formulaci, že úrazy byly způsobeny patrně zřízenci záchytné stanice, posuzovaný byl patrně pod vlivem alkoholu (VPL neměl k dispozici policejní spis a údaje, které měli znalci se specializací soudního lékařství).

Vzhledem ke znalosti provozu na záchytné stanici se znalec domnívá, že poranění paží a předloktí byly patrně způsobeny pacifikací při kurtování pacienta (VPL tyto znalosti, pokud neslouží na záchytné stanici, mít nemůže). Stejně tak jako v případě zjištěné hladiny alkoholu VPL neměl k dispozici policejní protokol o zadržení a umístění na protialkoholní záchytnou stanici pacienta a jeho kurtování jako měli k dispozici znalci z oboru soudního lékařství. Dále se znalec domnívá, že je v kompetenci komerční pojišťovny, zda částku proplatí, či zda provede vlastní šetření míry zavinění pacienta a míry jeho ovlivnění alkoholem. Není v kompetenci praktického lékaře ani v náplni jeho oboru, aby prováděl šetření úrazů pracovních, nepracovních, či zaviněných druhou osobou. Musí vycházet z anamnestických údajů, v tomto konkrétním případě je měl pouze od pacienta. Znalec poznamenává, že v době před více než 25 lety všeobecní praktičtí lékaři dostávali protokoly o pobytu pacientů na protialkoholní záchytné stanici.

Znalec odpověděl na otázky zadavatele, které byly totožné s dotazy, které dala policie soudním znalcům z oboru soudního lékařství.

1) Jaký byl mechanismus tohoto poranění a jakými příznaky se projevuje?

Anamnestické údaje pacienta, že byl zmlácen, 3x udeřen pěstí musí praktik respektovat a z nich vycházet. Tedy mechanismus tupým úderem lze akceptovat. Těžší kontuse se projeví ihned hematomem a mohutným otokem - v tomto případě krajiny pravého oka. Lehčí kontuse se mohou projevit pouze pohmatovou bolestivostí, mírným otokem, nevelkým hematomem. Hematomem či odřeninou se projevují poranění po kurtech, pokud se pacient snažil z kurtů vymanit. Bolestivou hybností ramenních kloubů se může projevit poranění při násilném nepřírodném pohybu, např. při procesu zklidnění a kurtování pacienta. Vzhledem k těžké opilosti nelze vyloučit pád pacienta např. na rám lůžka- teoreticky-znalec nezná typ lůžek, kde byl poškozený umístěn.

2) Jaká byla intenzita směr působení násilí?

Hematomy obličeje, víček, nosu mohly vzniknout úderem pěstí, pohmoždění paží a předloktí od kurtů.

Intenzita jednoho působení ať úderu udávaného pacientem nebo hypotetického pádu byla značná - hematom

krajiny pravého oka, ostatní nevelké. Stejně tak je možné, že po úderu pěstí tzv. vezme druhou ránu o zem, čili nelze vyloučit následnou kontuzi týlní části hlavy či ucha apod.

3) Jaký je vznik a charakter tohoto poranění ze soudně lékařského hlediska?

Charakter zranění hodnotí znalec se specializací všeobecné lékařství jako ublížení na zdraví. Vzhledem k tomu, že v trestním zákoně nenalezneme vymezení pojmu ublížení na zdraví, vychází se z judikatury a z praxe. Z teoretického hlediska v publikaci epravo.cz 7465 vymezení pojmů ublížení na zdraví a těžká újma na zdraví je hematoma víček pravého oka, který měl vyfotografován poškozený, považován za ublížení na zdraví. Za další kritérium v praxi je považována porucha zdraví poškozeného, která mu ztěžuje obvyklý způsob života, znemožňuje či znesnadňuje výkon obvyklé činnosti a není zcela přechodného rázu - v praxi se považuje za takovou dobu 7 dnů, jedním z kritérií je i délka pracovní neschopnosti poškozeného, není však kritériem rozhodujícím. V tomto konkrétním případě ještě 11. 5. XX měl poškozený odbarvující se hematomy víček, udával rozostřené vidění, chůze byla o 1 francouzské holi pro závratě. Dle znalce jsou tedy splněna i klinická kritéria z praxe ublížení na zdraví, včetně délky pracovní neschopnosti.

4) Který orgán nebo orgány byly narušeny?

Jak bylo uvedeno v diskusi, praktický lékař musí vycházet z anamnestických údajů pacienta a z toho, co vyšetří. Tedy znalec se domnívá, že byly narušeny kontuzí hlava, zejména krajina pravého oka, paže, předloktí.

5) Jaká je intenzita a bolestivost tohoto poranění a jaká lékařská ošetření vyžaduje?

Intenzita a bolestivost se odvíjejí od tíže poranění. Krajinu pravého oka s hematoma pod spojivku hodnotím jako vyšší, ostatní zranění jako mírnější intenzity a bolestivosti. Nutno konstatovat, že práh bolesti je u různých pacientů různý. Poranění vyžadují oční, neurologické, traumatologické vyšetření, při trvání opakovaně, ale primárně samozřejmě vyšetření, léčení a sledování praktickým lékařem.

6) Zda došlo k poškození normálních tělesných funkcí postiženého znesnadňující výkon obvyklé činnosti, zda porušení normálních tělesných funkcí mělo vliv na obvyklý způsob života, do jaké míry zranění narušila obvyklý způsob zraněné osoby včetně výkonu pracovní činnosti?

K poškození normálních tělesných funkcí došlo. Vzhledem k udávaným potížím a klinickému nálezu dne 11. 5. XX dle znalce intenzivně 14 dnů, mírně dalších 21 dnů. Vzhledem k profesi řidiče byla určitá forma narušení nepochybně po celou dobu PN, tj. 2. 5. – 11. 6. XX.

7) Zda mechanismus poranění postiženého odpovídá mechanismu a času dle výpovědi postiženého?

Znalec se domnívá, že z hlediska času ano; těžší poranění krajiny pravého oka bylo manifestní ihned, lehčí se mani-

festovala v průběhu následujících dnů. Z hlediska etiologie – původu se znalec domnívá, že pohmožděnin paží a předloktí vznikly patrně v průběhu snahy o zklidnění pacienta a následkem kurtování.

8) Zda veškerá zranění, která uvádí poškozený byla způsobena ve stejnou dobu?

