

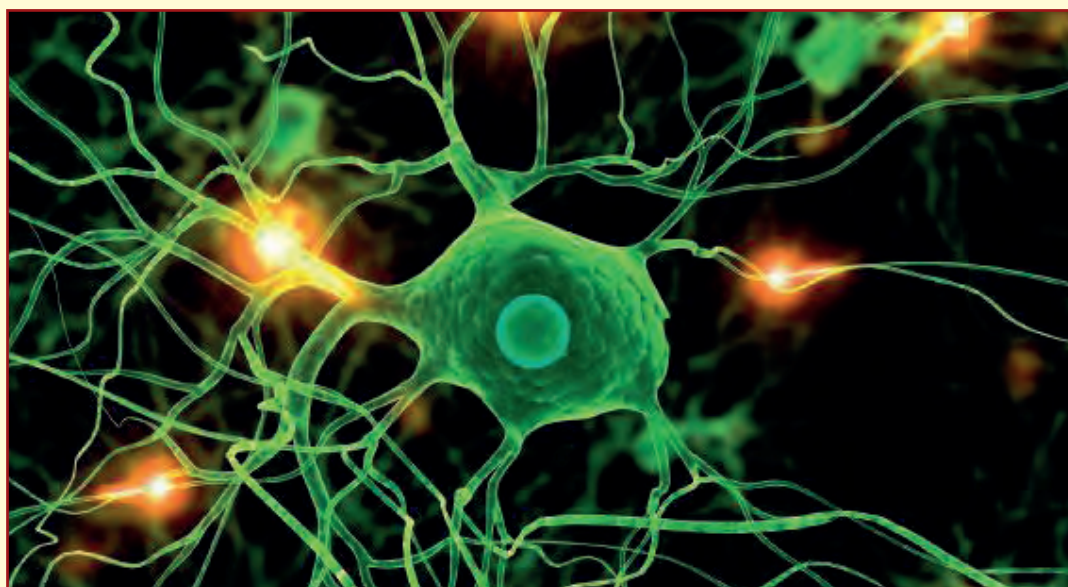


practicus

Odborný časopis Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP

tip tohoto čísla

Farmakoterapie neuropatické bolesti



č. 4/2014

ročník 13

pro
praktické
lékaře
zdarma

Vkladem
tohoto čísla je
Doporučený postup
METABOLICKÝ
SYNDROM

Vydává
Společnost
všeobecného
lékařství ČLS JEP

www.practicus.eu

Prohlášení z VIII. Jarní interaktivní konference

Cesta za vzděláním, aneb když se již ve vlaku přednáší

**Tisková zpráva – nemocní s celiakií mohou požádat
o příspěvek na bezlepkovou dietu**

Farmakoterapie neuropatické bolesti

Klimakterický syndrom

Metabolický syndrom – kliniku patofyziologií nenahradíš

Ischemická choroba dolních končetin

Stručně o pylové alergii

Chronické žilní onemocnění – známé, ale zrádné...

Bolest na hrudi u diabetika vyžaduje vždy pomýšlet na ICHS

Předoperační vyšetření

Internetový telefon v ordinaci praktického lékaře

1st # VdGM Forum | Barcelona, 7.–8. února 2014



XXXIII. výroční konference

Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP



5. – 8. listopadu 2014

Hotel Thermal • Karlovy Vary

Největší odborná konference praktických lékařů v České republice v roce 2014

OBSAH

practicus

odborný časopis SVL ČLS JEP
4/2014, ročník 13

INFO SVL

- 04** | PROHLÁŠENÍ Z VIII. JARNÍ INTERAKTIVNÍ KONFERENCE
- 05** | CESTA ZA VZDĚLÁNÍM, ANEB KDYŽ SE JIŽ VE VLAKU PŘEDNÁŠÍ
- 07** | TISKOVÁ ZPRÁVA – NEMOCNÍ S CELIAKIÍ MOHOU POŽÁDAT O PŘÍSPĚVEK NA BEZLEPKOVOU DIETU

ODBORNÉ ČLÁNKY

- 08** | FARMAKOTERAPIE NEUROPATICKÉ BOLESTI
MUDr. Petr Cvrček, Ph.D.
- 12** | KLIMAKTERICKÝ SYNDROM
MUDr. Jakub Malík
- 14** | METABOLICKÝ SYNDROM – KLINIKU PATOFYZIOLOGIÍ NENAHRADÍŠ
prim. MUDr. Petr Sucharda, CSc.
- 17** | ISCHEMICKÁ CHOROBA DOLNÍCH KONČETIN
MUDr. Petra Zimolová
- 20** | STRUČNĚ O PYLOVÉ ALERGIÍ
MUDr. Magdalena Herknerová, Ph.D.

KAZUISTIKY

- 24** | CHRONICKÉ ŽILNÍ ONEMOCNĚNÍ – ZNÁMÉ, ALE ZRÁDNÉ...
MUDr. Klauďie Komárková, MUDr. Otakar Komárek
- 27** | BOLEST NA HRUDI U DIABETIKA VYŽADUJE VŽDY POMÝŠLET NA ICHS
MUDr. Olga Grossmannová

KAZUISTIKY ZE SOUDNĚ ZNALECKÉ PRAXE

- 30** | PŘEDOPERAČNÍ VYŠETŘENÍ
MUDr. Pavel Brejník

PC A DOKTOR

- 36** | INTERNETOVÝ TELEFON V ORDINACI PRAKTICKÉHO LÉKAŘE, ANEB KDYŽ INTERNET TELEFONUJE
MUDr. Cyril Mucha

ZE SVĚTA MLADÝCH PRAKTIKŮ

- 38** | 1ST # VDGM FORUM | BARCELONA, 7.–8. ÚNORA 2014
JAK SE MŮŽE SEN STÁT SKUTEČNOSTÍ
MUDr. Zuzana Švadlenková

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

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

Odborní redaktori:

MUDr. Michaela Jirků, MUDr. Cyril Mucha

Manažerka časopisu:

Hana Čížková

Spolupracovnice časopisu:

Andrea Vrbová, Romana Hlaváčková

Náklad 6000 ks. ••• Vychází 10× ročně. ••• **Pro praktické lékaře v ČR zdarma.** ••• Roční předplatné pro ostatní zájemce **610 Kč.** ••• Přihlášky přijímá redakce. ••• Toto číslo bylo dáno do tisku **5.5. 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

Prohlášení z VIII. Jarní interaktivní konference všeobecných praktických lékařů ze dne 26. 4. 2014 v Praze

Prohlášení bylo jednohlasně schváleno všemi přítomnými 1186 účastníky.

My, všeobecní praktičtí lékaři, účastníci Jarní interaktivní konference Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP, vyzýváme ministra zdravotnictví k jednání o problematice primární péče.

Jsme zaskočeni faktem, že ministerstvo dosud vedlo jednání s jinými složkami zdravotního systému, ale nikoli se zástupci primární péče, kteří pečují o celou dospělou populaci v ČR.

V případě zrušení regulačních poplatků od 1. 1. 2015 trváme na jejich plné kompenzaci a dále na zahájení diskuse o valorizaci kapitační platby. Praktičtí lékaři na rozdíl od nemocničního sektoru nebyli nikdy oddluženi a v současné době se již dostávají na hranu ekonomické udržitelnosti svých ordinací.

Konstatujeme, že pro některé problémy primární péče jsou odpovědnými osobami navrhována řešení, která nejsou součástí žádného koncepčního dokumentu o vývoji systému zdravotní péče v ČR. Žádáme MZ ČR, aby ve spolupráci se všemi zainteresovanými složkami zahájilo hledání koncepčního řešení a práci na strategickém dokumentu, který by měl dlouhodobější platnost. Průměrná doba fungování ministra ve funkci je 12 měsíců; současný ministr je 20. v pořadí od roku 1989 a je dlouhodobě nepřijatelné při každé změně ministra koncepci a priority zásadně měnit.

Plně podporujeme prohlášení XXIV. konference SPL ČR z 5. dubna 2014 v Praze a žádáme MZ ČR, aby neprodleně přistoupilo k řešení uvedených problémů.

Vzdělávací semináře SVL ČLS JEP v květnu 2014

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

Hlavní téma: DP ARTERIÁLNÍ HYPERTENZE – aktualizace 2014 DP GERIATRIE – aktualizace 2014

den	datum	čas	město a místo konání
pondělí	5. 5.	16.30–20.30 h	Zlín, Aula SZŠ, Příluky 372
sobota	10. 5.	09.00–13.00 h	Olomouc, Aula Právnické fakulty UP Olomouc, tř. 17. listopadu 8
úterý	13. 5.	16.00–20.00 h	Pardubice, Hotel Zlatá Štika, Štrossova 127
středa	14. 5.	17.00–21.00 h	Jihlava, presbytář Hotelu Gustav Mahler, Křížová 4
čtvrtek	15. 5.	16.00–20.00 h	Hradec Králové, Nové Adalbertinum, Velké náměstí 32
čtvrtek	15. 5.	16.30–20.30 h	Karlovy Vary, Hotel „U Šimla“, Závodní 1
čtvrtek	15. 5.	16.00–20.00 h	Ostrava, Hotel Imperial, Tyršova č. 6
čtvrtek	15. 5.	16.00–20.00 h	Praha 2, Lék. dům, Sokolská 31
čtvrtek	15. 5.	16.00–20.00	Ústí nad Labem 1, Best Western Hotel Vladimír, Masarykova 36
sobota	17. 5.	09.00–13.00 h	Brno, Kancelář veřejného ochránce práv, Údolní 39
sobota	17. 5.	09.00–13.00 h	Plzeň, Šafránkův pavilon, alej Svobody č. 31
středa	21. 5.	16.00–20.00 h	Lék. dům, Sokolská 31, 120 26 Praha 2
středa	21. 5.	16.00–20.00 h	České Budějovice, Clarion Congress Hotel, Pražská třída 2306/14
čtvrtek	22. 5.	16.00–20.00 h	Liberec 1, Clarion Grandhotel Zlatý Lev, Gutenbergova 3



Cesta za vzděláním, aneb když se již ve vlaku přednáší

MUDr. Cyril Mucha
Praktický lékař, Praha

Milí kolegové, také jste zažili situaci, kdy jste jeli veřejným dopravním prostředkem a říkali jste si, že je škoda času stráveného pasivně v něm? Jestli by se doba strávená cestováním nedala využít užitečněji?



Před časem jsme si toto řekli též a netrvalo dlouho a ve dnech 12–13. března se uskutečnila světová premiéra lékařského kongresu, jehož jedna část se konala již přímo ve vlaku. Společnost Leo Express vyšla SVL a pořádající agentuře Target MD vstříc a po určitých počátečních „porodních bolestech“ se podařilo připojení do systému vlakové soupravy. Po celou cestu z Prahy do Olomouce tak v celém vlaku (pouze pro nás pronajatém) byly přednášky nejen slyšet, ale i vidět na monitorech i díky přiroze-



nému šumu za jízdy a „blízkosti“ ostatních spolucestujících. Zajímavé bylo i to, že šlo přímo o daných tématech okamžitě diskutovat. Vytvořili se totiž skupinky, ve kterých se o daných tématech (a nejen o nich) živě diskutovalo. Cesta do Olomouce tak uběhla neuvěřitelně rychle. Přesun do hotelu Clarion, kde se konala „fixní“ část byl též velmi jednoduchý, protože od nádraží je vzdálen asi 200 m.



Druhý den probíhaly již „standardní“ přednášky, ale lehce na „nestandardní“ témata, která se běžně nepřednášejí. Např. jak číst krevní obraz, geneticky podmíněné trombofilní stavy, novinky v očním lékařství, v hormonální terapii, hovořilo se i o etice, POCT metodách a došlo i na praktické aspekty očkování. Závěrečný blok byl věnován postgraduálnímu vzdělávání a předávání praxí.



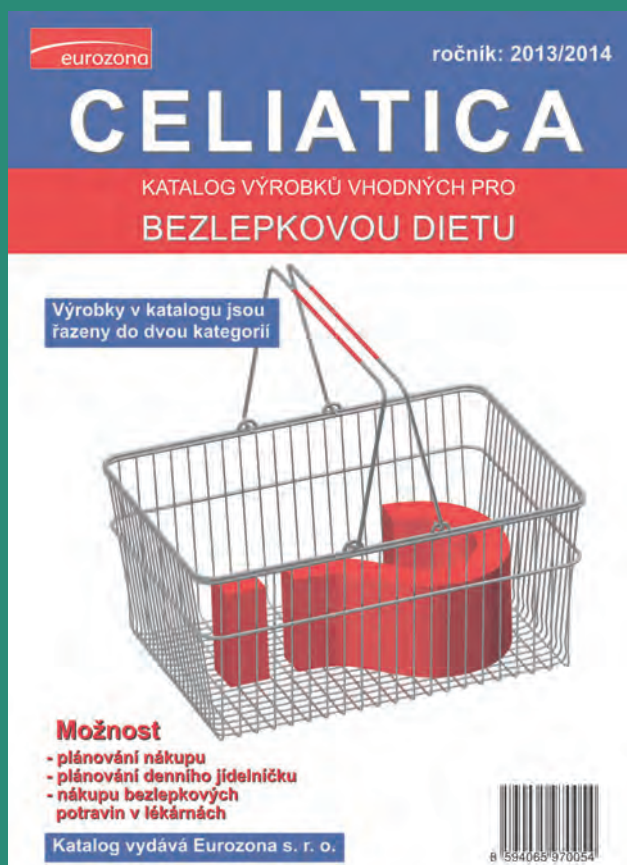
A na závěr několik komentářů kolegů k akci:

„bezvadný nápad, příjemné prostředí, hezká atmosféra“
 „skvěle jsme si to užili ve vlaku i večer v Olomouci“
 „vlak byl skvělý, ten den jsem ještě dopoledne normálně pracoval, klidně bych udělal ještě nějaký program hned po příjezdu do Olomouce“
 „výborné bylo, že jsem jen jeden den nebyla v ordinaci a přitom si užila dva přednáškové dny“.

Za pořádající, ale i konzumující tým
MUDr. Cyril Mucha
 člen výboru SVL ČLS JEP

BEZLEPKOVÉ POTRAVINY V LÉKÁRNÁCH!

- v lékárnách lze objednat největší sortiment bezlepkových potravin v České republice
- v nabídce přes 220 bezlepkových výrobků
- do lékáren je distribuován i katalog **CELIATICA** - katalog výrobků vhodných pro bezlepkovou dietu
- v katalogu **CELIATICA** najdete bezlepkové výrobky, jak od specializovaných firem, tak i od běžných výrobců potravin
- celý sortiment bezlepkových potravin včetně katalogu **CELIATICA** lze objednat v 1500 lékárnách po celé ČR



VEŠKERÉ INFORMACE NA
WWW.CELIATICA.CZ
NEBO NA TEL. ČÍSLECH:
775 220 185, 776 356 830

Distribuci bezlepkových výrobků do lékáren zajišťuje společnost
PHOENIX lékárenský velkoobchod, a. s. ve spolupráci s firmou **EUROZONA s.r.o.**



A company of PHOENIX group



Tisková zpráva

Nemocní s celiakií mohou požádat o příspěvek na bezlepkovou dietu

Češi trpící celiakií mohou u některých zdravotních pojišťoven požádat o příspěvek na bezlepkovou dietu. Bezlepkové potraviny bývají dražší, jen přísné dodržování diety je možností, jak se zbavit zdravotních problémů souvisejících s onemocněním. Maximální roční příspěvek (6000 Kč) ještě loni poskytovala nevýdělečně činným do věku 26 let Všeobecná zdravotní pojišťovna. Letos o vyšší příspěvku zatím nerozhodla. Na bezlepkovou dietu poskytují finance také další české pojišťovny (Zaměstnanecká pojišťovna Škoda, Česká průmyslová zdravotní pojišťovna a Revírní bratrská pokladna).

O příspěvek na bezlepkovou dietu mohou požádat nemocní, kteří mají potvrzení o diagnostikované celiakii. Diagnostika je vzhledem k mnoha různým často necharakteristickým příznakům velmi obtížná. „Prvním krokem je vyšetření krve na specifické autoprotilátky. Dalším krokem je histopatologické vyšetření biopsie sliznice tenkého střeva. Vzorek sliznice velikosti kolem 2 mm odebírá gastroenterolog při endoskopickém vyšetření. Bez výsledku biopsie se přesná diagnóza neobejde,“ popsala diagnostiku celiakie MUDr. Markéta Trnková, ředitelka laboratoří BIOLAB Praha, které se diagnostikou tohoto onemocnění zabývají už více než 10 let.

Na Slovensku pojišťovny hradí velkou část z ceny bezlepkových potravin

Pro srovnání – na Slovensku mají lidé odkázaní na zdravotní diety právo na velkou část úhrady z ceny potravin. Slovenští zákonodárci totiž prosadili velká procenta úhrad nejen na bezlepkovou dietu, ale spoustu dalších zdravotních diet. „Celiak na Slovensku na bezlepkový tmavý chléb, který stojí 3,51 €, dostane od státu 1,98 € a v případě univerzální bezlepkové mouky, která stojí 4,07 €, obdrží dokonce 3,55 €,“ uvedla příklady z praxe

Monika Sívá, slovenská studentka s diagnostikovanou celiakií žijící v Praze. „U pacientů s nárokem na dotaci se krevními testy na protilátky sleduje, zda poctivě dodržují bezlepkovou dietu. Bezlepkové potraviny u nás předepíše lékař. Například doplňková tekutá výživa, co pomáhá celiakům s rozhozeným metabolismem těsně po diagnóze, je téměř celá dotována. Pacient platí jen 0,01 eura,“ dodává Monika Sívá.

V Česku celiak může získat příspěvek na bezlepkovou dietu až 6 tisíc korun ročně

V České republice Všeobecná zdravotní pojišťovna v rámci programu Bezlepková dieta ještě v loňském roce nabízela svým pojištěncům příspěvek 6000 Kč. Jaký bude příspěvek letos, zatím pojišťovna nesdělila. Pacienti by se aktualizované informace měli dozvědět v průběhu května. VZP však celiakům radí, ať si schovávají platební doklady za bezlepkové potraviny.

Zaměstnanecká pojišťovna Škoda nabízí příspěvek v maximální výši 1500 Kč ročně pro všechny bez rozdílu věku na úhradu nákladů spojených s dietním stravováním (po předložení originálního dokladu o zaplacení nákupu dietní stravy a vyjádření ošetřujícího lékaře o nezbytné dietě). „Příspěvek ve stejné výši poskytuje ženám i mužům od 19 let s diagnózou celiakie Česká průmyslová zdravotní pojišťovna. Příspěvek je určen na bezlepkové potraviny, bezlepkové suroviny a domácí pekárnu,“ upřesnila Jana Slabá, specialista zdravotních pojišťoven společnosti AeskuLab. Pojištěnci ČPZP musí doložit výpis z bankovního účtu nebo průkazní kartičku k bankovnímu účtu, občanský průkaz a potvrzení od gastroenterologa.

Poslední, kdo nabízí příspěvek na bezlepkovou dietu, je Revírní bratrská pokladna. Navýšeným příspěvkem do výše 1000 Kč hradí nákup potravin dětem s diagnózou celiakie.



Všeobecná zdravotní pojišťovna	- nyní připravuje aktualizaci programu Bezlepková dieta - radí klientům s celiakií schovávat si platební doklady za bezlepkové potraviny
Zaměstnanecká pojišťovna Škoda	- maximální výše ročního příspěvku je 1500 Kč - bez rozdílu věku - nutné je lékařské potvrzení o diagnostikované celiakii - nutné je mít originální platební doklady za bezlepkové potraviny - příspěvek je určen na bezlepkové potraviny a domácí pekárnu
Česká průmyslová zdravotní pojišťovna	- příspěvek ve výši 1500 Kč - příspěvek je určen ženám i mužům od 19 let s diagnózou celiakie - příspěvek je určen na bezlepkové potraviny a domácí pekárnu - nutné je doložení dokladů o nákupu bezlepkových potravin do dvou měsíců od nákupu - k proplacení na pobočce je nutné doložit výpis z bankovního účtu nebo průkazní kartičku k bankovnímu účtu, občanský průkaz a potvrzení od gastroenterologa
Revírní bratrská pokladna	- hradí příspěvek do výše 1000 Kč - nutné je lékařské potvrzení o diagnostikované celiakii - hradí nákup potravin dětem s diagnózou celiakie



Farmakoterapie neuropatické bolesti

MUDr. Petr Cvrček, Ph.D.

Ambulance bolesti ARO Nemocnice Jihlava

Patofyziologický úvod

Proč je **neuropatická bolest** tak výjimečným a obtížně řešitelným fenoménem lze pochopit při podrobnějším rozboru patofyziologických souvislostí. Zásadně se liší od **somatické bolesti**, která vzniká stimulací nocisensorů, ať už volných nervových zakončení, vysokoprahových mechanoreceptorů nebo polymodálních nocisensorů. Tato informace je pak vedena prostřednictvím periferního a centrálního nervového systému do jeho nejvyšších etáží a zde vědomě zpracována. Neurogenní bolest vzniká na podkladě destrukce nervové tkáně, tedy onoho „informačního kanálu“ vedoucího informací o bolesti, a nikoli na základě stimulace nocisensorů.

Poškozené nervové vlákno získává nové vlastnosti, které nepoškozené vlákno nemá a jež jsou zdrojem pacientových obtíží. Při segmentální demyelinizaci se v postiženém úseku rozvíjí **mechanosensitivita** a současně zde probíhají reparační a regenerační pochody. V místě destrukce dochází k tzv. **pučení (sprouting)** nově vznikajících výběžků, ke kontaktu křížících se vláken (**efapse**) nebo vzniku **neuromů**. V této oblasti je nejen vyšší koncentrace natriových a kalciových kanálů ale i alfa-adrenergických receptorů a je tudíž náchylná k depolarizaci (hypersensitivita), jejímž výsledkem je vznik ektopického ložiska spontánních výbojů (**firing**). Ukázalo se však, že zdrojem ektopických výbojů jsou nejen samy výhonky, ale i těla postižených neuronů v ganglion spinale. Ektopické vzruchy působí nadměrné otevírání napěťově řízených kalciových kanálů, které jsou umístěny uvnitř plasmatické membrány nervového zakončení. Ty se otevírají během depolarizace a umožňují kalciovým kationtům vniknout do nervového zakončení. Vtok Ca^{++} vede k uvolnění neurotransmiterů z presynaptického terminálu a k jeho vazbě na postsynaptické receptory.

Abnormální stimulace neuronů zadního míšního rohu vede k funkční a synaptické remodelaci na spinální i supraspinální úrovni, která působí sekundární hyperalgezií. Trvalé výboje jsou jednak zdrojem spontánní bolesti, jednak udržují CNS ve stavu hyperexcitability, jejímž důsledkem je hyperalgezie a alodynii.

V oblasti zadních rohů míšních se na přenosu a modulaci bolestivých podnětů z periferie podílí celá řada neurotransmiterových systémů, jež se vzájemně komplexně ovlivňují. Přenosu bolesti se účastní kromě excitačních aminokyselin (glutamat, aspartát) i neuropeptidy (např. substance P, CGRP a další). Modulační roli hrají hlavně opioidní, GABAergní, serotoninergní, adrenergní, adenosinergní a cholinergní systémy.

Nadměrná stimulace vyšších etáží CNS je způsobena i snazším šířením signálu o neuropatické bolesti míchou (**centrální senzitivace** neboli fenomén **wind up**), jehož příčinou je aktivace NMDA receptorů v oblasti zadních rohů míšních.

Z nastíněného modelu neuropatické bolesti vysvítá i obtížnost její farmakoterapie. Periferně působící analgetika jsou neúčinná, neboť neexistuje substrát, jehož prostřednictvím by měla možnost realizovat svůj farmakodynamický efekt. Účinnost opioidů je nejednotná – v některých případech mají analgetický efekt, jindy nikoliv. Tento rozpor je podle některých hypotéz zapříčiněn životaschopností periferního nervu a jeho opioidních receptorů. Pokud je nerv životaschopný, jsou funkční i tyto receptory a opioidy tlumí neurogenní bolest, pokud však nerv odumře, receptory zaniknou a opioidy pak úlevu od bolesti nepřinášejí.

Daleko účinnější jsou tzv. koanalgetika, tedy léky primárně využívané k jinému účelu než tlumení bolesti, které však v určitých situacích, jakou může být i neuropatická bolest, projevují svůj specifický analgetický efekt. Antiepileptika a lokální anestetika tlumí ektopickou periferní vzruchovou aktivitu, zatímco tricyklická antidepresiva (díky inhibici zpětného vychytávání katecholaminů v synaptické štěrbině) potencují účinnost adrenergických descendních míšních inhibičních drah fyziologicky modulujících vstup bolestivé informace do CNS v oblasti zadních rohů míšních.

Klinické syndromy a jejich příčiny

Periferní neuropatické bolesti

Asymetrické – lokalizované neuropatie

Z hlediska lokalizace jde o mononeuropatie, plexopatie či radikulopatie. Při postižení vláken fyziologicky vedoucích informaci o bolesti (A δ a C vlákna) dochází k hyperalgezií (nepřiměřeně intenzivní reakci na slabé bolestivé podněty – např. štipnutí), při postižení vláken fyziologicky vedoucích senzitivní, nikoliv však bolestivou informaci (např. dotyk) (A β vlákna) dochází k alodynii (nebolestivá stimulace je vnímána bolestivě).

- **Kraniální neuralgie** – termín „neuralgie“ se používá pro bolest v distribuční zóně senzitivního nervu a mívá charakteristický typ bolesti. Klasický příklad je neuralgie trigeminu nebo podstatně vzácnější neuralgie glosafaryngeální.
- **Kompresivní syndromy** – syndrom karpálního nebo tarzálního tunelu, metatarzalgie (Mortonova neuralgie), meralgia paresthetica a kořenové komprese.
- **Postoperační** nebo **posttraumatické neuropatické bolesti** mohou vzniknout po poranění nervu.
- **Plexopatie** – nejčastější je postižení brachiálního plexu, např. neuralgická amyotrofie, nádorové infiltrace, postraadiční postižení.

- **Diabetická neuropatie** – patří sem zejména oftalmoplegie, torakoabdominální neuropatie a proximální amyotrofie (lumbosakrální radikuloplexopatie).
- **Infekční, resp. postinfekční** – postherpetické neuralgie, borelióza, HIV.
- **Vaskulitidy** – periferní postižení často imponuje jako vícečetné postižení jednotlivých periferních nervů (mononeuropatia multiplex) a bývá často spojeno s bolestmi.

Symetrické systémové polyneuropatie

K bolestem dochází především tam, kde je v popředí postižení tenkých myelinizovaných a nemyelinizovaných vláken – tzv. neuropatie tenkých vláken (small fiber neuropathy). Je diagnosticky velmi důležitá, protože dominuje bolest, současně jsou jen malé poruchy cití, reflexy mohou být normálně výbavné a elektrodiagnostika (EMG) je často rovněž normální.

- **Idiopatické** (kryptogenní), tj. polyneuropatie bez zjištěné příčiny. Jde o častou příčinu pálení nohou (tzv. burning feet syndrom) u starších lidí.
- **Metabolické** – především diabetická distální symetrická převážně senzitivní polyneuropatie, uremická neuropatie.
- **Toxické** – alkohol, cytostatika, INH, organofosfáty a další toxicky působící látky nebo léčiva.
- **Zánětlivé** – autoimunitní – akutní syndrom Guillain-Barré, chronická zánětlivá demyelinizační polyneuropatie (CIDP), polyneuropatie u gamapatií.
- **Hereditární senzitivní** – zejména hereditární senzitivní a autonomní neuropatie.

Senzitivní neuropatie probíhají akutně či subakutně, postižení může být i asymetrické, etiologicky jde nejčastěji o metabolickou, paraneoplastickou neuropatii, vaskulitidu či o idiopatickou formu.

Centrální neuropatické (neurogenní) bolesti

- **Mišní léze** (traumatické, syringomyelie).
- **Roztroušená skleróza mozkomíšní.**
- **Stavy po iktu.**

Pro centrální bolesti je typické, že se vyskytují vždy v oblasti, kde je rovněž přítomen senzitivní deficit (tzv. anaesthesia dolorosa – bolest je lokalizována v oblasti s porušenou senzitivní inervací, tedy sníženým až vymizelým dotykovým citím).

Terapie

Léčba neuropatické bolesti bývá velmi svízelná a uspokojivé úlevy od bolesti bývá dosaženo u méně než poloviny nemocných. Navíc doporučení různých společností zabývajících se terapií neuropatické bolesti (např. EFNS – Evropská federace neurologických společností, NeuPSIG – Neuropathic Pain Interest Group, NICE – National Institute for Health and Clinical Excellence) nebývají jednotná. Také Česká neurologická společnost (ČNS) a Společnost pro studium a léčbu bolesti (SSLB) vydaly „Doporučený postup pro farmakologickou léčbu neuropatické bolesti“ a „Metodické pokyny pro farmakoterapii bolesti“, z nichž ideově vychází i následující text.

