



practicus

Odborný časopis Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP

tip tohoto čísla

VIII. Jarní interaktivní konference • Praha, 25.–27. 4. 2014

č. 5/2014

ročník 13

pro
praktické
lékaře
zdarma



Stanovisko výboru SVL ČLS JEP k návrhům ČLK na volný vstup internistů do oboru VPL a zachování současné podoby LSPP

Zprávy z Jarní interaktivní konference

- Dávky statinů u AKS a familiární hypercholesterolemie
- POCT metody v ordinaci VPL
- Kombinovaná terapie hypertenze u pacienta s vysokým kardiometabolickým rizikem
- Význam centrálních antihypertenziv v léčbě hypertenze
- Spolupráce VPL a diabetologa u pacienta s DM a dalšími komorbiditami
- Metaanalýzy a fixní kombinace
- Softwar v ordinaci VPL
- Porodní traumata žen
- Čím nás překvapí očkování v roce 2014
- Diagnostika revmatických onemocnění – mimokloubní revmatismus
- Funkční potraviny s rostlinnými steroly
- Možnosti detekce ICHDK v ordinaci praktického lékaře
- Screening kolorektálního karcinomu v roce 2014

Léčba cestovatelských průjmů rifaximinem

Pneumonie vyvolané atypickými patogeny

Kasuistika ze soudně lékařské praxe

Převzetí praxe v praxi aneb kupodivu i lékaři jsou lidé

Vkladem
tohoto čísla je

Doporučený postup

**ARTERIÁLNÍ
HYPERTENZE**

**Vydává
Společnost
všeobecného
lékařství ČLS JEP**

www.practicus.eu

Zkrácená informace o přípravku: Micardis® 40 mg, 80 mg tablety

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

* všimněte si prosím změn v informacích o léčivém přípravku

MICARDISPLUS

TELMISARTAN + HYDROCHLOROTHIAZID

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

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

* všimněte si prosím změn v informacích o léčivém přípravku

TWYNSTA

TELMISARTAN + AMLODIPIN

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

Složení: Twynsta® 80 mg/5 mg: 1 tableta telmisartanum 80 mg a amlodipinum 5 mg, Twynsta® 80 mg/10 mg: 1 tableta telmisartanum 80 mg a amlodipinum 10 mg. **Léková forma:** Tableta. **Indikace:** Léčba esenciální hypertenze. **Přidavná léčba:** Přípravek Twynsta je indikován u dospělých pacientů, jejichž krevní tlak není adekvátně kontrolován amlodipinem. **Substituční léčba** Dospělí pacienti, kteří užívají telmisartan a amlodipin ve formě jednosložkových přípravků, mohou užívat tablety přípravku Twynsta, který obsahuje stejnou dávku jednotlivých složek. **Dávkování a způsob podání:** Doporučená dávka je 1 tableta denně. Maximální doporučená dávka je 1 tableta přípravku Twynsta 80 mg/10 mg denně. Přípravek Twynsta je určen k dlouhodobé léčbě. Přípravek Twynsta lze užívat s jídlem nebo bez jídla, spolu s dostatečným množstvím tekutiny. ***Zvláštní skupiny pacientů: Porucha funkce ledvin:** U pacientů se závažnou poruchou funkce ledvin nebo podstupujících hemodialýzu je třeba opatrnosti, protože amlodipin a telmisartan nejsou dialyzovatelní. Současné podávání telmisartanu s aliskirem je kontraindikováno u pacientů s poruchou funkce ledvin (GFR < 60 ml/min/1,73 m²) **Porucha funkce jater:** U pacientů s mírnou až středně závažnou poruchou funkce jater je nutno přípravek Twynsta podávat se zvýšenou opatrností. U telmisartanu by dávka neměla překročit 40 mg jednou denně. Podávání přípravku Twynsta je kontraindikováno u pacientů se závažnou poruchou funkce jater. **Pediatrickí pacienti:** U dětí do 18 let se nedoporučuje. ***Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na některou pomocnou látku, 2. a 3. trimestr těhotenství, obstrukce žlučovýchodů, závažná porucha funkce jater, šok (vč. kardiogenního), závažná hypotenze, obstrukce výtokové části levé komory, hemodynamicky nestabilní srdeční selhání po akutním infarktu myokardu. Současné podávání telmisartanu s aliskirem je kontraindikováno u pacientů s diagnózou diabetes mellitus nebo při poruše funkce ledvin (GFR < 60 ml/min/1,73 m²). **Zvláštní upozornění:** Léčba nesmí být zahájena během těhotenství. Podávat se zvýšenou opatrností u mírného až středně závažného poruchy funkce jater. Bilaterální stenóza renálních arterií či stenóza renální arterie jediné funkční ledviny: hrozi zvýšené riziko těžké hypotenze a renální nedostatečnosti. Porucha funkce ledvin: pravidelné sledování sérových hladin draslíku a kreatininu. Podávání přípravků ovlivňujících RAAS může vést k hyperkalemii, zvážit současné podání. Obsahuje sorbitol, nevhodné pro pacienty s vrozenou intolerancí fruktózy. ***Interakce:** Kombinace telmisartanu s aliskirem je kontraindikována u pacientů s diagnózou diabetes mellitus nebo při poruše funkce ledvin (GFR < 60 ml/min/1,73 m²) a nedoporučuje se ani u jiných pacientů. Při zahájení léčby telmisartanem, při úpravách dávky a při ukončení léčby telmisartanem je nutno monitorovat hladinu digoxinu. Nedoporučuje se současné podávání diuretik nebo přípravků obsahujících diuretika, lithium (nutné sledování koncentrací v séru). Opatrnost při současném podání: NSA. Zvažovat: jiná antihypertenziva, kortikosteroidy (systémové podání). Současné podávání amlodipinu a grapefruitu /grapefruitové šťávy se nedoporučuje. **Nežádoucí účinky:** Celkový výskyt nežádoucích účinků přípravku Twynsta v programu klinických studií byl nízký. Nejčastější nežádoucí účinky zahrnují závrať a periferní edém. Vzácně se může objevit závažná synkopa. **Doba použitelnosti:** 3 roky. **Zvláštní opatření pro uchování:** Žádné zvláštní podmínky uchování. Uchovávejte v původním obalu, aby byl přípravek chráněn před světlem a vlhkostí. **Druh obalu a velikost balení:** Aluminium/aluminium blistry (PA/Al/PVC/Al) v krabičce obsahující 14, 28 tablet. **Registrační číslo:** 80/10 mg: EU/1/10/648/022-14 tablet, EU/1/10/648/023-28 tablet, 80/5 mg: EU/1/10/648/015-14 tablet, EU/1/10/648/016-28 tablet. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Boehringer Ingelheim International GmbH, Binger Str. 173, D-55216 Ingelheim am Rhein Německo. **Poslední revize textu:** 8/2013. Výdej přípravku je vázán na lékařský předpis. Přípravek je částečně hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Před předepsáním se prosím seznáme s úplným zněním souhrnu údajů o přípravku. Úplné znění souhrnu údajů o přípravku je uveřejněno na webových stránkách Evropské agentury pro léčivé přípravky: <http://www.ema.europa.eu/>

* všimněte si prosím změn v informacích o léčivém přípravku

OBSAH

practicus

odborný časopis SVL ČLS JEP
5/2014, ročník 13

INFO SVL

- 04** | STANOVISKO VÝBORU SVL ČLS JEP
- 05** | U PACIENTŮ S AKUTNÍM KORONÁRNÍM SYNDROMEM NEBO S FAMILIÁRNÍ HYPERCHOLESTEROLÉMIÍ JSOU NUTNÉ VYSOKÉ DÁVKY STATINŮ
doc. MUDr. Michal Vrablík, Ph.D.

ZPRÁVY Z KONFERENCE

- 09** | POCT METODY V ORDINACI VPL
- 11** | KOMBINOVANÁ TERAPIE HYPERTENZE U PACIENTA S VYSOKÝM KARDIOMETABOLICKÝM RIZIKEM
prof. MUDr. Hana Rosolová, DrSc.
- 13** | VÝZNAM CENTRÁLNÍCH ANTIHYPERTENZIV V LÉČBĚ HYPERTENZE
prof. MUDr. Miroslav Souček, CSc.
- 15** | SPOLUPRÁCE VPL A DIABETOLOGA U PACIENTA S DM A DALŠÍMI KOMORBIDITAMI
MUDr. Igor Karen
- 18** | METAANALÝZY A FIXNÍ KOMBINACE
MUDr. Jiří Slíva, Ph.D.
- 19** | SOFTWARE V ORDINACI VPL
- 21** | PORODNÍ TRAUMATA ŽEN
MUDr. Lukáš Hořčíčka
- 23** | ČÍM NÁS PŘEKVAPÍ OČKOVÁNÍ V ROCE 2014
prof. MUDr. Roman Chlábek, Ph.D.
- 25** | REVMA TOLOGIE PRO PRAKTICKÉ LÉKAŘE II - DIAGNOSTIKA REVMA TICKÝCH ONEMOCNĚNÍ – MIMOKLOUBNÍ REVMA TIZMUS
MUDr. Šárka Forejtová
- 26** | FUNKČNÍ POTRAVINY S ROSTLINNÝMI STEROLY
doc. Ing. Jiří Brát, CSc.
- 27** | ISCHEMICKÁ CHOROBA DOLNÍCH KONČETIN – JAKÉ JSOU MOŽNOSTI DETEKCE V ORDINACI PRAKTICKÉHO LÉKAŘE?
MUDr. Bohumil Skála, Ph.D.
- 29** | SCREENING KOLOREKTÁLNÍHO KARCINOMU V ROCE 2014
doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D.

ODBORNÉ ČLÁNKY

- 32** | LÉČBA CESTOVATELSKÝCH PRŮJMŮ RIFAXIMINEM
MUDr. Martin Vaněk
- 34** | PNEUMONIE VYVOLANÉ ATYPICKÝMI PATOGENY
MUDr. Pavla Žáčková

KAZUISTIKY ZE SOUDNĚ ZNALECKÉ PRAXE

- 38** | KASUISTIKA ZE SOUDNĚ LÉKAŘSKÉ PRAXE
MUDr. Pavel Brejník

ZE SVĚTA MLADÝCH PRAKTIKŮ

- 44** | PŘEVZETÍ PRAXE V PRAXI ANEB KUPODIVU I LÉKAŘI JSOU LIDÉ
MUDr. David Halata
- 46** | 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. 6. 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



Stanovisko výboru Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP ze dne 25. 4. 2014

Výbor Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP na svém zasedání dne 25. 4. 2014 přijal stanovisko k bodům, které v čísle 4/2014 zveřejnil časopis ČLK Tempus Medicorum, kde zazněl apel na politickou reprezentaci, aby lékařům se specializovanou způsobilostí v oboru vnitřní lékařství byl umožněn vstup do praxe ve všeobecném praktickém lékařství VPL, a to pouze administrativně a bez jakékoli rozdílové specializační přípravy a atestace. Výbor SVL k tomuto postoji zaujal následující stanovisko:

Vytvořením systému Rezidenčních míst (RM) a dalšími opatřeními se podařilo významně zvýšit počet mladých lékařů, kteří vstupují do oboru VPL. Od r. 2008 je zařazeno do oboru každoročně přes 200 lékařů a v loňském roce atestovalo 223 lékařů. Je tedy reálný předpoklad stabilizace oboru po personální stránce. V atraktivních lokalitách (Praha, krajská okresní města, aj.) vzniká již nadbytek VPL. Přesto, pouhým zvýšením počtu atestujících lékařů se problémy odlehklých lokalit nevyřeší. Zde je potřeba spolupráce s regiony a obcemi po které voláme. Premisa, že by problém periferií vyřešilo administrativní překvalifikování internistů na VPL je tedy od základu mylná. Též zájem o obor VPL u absolventů lékařských fakult v ČR je velký a převyšuje nabídku RM. Není tedy ani pravdou, že o obor VPL mezi mladými lékaři není zájem. Problém je v nesrovnatelně horším financování specializační přípravy ve srovnání například právě s vnitřním lékařstvím.

Vnitřní lékařství, jako interní obor, je součástí vzdělávání ve všeobecném praktickém lékařství tak jako vybrané poznatky z dalších klinických oborů, tedy nikoli jeho jediným základem. Praktická medicína je zároveň medicínou klinickou a existenciální, pečuje o člověka v celém jeho

bytí. Základem péče praktického lékaře je komplexnost, kontinuita péče a její poskytování v souladu s principy EBM a s ohledem na bio–psycho–sociální potřeby pacienta.

V souladu se Směrnicí EU paragraf 4, odstavec 4, pojednávající o „rozvolněné přípravě“ byla v roce 2007 podepsána dohoda mezi Českou internistickou společností ČLS JEP, Společností všeobecného lékařství ČLS JEP a Institutem postgraduálního vzdělávání (IPVZ), umožňující výrazně snadnější vstup lékařů se specializací ve vnitřním lékařství do oboru VPL. V současném Vzdělávacím programu činí maximální délka tohoto „rekvalifikačního“ programu pouze 12 měsíců. Výbor SVL ČLS JEP trvá na současném znění Vzdělávacího programu v tomto bodě a vyzývá MZ ČR k jeho respektování v souladu s doporučeními evropské legislativy.

Dalším bodem, s nímž výbor SVL ČLS JEP vyslovuje nesouhlas, je obhajoba dosavadní podoby LSPP. Jsme pro dostupnou lékařskou péči i v době mimo běžnou denní ordinaci dobu. Ta však musí odpovídat současnému stavu medicíny, dostupnosti a komunikačním technologiím. Legislativa nemůže požadovat od lékaře bez adekvátního vybavení, aby garantoval poskytování kvalitní péče v terénu jen s bazálním vybavením svými smysly a brašnou tak, jako před 50 lety. Po vzniku a rozvoji ZZS a ÚPS je současná existence LSPP odborně i ekonomicky neodůvodnitelná a musí být postupně podle podmínek nahrazena emergencí nemocnic a ZZS. Platit třetí „akutní“ systém je luxus a je mnohem lépe ušetřené prostředky věnovat službám, které je kvalitněji nahradí.



VIII. JARNÍ INTERAKTIVNÍ KONFERENCE

Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP

25.–27. dubna 2014, Praha, Slovanský dům



U pacientů s akutním koronárním syndromem nebo s familiární hypercholesterolémií jsou nutné vysoké dávky statinů

doc. MUDr. Michal Vrablík, Ph.D.

Centrum preventivní kardiologie, III. interní klinika 1. LF UK a VFN Praha)

K dosažení doporučené cílové hodnoty LDL-cholesterolu 1,8 mmol/l nebo jejímu snížení o 50 % u velmi vysoce rizikových pacientů jsou nutné vysoké dávky statinů. Kromě nemocných např. po akutním koronárním syndromu (AKS) nebo cévní mozkové příhodě (CMP) se jedná o osoby s familiární hypercholesterolémií (FH). Dosavadní údaje ukazují, že statiny jsou předepisovány u velké části těchto pacientů, často však v nedostatečné dávce. Snížení hladiny LDL-cholesterolu k cílovým hodnotám prokazatelně vede k poklesu morbidity i mortality. U těchto pacientů je však třeba podávat statin ve vysoké dávce. Účinnost a bezpečnost této intenzivní léčby je nejlépe doložena u atorvastatinu v dávce 80 mg.

Dávka 20 mg statinu nemusí být dostačující

Jak uvedl svoji přednášku doc. Vrablík, podíl pacientů, kteří v loňském roce podstoupili preventivní prohlídku u praktického lékaře, vzrostl a dosáhl hodnoty blízké se 30 %. To je další krok ke zkvalitnění kardiovaskulární prevence, která v posledních 30 letech doznala velkých úspěchů. Od roku 1985 do roku 2009 klesla v České republice roční úmrtnost na kardiovaskulární choroby o 48,3 % u mužů a o 46,0 % u žen.¹ Tento statisticky významný pokles vedl i k poklesu celkové úmrtnosti u obou pohlaví. Zdá se ovšem, že reziduální kardiovaskulární riziko je stále vysoké. Výskyt akutních koronárních příhod a cévních mozkových příhod se výrazně nesnižuje. Svůj podíl na tom má i zvyšující se počet pacientů v sekundární prevenci daný lepším přežíváním osob s kardiovaskulárním onemocněním.