Zranění vznikla s vysokou pravděpodobností v době od umístění na protialkoholní stanici během pobytu v tomto zařízení, tedy cca v noci. Je pravděpodobné, že to bylo spíše na počátku pobytu. Pokud pacient dostal injekci (dříve se dávaly Haloperidol, Plegomazin, Tiapridal apod.), tak se po určitém období zklidnil a usnul.

9) Kdy ke konkrétním zranění došlo, případně v jakém časovém úseku?

Odpovězeno v otázkách 7 a 8

10) V jaké časové posloupnosti došlo k jednotlivým poraněním?

Vzhledem a absenci svědků, kamerového systému se jednoznačně nelze vyjádřit. Pravděpodobná posloupnost je popsána v odpovědích na otázky 7 a 8.

11) Zda poranění mohlo vzniknout tak, jak poškozený uvádí, zda potíže uvedené poškozeným odpovídají objektivnímu lékařskému nálezu, zda nejde pouze o subjektivní potíže poškozeného?

Poranění na obličeji vznikla velmi pravděpodobně tak, jak poškozený uvádí. Poranění paží a předloktí dle znalce vznikla pravděpodobně v procesu kurtování a po přikurtování, pokud se poškozený intenzivně bránil a po přikurtování byl neklidný. Potíže odpovídají objektivnímu lékařskému nálezu VPL dne 4. 5. XX. Menší poranění nebyla těsně po úraze dne 2. 5. XX znatelná. Znalec se domnívá, že nešlo pouze o subjektivní potíže poškozeného. Jak bylo uvedeno v diskusi, nelze vyloučit ani pád poškozeného vzhledem k těžké opilosti s hladinou 3,18 promile alkoholu v krvi.

12) Jaká je předpokládaná doba léčení tohoto typu poranění, zda je zranění zcela již vyléčeno, či zda zranění trvá, zda zanechá trvalé následky, případně jaké?

Při prvním ošetření praktikem by byla předpokládaná doba cca 2–3 týdny za předpokladu, že pacientovy potíže ustoupí. Pokud však trvají, doba léčení se prodlužuje. V tomto případě se prodloužila závratěmi, bolestmi hlavy a páteře. Dle znalce je to zcela obvyklé a očekávané u poranění zaviněných druhou osobou a zde konkrétně navíc bylo nutno přihlídnout k profesi řidiče. Zranění vzhledem k dostupné dokumentaci netrvá a patrně nezanechá trvalé následky (ztížení společenského uplatnění dle vyhlášky - poznámka znalce). Ty je však možné hodnotit až po roce.

13) Jaká je předpokládaná délka pracovní neschopnosti u uvedeného poranění?

Viz odpověď 12. Celková doba PN, jak o ní rozhodl VPL, je obvyklá u uvedeného poranění.

14) Mohl si některá poranění poškozený s ohledem na jeho ovlivnění alkoholem způsobit sám, případně která?

Teoreticky i prakticky vzato - ano. Viz výše v diskusi a odpovědích. Osoba pod vlivem alkoholu je náchylná k pádům, zejména na obličej. Jak bylo opakovaně uvedeno dříve poranění paží a předloktí mohla vzniknout v procesu kurtování a po přikurtování. Praktický lékař však primárně musí vycházet z údajů, které mu sdělí pacient a není v náplni jeho práce provádět šetření vzniku úrazu.

15) Jaké je bodové hodnocení jednotlivých poranění?

Kontuze očního bulbu a tkáně očníce vpravo S0510 I5 bodů

Pohmoždění obou víček S 001 2× 5 10

Pohmoždění nosu S 003 5

Poranění ucha S004 2× 5 10

Mnohočetná poranění hlavy S007 15/ součet bodů příslušných položek, nejvýše však 15 bodů- tedy kontuze víček, nosu, ucha jsou zavazaty do položky mnohočetná poranění hlavy

Pohmoždění obou paží S 400 2× 15 30

Povrchní poranění předloktí S501 2× 20 40

Celkem 100

16) Zda odborné vyjádření praktického lékaře odpovídá skutečným poraněním osoby?

Dle znalce se specializací všeobecné lékařství odpovídá v zásadě odborné vyjádření VPL skutečným poraněním osoby, které zjistil 4. 5. XX VPL a v průběhu dalšího léčení. Rozdíl je ve způsobu bodování a aplikaci zákona 440/2001 Sb.

17) Vyjádřit se k posudkovým závěrům znalců se specializací soudního lékařství

Znalci se specializací všeobecné lékařství nepřísluší hodnotit závěry znalců z oboru soudního lékařství. Musí však konstatovat, že ve svých závěrech oba znalci v převážné většině vycházejí z odborných nálezů specialistů z doby maximálně 12 hodin po úrazu. O případné dynamice rozvoje vzniku a manifestace hematomu v následném období vůbec neuvažovali, stejně jako neuvažovali o možném setření klinických příznaků pacienta vlivem alkoholu těsně po úrazu. Při hodnotě 3,18 promile po 1.00 hod v noci měl v době vyšetřování na odborných ambulancích dne

2. 5. XX kolem 12. hodiny zbytkový alkohol a hodnocení jeho subjektivních příznaků muselo být jiné než v době kdy vystřízlivěl. Znalec 1 nemá ve svém posudku výpis ze zdravotní dokumentace vedené VPL, pouze zprávu o úrazu. Oba znalci zcela přešli klinicky významné potíže poškozeného, tj. že dne 11. 5. XX k lékaři nedošel sám, musel být přivezen matkou, měl rozostřené vidění, rotace hlavy byly silně bolestivé, poškozený měl pocit nejistoty až závratí. To vše v kontextu k posouzení způsobilosti k práci řidiče by je mělo vést k tomu, že poškozený svého posledně pojištěného povolání nemohl vykonávat, tedy doba léčení musela být jednoznačně delší, než oba znalci uváděli. Stejně tak se měli zamyslet nad obtížností posudkové problematiky v praxi praktického lékaře v případech zavinění stavu druhou osobou. Též neuvažovali bolesti hlavy dne 1. 6. XX, které praktický lékař nemůže neakceptovat. Z toho lze usuzovat, že hodnocení klinických postupů praktického lékaře, zhodnocení aplikace aktuální kliniky pacienta pro posouzení dalšího postupu v tomto případě k vyjádření způsobilosti k práci je jim patrně cizí. Znalec 1 při bodovém hodnocení musel dojít k jiným závěrům než praktický lékař, stejně tak v hodnocení poranění z pohledu soudně lékařského a v délce doby léčení. Znalci se specializací soudního lékařství měli k dispozici policejní protokoly o zadržení, umístění na protialkoholní záchytnou stanicí, hodnocení lékaře o těžké podnapilosti, znalec 2 uvádí hodnotu hladiny alkoholu v krvi pacienta 3,18 g/kg, praktik tyto údaje neměl, musel vycházet z toho, co mu poškozený řekl. Znalec se specializací všeobecné lékařství došel v hodnocení postupu všeobecného praktického lékaře VPL k jiným závěrům než znalci z oboru soudního lékařství a dle jeho názoru VPL vyjma bodování bolestného postupu *lege artis*.