Prvotní snahou je **odstranit vyvolávající příčinu** (abstinence u toxické alkoholické neuropatie, těsná kompenzace diabetu u diabetické polyneuropatie, operační řešení – mikrovaskulární dekomprese MVD, je-li možná, u neuralgie trigeminu...). Není-li příčina odstranitelná, pak je nutno nemocného srozumitelně informovat o tom, že naše **léčba** je pouze **symptomatická**.

Zcela výjimečně, ale přesto, bývají někdy účinné **nefarmakologické postupy** – akupunktura, hypnóza... V drtivě většině případů jsme však v našich léčebných snahách závislí na **farmakoterapii**.

Při terapeutické rozvaze kdy a jaký preparát použít bychom měli zohlednit fakt, že „neuropatická bolest“ není uniformní nosologickou jednotkou, tak jako jí například není „rakovina“. Stejně, jako jsou různé typy zhoubných nádorů vyžadující různou léčebnou strategii, tak jsou i různé typy neuropatických bolestí, pro něž platí poněkud odlišné farmakoterapeutické algoritmy (*Tabulky 1, 2, 3, 4*).

Klasická analgetika-antipyretika lze považovat za neúčinná, nesteroidní antirevmatika mohou přispět svým antiinflatorním účinkem například u kořenové komprese vyhrzlou ploténkou v rámci LIS, kdy je v důsledku poškození intervertebrálního disku přítomna vždy i zánětlivá komponenta, nikoliv pouze neurogenní. Jindy může být neurogenní bolest spolupodmíněna zánětem nervové tkáně (chronická zánětlivá demyelinizační polyneuropatie) nebo uvolnění zánětlivých mediátorů v důsledku poranění nervu. Navzdory právě zmíněnému je však účinnost NSAID v léčbě neuropatické bolesti omezená až sporná.

Ani slabé opioidy (tramadol), ani silné opioidy (morfin, oxycodon, tapentadol, buprenorfin nebo fentanyl) se nikdy nepoužívají jako léky první volby, nýbrž až tehdy, jsou-li neúčinná koanalgetika (léky užívané v jiných indikacích – antiepileptika, antidepresiva – mající však jistou potenci tišit neuropatickou bolest).

V následujícím přehledu se stručně zmíníme o principu účinku jednotlivých koanalgetik a opioidů.

Antidepresiva

- **Tricyklická antidepresiva (TCA) amitriptylin, imipramin, clomipramin** inhibují zpětné vychytávání noradrenalinu, dopaminu a serotoninu, potencují tak účinek descendentních inhibičních drah. Nortriptylin inhibuje zpětné vychytávání převážně noradrenalinu. Tato antidepresiva mají poměrně výrazně vyjádřen anticholinergní účinek.
- **SNRI (inhibitory zpětného vychytávání serotoninu a noradrenalinu) venlafaxin a duloxetine** inhibují zpětné vychytávání serotoninu a noradrenalinu, nejsou však zatížena anticholinergním účinkem a díky inhibici zpětného vychytávání noradrenalinu mají, na rozdíl od čistých inhibitorů zpětného vychytávání serotoninu (SSRI), analgetický efekt.
- **NDRI (inhibitor zpětného vychytávání katecholaminů noradrenalinu a dopaminu) bupropion** inhibuje zpětné vychytávání indolaminů (serotoninu) jen zcela minimálně, navíc blokuje i nikotinové receptory.

Antiepileptika

Modulátory kalciových kanálů ($\alpha 2$ - δ agonisté) gabapentin a pregabalin způsobují vazbou na $\alpha 2$ - δ podjednotku presynaptických napětově řízených vápníkových kanálů snížení uvolňování presynaptických transmitterů a tím inhibují bolestivou informaci.

Blokátory sodíkových kanálů karbamazepin, oxkarbazepin, fenytoin, topiramát a lamotrigin blokádu Na^+ kanálů stabilizují hyperexcitovanou nervovou membránu a snižují uvolňování neurotoxicke aminokyseliny glutamátu.

Lokální anestetika

Lidokain působí rovněž blokádu Na^+ kanálů, v léčbě neuropatické bolesti se v současné době používá hlavně ve formě náplastí s obsahem 5 % lidokainu k tišení postherpetických neuralgií. Blokuje ektopické výboje.

Agonisté vaniloidního receptoru

Kapsaicin je vysoce selektivní agonista vaniloidního receptoru TRPV1 (transient receptor potential cation channel, subfamily V, member 1). Předpokládá se, že po jeho lokální aplikaci dochází nejprve k aktivaci kožních nociceptorů exprimujících TRPV1, což se projeví palčivostí a erytémem, následně dochází k desenzitizaci těchto nociceptorů a k úlevě od bolesti. Kapsaicinem vyvolané změny v kožních nociceptorech jsou reverzibilní a jejich normální funkce (detekce bolestivých vrzchů) navrací během několika týdnů. Po tuto dobu by měl zajistit i úlevu od bolesti. V současné době se používají náplasti obsahující 8 % kapsaicin.

Kortikoidy

Dexametazon, prednison uplatňují svůj membrány stabilizující, antiedematosní a protizánětlivý efekt, čímž mohou tišit nejenom neurogení, ale i zánětlivou komponentu některých typů neuropatických bolestí.

Opioidy

Slabý opioid tramadol – působí agonisticky na opioidních receptorech, ale k jeho analgetickému efektu přispívá i inhibice zpětného vychytávání noradrenalinu a serotoninu na nervových synapsích. V léčebných dávkách nepůsobí útlum dýchání, minimálně ovlivňuje krevní oběh a méně často působí zácpu.

Silné opioidy oxycodon, buprenorfin, morfin, fentanyl – podle teoretických doporučení by měly být v tišení neuropatické bolesti účinnější oxycodon a buprenorfin, ovšem v této skupině stojí za zvláštní zmínku nově registrovaná účinná látka **tapentadol**, která je centrálně působícím silným analgetikem. Jedná se o agonistu μ -opioidních receptorů a současně také inhibitor zpětného vychytávání noradrenalinu (MOR-NRI, μ -opioid receptor agonist and noradrenaline reuptake inhibitor); právě díky inhibici zpětného vychytávání noradrenalinu je účinný právě v léčbě neuropatické bolesti. Chemickou strukturou je blízký tramadolu.

Antagonisté NMDA (N-methyl-D-aspartátových) receptorů

Dextromethorphan a ketamin blokují NMDA receptory. Jejich aktivaci totiž nastává otevření kalciových kanálů, čímž je usnadněno šíření bolestivé informace – tento proces tudíž NMDA antagonisté inhibují.

Kofaktory oxidativní dekarboxylace alfa ketokyselin

Kyselina thioktová – antioxidant s účinky koenzymu mitochondriálních multienzymových komplexů. Je velmi účinná u dysestezií (abnormálních senzitivních vjemů nemocným vnímaných jako velmi nepříjemné až bolestivé) a poruch citlivosti obzvláště u diabetické polyneuropatie. Doporučuje se počáteční infúzní forma, po níž následuje léčba perorální.

Alternativní medikace

Cannabinoid (tetrahydrocannabinol) – jeho efekt není prozatím doložen větším počtem klinických studií, nicméně v některých případech a hlavně u motivovaných pacientů bývá popisováno i ovlivnění neuropatické, obzvláště multifaktoriální bolesti.

Strategie léčby

Základem úspěchu každé terapie je správná diagnóza. Mnohdy čelíme kombinovaným somatickým, zánětlivým a neuropatickým bolestem (např. chronický LIS) nebo koincidenci více bolestivých stavů (např. polyartralgie a neuralgie trigeminu). Ale i v případě, že se jedná o čisté neuropatickou bolest, musíme exaktně stanovit diagnózu, neboť léčebné ovlivnění je odlišné např. u diabetické polyneuropatie a u neuralgie trigeminu (*Tabulky 1.–4.*).

Následně zvolíme lék 1. volby podle předpokládaného efektu, vedlejších účinků a komorbidit nemocného. Je třeba začít léčit co nejdříve a medikamenty podávat pravidelně, v dostatečných dávkách, nikoliv jen dle potřeby při bolesti. Terapeutický proces zahajujeme vždy malou dávkou, kterou postupně a pomalu zvyšujeme – pacient tak lépe toleruje nežádoucí účinky. K dosažení maximálního efektu většinou potřebujeme několik týdnů, je tedy chybou prohlásit léčbu předčasně za neúspěšnou.

Pokud přidáváme další preparát, tak vždy pouze jeden, abychom mohli zodpovědně posoudit jeho případné nežádoucí účinky. Pozitivem je zjištění, že kombinace léků často přinese lepší efekt, než monoterapie. Pokud předpokládáme více zdrojů neuropatické bolesti (např. diabetická polyneuropatie a neuralgie trigeminu) je opodstatněné použít více léků s rozličným mechanismem účinku (*Tabulka 5*).

Kompetence praktického lékaře v terapeutickém procesu

Kompetence praktického lékaře jsou v procesu tišení neuropatické bolesti omezující a paradoxní. Mnohé léky 1. volby vázané na odbornost neurolog, psychiatr (gabapentin, pregabalin) praktický lékař předepisovat nemůže buď vůbec nebo až po delegování preskripce výše zmíněným odborníkem. Naopak opioidy jakožto analgetika 2. volby předepisovat může, dle „Metodického pokynu pro farmakoterapii bolesti“ garantovaného Společností všeobecného lékařství je to dokonce jeho povinností.

Některá limitující nařízení lze obejít preskripcí magistraliter. Například náplasti s 5 % lidocainem indikované k tišení postherpetické neuralgie smí předepisovat pouze algesiolog, ale obdobného efektu dosáhneme lokální aplikací lidocainové masti (*Tabulka 6*) – ta je bez preskripčního omezení.

Paradoxně působí i fakt, že některé léky 1. volby (modulátory kalciových kanálů gabapentin a pregabalin) jsou vázány na specialistu, zatímco léky 2. volby nasazované při neúčinnosti

medikamentů volby první na specialistu vázány nejsou. Praktický lékař tudíž smí předepisovat tricyklická antidepresiva, karbamazepin, tramadol a opioidy, ostatní preparáty uvedené v *Tabulkách 1.–5.* jsou vyhrazeny odborníkům.

V terapeutickém procesu hraje nemalou roli i psychologický efekt. Uspokojivé úlevy od bolesti bývá dosaženo u méně než poloviny nemocných, jinak řečeno, častěji býváme neúspěšní, než úspěšní. Pro pacienta je pak přece jenom přijatelnější, pokud vůbec, když je neúspěšně léčen specialistou (neurolog, algesiolog, neurochirurg), než praktikem.

Literatura:

Ambler Z. Neuropatická bolest in Rokyta R, Kršiak M, Kozák J. Bolest. Tígrs Praha, 2012;233-56.
Attal N, Cruccu G, Baron R, Haanpää M, Haanpää M, Hansson P, Jensen TS, Nurmikko T. EFNS guidelines of the pharmacological treatment of neuropathic pain: 2010 revision. Eur J Neurol. 2010; 1113-23.
Bednařík J, Ambler Z, Opavský J, Keller O. Standard pro farmakoterapii neuropatické bolesti. Dostupný z: <http://www.czech-neuro.cz/att/s/o/9/phpso9CRP.pdf>

Na druhou stranu mají tito specialisté v rukou i invazivnější metody, kterými lze zavedenou farmakoterapii doplnit. Jedná se např. o mikrovaskulární dekompresi u neurovaskulárního konfliktu tepny s kořenem trojklaného nervu, ozáření gamma nožem, elektrickou stimulací míchy (SCS – Spinal Cord Stimulation) v indikaci některých typů neuropatických bolestí apod. Tato léčba, která je již zcela mimo kompetence praktického lékaře, svědčí o nutnosti interdisciplinárního přístupu, bez něhož se současná léčba neuropatické bolesti neobejde.

Dworkin RH. An overview of neuropathic pain: syndromes, symptoms, signs and several mechanisms. Clin J Pain. 2002;18:343-9.
Haanpää M, Attal N, Backonja M, Baron R, Bennett M, Bouhassira D, Cruccu G, Hansson P, Haythornthwaite JA, Iannetti GD, Jensen TS, Kaupilla T, Nurmikko T, Rice ASC, Rowbotham M, Serra J, Sommer C, Smith BH, Treede RD. NeuPSIG guidelines on neuropathic pain assessment. Pain. 2011;152:14-27.
Metodické pokyny pro farmakoterapii bolesti update. Bolest, suplementum 3, 2006; 9: 9-18.

Tabulka 1

Doporučený terapeutický postup v léčbě lokalizované neuropatické bolesti.					
Diagnóza	Léky 1. volby		Léky 2. volby		Léky 3. volby
postherpetická neuralgie a další lokalizované neuropatické bolesti	modulátory Ca kanálů	pregabalin, gabapentin, amitriptylin, nortriptylin, imipramin, klomipramin, 5 % lidocain	opioidy: samostatně nebo v kombinaci s léky 1. volby	morfin oxycodon tapentadol fentanyl	morfin oxycodon tapentadol fentanyl
	TCA	amitriptylin, nortriptylin imipramin, klomipramin			
	lokální anest.	5 % lidocain			

Tabulka 2

Doporučený terapeutický postup v léčbě polyneuropatie						
Diagnóza	Léky 1. volby		Léky 2. volby		Léky 3. volby	
bolestivá polyneuropatie včetně polyneuropatie diabetické (DPNP)	modulátory Ca kanálů	pregabalin, gabapentin	tramadol nebo opioidy nebo jejich kombinace s léky 1. volby	tramadol, morfin, oxycodon, tapentadol, fentanyl	antiepileptika	fenytoin, karbamazepin
	TCA	amitriptylin, nortriptylin, imipramin, klomipramin			Inhibitory NMDA receptorů	dextromethorfan
	SNRI	duloxetin, venlafaxin			Kyselina thioktová	

Tabulka 3

Doporučený terapeutický postup v léčbě neuralgie trojklaného nebo glossopharyngeálního nervu				
Diagnóza	Léky 1. volby		Léky 2. volby	
neuralgie trigeminu	antiepileptika	karbamazepin	farmakoterapie	
		oxkarbazepin	chirurgická nebo radiační terapie	
			lamotrigine, baklofen MVD gamma nůž	

Tabulka 4

Doporučený terapeutický postup v léčbě centrální neuropatické bolesti					
Diagnóza	Léky 1. volby		Léky 2. volby		Léky 3. volby
centrální neuropatická bolest	modulátory Ca kanálů	pregabalin, gabapentin	tramadol nebo opioidy nebo jejich kombinace s léky 1. volby	tramadol, morfin oxycodon, tapentadol, fentanyl	antiepileptika
	TCA	amitriptylin, nortriptylin, imipramin			lamotrigin kannabinoidy

Tabulka 5

Doporučené kombinace léků v léčbě neuropatické bolesti	
Vhodné kombinace léků v terapii neuropatické bolesti	tramadol
	tramadol nebo opioidy v kombinaci s TCA
	tramadol nebo opioidy v kombinaci a gabapentinem nebo pregabalinem
	venlafaxin v kombinaci s gabapentinem
	TCA v kombinaci s gabapentinem

Tabulka 6

Magistraliter rozepsaná 5 % lidocainová mast.	
Rp.	
Lidocaini	5,00
Mentholi	1,00
Carbopoli 980	0,80
Propyleni glycoli	18,84
Aquae destillatae	ad 100,00
D.t.d. No...	
S.: při bolesti aplikovat zevně.	



Klimakterický syndrom

MUDr. Jakub Malík

soukromá gynekologická ambulance, Ostrava

Jako klimakterický syndrom označujeme soubor symptomů, které se objevují v souvislosti s klimakteriem – přechodem, tedy obdobím v životě ženy, kdy dochází k vyhasínání funkce ovarií.

Klimakterium:

- fáze přechodu z reprodukčního období života ženy do období fyziologické sterility, tedy do období reprodukčního klidu
- období endokrinních, somatických a psychických změn
- v Evropě nastává mezi 45.–55. rokem věku ženy
- zahrnuje období pre i postmenopauzální.

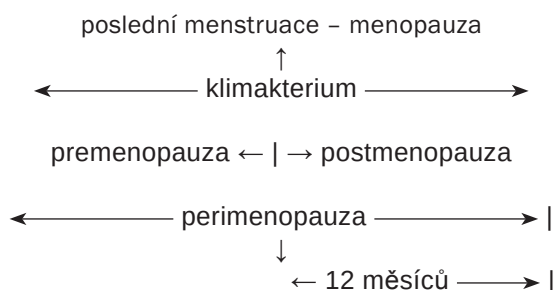
Menopauza:

- **Přirozená** – trvalé zastavení menstruace v důsledku ztráty ovariální aktivity. Přirozenou menopauzu lze definovat až po 12 měsících amenorey, můžeme tedy říci, že menopauza je poslední menstruace v životě ženy, což lze retrospektivně zhodnotit po jednom roce.
- **Umělá** – arteficiální – po chirurgickém odstranění obou vaječníků s nebo bez odstranění dělohy, nebo po iatrogením poškození ovarií v důsledku chemo či radioterapie.

Perimenopauza – je období těsně před poslední menstruací, kdy se začínají objevovat příznaky blížící se menopauzy a první rok po menopauze. Je charakterizováno nepravidelnou menstruací, hormonální nestabilitou – vzestupem FSH, poklesem E2, nedostatkem progesteronu. Klinicky poruchy menstruačního cyklu ve smyslu minus, příznaky klimakterického syndromu.

Premenopauza – fáze zahrnující reprodukční období končící menopauzou. Je to tedy období před menopauzou, kdy se začínají objevovat první příznaky klimakteria s dosud normálními hodnotami plazmatických gonadotropinů a estradiolu, objevuje se deficit progesteronu, klinicky poruchy menstruačního cyklu, většinou ve smyslu plus.

Postmenopauza – období po posledním menstruačním cyklu, reprodukčního klidu s trvalou amenoreou v důsledku vyhasnutí ovariální aktivity a z tohoto plynoucí příznaky estrogenního deficitu, s minimální ovariální produkcí estrogenů a s hypofyzárním hypergonadotropismem – FSH trvale nad 40 IU/l.



Fyziologie

Klimakterium je období charakterizované manifestací klinických obtíží vycházejících z hormonálních změn reprodukčního systému.

Po 40. roce věku ženy dochází ke změnám funkce ovarií a následně i menstruačního cyklu, změně délky folikulární fáze, folikulogeneze začíná být defektní, klesá hladina inhibinu tvořeného v ovariích, hladiny estrogenů kolísají, převažuje relativní hyperestrinismus v důsledku defektního vzniku a steroidogenní produkce corpus luteum.

V perimenopauze se mohou sporadicky objevovat ovulační cykly (při vta sexualis s plodným mužem gravidita není vyloučena) i při elevovaném FSH, s postupujícím věkem klesá produkce inhibinu, estrogenní produkce ovarií je nedostatečná a nastupuje hypoestrinismus, hladina FSH stoupá vlivem absence negativní zpětné vazby estrogenu.

Změny na ovariích nejsou jen funkční, ale i anatomické, zmenšuje se jejich objem, zejména folikulárního aparátu, teprve v postmenopauze se zmenšuje i vazivová složka.

Klinika

Období nastupujícího klimakteria je spojeno s výskytem poruch menstruačního cyklu a akutním vegetativním menopauzálním syndromem – **klimakterickým syndromem**. Poruchy menstruačního cyklu jsou jak v nepravidelnosti cyklu, tak v intenzitě krvácení.

Folikulární fáze menstruačního cyklu je zkrácena z důvodu alterace vývoje folikulu, dochází ke snížené produkci progesteronu v luteální fázi cyklu vlivem poruchy vývoje corpus luteum při anovulaci s následným relativním hyperestrinismem, což vede k irregulárnímu **dysfunkčnímu krvácení** z dutiny děložní. Pokračující hyperestrinismus může vést k hyperplazii endometria až eventuálně ke vzniku karcinomu endometria. Proto při nepravidelném krvácení v pre-, ale hlavně v postmenopauze musí být vyloučeny nejprve organické příčiny krvácení – endometriální polypy, myomy, neoplazie. Z tohoto důvodu gynekolog indikuje hysteroskopické vyšetření dutiny děložní s následnou separovanou abrazí hrdla a dutiny děložní a histologickým vyšetřením.

Obecně je klimakterická symptomatologie charakterizována příznaky, které jsou:

- **Akutní – klimakterický syndrom** – vazomotorické potíže – pocity horkosti, návaly v oblasti hrudníku a hlavy (více v noci), výrazné pocení, dále jsou to pocity úzkosti, deprese, tenze, podrážděnosti a tlaků na hrudi, bolesti hlavy, poruchy spánku, někdy i zažívací potíže. Potíže se mohou negativně promítnout do rodinných problémů, pracovní výkonnosti, sexuálního života apod.

- **Střední – organický postmenopauzální estrogen deficitní syndrom** – (postupné vyhasínání ovariální funkce s klesající hladinou estrogenů) – atrofizace sliznic – pochvy, uretry, močového měchýře a s tím související subjektivní potíže – dyspareunie, častý je výrazný pruritus vulvy, atrofie kůže, padání vlasů, zvýšená lomi-vost nehtů, suchost sliznic, potíže s močením, opakova-né cystitidy, atrofizace postihuje i pojivovou tkáň, což se může projevit poklesem až prolapsem dělohy, pochvy, atrofie prsů – tukové tkáně i žlázy.
- **Chronické – metabolický postmenopauzální syndrom** – změny kardiovaskulárního systému – infarkty myokardu, CMP, vliv poklesu estrogenů na CNS (změny krátkodobé paměti, výskyt Alzheimerovy nemoci) a neposlední řadě osteoporóza (!) – systémové onemocnění skeletu s úbytkem kostní hmoty včetně vápníku s poruchou struktury kostí – zvýšené riziko fraktur, změny lipidového metabolismu – zvyšování hladiny cholesterolu, triglyceridů, LDL cholesterolu, snižování hladiny HDL cholesterolu.

Diagnostika

Pro správnou (druh, režim a způsob dávkování) léčbu klimakterických potíží je nutno posoudit stupeň subjektivních potíží, tedy důkladně odebrat anamnézu, stanovit přítomnost a závažnost příznaků estrogenního deficitu, vyloučit případné kontraindikace.

Před nasazením léčby je tedy nutno:

- odebrat anamnézu s vyloučením případných kontraindikací + vyšetření TK,
- provést gynekologické vyšetření včetně vyšetření čípku děložního – kolposkopie a odběr materiálu na cytologické vyšetření,
- vaginální ultrazvukové vyšetření – stanovení výšky endometria, které je v postmenopauze cca do 4–5 mm,
- event. laboratorní vyšetření – FSH na 40 IU/l, E2 – méně než 20 pg/ml,
- mammografie,
- vhodná denzitometrie.

Terapie

Léčba klimakterických potíží zahrnuje jak hormonální, tak alternativní nehormonální přípravky – herbální terapie, fytoestrogeny, fytohormony, potravinové doplňky, ale i psychofarmaka.

Nutno podotknout, že hormonální léčba není nevyhnutelná, ale je léčbou, která může zlepšit kvalitu života. Léčba může mít svá rizika, která je nutno posoudit individuálně. Vždy budou existovat ženy, které hormonální léčbu neakceptují či ji nemohou využívat. Pro tyto jsou určeny alternativní způsoby léčby.

Po provedení všech nezbytných vyšetření a stanovení diagnózy přistupujeme individuálně k terapii klimakterických či perimenopauzálních potíží.

Literatura:

1. J. Donát: Perimenopauza – menopauzální přechod v klinické praxi, 2001
2. J. Donát: Hormonální substituční terapie, 1999
3. J. Jeníček: Komentář k novým studiím HRT, HRT ano či ne?, 2004
4. P. Čepický a kol.: Doporučení k hormonální terapii a substituci perimenopauzy a postmenopauzy, Moderní gynekologie a porodnictví, Perimenopauza, 2003
5. A. Kořenek: Hormonální kontracepce v premenopauze, Moderní gynekologie a porodnictví, Perimenopauza, 2003
6. J. Jeníček: Hormonální substituční léčba před publikováním studie WHI, Moderní gynekologie a porodnictví, 2004
7. J. Jeníček, M. Burdová: Menopauza a hormonální substituční terapie, 2006

Farmakologické možnosti léčby zahrnují hormonální substituční terapii – HRT, estrogenní substituční terapii – ERT – u žen po hysterektomii! (estrogen samotný vede u žen s dělohou k hyperplazii a následně k ca endometria, proto se přidává gestagen, který tento vliv estrogenů eliminuje), selektivní regulátory tkáňové estrogenní aktivity, např. tibolon – látka strukturálně podobná gestagenům, vykazuje estrogenní aktivitu, nízkodávkovanou orální kombinovanou antikoncepci nebo gestagenní terapii, ať ve formě tablet či nitroděložního tělíska uvolňujícího levonorgestrel – LNG IUD (Mirena) či kombinaci LNG IUD + ERT.

Forma užívání je enterální i parenterální – transdermální – náplasti, gely, intranasální sprej, vaginální krémy, injekční, režim je buď cyklický nebo kontinuální.

U mladších žen v premenopauze a perimenopauze mohou být začínající příznaky klimakterického syndromu léčeny orální nízkodávkovanou kombinovanou antikoncepcí. Ta má u žen nekuřáček velmi příznivé účinky včetně omezení návalů horka a stabilizace menstruačního cyklu. Kolem 50. roku lze načasovat přechod od antikoncepce na HRT, pokud je to indikováno.

Léčba klimakterických potíží není jednoduchá, vždy závisí nejenom na subjektivních potížích ženy, ale i na jejím přístupu k léčbě jako takové.

Rozhodnutí o zahájení i ukončení léčby ať hormonální, nehormonální i vůbec žádné je vždy na rozhodnutí samotné ženy, lékař by měl ženě poradit, jaká terapie je pro ni nejvhodnější. Diskuse a komunikace s pacientkou je jedním z nejdůležitějších faktorů zahájení hormonální terapie.

Zásadou hormonální léčby je, aby byla účinná, v co nejnižší dávce a po nezbytně dlouhou dobu, u pacientek bez klimakterických příznaků není indikována.

HRT je nutno vysadit před plánovanými operacemi, jejichž předpokládaná délka je přes 2 hodiny.

Hormonální terapie:

- primární indikací jsou vazomotorické symptomy, urogenitální atrofie, prevence osteoporózy,
- není vhodná jako prevence kardiovaskulárních chorob,
- riziko ca prsu se zvyšuje po cca 10 letech terapie HRT, samotná estrogenní terapie toto riziko nezvyšuje,
- je doporučeno zvážit další terapii HRT po maximálně 5 letech.

Závěr

Klimakterium jako období přechodu z reprodukční fáze života ženy do období fyziologické sterility, do období reprodukčního klidu, provází se všemi možnými subjektivními i objektivními příznaky každou ženou.

Praktický lékař se setká se ženami v klimakteriu jistě velice často, převážně se subjektivními stesky pacientek, s klinickými příznaky klimakteria. Vždy je nutno na tuto problematiku v ordinaci praktického lékaře myslet, diagnostika a léčba patří do rukou gynekologů.



Metabolický syndrom – kliniku patofyziologií nenahradíš

prim. MUDr. Petr Sucharda, CSc.

3. interní klinika VFN a 1. LF UK, Praha

Metabolický syndrom už má svoji hvězdnou hodinu za sebou a je otázkou, jakou roli může hrát v budoucnu a zda má vůbec smysl mu nadále věnovat pozornost. Existence metabolického syndromu je založena na patofyziologickém stavu, který nelze v praxi doložit, a „pouhému“ myšlenkovému konceptu byl přisouzen charakter nemoci, kterou rozhodně není. Definice syndromu je výsledkem (či spíše obětí) snahy zjednodušit složité a přizpůsobit realitu možnostem běžné praxe.

Metabolický syndrom je právem spojován se jménem Geralda M. Reavena, internisty, diabetologa a geriatra, spolupracovníka prof. Olefskyho ze Stanfordu, kde se od 60. let zabýval vlivem různých faktorů (včetně věku) na působení inzulínu, významem hyperinzulinémie, ale také např. diabetickou hypertriglyceridemií. Již v roce 1974 publikoval poznatek o příznivém vlivu redukce tělesné hmotnosti na hyperinzulinemii [1] a jeho „Bantingova přednáška“ na sjezdu Americké diabetologické společnosti v roce 1988 s názvem „Role inzulínové rezistence v humánních onemocněních“ odhalila pro širší odbornou veřejnost význam inzulínové rezistence. Reaven rozpoznal častý společný výskyt šesti patofyziologických odchylek (1. rezistence k inzulínu zprostředkovanému vychytávání glukózy; 2. glukózová intolerance; 3. hyperinzulinémie; 4. zvýšené VLDL-triacylglyceroly; 5. snížený HDL-cholesterol a 6. hypertenze), ale ani pro jednu nestanoval žádné diagnostické kritérium. Obezity se dotkl pouze krátce v závěru práce v souvislosti s nižším účinkem inzulínu při vyšší tělesné hmotnosti a s možným zlepšením inzulínové rezistence změnou životního stylu (viz práce z roku 1974); distribuci tělesného tuku nezmínil vůbec [2].