Jedním z účinných postupů v kardiovaskulární prevenci je úprava lipidového profilu. Zavedení statinů znamenalo výrazný přínos v boji s vysokou hladinou cholesterolu. Dosavadní údaje ukazují, že statiny jsou podávány u vysokého podílu indikovaných pacientů. Pozornost je ale třeba zaměřit na předepsanou dávku. Více než polovina pacientů užívá dávku 20 mg statinu (atorvastatinu, simvastatinu, rosuvastatinu) denně, zatímco nejvyšší dávka 80 mg denně je předepisována jen u zanedbatelné části nemocných (0,2 až 3,5 %).² Jak uvedl doc. Vrablík: „Nejoblíbenější dávka statinů – 20 mg – nemusí být nejhodnější pro všechny pacienty s kardiovaskulárním rizikem.“ Studie EUROASPIRE IV, provedená v České republice v letech 2012–2013 a publikovaná v květnovém vydání časopisu *Cor et Vasa*, ukázala průměrnou hladinu LDL-cholesterolu u pacientů v sekundární prevenci ischemické choroby

srdeční (ICHS) 2,37 mmol/l. A to i při podávání statinů u velmi potěšujících 93,3 % pacientů.¹² I když bylo oproti předchozímu sledovanému období 2006–2007 dosaženo poklesu LDLcholesterolu, je tato hodnota stále vyšší, než bychom si u vysoce rizikových pacientů přáli.

Vysoké dávky statinů jsou přínosem u mnoha typů pacientů, např. po prodělaném AKS, CMP

Oficiální doporučení Evropské společnosti pro aterosklerózu a Evropské kardiologické společnosti (EAS/ESC) z roku 2011 uvádějí jako cílovou hladinu LDLcholesterolu u pacientů s velmi vysokým kardiovaskulárním rizikem < 1,8 mmol/l nebo její snížení o 50 % (Tabulka 1).³ Týká se pacientů po prodělaném akutním koronárním syndromu (AKS), cévní mozkové příhodě (CMP), po revaskularizaci a pacientů s chronickou stabilní ICHS. I když o uvedených hodnotách stále pokračuje debata, zatím panuje shoda, že takové snížení LDLcholesterolu je pro pacienty v sekundární kardiovaskulární prevenci přínosem.

Tabulka 1

Cílové hodnoty sérových lipidů podle rizika dle EAS/ESC z roku 2011				
	Nízké riziko	Středně zvýšené riziko	Vysoké riziko	Velmi vysoké riziko
Celkový cholesterol				
LDLcholesterol		< 3,0	< 2,5	< 1,8 (mmol/l) nebo snížení o 50 %
NonHDLcholesterol (mmol/l)			< 3,3	< 2,6
Triglyceridy (mmol/l)	< 1,7			
apoB (g/l)			< 1	< 0,8

SORTIS[®]

CELOSVĚTOVÁ ZKUŠENOST²



SORTIS[®] nabízí pacientům 3 výhody důležité při léčbě statiny

SÍLA

VÝZNAMNÉ SNÍŽENÍ LDL CHOLESTEROLU
o 50 % a více u dávky 40 mg a 80 mg¹

JISTOTA

SNÍŽENÍ RIZIKA KV PŘÍHOD
u širokého spektra pacientů¹

DŮVĚRA

PŘÍZNIVÝ BEZPEČNOSTNÍ PROFIL
A ZKUŠENOST, které můžete věřit¹



SORTIS[®]
atorvastatinum

Síla. Jistota. Důvěra.

ZKRÁCENÁ INFORMACE O PŘÍPRAVKU. Sortis[®] 10, 20, 40, 80 mg, potahované tablety

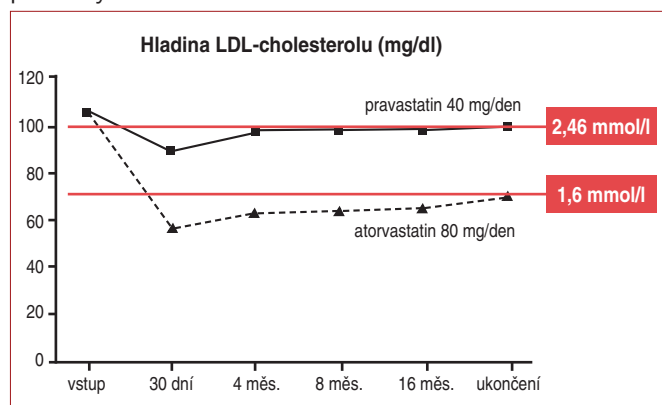
Léčivá látka: Atorvastatinum 10, 20, 40, 80 mg v jedné potahované tabletě. **Indikace:** Primární hypercholesterolemie, familiární hypercholesterolemie (včetně homozygotní formy u dospělých pacientů) nebo smíšená hyperlipidémie (typ IIa nebo typ IIb podle Fredricksona) u dospělých a dětí ve věku 10 let a starších. Prevence kardiovaskulárních příhod u dospělých pacientů s předpokládaným vysokým rizikem první kardiovaskulární příhody. Léčbu zahajujeme, pokud dieta a jiná nefarmakologická opatření nebyla dostatečně účinná. **Dávkování:** Počáteční dávka je pro všechny indikace obvykle 10 mg atorvastatinu jedenkrát denně. Pro dosažení cílových hladin LDL-cholesterolu může být nutné použití vyšších dávek. Maximální denní dávka je 80 mg atorvastatinu. **Dávkování u dětí:** Léčba by měla být řízena pouze specialisty. Atorvastatin není indikován k léčbě pacientů mladších 10 let. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na složky přípravku, jaterní onemocnění v aktivním stavu, neobjasněné přetrvávající zvýšení sérových transamináz na více než trojnásobek normálních hodnot, těhotenství, kojení, ženy ve fertilním věku, které nepoužívají vhodnou antikoncepci. **Zvláštní upozornění:** Jaterní testy by měly být provedeny před a pravidelně kontrolovány v průběhu léčby. Pokud přetrvávají více než trojnásobně zvýšené hodnoty transamináz, doporučuje se dávku přípravku Sortis snížit nebo terapii vysadit. Léčbu je nutné přerušit, objeví-li se významné zvýšení CK nebo je diagnostikována rhabdomyolýza. **Interakce:** Riziko myopatie stoupá při současném užívání atorvastatinu a následujících léků: např. erythromycin, cyklosporin, telithromycin, klarithromycin, delavirdin, stiripentol, ketokonazol, vorikonazol, itraconazol, posakonazol, inhibitory HIV proteázy, kyselina fusidová, kolchicin aj. Při současném podávání přípravku Sortis a inhibitorů cytochromu P450 3A4 je třeba opatrnosti. **Těhotenství a kojení:** Sortis je kontraindikován. **Nežádoucí účinky:** Časté: nasofaryngitida, alergické reakce, hyperglykémie, bolest hlavy, faryngolaryngeální bolest, epistaxe, zácpa, plynatost, dyspepsie, nauzea, průjem, myalgie, artralgie, bolest končetin, zad, svalové křeče, otok kloubů, zvýšení CK a jaterních testů. **Předávkování:** Speciální léčba neexistuje, pacienta je třeba léčit symptomaticky. Je třeba monitorovat jaterní testy a CK v séru. **Uchovávání:** Žádné zvláštní podmínky. **Balení:** m.j. 30 nebo 100 tablet v blistru. **Jméno a adresa držitele rozhodnutí o registraci:** Pfizer, spol. s r.o., Stroupežnického 17, 150 00 Praha 5, ČR. **Datum poslední revize textu:** 30.8.2013. **Registrační čísla:** Sortis 10-40 mg: 31/233-5/99-C, Sortis 80 mg: 31/397/03-C. **Výdej léčivého přípravku** je vázán na lékařský předpis. **Přípravek je hrazen** z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Před předepsáním se prosím seznámte s úplnou informací o přípravku.

Reference: 1. SPC Sortis. 2. Data on file.

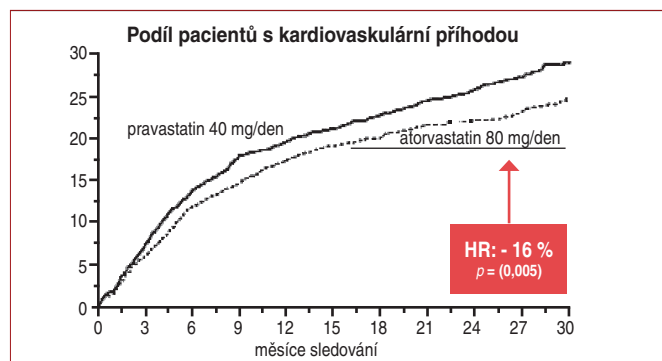
Dokládají to výsledky studie **PROVE-IT**.⁴ Zahrnovala pacienty po akutním koronárním syndromu, z nichž 2003 užívalo atorvastatin v dávce 80 mg a 1973 pravastatin v dávce 40 mg po dobu 24–36 měsíců. Na konci sledování bylo ve skupině s vysokou dávkou atorvastatinu dosaženo průměrné hladiny LDLcholesterolu 1,6 mmol/l, zatímco při dávce pravastatinu 40 mg tato hladina klesla jen na 2,46 mmol/l. Srovnání podílů pacientů s výskytem primárního cíle (úmrtí z jakýchkoli příčin, infarkt myokardu, revaskularizace, nestabilní angina pectoris s hospitalizací) ukázalo, že během 30 měsíců léčby bylo toto riziko o 16 % nižší ($p=0,005$) ve skupině léčené vysokou dávkou 80 mg atorvastatinu v porovnání se skupinou s pravastatinem v dávce 40 mg (obr. 1). Vysoká dávka atorvastatinu tedy zajistila lepší prevenci významných kardiovaskulárních příhod.

Obrázek 1

Snížení LDLcholesterolu a rizika kardiovaskulárních příhod při různých dávkách statinů statinu ve studii PROVEIT



Cannon CP et al. *N Engl J Med.* 2004;350(15):1495–504



Can non CP et al. *N Engl J Med.* 2004;350(15):1495–504

Tyto výsledky vedly v roce 2012 k vytvoření nových doporučení ESC v prevenci kardiovaskulárních onemocnění: u pacientů s AKS musí být léčba statiny ve vysokých dávkách zahájena co nejdříve, ještě během hospitalizace.⁵ Na základě těchto výsledků zpracovaly společné stanovisko k léčbě statiny u pacientů s AKS také Česká společnost

pro aterosklerózu a Česká kardiologická společnost.⁶ **Hlavní zásady léčby statiny při AKS jsou:**

- I zahájit podávání statinů první den hospitalizace,
- I bez ohledu na lipidogram (vyšetření sérové hladiny lipidů není při
- přijetí do nemocnice pro rozhodování o léčbě statiny podstatné,
- je však užitečné jako základ pro další hodnocení účinnosti léčby), I ve vysoké dávce, I s ohledem na lékové interakce, I v propouštěcí zprávě uvést jako konkrétní cíl léčby plasmatickou koncentraci LDLcholesterolu $<1,8$ mmol/l.

Po propuštění z nemocnice je třeba pod dohledem ambulantního nebo praktického lékaře v tomto dávkování statinů pokračovat, a to u všech pacientů bez ohledu na lipidogram. Další přehodnocení stavu je na místě až po 4–6 týdnech. Cílem je udržet dostatečné dávkování statinů, které má u pacientů po AKS prokázaný přínos. Nejlepší výsledky byly ve studiích s pacienty s AKS dosaženy při podávání 80 mg atorvastatinu, proto je tento lék třeba považovat za terapii 1. volby.

Vysoké dávky statinů jsou přínosem u pacientů s familiární hypercholesterolémií

Asi u 5–10 % pacientů s předčasnou klinickou manifestací aterosklerózy je tento stav důsledkem familiární hypercholesterolémie (FH). Toto onemocnění zjišťujeme v osobní anamnéze nebo u blízkých příbuzných. V České republice postihuje FH asi 20 000 osob.⁷ Klinickým vodítkem při identifikaci těchto pacientů je výskyt šlachových xantomů a xantelezmat. Tab. 2 uvádí orientační hodnoty celkového cholesterolu a LDLcholesterolu rozhodné pro stanovení diagnózy FH. Záchyt osob s tímto onemocněním není vhodné podceňovat, protože **včasná a intenzivní léčba FH podstatně snižuje riziko aterosklerózy a je spojena s významně nižší mortalitou.** Pokud je FH zjištěna před rozvojem ICHS a adekvátně léčena, není zkrácena očekávaná délka života. Kromě snížení kardiovaskulární mortality vede účinná prevence i k poklesu celkové mortality.⁸ **Cílových hodnot cholesterolu je většinou možné dosáhnout jen vysokými dávkami statinů.**

Přestože se Česká republika řadí na 3. místo na světě v podílu zachycených případů familiární hypercholesterolémie, stále je asi u 20 % pacientů zachycena až na koronární jednotce.

Tabulka 2

Orientační hodnoty cholesterolu pro stanovení diagnózy familiární hypercholesterolémie ⁹		
Obecná populace	Celkový cholesterol (mmol/l)	LDL cholesterol (mmol/l)
< 20 let	7,0	5,2
20–29 let	7,5	5,7
30–39 let	8,8	6,2
≥ 40 let	9,3	6,7

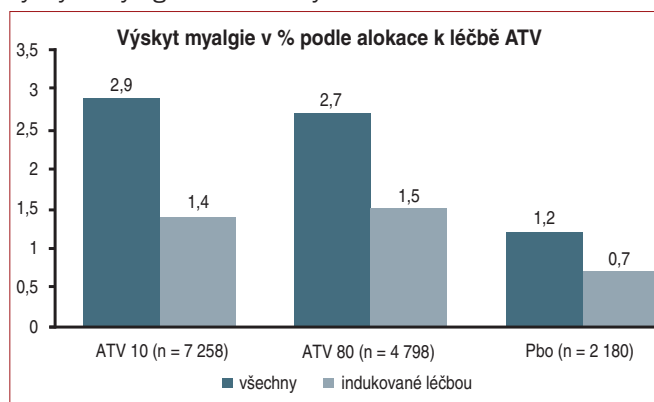
Problematicke FH je věnován mezinárodní projekt nazvaný **MedPed** (odvozeno z anglického Make early diagnosis to Prevent early deaths in Medical Pedigrees).¹⁰ Sdružuje odborníky z více než 30 zemí světa a jeho cílem je snížit počet předčasných úmrtí u lidí s geneticky determinovanými, avšak léčitelnými poruchami metabolismu lipidů. V této fázi projektu je největší pozornost věnována familiární hypercholesterolémii. Do projektu je zapojena i Česká republika. Více informací naleznete na www.medped.cz. V březnu 2014 vznikla v České republice také patientská organizace s názvem Diagnóza FH, jejímž cílem je zlepšit informovanost pacientů i veřejnosti o problematice familiární hypercholesterolémie.

Bezpečnostní profil vysokých dávek statinů

V souvislosti s podáváním vysokých dávek statinů se můžou objevit obavy ohledně bezpečnosti této léčby. Rozsáhlé výsledky ovšem potvrzují **významně vyšší účinnost vysokých dávek spojenou pouze s mírným nárůstem rizika**. Srovnání bezpečnosti atorvastatinu v dávce 80 mg a 10 mg v analýze 49 dokončených studií, zahrnujících 14 236 pacientů, ukázalo velmi nízký výskyt myalgií při obou dávkách atorvastatinu i při podávání placeba (obr. 2).¹¹ Rozdíly mezi skupinami byly minimální: výskyt myalgií indukovaných léčbou činil 1,4 % při dávce atorvastatinu 10 mg, 1,5 % při dávce 80 mg a 0,7 % u placeba. Nemocného léčeného statiny je ale třeba poučit, že při výskytu tohoto možného nežádoucího účinku musí kontaktovat lékaře, který mu léčbu upraví.