Závěrem lze konstatovat, že spor dopadl pro VPL dobře. Znalci se specializací soudního lékařství museli přehodnotit své závěry a konstatovat, že posudek znalce se specializací všeobecné lékařství nebyl nesprávný. VPL byl zbaven obvinění v plném rozsahu.

Příští kazuistika bude o pacientce zemřelé na kolorektální karcinom a nutnosti provádění preventivních prohlídek v souladu s platnou legislativou.

Založení praxe všeobecného praktického lékaře formou fyzické osoby

MUDr. David Halata

Všeobecný praktický lékař Hošťálková

Úvod

Motto: Za zeptání nikdy nic nedáte!

Zakládání praxe všeobecného praktického lékaře je činností poměrně jednoduchou a jasně definovanou, nicméně zatížení velkým množstvím písemných dokladů mnohdy přináší jisté zmatení. Na základě vlastních zkušeností při zakládání mnoha praxí v řadách Mladých praktiků jsme se pokusili sestavit stručný souhrn jak postupovat, s maximálním zaměřením na praktickou stránku věci („které papíry a kam“). Přesnější informace jsou k nalezení v podrobných odborných pojednáních.

Ještě než se pustíte do celého postupu zakládání praxe všeobecného praktického lékaře, je vhodné hned na počátku navštívit pobočky nejvýznamnějších zdravotních pojišťoven (většinou VZP) a informovat se, zda skutečně o nové zdravotnické zařízení stojí, zda je předběžná ochota Vám na konci Vašeho snažení poskytnout smlouvu o úhradě zdravotní péče. Pomoc Vám též mohou poskytnout oblastní sdružení SPL a krajsí zástupci SVL.

Přibližná doba potřebná pro založení praxe formou právnické osoby je 6 měsíců.

1. Založení právnické osoby –, s. r. o.

1. 1. Notář – uzavření společenské smlouvy (zakladatelské listiny)

Právnická osoba (PO) je založena sepsáním společenské smlouvy (zakladatelské listiny v případě jednoho společníka) u notáře. Právnická osoba může mít jednoho či více společníků. Všichni společníci musí být přítomni sepsání zakladací listiny osobně. Je nutno rozlišovat pojmy „založení PO“ (sepsání společenské smlouvy nebo zakladatelské listiny) a „vznik společnost“ (zápis do obchodního rejstříku), jež se vzájemně liší (viz dále)!

- S sebou: **název společnosti** (vhodné dopředu promyslet, viz tip), **výpis z rejstříku trestů** ne starší 3 měsíců (Czechpoint), **souhlas majitele nemovitosti** se sídlem Vaší společnosti nebo **výpis z katastru nemovitostí**, pokud je daný objekt ve Vašem vlastnictví (Czechpoint).

Cena cca 7 000–10 000 Kč za služby notáře.

Doba trvání záleží na Vaší připravenosti, většinou během jedné schůzky.

Tip! Název společnosti nesmí být shodný s již existujícími společnostmi, nesmí být podobný ani budit podezření na možnost záměny. O zápisu (a tedy „správnosti“ nového názvu) rozhoduje soudce obchodního soudu, každý pokus

o zápis stojí cca 3 týdny času a cca 6000 Kč za kolek. Název je tedy vhodné promyslet dopředu (dobrou radou jistě přispěje i notář). Pomocí může být elektronický Obchodní rejstřík www.justice.cz/or. Zkuste vyhledávat i jen několik prvních znaků z nového názvu, popř. použít vyspělejší vyhledávání s pomocí „*“ apod. K notáři s sebou vezměte několik potenciálních názvů (i desítek). Dopředu počítejte s velkou oblíbeností názvů obsahující Medi, Med, Praktik, apod.

1. 2. Živnostenský úřad – zápis

(oprávnění k podnikatelské činnosti)

Na Živnostenském úřadě (zpravidla živnostenský odbor na městském úřadě) se ohlásí živnosti vyplněním nejednotného formuláře.

- S sebou: **výpis z rejstříku trestů** ne starší 3 měsíců (Czechpoint), **společenská smlouva** nebo **zakladatelská listina** (lze nahradit výpisem z obchodního rejstříku, ale ten zatím ještě mít nebudete).

Cena 1 000 Kč správní poplatek za zápis.

Doba trvání do 15 dní.

1. 3. Banka – založení firemního účtu

a složení základního jmění společnosti

Nejjednodušším způsobem je založení nového firemního účtu v bance dle vlastního výběru (na jméno správce vkladu dle společenské smlouvy) a složení vkladu na tento účet (dosud 200 000 Kč, od 1. 1. 2014 jen symbolická částka). Banka vydá na požádání potvrzení o složení vkladu (nutno předložit společenskou smlouvu či zakladatelskou listinu, většinou stačí prostá kopie). Potvrzení je následně potřeba k zápisu do obchodního rejstříku. Složený vklad je do doby vzniku společnosti (zapsání do obchodního rejstříku) vázán, společnost s ním může volně nakládat až po zápisu do obchodního rejstříku.

- S sebou: **společenskou smlouvu** či **zakladatelskou listinu** (většinou stačí prostá kopie)

Cena – poplatek za zřízení a vedení účtu dle ceníku jednotlivých bank, cca 500 Kč

Tip! Dokud nebude Vaše společnost zapsána do obchodního rejstříku, bude mít Váš účet specifický charakter (nemáte možnost manipulovat s vkladem). Po zapsání do obchodního rejstříku je vhodné banku navštívit opětovně (s sebou výpis z obchodního rejstříku) ke změně charakteru účtu.

Při založení společnosti se povětšinou v předmětu podnikání ve společenské smlouvě nebo zakladatelské listině uvádí výroba, obchod a služby neuvedené v přílohách 1 až 3 živnos-

tenského zákona. Vaše skutečná činnost, tedy praxe všeobecného praktického lékaře zde může být zapsána až po vydání oprávnění k poskytování zdravotních služeb na krajském úřadě (viz dále). Banka Vám tak povětšinou nemůže nabídnout založení účtu s výhodnějšími podmínkami určené pro lékaře. Vaše společnost navíc několik dalších měsíců do skutečného zahájení ordinování nebude účet příliš využívat. Je výhodné založit nejzákladnější (a tedy nejlevnější) typ účtu. Následně jej změníte dle Vašich reálných potřeb.