Reaven tedy nebyl tím, kdo metabolický syndrom přivedl na svět. Jeho poznání bylo potřeba doplnit dávnou, ale zapomenutou znalostí souběhu výše zmíněných metabolických odchylek s ukládáním tuku v oblasti břicha. Skutečným objevitelem syndromu je překvapivě geniální italský anatom a zakladatel patologie Giovanni Battista Morgagni (1682–1771). Jak uvádí Enzi, Morgagni ve svém díle „De sedibus et causis morborum per anatomen indagata“, vydaném v roce 1765, jednoznačně popsal souvislost viscerální obezity, hypertenze, hyperurikémie, aterosklerózy a dokonce obstrukční spánkové apnoe [3]. Až Jean Vague znovu popsal na přelomu 40. a 50. let souvislost metabolických projevů obezity s abdominálním ukládáním tukové tkáně [4] a Ashwellová a spol. v roce 1985 zjistili těsnou korelaci distribuce tělesného tuku s tělesnými obvodů [5]. Dostat metabolický syndrom do obecného používání však vyžadovalo ještě jeden drsný zásah: odstranit požadavek průkazu inzulínové rezistence (a tím i podstatu Reavenova

objevu), který není v běžné praxi proveditelný. Toho se ujal americký Národní cholesterolový program, jehož klinická definice z roku 2001 teprve prorazila pojmu metabolický syndrom cestu mezi nejširší lékařskou veřejností [6].

Další úpravy definice metabolického syndromu už mnoho nevytvořily. Některé parametry byly zpřísněny (lačná glykémie), čímž stoupla prevalence až na 38,5 % současné americké dospělé populace s maximem mezi 60. a 70. rokem – více než 2/3 mužů a přes 60 % žen této věkové kategorie splňuje kritéria metabolického syndromu. Současně klesl podíl dospělých Američanů bez jakékoli složky metabolického syndromu na 21 % [7]. Obdobná data poskytl průzkum na Slovensku [8] a situace v Česku nebude jiná. Tzv. harmonizovaná definice z roku 2009 pohřbila po průkazu inzulínové rezistence i další základní požadavek, vyplývající z patofyziologické podstaty věci – podmínku zvýšeného množství abdominálního tuku [9]. Způsob stanovení metabolického syndromu vyvolává řadu problémů a odmítavých stanovisek, jak je uvádí např. Oda. Za nejzávažnější považuje málo vědecký (na důkazech založený) výběr kritérií, stanovení prahových hodnot a jejich dichotomický charakter (ano/ne), což kontrastuje např. se systémem skórování, zavedeným pro stanovení kardiovaskulárních rizik [10].

Podle mého přesvědčení je největší slabinou konceptu metabolického syndromu možnost ho definovat 16 různými způsoby. Existuje totiž 10 kombinací tří složek, 5 kombinací čtyř složek a konečně přítomnost všech pěti složek. Tyto kombinace se vyskytují s velmi různou prevalencí a řada studií z poslední doby dokazuje, že jen některé z nich jsou spojeny s významně zvýšenou nemocností či úmrtností. Poprvé to ukázala německá studie DIG (Diabetes in Germany), když bylo rozbor dat od 4 200 diabetiků 2. typu ve věku 35–80 let zjištěno, že aterosklerotické cévní postižení je významně pokročilejší u osob s diabetem a hypertenzí, než u jiných kombinací složek metabolickým syndromem [11]. K podobným výsledkům dospěla rozsáhlá francouzská studie, hodnotící celkovou mortalitu při různých kombinacích složek metabolického syndromu u více než 60 000 mužů a žen. Ani zde nepřinášely kombinace bez zvýšeného krevního tlaku vyšší mortalitu [12]. Velmi různá rizika cévní mozkové příhody představovaly různé kombinace složek metabolického syndromu i ve španělské studii, sledující 15 000 osob ve věku 54 let po dobu 9 let [13]. Samozřejmě není možno pominout ani studie, které rozdílné dopady různých kombinací složek nezaznamenaly, jsou však ojedinělé [14].

Problematická současnost pojetí metabolického syndromu dokládá exploze vědeckých článků (databáze PubMed

eviduje téměř 31,5 tisíc článků, v nichž je metabolický syndrom zmíněn), z nichž naprostá většina pojednává o souběhu metabolického syndromu s čímkoli, co Vás jen napadne, aniž by se jakkoli hlouběji zabývala patofyziologickou podstatou takového nálezu. Přítomnost metabolického syndromu lze zjistit velmi snadno, jen se nesmí zapomenout změřit obvod trupu (pasu). Krevní tlak, glykémii i lipidy máme stanovené úplně u každého. Software nám snadno oddělí osoby splňující kritéria od těch ostatních, prožene se to statistikou a hned tu je nekonečně témat pro publikace, ba dizertační práce.

Nepatřím mezi ty, kteří odkazují metabolický syndrom rovnou k věčnému odpočinku [15]. Jen je nutné ukázat, že metabolický syndrom představuje prospěšnou, ale bohužel velmi nejednoznačnou pomůcku k odhalení rizikových

osob. Nepotřebujeme žádné další definice, úplně stačí ty, které máme pro diagnózu arteriální hypertenze a diabetu, stačí cílové hodnoty krevních lipidů. Metabolický syndrom není nemoc, proto ani nemůže mít vlastní léčbu. Hlavní, co nám koncept metabolického syndromu přináší, je následující výzva: zamysli se, zda Tvůj pacient s hypertenzí nemá (pre)diabetes, zda nemá nízký HDL-cholesterol nebo vyšší triglyceridy, zda pacient s dyslipidemií nemá zvýšený (nebo vyšší normální) krevní tlak atd. U diabetiků to tak přeci děláme už dávno. Pokud to pomůže odhalit více pacientů s vysokým rizikem, neexistuje metabolický syndrom zbytečně.

Literatura:

- Olefsky J, Reaven GM, Farquhar JW. Effects of weight reduction on obesity. Studies of lipid and carbohydrate metabolism in normal and hyperlipoproteinemic subjects. *J Clin Invest* 1974;53:64-76.
- Reaven GM. Role of insulin resistance in human disease. *Banting Lecture* 1988. *Diabetes* 1988;37:1595-1607.
- Enzi G, Busetto L, Inelmen EM, Coin A, Sergi G. Historical perspective: visceral obesity and related comorbidity in Joannes Baptista Morgagni's 'De sedibus et causis morborum per anatomen indagata'. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2003;27:534-5.
- Vague J. The degree of masculine differentiation of obesities: a factor determining predisposition to diabetes, atherosclerosis, gout, and uric calculous disease. *Am J Clin Nutr* 1956;4:20-34.
- Ashwell M, Cole TJ, Dixon AK. Obesity: new insight into the anthropometric classification of fat distribution shown by computed tomography. *Br Med J* 1985;290:1692-1694.
- Executive summary of the third report of The National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on detection, evaluation, and treatment of high blood cholesterol in adults (Adult Treatment Panel III). *JAMA* 2001;285:2486-2497.
- Ford ES, Li C, Zhao G. Prevalence and correlates of metabolic syndrome based on a harmonious definition among adults in the US. *J Diabetes* 2010;2:180-93.
- Mokán M, Galajda P, Prídavková D, Tomášková V, Sutarík L, Krucinská L, Bukovská A, Rusnáková G. Prevalence of diabetes mellitus and metabolic syndrome in Slovakia. *Diabetes Res Clin Pract* 2008;81:238-42.
- Alberti KG, Eckel RH, Grundy SM, Zimmet PZ, Cleeman JI, Donato KA, Fruchart JC, James WP, Loria CM, Smith SC Jr; International Diabetes Federation Task Force on Epidemiology and Prevention; National Heart, Lung, and Blood Institute; American Heart Association; World Heart Federation; International Atherosclerosis Society; International Association for the Study of Obesity. Harmonizing the metabolic syndrome: a joint interim statement of the International Diabetes Federation Task Force on Epidemiology and Prevention; National Heart, Lung, and Blood Institute; American Heart Association; World Heart Federation; International Atherosclerosis Society; and International Association for the Study of Obesity. *Circulation* 2009;120:1640-5.
- Oda E. Metabolic syndrome: its history, mechanisms, and limitations. *Acta Diabetol* 2012;49:89-95.
- Hanefeld M, Koehler C, Gallo S, Benke I, Ott P. Impact of the individual components of the metabolic syndrome and their different combinations on the prevalence of atherosclerotic vascular disease in type 2 diabetes: the Diabetes in Germany (DIG) study. *Cardiovasc Diabetol* 2007;6:13.
- Guize L, Thomas F, Pannier B, Bean K, Jego B, Benetos A. All-cause mortality associated with specific combinations of the metabolic syndrome according to recent definitions. *Diabetes Care* 2007;30:2381-2387.
- Rodriguez-Colon SM, Mo J, Duan Y, Liu J, Caulfield JE, Jin X, Liao D. Metabolic syndrome clusters and the risk of incident stroke: the atherosclerosis risk in communities (ARIC) study. *Stroke* 2009;40:200-205.
- Simmons LA, Simons J, Friedlander Y, McCallum J. Is prediction of cardiovascular disease and all-cause mortality genuinely driven by the metabolic syndrome, and independently from its component variables? The Dubbo Study. *Heart Lung Circul* 2011;20:214-219.
- Reaven GM. The metabolic syndrome: requiescat in pace. *Clin Chem* 2005;51:931-8.



clpidogrelum
potahované tablety 75 mg

Bezpečný průtok...

... a život jde dál!

Prevence aterotrombotických příhod⁽¹⁾

Základní informace pro předpis léčivého přípravku: (připraveno podle schváleného Souhrnu údajů o přípravku)

Název: Zyllt 75 mg potahované tablety. **Složení:** Jedna potahovaná tableta obsahuje clpidogrelum 75 mg (ve formě hydrogensulfátu).

Indikace: Prevence aterotrombotických příhod: U dospělých pacientů po infarktu myokardu (proběhlém před několika málo dny, nejvýše před dobou kratší než 35 dnů), po ischemické cévní mozkové příhodě (proběhlé před 7 dny až 6 měsíců) nebo s prokázaným onemocněním periferních cév. U dospělých pacientů s akutním koronárním syndromem: Akutní koronární syndrom bez ST elevace (nestabilní angina pectoris nebo non-Q infarkt myokardu), včetně pacientů, kteří po perkutánní koronární intervenci podstupují implantaci stentu, v kombinaci s kyselinou acetylsalicylovou (ASA). Akutní infarkt myokardu s ST elevací v kombinaci s ASA u konzervativně léčených pacientů vhodných pro trombolytickou léčbu. Prevence aterotrombotických a tromboembolických příhod u fibrilace síní: U dospělých pacientů s fibrilací síní, kteří mají alespoň jeden rizikový faktor pro cévní příhody, nemohou být léčeni antagonisty vitamínu K (VKA) a mají nízké riziko krvácení, je k prevenci aterotrombotických a tromboembolických příhod včetně cévní mozkové příhody indikováno podávání kpidogrelu v kombinaci s ASA. **Dávkování a způsob podání:** Kpidogrel se užívá v jedné denní dávce 75 mg, spolu s jídlem nebo bez něj. U pacientů s akutním koronárním syndromem: bez ST elevace (nestabilní angina pectoris nebo non-Q infarkt myokardu) by léčba kpidogrelem měla být zahájena úvodní dávkou 300 mg a potom by měla pokračovat dávkou 75 mg jednou denně (s ASA 75 - 325 mg denně). Vzhledem k tomu, že vyšší dávky ASA byly spojeny s vyšším rizikem krvácení, nedoporučuje se podávat ASA v dávkách vyšších než 100 mg. Optimální délka léčby nebyla formálně stanovena. Data z klinických studií hovoří pro trvání léčby do 12 měsíců, maximální účinek byl pozorován 3 měsíce po zahájení léčby; **akutní infarkt myokardu s ST elevací:** kpidogrel by měl být podáván v dávce 75 mg jedenkrát denně s počáteční nárazovou dávkou 300 mg v kombinaci s ASA a s trombolitiky nebo bez nich. Léčba pacientů starších 75 let by měla být zahájena bez podání počáteční nárazové dávky. Kombinovaná terapie by měla být zahájena co nejdříve po nástupu příznaků a měla by pokračovat po dobu nejméně 4 týdnů. Pínos kombinované terapie kpidogrelem s ASA nebyl pro dobu delší než čtyři týdny v této indikaci v tomto souboru studován. U pacientů s fibrilací síní by měl být kpidogrel podáván v jednorázové denní dávce 75 mg. V kombinaci s kpidogrelem se má zahájit podávání ASA (75-100 mg za den) a v podávání této kombinace se má pokračovat i nadále. Bezpečnost a účinnost kpidogrelu u dětí a dospívajících nebyla dosud stanovena. U pacientů s poruchou funkce ledvin jsou terapeutické zkušenosti omezené. U pacientů s středně těžkým onemocněním jater, kteří mohou mít sklon ke krvácení, jsou terapeutické zkušenosti omezené. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku tohoto přípravku. Závažná porucha funkce jater. Aktivní patologické krvácení, jako je krvácení při peptickém vředu nebo intrakraniální hemoragie. **Zvláštní upozornění:** Vzhledem k riziku krvácení a hematologických nežádoucích účinků by v případě, že se objeví během léčby podezření na krvácení, mělo být neodkladně zváženo vyšetření krevního obrazu a/nebo jiné vhodné vyšetření. Stejně jako u ostatních antiagregancií by kpidogrel měl být užíván s opatrností u pacientů s možným rizikem zvýšeného krvácení následkem traumatu, operace nebo jiného patologického stavu a u pacientů léčených ASA, heparinem, inhibitory glykoproteinu IIb/III nebo nesteroidními antiflogistiky včetně Cox-2 inhibitorů. Pacienti by měli být pečlivě sledováni, zda se u nich neobjeví jakékoliv známky krvácení včetně okultního krvácení, zvláště během prvních týdnů léčby a/nebo po invazivním kardiologickém výkonu nebo operaci. Současné podávání kpidogrelu s perorálními antikoagulanty se nedoporučuje, neboť může zvýšit intenzitu krvácení. Pokud má pacient podstoupit plánovanou operaci

a antiagregační účinek není dočasně žádoucí, je třeba kpidogrel vysadit 7 dní před výkonem. Pacienti je třeba informovat, že pokud užívají kpidogrel (samotný nebo v kombinaci s ASA), mohla by zástava krvácení trvat déle než obvykle. Vzhledem k nedostatku údajů nelze kpidogrel doporučit během prvních 7 dnů po akutní ischemické cévní mozkové příhodě. U pacientů má být zhodnocena anamnéza přecitlivělosti na thienopyridiny (jako je kpidogrel, tiklopidin, prasugrel). Zyllt obsahuje laktózu. Pacienti se vzácnou vrozenou intolerancí galaktózy, vrozeným deficitem laktázy nebo glukózo-galaktózovou malabsorpcí by neměli tento léčivý přípravek užívat. Zyllt obsahuje hydrogenovaný ricinový olej, který může vyvolat žaludeční nevolnost a průjem. **Interakce:** perorální antikoagulanty, inhibitory glykoproteinu IIb/IIIa, ASA, heparin, trombolitika, nesteroidní antiflogistika (NSAID). Karboxylované metabolity kpidogrelu může inhibovat aktivitu cytochromu P450 2C9. Tato skutečnost by mohla vést ke zvýšení plazmatických hladin léčivých přípravků jako jsou fenytoin, tolbutamid a NSAID, které jsou metabolizovány cytochromem P450 2C9. Údaje ze studie CAPRIE ukazují, že fenytoin a tolbutamid lze bezpečně podávat současně s kpidogrelem. **Těhotenství a kojení:** Nejsou k dispozici žádné klinické údaje o podávání kpidogrelu během těhotenství. Není známo, zda je kpidogrel vylučován do lidského mléka. A proto se z preventivních důvodů nedoporučuje kpidogrel v průběhu těhotenství a kojení užívat. **Účinky na schopnost řídit a obsluhovat stroje:** Kpidogrel nemá žádný vliv nebo má pouze nepatrný vliv na schopnost řídit a obsluhovat stroje. **Nežádoucí účinky:** Krvácení je nejčastějším nežádoucím účinkem hlášeným nejčastěji během prvního měsíce léčby. Nežádoucí účinky, které se buď vyskytly během klinických hodnocení nebo byly spontánně hlášeny touto s frekvencí: časté ($\geq 1/100$ až $< 1/10$): hematomy, epistaxe, gastrointestinální krvácení, průjem, bolesti břicha, dyspepsie, podlitiny, krvácení v místě vpichu; méně časté ($\geq 1/1000$ až $< 1/100$): tromboticopne, leukopenie, eozinofilie, intrakraniální krvácení, bolest hlavy, parestezie, zvráté, oční krvácení (do spojivky, oka, retiny), žaludeční a duodenální vřed, gastritida, zvracení, nevolnost, zácpa, flatulence, vyrážka, svědění, krvácení do kůže (purpura), hematurie, prodloužení doby krvácivosti, snížený počet neutrofilů, snížený počet destiček; vzácné ($\geq 1/10000$ až $< 1/1000$): neutropenie včetně závažné neutropenie, vertigo, retroperitoneální krvácení; velmi vzácné ($< 1/10000$): trombotická tromboticopneická purpura, plastická anémie, pancytopenie, agranulocytóza, těžká tromboticopne, granulocytopenie, anémie, sérová nemoc, anafylaktoidní reakce, halucinace, zmatenost, poruchy chuti, závažné krvácení a krvácení z operačních ran, vaskulitida, hypotenze, krvácení do dýchacího traktu, bronchospasmus, intersticiální pneumonie, gastrointestinální a retroperitoneální krvácení s fatálními následky, pankreatitida, kolitida, stomatitida, akutní jaterní selhání, hepatitida, abnormální výsledky jaterních testů, bulózní dermatitida, angioedém, erytematózní vyrážka, urtikárie, ekzém, lichen planus, muskuloskeletální krvácení (haemartros), artralgie, artritida, myalgie, glomerulonefritida, zvýšení hladiny kreatininu v krvi, horečka. **Doba použitelnosti a uchovávání:** 3 roky. Uchovávejte v původním obalu, aby byl přípravek chráněn před světlem a vlhkostí. **Balení:** 28 a 56 tablet po 75 mg.

Dříve než přípravek předepíšete, seznámte se, prosím, s úplným zněním Souhrnu údajů o přípravku (SPC).

Datum poslední revize textu SPC: únor 2014. Držitel rozhodnutí o registraci: Krka, d.d., Novo mesto, Slovinsko. Registrační číslo: Zyllt 75 mg potahované tablety 28 tablet: EU/1/09/553/003, Zyllt 75 mg potahované tablety 56 tablet: EU/1/09/553/006. Léčivý přípravek je vydáván pouze na lékařský předpis. Léčivý přípravek je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Nepřetržitá veřejná informační služba: tel./zázn./fax: +420 221 115 150, e-mail: info@krka.cz

Literatura: 1. SPC Zyllt



Krka ČR, s. r. o., Sokolovská 79/192, 186 00 Praha 8 – Karlín
Tel.: +420 221 115 115, Fax: +420 221 115 116
www.krka.cz; info.cz@krka.biz



60let



Ischemická choroba dolních končetin

MUDr. Petra Zimolová

Kardiologická klinika 2. LF UK a FN v Motole, V Úvalu 84, Praha 5

Abstrakt

Ischemická choroba dolních končetin (ICHDK) je významným zdrojem morbidit ve vyspělých zemích. Prevalence onemocnění stoupá s věkem a je ovlivněna řadou přidružených rizikových faktorů. Mezi tzv. hlavní rizikové faktory patří věk, abusus kouření a přítomnost diabetu mellitu. Do kategorie tzv. vedlejších rizikových faktorů řadíme arteriální hypertenzi, hyperlipoproteinemický syndrom, hyperglykémii a mužské pohlaví. Včasnou prevencí, diagnostikou i léčbou můžeme ovlivnit progresivní charakter nemoci.

ICHDK je chronické onemocnění charakterizované postupnou stenotizací až uzávěrem tepen dolních končetin. Nejčastěji bývá způsobeno aterosklerotickým poškozením, tedy degenerativním onemocněním tepen velkého a středního kalibru. Výskyt nemoci stoupá s věkem- asymptomatické poškození ve věkové skupině do 70 let se odhaduje na 3–10 %, ve věku nad 70 let stoupá na 15–20 %. Muži onemocní častěji – poměr nemocných mužů k ženám je 3:1, nicméně se stoupajícím věkem počet nemocných žen přibývá. Více než 50 % pacientů současně trpí ICHS, 15–40 % nemocných trpí aterosklerózou karotického povodí. Prognóza ICHDK je ovlivněna jak současnou ICHS či významným poškozením karotických tepen, tak také záleží na stupni ICHDK, eventuelní koincidenci s DM či nekorigovanou arteriální hypertenzí, zhoršena je při pokračování v kouření.

Diagnóza

Diagnostiku zahajujeme anamnézou – právě u ICHDK mohou správně volené otázky určit další postup. Ischemické klaudikace bývají křečovitého rázu s prakticky stejným intervalem, jsou vázány na námahu a odezní po zastavení se bez nutnosti změny polohy či rotace trupu během několika minut. V rámci diferenciální diagnostiky je třeba odlišit dále neurogenní klaudikace, které mohou být popisovány jako mravenčení i jako ostrá bolest (při herniaci disku) s variabilní vzdáleností, nemusí být vždy spojeny s lokomocí a úleva od bolesti většinou nastane se změnou polohy těla. Artropatická bolest se objevuje jak v klidu, tak při chůzi, má startovací charakter a pomalý ústup při odlehčení. Venózní klaudikace nastává po chůzi, bývá popisována jako napětí či tlak a regreduje po elevaci končetin. Kompartmentová bolest popisovaná jako palčivé napětí v lýtku po extrémní zátěži (sportovní výkon) je nejčastější příčinou ischemie u mladých nemocných do 35 let.

Mezi základní přístrojové vyšetření patří **dopplerovské vyšetření se změřením periferních tlaků** a určením **ABPI** (ankle brachial pressure index) a **TBPI** (toe brachial pressure index). Pomocí CW dopplerovské sondy změříme vleže systolický tlak (sTK) na obou pažích – při rozdílné hodnotě použijeme ke stanovení ABPI či TBPI hodnotu vyšší (diference

větší než 20–30 mmHg na pažích je suspekt z organického poškození tepen horních končetin) (1). ABPI vyjadřuje podíl periferního („kotníkového“) sTK (a. tibialis posterior, a. tibialis anterior/a. dorsalis pedis) a sTK na paži, TBPI porovnává prstový tlak s tlakem na paži. Hodnoty „kotníkového“ tlaku nad 100 mmHg charakterizují dobré prokrvení periferie DK, hodnoty v rozmezí 50–100 mmHg svědčí pro středně těžkou poruchu perfuse a hodnoty pod 50 mmHg signalizují kritickou končetinovou ischemii. Měření kotníkových tlaků je limitováno nekomprimovatelností bérceových tepen při **mediokalcinóze** (nejčastěji u nemocných s DM, hyperurikémií či chronickým renálním selháním) a v tomto případě pak naměříme kotníkový sTK nad 220 mmHg (a hodnota ABPI je vyšší než 1,25). Mediokalcinóza nepostihuje prstové tepénky, proto hodnota sTK na palci není modifikována; pro kritickou končetinovou ischemii svědčí hodnota sTK na palci pod 30 mmHg. Hodnocení stupně poškození podle ABPI a TBPI uvádí *Tabulka 1*. Měření periferních tlaků provádíme jak v klidu, tak po zátěži. **Treadmill test** (vyšetření na běhátku) určí klaudikační vzdálenost, pokles periferního tlaku (bez návratu k původní hodnotě do 1 minuty) po zátěži odhalí ischemickou etiologii klaudikací.

Mezi další neinvazivní metody vyšetření periferních segmentů tepenného řečiště patří fotopletysmografické vyšetření. (hodnotí míru odrazu /či absorpce vyzařovaného infračerveného světla od hemoglobinu), transkutánní měření parciálního tlaku kyslíku ve tkáni (testuje periferní kožní perfusi na kapilární úrovni), dále kapilaroskopie, laser-doppler flowmetrie, hodnocení tuhosti arteriální stěny a endoteliální dysfunkce. V neposlední řadě je nutno zmínit duplexní sonografii (*obrázek 1*). Duplexní sonografií (DUS) odhalíme lokalizaci i délku (re)stenózy či (re)uzávěrů, upřesníme jejich hemodynamickou významnost a zobrazíme morfologii lézí. Nevýhoda metody spočívá v časové náročnosti a v často nekvalitním zobrazení periferních segmentů tepen.

Mezi vyšetření s použitím kontrastní látky patří CT angiografie (CTA) a MR angiografie (MRA), které se mohou provádět i ambulantně. Při digitální subtrakční angiografii (DSA) lze zároveň provést i intervenční výkon.

Klinický obraz

V klinickém obraze rozeznáváme **stadium asymptomatické, klaudikační a stadium kritické končetinové ischemie**. V klasifikaci používáme funkční klasifikaci z roku 1954 podle Fontaina (*Tabulka 2*), nebo dle potíží popisnou klasifikaci z roku 1997 Ruthefordovu (*Tabulka 3*). Samostatnou jednotku tvoří kritická končetinová ischemie. **Akutní končetinová ischemie** vzniká v 70–80 % embolickým, v 30–20 % trombotickým uzávěrem tepny. Klinický obraz je tvořen buď tzv. „inkompletním“ ischemickým syndromem (bolest, bledost kůže, vymizení pulzací), nebo tzv. „kompletním“

ischemickým syndromem (k uvedenému dále parestézie, svalové obrny a celkové vyčerpání organismu). Takový stav je indikován k urgentní revaskularizaci. **Chronická kritická končetinová ischemie** vzniká při postupně se rozvíjející hemodynamicky významné poruše prokrvení a je definována přítomností ulcerací či gangrény na noze či prstech DK, klidovými bolestmi trvajících déle než dva týdny a vyžadujícími analgetika (bolesti neustupují po svěšení končetiny), přidruženým systolickým kotníkovým tlakem <50 mmHg, systolickým tlakem na palci <30 mmHg, transkutánním tlakem kyslíku v ischemické tkáni <10 mmHg (1). Pacient s chronickou kritickou končetinovou ischemií bývá v noci buzen většinou akrálními bolestmi postižené končetiny, které částečně regredují po svěšení končetiny z lůžka.

Klinická symptomatologie klaudikačního stadia bývá vždy vyjádřena o etáž níže, než je lokalizováno postižení. V případě postižení pánevního segmentu je bolest vyjádřena v hýždích a stehnech, při postižení společné i vnitřní pánevní tepny může být impotence. Uzávěr bifurkace aorty označujeme jako Lerichův syndrom. Postižení femorální tepny se projevuje lýtkovými klaudikacemi v proximálních 2/3, postižení a. poplitea lýtkovými distálními klaudikacemi. Při postižení bérce tepen si nemocní stěžují na klaudikace v noze.

Léčba

Nemocné s akutní symptomatologií referujeme k urgentnímu revaskularizačnímu výkonu. Cílem léčby pacientů s chronickou symptomatologií je jednak zmírnění potíží, jednak snížení celkového kardiiovaskulárního rizika. Základem léčby tedy jsou režimová opatření, nekuřáctví, dále

intervence hypertenze, diabetu mellitu i hladiny lipidů k dosažení cílových hodnot pro sekundární prevenci aterosklerózy (2).

Antiagregační léčbu zahajujeme běžnými protidestičkovými léky (preparáty s kyselinou acetylsalicylovou = ASA); při alergii, prokázané intoleranci či rezistenci na ASA volíme v medikaci clopidogrel (1). Snížení rizika při medikaci ASA je méně nákladné, ale o něco méně účinné, než při medikaci klopido-grelem u pacientů s ICHDK, jak prokázala studie CAPRIE z roku 1996 (studie mezi sebou srovnávala léčbu kyselinou acetylsalicylovou a léčbu klopido-grelem) (3). Dalším zástupcem této skupiny je ticlopidin (s nutností v úvodu podávání časté kontroly krevního obrazu pro možný vznik neutropenie) (1). Duální antiagregace (ASA+ klopido-grel) je indikována u pacientů po endovaskulárních výkonech na magistralních tepnách, délka podávání je závislá na typu použitého stentu či balonku (kovový stent – bare metal stent = BMS, lékem potažený stent/balonek – drug eluting stent/balloon = DES/DEB). U nemocných po prodělané periferní embolisaci volíme léčbu antikoagulancii.

Farmakoterapie klaudikací neovlivní prognózu nemocného, je indikována ke zlepšení tolerance zátěže a prodloužení klaudikačního intervalu. Vasoaktivní látky pro možný placebo efekt zůstávají diskutovanou skupinou. Dříve často užívaný pentoxifylin není již v této indikaci doporučován, rozšířeným je stále naftidrofuryl, u kterého je cílová denní dávka 600 mg. Nejsilnější data z této skupiny má cilostazol, který není zatím v ČR registrován.