Obrázek 2

Bezpečnostní profil vysoké dávky atorvastatinu z hlediska výskytu myalgií v metaanalýze 49 studií



Newman C et al. Am J Cardiol 2006; 97:61–67

Závěr

Jak shrnul doc. Vrablík, u pacientů s velmi vysokým kardiovaskulárním rizikem, tedy např. po prodělaném AKS, CMP apod., ale také u pacientů s familiární hypercholesterolémií je nutné titrovat dávku podávaných statinů s cílem snížit hladinu LDLcholesterolu na < 1,8 mmol/l nebo dosáhnout jejího poklesu o 50 %. K tomu jsou často nutné vysoké dávky statinů. Předepisování vysokých dávek statinů není v České republice omezeno a hypolipidemickou léčbu těchto pacientů tak můžou vést i praktičtí lékaři.

*Zpráva z přednášky
doc. MUDr. Michala Vrablíka, Ph.D.
připravila MUDr. Zuzana Zafarová.*

Literatura:

1. www.uzis.cz
2. Hradec J, et al., Cor Vasa 2011; 53, 527–534.
3. ESC/EAS Guidelines for the Management of Dyslipidemias. Eur Heart J 2011; 32: 1769–1818.
4. Cannon CP, et al., PROVEIT study. N Engl J Med 2004; 350: 1495–1504.
5. European Guidelines on CVD prevention in clinical practice (version 2012). Eur Heart J 2012; 33: 1635–1701.
6. Piňha J, et al., Léčba statiny u pacientů s akutním koronárním syndromem. Interv Akut Kardiol 2012; 11(2): 89–90.
7. Freiburger T, Vrablík M, 15 let projektu MedPed v ČR. Hypertenze a KV prevence 2013; 50–52.
8. Neil A, et al., Reductions in allcause mortality in statintreated patients with HeFH. Eur Heart J 2008; 29: 2625–2633.
9. Williams RR, et al., Diagnosing Heterozygous Familial Hypercholesterolemia. Am J Cardiol 1993; 72: 171–176.
10. www.medped.cz
11. Newman C, et al., Comparative Safety of Atorvastatin 80 mg Versus 10 mg. Am J Cardiol 2006; 97: 61–67.
12. Mayer O jr, et al., The changes in cardiovascular prevention practice between 1995 and 2012 in the Czech Republic. A comparison of EUROASPIRE I, II, III and IV study. Cor et Vasa 2014; 56: e91–e97.

POCT metody v ordinaci VPL

Zpráva z přednášky

V přednášce MUDr. Cyrila Mucha uvedl přehled současných POCT („Point of care testing“ metod), tedy vyšetřovacích metod, které může praktický lékař užívat přímo v ordinaci. Dělí se na „elektronické“-tedy ty, ke kterým je nutno zakoupit analyzátor a tzv. „suché“ tedy ty podobné těhotenským testům. Vzhledem k tomu, že POCT metody výrazně posouvají dopředu diagnostiku a tedy i „jistotu“ správné terapie, stávají se čím dál víc součástí běžného života praktického lékaře. Protože se v poslední době objevi-

lo mnoho firem, které přístroje i sety k POCT metodám prodávají, schválil výbor SVL vypracování studie srovnávající jednotlivé přístroje, která je porovná nejen na základě přesnosti měření, ale i přátelskosti práce s metodou a samozřejmě i ceny – tedy zejm. návratnost investice do přístroje. Každý lékař tak bude mít možnost srovnat, jaká ta „jeho“ metoda resp. přístroj je.

Redakce



PRESTARIUM[®] NEO COMBI



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

Zkrácené informace o přípravku PRESTARIUM[®] NEO COMBI 5 mg/1,25 mg a 10 mg/2,5 mg: PRESTARIUM[®] NEO COMBI 5 mg/1,25 mg a PRESTARIUM[®] NEO COMBI 10 mg/2,5 mg je kombinací dlouhodobě působícího inhibitoru ACE s diuretikem. **Složení:** Jedna potahovaná tableta obsahuje 5 mg, resp. 10 mg perindoprilum argininum, odpovídající 3,395 mg, resp. 6,79 mg perindoprilum, a 1,25 mg, resp. 2,5 mg indapamidum. Obsahuje laktózu jako pomocnou látku. **Terapeutické indikace:** Léčba esenciální hypertenze; přípravek Prestarium Neo Combi 5 mg/1,25 mg je indikován u pacientů, jejichž krevní tlak není adekvátně kontrolován samotným perindoprilem. Přípravek Prestarium Neo Combi 10 mg/2,5 mg je indikován jako substituční terapie pro léčbu esenciální hypertenze u pacientů, kteří jsou již kontrolováni perindoprilem a indapamidem, podáváním současně v této dávce. **Dávkování a způsob podání:** Jedna tableta přípravku Prestarium Neo Combi 5 mg/1,25 mg, resp. 10 mg/2,5 mg denně v jedné dávce, nejlépe ráno a před jídlem. **Starší pacienti:** Prestarium Neo Combi 1 tableta denně, Prestarium Neo Combi 5 mg/1,25 mg a 10 mg/2,5 mg: mohou být léčeni, pokud je normální renální funkce a po zvážení odpovědi krevního tlaku. Prestarium Neo Combi 10 mg/2,5 mg: kreatinin v plazmě musí být příznivě vztahu k věku, váze a pohlaví. **Renální insuficience:** provádí se pravidelná kontrola kreatininu a draslíku. Clearance kreatininu (CrCl) > 60 ml/min není nutná úprava dávkování. CrCl 30–60 ml/min doporučuje se zahájit léčbu vhodnou dávkou fixní kombinace. CrCl < 30 ml/min léčba je kontraindikována. **Kontraindikace:** Přecitlivělost na perindopril nebo jiné inhibitory ACE, na indapamid nebo sulfonamidy nebo některou z pomocných látek. Angioedém v anamnéze (Quinckeho edém) ve spojitosti s podáním ACE inhibitoru. Hereditární/idiopatický angioedém. Hypokalcémie. Závažná renální insuficience (clearance kreatininu < 30 ml/min) u přípravku Prestarium Neo Combi 5 mg/1,25 mg. Středně těžká a těžká renální insuficience (clearance kreatininu < 60 ml/min) u přípravku Prestarium Neo Combi 10 mg/2,5 mg. Hepatální encefalopatie. Závažné poškození jaterních funkcí. **Nedoporučuje se** v kombinaci s přípravky bez antiarytmického účinku způsobujícími torsades de pointes (viz bod interakce). Druhý a třetí trimestr těhotenství a během kojení (viz. bod fertilita, těhotenství a kojení). Z důvodu nedostatečných klinických zkušeností by přípravek neměl být používán u dialyzovaných pacientů a u pacientů s neléčeným dekompenzovaným srdečním selháním. **Zvláštní upozornění a zvláštní opatření pro použití:** Zvláštní upozornění: Nedoporučuje se současně podávat s lithiem, s draslíky šetřícími diuretiky a solemi draslíku. **Neutrocytopenie/agranulocytóza, trombocytopenie a anémie:** používání s mimořádnou opatrností u pacientů s kolagenovými vaskulárními onemocněními, u užívajících imunosupresivní léčbu, léčbu allopurinolem nebo prokainamidem, doporučuje se periodické monitorování počtu leukocytů. **Hypersenzitivita/angioedém, intestinální angioedém:** okamžitě vysazení léčby a monitorování až do úplného vymizení symptomů. **Anafylaktické reakce během desenzibilizace:** inhibitory ACE by měly být s opatrností používány u alergických pacientů léčených desenzibilizační léčbou a neměly by být podávány u pacientů podstupujících imunoterapii tímto jevem. **Anafylaktoidní reakce během alerýzy LDL:** těmto reakcím lze předejít dočasným vysazením léčby inhibitory ACE před každou aferézou a/nebo hemodialýzou pomocí vysoce propustných membrán. **Těhotenství:** okamžitě ukončení léčby a změna na vhodnou alternativní léčbu. **Jaterní encefalopatie:** ukončení léčby. **Fotosenzitivita:** ukončení léčby. **Opatření pro použití:** **Jaterní selhání:** ukončení léčby v případě žloutenky nebo elevace jaterních enzymů. **Renální poškození:** léčba by měla být zastavena a případně znovu započata buď v nižší dávce anebo podáním pouze jedné ze složek přípravku; doporučeno časté sledování hladin draslíku a kreatininu. **Renovaskulární hypertenze:** léčba by měla být zahájena na nemocničním lůžku a měla by být sledována funkce ledvin a hladiny draslíku. **Riziko arteriální hypotenze a/nebo renální insuficience v případě srdeční insuficience, deplece vody a elektrolytů u pacientů s nízkým krevním tlakem, se stenózou renální arterie, městnavým srdečním selháním nebo cirhózou s edémy a ascites:** léčba by měla být zahájena v nižší dávce a dávka progresivně zvyšována. **Náhla hypotenze při preexistující depleci sodíku** (zejména při stenóze renální arterie); po obnově uspokojivého objemu krve a krevního tlaku může být léčba zahájena buď ve snížené dávce, nebo podáváním jen jedné ze složek. **Závažné srdeční selhání (stupeň IV) nebo diabetes mellitus typu I:** zahájení léčby pod lékařským dohledem se sníženou počáteční dávkou. **Aortální nebo mitrální stenóza/hypertrofická kardiomyopatie:** používat s opatrností u pacientů s obstrukcí výtokové části levé komory. **Ateroskleróza:** zahájení léčby nízkou dávkou u pacientů s ischemickou chorobou srdeční nebo s cerebrální oběhovou nedostatečností. **Suchý kašel.** **Hladiny draslíku:** pravidelné monitorování. **Hyperkalcémie:** v případě renální insuficience, zhoršených renálních funkcí, věku > 70 let, diabetu mellitu, dehydratace, akutní kardiální dekompenzace, metabolické acidózy a souběžného užívání kalium šetřících diuretik a solí draslíku je doporučeno časté monitorování hodnot draslíku v krvi. **Hypokalcémie:** vysoké riziko pro starší pacienty a/nebo podvýživné jedince, cirhotické pacienty s edémem a ascites, koronární a srdečně selhávající pacienty a pacienty s dlouhým QT intervalem; častější monitorování je nezbytné nutně ve všech těchto případech. **Hladiny sodíku:** nutno stanovit ještě před zahájením léčby; sledování hladin sodíku musí být častější u starších pacientů a u pacientů s cirhózou. **Hyperkalcémie:** přerušení léčby až do vyšetření funkce příštích tělesk. **Hyperurikémie:** zvýšená tendence k záchvatom dny. **Anestézie:** jeden den před operací je doporučeno přerušit léčbu. **Dědičná parucha intolerance galaktózy, Lappova deficeience laktázy nebo glukózo-galaktázová malabsorbe:** přípravek by neměl být podáván. **Diabetici:** v případě hypokalcémie by měla být pečlivě monitorována glykémie. **Etnické rozdíly:** vyšší výskyt angioedému a zřejmě méně účinný na snížení krevního tlaku u černošské populace ve srovnání s jinými rasami. **Pediatrická populace:** účinnost a snášenlivost nebyla stanovena. **Sportovci:** může vyvolat pozitivní reakci u antidopingových testů. **Interakce:** **Nedoporučované kombinace:** Lithium, kalium šetřící diuretika a sole draslíku. **Kombinace vyžadující zvláštní opatrnost:** Baclofen, nesteroidní antiinflogistika (včetně vysokých dávek kyseliny acetylsalicylové), antidiabetika, léky vyvolávající torsades de pointes, léky snižující hladiny draslíku, srdeční glykosidy. **Kombinace vyžadující určitou opatrnost:** Antidepressiva imipriminového typu (tricyklická), neuroleptika, kortikosteroidy, tetraksoaktid, jiné antihypertenziva, allopurinol, cytostatika a imunosupresiva, systémové kortikosteroidy nebo prokainamid, anestetika, diuretika, jedovatá kontrastní látky, vápník (a jeho soli), cyklosporin. **Fertilita, těhotenství a kojení:** **Nedoporučuje se** během prvního trimestru těhotenství. **Je kontraindikováno** během druhého a třetího trimestru těhotenství a během kojení. **Účinky na schopnost řídit a obsluhovat stroje:** Schopnost řídit a obsluhovat stroje při užívání přípravku může být snížena. **Nežádoucí účinky:** Časté: Hypokalcémie, parestézie, bolest hlavy, asténie, pocit závratě, vertigo, poruchy zraku, tinitus, hypotenze ortostatická i jiná, suchý kašel, dušnost, zácpa, sucho v ústech, nauzea, zvracení, abdominální bolest, anorexie, porucha chuti, dyspepsie, průjem, vyrážka, svědění, makulopapulózní erupce, svalové křeče. Méně časté: Změny nálady a poruchy spánku, bronchospasmus, angioedém obličeje, končetin, rtů, sliznic, jazyka, hlasivkové štěrbině a/nebo hrtanu, kopřivka, hypersenzitivní reakce, zejména dermatologické (u pacientů s predispozicí k alergickým a astmatickým reakcím), purpura, možné zhoršení existujícího akutního diseminovaného lupus erythematosus, renální insuficience, impotence, pocení. **Vzácné:** Hyperkalcémie. **Velmi vzácné:** Trombocytopenie, leukopenie, agranulocytóza, aplastická anémie, hemolytická anémie, anémie (pacienti po transplantaci ledvin, hemodialyzovaní pacienti), zmatenost, arytmie včetně bradykardie, ventrikulární tachykardie, atrální fibrilace, angina pectoris a infarkt myokardu (možné sekundárně k nadměrné hypotenzi v vysoké rizikových pacientů), eosinofilní pneumonie, rýma, pankreatitida, cytolytická nebo cholestatická hepatitida, erythema multiforme, toxická epidermální nekrolýza, Steven-Johnsonův syndrom, fotosenzitivní reakce, akutní renální selhání. **Frekvence neznámá:** Snykopa, torsades de pointes (potenciálně fatální), jaterní encefalopatie (v případě jaterní insuficience), EKG - prodloužený QT interval, zvýšená glykémie a hladina kyseliny močové během léčby, zvýšené jaterní enzymy, mírné zvýšení urey a plazmatických hladin kreatininu (reverzibilní po ukončení léčby), deplece draslíku s hypokalcémií, což je obzvláště závažné u některých vysoce rizikových pacientů, zvýšené hladiny draslíku (obvykle přechodné), hyponatémie s hypomódiem, farmakologický zánevism k thiazidovým diuretikům, s antihypertenzním účinkem na systolický a diastolický arteriální tlak v poloze vleže i vstoje. **Uchovávání:** Uchovávejte v dobře uzavřené tubě, aby byl přípravek chráněn před vlhkostí. **Velikost balení:** 30 a 90 tablet. **Držitel rozhodnutí o registraci LES LABORATOIRES SERVIER**, 50 rue Carnot, 92284 Suresnes cedex, Francie. Registrací číslo: 58/215/06-C (5 mg/1,25 mg), 58/215/09-C (10 mg/2,5 mg). **Datum poslední revize textu:** 23. 4. 2012 (5 mg/1,25 mg), 20. 7. 2012 (10 mg/2,5 mg). Před předepsáním přípravku si přečtěte Souhrn údajů o přípravku. Přípravky jsou k dispozici v lékárnách na lékařský předpis. Přípravky jsou částečně hrazeny z prostředků veřejného zdravotního pojištění. SERVIER, s. r. o., Florentinum, Na Florenci 2116/15, 110 00 Praha 1; www.servier.cz.

*pro úplnou informaci si prosím přečtěte celý Souhrn údajů o přípravku

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





Kombinovaná terapie hypertenze u pacienta s vysokým kardiometabolickým rizikem

prof. MUDr. Hana Rosolová, DrSc.