1. 4. Obchodní soud – zápis do obchodního rejstříku (Krajský soud či Městský soud v Praze)

Návrh na zápis podepisují všichni jednatele, podpisy musí být úředně ověřeny. Pro návrhy jsou předepsány oficiální formuláře. Žádost o zápis do obchodního rejstříku můžete zaslat sami či jej zašle Váš notář (stejně je potřeba u notáře ověřit podpisy).

- K žádosti třeba přiložit: **společenská smlouva** nebo **zakladatelská listina** (notář), **potvrzení o zápisu na živnostenském úřadě** (živnostenský úřad), **doklad o splnění vkladové povinnosti** (banka), kolek 6000 Kč (vybrané trafiky, Čedok...), **čestné prohlášení jednatele**, že je plně způsobilý k právním úkonům a že splňuje podmínky provozování podnikání (za každého jednatele, notář), **výpis z katastru nemovitostí** (pokud prostory sídla firmy jsou ve Vašem vlastnictví, Czechpoint) nebo **souhlas vlastníka těchto prostor** (vlastník), **výpis z rejstříku trestů** ne starší 3 měsíců za každého jednatele (Czechpoint) – poslední 2 položky jste přinesli notáři již na první schůzku.

Cena 6 000 Kč za kolek.

Doba trvání 14 dní až měsíc dle obchodního soudu.

O zapsání společnosti do obchodního rejstříku vydává rejstříkový soud **rozhodnutí o zápisu**, které je doporučeno zasláno na adresu trvalého pobytu jednatele (jednatelů). Zápisem do obchodního rejstříku fakticky vzniká společnost s ručením omezeným a tímto dnem nastává povinnost vést (podvojně) účetnictví.

Tip! Dobu zápisu lze zkrátit, pokud se písemně vzdáte zákonné lhůty na odvolání.

tip! Pokud jste doposud nekonzultovali svého ekonomického či daňového poradce či jej ani nehledali, nyní je již určitě vhodná příležitost.

1. 5. Banka – změna účtu

Viz **tip!** bod 1.3

- S sebou **výpis z obchodního rejstříku** (notář, Czechpoint)

1. 6. Finanční úřad – registrace společnosti

Od vzniku společnosti (datem zápisu do obchodního rejstříku) začíná běžet 30 denní zákonná lhůta, po kterou jste povinni se registrovat na místně příslušném finančním úřadě k platbě daně.

- S sebou: výpis z obchodního rejstříku (notář, Czechpoint), číslo firemního účtu, občanský průkaz (jednatel)

Tip! Zdravotnické zařízení není ani ve formě právnické osoby povinnou být plátcem DPH. Při registraci na FÚ budete zřejmě tázáni i na tuto možnost. Zkonzultujte se svým ekonomickým poradcem předem.

2. Schválení provozního řádu – orgán ochrany veřejného zdraví (Krajská hygienická stanice)

Stručnou osnovu provozního řádu lze získat webovým vyhledávačem, může Vám být poskytnuta event. KHS. Provozujete-li více ordinací na několika místech, každá ordinace bude mít vlastní provozní řád. Základní pravidla provozování zdravotnického zařízení shrnuje Vyhláška č. 306/2012 Sb.

- Ke schválení provozního řádu doložit: vypracovaný **provozní řád ve 2 kopiích**, smlouvu či smlouvu o smlouvě budoucí zajišťující **praní prádla, likvidaci zdravotnického odpadu, pronájmu ordinací** či výpis z katastru nemovitostí, pokud je ordinace ve Vašem vlastnictví, **žádost o schválení provozního řádu**.

Tip! Pracovníci KHS jsou někdy ochotni elektronicky provozní řád dopředu prokonzultovat a upozornit Vás na případné nedostatky. Pokud zašlete provozní řád ke schválení oficiálně a budou v něm nedostatky, budete na ně samozřejmě také upozorněni, ale na každou korespondenci má KHS 30denní lhůtu na odpověď, schvalování provozního řádu se pak může časově velmi prodloužit. Za zeptání nikdy nic nedáte.

3. Krajský úřad (Magistrát hlavního města Prahy)

Žádost o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb

Formuláře k žádosti o vydání oprávnění k poskytování zdravotních služeb bývají ke stažení na webových stránkách KÚ včetně pokynů k jejich vyplnění (dle § 18 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotnických službách a podmín-

kách jejich poskytování – zákon o zdravotních službách). Požadavky na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení definuje Vyhláška MZ č. 92/2012 Sb. (viz tip!) – již se nežadá o souhlas samostatně jako před platností zákona o zdravotních službách.

- K žádosti doložit: **doklad o zřízení nebo založení právnické osoby** - výpis z obchodního rejstříku event. notářský zápis, návrh na zápis do obchodního rejstříku (notář, CzechPoint, některé KÚ si již elektronicky stáhnout samy), **diplom** o získání specializované způsobilosti k výkonu povolání v oboru všeobecného praktického lékařství (ověřená kopie), **doklad o zdravotní způsobilosti** (Váš registrující VPL), **prohlášení odborného zástupce**, že souhlasí s ustanovením do funkce odborného zástupce (formulář ke stažení KÚ), **seznam zdravotnických pracovníků** (formulář ke stažení KÚ), **prohlášení žadatele**, že netrvá některá z překážek pro udělení oprávnění (§ 17 zákona o zdravotních službách; formulář ke stažení KÚ), provozní řád (kopie), **rozhodnutí o schválení provozního řádu** (KHS, ověřená kopie), **nájemní smlouva** na ordinaci (či smlouva o smlouvě budoucí), event. výpis z katastru nemovitostí pokud je ordinace ve Vašem objektu

Doba trvání do 30 dní, pracovnice KÚ má právo na kontrolu uvedených faktů v udané ordinaci.