U nemocných s klidovými bolestmi či defektem zvažujeme podávání prostanoidů. V angiologii nejčastěji využíváme v infusní formě alprostadil – prostaglandin E. Pro pacienty

boso přístroje pro praktické lékaře

boso ABI-systém 100 systém pro včasnou diagnostiku ICHDK

- 1 x 4 = 1 měření současně na 4 končetinách
- vlastní měření do 1 minuty
- jednoduché, spolehlivé a přesné změření ABI (index kotník - paže)
- stanovení rozdílu hodnot krevního tlaku mezi pravou a levou paží
- komunikace s ambulantními programy
- od 1.1.2014 nový kód výkonu pro PL: **12024 Měření ABI na 4 končetinách**
- více informací na www.boso-abi.cz

boso TM-2430 ambulantní monitor krevního tlaku

- 24 - 48 hodinové monitorování krevního tlaku
- přesnost měření dle standardů **BHS A/A, AAMI**
- možnost až 3 velikostí manžet
- komunikace s ambulantními programy
- od 1.1.2014 nový kód výkonu pro PL: **17129 Ambulantní monitorování TK**



Vyžádejte si nabídku na
jednotlivé přístroje
nebo
cenově zvýhodněný balíček
boso ABI-systém 100 + boso TM-2430



COMPEK MEDICAL SERVICES, s.r.o.,

17. listopadu 861 | 506 01 Jičín | mobil: +420 605 281 433 | tel./fax: +420 493 524 534 | e-mail: info@compek.cz | web: www.compek.cz

COMPEK
MEDICAL SERVICES
DODAVATEL KOMPLETNÍ ORDINACE

s chronickou končetinovou ischemií a nerevaskularizovatelným nálezem na tepnách při angiografickém vyšetření by se mohla stát alternativní metodou konzervativní léčby tzv. buněčná terapie. Efekt aplikace kmenových buněk spočívá v jejich schopnosti diferenciaci ve specializované buňky s následným růstem nových krevních cév (4).

In vazivní léčba je indikována u pacientů od II. stadia nemoci dle Fontaina. Volba výkonu, endovaskulárního či chirurgického, záleží na morfologii, etiologii i stupni postižení tepenného řečiště. Rozhodující je pravděpodobnost klinického zlepšení a technická schůdnost intervence (1). Nejčastějším výkonem je perkutánní transluminální angioplastika (PTA) s možností implantace stentu. Lokální aplikace paclitaxelu pomocí lékem potaženého balonku je spojena s nižším výskytem restenózy do 6 měsíců a nutností revaskularizace (5,6). Možností revaskularizace pro dlouhé kalcifikované uzávěry je subintimální rekanalizace (SIR), při které vzniká „neolumen“ ve stěně tepny. Při akutním trombotickém tepenném uzávěru je indikována

trombolýza, která může být doplněna perkutánní aspirační či mechanickou tromboembolotomií. Chirurgické cévně-rekonstrukční výkony zahrnují bypassy (přemostění) uzavřeného úseku cévního řečiště a endarterektomie. Endovaskulární a chirurgické výkony bývají často kombinovány.

Shrnutí pro praxi

Nejčastější příčinou ICHDK je ateroskleróza. Léčbou ICHDK zároveň tedy ovlivňujeme i celkové kardiovaskulární riziko. ICHDK je progredující onemocnění. 60 % pacientů s kritickou ischemií prodělá revaskularizační výkon (PTA, bypass), z toho následně i amputaci (různé výše) ve 20–30 %. Závažnost onemocnění je dána tedy nejen jeho četností, ale zároveň i progresivním charakterem. Prevence, diagnostika i léčba je výsledkem týmové spolupráce lékařů specialistů s lékaři prvního kontaktu.

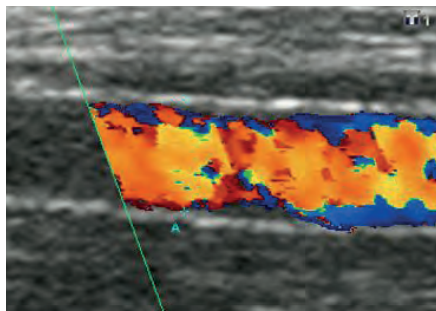
Za zapůjčení DSA obrazové dokumentace děkuji MUDr. Davidovi Tesařovi z Kardiologické kliniky 2. LF UK a FN v Motole.

Literatura:

1. Zimolová P. Ischemická choroba dolních končetin: jak na to? Diagnostický a léčebný algoritmus pro klinickou praxi. Cor Vasa 2010;52:437–440.
2. Vavrková H, Soška V, Rosolová H et al. Doporučení pro diagnostiku a léčbu dyslipidemií v dospělosti, vypracované výborem České společnosti pro aterosklerózu. Cor Vasa 2007;49: K73-86.
3. Keshav R Nayak, Jeffrey J Cavendish. Risk reduction with clopidogrel in the management of peripheral arterial disease. Vascular Health and Risk Management 2007;3(3)
4. Chochola M. Buněčná terapie v léčbě chronické kritické končetinové ischemie. Postgraduální medicína, 2006;8:442-446.
5. Tepe G, Keller T, Albrecht T et al. Local delivery of paclitaxel to inhibit restenosis during angioplasty of the leg. N Engl J Med 2008;358: 689-99.
6. Tepe G, Schmitmeier S, Speck U, et al. Advances on drug eluting balloons. J Cardiovasc Surg (Torino) 2010;51:125-143.

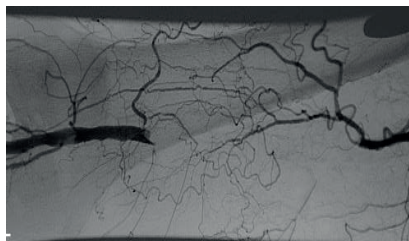
Obrázek 1

DUS – stent a. femoralis s normálním průtokem



Obrázek 2

DSA – uzávěr a. femoralis s kolaterálami



Obrázek 3

Akrální gangréna u chronické kritické končetinové ischemie



Tabulka 1

ABPI	Stupeň postižení	TBPI
> 1,25	mediokalcinóza	
0,9–1,25	fyzilogické rozmezí	≥ 0,8
0,7–0,9	mírnější postižení (stenózy)	0,4–0,8
0,5–0,7	výraznější postižení (stenózy)	≤ 0,4
< 0,5	těžké postižení (vícečetné uzávěry)	≤ 0,3

Tabulka 2

Fontainova klasifikace ICHDK		
Fontain stadium	Symptomy	
I. (asymptomatické stadium)	žádné	
II. (klaudikační stadium)	a	klaudikace nad 200 m
	b	pod 200 m
	c	pod 50 m
III. (stadium klidových bolestí)	a	klidové bolesti s kotníkovým sTK > 50 mmHg
	b	s kotníkovým sTK < 50 mmHg
IV. (stadium trofických defektů)	a	defekty ohraničené
	b	plošné

Tabulka 3

Rutherfordova klasifikace ICHDK		
Stadium	Kategorie	Symptomy
0	0	žádné
I	1	mírné klaudikace
	2	středně těžké klaudikace
	3	limitující klaudikace
II	4	klidové bolesti
III	5	malý tkáňový defekt
	6	velký tkáňový defekt



Stručně o pylové alergii

MUDr. Magdalena Herknerová, Ph.D.

Centrum alergologie a klinické imunologie, Nemocnice Na Homolce, Praha

Abstrakt

Pylová sezonní alergie – je sezonní alergické onemocnění, které je podmíněno IgE mediovanou reakcí na alergeny obsažené v pylových zrnech. Informace o aktuální pylové situaci je možné získat na www.pylovasluzba.cz. Nejčastějším klinickým projevem pylové alergie je alergická rhinokonjunktivitida. Klinické projevy pacientů vznikají na podkladě alergického zánětu, který je iniciován senzibilizací atopického pacienta alergenem pylu, následně dochází ke zvýšené produkci protilátek IgE, při opakovaném kontaktu s alergenem dojde k přemostění molekul IgE na povrchu mastocytů a k uvolnění mediátorů – hlavně histaminu z jejich granul. Farmakoterapie pylové alergie ovlivňuje akutní i dlouhodobé projevy tohoto alergického zánětu. Přední místo v léčbě mají antihistaminika s imunomodulačním účinkem i lokální antihistaminika, dále topické nosní kortikosteroidy, stabilizátory mastocytů. Specifická alergenová imunoterapie je kauzální terapií v léčbě pylové alergie.

Úvod

Pylová alergie je onemocnění, které vzniká v důsledku alergické reakce I. typu na alergeny obsažené v pylových zrnech [1]. Alergie je definována jako skupina chorob, u nichž opakovaná expozice neškodným antigenům zevního prostředí (alergenům) navozuje ve tkáních a nejrůznějších orgánech zánětlivé změny, které vedou následně k poruchám jejich struktury a funkce [2]. Alergická reakce je fenotypickým projevem atopického genotypu. Pojem atopie označuje geneticky podmíněnou tendenci jedinců odpovídat na extrémně nízké dávky běžných alergenů zevního prostředí nadměrnou tvorbou specifických protilátek IgE [2].

Etiopatogeneze

Pylové alergeny

Pylová zrna obsahují malé samčí buňky – rostlinné spermi, které slouží k rozmnožování rostlin. Pylová zrna jsou velmi malá od 0,05 mm, zrakem neviditelná. Některá pylová zrnka jsou přenášena větrem (rostliny větrosprašné), některé přenáší hmyz (rostliny hmyzosprašné). **Větrosprašné rostliny** se rozhodující mírou podílejí na alergických reakcích, přenášejí se na velké vzdálenosti, někdy i 100–1000 km. Proto někteří lidé mohou reagovat i na rostliny, které nerostou v jejich blízkosti. **Hmyzosprašné rostliny** bývají příčinou alergie pouze výjimečně, pyl většinou způsobí kontaktní alergie [1].

Aby pyl mohl vyvolat alergické potíže, musí být splněny následující podmínky:

- musí existovat dostatečně vydatný zdroj pylu (producent)
- pyl se musí dostat v dostatečném množství do ovzduší, pro což jsou nutné vhodné meteorologické podmínky (teplota, vlhkost, síla a směr větru), které umožní zanesení pylu na sliznici vnímavé osoby

- pyl musí obsahovat antigenní skupiny schopné spustit u vnímavého jedince specifickou imunopatologickou reakci I. typu – mediovanou IgE [3]. V posledních letech výrazně pokročila imunochemická charakteristika hlavních a vedlejších antigenů (alergenů) obsažených v alergologicky nejvýznamnějších pylech. Tím byla umožněna standardizace řady pylových alergenů používaných k diagnostice a následně k alergenové vakcinaci.

Imunopatologická reakce I. typu

Tato reakce se označuje také jako přecitlivělost časného typu, neboť k reakci dochází velmi rychle po kontaktu s alergenem (během minut). Při prvním setkání s antigenem (alergenem) dochází k senzibilizaci pacienta, stimuluje se diferenciací specifických klonů Th2 lymfocytů a následně B lymfocytů (plazmocytů) sekretujících pod vlivem Th2 cytokinů (IL4, IL5) převážně protilátky třídy IgE. Ty se naváží na vysokoafinné receptory IgE žírných buněk a bazofilů. Po opakovaném setkání s multivalentním alergenem může dojít k přemostění molekul IgE, a tím k agregaci receptorů na povrchu těchto buněk a okamžitému uvolnění jejich mediátorů (hlavně histamin, heparin – první fáze alergické reakce) následovanému tvorbou a sekrecí metabolitů kyseliny arachidonové (prostaglandiny, leukotrieny, tromboxany – druhá fáze alergické reakce) [2]. Uvolněné mediátory jsou zodpovědné za zvýšení cévní permeability, rozvoj slizničního edému a produkci hlenu. Tyto projevy jsou patofyziologickým podkladem klinických obtíží pacienta [3].

Časové rozdělení pylové sezony ve střední Evropě

1. **Časná jarní** – převaha pylu dřevin (**bříza, líska, habr, olše, buk, dub, kaštan**). Bříza produkuje velké množství pylu, který stoupá do velkých výšek a může být přenášen na velké vzdálenosti.
2. **Jarní a letní** – převaha pylu trav (**Lipnice luční, Bojíněk luční, Jílek vytrvalý, Srha, Kostřava luční**). Tvoří nejpočetnější skupinu a jejich množství je největší od května do července. Pylová zrna měří 20–25 µm. Proto neproniknou do průdušek a zachycují se v nose a v horních dýchacích cestách. Vyvolávají především alergickou rýmu.
3. **Letní a časný podzim** – převaha pylu bylin – ve znameňný pylů bylin a rumištních plevelů – **pelyněk, ambrozie**, jejich největší výskyt je ráno a dopoledne. Koncentraci pylů v ovzduší výrazně ovlivňuje počasí. Horké, suché a větrné počasí napomáhá šíření pylu. Déšť pyl sráží k zemi a snižuje riziko obtíží, při některých bouřkách ale dochází k rozpadu pylových zrn a uvolnění většího množství alergenů do ovzduší, alergici mohou proto po bouřkách mít potíže až s projevy astmatického záchvatu (kašel, dušnosti, pískoty, dechové tísně).

Aktuální informace o aktivních pylech je možné získat na www.pylovavaslužba.cz. Pylová informační služba (PIS) je v ČR v provozu od r. 1992 a v pylové sezoně poskytuje pravidelně informace o obsahu pylu v ovzduší a o předpokládaném dalším vývoji pylové sezony. Služba je garantována a provozována Českou iniciativou pro astma (ČIPA) ve spolupráci s Ministerstvem zdravotnictví.

Klinický obraz pylové alergie

Dominantní příznaky pylové alergie se objevují tam, kam se pylové zrno s ohledem na svou velikost snadno dostane – na dobře přístupné sliznici nosu a oční spojivce. Nejčastějším projevem je tedy alergická rinokonjunktivitida. Pylová alergie se ale může projevovat i bronchiální hyperreaktivitou až manifestním astmatem. Nejčastějším kožním projevem bývá svědění kůže a výsev exantémů, u pacientů s atopickým ekzémem může v pylové sezoně docházet ke zhoršení projevů. Gastrointestinální obtíže vznikají v důsledku polykání pylových zrn, projevují se bolestmi břicha, nadýmáním a průjmy. Orální alergický syndrom vzniká jiným mechanismem – v důsledku zkřížené reakce mezi alergeny pylů a alergeny některých potravin, což je dáno jejich podobnou chemickou strukturou. Projevuje se svěděním a lehkými otoky orofaryngu [3].

Sezonní alergická rýma, polinóza (SAR)

Pro alergickou rýmu svědčí často charakteristický průběh, vazba na expozici alergenu, nález na nosní sliznici, která bývá prosáklá a lividně zbarvená, v akutních případech překrvená s vodnatou hypersekrecí. Vodítkem mohou být i změny v obličeji pacienta: příčná rýma na kořeni nosu a halonované oči. Obtíže pacientů představují hlavně kýchání, nosní obstrukce, pocit ucpaného nosu, hypersekrece, svědění, často je přítomná bronchiální hyperreaktivita [4]. Alergickou rýmu řadíme mezi rizikové stavy pro vznik astmatu, nebo dokonce jako „pre-astmatický stav“ [5]. Globální iniciativa s označením ARIA (Alergická rýma a její vliv na astma) vznikla pod záštitou WHO a její doporučení zdůrazňují význam včasné a adekvátní léčby alergické rýmy jakožto rizikového faktoru pro vznik bronchiálního astmatu [6].

Alergická rýma patří mezi alergickými nemocemi jednoznačně k nejpočetnějším. V naší populaci prevalence dosahuje 18–19% a stoupající trend se nezastavuje [5]. Komplexní vyšetření pacientů s alergickou rýmou zajišťuje praktický lékař – vždy ve spolupráci s alergologem a otorinolaryngologem.

Sezonní alergická konjunktivitida (SAC)

Pacienta k lékaři obvykle přivádí zarudnutí a výrazné svědění očí, větší či menší otok víček a spojivky. Typickými potížemi pacienta jsou triáda „zarudnutí, otok a svědění“. Postižení očí může být výrazně asymetrické, svědění je oboustranné. U sezonní alergické konjunktivitidy se závažnost příznaků liší den ode dne v závislosti na množství alergenů v prostředí. V důsledku venózní kongesce mohou vzniknout tmavé kruhy kolem očí nazývané „alergické monokly“. Může jít o jediné projevy alergie, které pacient má. Nejběžněji se takto projevuje alergie na pyly

trav. Příznaky trvají v průměru 24 hodin a rychle ustoupí, jakmile přestane alergen působit. SAC je často spojena s alergickou rhinitidou nebo sinusitidou [7].

Oční alergie je onemocnění, které se rozvíjí především v posledních desetiletích a jeho incidence stoupá, přesto první případ alergické konjunktivitidy byl popsán již v roce 1819 lékařem Johnem Bostockem a byl nazván „případ pravidelného postižení oka“. Šlo o popis jeho vlastních potíží.

Sezonní akutní alergická konjunktivitida je nejběžnější oční alergií, představuje 95 % všech očních alergií. Alergická konjunktivitida je běžně spojená s alergickou rinitidou a příznaky slzení (88 %), svědění (88 %), zarudnutí (78 %), bolesti (75 %), otokem (72 %) a bodáním (65 %). SAC nevede k trvalému zhoršení vize, ale má vysokou morbiditu, zhoršuje pacientovi kvalitu života. Její léčba bývá zvládnuta lokálními preparáty a nevyžaduje systémovou terapii.

Farmakoterapie pylové alergie

Hlavním mediátorem, který se uvolňuje při alergickém zánětu z mastocytů je histamin, antihistaminika jsou proto základním kamenem farmakoterapie pylové alergie. Dalšími léky, které se používají v terapii pylové alergie, jsou látky, které stabilizují membránu mastocytů a zamezují tak uvolňování působků (kromony) a dále látky, které tlumí rozvoj zánětu, který následuje (kortikosteroidy).

Celková léčba

Antihistaminika se používají jak k celosezonní preventivní léčbě, tak potlačení akutních obtíží. Antihistaminika první generace (bisulepin nebo dimetinden) jsou vysoce lipofilní látky, které pronikají do CNS, což je příčinou řady nežádoucích účinků, z nichž nejvýznamnější je sedace. Antihistaminika druhé generace (loratadin, cetirizin, terfenadin) jsou relativně lipofobní a velmi špatně pronikají hematoencefalickou bariérou. Antihistaminika s imunomodulačním účinkem jsou např. aktivní metabolit (desloratadin) nebo aktivní enantiomer (levocetirizin) úspěšných molekul antihistaminik druhé generace [3]. Tyto molekuly mají mít přednost v léčbě pacientů před staršími antihistaminiky. Do generace nejnovějších antihistaminik patří fexofenadin (aktivní metabolit terfenadinu, bezpečnější než jeho předchůdce), bilastin, arupatadin. Tato antihistaminika jsou nesedativní (neovlivňují psychomotorické funkce, řidičské schopnosti), působí protizánětlivě. Mají rychlý nástup účinku, který přetrvává 24 hodin. Jsou indikovány pro věkovou skupinu pacientů starší 12 let [8,9]. Použití systémových kortikosteroidů v léčbě pylové alergie je indikováno jen vzácně [3].

Lokální léčba

Lokální léčba má ve strategii terapie pylové alergie své pevné místo, protože má rychlejší nástup účinku než při celkovém podání a menší riziko nežádoucích účinků [3].

Lokálně působící vazokonstrikční látky zmenšují obturaci nosu, ale nemají účinek na kýchání, svědění a sekreci z nosu. U očních potíží zmenšují překrvení spojivky a snižují svědění očí. Dekongestiva mají rychlý nástup účinku, ale při delší době podávání dochází k tachyfyaxi, objevuje se rhinitis medicamentosa a zhoršení nosní obstrukce.

Jaro je tady...

nezapomeňte na naše antihistaminika...

PROČ ZVOLIT DASSELTU?

- **NESEDATIVNÍ.** ⁽¹⁾
- **TEPLOTNÍ STABILITA TABLET**
– nevyžaduje žádné zvláštní podmínky pro uchovávání. ⁽²⁾

PROČ ZVOLIT CEZERU?

- **RYCHLÝ NÁSTUP ÚČINKU** ⁽²⁾
- Efekt *levocetirizinu* na **nosní kongesci** se projevuje už po první dávce díky jeho **PROTIZÁNĚTLIVÉMU ÚČINKU.** ⁽³⁾

Základní informace pro předpis léčivých přípravků: (přípraveno podle schválených Souhrnů údajů o přípravcích)

Název přípravku: Dasselta 5mg, potahované tablety. **Složení:** Jedna tableta obsahuje 5mg desloratadinu. **Indikace:** Přípravek Dasselta je indikován k zmírnění příznaků spojených: s alergickou rýmou, s urtikárií. **Dávkování a způsob podání:** Tablety mohou být podávány spolu s jídlem nebo bez jídla. Dospělí a dospívající (ve věku od 12 let výše): 1 tableta 1x denně pro úlevu od příznaků souvisejících s alergickou rýmou (včetně intermitentní a perzistující alergické rýmy) a urtikárie. Zkušenosti z klinického hodnocení účinnosti s použitím desloratadinu u dospívajících ve věku 12 až 17 let jsou omezené. Intermitentní alergická rýma (přítomnost příznaků méně než 4 dny za týden nebo méně než 4 týdny) by měla být léčena v souladu s posouzením anamnézy onemocnění pacienta a léčba by mohla být přerušena po odeznění příznaků a znovu zahájena, pokud se příznaky opět objeví. U perzistující alergické rýmy (přítomnost příznaků 4 dny nebo více za týden a více než 4 týdny) může být navržena trvalá léčba pacientů v obdobích expozice alergenu. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku nebo na loratadin. **Zvláštní upozornění:** Účinnost a bezpečnost přípravku Dasselta tablety u dětí mladších než 12 let nebyly dosud stanoveny. Se zvýšenou opatrností je nutné postupovat při podávání přípravku Dasselta pacientům se závažnou renální nedostatečností. Dasselta obsahuje laktosu. Pacienti se vzácnými dědičnými problémy s intolerancí galaktosy, vrozeným deficitem laktasy nebo malabsorpcí glukosy a galaktosy by tento přípravek neměli užívat. **Interakce:** V klinických studiích, v nichž byl desloratadin tablety podáván spolu s erytromycinem nebo ketokonazolem, nebyly zaznamenány žádné klinicky relevantní interakce. V klinicko-farmakologické studii, v níž byl desloratadin podáván současně s alkoholem, nebyla pozorována potenciace negativních účinků alkoholu na výkonnost. **Těhotenství a laktace:** Nedoporučuje se užívání desloratadinu v průběhu těhotenství. Desloratadin se vylučuje do mateřského mléka, a proto se nedoporučuje podávat kojícím ženám. **Účinky na schopnost řídit a obsluhovat stroje:** Pacienti by měli být informováni, že velmi vzácně se u některých lidí vyskytuje ospalost. **Nežádoucí účinky:** Nejčastěji hlášenými nežádoucími účinky byly únava, sucho v ústech a bolesti hlavy. **Balení:** 10, 30, 50 a 90 potahovaných tablet po 5mg. **Doba použitelnosti:** 3 roky. **Uchovávání:** Uchovávejte v původním obalu, aby byl přípravek chráněn před vlhkostí. Datum poslední revize textu SPC: září 2013. Držitel rozhodnutí o registraci: Krka, d.d., Novo mesto, Slovinsko. Registrační čísla: 10 potahovaných tablet: EU/1/11/739/002; 30 potahovaných tablet: EU/1/11/739/004; 50 potahovaných tablet: EU/1/11/739/005; 90 potahovaných tablet: EU/1/11/739/006. Léčivý přípravek je vydáván pouze na lékařský předpis. Léčivý přípravek je hrazen z veřejného zdravotního pojištění.

Název přípravku: Cezero 5mg, potahované tablety. **Složení:** Jedna potahovaná tableta obsahuje levocetirizinu dihydrochlorid 5mg. **Indikace:** Symptomatická léčba alergické rinitidy (včetně perzistující alergické rinitidy) a kopřivky. **Dávkování a způsob podání:** Perorální podání. Tableta se polyká celá, zapíjí se tekutinou, a může se užívat s jídlem nebo nezávisle na jídle. Doporučuje se podávání v jedné denní dávce. **Dospělí a mladiství od 12-ti let a děti od 6-ti do 12-ti let:** Doporučená denní dávka je 5mg (1 potahovaná tableta). U dětí do 6-ti let se užívání přípravku Cezero 5mg nedoporučuje, protože potahované tablety dostupné v současné době nedovolují odpovídající úpravu dávkování. U starších pacientů se střední až závažnou poruchou funkce ledvin se doporučuje úprava denní dávky (viz níže). U pacientů s poruchou funkce ledvin se dávkování upravuje dle hodnot clearance kreatininu: ≥ 50 ml/min: 1 tableta přípravku Cezero 5mg denně; 30-49 ml/min: 1 tableta přípravku Cezero 5mg každý 2. den; < 30 ml/min: 1 tableta přípravku Cezero 5mg každý 3. den; < 10 ml/min: přípravek Cezero 5mg je kontraindikován. U pacientů s izolovaným poškozením jater se nevyžaduje úprava dávky. Délka podávání závisí na charakteru, trvání a průběhu potíží. Intermitentní alergická rinitida (symptomy < 4 dny/týden nebo délka trvání potíží méně než 4 týdny) má být léčena podle charakteru onemocnění a anamnézy – léčbu je možné přerušit po vymizení příznaků a znovu zahájit při jejich opětovném nástupu. U perzistující alergické rinitidy (symptomy > 4 dny/týden a délka trvání potíží po dobu delší než 4 týdny) může být pacientovi navržena kontinuální léčba po dobu expozice alergenům. V současné době jsou klinické zkušenosti s podáváním 5mg levocetirizinu ve formě potahovaných tablet po dobu 6 měsíců. Jsou dostupné výsledky z racemátem - z jednoho klinického studie u pacientů s chronickou kopřivkou a chronickou alergickou rinitidou. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na levocetirizin, na jiné piperazinové deriváty nebo na kteroukoli pomocnou látku. Pacienti se závažnou poruchou funkce ledvin při clearance kreatininu nižší než 10 ml/min. Pacienti se vzácnými dědičnými problémy s intolerancí galaktosy, vrozeným deficitem laktasy nebo malabsorpcí glukosy a galaktosy, by tento přípravek neměli užívat. **Zvláštní upozornění:** Opatrnosti je třeba při současném podávání laktosy. Přípravek obsahuje laktosu. Opatrnosti je třeba u pacientů s predispozicí k retenci moči (např. míšní léze, hyperplazie prostaty). **Interakce:** Ve studii s opakovaným podáváním theofyllinu (400 mg jednou denně) byl pozorován malý pokles clearance cetirizinu (16%); dostupnost theofyllinu nebyla současným podáváním cetirizinu změněna. Stupeň absorpce levocetirizinu není ovlivněn jídlem, snižuje se však rychlost absorpce. U citlivých pacientů může současné podávání cetirizinu nebo levocetirizinu a alkoholu nebo dalších sedativ ovlivnit centrální nervový systém, třebaže bylo prokázáno, že racemát cetirizinu nezesiluje účinky alkoholu. **Těhotenství a kojení:** Nejsou k dispozici žádná klinická data o těhotných vystavených působení levocetirizinu. Ve studiích prováděných na zvířatech nebyly zaznamenány žádné přímé či nepřímé škodlivé účinky na březost, embryonální /fetální vývoj, porod nebo postnatální vývoj. Při předepisování přípravku těhotným nebo kojícím ženám je třeba opatrnosti. **Účinky na schopnost řídit a obsluhovat stroje:** Srovnávací klinické studie neprokázaly, že levocetirizin v doporučené dávce ovlivňuje pozornost, reaktivitu nebo schopnost řídit. Přesto mohou někteří pacienti pociťovat během léčby přípravkem Cezero 5mg ospalost, únavu nebo slabost. **Nežádoucí účinky:** Nejčastěji byly pozorovány bolesti hlavy, somnolence, sucho v ústech a únava. Méně častěji pak astenie a bolest břicha. **Balení:** 30 nebo 90 potahovaných tablet po 5mg. **Doba použitelnosti:** 3 roky. **Uchovávání:** Tento léčivý přípravek nevyžaduje žádné zvláštní podmínky uchovávání. Datum poslední revize textu SPC: 14.8. 2013. Držitel rozhodnutí o registraci: Krka, d.d., Novo mesto, Slovinsko. Registrační číslo: Cezero 5mg: 24/247/08-C. Léčivý přípravek je vydáván pouze na lékařský předpis. Léčivý přípravek je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění.

Dříve než jakýkoli přípravek předepíšete, seznámte se, prosím, s úplnými zněními Souhrnů údajů o přípravcích (SPC).

Nepřetržitá veřejná informační služba: tel./zázn./fax: +420 221 115 150, e-mail: info@krka.cz

Literatura:

1. SPC Dasselta
2. SPC Cezero

3. Day J.H., Briscoe M.R., Rafeiro E., Ratz J.D.: Comparative clinical efficacy, onset and duration of action of levocetirizine and desloratadine for symptoms of seasonal allergic rhinitis in subjects evaluated in Environmental Exposure Unit. Int J Clin Pract, February 2004, 58, 2, 109-118.