Centrum preventivní kardiologie, 2. interní klinika FN a LFUK v Plzni

V posledních 20 letech došlo k velké změně životního stylu ve většině populací: převládá sedavý způsob života a nadměrný příjem vysokoenergetické nevhodně složené stravy. To vede u jedinců s genetickými předpoklady pro inzulinovou rezistenci (IR) a arteriální hypertenzi (AH) k rozvoji souboru rizikových faktorů, které dnes označujeme jako metabolický syndrom, lépe kardiometabolický syndrom (KMS), protože tyto faktory vedou na jedné straně k rychlejšímu rozvoji aterosklerózy a kardiovaskulárních onemocnění (KVO), na straně druhé k rozvoji diabetes mellitus 2. typu (DM 2). Ze studií je známo, že KMS souvisí s 2–3× vyšším KV rizikem a 5× vyšším rizikem DM 2, zvl. při přítomnosti hraniční lačné glykémie (5,6–6,9 mmol/l) nebo porušené glukózové tolerance (glykémie ve 2. hodině orálního glukózového testu 7,9–11 mmol/l).

U hypertoniků a i u některých pacientů s prehypertenzí (130–139/85–89 mmHg) a vysokým kardiometabolickým rizikem je třeba vhodně vybírat antihypertenzivum, případně kombinaci antihypertenziv. Lékem první volby u pacientů s KMS resp. u pacientů v prediabetu jsou inhibitory renin–angiotenzinového systému, tj. inhibitory ACE (nebo sartany), které dokáží zlepšit IR a zabránit nebo alespoň oddálit rozvoj DM 2. Pokud nevystačíme s monoterapií, což připadá v úvahu u 70–80 % hypertoniků, kombinujeme tyto léky nejčastěji s blokátory Ca kanálů. Kombinace perindoprilu a amlodipinu přináší dle studie ASCOT významně větší snížení výskytu fatálních i nefatálních KVO ve srovnání s kombinací atenololu s thiazidovým diuretikem. Kombinace moderních antihypertenziv má synergické účinky na makrovaskulární cirkulaci (zlepšuje strukturu a funkci větších artérií) a doplňující účinek na mikrocirkulaci (např. snížení výskytu otoků a ochranu glomerulů před zvýšeným tlakem vlivem blokátorů Ca kanálů).

Thiazidová diuretika nejsou vhodnou volbou v léčbě hypertenze u nemocných s vysokým kardiometabolickým rizikem ani v monoterapii ani v kombinaci s jinými antihypertenzivy; v závislosti na dávce totiž zhoršují IR a podle výsledků řady studií zvyšují výskyt DM 2 u hypertoniků v průměru o 30 %. U hypertoniků s vysokým rizikem pro rozvoj DM 2 nebo u nemocných s diabetem volíme raději u nás dostupné metabolicky neutrální diuretikum – indapamid, který má kromě natriuretického účinku i přímý vasodilatační účinek na stěnu cévní. Výhodné jsou fixní kombinace léků, které zlepšují compliance k léčbě. U pacientů s DM 2 je vhodná fixní kombinace perindoprilu 10 mg s indapamidem 2,5 mg, jak prokázala studie ADVANCE. Tato kombinace vedla k významnému snížení výskytu KVO, KV úmrtnosti, výskytu mikrovaskulárních komplikací i k poklesu celkové mortality.

V případě nutnosti použití trojkombinace je vhodné kombinovat inhibitory ACE, blokátory Ca kanálů a jako třetí lék má být diuretikum. Správný výběr diuretika a vhodná kombinace antihypertenziv u hypertoniků s vysokým kardiometabolickým rizikem má nesmírný význam v prevenci rozvoje DM 2, jehož prevalence strmě stoupá, a tím také stoupá výskyt fatálních i nefatálních KVO.

Článek převzatý z Konferenčních novin JIK 2014

HYPERTENZE

originální TENAXUM

rilmenidin



30 a 90 tablet

**Výhodné balení
pro dlouhodobou
léčbu hypertenze**

Zkrácený souhrn údajů o přípravku

SLOŽENÍ:** Tenaxum® rilmenidin dihydrogenophosphas 1,544 mg (odpovídá rilmenidinu 1 mg) v jedné tabletě. Obsahuje laktosu jako pomocnou látku. **INDIKACE**:** Esenciální hypertenze u dospělých pacientů. **DÁVKOVÁNÍ A ZPŮSOB PODÁNÍ**:** Doporučená dávka je 1 tableta denně užitá ráno. V případě ledvinné nedostatečnosti, je-li clearance kreatininu vyšší než 15 ml/min, není nutná změna dávkování. **KONTRAINDIKACE**:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku. Těžká deprese. Závažná ledvinná nedostatečnost s clearance kreatininu <15 ml/min. Kombinace se sultopridem*. **ZVLÁŠTNÍ UPOZORNĚNÍ**:** Nepřerušujte léčbu najednou, snižujte dávkování postupně. Léčba by měla být kontrolována pravidelnými lékařskými prohlídkami u pacientů, kteří v nedávné době prodělali vaskulární příhodu (cévní mozková příhoda, infarkt myokardu). V průběhu léčby by se měl pacient vyvarovat konzumace alkoholu. Přípravek obsahuje monohydrát laktózy. **INTERAKCE**:** Kontraindikace současného použití se sultopridem*. Nedoporučené současné použití: alkohol, beta blokátory používané k léčbě srdečního selhání (bisoprolol, karvedilol, metoprolol)*. Zvláštní opatrnost vyžaduje současné použití s: baklofenem, beta blokátory a přípravky vyvolávajícími torsades de pointes (kromě sultopridu) – třída Ia antiarytmik, třída III antiarytmik a některá neuroleptika*. V úvahu je nutno vzít současné použití s: alfa-blokátory, amifostinem, kortikosteroidy, tetrakosaktidem, neuroleptiky a imipraminovými antidepresivy, deriváty morfinu, benzodiazepiny, anxiolytiky jinými než benzodiazepiny, hypnotiky, neuroleptiky, sedativními antagonisty histaminových H₁-receptorů, sedativními antidepresivy (amitriptylin, doxepin, mianserin, mirtazapin, trimipramin), jinými centrálně působícími antihypertenzivy, baklofenem, thalidomidem, pizotifinem, idoraminem.* **FERTILITA**.** **TĚHOTENSTVÍ A KOJENÍ**:** Tenaxum se nemá podávat těhotným a kojícím ženám. **ÚČINKY NA SCHOPNOST ŘÍDIT A OBSLUHOVAT STROJE**:** Je třeba vzít v úvahu možnost ospalosti. **NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY**:** Časté: palpitace, ospalost, svědění, vyrážka, sexuální dysfunkce, bolesti žaludku, suchost v ústech, průjem, zácpa, svalové křeče, úzkost, deprese, nespavost, studené končetiny, otoky, astenie, únava při námaze. Méně časté: nauzea, návaly horka, ortostatická hypotenze. **PŘEDÁVKOVÁNÍ**.** **VLASTNOSTI**:** rilmenidin je oxazolin s antihypertenzními vlastnostmi, vykazuje vyšší selektivitu k I₁ imidazolinovým receptorům v prodloužené míše. **DRUH OBALU A VELIKOST BALENÍ**:** Al-PA/Al/PVC blister, krabička. 30 a 90 tablet. Úplná informace o podávání viz Souhrn údajů o přípravku. **Uchovávání:** při teplotě do 30 °C. **REGISTRAČNÍ ČÍSLO:** 58/477/97-C. **Držitel rozhodnutí o registraci:** LES LABORATOIRES SERVIER, 50, rue Carnot, 92284 Suresnes cedex, Francie. **Datum poslední revize textu:** 16.1.2013 **Adresa v ČR:** Servier s. r. o., Florentinum, Na Florenci 2116/15, 110 00 Praha 1. Tel.: +420 222 118 111; www.servier.cz Přípravek je k dispozici v lékárnách na lékařský předpis a je částečně hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění.

* všimněte si prosím změn v informaci o léčivém přípravku Tenaxum

** pro úplnou informaci si prosím přečtěte celý Souhrn údajů o přípravku



Význam centrálních antihypertenziv v léčbě hypertenze

prof. MUDr. Miroslav Souček, CSc.

II. interní klinika FN u sv. Anny a LF MU, ICRC, Brno

Význam aktivace sympatického nervového systému za fyziologických okolností je nezastupitelný. S aktivací sympatiku dochází k udržení homeostázy díky zvýšení TK, SF a zvýšení koagulace; zvýšená glykogenolýza a lipolýza pak vedou ke zvýšené tvorbě energie.

Avšak dlouhodobě nadměrná stimulace sympatického nervového systému způsobená nejčastěji chronickým stresem hraje klíčovou roli v rozvoji esenciální hypertenze (obrázek 1), s následným rozvojem orgánových komplikací a metabolických poškození (obrázek 2), zejména metabolismu glukózy a lipidů. Z tohoto důvodu jsou centrální antihypertenziva, která nejen účinně kontrolují TK, ale zároveň příznivě ovlivňují sympatickou nervovou aktivitu, atraktivní pro kombinační léčbu hypertoniků s těmito poruchami. Typickým zástupcem centrálních antihypertenziv je rilmenidin.

Rilmenidin je antihypertenzivum ze skupiny agonistů imidazolinových receptorů. Podstatou jeho mechanismu účinku je výrazné snížení kardiální a renální sympatické baroreflexní odpovědi na úrovni I_1 -imidazolinových receptorů uložených v LRN (nucleus reticularis lateralis) a v ledvinách. Výsledkem toho je fyziologické snížení aktivity sympatiku, ovlivňující řadu cílových orgánů a systémů zapojených do regulace krevního tlaku (obrázek 3).

Snížení aktivity sympatiku ovlivňuje příznivě nejen kardiovaskulární systém, ale ovlivňuje příznivě i metabolické rizikové faktory, a tím snižuje kardiovaskulární riziko léčených pacientů. Zatímco většina antihypertenziv ovlivňuje pouze jeden z orgánů či systémů regulujících TK, rilmenidin působí současně v mozgovém kmeni i v ledvinách – dvou hlavních orgánech regulace TK.

Okamžitý účinek je zprostředkován přes I_1 -imidazolinové receptory v mozgovém kmeni (snížením zvýšené aktivity sympatiku) a je zesilován postupným a dlouhodobým účinkem v ledvinách (omezením retence vody a Na^+).

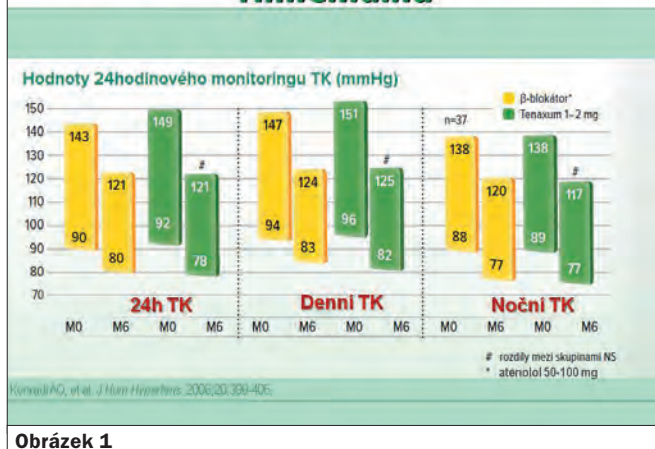
Na rozdíl od agonistů α_2 -adrenergních receptorů má rilmenidin nejen spolehlivý antihypertenzní účinek, ale především výbornou snášenlivost bez centrálních nežádoucích účinků (ospalost, sucho v ústech).

Díky preferenční vazbě na I_1 -imidazolinové receptory (a minimální vazbě na α_2 -adrenergní receptory) se rilmenidin vyznačuje také absencí rebound fenoménu.

Klinické studie prokázaly, že se jedná o antihypertenzivum poskytující dlouhodobou kontrolu hypertenze a nedochází u něj k poklesu účinnosti. Účinnost rilmenidinu je z hlediska normalizace krevního tlaku srovnatelná s referenčními antihypertenzivy ze skupiny inhibitorů ACE, blokátorů kalciových kanálů, beta-blokátorů či diuretik (obrázek 4).

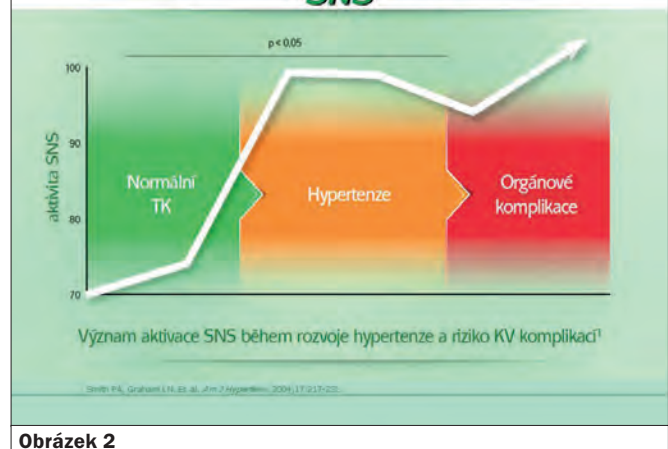
Při léčbě rilmenidinem rovněž dochází k významné redukci hmotnosti levé komory, která se statisticky nijak neliší od redukce dosažené pomocí ostatních antihypertenziv. Po jednom roce léčby došlo k významnému poklesu LVMI (indexu hmotnosti levé komory) o 14 %. Regrese hypertrofie levé komory byla doprovázena současným zlepšením kontroly TK, diastolické funkce i arteriální compliance. Účinnost a snášenlivost rilmenidinu byly prokázány v randomizovaných srovnávacích studiích u mladších i starších pacientů, hypertoniků s diabetes mellitus a metabolickým syndromem i u pacientů s renálním selháním.

ABPM: antihypertenzní účinnost rilmenidinu



Obrázek 1

Důsledky dlouhodobé hyperaktivace SNS



Obrázek 2

Jasnou indikací podávání rilmenidinu je léčba esenciální hypertenze u dospělých pacientů všech věkových kategorií. Vzhledem k dobré snášenlivosti a minimu lékových interakcí může být rilmenidin předepisován nejen mladším, fyzicky aktivním hypertonikům, u nichž je výhodou zachování adaptability srdeční frekvence při zátěži (na rozdíl od beta-blokátorů), ale i starším hypertonikům. Doporučená dávka je 1 mg denně (ráno), v případě potřeby je možno dávku zvýšit na 2 mg denně (rozdělené ráno a večer).

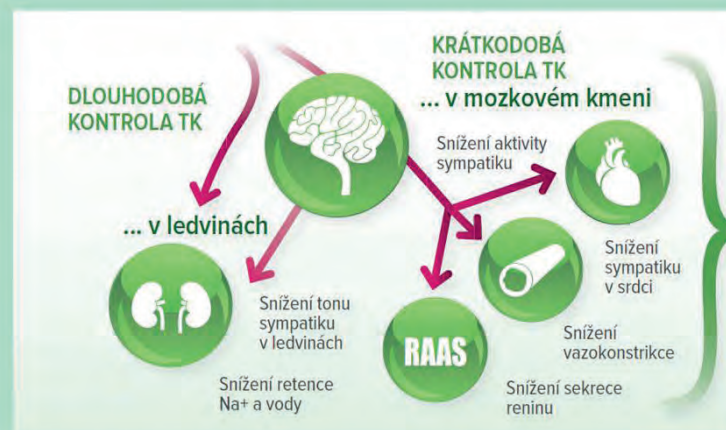
Rilmenidin je možné používat nejen u nekomplikované hypertenze, ale vzhledem k výše zmíněné metabolické neutralitě

a významnému antihypertenznímu účinku jej lze s výhodou použít u hypertenze s přidruženými onemocněními:

- hypertenze s diabetes mellitus
- hypertenze s metabolickým syndromem
- hypertenze s dyslipidemií
- hypertenze s hypertrofií levé komory srdeční
- hypertenze u pacientů s renální insuficiencí (je-li clearance kreatininu > 15 ml/ min, není nutná změna dávkování).