Tip! Obsahem minimálního technického a věcného vybavení ordinace praktického lékaře má být dle Vyhlášky č. 92/2012 Sb. přibližně toto: plocha provozních místností – prostory určené pro manipulaci s biologickým materiálem (např. odběry krve) musí mít omyvatelný povrch stěn minimálně do výšky 180 cm, ordinace minimálně 13 m², přípravná místnost minimálně 10 m², čekárna minimálně 10 m², vybavení: vyšetřovací lehátko, umyvadlo, dřez na mytí pomůcek, nábytek pro práci zdravotnických pracovníků, židle pro pacienta, stolky na přístroje a nástroje, uzamykatelná schránka z kovu (opiáty), skříň na pomůcky, kartotéka, chladnička na uskladnění léčivých přípravků s teploměrem, chladnička na uskladnění biologického materiálu s teploměrem, tonometr, fonendoskop, teploměr, osobní váha, výškoměr, optotypy, určení barvocitu, glukometr, pomůcky pro první pomoc (ambuvak, zajištění žilního vstupu), lokální vyšetřovací svítidlo, prostor pro svlékání pacienta a odložení oděvu, sterilizátor, pokud není možnost smluvních dodávek z centrální sterilizace nebo dodávek materiálu na jedno použití.

tip! Po obdržení registrace nestátního zdravotnického zařízení máte povinnost oznámit tuto skutečnost na ÚZIS – viz www.uzis.cz. Tuto povinnost může za Vás převzít úřednice KÚ.

4. Výběrové řízení

4. 1. Vypsání výběrového řízení

Před uzavřením smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče mezi poskytovatelem zdravotních služeb a pojišťovnou se koná výběrové řízení dle zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění. Konání výběrového řízení může navrhnout buď zdravotní pojišťovna (např. zánik stávajícího poskytovatele zdravotních služeb, vznik nového poskytovatele zdravotních služeb v zdravotnické síti...) nebo poskytovatel zdravotních služeb v příslušném oboru (např. při převodu FO na PO, prodeji praxe...). Výběrové řízení vyhlašuje KÚ místně příslušný dle místa poskytování zdravotních služeb. Informace o podmínkách vypsání výběrového řízení bývají umístěny na webových stránkách KÚ. O vypsání výběrového řízení KÚ informuje na úřední desce (zákonná lhůta 30 dní).

Tip! Náležitosti žádosti o vypsání výběrového řízení: identifikace žadatele, druh a rozsah zdravotní péče, území, pro které má být poskytována, výčet zdravotních pojišťoven, není-li žadatelem o vyhlášení výběrového řízení zdravotní pojišťovna.

4. 2. Přihlášení do výběrového řízení

Nabídka uchazeče do výběrového řízení se doručuje KÚ ve lhůtě stanovené ve vyhlášení výběrového řízení.

- s sebou: **oprávnění poskytovat zdravotní péči v příslušném oboru** (diplom), **čestné prohlášení** uchazeče o tom, zda mu byla či nebyla v souvislosti s poskytováním zdravotní péče uložena disciplinární opatření, zda s ním byly či nebyly řešeny oprávněné stížnosti na poskytování zdravotní péče, zda má či nemá daňové nedoplatky vůči daňovým subjektům (§ 51 zákona č. 48/1997 Sb.) (v podstatě stačí přeformulovat tuto citaci zákona).

Tip! Náležitosti přihlášení do výběrového řízení: zákon č. 48/1997 Sb., v platném znění, dále podrobněji neupravuje náležitosti přihlášek uchazečů do výběrových řízení, je tedy na zvážení každého uchazeče, zda nabídku do výběrového řízení rozšíří o další podklady pro rozhodování členů výběrové komise nad rámec zákona č. 48/1997 Sb., - například o stručný podnikatelský záměr, případně o zpracovaný projekt.

4. 3. Výběrové řízení

Termín konání výběrového řízení je stanoven po uplynutí zákonné 30 denní lhůty, současně je krajským úřadem jmenována výběrová komise, složení členů výběrové komise je dáno § 48 odst. 1 zákona č. 48/1997 Sb. (zástupce krajského úřadu a odborník pro druh zdravotní péče,

kteřá má být poskytovatelem zdravotních služeb poskytována, je jmenován krajským úřadem, zástupce zdravotní pojišťovny a profesní organizace je delegován těmito institucemi), o zařazení uchazeče do sítě smluvních poskytovatelů zdravotních služeb zdravotních pojišťoven rozhodují členové výběrové komise tajným hlasováním, pořadí uchazečů je stanoveno podle počtu získaných hlasů, k výsledku výběrového řízení zaujímá stanovisko dle § 52 citované právní normy vyhlášovatel výběrového řízení – krajský úřad, toto své stanovisko sděluje zdravotním pojišťovnám, dle současné legislativy ke stanoviskům vyhlášovatele a k výsledkům výběrového řízení zdravotní pojišťovna **přihlíží**, výsledek výběrového řízení a stanovisko vyhlášovatele nezakládají právo na uzavření smlouvy s pojišťovnou - § 52 odst. 2 zákona č. 48/1997 Sb., v platném znění

5. Pojištění odpovědnosti za škodu způsobenou výkonem povolání (profesní pojištění)

Nabídka jednotlivých komerčních pojišťoven je bohatá, záleží na Vaší preferenci. Určitě je vhodné se zamyslet nad výší pojistného krytí (samozřejmě čím vyšší, tím větší jistota pro Vás). Je vhodné se zaměřit na výši pojistného krytí nejen pro poškození na zdraví, ale také pro způsobení psychické újmy.

6. Smlouvy s pojišťovnami

6. 1. Smlouva s Všeobecnou zdravotní pojišťovnou (VZP)

Ať jste ve výběrovém řízení uspěli či nikoliv, rozhodující je fakt, zda s Vámi (Vaší společností) zdravotní pojišťovna uzavře smlouvu. Jako první je vhodné oslovit Všeobecnou zdravotní pojišťovnu (VZP), která Vám (Vaší společnos-

ti) přidělí identifikační číslo zařízení (IČZ).

- podklady pro uzavření smlouvy s VZP: žádost o uzavření smlouvy s VZP, kontaktní údaje včetně telefonu a emailu, rozhodnutí o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb (kopie), výpis z obchodního rejstříku (kopie), kladné vyjádření výběrového řízení (kopie), smlouva o běžném účtu (kopie 1. strany), doklad o pojištění odpovědnosti za škodu (kopie), doklad o vzdělání (atestační diplom, ev. osvědčení ČLK, kopie), doklad o vzdělání zdravotní sestry – „Osvědčení MZ ČR k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu“ nebo maturitní vysvědčení (kopie), seznam požadovaných zdravotnických výkonů k nasmlouvání, seznam zdravotnické techniky a vybavení pro provedení nasmlouvaných výkonů (viz výše požadavky na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení + vaše přístroje), prohlášení o shodě (kopie), kupní smlouva ev. smlouva o smlouvě budoucí kupní (pokud kupujete praxi, kopie), oznámení o ukončení činnosti předávajícího praktického lékaře (pokud není zasláno zvlášť)

Počítejte s dobou vyřízení v řádu týdnů.