Krka ČR, s.r.o.

Sokolovská 79/192, 186 00 Praha 8 – Karlín
 Tel. +420 221 115 115, Fax +420 221 115 116
 www.krka.cz, info.cz@krka.biz



60let

Dekongestiva by se proto měla užívat jen ke zvládnutí akutních obtíží, terapie by neměla trvat déle než týden [3].

Lokální antihistaminika jsou k dispozici ve formě nosního spreje i očních kapek. Výhodný je prolongovaný účinek, který umožní aplikaci 2x denně, nevýhodou u lokálních antihistaminik je stejně jako u celkových malý účinek na obturaci nosu.

Inhibitory degranulace mastocytů působí jako stabilizátory membrány mastocytů a inhibují uvolnění mediátorů spojených s alergickou reakcí. Kromoglykát dvojsodný i nedokromil sodný se v léčbě pylové alergie používají k lokální terapii očních a nosních projevů. Relativní nevýhodou těchto léčiv je nutnost aplikace 4x denně.

Topické kortikosteroidy mají ze všech topických léčiv nejsilnější protizánětlivý účinek. Užití topických kortikosteroidů v léčbě alergické rýmy má velmi pozitivní výsledky, zatímco užití pro oční aplikace je relativně problematické. Kortikosteroidy účinně odstraňují obturaci nosu, svědění v nose, kýchání i výtok z nosu. Je potřeba si ale uvědomit, že klinický efekt kortikosteroidů není okamžitý, ale projeví se až po několika dnech pravidelné léčby [3,8,9].

Specifická alergenová imunoterapie (AIT)

Specifická alergenová imunoterapie je proces, při kterém se do organismu vpravují stoupající dávky alergenu, na který je pacient přecitlivělý. Tento léčebný postup působí jiným mechanismem než jen tlumením alergické reakce, jako je tomu u farmakoterapeutických postupů. Kromě důsledného vyhýbání se příčinnému alergenu je specifická alergenová imunoterapie prakticky jediná kauzální léčba sezonní pylové alergie. Doba potřebná k docílení dostatečného terapeutického efektu se shodně uvádí v rozpětí 3–5 let [10].

Závěr

Pylová alergie je onemocnění s negativním vlivem na kvalitu života pacientů po dobu „jejich pylové sezony“. Nejčastějším klinickým příznakem je alergická rhinokonjunktivitida, která vzniká v důsledku senzibilizace nosní sliznice a oční spojivky alergeny pylu. V současnosti účinná farmakoterapie pylové alergie zvládá většinou velmi dobře alespoň odstranit klinické potíže pacientů s minimálními vedlejšími účinky léčby. V budoucnosti se bude pravděpodobně přesňovat diagnostika alergenů, kterými je pacient senzibilizován. Je možné očekávat, že imunomodulační postupy přinesou další pozitivní změnu v kvalitě života pacientů s pylovou alergií.

Shrnutí pro praxi

Pylová alergie je aktuálním problémem, se kterým se setká praktický lékař ve své ordinaci. Nejčastější klinickou manifestací tohoto onemocnění je alergická rhinokonjunktivitida. Pro alergickou rýmu svědčí kýchání, nosní obstrukce, hypersekrece z nosu. Vodítkem mohou být i změny v obličeji pacienta: příčná rýha na kořeni nosu a halonované oči. Sezonní alergická konjunktivitida se klinicky projevuje zarudnutím a výrazným svěděním očí, větší či menší otokem víček a spojivky. Typickými potížemi pacienta jsou triáda „zarudnutí, otok a svědění“. Alergický zánět vzniká v důsledku uvolnění především histaminu z granul mastocytů. Základním kamenem farmakoterapie pylové alergie tedy jsou celková i lokální antihistaminika. Významnou součástí léčby jsou i topické nazální steroidy.

PYLOVÉ KALENDÁŘE

DŘEVINY

druh	měsíc	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Borovice													
Bříza													
Buk													
Cypřiš													
Černý bez													
Dub													
Habr													
Jalovec													
Jasan													
Javor													
Jilm													
Jírovec													
Kaštanovník													
Lípa													
Líska													
Olivovník													
Olše													
Ořešák													
Pajasan													
Platan													
Tis													
Topol													
Vrba													

TRÁVY

druh	měsíc	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Bojíněk													
Drnavec													
Hořčice													
Jílek													
Kostřava													
Kukuřice													
Lipnice													
Medyněk													
Psárka													
Pýr													
Rákos													
Sedmikráska													
Strha													
Žito													

BYLINY

druh	měsíc	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Ambrózie													
Heřmánek													
Chmel													
Jetel													
Jitrocel													
Kopřivovitý													
Merlíkovitý													
Pampeliška													
Pelyněk													
Řepka													
Šťovík													
Vojtěška													

Přehled literatury:

- 1) Špičák V., Panzner P. et al.: Alergologie. Galén 2004.
- 2) Bartůňková J., Hořejší V.: Základy imunologie. Triton 2009.
- 3) Rybníček O.: Pylová alergie. Remedia 2004; 14:56-68.
- 4) Seberová E.: Doporučení: Alergická rýma. www.csaki.cz
- 5) Špičák V.: Alergická rýma-příznak nebo nemoc? Pediatrie pro praxi 2013;14(3):161-166.
- 6) Bousquet J. et al.:ARIA document. J Allergy Clin Immunology 2010, 108:147-336
- 7) Feuermannová A.: Oční symptomy alergika a jejich léčba. Interní Med. 2012; 14 (4): 165-168.
- 8) Braunová J.: Možnosti léčby pylových alergií-sezonní alergická rinitida. Practicus 3/2010:17-19.
- 9) Petrů V.: Alergická rýma a její vliv na astma. Pediatr. praxi 2013; 14(2): 105–108
- 10) Čáp P.: Každoroční sezonní pylová alergie nemusí být trápením. Sanquis 2006 č. 44, str. 37.

Chronické žilní onemocnění – známé, ale zrádné...

MUDr. Klaudie Komárková, MUDr. Otakar Komárek

Flebologická ordinace, Puškinovo náměstí 2, Praha 6

O CVD (Chronic Venous Disease) se toho poslední dobou píše hodně, zejména poté, kdy výsledky celonárodního epidemiologického průzkumu Czech Vein Program z roku 2012¹ odhalily vysokou prevalenci příznaků (80 % populace starší 40 let, nejčastěji bolest nohou) i objektivních známek (60 % populace) této civilizační choroby. V porovnání se světem se u nás vyskytuje více závažnějších stadií CVD, což dokládá fakt, že první příznaky onemocnění jsou často bagatelizovány a s léčbou začínáme až v pokročilejších stadiích onemocnění. Průzkum ukázal, že 25 % pacientů s potvrzenou diagnózou CVD není v České republice léčeno vůbec.¹

Příčinou CVD je žilní hypertenze a rozvíjející se zánětlivá změna na stěnách žil. Pokud není adekvátně proces

zánětu eliminován již od prvních stadií, progreduje v hůře léčitelné závažnější komplikace, např. bérkové vředy. Jak bylo zdůrazněno na letošních Angiologických dnech 2014^{2,3}, léčba CVD by měla být zahájena hned od stadia COs (příčinou bolesti, nejčastějšího symptomu, je právě zánět), měla by být komplexní, dlouhodobá a kontinuální.^{2,4} Chirurgická léčba většinou řeší jen důsledky onemocnění, příčinu je nutné léčit vhodnou venofarmakologickou léčbou a kompresí.^{2,3}

Uvádíme pár příkladů z praxe, jak vhodnou léčbou lze zabránit zhoršování projevů žilního onemocnění a zlepšit celkový stav pacientů. Je nutné na to myslet zejména nyní v souvislosti s nadcházejícím letním obdobím.

Případ č. 1 – Varices crurum reticulares, otoky • Pacientka, 49 let

FA: Flebitida v graviditě;
Varixy pozoruje 20 let, spíše menšího typu.
Venofarmaka nikdy nebrala. Občas nosila kompresivní punčochy I. kompresní třídy.

Subj.: Otoky okolo kotníků (stupeň 6 na 10ti stupňové škále);-
bolest v lýtkách (stupeň 7) zvláště za tepla, po dlouhém sezení nebo stání;
občas křeče v lýtkách;
tlaky v lýtkách zejména v teplých měsících.

Obj.: DK souměrné, perimaleolární otoky;
palpačně nebolestivé;
bez perforátorů, kmenové varikosity;
na lýtkách retikulární a metličkové varixy.

OA: Hypertenze 5 let;
operace: APPE;
úrazy: 0;
2x gravidita;
nekuřák.

LA: Lokren + antikoncepce – 10 let hormonální.

PA: Prodavačka, v zaměstnání spíše stojí.

Th: Detralex 2-0-0, pitný režim a vzhledem k teplému počasí jen kompresivní terapie st. I. - podpůrná. Doporučeno též cvičení na rotopedu – kole, plavání.

Re: Po 2 měsících léčby razantní ústup bolestí, křeče 0, občas mírné perimaleolární otoky – večer. Stupeň bolesti hodnotí jako 1, stupeň otoků 2.

Dop.: V léčbě se dále pokračovalo – jednalo se o měsíce červenec a srpen. V dalším období následovala skleroterapie. Doporučeno nošení kompresivních punčoch, zejména do zaměstnání a pravidelné užívání Detralexu, zejména v teplém období, ideálně celoročně.



Případ č. 2 – Tromboflebitis superficialis cruris • Pacientka, 43 let

FA: Bez žilních potíží a příhod, otoky 0, křeče 0, tlaky 0, bolestivost 0.	úrazy 0.
NO: 2 dny bolestivý, 8 cm dlouhý infiltrát vena saphena magna na vnitřní straně pravého lýtky, asi 5 cm pod kolenem. Předcházel celodenní výlet na kole (50 km) při denní teplotě asi 30 °C, malý příjem tekutin – 1,5 l/den a večer pobyt v restauraci, kdy vypil asi 3 piva (1,5 l, 12 st.)	LA: 0
Obj.: Končetina bolestivá, ložisko palpačně citlivé, zarudlé, tuhé; Homansovo znamení negativní; T 36,8 °C, bez celkové alterace. USG Duplex vyšetření vyloučilo nález v hlubokém žilním systému a potvrdilo tromboflebitidu VSM v oblasti lýtky;	Th: Detralex – 1. týden 2-2-2 2. týden 2-0-2 dále 3 měsíce 2-0-0 Lokálně: Viatromb forte 4xd, stehenní kompresivní punčocha II. kompr. třída Pitný režim 2,5 – 3 l tekutin denně, běžný pohyb, nikoliv zátěž.
OA: Zcela zdravá, sportovec; operace 0;	Re: Po 3,5 měsících léčby je nález prakticky zhojen, končetina je nebolestivá subjektivně i objektivně. USG Duplex vyšetření prokazuje úplnou rekanalizaci a pouze mírně ztlustělou žilní stěnu v oblasti proběhlé flebitidy.
	Dop: Doporučujeme na sportovní činnost ponechat ještě 3 měsíce kompresivní punčochu a dodržovat pitný režim, alespoň 2 l/den.

Případ č. 3 - Ulcus cruris venosum • Pacientka, 68 let

FA: Varixy na obou DK 28 let; tromboflebitida PDK před 10 lety; operace varixů LDK s revizí třísla a crossectomií, stripping vena saphena magna l. sin.	více PDK. Hyperpigmentace, suchá kůže. Současně bilaterálně retikulární varixy. Na PDK varixy – postranní větve VSM.
Subj.: Otoky obou DK od kolen dolů: PDK stupeň 7, LDK stupeň 5 (obojí hodnoceno na 10stupňové škále); bolesti DK: LDK stupeň 5, PDK stupeň 8; křeče 0. Při elevaci DK úleva, v noci bez potíží.	USG Duplex prokázal průchodný hluboký i povrchový systém, ale na PDK insuficienci v oblasti sapheno-femorální junkce. Na obou DK insuficience v oblasti povrchových popliteálních žil.
OA: Hypertenze, ICHS, hyperlipidemie, obezita; operace: APPE, CHCE, varixy LDK; úrazy: 0.	Th: Detralex 3 týdny 2-0-2, dále 2-0-0 Kompresivní terapie – elast. kompr. punčochy stehenní II. k. tř. Zevně epitelizační externa (Bionect) Pitný režim min. 1,5 l/den.
LA: Lozap, Moduretic, Prestarium NEO. Nekouří, alkohol příležitostně, káva 2/d. Pitný režim – cca 800 ml/den.	Re: Již během týdne markantní zlepšení ve smyslu zmenšení bolesti a redukce otoků. Ulcus se zhojil během 2,5 měsíce. Po této době jsme Detralex vysadili. Otoky se mírně zhoršily, ale hlavně se zhoršila bolestivost končetin. Po opětovném nasazení Detralexu se stav stabilizoval. Vzhledem ke klinickému stavu interní lékař nedoporučil operační řešení varixů na PDK. Proto nadále léčba konzervativní: komprese, cvičení a venofarmaka – Detralex 2-0-0 – v dlouhodobém režimu.
NO: Před 6 měsíci vznik bércevého vředu na PDK, velikosti 4 cm v průměru, s navolitým okrajem, povleklou spodinou. Léčena běžnými externy, bez komprese a venofarmak, pouze elastické běžné obinadlo. Zlepšení částečné, spodina relativně vyčištěna, ale ulcus nezmenšen, trvají otoky a bolesti DK.	
Obj.: DK souměrné, ale s otoky lýtek a perimaleolárně,	

Případ č. 4 Otoky a bolesti DK v graviditě • Pacientka, 32 let, 20. týden gravidity

FA: Retikulární a metličkové varixy na obou DK. Flebitida na LDK v minulé graviditě před 3 lety, též otoky a bolestivost DK. Tehdy léčena lokálními preparáty, flebitida v kombinaci s kompresí elastickým obinadlem. Venofarmaka neměla.

Subj.: Křeče do lýtek v noci; otoky DK stupeň 6 (hodnoceno na 10stupňové škále); bolest stupeň 5.

OA: Zdravá, operace a úrazy 0

LA: 0
nekouří, alkohol 0, káva 1/den

NO: Nyní opět již od 18. týdne gravidity počínající otoky a bolest v DK, často noční křeče. Pitný režim dodržuje, minerály a vitaminy po dohodě s gynekologem užívá.

Obj.: DK souměrné, mírně oteklá lýtká obou DK; palpačně nebolestivé; Homansovo znamení negativní; bilat. ojedinělé retikulární a metličkové varixy.

USG – Duplex: hluboký a povrchový systém průchodný, bez refluxu. bilat.

Th: Detralex 2–0–0 po dobu celé gravidity; kompresivní punčochy II. kompr. třídy

Re.: Terapie nasazena po dohodě s gynekologem a ponechána po celou dobu gravidity. Ústup bolestí a otoků DK již po jednom týdnu užívání, gravidita zcela bez žilních potíží. Léčba ponechána ještě 3 měsíce po porodu. Následovalo přerušení na zimní období. S příchodem jím létem začaly opět mírné tlaky a bolesti DK. Proto znovu nasazen Detralex v dávce 2–0–0, stav se opět do týdne stabilizoval a letní období bez potíží. Pacientce doporučeno kontinuální užívání Detralexu.

Reference:

1. Vojtišková J. Czech Vein Program – výsledky epidemiologického programu. Praktická flebologie. 2012; 21; 8–13.
2. Jílková J. Využití venofarmak v léčbě chronického žilního onemocnění. Zdravotnictví a medicína. 2014;6:18.
3. 39. angiologické dny. Kongresový list 2, Zdravotnické noviny. 2014;6:28.
4. Nicolaides A, Allegra C, Bergan J, et al. Management of chronic venous disorders of the lower limbs. Guidelines according to scientific evidence. Int Angiol. 2008;27: 1-59.

detralex®

MPFF® - mikronizovaná, purifikovaná flavonoidní frakce

VĚTŠÍ 120 TABLET BALENÍ

PRO ZDRAVÉ NOHY PO CELÝ ROK

JEDINÝ LÉK

SE STUPNĚM DOPORUČENÍ
v nových mezinárodních Guidelines*

Č.1

*Pro úplnou informaci si prosím přečtěte celý Souhrn údajů o přípravku
**Všimněte si prosím změny v informaci o léčivém přípravku Detralex

1. Perrin M, Nicolaides A. The Updated International Guidelines on 'The Management of Chronic Venous Disorders of the Lower Limbs' and the Place of Venotonic Drugs. Int Angiol. 2013;32 (suppl):106–107. Presented at the Union Internationale de Phlébologie Congress; September 8–13, 2013; Boston, USA.

Zkrácená informace o přípravku Detralex SLOŽENÍ*: Flavonoidorum fractio purificata micronisata 500 mg (mikronizovaná, purifikovaná flavonoidní frakce - MPFF); Diosminum 450 mg, Flavonoida 50 mg vyjádřené jako Hesperidinum v jedné potahované tabletě. **INDIKACE*:** Léčba příznaků a projevů chronické žilní insuficience dolních končetin, funkčních nebo organických: pocit tíhy, bolest, noční křeče, edém, trofické změny, včetně bércevého vředu. Léčba akutní ataky hemoroidálního onemocnění, základní léčba subjektivních příznaků a funkčních objektivních projevů hemoroidálního onemocnění. Přípravek je indikován k léčbě dospělých. **DÁVKOVÁNÍ A ZPŮSOB PODÁNÍ*:** Venolymfatická insuficience: 2 tablety denně. Hemoroidální onemocnění: Akutní ataka: 6 tablet denně během 4 dní, poté 4 tablety denně další 3 dny. Udržovací dávka: 2 tablety denně. **KONTRAINDIKACE*:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku. **ZVLÁŠTNÍ UPOZORNĚNÍ*:** Podávání přípravku Detralex v symptomatické léčbě akutních hemoroidů vylučuje léčbu dalších onemocnění konečníku. Pokud symptomy brzy neodezní, je nutné provést praktologické vyšetření a léčba by měla být přehodnocena. **INTERAKCE*:** Žádné. **FERTILITA*/TĚHOTENSTVÍ, KOJENÍ*:** V experimentálních studiích na zvířatech nebyly zjištěny teratogenní účinky a nebyly prokázány žádné anatomické anomálie ani poškození v chování mláďat během období kojení; nežádoucí účinky nebyly zaznamenány ani u lidí. Z dostupných údajů o podávání přípravku těhotným ženám vyplývá, že nedochází k žádnému nepříznivému ovlivnění těhotenství ani plodu. Studie reprodukční toxicity na zvířatech neprokázaly vliv na fertilitu u samic o samic potkanů. **ÚČINKY NA SCHOPNOST ŘÍDIT A OBSLUHOVAT STROJE*:** Žádné. **NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY*:** Časté: průjem, dyspepsie, nauzea, vomitus. Vzácné: závratě, bolesti hlavy, pocit neklidu, vyrážka, svědění, kopřivka. Méně časté: kolitida. Frekvence neznáma: ojedinělé otoky obličej, rtů, víček, výjimečně Quinckeho edém. Abdominální bolest**. **PŘEDÁVKOVÁNÍ*:** FARMAKOLOGICKÉ VLASTNOSTI*: Venotonikum (venotonicum) a vazoprotektivum. Detralex působí na zpětný návrat krve ve vaskulárním systému: snižuje venózní distenzibilitu a redukuje venotónus, na úrovni mikrocirkulace normalizuje kapilární permeabilitu a zvyšuje kapilární rezistenci; zvyšuje lymfatický průtok. **UCHOVÁVÁNÍ*:** Při teplotě do 30°C. **VELIKOST BALENÍ*:** 30, 60 a 120 potahovaných tablet. **Datum revize textu:** 4.3.2014. Přípravek je k dispozici v lékárnách na lékařský předpis a je částečně hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. **Registrační číslo:** 85/392/91-C. Držitel rozhodnutí o registraci: **LES LABORATOIRES SERVIER** 50, rue Carnot, 92284 Suresnes cedex, Francie. Další informace na adrese: **Servier s.r.o.**, Praha City Center, Klimentův 46, 110 02 Praha 1, tel.: 222 118 111, fax: 222 118 300, www.servier.cz





Bolest na hrudi u diabetika vyžaduje vždy pomýšlet na ICHS

MUDr. Olga Grossmannová

Interní klinika 2. LF UK a FN Motol Praha

Souhrn

Diabetes mellitus je hlavní nezávislý rizikový faktor infarktu myokardu (IM). Tito nemocní mají zvýšenou úmrtnost ve srovnání s jejich nediabetickými vrstevníky. Prozánětlivé faktory a protrombotický stav vedou k vyššímu riziku ruptury aterosklerotického plátu. Ischemie myokardu může být tichá a infarkt myokardu může být buď bezbolestný, nebo atypický, což dále komplikuje diagnostický a terapeutický postup u těchto nemocných. Naše kazuistika ukazuje, že je třeba zvážit možnost angíny u každého diabetika s jakoukoli bolestí na hrudi. Spolu s farmakoterapií u diabetiků přednostně při revaskularizaci užíváme chirurgickou léčbu.

Úvod

Diabetes mellitus je jedním z rizikových faktorů kardiovaskulárních onemocnění a je zodpovědný za akceleraci atherotrombotických dějů. Spolu s dalšími rizikovými faktory pro aterosklerózu (hyperlipidémie a hypertenze) vede k progresi aterosklerózy a zvýšené náchylnosti k nestabilnímu plátu a následné arteriální trombóze. Také mikroangiopatické změny se v kombinaci s aterosklerózou podílejí na zhoršující se odpovědi tkání na ischemii (1). U diabetiků tvoří kardiovaskulární onemocnění, zejména ischemická nemoc srdeční a ischemická cévní mozková příhoda, 80 % celkové mortality. Riziko akutního infarktu myokardu je u diabetiků 2–4násobné. Mnoho pacientů – diabetiků s ischemickou chorobou srdeční nemá typické stenokardie a nemá ischemie se objevuje přibližně u 33 % diabetiků (1). U diabetiků je 2× častěji přítomna arteriální hypertenze a také se častěji objevují tzv. pre-hypertenzní stadia (systolický krevní tlak 120–139 mmHg a diastolický 80–90 mmHg), která rovněž zvyšují kardiovaskulární riziko. Dalším z rizikových faktorů, který je častější u diabetiků, je dyslipidémie, tj. snížená hladina HDL-cholesterolu a často i zvýšená hladina LDL-cholesterolu a triglyceridů. Vysoká hladina lačné glykémie je důležitým rizikovým faktorem pro první manifestaci ischemické choroby srdeční. Také insulinová rezistence a insulinový prekurzor proinsulin jsou známými prediktivními faktory ischemie myokardu a koronární smrti (1). U diabetiků je rozdílné postižení věnčitých tepen. Častěji se vyskytuje postižení více tepen než u nediabetiků stejného věku. Segmenty věnčitých tepen jsou vážněji postižené a v aterosklerotických plátech jsou častěji přítomné kalcifikace. U postižených segmentů dochází k remodelaci v menším rozsahu než u nediabetiků (2). Diabetici s postižením dvou nebo tří věnčitých tepen ošetření perkutánní koronární intervencí (PCI) měli dle studie BARI pětiletou mortalitu 35 %, zatímco pacienti ošetření pomocí aorto-koronárního bypassu (CABG) signifikantně méně – 19 % (3,13). Neúplné revaskularizace,

léčba sulfonylureou a vyšší počet restenóz jsou významnými faktory pro horší outcome u PCI (2,12).

Vlastní pozorování

66letý nemocný byl přijat na interní kliniku FNM v květnu 2012. Od roku 2001 se léčil s arteriální hypertenzí a diabetem 2. typu, v době přijetí byl diabetes léčen kombinací glimepiridu a intenzifikovaného inzulinového režimu. Obě onemocnění byla diagnostikována po atace ischemické cévní mozkové příhody v roce 2001. Dále byl pacient léčen statinem pro dyslipidémii a užíval substituční léčbu hypotyreózy. Rodinná anamnéza byla z kardiovaskulárního hlediska negativní, pacient od roku 2001 nekouřil cigarety. Pacient v týdnu před přijetím pociťoval intermitentní pálivou bolest za hrudní kostí bez propagace. Jednou zvracel, dušný se necítil. V den přijetí se v zaměstnání opět objevila bolest na hrudníku. Pacient byl následně vyšetřen praktickým lékařem, který podal nitroglycerin a kyselinu acetylsalicylovou s částečným efektem, poté byl pacient odeslán RZS na interní kliniku. Při přijetí již byl pacient bez stenokardií, na vstupním EKG byly přítomné horizontální deprese ST úseku ve svodech II, III, aVF a V4–V6 do 1 mm s negativními T vlnami (obrázek 1). Laboratorní vyšetření prokázalo opakovaně negativní hodnotu troponinu I, na kontrolních EKG křivkách byl zaznamenán ústup nespecifických změn repolarizace. Během hospitalizace již byl pacient zcela asymptomatický. Doplněné ECHO vyšetření prokázalo dobrou systolickou funkci levé komory bez poruchy kinetiky, nebyla přítomná hypertrofie levé komory, významná chlopní vada či plicní hypertenze. Pacientův stav odpovídal nově vzniklé angině pectoris, proto byl pacient následně hospitalizován na kardiologické klinice FNM k provedení selektivní koronarografie.

Koronarografie prokázala difúzní silně kalcifikované postižení věnčitých tepen (obrázek 2–4). V kmeni ACS byla přítomná difúzní významná stenosa 60–70 %, v odstupu RIA se nacházel plát se stenosou 70 %, ve středním úseku byl přítomen kalcifikovaný plát se stenosou 60 % a v odstupu RD plát se stenosou 90 %. Rovněž silně kalcifikovaný plát se 70 % stenosou se nacházel za odstupem RCx a plát se 60 % stenosou za odstupem RIM. ACD byla hypoplastická, s pláty a stenosou kolem 50 %. Koronarografický nálezní byl následně prezentován na indikačním kardiologickém semináři, kde byl pacient indikován k chirurgické revaskularizaci myokardu. Byl proveden čtyřnásobný aortokoronární bypass RIA–LIMA, RIM, RMI a RMII. Kontrolní transtorakální echokardiografie prokázala nedilatovanou levou komoru s dobrou globální systolickou funkcí a s poruchou relaxace. Operační výkon proběhl bez komplikací, pacient úspěšně rehabilitoval a byl propuštěn do domácího ošetřování.

Diskuze

Pacienti s diabetem mají vyšší riziko onemocnění věnčitých tepen a pacienti s diabetem 2. typu mají 4–6× vyšší riziko kardiovaskulární morbidita a mortality. Kardiovaskulární onemocnění je příčinou smrti u více než 75 % diabetiků (2). Diabetes je tedy významným faktorem, který zhoršuje prognózu pacienta a je nutné včas diagnostikovat a léčit další rizikové faktory koronárního onemocnění. Diabetes je sám o sobě rizikovým faktorem, ovlivňuje ale i ostatní rizikové faktory. Onemocnění koronárních tepen u diabetiků se může projevit atypickými symptomy (2). U diabetiků se častěji objevuje nemá ischemie či němý infarkt myokardu, projevující se typickými změnami na EKG u asymptomatického pacienta. I minimální změny na EKG mohou znamenat významné poškození věnčitých tepen prokazatelné při selektivní koronarografii. Je typické poškození více věnčitých tepen a také v jednotlivých věnčitých tepnách je postiženo více segmentů zároveň. Aterosklerotické pláty jsou u diabetiků častěji kalcifikované. Diabetici s poškozením dvou či tří věnčitých tepen mají nižší mortalitu, jsou-li léčeni CABG než PCI (2,6).

V současnosti máme k dispozici několik randomizovaných studií, které srovnávaly výsledky po PCI a CABG u pacientů s diabetem. Ve studii ARTS (7) u pacientů s diabetem byla osmiletá mortalita významně nižší než při léčbě CABG, 22 % versus 34 % při užití kovových stentů ($p=0,014$). Od té doby byly zavedeny stenty potažené léky a novější formy antiagregační terapie a také byla zlepšena technika chirurgické léčby. Do studie SYNTAX (10) byli zařazeni pacienti s chorobou tří tepen nebo stenózou levé věnčité tepny. Při PCI byly použity stenty TAXUS s paklitaxelem. V celé studii (14) se po čtyřech letech snížila jak celková, tak srdeční úmrtnost ve skupině CABG oproti PCI (8,8 % vs. 11,7 %, $p=0,048$, a 4,3 % oproti 7,6 %, $p=0,004$). U pacientů s diabetem ($n=452$) po třech letech signifikantně poklesly

významné srdeční nebo cerebrovaskulární příhody z 37,0 % na 22,9 % při léčbě PCI nebo CABG ($p=0,002$). U diabetiků léčených inzulinem došlo k srdeční smrti u 12,6 % léčených PCI, ve srovnání s 4,5 % u CABG ($p=0,06$). Rozdíly u pacientů léčených pouze perorálními antidiabetiky byly mnohem skromnější, 11,5 % ve srovnání s 8,4 %.