Agonisty imidazolinových receptorů je účelné kombinovat s ostatními antihypertenzivy: nejvhodnější je kombinace s inhibitory ACE, AT1 blokátory, blokátory kalciového kanálu či diuretiky.

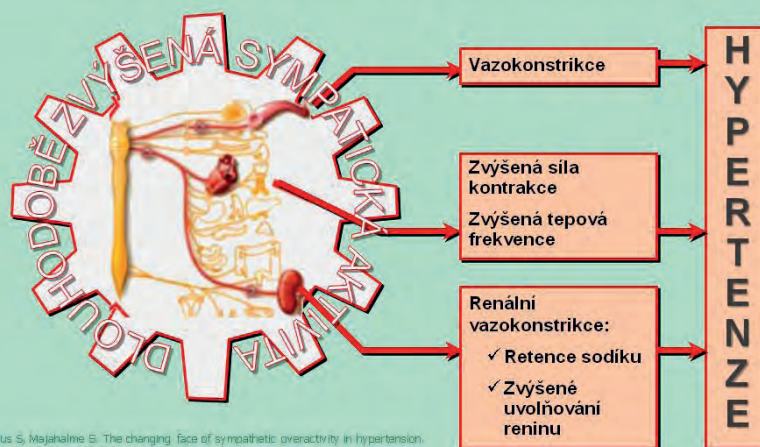
Cílové duální působení rilmenidinu



Adámková V. *Medicina po promoci*, 2013, 14, 15–18

Obrázek 3

Nadměrně "patologicky" zvýšená aktivita SNS – trvalé důsledky



Julius S. Majahalme S. The changing face of sympathetic overactivity in hypertension. *Ann Med*. 2000;32:365-370.

Obrázek 4



Spolupráce VPL a diabetologa u pacienta s DM a dalšími komorbiditami

MUDr. Igor Karen

ordinace PL, tř. Osvobození, věžňů 241, Benátky nad Jizerou II

Na zahajovacím bloku Jarní interaktivní konference byla prezentována přednáška odborného garanta za SVL pro diabetologii MUDr. Igora Karen společně s profesorem MUDr. Štěpánem Svačinou, DrSc., MBA, který prezentoval názory za diabetologickou stranu.

Tématem byla spolupráce VPL a ambulantního diabetologa.

Z těch důležitých faktů vyjímáme ty hlavní, které jsou asi nejdiskutovanější v primární péči.

• Kdy uvažuje VPL o odeslání a dispenzarizaci pacienta k diabetologovi?

Zazněla jednoznačná odpověď a to:

1. Při zachytu DM 1. typu.
2. Při graviditě pacientky s diabetem (DM) ale i s prediabetem (PDM).
3. Když neléčí VPL pacienty s DM 2. typu.

• Kdy uvažuje VPL o odeslání ke konzultaci pacienta k diabetologovi?

Vyjímáme odpovědi:

1. Když hyperglykémie neklesá při kontrole obvykle po nasazení perorálních antidiabetik (PAD) a to individuálně (dle situace týdně až 3 měsíce).
2. Když má VPL podezření na výraznou dysfunkci a zánik B buněk (s vyšetřením C peptidu) a (nefunguje kombinace MTF + DSF. Pacient nedosahuje cílových hodnot glykovaného hemoglobinu /HbA_{1c}/).
3. Jsou i další možnosti, např. rezistence na léčbu, příliš mnoho PAD.

Zazněla jedna z hlavních a nejvíce diskutovaných otázek: Co je lepší? Kombinace metforminu (MET) a derivátů sulfonylurey (DSFU) či kombinace metforminu a inkretinových sympatomimetik (DPP-4) tzv. gliptinů? Odpověď můžeme rozdělit do několika částí.

Z pohledu účinnosti na kompenzaci DM 2. typu je srovnání

derivátů sulfonylurey s DPP-4 prakticky úplně stejné, jak dokumentoval prof. Svačina ve svých slidech (viz níže). Při dvouletém klinickém srovnání zástupce DPP-4 (v tomto případě linagliptinu) oproti zástupci DSFU (v tomto případě glimepiridu) bylo prokázáno, že linagliptin je stejně účinný jako glimepirid při sledování markerů kompenzace DM HbA_{1c} (Obrázek 1).

Z pohledu bezpečnosti u léčby DM 2. typu je srovnání derivátů sulfonylurey s DPP-4 již odlišné a to ve prospěch tzv. gliptinů, neboť (jak shodně prezentovali oba dva řečníci) při dlouhodobé terapii DSFU dochází k vyššímu výskytu hypoglykemických stavů (viz obrázek 2) a to až skoro 5x vyšší frekvenci než u DPP-4. Přidatným benefitem je také udržení hmotnosti či dokonce mírné redukce hmotnosti po delším podávání kombinací terapie MET+DPP-4 oproti MET+DSFU (Obrázek 2).

Co dále v této prezentaci zaznělo?

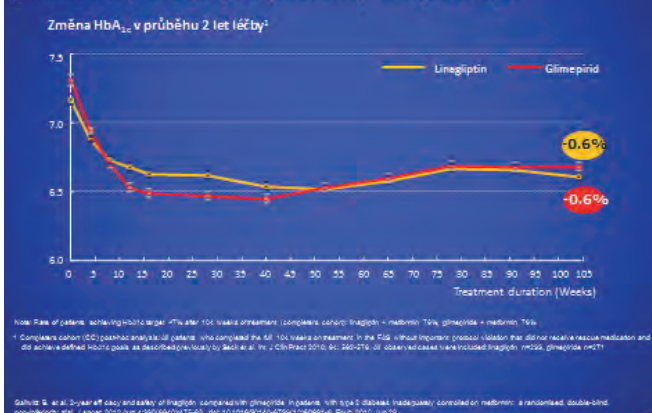
- Že léčba diabetu není jen o léčbě hyperglykémie a sledování glykovaného hemoglobinu (HbA_{1c}), ale i o dalších komorbiditách.
- Z čeho tedy mohou ještě pacienti s DM profitovat v našich praxích VPL?

Jak se oba dva řečníci shodli:

1. Z terapie arteriální hypertenze (AH),
2. z terapie dyslipidémie (HLP),
3. z intervence obezity,
4. ale také z edukace pacientů o vhodných režimových opatřeních.

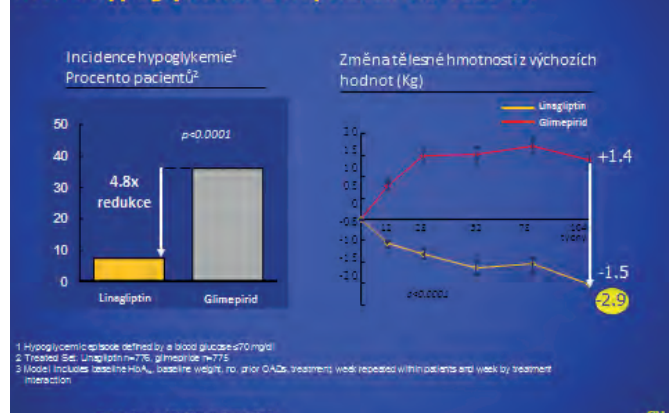
Z celkové komplexní terapie těchto komorbidit, které velmi často provázejí onemocnění diabetem (DM2T), vyšla velká polypragmatie u těchto pacientů. Průměrný diabetik má minimálně 4–7 léků na léčbu.

Linagliptin je stejně účinný jako glimepirid, ale je pro pacienty bezpečnější



Obrázek 1

Pacienti s linagliptinem měli ~ 5x méně hypoglykemií a nepřibrali na váze !!!



Obrázek 2

Spojení pro 24h kontrolu TK a protektivitu

TWYNSTA®
TELMISARTAN + AMLODIPIN

MICARDISPLUS®
TELMISARTAN + HYDROCHLOROTHIAZID

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

Účinnější snížení
a kontrola TK v porovnání
s jinými kombinacemi
AT1 blokátorů / HCTZ²⁻⁵



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



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

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

Zkrácená informace o přípravcích je umístěna na straně 2.

 **Boehringer
Ingelheim**

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

**telmi
protected**

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

Jak tuto situaci lépe vyřešit ukázal MUDr. Karen ve svých slidech, kdy je s výhodou používáno fixních kombinací u léčby AH a to zejména preference blokátorů AT-1 receptorů (sartanů) v kombinaci blokátorů kalciových kanálů (BKK). Svoje tvrzení podpořil analýzou srovnání snášenlivosti jednotlivých skupin, kdy nejlépe vycházejí stran výskytu nežádoucích účinků a adherence k terapii sartany, následovány ACE-inhibitory a na třetím místě BKK (Obrázek 3).

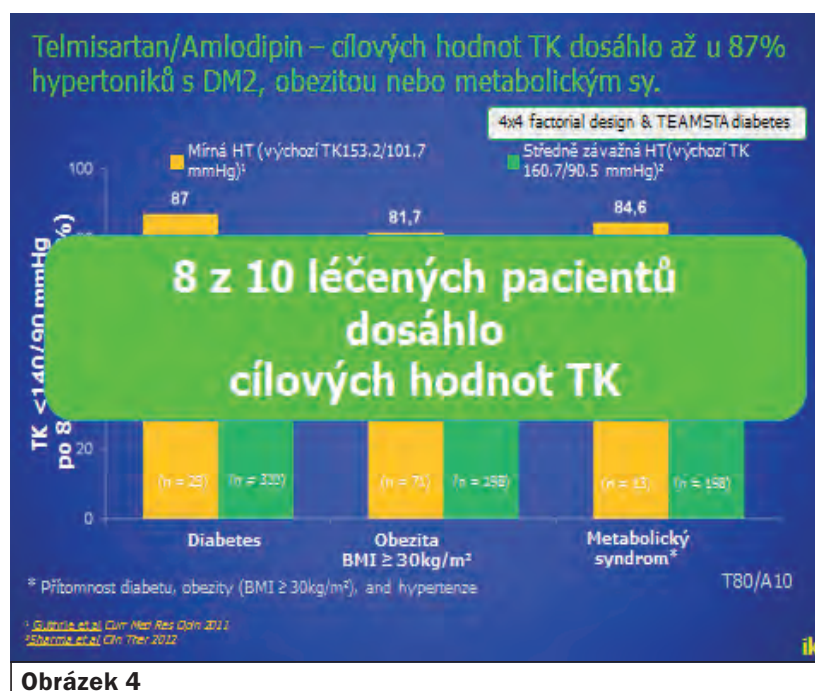
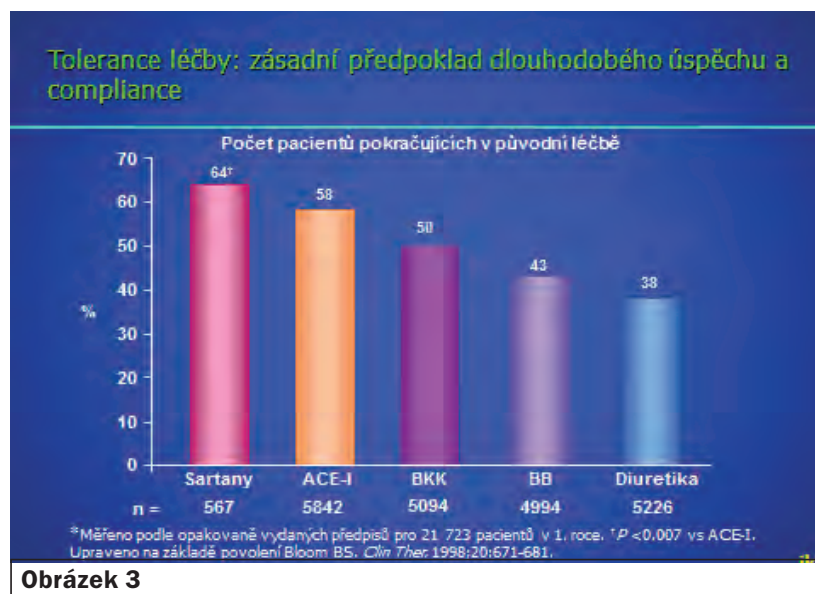
Stručně řečeno v kombinační léčbě AH by měly být preferovány blokátory RAAS (sartany či ACEi) v kombinaci s BKK, nejlépe ve fixních kombinacích na trhu. Ne všechny fixní kombinace mají data podložená velkými klinickými studiemi, tak jako fixní kombinace telmisartanu a amlodipinu, kde prezentoval MUDr. Karen výborný klinický účinek a kompenzaci pacientů s AH. Po osmítýdenním podávání fixní kombinační terapie telmisartanu a amlodipinu došlo

k dosažení cílových hodnot léčené AH u 8 z 10 pacientů ve studii TEAMSTA, kam byli zařazeni pacienti s dalšími komorbiditami jako DM, obezita či metabolický syndrom (Obrázek 4).

Co říci závěrem? Léčba DM 2. typu je dnes realizována jak v ordinacích diabetologů, tak i všeobecných praktických lékařů a nejvíce profituje pacient s DM 2. typu když:

- Je realizován včasný záchyt DM a včasná terapie u VPL.
- VPL zváží konsultaci u diabetologa pro nasazení preskripčně omezených PAD u vybraných pacientů s DM event. k insulinoterapii.
- Je včasná a dlouhodobá kompenzace komorbidit.
- Zvážit preference fixních kombinací při polypragmazi nejen u AH, ale i dalších komorbidit.

Článek převzatý z Konferenčních novin JIK 2014





Metaanalýzy a fixní kombinace

MUDr. Jiří Slíva, Ph.D.

Ústavy farmakologie 2. a 3. LF UK, Praha, Interní klinika 1. LF UK a VFN, Praha

V rámci dopolední sekce přednášek pod zastřešujícím názvem Hypertenze a diabetes jsme měli možnost slyšet zajímavý pohled na léčbu dnes tolik diskutované hypertenze a konkomitantního diabetes mellitus, a to jednak v kontextu významu fixních kombinací antihypertenziv ze skupiny látek ovlivňujících systém RAAS, jednak z pohledu uplatnění inhibitorů dipeptidylpeptidázy 4 (DPP-IV).

prof. Widimský zdůraznil potřebu dobré kompenzace vysokých hodnot TK mj. i jako předpoklad pro dobrou kompenzaci diabetu. Cílové hodnoty TK u diabetiků se přitom pohybují okolo 130/80 mm Hg. Nasazení antihypertenziva je přitom vhodné i u nemocných pouze s vysokým krevním tlakem. Preferována je blokáda systému RAAS, ovšem jestliže je u nemocného již přítomná mikroalbuminurie (příp. proteinurie), je volba přípravku s takovým účinkem zcela nepostradatelná. Pro dosažení optimalizace krevního tlaku je důležitá nejenom aktuální účinnost léčby, ale především její dlouhodobý efekt. Jeho dosažení velmi úzce souvisí s adherencí nemocného. Již v roce 2008 Corrao et al. prokazuje nejvyšší míru setrvání na stanovené léčbě při užívání látek blokujících systém RAAS, a to výrazněji u sartanů než u inhibitorů ACE. Obdobný výsledek byl zaznamenán i v řadě dalších prací, přičemž na opačném konci z hlediska perzistence stojí beta-blokátory a diuretika.

Přirozeně nezbytná je jistě intervence veškerých přítomných rizikových faktorů, včetně užívání statinů. Z klinických studií i vlastních zkušeností je zde význam kombinace léčby zcela nepostradatelný, neboť takový přístup je žádoucí u většiny nemocných. Jako nejprospěšnější se přitom ukazuje kombinace látky blokující systém RAAS a dihydropyridinového blokátoru kalcia, pokud možno ve fixní kombinaci, která nabízí účinnost u všech nemocných bez ohledu na přítomnost diabetu. Z uvedeného tedy vyplývá preference sartanu a BKK s dlouhými hodnotami biologických poločasů, tedy telmisartan s amlodipinem (pozn.: telmisartan má nejdelší biologický poločas nejenom mezi sartany, ale rovněž i ve srovnání s aktivními metabolity inhibitorů ACE). Uvedená kombinace má nejenom prokázaný spolehlivý antihypertenzní účinek, ale současně i příznivý metabolický profil a je nemocnými dobře snášena. U farmakorezistentní hypertenze u diabetiků se jako prospěšné ukazuje být podání malé dávky spironolaktonu (25 mg). Jako neopodstatněné je dnes nahlíženo současné užívání sartanů a inhibitorů ACE.