6. 2. Smlouva s ostatními zdravotními pojišťovnami

Po uzavření smlouvy s VZP zasíláte žádost o uzavření smlouvy s jednotlivými pojišťovnami, navíc oproti předchozímu bodu přikládáte kopii první strany smlouvy s VZP či doklad o přidělení IČZ.

Počítejte s dobou vyřízení v řádu týdnů až měsíců.

Literatura

1. Elis, F.: Jak převádět lékařskou praxi? Poradíme vám. Medical Tribune, www.tribune.cz/clanek/14626
2. Elis, F.: Lékařská praxe provozovaná právnickou osobou. Medical Tribune, www.tribune.cz/clanek/14728

Stanovisko Světové lékařské asociace (WMA) ohledně vztahů mezi lékaři a komerčními společnostmi

Vážení čtenáři,

jako lékaři se stále více setkáváme s otázkami, týkajícími se vlivů jiných společností/osob na vztah lékař – pacient, které mohou být ve střetu zájmu s nejlepší možnou léčbou pro pacienta. Může se jednat o vliv farmaceutických firem na nejruznějších úrovních, ale též o vliv zdravotních pojišťoven, tlačících náklady na léčení na co nejnižší úroveň apod. A protože i mezi pacienty začíná být povědomí o střetu zájmu lékařů velké a střet zájmů lékařů je označován jako problematický, chceme tuto oblast lépe poznat a přispět k tomu, aby důvěra našich pacientů k nám nebyla ohrožena.

V předchozím čísle jsme uveřejnili Stanovisko světové lékařské asociace (WMA) ke střetu zájmů v medicíně. V nynějším čísle předkládáme Stanovisko Světové lékařské asociace ohledně vztahů mezi lékaři a komerčními společnostmi. Protože se řada doporučení týká naší každodenní praxe, věříme, že i vy oceníte tato doporučení jako pomůcku pro lepší orientaci ve velmi komplikované situaci ve zdravotnictví, kdy možnost ke střetu zájmu představuje téměř každé předepsání receptu či určitého vyšetření. Pro naši situaci jsou aktuální doporučení ohledně příspěvků komerčních společností na účast na lékařských konferencích a na jejich pořádání, rovněž aktuální jsou doporučení týkající se přijímání darů. V textu jsme pro rychlou orientaci zvýraznili části, které pro nás, praktické lékaře, vidíme jako aktuální.

Za Radu Mladých praktiků
Pavel Vychytil, předseda

Přijato na valném shromáždění Světové lékařské asociace v Tokyu (Japonsko) v říjnu 2004 a upraveno valným shromážděním Světové lékařské asociace v New Delhi (Indie) v říjnu 2009

Úvod

Při léčbě pacientů užívají lékaři léky, nástroje, diagnostické a terapeutické přístroje a materiály vyvinuté a vyrobené komerčními společnostmi. Průmysl disponuje zdroji pro financování nákladného výzkumu a vývoje, pro které jsou klíčové znalosti a zkušenosti lékařů. Podpora ze strany průmyslu rovněž umožňuje rozvoj lékařského výzkumu, vědeckých konferencí a kontinuálního lékařského vzdělání, z něhož mohou mít prospěch pacienti i celý zdravotnický systém. Propojení finančních zdrojů a produktů průmyslu s odbornými vědomostmi lékařů umožňuje rozvoj nových diagnostických postupů, léčiv a léčebných postupů, které jsou předpokladem pokroku v medicíně.

Nicméně **v tomto propojení komerčních společností a lékařů dochází ke střetům zájmů, které mohou ovlivnit péči o pacienty a pověst lékařské profese. Lékař má povinnost objektivně zhodnotit, co je pro daného pacienta nejlepší, zatímco závazkem komerčních společností je přinášet zisk svým vlastníkům a podílníkům prodejem svých produktů v soutěži o zákazníky. Komerční zájmy mohou ovlivnit objektivitu lékařů, zejména v případech, kdy lékaři nějakým způsobem na těchto společnostech závisí.**

Spíše než úplný zákaz jakékoli spolupráce lékařů a průmyslu je žádoucí vytvořit pravidla upravující tyto vztahy. Tato pravidla musí zahrnovat základní principy přiznání a zveřejnění střetu zájmů, způsoby jejich prevence a záruku klinické autonomie lékařů postupovat v souladu s nejlepšími zájmy pacientů.

Toto stanovisko by mělo sloužit jako základ pro přezkoumání existujících pravidel a mělo by sloužit rozvoji jakýchkoli budoucích směrnic.

Lékařské konference

Lékaři mohou navštěvovat odborné konference zcela či částečně sponzorované komerčními společnostmi, pokud jsou dodržena následující pravidla:

- Hlavním záměrem konference je výměna odborných či vědeckých informací.
- Pohostinnost během konference je druhořadé s ohledem na odbornou výměnu informací a nepřesahuje míru místních zvyklostí a obecné přijatelnosti.
- Lékaři od komerčních společností nezískávají přímé příspěvky na pokrytí cestovních výdajů a ubytování ani kompenzaci jejich času, pokud tak nestanovuje zákon nebo požadavky národní organizace lékařů.
- Lékaři nesmějí přijímat neopodstatněnou pohostinnost a nesmějí přijímat platby od komerčních společností pro uhrazení nákladů na ubytování doprovázející osoby.
- Název komerční společnosti poskytující finanční podporu je zveřejněn, aby lékařská komunita i veřejnost mohla zhodnotit prezentované informace ve světle zdrojů financování. Organizátoři konference a přednášející zveřejňují účastníkům konference jakékoli finanční vztahy a závazky, které mají s výrobcí podílejícími se na konferenci či s jejich produkty, a také své případné další vztahy s konkurenčními společnostmi.
- Přednášky lékařů jsou odborně pravdivé, představují vyvážený souhrn možných léčebných postupů, a nejsou ovlivněny sponzorující společností.