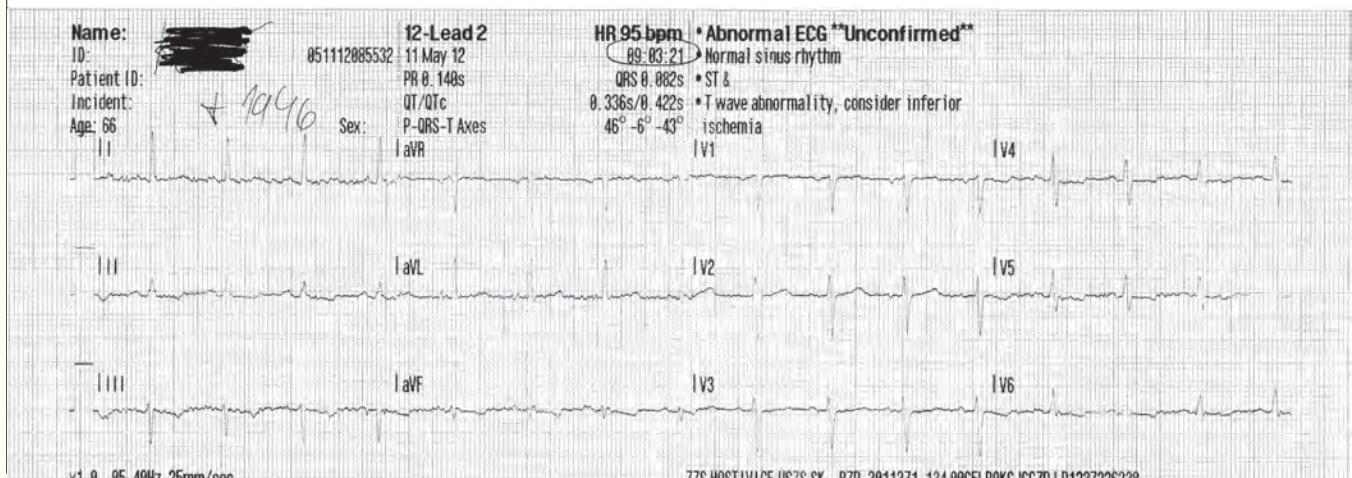
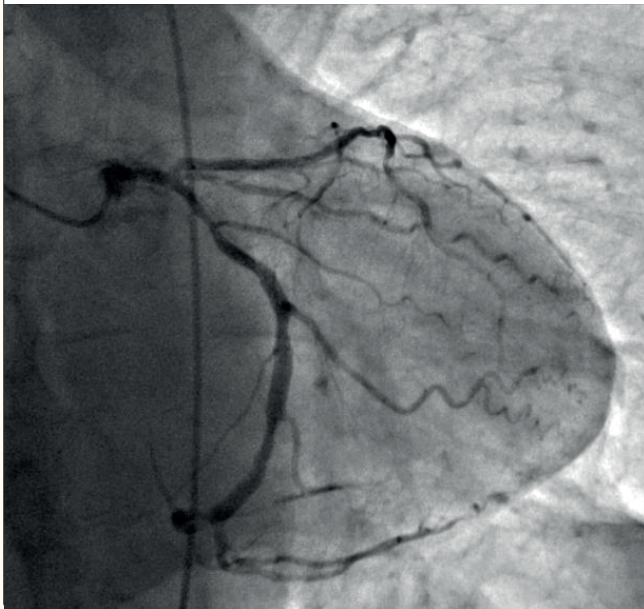
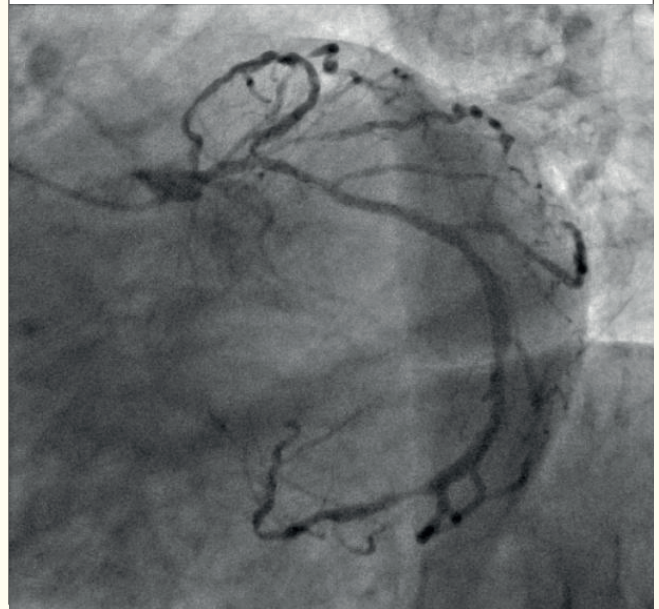
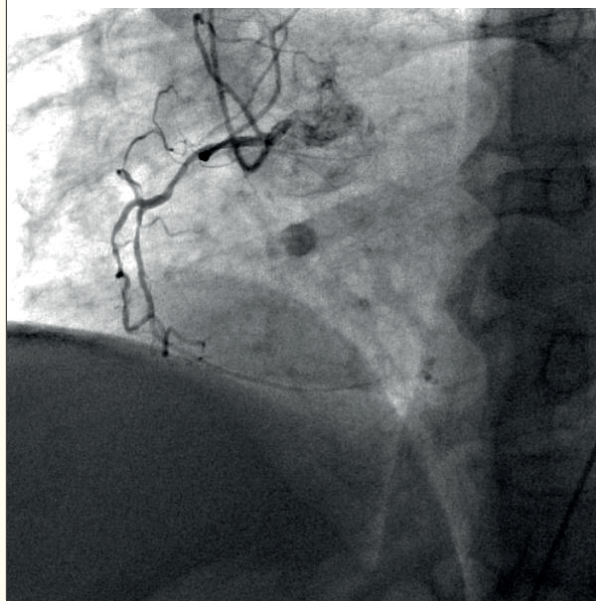
Recentně publikovaná studie VA CARDS porovnávající PCI a CABG u pacientů s diabetem s proximální stenózou RIA nebo s chorobou tří tepen (9) je v souladu s výsledky ostatních studií. Mortalita v této studii u nemocných léčených CABG byla 5,0 % ve srovnání s 21,0 % u nemocných s PCI ($p=0,02$). Nicméně je tato studie kritizována za malý počet pacientů a nerovnoměrné rozdělení do jednotlivých léčebných skupin, což vedlo k nadhodnocení pozitivního efektu CABG.

Výše uvedené studie nám ukazují, že diabetici jsou vhodnější k chirurgické revaskularizaci, nicméně užití nových lékových stentů začíná stírat náskok chirurgické léčby oproti léčbě katetrizační.

V současnosti nemáme pochyb, jak diabetiky s významným koronarografickým nálezem léčit (4,5). Problém je tyto nemocné správně identifikovat (11). Naše kazuistika ukazuje nutnost pomýšlet na možnost stenokardií u každého diabetika s jakoukoli bolestí na hrudi. Klidové EKG s nespecifickým nálezem nás nesmí odvést od podezření na kardiální etiologii obtíží. Koronarografie u našeho nemocného ukázala významný nále, který vedl k časnému provedení CABG. Celková délka hospitalizace od přijetí přes provedení koronarografie do propuštění po nekomplikovaném provedení CABG činila 10 dní.

Literatura:

- Coccheri S. Approaches to Prevention of Cardiovascular Complications and Events in Diabetes mellitus. *Drugs* 2007; 67: 997-1026
- Rydén L., Stanley W.C., et al. The Diabetic Coronary Patient. London: Science Press c 1999. ISBN 1-85873-354-5
- The BARI Investigators. Influence of diabetes on 5 year mortality and morbidity in a randomized trial comparing CABG and PTCA in patients with multivessel disease: the Bypass Angioplasty Revascularization Investigation (BARI). *Circulation* 1997;96:1761-1769
- King S.B., Smith S.C., Hirshfeld J.W., et al. 2007 focused update of the ACC/AHA/SCAI 2005 guideline update for percutaneous coronary intervention: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines: 2007 Writing Group to Review New Evidence and Update the 2005 ACC/AHA/SCAI Guideline Update for Percutaneous Coronary Intervention. *Circulation* 2008;117:261-295
- Eagle K.A., Guyton R. A., Davidoff R. American College of Cardiology; American Heart Association, et al. ACC/AHA 2004 guideline update for coronary artery bypass graft surgery: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee to Update the 1999 Guidelines for Coronary Artery Bypass Graft Surgery). *Circulation* 2004;110:e340-e437
- SOS Investigators. Coronary artery bypass surgery versus percutaneous coronary intervention with stent implantation in patients with multivessel coronary artery disease (the Stent or Surgery trial): a randomized clinical trial. *Lancet* 2002;360:965-970
- Serruys P. W., Ong A.T., van Herwerden L.A. et al. Five-year outcomes after coronary stenting versus bypass surgery for the treatment of multivessel disease: the final analysis of the Arterial Revascularization Therapies Study (ARTS) randomized trial. *J Am Coll Cardiol* 2005;46: 575-581
- Kapur A., Hall R. J., Malik I.S. et al. Randomized comparison of percutaneous coronary intervention with coronary artery bypass grafting in diabetic patients. 1-year results of the CARDIA (Coronary Artery Revascularization in Diabetes) trial. *J Am Coll Cardiol* 2010;55:432-440
- Kamlesh M., Sharp T.G., Tang X.C. et al. Percutaneous coronary intervention versus coronary bypass surgery in United States veterans with diabetes. *J Am Coll Cardiol* 2013;61:808-816
- Serruys P. W., Morice M.C., Kappetein A.P. et al. Percutaneous coronary intervention versus coronary-artery bypass grafting for severe coronary artery disease. *N Engl J Med* 2009;360:961-972
- Weintraub W.S., Grau-Sepulveda M.V., Weiss J.M. et al. Comparative effectiveness of revascularization strategies. *New Engl J Med* 2012;366:1467-1476
- Chaitman B.R., Hardison R. M., Adler D. et al. The Bypass Angioplasty Revascularization Investigation 2 Diabetes randomized trial of different treatment strategies in type 2 diabetes mellitus with stable ischemic heart disease. *Circulation* 2009;120:2529-2540
- The BARI 2D Study Group. A randomized trial of therapies for type 2 diabetes and coronary artery disease. *N Engl J Med* 2009;360:2503-2515
- Kappetein A.P., Feldman T.E., Mack M.J. et al. Comparison of coronary bypass surgery with drug-eluting stenting for the treatment of left main and/or three-vessel disease: 3-year follow-up of the SYNTAX trial. *Eur Heart J* 2011;32:2125-2134
- Mack M.J., Banning A.P., Serruys P. W. et al. Bypass versus drug-eluting stents at three years in SYNTAX patients with diabetes mellitus or metabolic syndrome. *Ann Thorac Surg* 2011;92:2140-2146

Obrázek 1: EKG**Obrázek 2: Levá věnčitá tepna****Obrázek 3: Levá věnčitá tepna****Obrázek 4: Pravá věnčitá tepna**



Předoperační vyšetření

MUDr. Pavel Brejník

Praktický lékař pro dospělé, Kladno

Toto sdělení popisuje případ žaloby pacientky, která prodělala plastickou operaci břišní stěny s komplikovaným hojením. Jako příčinu komplikovaného hojení označila nesprávnou péči kliniky plastické chirurgie a dle jejího názoru mylný závěr předoperačního vyšetření praktického lékaře bez vysazení léku, což mělo být hlavní příčinou komplikovaného hojení. Obě zdravotnická zařízení pak zažalovala rovným dílem v prvním kole o částku 220 079 Kč. Klinika plastické chirurgie vystupuje v kazuistice jako žalovaný 1, praktický lékař jako žalovaný 2. Žaloba byla postavena na závěrech znaleckého posudku znalkyně v oboru plastické chirurgie Soudy různého stupně pak řešily tento případ 4 roky.

V žalobě pacientka uvedla, že se v březnu 2008 rozhodla, že podstoupí plastickou operaci břicha – abdominoplastiku. U žalovaného 1 v jeho pracovišti plastické chirurgie se objednala na operaci na termín 28. 3. 2008.

V té době jsem užívala dlouhodobě (15 let) lék Metalcaptase. V SPC k tomuto léku je mimo jiné uvedeno, že „při chirurgických zákrocích je třeba z důvodu možného působení na kolagenová nebo elastinová vlákna terapii přechodně vysadit nebo pokud možno 6 týdnů před větším chirurgickým zákrokem dávku snížit až do úplného zhojení rány.“ Tyto informace před podstoupením operace bohužel neměla.

Předtím, než podstoupila operaci, byla dne 27. 3. 2008 na předoperačním vyšetření u žalovaného 2. Žalovaný věděl, že užívá lék Metalcaptase, což vyplývá z lékařské zprávy. Závěr tohoto předoperačního vyšetření však navzdory užívání předmětného léku zněl tak, že je schopná výkonu bez omezení.

Dne 28. 3. 2008 za provedení plastické operace u žalovaného 1 zaplatila částku 35 000 Kč a zaměstnanci žalovaného 1 jí plastickou operaci provedli. Taktéž zaměstnanci žalovaného 1 byly informovány o tom, že užívá lék Metalcaptase.

Výsledkem operace byla jizva vedená výrazně výš, než bylo předem sděleno, a sešité boky, které obvykle nejsou výsledkem abdominoplastiky. Navíc byly boky sešity asymetricky. Lékařem, zaměstnancem žalovaného 1, byla informována o tom, že hojení obvykle trvá 2 týdny, u žalobkyně však probíhalo hojení rány déle než 5 měsíců. Celková slabost a bolesti břicha přetrvávají dodnes. Její pooperační problémy byly následující:

Již po několika hodinách po operaci cítila škrábání v krku. Po propuštění z pracoviště žalovaného, které bylo velmi brzké – byla propuštěna již po 19 hodinách, měla dechové potíže. Pět dní po operaci jí bylo lékařem, zaměstnancem žalovaného 1, který ji viděl poprvé od operace, ozná-

meno, že má nekrotický pupík, zároveň měla černá stehna. Byla nucena 3× týdně jezdit na převazy do ordinace žalovaného 1. Dechové problémy se zvyšovaly, až došlo k tomu, že se začala dusit. Ačkoliv navštěvovala různé lékaře včetně žalovaných, nikdo jí v její situaci nebyl schopen pomoci. Dva týdny po operaci, kdy se jí celkově zvětšilo břicho, jí začali na pracovišti žalovaného 1 provádět punkce. Tři týdny po operaci jí rána praskla, otevřená rána jí byla bez umrtvení sešita zdravotní sestrou, zaměstnancem žalovaného 1, lékař, zaměstnanec žalovaného 1, nebyl přítomen. Do týdne jizva opět praskla a posléze se rána hojila téměř 4 měsíce. Dne 5. 5. 2008 jí rodina odvezla na vyšetření, kde se zjistilo, že má vysoké zánětlivé parametry CRP 191 – normál je do 0 – 5, málo železa a červených krvinek. Dne 9. 5. 2008 prosila lékaře, zaměstnance žalovaného 1, aby už mohla chodit na převazy v místě bydliště, že již je z neustálého dojíždění vyčerpaná. Lékař, zaměstnanec žalovaného 1, souhlasil s tím, že se po domluvě dostaví občas do jeho ordinace na kontrolu. Intenzivní návštěvy lékařů skončily až 14. 7. 2008. Nicméně bolesti břicha, konkrétně celé jizvy a části pod jizvou, přetrvávají dodnes stejně jako necitlivost místa nad jizvou.

Dle žaloby žalovaní nepostupovali při poskytování zdravotní péče v souladu s dostupnými poznatky lékařské vědy, když jí nevysadili ani jí neomezili podávání léčebného preparátu Metalcaptase. Následkem tohoto jednání se jí operační rána hojila neúměrně dlouhou dobu, kdy až do dnešního dne má oblast jizvy a část pod ní bolestivou. Naopak část mezi pupkem a jizvou je necitlivá.

Žalovaný 1 dále nepostupoval při provádění operace v souladu s dostupnými poznatky medicínské vědy; když jí nebyli při operaci dány drény, které jsou důležité k odvedení krve a tkáňového moku. Následkem i tohoto jednání krvácela dovnitř a posléze musela podstoupit 9 bolestivých punkcí. Žalovaný 1 dále nepostupoval v rámci pooperační péče v souladu s dostupnými poznatky lékařské vědy, když z hospitalizace žalovaného 1 byla propuštěna již po 19 hodinách jen zdravotní sestrou, zaměstnancem žalovaného 1, ačkoliv se doporučuje setrvat v nemocniční péči minimálně 2 dny a dále dle potřeby. Následkem tohoto jednání se operační rána hojila neúměrně dlouhou dobu.

Když se rozhodla podstoupit operaci břicha, měla za to, že jí operace přinese jednoznačně pozitivní výsledek. Z informací, které si zjistila a které jí byly sděleny, nabyla dojmu, že za 6 týdnů bude schopna zapojit se do normálního života, bude moci činit běžné věci a nebude jakkoliv omezena. Před operací rekreačně sportovala, v zimě lyžovala (běžecké i sjezdové lyžování), ve zbytku roku jezdila na kole, provozovala pěší turistiku, taktéž plavala.

Údaje v tomto odstavci se v průběhu sporu objevily

v rozšíření žaloby o ochranu osobnosti, kde žalobkyně tvrdila, že měla několik vztahů s pány, kteří, když viděli její zjizvené břicho, od vztahu upustili, takže ona si od té doby připadá méněcenná. Tato část žaloby však nebyla realizovaná z důvodu v té době nevyřešené žaloby o náhradu škody.

Jak žalovaný 1, tak žalovaný 2 se závěry žaloby nesouhlasili, domnívali se, že postupovali lege artis. Chirurg kromě jiného uvedl, že žalobkyně měla silnou vrstvu tuku 4 cm, která může být faktorem obtížnějšího hojení. Dále uvedl, že před operací nemohou posuzovat všechna rizika spojená s medikací, že proto se vlastně dělá předoperační vyšetření, které bylo se závěrem schopna operačního zákroku v celkové anestezii bez omezení. A že pokud došlo vlivem chronické medikace k patologickému hojení, tak to není v přímé souvislosti s jeho zákrokem.

K posouzení postupu praktického lékaře byl osloven v 3/2011 znalec se specializací všeobecné lékařství. Bylo zjištěno, že posuzovaná byla registrována u PL a tedy i zdravotní dokumentace PL byla vedena od 5. 4. 2007.

Ve dnech 5. 4. , 27. 4. , 24. 5. , 16. 7. 2007 předpis Metalcaptase (ta byla nasazena v r. 1993 pro močové kameny).

26. 7. 2007 Subj., zcela bez zdravotních potíží, stolice pravidelná, potíže s močením nemá, váha stabilní.

Obj: TK 130/70, Výška 164 Váha 64, nález přiměřený. Závěr cystinurie s tvorbou kamenů, stav po virové hepatitidě B – pracovní úraz 1977, stav po operaci halluxů bilat, izolované hypercholesterolemie dle laboratoře.

Doporučeno: nutno 3xTAT, sérologii, RTG, UZ břicha.

12. 9. , 7. 11. , 13. 11. 07 předpis medikace Metalcaptase, 15. 11. 07 provedení Haemocultu s negativní nálezu

16. 11. , 6. 12. 07 předpis Metalcaptase,

31. 12. 07, 21. 1. 08 očkování proti tetanu.

29. 2. 08 Sdělení patrně revizního lékaře ZP: Celaskon, Pyridoxin již nejsou hrazeny ze ZP.

26. 3. 2008 přichází pro žádanky na plastickou operaci.

27. 3. 08 předoperační vyšetření.

RA: rodiče otec zemřel v 75 letech, stp. CMP, měl selhání srdce a ledvin, matka žije DM, art. hypertenze, sourozenci bratr léčí se pro M. Bechtěrev, děti 1 dcera je HBs Ag posit, SA: žije sama.

PA: zdravotní sestra, pracovala v Německu, t.č. nepracuje.

OA: od 4 let vedena na urologii pro akutní glomerulonefritidu, od 17 let cystinurie, s tvorbou cystinové lithiasy u péči urologa, stp. nakažení hepatitidou B jako pracovní úraz 1977, od roku 1997 je bez dispensarizace, stp. operaci halluxu 1992, stp. AT (operaci nosní mandle) ve 4 letech, stp. TE (krční mandle) 1985, stp. operaci nefrolithiasy vpravo ve 25 letech, stp. operaci levého močovodu pro lithiasu ve 29 letech, st. p. hospit. na urologické klinice, provedení nefrostomie s vytažením lithiasy v 33 letech, izolovaná hypercholesterolemie dle lab.

Alergie: amoclen abactal, ciprinol

Léky: metalcaptase 300 mg 3x1, Celaskon 250 mg 2-2-2-2, pyridoxin 20 mg 1-1-1

Nekouří, alkohol nepije.

GA: porody 1, potraty 0, poslední gyn. vyš. 12/07, klimak-

terium od 2006.

TAT 2008, mamografie – odmítla.

Subj.: tč. je zcela bez zdravotních obtíží, kašel, rýmu, bolesti nemá, cítí se zdravá, stolice je pravidelná, s močovým potíže nemá, váha je stabilní.

Obj.: TK: 128/84, puls 86 /min, Výška: 164 cm Váha: 72 kg

Laboratoř: vše v normě.

EKG – SR o fr. 78/min, QRS 0,100 QTc 434ms IRBB ve V1, bez repol.

Závěr: plastická operace břicha, cystinurie s tvorbou konkrementů, st.p, virové hep. B.

Z interního hlediska je nemocná výkonu v CA schopná bez omezení.

Terapie: dosavadní.

Kontrola po výkonu.

Léky: Metalcaptase 300, tbl. obd. 50x 300 mg 1-1-1

07. 04. 2008

Subj.: přichází po operačním výkonu, od výkonu od minulého týdne nemůže mluvit, s pocitem zadržávání, snad lékařem při dnešním převazu dop. vyloučení plicní embolie, ale i tak nemocná odeslána za PL?!! Snad dle lékaře stačí natočit EKG?!! Bolesti nemá, v noci spí dobře, pro dechové obtíže se nebudí, tlak na prsou nemá, kašel nemá, udává jen pocit tachykardie, nemocná se bojí nadechnout, přestože nádech je v pohodě, ale bojí se vydechnout, protože zadržává.

Obj.: TK 138/86, puls 95/min, dýchání je zcela čisté skřípkové, AS je pravidelná.

Závěr: tachykardie po výkonu bez klinického nálezu, psychický vliv?

Terapie: Lexaurin na noc 1,5 mg

Kontrola: s EKG

21. 5. 08 předpis Metalcaptase, 5. 6. 08 výpis žádanek pro vyšetření.

3. 7. 08 vyšetření pro vypsání komplexní lázeňské péče dle indikace VIII/2 (močové kameny– pozn. znalce), Dg N20 na 21 dní – t. č. bez zdravotních potíží, kašel, rýmu, bolesti nemá. Obj. interní nález přiměřený, klidná jizva nad symfýzou, rozsáhlá ještě mladá jizva od lopat kyčelních po abdominoplastice, uprostřed stále rozestouplá.

25. 7. 08, 5. 11. 08 a 28. 1. 09 předpis Metalkaptasy.

28. 1. 09 přichází na vyšetření, přináší sebou lísteček, dominantní potíže píchání v jizvě, bolesti vpravo v oblasti jater, nemocná je polyalická, po psychické stránce tvrdí, že je vyrovnaná, alteraci psychiky kategoricky odmítá, pocit píchání 3-5x za den, bolesti jen v oblasti jater bez závislosti na pohybu nebo jídle, rozrušení, zvracení neguje, průjem nemá. Dále udává pocit tahání okolo krku (matka podobné potíže se zarůstajícími karotidami), žádá UZ vyšetření karotid.

Obj. TK 133/78, puls 87, četné pevné jizvy pohmatově bez bolesti.

Závěr: bolesti břicha po plastické operaci, bolí v oblasti jater, jistě psychická nadstavba.

Vypsány žádanky na USG břicha a ledvin, USG karotid.

16. 3. 09 přichází s výsledky – normální UZ a Doppler nález, popsána susp thyreopatie.

Průvodní list na vyšetření TSH, T4f, předpis Metalcapta-se, v plánu 8/2009 reoperace jizvy.

9. 4. 2009 tč. zcela bez potíží, kašel, rýmu, bolesti nemá, cítí se zdravá, stolice pravidelná, váha stabilní, bolesti má jen v oblasti jizvy po abdominoplastice, v plánu reoperace jizvy.

TK 126/82, puls 104, Výška 164, Váha 67, klidná jizva nad symfýzou, rozsáhlá místy vtažená jizva po abdominoplastice, na pohmat citlivá.

Závěr stejný jako při minulých vyšetřeních. Schopna práce jako zdravotní sestra na 4 hodiny.

17. 6. 09 předána dokumentace z důvodu přeregistrace k jinému lékaři, předána kopie zpráv a poslední laboratorní výsledky.

V dokumentaci plastického chirurga je konstatováno, že 28. 3. 08 přichází k operaci břicha, pozitivita hepatitidy B, zprvu uvažuje pacientku neoperovat, ve snaze vyjít klientce vstříc, výkon proveden za zvýšených bezpečnostních opatření. Silná vrstva podkožního tuku 4 cm, místy možná více. Pacientka upozorněna na možnost výpotku v pooperační době. Průběh jizvy probrán při konzultaci a dnes při malování a vyměřování před operací.

Status praesens: klidná jizva po operaci ledviny vpravo, po gynekologické operaci nad ohanbím, podkoží 4 cm.

Operace 28. 3. 08. V epidurální analgosedaci dle nákre-su incise kolem pupku – ponechán in situ, poté incise v podbřišku a mobilizace kůže z podbřišku až k oblouku žebernímu. Současné stavění krvácení, sutura diastasy ve 2 vrstvách, sutura podkoží, sutura kůže, sterilní krytí, elastický návlek.

Pooperačně sledován P a TK v 1 hodinových, ve večer-ních po 2–3hodinových intervalech.

29. 3. 08 rána klidná, modřina vpravo na boku, tmavý pupík, kontrola 31. 3. , doporučen Phlogenzym tbl.

31. 3. 08 rána klidná pupeční jizva temně fialová + puchýř – apl. Askinogel, Prontosan.

4. 4. 08 převaz, punkce 400 ml tmavé tekutiny.

7. 4. 08 převaz, punkce 280 ml tmavé tekutiny.

14. 4. 08 převaz, rána klidná, koncové stehy ex, pocit tlaku v oblasti břicha–punkce 400 ml tmavé tekutiny.

23. 4. 08 převaz, malý výpotek – punkce 180 ml tmavé tekutiny, okolí rány v oblasti střední čáry pruhovitě oteklé v šířce asi 5–6 cm, rána sama zarudlá, pacientka bez teploty, pokus o vypuštění exsudátu z rány, není náplň.

30. 4. 08 převaz – rána otevřena, bez zápachu, celkově bez teploty, punkce není popisována, pacientka se rozhodla, že bude chodit na převazy na chirurgii v místě bydliště, aby ušetřila čas a peníze za dopravu, poučena, že hojení bude trvat dlouho.

7. 5. 08 dehiscence rány, sekrece spíše jako tkáňový mok, postupně se vylučují podkožní stehy, proplach peroxidem, Prontosan, sterilní krytí. Pacientka nás začíná

obviňovat, že její stav byl zaviněn špatnou péčí, přinesla zprávu z interní kliniky, domnívala se, že měla dostat transfusi po operaci a že měla embolii, vše kvůli namáhavějšímu dýchání po sutuře diastasy, zejména je-li v mesenteriu a omentu obsaženo více tuku, což v tomto případě lze předpokládat.

9. 5. 08 proplach peroxidem, Prontosan, sterilní krytí.

23. 5. 08 pacientka v doprovodu dcery, údajně lékařky, nechce pokračovat v kontrolách na našem oddělení, přesto, že jí seznámili s dalším postupem léčby komplikace po operaci břicha – po stabilizaci rekonstrukce dehiscence v oblasti m.rectus. O naší péči se vyjadřuje pohrdavě, byla údajně špatná a nedostatečná, dcera vyžaduje dokumentaci, ta je poskytnuta.

V době od 30. 4. do 14. 7. 2008 byla žalobkyně léčena na chirurgickém oddělení v místě bydliště. Při přijetí na toto pracoviště byla rána s mohutnou hnisavou sekrecí, s nekrózou podkoží a dehiscencemi v polovině rány s četnými stehovými pištělemi, stav dokonce hodnocen jako phlegmona abdominis, převazy byly 2x týdně s Beta-dinem a Sorbalgonem, postupně dochází k hojení rány. V soudním spise byl tento stav dokumentován četnými barevnými fotografiemi.

Pro dechové potíže provedeno i plicní vyšetření, kde konstatováno, že cca před 2,5 měsíci provedena abdominoplastika břicha v 3/08, výkon v epidurálu, od operace začala pociťovat zhoršené dýchání hlavně při mluvení a při chůzi, kdy se objevil i kašel, který suchý, dráždivý, afebrilní, cítila silné bušení srdce, ale bolesti neměla, nekuřačka, byla i na scinti plic 5. 5. kdy negat. nález, sama slyšela i zvuky při dýchání a vázl hlavně výdech, nyní se lepší chuť k jídlu, váha nyní 66 kg, v noci spí již nyní klidně, musela ale spát v polosedě, otoky Dk nemá.