Význam fixních kombinací z farmakologického pohledu komentoval MUDr. Slíva, jenž upozornil na jejich pozitiva (lepší adherence, lepší kompenzace onemocnění, redukce nákladů...), i negativa (nutnost vysadit celý přípravek

při výskytu NÚ způsobeném pouze jednou z látek, omezená možnost titrace...). Současně poskytl přehled v České republice registrovaných fixních kombinací látek ovlivňujících systém RAAS a upozornil na možná úskalí spojená s interpretací metaanalýz. Jako model byla zmíněna nedávná práce van Varkové, v níž je uzavírána vyšší účinnost inhibitorů ACE ve srovnání se sartany z hlediska ovlivnění mortality. Již na proběhlém kongresu ESC/ESH 2013 však bylo upozorněno na to, že do této práce nebyly zavzaty některé, a z pohledu sartanů velmi zásadní, studie. Jak Dr. Slíva uvádí, jde především o studii ONTARGET, popisující zcela srovnatelné ovlivnění mortality při léčbě ramipilem a telmisartanem. Kromě jiného uvedená metaanalýza nezohledňuje, zda-li mortalita byla sledována jako primární nebo sekundární endpoint a nebo zda-li byla součástí pouze kompozitních ukazatelů, nejsou zohledněny komorbidit, komedikace a na obě skupiny je nahlíženo jako na celek (class effect). Tyto skutečnosti by měla zohledňovat i konečná interpretace uvedeného závěru, nicméně se tomu tak bohužel neděje.

Z hlediska kombinací bylo jistě podnětné porovnání hydrochlorothiazidu a indapamidu. Jakkoliv je druhá z uvedených látek často uváděna v souvislosti s příznivým metabolickým profilem, v head-to-head srovnáních je rozdíl mezi oběma látkami velmi zanedbatelný a nezdědká i v neprospěch indapamidu.

Nutnost spolupráce praktického lékaře a diabetologa v léčbě diabetiků s hypertenzí závěrem podpořil prof. Svačina s Dr. Karenem, a to především při zachytu diabetu 1. typu, při graviditě pacientky s DM i PDM a nebo v případě, že konkrétní praktický lékař má s léčbou diabetu pouze omezené zkušenosti. Ve zbylých případech je zde prostor pro realizaci léčby ze strany praktika, ovšem s možností využití konzultací v případě potřeby.

Třebaže preskripční omezení prozatím neumožňují indikaci inhibitorů DPP-IV praktickým lékařem, zaznělo zde, že tyto látky jsou vhodné prakticky pro každého diabetika 2. typu, případně v jejich fixní kombinaci s metforminem. Vyznačují se především příznivým bezpečnostním profilem a současně je již dostatečně prokázán jejich setrvalý dlouhodobý účinek ve srovnání s deriváty sulfonylurey (např. linagliptin vs. glimepirid). Při užívání inhibitorů DPP-IV je však zřejmě výrazně nižší riziko hypoglykemií a současně nepřibírání na váze.

Článek převzatý z Konferenčních novin JIK 2014

Softwarý v ordinaci VPL

Zpráva z přednášky

Blok moderoval i přednášel MUDr. Cyril Mucha. Dle jeho sdělení jsou SW více či méně užívány v 90 % ordinací praktických lékařů, přičemž jsou velmi různé kvality. V loňském roce proto SVL provedla srovnávací studii dostupných softwarů v ČR. Byla srovnávána nejen funkčnost, existence jednotlivých modulů, následná podpora firmami a zejména i ceny. Zajímavé byly nejen výsledky, průběh studie ale i následné reakce firem: Asi nejpozoruhodnější bylo, že se studie odmítl na základě zástupných problémů zúčastnit dominantní poskytovatel ambulantních SW firma CompuGroup. Úsměvná byla též skutečnost, že většina firem více či méně následně protestovala (a protestuje) proti výsledkům studie s tím, že byly studií poškozeny a dle názorů tvůrců SW měly dopadnout lépe.

A jak studie dopadla a kdo vyhrál? Stanovit jednoduše vítěze šlo velmi těžko (kritérií s různou váhou bylo téměř 30), ale jednoznačně se ukázalo, že cena není vůbec v přímé úměře ke kvalitě (s lehkou nadsázkou se dá říci, že platí spíše nepřímá úměra: čím vyšší cena, tím nižší celková kvalita). Takže vítězem se jednoznačně stává uživatel: má konečně nástroj na srovnání a může se rozhodnout, jaký SW chce. SVL navíc plánuje do budoucna studii opakovat, tak aby byla vždy „up to date“.

Redakce

SmartMEDIX® – Vaše chytrá volba

Kvalitní podpora

Díky telefonické podpoře a vzdálené správě nejste v ordinaci nikdy sami!

Česká společnost

Znalost českého prostředí, potřeb a přání klientů.

Osobní zaškolení

Při přechodu na náš program jsme v ordinaci vždy s Vámi.

Moduly jsou v ceně

Nadstandardní moduly jsou u nás již v základní ceně programu.

Převod dat

Zajistíme migraci dat z vašeho stávajícího programu.

Bezplatné součásti programu SmartMEDIX:

- > Laboratorní výsledky
- > Obrazová dokumentace (skenování, import dokumentů, záznam videa)
- > Odesílání dávek z programu přímo na portál ZP
- > Online ověření stavu pojištění pacienta
- > Lékové informace SPC a PIL
- > Diabetologický modul
- > Modul pro očkování
- > Skladové hospodářství
- > Napojení na externí programy (EKG, holter, spirometr atd.)
- > Elektronický podpis
- > eNeschopenka
- > eRecept

Kontakt:
+420 733 145 695
prodej@medax.cz

Hot-line
+420 733 398 440
podpora@medax.cz

www.smartmedix.cz

SmartMEDIX®
Víc než program

Diskrétní a spolehlivé vložky Molimed pro kvalitnější život Vašich pacientek



Zdravá pokožka

- Antibakteriální povrch eliminuje až 99,9 % bakterií.
- Vyvážené pH 5,5 je šetrné k pokožce.
- Prodyšný materiál umožňuje pokožce dýchat.



Spolehlivé a bez zápachu

Třívrstvé savé jádro pohltí moč i nežádoucí zápach.



Dermatologicky testováno

Všechny materiály byly dermatologicky testovány a jsou vhodné i pro citlivou pokožku.



Více pohodlí

Nový materiál postranních pásek zaručí ještě větší pohodlí a bezpečí. Díky jemné pění vložky lépe padnou, perfektně drží a jsou pohodlnější.





Porodní traumata žen

MUDr. Lukáš Hořčíčka

GONA, s. r. o., urogynekologická ambulance

Jak se dají klasifikovat porodní traumata?

Porodní traumata lze rozčlenit do mnoha různých oblastí.

Z pohledu gynekologa mě nejvíce zajímá poškození pánevního dna samotným porodem nebo už již před tím těhotenstvím. Z toho vyplývají potíže, které se týkají nejčastěji inkontinence. Problémy mohou nastat i v oblasti sexuální, které řeší nejčastěji sexuologové, méně často gynekologové, ale také praktičtí lékaři.

Za pozornost stojí také období šestinedělí, jednak tu mohou být potíže pramenící z oblasti pánevního dna, ale také potíže s psychikou, protože maminka se musí vyrovnat s péčí o potomka, manžela i svého okolí.

Zjednodušeně řečeno otěhotněním vše začíná a porodem to rozhodně nekončí.

Lze porodní traumata kvantifikovat?

Kvantitativní hodnocení zatím nikdo neprovedl.

V obecné rovině lze říci, že porodních traumat je více, než je diagnostikováno.

Důvodů proč je nedostatečně diagnostikováno je více – traumata jsou skrytá aspekci, ale také našemu vyšetření. V neposlední řadě je problém v tom, že se na ně nezaměřujeme. Pokud bych vzal v úvahu všechny ženy s potížemi a snažil se je rozčlenit, potom to bude ze 40 % inkontinence moči, z 30 % sexuologické problémy a z 30 % inkontinence stolice.

Jaké jsou nejčastější příznaky poškození pánevního dna?

Ženy si někdy stěžují na bolesti při styku, některé jsou inkontinentní, ale většina z nich má nespecifické potíže, které se třeba projeví až časem. Vedle samotné inkontinence moči může mít žena problém i s inkontinencí stolice a větrů. Tato oblast je poměrně tabuizována, stejně jako kdysi inkontinence moči, o které se již běžně hovoří. Nesmíme zapomenout také na to, že oblast pánevního dna je natolik intimní a skrývá tolik emocí, že z fyzického problému mohou resultovat i potíže psychické.

A když se tedy vrátím k tomu, co ty ženy jsou ochotny sdělit, ať už je to v ordinaci praktického lékaře nebo gynekologa, tak myslím si, že právě pánevní dno, když to zúžím na tu jednu malou oblast je natolik intimní oblast, ale zase se v ní skrývá tolik emocí, že to může opravdu resultovat v nějaké i třeba ty psychické potíže.

Jaká jsou nejčastější postižení pánevního dna?

Jsou to různé ruptury, perinea nebo nezhojené epiziotomie. Vzhledem k tomu, že celé pánevní dno je tvořeno skupinou svalů, mohou zde být drobné trhliny, které lze odhalit až na magnetické rezonanci. A právě trhliny – zhojené i nezhojené – můžou vést k tomu, že žena neudrží moč či ji mohou poklesávat pánevní orgány.

Proto je důležité zdůraznit, že každá žena by měla po šestinedělí jít na prohlídku ke gynekologovi. Občas se stane, že ženy se tomu snaží vyhnout, už jenom z důvodu, že si té péče užily vrchovatě, ale také proto, že se jim nechce jít na vyšetření.

Jaké je procento žen, dle Vašeho odhadu, které se problémem porodního traumatu nezabývají a eventuální problém neřeší?

Bude to přibližně 20–25 %.

Zde je důležité zmínit, že ženy rodí čím dál tím starší, ale pořád mladé. Tělo v tomto věku má značnou regenerační schopnost a řada problémů se vyřeší sama. Otázkou je, do jaké míry a na jak dlouho. Někdy může být žena inkontinentní celé těhotenství, v období porodu i v šestinedělí a za 10 týdnů nejsou známky inkontinence. Potom někdy stačí, že si jde zacvičit a pár kapek moči ji unikne. Ale problém ji už nevede k tomu, aby to řešila s lékařem.

Jaké procento porodů může proběhnout bez poškození pánevního dna?

To se špatně odhaduje, ale může to být až 20 % porodů.

Je to často diskutovaná otázka mezi porodníky, gynekology a urogynekology. Zda vést porody převážně vaginálně, což je přirozená cesta nebo císařským řezem. Těch bylo před 20 lety 4,5 %, ale dnes jich máme přes 20 %. A není to samozřejmě jenom z důvodu, abychom nepoškodili pánevní dno. Většinou je to nutné ze strany plodu nebo matky. Ze strany inkontinence je jedním z nejčastějších rizikových faktorů její vznik v průběhu prvního těhotenství a v období následujícím. Otázkou pro budoucí výzkum je, zda neselektovat rizikové ženy ještě před otěhotněním. A následně jim oznámit, že lepší volbou bude císařský řez, vzhledem k vyšší pravděpodobnosti výskytu inkontinence moči nebo stolice. Problém je ale složitější a zasloužil by si více pozornosti.

Jak řešit inkontinenci žen po porodu?

Zde postupujeme stejně jako u jiných pacientek. To znamená nejdříve zkusíme konzervativní léčbu cvičením pánevního dna a pokud se nám nedaří, tak doporučujeme operovat.

A zde je zásadní otázka, je-li to prvorodička či dokonce mladá prvorodička, která bezpochyby bude chtít znovu otěhotnět, tak zde se někdy bráníme provést antiinkontinentní operaci. Protože je zřejmé, že už samotné těhotenství bude svojí vahou působit na výsledek operace. Následný průchod plodu může mít také negativní důsledky. U těchto pacientek, pokud byly operovány, by se nabízel císařský řez. Tato praxe je známa ze zahraničí. Nutno ale postupovat individuálně a operovat i ženy s výhradou, že inkontinence může pokračovat i po dalším porodu. Potom bude nutná reoperace, která se nemusí podařit.

Jak ženy reagují k výše uvedené možnosti léčby?

Jejich postoj je velice pozitivní, protože jim inkontinence velmi vadí a chtějí problém řešit.

Jaká je úspěšnost léčby inkontinence?

Úspěšnosti fyzioterapeutické léčby je 50–70 %, ale je to individuální.

Samozřejmě lepší výsledky dosahují mladší a motivovanější ženy, jelikož vnímají inkontinenci jako velký handicap.

Jaká je prevence vzniku inkontinence po porodu?

Je to oblast, která by si zasloužila podrobnější výzkum, který zatím nebyl vykonán.

Účinnou prevencí může být cvičení pánevního dna a to i v průběhu těhotenství, ale také to, že by těhotná žena neměla nosit těžké věci.

Jak časté jsou mastitidy?

Mastitidy jsou denním chlebem každého gynekologa. Velmi často je ze suspektní mastitidou pouze retence mléka, které je řešitelné jeho odstříknutím a kojením. Jinak problém řešíme aplikací penicilinových antibiotik.

Pokud obrátíme pozornost směrem k vertebrogenním obtížím, s čím pacientky přicházejí?

Tento problém se nám z větší části vyhýbá. V ordinaci si pacientky spíše postěžují na bolesti zad, které ještě přetrvávají z těhotenství, díky extrémní zátěži na bederní páteř. Pokud je problém závažnější a není úleva po fyzioterapii, doporučíme návštěvu neurologa a ortopeda.

Ohledně jiných porodních komplikací, například jak je častá diastáza břišních svalů?

Je to velmi vzácné, osobně jsem se s ní setkal zatím dvakrát. Ženy následně podstoupily plastiku břišních svalů.

*Článek převzatý z Konferenčních novin JIK 2014
Rozhovor vedl MUDr. Martin Doležal*



Čím nás překvapí očkování v roce 2014

prof. MUDr. Roman Chlíbek, Ph.D.

Fakulta vojenského zdravotnictví Univerzity obrany, Hradec Králové

Očkování doznává každý rok svůj vývoj, prochází změnami a objevují se stále nové vakcíny nebo indikační možnosti použití. V roce 2014 se očekává zahájení praktického používání nové vakcíny proti meningokokům séro skupiny B u dětí a dospělých a vakcíny proti herpes zoster v dospělé populaci. V tomto roce lze také očekávat většího uplatnění jednak očkovacího kalendáře pro dospělé, jednak nových doporučení Národní imunizační komise (NIKO) v praxi, mezi která patří doporučení k očkování proti tetanu v dospělosti (přeočkování po 15–20 letech), doporučení pro očkování proti invazivním meningokokovým onemocněním (IMO) u mužů praktikujících sex s muži a jejich dalších sexuálních partnerů, doporučení České vakcinologické společnosti (ČVS) pro očkování proti IMO a pro očkování kontaktů se spalníčkami. V roce 2014 se očekává novelizace Vyhlášky č. 537/2006 o očkování s rozšířením pravidelného (hrazeného ze zdravotního pojištění) očkování pro pacienty s asplenií/hyposplenií, s poruchou komplementu o očkování proti invazivním pneumokokovým onemocněním (IPO), IMO, varicele, chřipce a nákazám vyvolaným *Haemophilus influenzae* typu b. Přístup k očkování a volba vakcinačních strategií je v současnosti ovlivněna také věkovým posunem výskytu vybraných infekčních onemocnění, kdy původně dětská onemocnění se vykytují v adolescentním a dospělém věku (pertuse, příušnice, spalničky). Antivakcinační postoje a popírání významu očkování, dobře známé z dětského očkování, se zatím v oblasti očkování v dospělosti příliš nerozmáhá. Nicméně může k němu dojít a může nás nepříjemně překvapit. Potěšitelné je, že se rozrůstají oficiální zdroje relevantních informací o očkování, jak pro pacienty, tak pro očkující lékaře (www.vakcinace.eu, www.svl.cz, www.mzcr.cz/verejne).