Konference může být uznána pro účely kontinuálního vzdělávání lékařů, pouze pokud splňuje následující požadavky:

- **komerční společnosti poskytující sponzorský dar, jako například farmaceutické společnosti, nemají žádný vliv na obsah a způsob prezentace, výběr přednášejících nebo na publikaci výsledků.**
- **financování konference je přijato pouze jako příspěvek k celkovým nákladům setkání.**

Dary

Lékaři nesmějí přijímat dary od komerčních společností, pokud tak není povoleno zákonem a/nebo vyhláškami národních lékařských organizací a pokud by nebyly splněny následující podmínky:

- **Lékaři od komerčních společností nesmějí přijímat platby v hotovosti ani v jejich ekvivalentech.**
- **Lékaři nesmějí přijímat dary pro svůj osobní užitek.**
- **Dary určené k ovlivnění klinické praxe jsou nepřijatelné za jakýchkoli okolností. Propagační pomůcky mohou být přijaty v případě, že tento dar má minimální hodnotu a není spojen se závazkem předepisovat specifický lék, užívat specifické nástroje či materiály nebo odesílat pacienty do specifického zařízení.**
- Zdvořilostní dary mohou být přijímány pouze nepravdělně a v souladu s místními zvyky, pokud tento dar není nákladný a není ve vztahu k medicíně.

Výzkum

Lékař smí provádět výzkum financovaný komerční společností, ať jako jednotlivec či v rámci instituce, pokud jsou dodržena následující pravidla:

- Lékař postupuje v souladu s právními a etickými principy Helsinské deklarace a klinické odbornosti v provádění výzkumu a nepoddává se vnějším tlakům ohledně výsledků výzkumu a jejich publikace.
- Pokud možno, lékař či instituce navrhující výzkum osloví více než jednu společnost se žádostí o jeho financování.
- Identifikovatelné informace ohledně účastníků výzkumu (pacientů či dobrovolníků) není poskytována sponzorující společnosti bez výslovného souhlasu jednotlivých účastníků.
- Odměna lékaře za výzkum je odvozena od jeho času

a námahy jako kompenzace a žádným způsobem není spojována s výsledky výzkumu.

- Výsledky výzkumu jsou zveřejněny s uvedením názvu sponzorující společnosti, včetně uvedení, kdo je zadavatelem výzkumu. Toto se týká jakéhokoli výzkumu, ať se jedná o financování (sponzorství) přímé i nepřímé, plné i částečné.
- Komerční společnosti nepotlačují publikování výsledků výzkumu. V případě, že výsledky výzkumu nejsou zveřejněny, zejména v případě negativních výsledků, mohlo by docházet ke zbytečnému opakování výzkumu a vystavování dalších účastníků potenciálnímu poškození.

Spolupráce s komerčními společnostmi

Lékař nesmí vstoupit do vztahu s komerčními společnostmi v roli konzultanta či člena poradního výboru, pokud by nebyly splněny následující podmínky:

- Spolupráce neohrožuje integritu lékaře.
- Spolupráce není v rozporu se závazky lékaře vůči jeho pacientům.
- Spolupráce a/nebo další vazby s komerčními společnostmi jsou plně přiznány a zveřejněny ve všech relevantních situacích jako jsou přednášky, odborná sdělení, články a zprávy.

Přeložili:

MUDr. Lydie Fialová

Ústav etiky, 3. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze

MUDr. Martin Špaček

Oddělení klinické hematologie, Fakultní nemocnice Královské Vinohrady

MUDr. Pavel Vychytil

Kabinet veřejného zdravotnictví, 3. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze

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. 2. 2014**.

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 9-10/2013: 1ab, 2ab, 3a, 4abc, 5a, 6abc, 7ab, 8b, 9a, 10c

BIOLOGICKÁ LÉČBA PSORIÁZY

1. Psoriáza postihuje v průměru

- a) 0,5 % evropské populace
- b) 2 % evropské populace
- c) 5 % evropské populace

2. Nečastější formou psoriázy je

- a) ložisková forma
- b) gutátní forma
- c) erythrodermická forma

3. Mezi formy psoriázy nepatří

- a) acrodermatitis continua
- b) acrodermatitis chronica atroficans
- c) dermatitis seborrhoica

4. Středně těžkou až těžkou formou psoriázy trpí asi

- a) 10 % pacientů s psoriázou
- b) 25 % pacientů s psoriázou
- c) 50 % pacientů s psoriázou

5. Biologická terapie se nezahajuje u pacientů

- a) s dekompenzovaným diabetes mellitus
- b) v těhotenství
- c) s psoriatickou artropatií

6. Pokud pacient biologickou léčbu snáší a dostatečně na ni reaguje, měla by

- a) být podávána ještě 2 měsíce po vyhojení ložisek
- b) trvat až 12 měsíců
- c) být dlouhodobá až celoživotní

7. V případě očkování živými vakcínami, plánovaného chirurgického zákroku, při infekci a v těhotenství je nutné biologickou léčbu

- a) na přechodnou dobu vysadit
- b) snížit dávku na polovinu
- c) léčbu nevysazovat

EPIGENETIKA MĚNÍ PARADIGMA

8. Epigenetických změny jsou změny funkce genů způsobené

- a) životním stylem a vnějšími okolnostmi
- b) změnou nukleotidové sekvence DNA
- c) změnami v genech

ROZTROUŠENÁ SKLERÓZA

9. Je možné nemocné s roztroušenou sklerózou očkovat proti chřipce?

- a) Je možné, ale ke vhodnosti očkování by se měl vyjádřit ošetřující neurolog.
- b) Je vhodné u těch nemocných, jejichž neurologický náález je dlouhodobě stabilizovaný.
- c) Očkování proti chřipce u těchto nemocných není vhodné.