3x operace urolithiasy od 25–33 let.

Spirometrie: ventilace v normě: FVC 88 %, FEV1 95 %, PEF 87 %. Test na Ventolin: FVC +5 %, FEV1 +2 %.

BDT – bez známek hyperinflace a bez zvýšení resistance na periférii.

Závěr: V.s. počínající astma bronchiale.

Terapie: Pulmicort 1–0–1 užívat 3 týdny, bude-li bez obtíží, snížit na 1–0–0, Ventolin 1–2 vdechy p. p.

Interní vyšetření 5. 5. 2008 konstatovalo, že nemocná je 6 týdnů po plastice břišní stěny (28. 3. 2008), od té doby tachykardie, dušnost, dráždění ke kašli, spíše po námaze. Horečky asi neměla, třesavku, zimnici neměla. Dysurie neuguje.

Objektivní nález byl přiměřený, stejně tak jako kompletní biochemické vyšetření až na zvýšené zánětlivé parametry CRP, FW, leu., EKG, RTG P+S byly v normě.

Perfúzní plicní scintigrafie 99mTc MAA: Obě plicní křídla s homogenní distribucí perfúze bez zřetelných ložiskových defektů aktivity v plicní periférii. Závěr: Normální nález, vyšetření pro čerstvou plicní embolizaci nesvědčí.

Závěr: mírná anémie, hyposideronémie, vysoké zánětlivé parametry, hormony štítné žlázy v normě, plicní embolie scintigraficky vyloučena.

Znalec 4. 6. 2011 ve svém posudku konstatoval, že žalob-

kyně se domnívá, že nevysazením léku Metalcaptase, který podle SPC je doporučováno z důvodu možného působení na kolagenová nebo elastinová vlákna terapii přechodně vysadit nebo pokud možno 6 týdnů před větším chirurgickým zákrokem snížit až do úplného zhojení rány. Stručně je toto doporučení popsáno i v publikaci Remedii II. vydání z roku 1997 (výpis je též součástí spisu). SPC jsou k dispozici na internetu, nebo jsou součástí programů používaných ve zdravotnictví. Tuto informaci může získat lékař používající internet či zdravotní programy s AISLP.

V psané formě lze tuto informaci získat velmi obtížně. Nejčastěji používanou pomůckou v praxi praktických lékařů je tzv. Breviř. K roku 2009 měl 19 vydání, není ani v obsáhlém farmakologickém přehledu Pharmindex z roku 2000–2001.

Lze konstatovat, že lék Metalcaptase se v současnosti prakticky nepoužívá. Dříve se hojně používal v revmatologii, ale s nástupem imunosupresiv, moderních kortikoidů a biologické léčby se v posledních cca 10 letech vůbec nepoužívá a i znalec se s ním setkal asi po 15 letech. Proto i literatura k tomuto přípravku je chudá a znalec musel využít spolupráce s Revmatologickým ústavem, aby zjistil více informací.

V příbalovém letáku k přípravku, který je mimochodem velmi podrobný, tato informace též není obsažena. O negativních účincích a nutnosti vysazení před operací kromě SPC a Remedii 2. vydání z roku 1997, znalec nenašel v publikacích v české literatuře žádnou zmínku (Indikace a komplikace léčby dlouhopůsobícími antirevmatiky – Zbyněk Hrnčíř, Léčba Penicilaminem – Karel Trnavský).

V zahraniční literatuře existují informace o hojení pooperačních ran u pacientů s revmatoidní artritidou. Informace o jiných skupinách pacientů a průběhu hojení se v dostupné literatuře nevyskytují.

V publikacích Pubmed („Penicillamine“, „Mesh and Wound Healing“); Google scholar penicilamin „Wound healing“, Penicillamine Adverse Drug Reaction, a Wound assesment or surgical wound je popisován možný mechanismus zhoršeného hojení ran přes ovlivnění krevního obrazu (leukopenie, trombocytopenie a zásah do přemostění kolagenových vláken).

V dostupných databázích jsou k dispozici zejména sdělení, která se zabývají hojením ran po ortopedických chirurgických výkonech u pacientů s revmatoidní artritidou.

Schorn a spol. provedli 42 ortopedických chirurgických zákroků u 21 pacientů léčených penicilaminem. Průměrná délka hojení ran byla 19,8 (+/- 13,1) dne. Autoři srovnali dosažené výsledky s předchozí studií a uvádějí, že efekt penicillaminu je, co do vlivu na hojení ran, srovnatelný s užíváním kortikoidů. Poznámka znalce – kortikoidy se užívají na rozdíl od Penicillaminu v současné klinické praxi často, prakticky nejsou vysazovány před operačními zákroky a v SPC např. Medrolu je negativní účinek na hojení ran též popisován. Ansell a spol. sledovala hojení ran po ortopedických operacích u pacientů s revmatoidní artritidou, kteří byli v době operace nejméně půl roku léčení penicilaminem. Autoři rovněž sledovali, zda byli tito pacienti současně léčení kortikosteroidy. U Stillovy choro-

by a RA penicilaminem v dávkách 375 mg–1 g/denně (délka terapie 6 měsíců – 3 roky) nebylo pozorováno zhoršené hojení ran ve skupině penicillaminu. Bylo provedeno 217 operací u 150 pacientů s RA, kteří byli léčení penicilaminem. Kontrolní skupinu tvořilo 86 pacientů s RA, u nichž bylo provedeno 106 operací. Zhoršené hojení ran bylo u pacientů léčených penicilaminem (12,4 %) pozorováno méně často než u pacientů, kteří penicilamin nedostávali (18,9 %). Autoři uvádějí, že nemá význam vysazovat penicilamin před operací.

Podobně bylo provedeno 107 ortopedických operací pacientů s RA – 36 operací u pacientů bez terapie, 48 u pacientů s penicilaminem. Zhoršené hojení ran (definováno jako 4 týdny po operaci) pozorováno u 5,5 % pacientů bez jakékoliv terapie, 2,1 % pacientů léčených penicilaminem. Nebylo třeba provést reoperace v důsledku infekce nebo horšího hojení rány. Autoři uvádějí, že významná inhibice syntézy kolagenu nastává při vyšších dávkách, než byly použity ve studii a uvádějí, že dávky penicillaminu 300–600 mg/den neovlivňují rychlost hojení a není třeba tuto léčbu před operací vysazovat.

Informace uváděná v SPC uvádí možné ovlivnění hojení ran:

„Při chirurgických zákrocích je třeba z důvodu možného působení na kolagenová nebo elastinová vlákna terapii přechodně vysadit nebo pokud možno 6 týdnů před větším chirurgickým zákrokem dávku snížit až do úplného zhojení rány.

Dle znalce byl tento výše uvedený nástin důležitý, protože v zahraničních studiích ze 70–80 let nebyla nutnost vysazení penicillaminu - Metalcaptasy prokázána, české studie neexistují.

Z teoretického hlediska lze konstatovat, že čím je operační rána rozsáhlejší, tím je vyšší pravděpodobnost komplikovaného hojení. Znalec z vlastní zkušenosti 30leté praxe konstatuje, že rozsáhlé operační rány se často hojí komplikovaně a to i při dodržení postupů lege artis. V současnosti jsou to zejména rozsáhlé rány na dolních končetinách po vynětí žil jako tzv. operace varixů nebo tyto operace k použití žil na srdeční bypassy, též rozsáhlé břišní operace, zejména operace kýl v jizvách, i když je nutné konstatovat, že s rozvojem laparoskopické chirurgie a dodávání materiálů do ran, komplikací významně ubylo. V minulosti po operacích v podbřišku u žen podobného věku a tělesné konstituce bylo hojení per secundam intentionem časté.

V oblasti plastické chirurgie nemá znalec rozsáhlý soubor vlastních pacientů, ale konstatuje, že všechny menší výkony, tj. operace víček, modelace prsů se hojily bez komplikací, velké výkony – pacientky s plastikami břišní stěny a operacemi zmenšení prsů se hojily ve vysokém procentu p. s. i přestože dlouhodobě neužívaly Metalcaptasu.

Pro úspěšné hojení ran je nutná několikátýdenní komprese břišní stěny. Vzhledem k opakovaným velkým výpotkům popisovaným při převazech 4. 4., 7. 4., 14. 4. a 23. 4. 2008 nutně vyvstává otázka, zda žalobkyně skutečně kompresi používala. Též i proto, že si stěžovala na dušnost a komprese břicha nepochybně může tuto dušnost zvyšovat. Mohutné výpotky mají samozřejmě velmi negativní vliv na pevnost rány a pokud trvají 25 dnů s velmi vysokou prav-

děpodobností naruší pevnost jakékoli čerstvé rány.

Negativní jevy jako dušnost a černá stehna jsou vysvětlitelné. Dušnost byla způsobena předozadním zúžením dutiny břišní v důsledku abdominoplastiky. Tím došlo k tlaku orgánů dutiny břišní na bránici, jejímu mírnému zvýšení a tím snížení objemu dutiny hrudní, který žalobkyně vnímala jako dušnost. Tento jev je obvyklý u operací břišních kýl, zejména pupečních a kýl v jizvě po břišních operacích. Černá stehna byla způsobena sestoupilým hematomem při operaci a u větších zákroků v podbřišku se vyskytují. Doba hojení rozpadlé rány – 2 měsíce se vtaženou jizvou je časově obdobná s hojením ran u pacientů, kteří neužívají Metalcaptasu.

Z výše uvedených skutečností znalec konstatuje, že vzhledem k SPC přípravku Metalcaptasy negativní vliv na hojení nelze vyloučit, ale zároveň vzhledem k výše uvedeným studiím a vlastním zkušenostem s hojením rozsáhlých ran nelze ani potvrdit. Pokud by se měl znalec pokusit o kvalifikovaný odhad, tak by se vyjádřil s podílem 0–5 % negativního účinku Metalcaptasy. Za hlavní důvod rozpadu rány považuje tvorbu rozsáhlých a opakovaných výpotků, které si vyžádaly 4x punkci a nepochybně měly devastující účinek na ránu, která byla velmi rozsáhlá. Že podíl Metalcaptasy na hojení byl malý až žádný svědčí i to, že k rozpadu došlo až za měsíc po operaci 30. 4. 2008 dle dokumentace plastika.

K zodpovězení otázky, zda rána měla být drénována či nikoli, se znalec necítí být dostatečně erudovaný. Z praxe může konstatovat, že při jednodenní chirurgii se drény obvykle nepoužívají, dosud se spíše používají při hospitalizacích. Doporučené postupy nepochybně existují pro oba způsoby s dostatečným zdůvodněním pro zvolený způsob léčby.

K otázce provedení předoperačního vyšetření. Při obvyklém způsobu pacient s minimálně 14denním předstihem oznámí, že bude operován a přinese zprávu specialisty o charakteru výkonu, způsobu anestezie. Jsou ambulantně provedena příslušná vyšetření a je vyhotoven protokol předoperačního vyšetření. Přesná zákonná norma, ať zákon nebo vyhláška, neexistuje. Vychází se z obvyklých postupů publikovaných v Doporučených postupech – pro praktiky to bylo v rámci DP SVL ČLS JEP Geriatrie autorů prof. MUDr. Topinkové a MUDr. Červeného z roku 2010, nebo na stránkách ČLS JEP Předoperační vyšetření autora MUDr. Luboše Kotíka, CSc. z roku 2001 – tyto postupy však odborná společnost všeobecného lékařství za závazné nepovažuje, pouze doporučující PL postupoval v souladu s těmito postupy.

Žalovaný PL vyšetřoval žalobkyni 26. 3. 2008, lékařská zpráva byla poté vyhotovena ke dni 27. 03. 2008 v jeho ordinaci, a to na žádost žalobkyně, kdy jej žalobkyně požádala o předoperační vyšetření před plánovanou plastickou operací břicha. K tomuto svému požadavku žalobkyně nepředložila žádné konkrétní údaje či obvyklé požadavky chirurgů určované a poskytované pacientům pro následný konkrétní operační výkon, tj. ani rozsah operace ani předpokládanou dobu a formu anestezie apod., když měla pouze jakýsi leták společnosti, kde

k tomuto výkonu mělo dojít.

Vzhledem k časovým údajům: v tomto konkrétním případě pacientka přišla 26. 3. 08, předoperační vyšetření chtěla na 27. 3. 08 a 28. 3. 08 se podrobila operaci, nemá tento postup obvyklé známky plánované operace a pro praktika spíše známky urgentního výkonu a o rozsahu nezbytných vyšetření rozhoduje anesteziolog a lékař příslušného operačního oboru.

PL ve snaze žalobkyni na další naléhání vyhovět, provedl veškerá laboratorní vyšetření.

Zhodnotil riziko vlastního operačního výkonu. Dle znalce se obvykle píše schopen výkonu v celkové či lokální anestezii, žalovaný zde přidal slovo „bez omezení“, což je slovo na kterém je postavena žaloba i obhajoba žalovaného 1.

Hodnocení rizik spočívá v posouzení zátěže hemodynamicky výraznými výkyvy krevního tlaku při ztrátách a přesunech tělesných tekutin, kolísání sympatického tonu, kardiodepresivnímu vlivu některých analgetik a anestetik. Tato rizika se poté rozděluje podle typu výkonu, o němž však mohl žalovaný č. 2 pouze spekulovat v kontextu se shora uvedenou nepřesně specifikovanou žádostí žalobkyně. Žalovaný č. 2 však proto provedl všechna předoperační laboratorní a fyzikální vyšetření v rozsahu, v němž se vykonávají před středními a velkými výkony. Veškeré laboratorní hodnoty, tj. krevní obraz, INR, APTT, biochemie byly v normě. Tyto hodnoty svědčí proti negativnímu působení penicillaminu na organismus žalobkyně. Žalovaný č. 2 také zcela správně a v souladu s výše uvedeným zpracoval lékařskou zprávu, v níž uvedl všechny významné skutečnosti týkající se zdravotního stavu žalobkyně, a to včetně užívaných medikamentů a tedy i léku označeného Metalcaptase, kdy právě k tomuto léku pečlivě uvedl též důvod pro jeho užívání, kterým byly urologické potíže žalobkyně, stejně jako uvedl i odborného lékaře, který užívání tohoto léku naordinoval a má žalobkyni ve stálé odborné péči.!!! Hodnoty dne 5. 5. 2008 na interní klinice Hb 108 (norma 120–160), leukocyty 10,5 (norma 4–10), trombocyty 478 (norma 140–440), v diferenciálním rozpočtu 72 % segmentů (norma 60–70), CRP 191 (norma do 10) svědčí pro krevní ztráty po operaci, zánět rány a nikoli nežádoucí účinek penicillaminu, protože v literatuře je jako nežádoucí účinek popisována leukopenie (pod 4,0) a trombocytopenie (pod 140). Právě díky nižším hodnotám leukocytů a trombocytů dochází podle literatury k zásahu do přemostění kolagenových vláken a tím k případnému horšímu hojení rány.

Definitivní zhodnocení rizika a pooperační péče je na operatérovi, v tomto případě plastickém chirurgovi. Nelze přijmout jeho tezi, že lék neznal a jako chirurg nemůže znát všechny léky. Žádný lékař nezná všechny léky, znalost farmakologie je nedílnou součástí každého klinického oboru a nejen v případě pochybností nebo komplikací je nutno průběh onemocnění hodnotit, zamýšlet se nad jeho dynamikou, všemi souvislostmi a činit opatření.

Dle znalce však kromě znalkyně se specializací plastické chirurgie neměly o zápisu v SPC o přípravku Metalcaptasy potuchy ani žalovaní 1, 2, ani chirurg v místě bydliště, ani internistka kliniky FN či pneumolog, ani pacientka a dcera

pacientky. Kdyby tomu tak bylo, nepochybně by se k tomu vyjádřili. Jak bylo výše uvedeno, není se čemu divit, protože pokud dotyční nepoužívají AISLP (automatizovaný informační systém léčivých prostředků), tak v obvyklé a nejčastěji užívané literatuře – 19 vydání farmakologických brevířů a v Pharmindexu, či letáku přípravku se o tom nepíše. Jak bylo výše uvedeno, znalec z oboru všeobecného lékařství na základě klinického pooperačního průběhu, rozsahu operačního zákroku, literatury, laboratorních hodnot pacientky ve dnech 26. 3. 08 a 5. 5. 08 se domnívá, že účinek Metalcaptasy v tomto konkrétním případě hrál minimální až žádnou roli, ale nelze ho vzhledem k SPC publikaci zcela vyloučit.

Lze konstatovat, že po operaci pro ošetření operované rány žalobkyně ani jednou nevyhledala žalovaného 2 – PL a léčila se u žalovaného 1 v době od 28. 3. 2008–30. 4. 2008, v době od 30. 4. 08, kdy jí rána praskla – 14. 7. 08 se léčila na chirurgickém oddělení v místě bydliště. 3. 7. 08 byla na celkovém vyšetření před lázněmi, kdy byla zcela bez zdravotních potíží a měla klidnou vtaženou jizvu v podbřišku, poté byla během půl roku 4x u praktika a žádné potíže neudávala. Píchání v jizvě udala u praktického lékaře až 28. 1. 2009. Lze tedy dedukovat, že zřetelné hodné potíže, které donutily pacientku vyhledat lékaře, začaly až po více než půl roce po zhojení rány.

Znalec tedy soudy odpověděl, že PL postupoval při vystavení lékařské zprávy plně v souladu s doporučenými postupy a zvyklostmi, ač požadavek žalobkyně bez lékařské zprávy nebyl zcela obvyklý, ale dle znalce z praktické zkušenosti ani zcela neobvyklý.

Dále konstatoval, že žalobkyně v souladu s postupem PL nevznikla žádná újma na zdraví, tedy ani žádná škoda. Hojení ran per secundam intentionem u žalobkyně bylo způsobeno tvorbou rozsáhlých exsudátů v ráně, velkým rozsahem výkonu. Nelze vyloučit vzhledem k SPC ani účinek Metalcaptasy, který však znalec vzhledem k dynamice poruchy hojení (otevření rány až po měsíci hojení, normální laboratorní hodnoty před operací dne 26. 3. 08, zvýšené hodnoty leukocytů a trombocytů dne 5. 5. 08, nikoli snížené, jak uvádí údaje o přípravku), údajům v publikované literatuře (operovaní s penicilaminem neměli horší hojení ran než bez penicilaminu) považuje za minimální až žádný.

U dlouhodobě plánovaných výkonů praktik ověřuje indikaci a přínos plánovaného výkonu, odhaluje přítomnost faktorů, které zvyšují rizika. V reálné praxi, pokud pacientka vyžaduje plastický zákrok za 2 dny po návštěvě praktika, že ho má zaplacený, je ověřování indikací diskutabilní a reálně nemožné. Na léky se reaguje, pokud je jejich účinek obecně znám. Například u léků na astma či diabetes vysazení praktikem neindikovaných, byť předepisovaných léků praktik většinou nedělá. Na léky musí reagovat i anesteziolog a operátor a definitivní stanovisko k operaci dávají anesteziolog a operátor.

Vzhledem k rozdílům při závěrech znalců se specializace-mi plastické chirurgie a všeobecného lékařství oslovil soud dalšího znalce se specializací plastické chirurgie. Ten za hlavní příčinu hojení rány p. s. i. označil reakci na vstřebatelný šicí materiál. Reakce nejsou časté, ale vyskytují se v 5–10% operací. Šicí materiál se vstřebává od 4. týdne, může vyvolat reakci tkáně, která reaguje vylučováním cizího materiálu, dojde k otevření jizvy, defektu tkáně a dokud se materiál nevyloučí, tkáň se nezklidní, rána se nehojí. Pokud by hojení bylo ovlivněno Metalcaptasou, bylo by hojení rány postiženo v celém rozsahu, což se nestalo. Riziko komplikací bylo zvýšeno opakovanými punkcemi v oblasti operační rány. Dále znalec konstatoval, že není předepsán způsob vedení řezu, zavedení drénu, minimální doba hospitalizace, též proces propuštění může realizovat na základě pověření lékaře sestra. Konstatoval, že pooperační bolesti při těchto rozsáhlých výkonech jsou v důsledku zjizvení a tahem za nervová vlákna časté, zmírňují je a řeší korekční operace.

Proběhlo několik stání u obvodního a krajského soudu, teprve 13. 12. 2013 v 18stránkovém usnesení soud, 4 roky po obdržení obžaloby, vynesl osvobozující rozsudek v postupech plastického chirurga i praktického lékaře.

Příští kazuistika bude o tom, jak kladné vyjádření praktického lékaře o způsobilosti k práci u pracovníka s rentou, který zatajil určité skutečnosti o svém zdravotním stavu, vyvolalo žalobu komerční pojišťovny vůči praktikovi o náhradu 2,4 mil. Kč.



Internetový telefon v ordinaci PL, aneb když internet telefonuje

MUDr. Cyril Mucha

Praktický lékař, Praha

Internetová telefonie (**VoIP**¹), Voice over Internet Protocol) je moderní a zajímavá forma komunikace. K telefonování využívá datových přenosů prostřednictvím internetu. Najde uplatnění všude tam, kde potřebujeme telefonovat nebo být telefonem k zastizení a máme k dispozici dostatečně kvalitní připojení k internetu, může být vhodnou alternativou nebo náhradou za běžně používané formy telefonování. Telefonování po internetu je jistě známé, většina z nás se již asi setkala s jeho neznámějším zástupcem: Skype. Méně je však známo, že po internetu lze telefonovat i do běžné veřejné telefonní sítě, přičemž kvalita hovorů při dobrém připojení je srovnatelná s mobilním voláním. Technologie je v našich podmínkách snadno dostupná, její hlavní výhodou oproti běžné „pevné lince“ anebo mobilnímu volání je výrazně nižší cena. Zajímavé je, že cena se většinou neodvíjí od vzdálenosti volání (cesta po internetových linkách je totiž „zadarmo“), ale spíše od technologické vyspělosti spojovaných míst. Často tak hovor do vedlejší země může být dražší než za oceán.

Jak na telefonování po internetu? Nejprve je vhodné zjistit, zda připojení k internetu, které máme k dispozici, je pro VoIP vhodné. V zásadě lze říci, že s kabelovým připojením nebo s technologií xDSL by neměl být větší problém, také stabilní wi-fi („vzduchem“) je dobře použitelné, u méně stabilního wi-fi připojení (vliv počasí, vzdálenosti, hustota provozu) nebo u mobilního připojení se mohou objevit u telefonování potíže s kvalitou nebo vůbec použitelností internetového telefonu. Před vlastním rozhodnutím o použití VoIP je vhodné si kvalitu připojení k internetu otestovat²) – nejedná se zde jen o rychlost internetu, potíže mohou dělat i zpoždění nebo ztráty dat. Testy proveďte v případě pochybností raději vícekrát a v různou dobu i v různé dny. V případě potíží s připojením je vhodné kontaktovat svého poskytovatele internetu.

Pokud kvalita internetu je pro telefonování dostatečná, můžeme si internetový telefon zřídit. Budeme potřebovat koncové zařízení, se kterým telefonujeme, a VoIP operátora, který zprostředkuje propojení do veřejné telefonní sítě.

Nejlépe dostupným VoIP koncovým zařízením je běžný počítač vybavený vhodným software (přeměňuje hlas na pověstné nuly a jedničky), mikrofonom a sluchátky nebo reproduktory. Počítač většinou máme k dispozici, software pro telefonování existuje velké množství³), je snadno a často i zdarma dostupné na internetu (X-Lite, SJPhone, Phoner Lite, Jitsi, Skype...). Software nainstalujeme, nakonfigurujeme pro konkrétního operátora a můžeme

telefonovat. Výhoda tohoto řešení je v ceně a snadné dostupnosti, nevýhoda v tom, že k provozu musí být zapnutý počítač, jakmile počítač vypneme, nemůžeme telefonovat a ani nám se nikdo nedovolá.

Speciálními zařízeními pro internetovou telefonii jsou VoIP telefony⁴) nebo VoIP brány⁵). Tato zařízení připojíme většinou kabelem nebo přímo ke koncovému zařízení internetu (router), některá se připojují bezdrátově (wi-fi telefony). VoIP telefon je vybaven sluchátkem a slouží přímo k telefonování, VoIP brána je adaptérem, který připojíme k internetu a umožňuje telefonovat pomocí běžného stolního telefonu. Výhoda těchto zařízení je v tom, že nejsou závislé na počítači, je možné se na ně dovolat i tehdy, když počítač vypneme. Podle svých potřeb je možné si vybrat ze široké škály VoIP telefonů nebo bran, od jednoduchých zařízení pro prosté jednoduché telefonování ke složitějším, která dokážou pracovat např. jako telefonní ústředna a poskytovat k telefonování řadu rozšiřujících služeb.

Telefonovat přes internet lze často i z „chytrých“ mobilních telefonů přes wi-fi připojení k internetu nebo přes rychlý mobilní internet (pokud nemáte neomezený tarif, je to výrazně levnější). Některé tyto telefony mají přímo zabudovanou podporu pro telefonování po internetu (Nokia⁶), telefony se systémem Android 2.3 a vyšším.), u jiných to je možno po doinstalování příslušné aplikace (např. pro Android: CsiSimple, aj, aplikace pro každý systém lze online najít v marketech).

Nejdůležitějším bodem je výběr VoIP telefonního operátora. Existuje jich řada, přes 200. Jejich jistě neúplný přehled najdeme na internetu např. na stránce <http://www.xphonet.cz/>. Operátoři se mezi sebou liší cenami, šíří i kvalitou poskytovaných služeb, můžeme si vybírat ze široké nabídky. Výběru operátora budeme věnovat pečlivou pozornost, abychom získali kvalitní služby, které požadujeme, za přiměřenou cenu. Cena hovorů je jistě důležité hledisko, podle kterého se orientujeme, vhodné je sledovat i způsob účtování (např. účtování po vteřině 1+1 statisticky vychází asi o 31 % levněji než účtování hovorů po minutě 60+60), způsob úhrady služeb (předplacený kredit je jistou ochranou proti zneužití účtu u operátora – případný podvodník neprotelefonuje více prostředků, než kolik jich na účtu máme). Sledujeme případné paušální platby (někteří operátoři požadují za služby pravidelné platby bez ohledu na využívání, jinde tyto poplatky nejsou) nebo poplatky za přenos čísla. Šíři požadovaných služeb vyhodnotíme v nabídkách jednotlivých operátorů (možnosti přesměro-

vání hovorů, nahrávání hovorů, telefonní záznamník...), kvalitu uživatelské podpory poznáme nejčastěji, až když služby operátora využíváme. Telefonní hovory v rámci sítě 1 operátora často bývají zdarma, při použití VoIP u více partnerů je s tím spojená možnost např. kolegům, v rámci 1 zařízení, v rámci rodiny telefonovat bez poplatků.

O výběru koncového zařízení i operátora je možné se poradit na internetu, nezávislou diskusní platformu o problematice VoIP lze najít na adrese <http://www.telefonujeme.cz/>.

Vytvoření účtu u operátora je velmi snadné. Můžeme si též vybrat nové telefonní číslo. VoIP, operátoři standardně nabízejí možnost přenosu našeho „starého“ zavedeného telefonního čísla. Jestliže tedy telefonování po internetu vyhovuje potřebám ordinace, je o něj možno požádat a přenést veškerou telefonní komunikaci na internet. Přenos může být zpoplatněn.

Nevýhody, upozornění v souvislosti s VoIP: telefonování po internetu, na rozdíl od běžné pevné linky, je závislé na elektřině a na připojení k internetu. Když vypadne elektřina, nejde telefon. Toto omezení lze snad aspoň částečně nebo dočasně obejít zapojením všech dotčených zařízení (modem, router, základna VoIP telefonu) na záložní zdroj (UPS), což bychom stejně měli udělat kvůli ochraně dat. UPS plní další výbornou funkci, brání kolísání proudu při jeho nestabilitě, což v létě při bouřkách může vytvářet další problémy.

Bez toho, že bych chtěl propagovat konkrétního operátora, uvádím ilustrativní příklad pro porovnání nákladů na telefonování u VoIP operátora Odorik s náklady na telefonování běžnou pevnou linkou (O2), pro dokreslení i náklady na VoIP u O2. Po výpočtu vidíme u VoIP skoro 15× nižší náklady než u běžné pevné linky.