Při očkování v dospělosti je možné podle očkovacího kalendáře nalézt určité věkové mezníky, kdy nabývá doporučení k očkování proti vybraným infekčním onemocněním ještě většího opodstatnění. Ve věku 25–26 let se jedná o očkování proti tetanu, pertusi, meningokokům, ale také např. proti lidskému papilomaviru (HPV) u osob. Očkování proti HPV v dospělosti je určeno těm osobám, které nebyly očkovány v dětství v rámci hrazeného očkování pro 13leté dívky nebo v rámci komerčního očkování. Pro očkování proti tetanu existuje odborně podložená možnost přeočkovat po 15–20 letech u osob do 60 let věku, který lze jistě uplatnit zejména při promeškaných termínech daných vyhláškou o očkování. V případě promeškaného přeočkování proti tetanu se doporučuje aplikace jedné dávky vakcíny co nejdříve s kontrolou protitěles za 1–2 měsíce po aplikaci. Při koncentraci IgG < 0,1 IU/ml je nutná aplikace dalších dvou dávek, za 6–10 týdnů a za 6–10 měsíců. S výhodou lze využít také orientačních věkových hranic pro přeočkování proti tetanu v dospělosti, které jsou nejpozději v 30, 50, 65, 75 a 85 letech. V 50 letech věku lze zvažovat očkování proti herpes zoster, od 60 let proti pneumokokovým onemocněním a od 65 let kromě IPO také proti chřipce.

Z nových vakcín pro dospělé pro rok 2014 má svůj velký

význam vakcína Zostavax proti herpes zoster. Tato vakcína, která má již delší dobu registraci pro evropský trh, je v roce 2014 poprvé dostupná také u nás. Jedná se o živou oslabenou vakcínu, obsahující varicela–zoster virus kmen Oka, pomnožený na lidských diploidních buňkách, která je určena k prevenci herpes zoster a postherpetických neuralgií u osob ve věku 50 let a starších. Vakcína je v lyofilizovaném stavu, po rekonstituci připravena k subkutánní aplikaci do deltového svalu v jedné dávce (0,65 ml). Její význam dokládá stoupající incidence pásového oparu u osob starších 50 let, zejména pak u seniorů. Další opodstatněnou vakcínu je nová proteinová rekombinantní vakcína Bexsero (0,5 ml) určena k prevenci invazivních meningokokových onemocnění (IMO) od 2 měsíců věku. V dospělosti se aplikují celkem 2 dávky intramuskulárně do deltového svalu s odstupem minimálně 1 měsíce mezi dávkami. Očkování proti IMO je v dospělosti doporučeno pro mladé dospělé, zejména před vstupem na vysokou školu, zařízení internátního typu a také pro osoby navštěvující často hudební festivaly, hromadné akce, pohybující se ve velkých kolektivech. Dále pro cestovatele do oblastí zvýšeného výskytu IMO, pro pacienty s asplenií/hyposplenií, poruchou komplementu, po transplantaci kmenových hematopoetických buněk, pacienty s imunodeficitem, pacienty po prodělané bakteriální meningitidě nebo septikémii a pro osoby v profesionálním riziku IMO.

Z očkování rizikových dospělých osob je významné očkování proti virové hepatitidě typu B u diabetiků, které by se mělo doporučovat co nejdříve po stanovení diagnózy. Rizikem je zde jednak možný parenterální přenos VHB např. při sdílení glukometrů a také riziko budoucí diabetické nefropatie řešené hemodialýzou, s nízkou odpovědí na očkování u pacientů s renální insuficiencí.

Očkování rizikových pacientů v dospělosti je důležitým typem očkování. Bohužel úhrada vakcín pro tyto ohrožené skupiny dospělých je zatím velice limitována. Hrazené je pouze očkování proti chřipce u vybraných dospělých, proti pneumokokům (pouze polysacharidová vakcína Pneumo 23) pro pacienty v léčebnách dlouhodobě nemocných, seniory v domovech důchodců, vybrané chronicky nemocné osoby (indikace shodná s hrazeným očkováním proti chřipce) v domovech pro osoby se zdravotním postižením a domovech se zvláštním režimem. Plně hrazené je očkování proti tetanu v případě poranění, přeočkování nebo v rámci předoperační přípravy. V dospělosti je také hrazeno očkování proti vzteklině při poranění, proti VHB u vybraných pracovníků a studentů, osob na hemodialýze, při expozici biologickému materiálu (např. při poranění) a proti virové hepatitidě typu A u nových zaměstnanců a příslušníků integrovaného záchranného systému.

Očkování dospělých v roce 2014 zcela jistě bude zaměřeno na očkování rizikových skupin osob, očkování rodičů malých dětí a očkování proti vybraným jednotlivým infekčním onemocněním (pneumokoková onemocnění, chřipka a klíšťová encefalitida).

HUMIRA®

adalimumab

Účinnost a bezpečnost potvrzena 16letou zkušeností^{1,2,3}

BIOLOGICKÁ
LÉČBA

Humira Adalimumab . Zkrácená informace o léčivém přípravku.

Složení: 0,8 ml injekčního roztoku obsahuje 40 mg adalimumabu. **Indikace:** Autoimunní onemocnění u pacientů, u nichž odpověď na konvenční léčbu nebyla dostatečná, kteří ji netolerují, nebo je u nich z jiných příčin kontraindikována. **Rheumatoidní artritida:** středně těžká až těžká aktivní RA dospělých, jestliže odpověď na DMARDs včetně methotrexátu není dostatečná a u těch, kteří nebyli v minulosti methotrexátem léčeni. Přípravek je možné podávat v monoterapii. **Polymyalgická artritida:** léčba aktivní polymyalgické artritidy u dětí a dospívajících ve věku od 2 let. **Axiální spondylartritida:** Ankylozující spondylitida: léčba dospělých s těžkou aktivní ankylozující spondylitidou. **Axiální spondylartritida bez radiologického průkazu AS:** léčba dospělých pacientů s těžkou spondylartritidou bez radiologického průkazu AS, ale s objektivními známkami zánětu (zvýšené CRP a/ nebo známky na MRI). **Psoriatická artritida:** aktivní a progresivní psoriatická artritida dospělých. U přípravku Humira bylo prokázáno snížení rychlosti progresu poškození periferních kloubů a zlepšení fyzických funkcí. **Psoriáza:** středně těžká až těžká chronická ložisková psoriáza. **Crohnova choroba:** 1) dospělí pacienti: středně těžká až těžká aktivní Crohnova choroba. 2) pediatrickí pacienti: léčba těžké aktivní Crohnovy choroby u pediatrických pacientů (od 6 let), u kterých reakce na konvenční léčbu, včetně nutriční léčby, kortikosteroidů nebo imunosupresiv nebyla dostatečná, nebo ji netolerují či je u nich tato léčba kontraindikována. **Ulcerózní kolitida:** středně těžká až těžká aktivní ulcerózní kolitida u dospělých pacientů. **Dávkování:** **Polymyalgická artritida:** U dětí od 2 do 12 let se doporučuje dávka 24 mg/m² tělesného povrchu až do maxima 20 mg (u dětí ve věku 2 až < 4 roky) a 40 mg (u dětí od 4 do 12 let věku), podávaná každé dva týdny subkutánní injekcí. Dávka se stanoví na základě výšky a hmotnosti pacienta. Děti od 13 let užívají dávku 40 mg každý druhý týden bez ohledu na tělesný povrch. **Crohnova choroba:** **Děti do 40 kg hmotnosti:** počáteční dávka 40 mg, dále pak 20 mg subkutánně každý druhý týden. Při nutnosti rychlejšího nástupu odpovědi je možno podat 80 mg v týdnu 0 a 40 mg v týdnu 2, dále 20 mg každý druhý týden. **Děti nad 40 kg hmotnosti a dospělí pacienti:** počáteční dávka 80 mg, dále pak 40 mg subkutánně každý druhý týden. Při nutnosti rychlejšího nástupu odpovědi je možno podat 160 mg v týdnu 0 a 80 mg v týdnu 2, dále 40 mg každý druhý týden. **Ulcerózní kolitida:** počáteční dávka 160 mg v týdnu 0, poté 80 mg v týdnu 2 a dále se pokračuje dávkou 40 mg každý druhý týden. Pacienti, u nichž není odpověď na léčbu adekvátní, mohou profitovat ze zvýšení dávek na 40 mg každý týden. V průběhu udržovací léčby lze snižovat dávky kortikosteroidů. **Psoriáza:** Úvodní dávka 80 mg, následovaná dávkou 40 mg každý druhý týden, počínaje prvním týdnem po dávce úvodní. **Ostatní indikace:** 40 mg adalimumabu subkutánně každý druhý týden. **Kontraindikace:** hypersenzitivita na léčivou látku nebo pomocné látky, aktivní tuberkulóza, jiné závažné infekce, středně těžké až těžké srdeční selhání. **Těhotenství a kojení:** podávání adalimumabu v těhotenství se nedoporučuje. Během léčby a 5 měsíců po jejím ukončení nesmí ženy kojit. **Zvláštní upozornění:** Z důvodu zlepšení sledovatelnosti biologických léčivých přípravků musí být přesně zaznamenáván název a číslo šarže podaného přípravku. Před zahájením léčby musí být všichni pacienti vyšetřeni na přítomnost tuberkulózy, u pacientů v minulosti léčených na tuberkulózu může dojít k její reaktivaci. Léčba přípravkem Humira může vést ke tvorbě autoimunních protilátek. V případě diagnózy latentní TBC musí být antituberkulózní léčba započata před zahájením léčby přípravkem Humira. TNF antagonisté, včetně přípravku Humira, ovlivňují imunitní systém a tím mohou ovlivňovat obranyschopnost organismu vůči infekci a rakovinnému bujení. U přípravku Humira byly také hlášeny fatální a život ohrožující infekce (sepsa, oportunní infekce, TBC). Byly také hlášeny závažné hematologické (pancytopenie), neurologické a autoimunní reakce (lupus erythematosus). U pacientů s Crohnovou chorobou, ulcerózní kolitidou a polyartikulární JIA byl pozorován prudký pokles hladin CRP a snížení počtu buněk exprimujících markery zánětlivých faktorů v tlustém střevě, včetně TNFα. Endoskopické zkoumání střevní sliznice prokázalo hojení sliznice u pacientů léčených adalimumabem. V souvislosti s podáváním antagonistů TNF se vzácně vyskytly případy nového vzniku nebo exacerbace symptomů demyelinizačního onemocnění, včetně roztroušené sklerózy, optické neuritidy a Guillain-Barré syndromu. **Interakce:** Protože byly při současném podání anakinry a etanerceptu pozorovány závažné infekce, nedoporučuje se podávat anakinru s antagonisty TNF. Není známo, zda léčba adalimumabem ovlivňuje riziko vzniku dysplázie nebo kolorektálního karcinomu. Pacienti s ulcerózní kolitidou, u nichž riziko dysplázie nebo karcinomu existuje, mají být na tuto možnost vyšetřeni. **Nežádoucí účinky:** Nejčastější reakce v místě vpichu, infekce horních cest dýchacích, kůže a urogenitální, leukopenie, hypertenze, zvýšení jaterních enzymů, bolesti břicha, nevolnost, průjem, únava, bolesti hlavy, zvýšení lipidů, kožní vyrážka a bolesti svalů. Sporadicky byla hlášena neuropatie a závažné jaterní reakce, včetně autoimunní hepatitidy. U dospělých pacientů léčených současně azathioprinem/merkaptopurinem byla pozorována vyšší incidence malignit a závažných nežádoucích účinků souvisejících s infekcemi. **Uchovávání:** v chladničce (2 – 8 °C), injekční stříkačku a předplněné pero lze také uchovávat při teplotě do maxima 25 °C po dobu až 14 dní. Chraňte před mrazem. **Balení:** pero: 2 předplněná pera, 2 tampóny napuštěné alkoholem, v blistru, stříkačka: 2 předplněné injekční stříkačky, 2 tampóny napuštěné alkoholem, v blistru, injekční lahvička: 1 balení obsahuje 2 krabičky, každá obsahuje 1 inj. lahvičku, 1 inj. stříkačku, 1 injekční jehlu, 1 adaptér k lahvičce, 2 tampóny napuštěné alkoholem. **Držitel rozhodnutí o registraci:** AbbVie Ltd., Maidenhead, Velká Británie. **Registrační čísla:** pero: EU/1/03/256/008, stříkačka: EU/1/03/256/003, injekční lahvička: EU/1/03/256/001. **Poslední revize textu:** 03/2014. Přípravek je vázán na předpis lékaře a je hrazen smluvním zdravotnickým zařízením z veřejného zdravotního pojištění pro indikace rheumatoidní artritida, ankylozující spondylitida, psoriatická artritida, psoriáza, Crohnova choroba, ulcerózní kolitida, Crohnova choroba u pediatrických pacientů a juvenilní idiopatická artritida. Seznamte se, prosím, s úplnou informací o přípravku dříve, než jej předepíšete.

REFERENCE: 1. SPC Humira, datum poslední revize textu: 03/2014. 2. Data on file. 3. Burmester GR, Panaccione R, Gordon KB, et al. Adalimumab: long-term safety in 23 458 patients from global clinical trials in rheumatoid arthritis,



Revmatologie pro praktické lékaře II

Diagnostika revmatických onemocnění – mimokloubní revmatismus

MUDr. Šárka Forejtová

Revmatologický ústav Praha

Bolest měkkých tkání (soft tissue pain) je název pro muskulo-skeletální onemocnění, kde dominuje bolest mimokloubního původu. Bolesti měkkých tkání vycházejí z tkání a struktur v okolí kloubů, kdy původem může být postižení fascií, svalů, šlach, šlachových pochev, burz, kloubního pouzdra, nervů a podkožního i tukového vaziva.

Bolest měkkých tkání rozdělujeme na syndromy difúzní, kam patří fibromyalgie, chronický únavový syndrom a polymyalgia revmatica, a dále na syndromy regionální, kdy představitelem je komplexní regionální neboli algodystrofický syndrom, bolest obličeje, krku, zad a ostatní regionální myofasciální bolestivé syndromy. Nejčastějším mimokloubním revmatismem je pak lokální bolestivý syndrom, který je lokalizovaný do okolí jednoho kloubu, úponu šlachy, burzy atd., nebo vychází z lokálního útisku nervů v podobě úžimových syndromů.

Fibromyalgický syndrom (FMS) je chronický generalizovaný nezářetlivý myofasciální syndrom projevující se plošnou bolestivostí s ranní a večerní ztuhlostí a palpační bolestivostí určitých bodů. V etiologii onemocnění hrají roli genetické faktory, kdy byla zjištěna asociace fibromyalgie s polymorfismem genů pro serotoninergní, katecholaminergní a dopaminergní systémy, důležité jsou ale i vlivy vnějšího prostředí. Prevalence fibromyalgie v populaci je 2 %, čímž představuje jedno z nejčastějších revmatických onemocnění. Poměr žen/mužů je 8:1, prevalence u žen je 3,5 %.