KDY A JAK DIAGNOSTIKOVAT PLICNÍ HYPERTENZI

10. Při podezření na plicní hypertenzi jako na možnou příčinu obtíží nemocného je nutno nejdříve plicní hypertenzi prokázat nebo vyloučit a to

- a) echokardiograficky
- b) scintigrafií plic
- c) provedením HRCT plic

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. 1/2014

Jméno a příjmení

Adresa pracoviště

**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 |

Členské číslo SVL (povinný údaj)

(bez tohoto čísla nemohou být kredity přiděleny)



12.–13. 3.
2014
Olomouc

Vzdělávání rychlostí 160 km/h



Největší

odborná konference
praktických lékařů 2014
na Moravě v roce



Registrujte se na stránkách
www.praktik-intranet.cz



Trombex

Prevence aterotrombotických příhod₁

Indikace:

Prevence aterotrombotických příhod u dospělých pacientů:

- po IM, iCMP, u ICHDK
- s AKS bez ST - elevace, s AIM s ST - elevací vždy v kombinaci s ASA

Prevence aterotrombotických a tromboembolických příhod (včetně CMP) u fibrilace síní:

- u dospělých pacientů, kteří mají alespoň jeden rizikový faktor pro cévní příhody, nemohou být léčeni antagonisty vitamínu K (VKA) a mají nízké riziko krvácení, v kombinaci s ASA₁

ZKRÁCENÁ INFORMACE O PŘÍPRAVKU TROMBEX® 75 mg potahované tablety:

Kvalitativní a kvantitativní složení: 75 mg klopidoogrelum v jedné potahované tabletě. **Indikace:** Prevence aterotrombotických příhod u dospělých pacientů: po IM, po ischemické CMP nebo s prokázanou ischemickou chorobou dolních končetin; u pacientů s akutním koronárním syndromem bez ST elevace včetně pacientů, kteří po PCI podstupují implantaci stentu, v kombinaci s ASA; u pacientů s akutním IM s ST elevací v kombinaci s ASA u konzervativně léčených pacientů vhodných pro trombolytickou léčbu; * u pacientů s fibrilací síní, kteří mají alespoň jeden rizikový faktor pro cévní příhody, nemohou být léčeni antagonisty vitamínu K a mají nízké riziko krvácení. Přípravek je indikován u dospělých pacientů. **Dávkování:** Klopidoogrel se užívá v jedné denní dávce 75 mg. Je určen pro léčbu dospělých pacientů. *U pacientů s AKS:* bez ST elevace (nestabilní angina pectoris nebo non-Q infarkt myokardu) by léčba měla být zahájena úvodní dávkou 300 mg a potom by měla pokračovat dávkou 75 mg jednou denně (s ASA 75 – 325 mg denně). Akutní IM s ST elevací: klopidoogrel by měl být podáván v dávce 75 mg 1x denně s počáteční nárazovou dávkou 300 mg v kombinaci s ASA a s nebo bez trombolitik. Léčba pacientů starších 75 let by měla být zahájena bez podání počáteční nárazové dávky. * *U pacientů s fibrilací síní:* klopidoogrel by měl být podáván v jednorázové denní dávce 75 mg. V kombinaci s klopidoogrelem se má zahájit podávání ASA (75-100 mg za den). **Kontraindikace:** Přecitlivělost na léčivou látku nebo pomocné látky přípravku. Závažná porucha funkce jater. Aktivní patologické krvácení jako krvácení při peptickém vředu nebo intrakraniální krvácení. **Zvláštní upozornění a opatření pro použití:** Objeví-li se během léčby podezření na krvácení, mělo by být zváženo vyšetření. Klopidoogrel by měl být užíván s opatrností u pacientů s možným rizikem zvýšeného krvácení po traumatu, operaci nebo v důsledku jiných patologických stavů a v případě současného podávání klopidoogrelu a ASA, heparinu, inhibitorů glykoproteinu IIb/IIIa nebo nesteroidních antiflogistik včetně COX-2 inhibitorů. Současné podávání klopidoogrelu s orálními antikoagulanty se nedoporučuje, neboť může zvýšit intenzitu krvácení. Klopidoogrel je třeba vysadit 7 dní před plánovanou operací. Pacienti by měli informovat lékaře o užívání klopidoogrelu před každým plánovaným chirurgickým výkonem. Není doporučeno jeho podání prvních 7 dní po akutní ischemické CMP. U pacientů s poruchou renálních funkcí a středně těžkou poruchou funkce jater je nutná zvláštní opatrnost. **Interakce:** Současné podávání perorálních antikoagulantů se nedoporučuje. S opatrností lze současně užívat inhibitory glykoproteinových receptorů IIb/IIIa. ASA, heparin, nesteroidní antiflogistika. Při současném podávání trombolitik a klopidoogrelu byla incidence klinicky významného krvácení podobná jako při podávání trombolytických látek a heparinu současně s ASA. Z preventivních důvodů je zapotřebí vyvarovat se současného podávání léčivých přípravků, které inhibují CYP2C19, omeprazolu a esomeprazolu. **Těhotenství a kojení:** Nejsou k dispozici žádné klinické údaje o podávání klopidoogrelu během těhotenství, proto se z preventivních důvodů nedoporučuje jeho užívání. Klopidoogrel by neměl být užíván během kojení. **Účinky na schopnost řídit a obsluhovat stroje:** Klopidoogrel nemá žádný nebo nepatrný vliv na schopnost řídit a obsluhovat stroje. **Nežádoucí účinky:** *časté* – hematomy, epistaxe, gastrointestinální krvácení, průjem, bolesti břicha, dyspepsie, svědění, krvácení při vpichu, *méně časté* – trombocytopenie, leukopenie, eosinofilie, intrakraniální krvácení, oční krvácení, žaludeční vředy, duodenální vředy, gastritida, zvracení, nevolnost, zácpa, flatulence, vyrážka, svědění, purpura, krev v moči, prodloužení doby krvácivosti, snížený počet neutrofilů, snížený počet krevních destiček. **Předávkování:** Předávkování klopidoogrelem může vést k prodloužení doby krvácení a následným krvácivým komplikacím. **Zvláštní opatření pro uchovávání:** Uchovávat do 30 °C v původním obalu, aby byl chráněn před vlhkostí. **Druh obalu a velikost balení:** Blister, 30, 90 potahovaných tablet. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Zentiva k.s., Praha, Česká republika. **Registrační číslo:** 16/351/09-C. **Datum poslední revize textu:** 18. 7. 2012. **Výdej:** Přípravek je vázán na lékařský předpis. Přípravek je hrazen, s indikačním omezením, z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Před předepsáním se seznámte s úplnou informací o přípravku. Určeno pro odbornou veřejnost.

* Všimněte si prosím změny v informacích o léčivém přípravku.

Citace: 1) SPC přípravku Trombex, datum poslední revize textu 18.7.2012

CZ.TRX.13.05.04

ZENTIVA
SPOLČNOST SKUPINY SANOFI

Podrobné informace získáte v Souhrnu údajů o přípravku nebo na adrese:

Sídlo firmy dle obchodního rejstříku – Zentiva, k.s. U Kabelovny 130, Praha 10

Korespondenční adresa – Zentiva, k.s.; Budova Argo, Evropská 846/176a, 160 00 Praha 6, Česká republika, Tel.: +420 233 086 333; Fax: +420 233 086 222; www.zentiva.cz