MUDr. Jan Palaj

Všeobecní praktici, s. r. o.
<http://vseobecnipraktici.info>

Přehled vybraných VoIP telefonních operátorů (řazeno abecedně)

Operátor	Tarif: cena hovoru v Kč vč. DPH, na pevnou linku ve špičce / mimo špičku / na mobil / vlastní VoIP síť (účtování)	Paušální platba event. další poplatky	Poznámka
Český bezdrát http://www.eri.cz/telefonni-sluzby	EriVoIP – Kredit: 0,99 / 0,59 / 3,99 / 0,15 (60+1)	Minimální kredit – 250 Kč Přidělení veřej. tel. čísla (negeografického) – 489 Kč (při kreditu 750 Kč zdarma) Přenos pevného telef. čísla – 578 Kč	Tarify „Klient“ jen pro zákazníky připojené k internetu přes Český bezdrát Také mobilní služby
Fayn.cz http://www.fayn.cz/	Fayn Simple: 0,47 / 0,47 / 1,39 / zdarma (60 + 60)	Paušál – 0 Kč Přenos pevného telef. čísla 1300 Kč (čistě subjektivně, realizaci přenosu čísla doporučuji jen dobrodruhům, absolvoval jsem... v konečném výsledku ovšem 95 % spokojenost)	Nejstarší VoIP operátor v ČR (působí od r. 2002) Kvalitní telefonní služby Přesměrování hovorů Hlasová schránka Faxová schránka Špatně dostupná technická podpora. Také mobilní služby
Ha-loo https://ha-loo.ha-vel.eu/cz/	1,0 / 0,5 / 1,0 / zdarma (1+1)	Paušál – 0 Kč Přenos pevného telef. čísla – 650 Kč bez DPH	Příchozí hovory cena – 0,05 Kč (= operátor Vám vrátí kredit) Ha-loo centrála – virtuální telefonní ústředna Také mobilní služby
Odorik.cz http://odorik.cz	0,59 / 0,39 / 0,59 / zdarma (1+1)	Paušál 0 Kč Přenos pevného telefonního čísla – 1300 Kč	Technicky kvalitní služby Výborná zákaznická podpora Přesměrování hovorů Hlasová schránka Řada doplňkových funkcí jinde zpoplatněných, zde již v ceně (možnost nahrávání hovorů, konferenční hovory), služby jinde zřídka dostupné (internetové hovory ENUM) nebo služby unikátní i ve světovém měřítku (přesměrování z/na Skype) Také mobilní služby
802.cz http://www.802.cz/telefon/	0,52 / 0,3 / 3,39 a 3,25 / zdarma (pevné síť 20+1, na mobil 30+1)	Minimální měsíční plnění 20 Kč / měsíc u hlavního čísla, 5 Kč u vedlejšího Přenos pevného čísla – 1500 Kč	Technicky kvalitní služby Cenově výhodné pro volání na pevnou linku, nevýhodné na mobily Přesměrování hovorů Hlasová schránka Faxová schránka

1st #VdGMForum | Barcelona, 7.–8. února 2014

Jak se může sen stát skutečností

MUDr. Zuzana Švadlenková,
Zástupce VdGM ČR, členka MP



Evropská společnost všeobecných lékařů The Vasco da Gama Movement uspořádala první celoevropské setkání pro mladé praktické lékaře a lékaře ve specializační přípravě 1st # Vasco da Gama Forum v Barceloně.

Návrh zorganizovat tuto akci vznikl v roce 2012 na setkání rady VdGM v Madridu, definitivní rozhodnutí o konání padlo v roce 2013 během prekonference WONCA 2013 v Praze. Díky úsilí vědecké komise a domácímu organizačnímu výboru se opravdu během příprav na letošní prekonferenci v Lisabonu a po organizaci 8 evropských a 2 světových prekonferencí (včetně té v Praze) tato vědecká konference uskutečnila. Programově bohaté Forum s tématem „**One Strong Voice for the Family Doctors of the 21st Century**“ mělo 170 účastníků (i s u nás ne zcela obvyklou přítomností pacientů/klientů), 30 řečníků (včetně takových jmen jako prof. Amanda Howe, prof. Job Metsemakers a Per Kallestrup) a 33 prezentací posterů. Program byl zaměřen na témata budoucnosti rodinného lékařství, akutní medicíny, rozvoje kariery, výzkumných dovedností a nově vznikajících technologií.

Svou roli při přípravě této události sehráli i praktičtí lékaři z České republiky – jako např. doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D. (člen International advisory board), MUDr. Zuzana Švadlenková (členka Scientific committee) a MUDr. Martin Seifert (řečník paralelní sekce alternativní medicíny).

Workshop Alternative medicine in family medicine and general practice

MUDr. Martin Seifert
Ordinace PL Karlín, s. r. o., člen MP

Mladí evropští praktici diskutovali v Barceloně o stavu alternativní medicíny v primární péči. 7.–8. února tohoto roku proběhla v Barceloně první samostatná konference

Před vlastním Forem byl zorganizován výměnný program pro 33 účastníků (včetně 4 z ČR), kteří měli možnost prohlédnout si Barcelonské praxe (viz články kolegů, kteří se účastnili).

Mladí Praktici ČR společně s kolegy z VdGM věří, že budoucnost a vývoj našeho oboru je svázána nejen s nutností přítomnosti dobré základny pro pravidelná setkávání a šancí navázat a rozvíjet dobré profesionální vztahy, které jsou nezbytné pro zahájení vzrušujících nových projektů, ale i s aktivním osobním přístupem (nejen mladých) všeobecných praktických a rodinných lékařů.

Je nutné konstatovat, že zdlouhavá a namáhavá práce celého týmu The 1st #VdGM Fora, včetně mnoha hodin strávených při Skype konferenčních hovorech a nad e-mailly, byla odměněna poměrně velkým úspěchem a uznáním. Již nyní je plánováno Forum 2015, snad bude tak podařené jako to letošní.

Závěrem zbývá snad jen velké poděkování domácímu organizačnímu výboru v Barceloně, nejen za konferenci, ale i za bohatý doprovodný program.



Více informací o 1st #VdGM Foru Barcelona 2014 včetně programu a ukázek některých sekcí, panelových diskuzí a ws naleznete na stránkách <http://vdgm.woncaeurope.org/> či na FB (VdGM, Mladí praktici).

evropských mladých praktických lékařů, pořádaná sdružením Vasco da Gama movement. Konference FORUM VdGM 2014 se zúčastnilo okolo 300 mladých praktických a rodinných lékařů z celé Evropy i některých neevropských zemí.

Ujal jsem se úkolu připravit interaktivní workshop na téma alternativní medicína v ordinaci praktického lékaře. Na toto téma jsem podnikl orientační výzkum mezi evropskými praktickými lékaři všech věkových kategorií pomocí inter-

netového dotazníku. Do počátku konference jsem obdržel 208 validních odpovědí, vypovídajících o zkušenostech, praktikách a postojích lékařů na tomto opomíjeném poli medicíny. Odpovědi jsem zpracoval do stručné přehledné prezentace, samozřejmě v angličtině.

Workshopu, který se konal v seminární místnosti s panoramatickým výhledem na celou Barcelonu, se zúčastnilo okolo 40 mladých praktiků z různých evropských zemí. Na úvod jsem formou powerpointové prezentace představil téma a jeho aktuálnost pro rodinnou medicínu a praktické lékařství, uvedl několik definic a prezentoval výsledky svého výzkumu. Poté jsem rozdělil účastníky do 5 skupin podle zájmu o určité metody CAM (complementary and alternative medicine). Po chvilce sdílení zkušeností z praxe, názorů a fakt o fungování zdravotních systémů v jednotlivých zemích dostali účastníci za úkol diskutovat nad kontroverzními výroky, které jsem převzal od respondentů mého dotazníku. Poté jednotlivé skupinky prezentovaly výsledky svých diskusí ostatním.

Opakovaně zaznívala potřeba výzkumu v oblasti využití alternativních metod v medicíně, větší spolupráce mezi lékaři a poskytovateli alternativní péče, regulace praxe a vzdělání v této oblasti včetně finanční stránky a především zařazení výuky metod alternativní medicíny do curricula lékařských fakult i do specializační přípravy v oboru praktické lékařství. Pacienti nekonvenční medicínské metody využívají a praktický lékař musí vědět, o čem pacient mluví, a měl by mu být průvodcem péčí o jeho zdraví, a to nejen z pohledu medicíny založené na důkaze. Jak dotazníkový průzkum, tak výstupy účastníků workshopu ukazují, že zkušenosti, praktiky a postoje lékařů v oblasti alternativní medicíny se významně liší země od země, ale také lékař od lékaře. Stejně tak se liší současné postavení alternativní medicíny v systémech primární péče jednotlivých zemí.

Tato první část workshopu trvala 45 minut. Během dalších 45 minut představil doktor Martin Sattler, mladý praktický lékař pracující v Lucembursku, tzv. NADA protocol.



Jedná se o akupunkturní proceduru, kdy se pacientovi aplikuje do každého ucha na 30 minut 5 akupunkturních jehel do určitých bodů. Metoda, původně vyvinutá k léčbě závislostí, se nyní využívá celosvětově empiricky při stavech úzkosti, depresích, bolestech hlavy, k úlevě od stresu apod. Doktor Sattler uvedl metodu krátkou prezentací a poté aplikoval zájemcům jehly na zbylých 20 minut. Počatá diskuse o alternativní medicíně v lékařské praxi zatím mezi jednotlivými účastníky spontánně proudila dál.

Zájemci o mezinárodní spolupráci v této oblasti se zapsali na mailing list, který jsem po konferenci rozeslal. A diskuse proudí dál. Je o čem mluvit a je také mnoho toho, co je třeba měnit. Doporučuji dokument WHO Traditional medicine strategy 2014–2023. V Pdf formě je k dispozici u autora článku.

12. 2. 2014

Poznatky z návštěvy center praktického lékařství v Barceloně

MUDr. Dušan Zhoř

VPL Kyjov, s. r. o.

Začátkem února jsem se mohl zúčastnit díky Mladým praktikům Vasco da Gamma exchange programu v Barceloně. Celý program se nesl v duchu velmi přátelském a milém. Nejvíce jsem se těšil na nasátí nových zkušeností a dovedností z praxí našich španělských kolegů.

Přijel jsem o dva dny dříve, abych prozkoumal management ordinací a povinnosti rodinného lékařství ve Španělsku.

Navštívil jsem dvě centra v centru Barcelony, která byla svým zaměřením zcela odlišná. První centrum bylo podobné našim poliklinikám, kde byli různé specializace pod jednou střechou. Pokusím se tedy napsat nějaké zajímavosti, které mě zaujaly. I zde funguje objednávkový systém. Pacienti se objednávají jak přes telefon, kde je obsluhují a nasměrují operátorky, nebo přes internet. Je takřka nemožné se dostat bez objednání, jelikož objednání pacienti chodí asi po 7 minutách. Nevím, zda je to tou středomořskou

stravou nebo dostatečným slunečním zářením na temena pacientů našich kolegů, ale pacienti se mi zde zdáli velmi uvolnění a usměvavější než v našich ambulancích. Také preskripce antidepresiv se mi zde nezdála tak četná, jako je třeba u mne v ambulanci. A když jsme již u preskripce, tak zde fungují dvě naprosto báječné věci. Za prvé cloud a za další generická preskripce. Cloud je systém speciální pro Katalanii, kdy pokud pacient navštíví specialistu či nemocnici, může si jeho výsledky prohlédnout jeho ošetřující rodinný lékař. Je tedy daleko větší kontrola nad tím, kde a kdy pacient byl. Generická preskripce se píše na celý rok. Pacient má svůj účet, přes který si vyzvedává pravidelně medikaci v lékárně. Zajímavostí pro mě také bylo, že každý pacient, který došel do ordinace, přesně věděl, jakou chemickou sloučeninu užívá. Ze statinu se zde nejvíce předepisoval simvastatin, který je nejlevnější a také pro primární prevenci aterosklerosy naprosto dostačující, jak mě informovali. Na hypertenzi zase častěji psali enalapril z ACEI a losartan, tedy u nás již ne tak preferované molekuly. Tlak zde kontrolují sestry a u nemohoucích seniorů domácí pečovatelské. Sestry zde vůbec pracují odděleně od lékařů. Starají se samy o rány, rehabilitaci atd. a též mají svůj objednávkový systém. Elektronizace zde funguje

velmi dobře, můj tutor přes počítač objednává laboratorní vyšetření a základní vyšetření, které provádějí sestry vidí ve svém počítači. Odpadá tak věčné vypisování žádanek.

Funguje zde gate keeping, ale tak jaksi opravdově, i když někdy nesmyslně. Velmi jsem své starší Španělské kolegy pobavil tím, že si pacient v naší republice může obejít neurologa, ortopeda a ještě rehabilitačního specialistu v jeden den bez doporučení od VPL. Zde totiž například musí pacient dispenzarizovaný po operaci katarakty za svým VPL, i když kontrolu za rok indikoval oční lékař.

V mém centru mladé lékařky edukovaly seniory ohledně internetu a jeho nástrah. Formou workshopu pak ukazovaly, jakým způsobem rozeznat stránky reklamní, firemní, laické a lékařské, aby se pak mohli dopídit informací, které mají hodnotu.

Další centrum, které jsem navštívil, byla obdoba naší

LSPP. Při příchodu vás administrativní pracovnice zapíše do seznamu na čekací list. Dále pak triážní sestra rozřídí pacienty dle závažnosti stavu. Poté se dostanete k lékaři. Pracuje zde zároveň 7 rodinných lékařů 24 hodin denně, 7 dní v týdnu. Mají k dispozici kompletní laboratorně-vyšetřovací metody. V případě potřeby mohou pacienta položit na 24 hodin do intermediálního pokoje, kde bylo šest lůžek, z toho dvě ve speciálních boxech s vlastní ventilací pro pacienty s infekčními chorobami. Při zlepšení stavu odcházeli pacienti do domácí péče, při zhoršení pak mohli být transportováni na specializované oddělení.

Kolegové ze Španělska velmi oceňovali naše POCT přístroje jako CRP, INR a nově i tlakové holtery, hustou síť kardiocenter a elitní loď české onkologie – protonové centrum.

Zpráva z výměnné konference Barcelona 2014

MUDr. Petra Morawska

V únoru 2014 jsem se zúčastnila VdGM Exchange pořádaného mladými praktiky v katalánské Barceloně. Již před výměnou probíhala komunikace s organizátory prostřednictvím e-mailu a sociálních sítí, v předstihu jsem věděla, kde moje stáž bude probíhat a byla jsem v kontaktu se svým španělským „školicem“. První večer po příjezdu se konalo přivítání všech účastníků, kteří byli z různých koutů Evropy, z každé země kolem 2–3 zástupců (Polsko, Turecko, Francie, Itálie, Portugalsko, Velká Británie, Rakousko, Izrael, Nizozemí, Dánsko).



Moje stáž se konala v menším centru CAP (Centro de atención primaria – Centrum primární péče) La Pau na okraji Barcelony. Součástí centra je 5 ordinací praktických lékařů, pediatr a pohotovost, v dalším patře i specializované ambulance (revmatologie, neurologie). Tento obvod zahrnuje asi 2500 pacientů, a to především seniorů. V centru pracuje 7 praktických lékařů, z toho 3 mladí lékaři (se 3–4 roky praxe), kteří mají svého „tutora“. Tito zkušenější lékaři hodně jeví zájem a snaží se svým mladším kolegům pomoci či poradit. V centru panuje velice příjemná atmosféra. Ordinační doba začíná v 9 hodin, většina lékařů pracuje do 15. hodiny, jednou týdně do 17 hodin. Většinou však ve 12 hodin byla obědová pauza a poté již

lékař nemá objednané pacienty, ale provádí telefonické konzultace. Každý den je jeden lékař vyhrazen pouze na návštěvy pacientů v bytě (cca 5 denně). Jedenkrát týdně odpoledne se koná seminář pro všechny lékaře centra (na něm jsem prezentovala organizaci primární péče v ČR a diskutovali jsme rozdíly oproti Španělsku). Hned u vstupu do centra je recepce, kde administrativní pracovnice objednávají pacienty (osobně, telefonicky, e-mailem) k lékaři a k sestře (na jedno vyšetření mají vyhrazeno 14 minut, přesné časy se však příliš nedodržují). Zdravotní systém je ve Španělsku veřejný, regulační poplatky nejsou zavedeny. Lékař ordinuje sám, sestry pracují samostatně v jiné místnosti (k ošetrovatelským výkonům se pacienti objednávají samostatně). Vybavení ordinace je bazální, tonometr a otoskop, který lékaři pravidelně využívají u všech infekcí dýchacích cest. Laboratoř není součástí centra, pacienti jsou k odběrům i RTG odesíláni jinde. V centru také neprovádějí diagnostické metody POCT. Centrum spolupracuje s nemocnicí Hospital del Mar a pacienty indikované k hospitalizaci či vyžadující další vyšetřování odesílají tam. Veškerá dokumentace je vedena elektronicky, výhodou je, že lékař má přístup ke všem vyšetřením pacienta v minulosti i v jiných zdravotnických zařízeních. Recepty se také píšou elektronicky. Preskripce není omezená, praktický lékař může předepsat široké spektrum léků (včetně PAD, inzulínu,



antiepileptik, antidepressiv), na druhou stranu lékaři jsou vedeni k tomu, aby preskripce nebyla finančně náročná, tudíž často předepisují léky, které v současné době v ČR již nejsou první volbou. Předepisování pomůcek není časté, lázeňská péče není zavedena. Praktický lékař řeší typické spektrum obtíží v primární péči, především infekty dýchacích cest, ortopedické choroby, hypertenzi, deprese. Mladí lidé v tomto okruhu často přicházejí za svým lékařem i se sociálními problémy (nezaměstnanost, domácí násilí). V ordinaci je kladen velký důraz

na komunikaci. Lékař a pacient jsou partneři, přitom pacienti dávají svému lékaři najevo úctu a důvěru, často navštěvují lékaře v doprovodu svých příbuzných, aby mohli řešit svůj problém v kontextu rodiny. Nesetkala jsem se s nervózním či agresivním chováním, vše probíhá v klidné atmosféře. Během stáže byl zajištěn bohatý doprovodný program, během kterého jsem měla možnost poznat mladé praktiky z jiných zemí a mohli jsme diskutovat nad rozdíly primární péče v celé Evropě.

MUDr. Eva Hnatyřanová

Vážené kolegyně a kolegové,
ráda bych se s Vámi podělila o zkušenosti z výměnného pobytu v Barceloně v únoru 2014.

Vasco da Gama Movement Spain pro nás připravila nabitý program, jehož součástí byly také společenské akce jako walking tour s místním průvodcem po Barceloně či večere s kolegy.

Jsem moc ráda, že jsem se mohla pobytu zúčastnit, protože mám zkušenost ze zdravotnictví jen z Německa, kde jsem byla na praxi v ordinaci praktického lékaře a chtěla jsem si porovnat náš český systém zdravotnictví s jiným. Se mnou byli také kolegové Petra a Dušan, kteří stážovali na jiných klinikách. V Praze na letišti jsem letěla s kolegyní Petrou a v Barceloně po přiletu nás vyzvedl její hostitel Dr. George, který nás doprovodil na uvítací ceremoniál, kde byli zástupci ostatních evropských zemí – Německa, Rakouska, Chorvatska, Holandska, Francie, Belgie, Nizozemí, Polsko, Španělsko a také Turecko a Izraele.

Druhý a třetí den následovala stáž na klinice Capo v Barceloně u Dr. Cose, který byl zároveň ředitelem celého zařízení. Na stáži se mnou zde byl také lékař z Izraele a lékařka z Polska. Přidělil mě do ordinace dvou španělských praktických lékařů a já mohla pozorovat jejich práci dva dny po sobě od 8.00 do 15.00 hodin. Španělsky jsem se v minulosti učila, tak jsem trochu rozuměla, co pacienti říkají, a lékaři mi u každého překládali, s čím přišel a ptali se mě, jaké léčebné postupy provádíme u nás. Ukázali mi také PC program, který zahrnoval elektronický recept a speciální objednávkový systém a také pozitivní listy léků, které se měly podle plánu předepisovat. Pokud byl pacient odeslán na nějaké odborné vyšetření, zobrazovací metodu nebo odběr krve výsledek se zobrazoval poměrně rychle v PC. Když lékař psal recept, tak napsal jen účinnou látku a lékárna vydala lék, který byl právě k dispozici bez ohledu na preferovanou firmu jako u nás. Lékař byl bonifikován finančně, jestliže předepisoval stanovený počet různých lékových skupin a na každou skupinu měl stanovený počet pacientů např. na ACE inhibitory 200 pacientů, na statinech 500. Práce v ordinaci je odlišná od naší. Lékař pracuje bez sestry po ruce, je oblečený v civilu, přes který má bílý plášť a pro pacienty si chodí do čekárny zvlášť. Sestra pracuje vedle něj v oddělené místnosti. Na každého pacienta má lékař 10 minut. Pacienty vyšetřuje na lehátku, kde má připojené světlo, fonendoskop a EKG. Nemají zde systém preventivních prohlídek jako u nás. CRP

a další POCT metody v ordinaci k dispozici nebyly a pacienti se objednávali k odběru krve na recepci. Během dne v ordinaci jsem se setkala s nejrůznějšími případy – od běžného nachlazení, přes bolesti zad, záněty močového měchýře, až k ortopedickým vyšetřením kolenních kloubů, či ke kontrolám pacientů s hypertenzí a DM I. a II. typu. Po pracovní době následovalo asi 5 návštěv pacientů do okolí kliniky, kam lékaři docházeli pěšky.



Klinika Capo byla výjimečná tím, že zde byl tzv. centrální příjem pacientů, což bylo něco mezi naší pohotovostí a nemocnicí. Na dvou patrech kliniky pracovalo asi 13 lékařů v řadě za sebou a na centrálním příjmu asi 2 lékaři, kteří řešili složitější případy pacientů, něco jako náš interní příjem pacientů. Lékaři mi stále zdůrazňovali, že léčí podle nejnovějších poznatků medicíny a hlavně výsledků klinických studií. Na této klinice byla také prováděna klinická studie na snížení KV rizika, která spočívala v podávání olivového oleje a ořechů pacientům přímo na klinice. Dále Dr. Verdu prováděl klinickou studii na výskyt srdečního selhání, kterého bylo ve Španělsku hodně. Můj hostitel Dr. Cos byl praktický lékař a sám se zabýval léčbou DM I. a II. typu. Po skončení druhého dne stáže nás pozval na seminář lékařů celé kliniky, kde prezentoval nové poznatky z léčby DM gliptiny a byl mile překvapen, jak léčíme DM u nás.

Všichni jsme byli překvapeni, jak jsou pacienti milí, disciplinovaní a naslouchají radám lékaře. Mnohdy s jedním pacientem přišli dohromady najednou další dva rodinní příslušníci, kteří se zajímali o jeho zdravotní stav.

Na závěr bych ráda poděkovala Mladým praktikům, že mi umožnili se zúčastnit výměnného pobytu a ráda se v budoucnosti zúčastním dalších.

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 odpovědi v písemné podobě na odpovědním lístku nebo elektronicky na www.svl.cz a **to nejpozději do 30. 5. 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 3/2014: 1 b, 2 b, 3 b, 4c, 5 b, 6a, 7a, 8a, 9a, 10b

FARMAKOTERAPIE NEUROPATICKÉ BOLESTI

1. Koanalgetika jsou:

- a) léky primárně využívané k jinému účelu než tlumení bolesti, např. antiepileptika, antidepresiva
- b) analgetika 2.volby
- c) analgetika přidávaná do kombinace s primárně volenými analgetiky

2. Alodynie je stav, kdy:

- a) nebolestivá stimulace je vnímána bolestivě
- b) je přítomna nepřiměřeně intenzivní reakce na slabé bolestivé podněty – např. štípnutí
- c) v oblasti projekce bolesti je rovněž přítomen senzitivní deficit

3. Praktický lékař má u léčby neuropatické bolesti omezenou preskripci:

- a) agabapentinu, pregabalinu - jakožto léků 1. volby,
- b) opioidů – jakožto léků 2. volby
- c) nemá žádné preskripční omezení

KLIMAKTERICKÝ SYNDROM

4. Estrogenová substituce (ERT):

- a) je kontraindikována u žen po hysterektomii
- b) je indikována u žen po hysterektomii
- c) v současné době se již neužívá

5. Hormonální substituční léčbu (HRT) je nutno vysadit:

- a) před každým plánovaným operačním zákrokem
- b) před plánovanými operacemi, jejichž předpokládaná délka je přes 2 hodiny
- c) HRT není nutné před operačním zákrokem vysazovat

ISCHEMICKÁ CHOROBA DOLNÍCH KONČETIN

6. Po zátěži u pacientů s ICHDK periferní tlak na DK:

- a) stoupá
- b) klesá
- c) nemění se

7. Ischemické klaudikace:

- a) bývají spojeny s otoky DK
- b) mají pravidelnou klaudikační vzdálenost
- c) odezní po zastavení se bez nutnosti změny polohy trupu

8. Měření kotníkových tlaků je limitováno:

- a) systémovou hypertenzí
- b) systémovou hypotenzí
- c) nekomprimovatelností bérce tepen při mediokalcinóze

9. Klinická symptomatologie klaudikačního stadia bývá vždy vyjádřena:

- a) v etáži lokalizovaného postižení
- b) o etáž níže, než je lokalizováno postižení
- c) o etáž výše, než je lokalizováno postižení

STRUČNĚ O PYLOVÉ ALERGII

10. Pylová alergie je onemocnění, které vzniká:

- a) autoimunitním mechanismem
- b) reakcí opožděné přecitlivělosti
- c) IgE mediovanou reakcí časně přecitlivělost

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. 4/2014

Jméno a příjmení

Adresa pracoviště

Členské číslo SVL (povinný údaj)

(bez tohoto čísla nemohou být kredity přiděleny)

**Zakroužkujte 1–3
správné odpovědi:**

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

Lékaři bez hranic hledají spolupracovníky pro své mise



- ✓ Chtěli byste získat pracovní uplatnění v náročných rozvojových podmínkách?
- ✓ Jste ochotni na několik měsíců opustit svou rodinu a vzdát se domácího pohodlí?
- ✓ Máte chuť věnovat se vaší práci v jednoduchých podmínkách, kde pacientův život mnohdy závisí jen na vašem správném klinickém úsudku?

Pokud jste odpověděli alespoň jednou „ANO“, čtěte dále!

Naši lékaři pomáhají v uprchlických táborech a léčí opomíjené nemoci jako je spavá nemoc, kala azar, malárie nebo HIV. Působí také v projektech zaměřených na léčbu tuberkulózy nebo vedou nutriční centra zaměřená na boj s podvýživou. Kromě léčby je úkolem každého lékaře také školení místních zdravotníků a zavádění léčebných protokolů.

Čeští a slovenští všeobecní lékaři a pediatři v posledních letech vyjeli například do **Jižního Súdánu, Somálska, Indie, Iráku a Demokratické republiky Kongo**.

Více se můžete dozvědět na informačním večeru, registrovat se můžete zde: www.lekari-bez-hranic.cz/informacni_vecer nebo nás kontaktujte na hr@lekari-bez-hranic.cz.

Humanitární zdravotnická organizace Lékaři bez hranic pracuje už více než 40 let převážně v zemích, kde nefungují nebo zcela chybí jakékoli zdravotnické struktury. Poskytují zde zdravotní péči lidem, jejichž život ohrožují rozsáhlé krize. Lékaři bez hranic pracují nezávisle na jakékoli politické, náboženské nebo vojenské moci, svou pomoc poskytují zcela nestranně a svou práci řídí pouze potřebami zasažených populací.



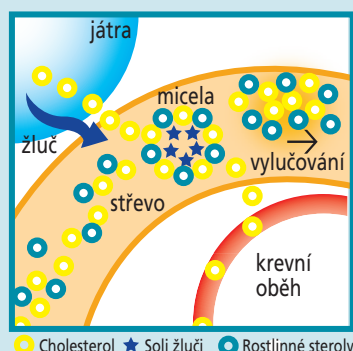
JAK SI SNÍŽIT CHOLESTEROL? rostlinné steroly

účinné přírodní řešení



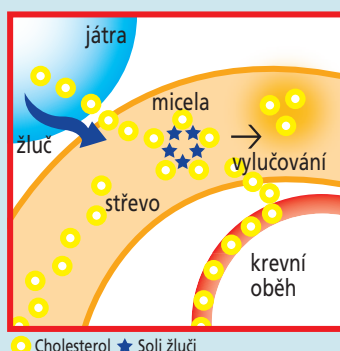
Swiss Natural®
VEGAPURE®
cardio

**Zažívání
S ROSTLINNÝMI
STEROLY**



Rostl. steroly **omezují množství cholesterolu vstřebaného ze střeva do krve**. To ve spojení se zdravým životním stylem pomáhá udržet nebo snížit hladinu LDL a celkového cholesterolu v krvi.

**Zažívání
BEZ ROSTLINNÝCH
STEROLŮ**



Játra produkují cholesterol, který je žlučí transportován do střeva. Zde se přidává k cholesterolu z potravy a společně se vstřebávají do krve. V případě nadbytku se může ukládat v cévách, zužuje prostor pro průtok krve a hrozí jejich ucpaní.

AKCE „DOPORUČENKA S KUPÓNEM NA SLEUV“ do 31.12.2014!

Vyžádejte si doporučenky se slevovými kupóny pro své pacienty na tel. 241 430 910 (12–17 hod.) nebo na info@swissherbal.cz

Doplněk stravy

www.vegapure.cz