Kritériem pro splnění diagnózy je plošná bolest, která postihuje pravou i levou polovinu těla, dále bolest nad pasem i pod pasem. Při vyšetření musí být citlivé body specifických lokalit, minimálně pak 11 z 18 definovaných bodů. Kontrolní body, pokud jsou citlivé, nám dávají informaci o generalizované hyperestezii a dg. Fibromyalgie tedy zpochybňují. Chronická plošná svalová bolest může být asociovaná s dalšími charakteristickými symptomy, jako jsou poruchy spánku, kdy se nemocný ráno probudí a není odpočinutý (70 % pacientů s fibromyalií), chronická únava se vyskytuje u 80–90 % nemocných. Pacienti mívají často i ranní a večerní ztuhlost, cefaleu, syndrom iritovaného měchýře, iritované stolice atd. Deprese nebo anxieta byla zjištěna u 40 % pacientů. Syndrom neklidných nohou je pak u 20–40 % nemocných. Fibromyalgie není provázena žádným specifickým laboratorním obrazem.

Fibromyalgie existuje jako primární a sekundární. Sekundární fibromyalgie se vyskytuje při různých revmatických

onemocněních (revmatoidní artritida, spondylartritida, systémová onemocnění pojiva atd.).

Léčba fibromyalgie je komplexní a mnohaoborová. Základem léčby je podávání tricyklických antidepresiv, které působí sedací a ulevují chronické bolesti. Ostatní preparáty, jako je duloxetin (Cymbalta), pregabalín (Lyrica) a milnacipran (Savella) byly ověřovány v řadě klinických studií a jsou registrovány americkou FDA pro léčbu fibromyalgie, EMA (evropská léková agentura) však tyto léky pro léčbu této diagnózy dosud neschválila.

Součástí léčby FM je i fyzioterapie, cvičení (strečink), relaxační cvičení, kardiovaskulární fitness atd. Vhodné je dále aerobní cvičení v teplém bazénu, laserpunktura, akupunktura atd. Účinná je i psychoterapie, hypnotherapie, kognitivní behaviorální terapie i psychiatrické intervence.

V diferenciální diagnostice fibromyalgie je důležité u starších pacientů odlišit především revmatickou polymyalgii (PMR). PMR je syndrom středního a vyššího věku (vyskytuje se u pacientů starších než 50 let, průměrný věk vzniku je 70 let). Je charakterizovaný bolestí a ztuhlostí šíje a ramenních a pánevních pletenců. Diagnostika PMR činní stále obtíže, a to nejen u praktických lékařů, ale i u internistů, ortopedů, rehabilitačních lékařů atd. Pro PMR neexistuje žádný specifický diagnostický test, jedná se o diagnostiku per exclusionem. Typickým laboratorním nálezem je zvýšení reaktantů akutní fáze (FW, CRP). Charakteristickým rysem typickým pro PMR je pak především výrazná odpověď na léčbu glukokortikoidy.

PMR je na rozdíl od fibromyalgie chronické zánětlivé revmatické onemocnění, má některé společné rysy s temporální arteritidou a někdy je řazena i mezi vaskulitidy.

Doporučená iniciační dávka glukokortikoidů je 10–20 mg prednisonu denně, nejčastěji zahajujeme v dávce 15 mg/den. Snižování dávky podávaného glukokortikoidu musí být velmi pomalé, začíná přibližně od 2.–4. týdne léčby. Zpočátku je možná redukce o 2,5 mg prednisonu každé 2 týdny do dávky 10 mg denně, poté se doporučuje velmi pomalé snižování cca o 1 mg prednisonu měsíčně. Glukokortikoidy podáváme přibližně po dobu 2 let. U některých pacientů i při pomalé redukci dávky dochází po vysazení glukokortikoidů k relapsu onemocnění. V takovém případě přistupujeme někdy k podávání metotrexátu.



Funkční potraviny s rostlinnými steroly

doc. Ing. Jiří Brát, CSc.

Vím, co jím a piju, v. o. s.

Kategorie funkčních potravin nemá přesné legislativní vymezení. Za funkční potraviny považujeme ty, jež vedle plnění odpovídajících výživových funkcí pozitivně ovlivňují zdravotní stav nebo snižují rizika onemocnění. Mezi funkční potraviny nezařazujeme doplňky stravy. Míra účinku, zda daná potravina patří mezi funkční, může být předmětem diskuze. Je například ovoce nebo zelenina funkční potravinou nebo ne? Rozhodujícím kritériem pro zařazení mezi funkční potraviny může být schválené zdravotní tvrzení v rámci legislativy EU vázané na snižování rizik onemocnění.

Jako příklad můžeme uvést vliv klíčových živin na hladinu cholesterolu. Existuje řada zdravotních tvrzení týkajících se udržování normální hladiny cholesterolu ve spojení s konzumací odpovídajícího množství polynenasycených mastných kyselin nebo záměnou nasycených mastných kyselin ve stravě za nenasycené, což je z hlediska lidského zdraví prospěšné. Z pohledu snižování hladiny cholesterolu, jakožto rizikového faktoru ischemické choroby srdeční, byla schválena pouze dvě zdravotní tvrzení. Jedno se týká β -glukanů nacházejících se v ovsu nebo ječmeni, druhé rostlinných sterolů a stanolů. V případě β -glukanů je příznivého účinku dosaženo na základě denního příjmu 3 g ovesného nebo ječného β -glukanu. Tvrzení lze použít u potravin, které obsahují alespoň 1 g ovesného nebo ječného β -glukanu v kvantifikované porci. V případě rostlinných sterolů a stanolů se příznivého účinku dosáhne při příjmu 1,5–2,4 g denně. Rostlinné steroly a stanoly jsou schopny snižovat hladinu cholesterolu o 7 až 10 % během 2 až 3 týdnů.

Aby funkční potravina měla určitou perspektivu, měla by splňovat několik vlastností. Musí být vhodná k pravidelné konzumaci odpovídající běžným stravovacím zvyklostem s možností použití v celé řadě kuchyňských aplikací. Chuť by měla být spíše neutrální, aby se takzvaně „nepřejedla“. Funkční potravina by měla obsahovat aktivní složku v množství, které má prokazatelné pozitivní účinky na lidské zdraví. Na druhou stranu množství funkční potraviny doporučené ke konzumaci by nemělo překračovat obvyklé stravovací zvyklosti a potravina by rovněž neměla výrazněji zvyšovat celkový denní energetický příjem. Nutriční profil potraviny by měl odpovídat výživovým doporučením. Bylo by zcela nelogické přidávat aktivní složku do potravin, které odborníci na výživu doporučují omezovat z důvodu nevhodné výživové hodnoty.

Rostlinné steroly se vyskytují jako minoritní doprovodné složky v olejích, obilovinách, zelenině a ovoci. V rostlinách mají podobný význam jako cholesterol u lidí – udržují strukturu a správnou funkci buněčných membrán. Mezi nejběžnější rostlinné steroly patří sitosterol, kampesterol a stigmasterol. Průměrný příjem rostlinných sterolů činí v „evropské“ stravě 200–300 mg/den, v ČR se tento příjem odhaduje spíše při dolní hranici tohoto intervalu. Vegetariáni mají příjem rostlinných sterolů vyšší 500 mg až 1 g denně.

Rostlinné steroly snižují hladinu cholesterolu v krvi tím, že omezují vstřebávání cholesterolu ze zažívacího traktu. Cholesterol spolu s rostlinnými steroly tvoří směsné micelární

útvary, případně krystaly, což vede ke snížení zpětné absorpce cholesterolu do krevního séra. Větší množství cholesterolu a prakticky všechny rostlinné steroly jsou vyloučeny ve stolici. Játra sice nahrazují potlačené vstřebávání cholesterolu zvýšenou syntézou cholesterolu, avšak i tak dochází ke snížení hladiny celkového a LDL-cholesterolu v krvi, zatímco hladina HDL-cholesterolu zůstává beze změny.

V odborné literatuře bylo publikováno více než 100 studií, které prokázaly účinek rostlinných sterolů na snižování hladiny LDL-cholesterolu. Rostlinné steroly se doporučuje konzumovat spolu s jídlem, kdy se lépe projeví mechanismus snížené absorpce cholesterolu. V rámci studií se nezjistily významnější rozdíly, zda je doporučené množství rostlinných sterolů konzumováno v rámci jednoho jídla nebo rozloženo do více jídel.

V posledních letech se rovněž diskutovalo, zda rostlinné steroly, které jsou přítomny v krvi jakožto důsledek jejich absorpce, nezvyšují rizika KVO. Meta-analýza ze 17 studií publikovaná v roce 2012 zvýšení rizik neprokázala (Genser et al 2012). Hladina rostlinných sterolů cirkulujících v krvi je přibližně 200× nižší než hladina cholesterolu. Konzumací potravin s rostlinnými steroly se významně nezvyšuje úroveň koncentraci rostlinných sterolů v krvi a rozsah poklesu hladiny LDL-cholesterolu, jakožto důsledek jejich konzumace v množství omezeném maximálně na 3 g denně přináší mnohem větší přínos z pohledu snížení rizika KVO.

Konzumace rostlinných sterolů v množství 2 g denně je součástí režimových opatření řady odborných společností. Mezi ně patří i Evropská kardiologická společnost a Evropská společnost pro aterosklerózu. Národní společnosti doporučení evropských společností přejímají. Identické doporučení je i součástí novelizovaných doporučených postupů SVL pro dyslipidemii vydaných v roce 2012.

Na českém trhu je jediný výrobek z kategorie funkčních potravin s rostlinnými steroly. Jedná se o roztíratelný tuk Flora pro.activ. Výrobek obsahuje jen 35 % tuku, tudíž nezvyšuje významně denní příjem energie. Obsahuje nutričně vyvážené složení mastných kyselin. Obsah nasycených mastných kyselin v přepočtu na tuk patří k nejnižším na tuzemském trhu a z hlediska obsahu omega 3 a omega 6 polynenasycených mastných kyselin (vztaženo na obsah tuku) patří mezi jejich nejlepší zdroje. Svým složením proto odpovídá požadavkům na vhodný nutriční profil funkční potraviny. Obsah rostlinných sterolů je 0,75 g v 10 g. Konzumací 20 až 30 gramů rostlinného tuku Flora pro.activ denně se dosáhne příznivého účinku definovaného v rámci seznamu schválených zdravotních tvrzení.

Flora pro.activ je vhodná k namazání na chléb a pečivo, k přípravě různých pomazánek i k omaštění pokrmu. Svým charakterem proto i splňuje základní charakteristiku správné funkční potraviny – vhodnost k dennímu používání.



Ischemická choroba dolních končetin – jaké jsou možnosti detekce v ordinaci praktického lékaře?

MUDr. Bohumil Skála, Ph.D.

Všeobecný praktický lékař Lanškroun, odb. asistent LF UK HK, člen výboru SVL ČLS JEP

Srdečněcévní onemocnění, prevence, diagnostika a léčba ischemické choroby srdeční je v centru zájmu lékařů odborných ambulancí a samozřejmě ambulancí primární péče. Ateroskleróza ale ovlivňuje veškerý cévní, převážně tepenný systém. Přesto někdy trochu bokem stojí detekce časných příznaků ischemické choroby dolních končetin.

- Ischemická choroba dolních končetin (ICHDK) je jedním z typických klinických projevů obliterující aterosklerózy, generalizovaně postihující tepny v celém organismu.
- Výskyt onemocnění v populaci je vysoký: dosahuje 10 až 30 % u dospělých osob.
- Prevalence i incidence ischemické choroby dolních končetin je zřetelně závislá na věku. Zatímco ve věkovém období 50 až 60 let se pohybuje okolo 5 %, ve věku nad 70 let postihuje více než 20 % osob.
- V porovnání s ischemickou chorobou srdeční a cerebrovaskulárním onemocněním stála ischemická choroba dolních končetin vždy poněkud v ústraní, v předstávě menší důležitosti této problematiky. I když máme k dispozici stále více podkladů o nevhodnosti takových názorů, stav do značné míry přetrvává.
- Ateroskleróza obvykle postihuje difúzně celý tepenný systém a jeho lokalizace pouze v jedné oblasti je vzácností.
- Pacienti s ICHDK tak trpí současně ve velkém procentu postižením koronárních a cerebrovaskulárních tepen, jež zásadním způsobem ovlivňuje jejich celkovou životní prognózu.
- Výskyt koronárních a mozkových cévních příhod je u pacientů s ICHDK stejně častý nebo ještě vyšší než u pacientů s ICHS a CMP.
- Incidence kardiovaskulárních příhod u pacientů s ICHDK je za 1 rok přibližně 5 až 7 %. Jejich mortalita je tím větší, čím závažnější je ischemické postižení na dolních končetinách.

Pacienti s gangrénou mají 20× vyšší mortalitu a nemocní s klaudikací asi 4× větší úmrtnost než osoby bez ICHDK. Ale ani pacienti s nejméně závažným a asymptomatickým nálezem nejsou bez rizika a mají dvojnásobně vyšší úmrtnost.

Schéma osudu pacientů s ICHDK za 5 let od diagnózy klaudikací

Procento pacientů	Postižení
25 %	progrese onemocnění
10 %	provedena revaskularizace končetinových tepen
10–20 %	nefatální infarkt myokardu nebo CMP
30 %	úmrtí
20 %	úmrtí na ICHS nebo jiné KV onemocnění
10 %	úmrtí z jiných příčin

V posledních letech se do popředí zájmu dostalo měření indexu kotník/paže (ankle/brachial index – ABI), který se ukazuje jako vhodný screeningový test pro včasný průkaz končetinové ischemie. Jde o metodu založenou na měření systolických tlaků v oblasti kotníku a jejich porovnání s referenčním tlakem na horních končetinách.

- Provedená metaanalýza patnácti populačních studií, v nichž bylo použito hodnocení indexu kotník/paže, ukázala významnou korelaci snížených hodnot tohoto indexu s celkovou mortalitou jako nezávislého rizikového faktoru.
- Hodnota indexu kotník/paže může být použita k určitému odhadu kardiovaskulárního rizika.
- Jak ukázaly předchozí práce, riziko kardiovaskulárních příhod je v inverzním vztahu k výši ABI a zvyšuje se přibližně o 10 % s každým poklesem tohoto indexu o hodnotu 0,1.
- Pacienti s indexem 0,85 až 0,9 mají pětileté přežití okolo 80 %, naproti tomu nemocných s indexem 0,4 a méně je za pět let naživu jen 30 procent.
- Naměřené hodnoty systolického tlaku mohou být ovlivněny nekomprimovatelností kalcifikovaných tepen, které bývají časté u pacientů s diabetem.
- Až donedávna byly tyto případy považovány za technický neúspěch nebo selhání metody neinvazivního měření kotníkových tlaků.

Ukazuje se však, že vztah mezi výší indexu kotník/paže a mortalitou jak celkovou, tak kardiovaskulární je složitější, má tvar písmene U a stejnou měrou platí pro obě ramena jeho zakřivení.

- Jak nízké, tak vysoké hodnoty indexu kotník/paže je třeba považovat za prognosticky závažný nález, spojený se zvýšeným kardiovaskulárním rizikem, a to i v případě, že vysoké hodnoty indexu mají jiný podklad než diabetes.
- Význam určování indexu kotník/paže je obvykle spatřován především v těchto směrech:
 - potvrzení diagnózy obliterujícího tepenného onemocnění končetin,
 - detekce asymptomatických stadií onemocnění, diferenciální diagnostika potíží dolních končetin a stanovení jejich cévní etiologie,
 - posouzení kardiovaskulárního rizika, možnost stratifikace pacientů z hlediska jejich další prognózy. Mezinárodní konsensy proto doporučují, aby index kotník/paže byl měřen u všech pacientů s potížemi dolních končetin, dále u všech pacientů ve věku 50 až 69 let s kardiovaskulárními rizikovými faktory (především kouření a diabetes), u všech osob nad 70 let bez ohledu na přítomnost rizikových faktorů a u všech pacientů s rizikovým skóre vyšším než 10 procent.
- Význam určování indexu kotník/paže je obvykle spatřován především v těchto směrech:
 - potvrzení diagnózy obliterujícího tepenného onemocnění končetin,
 - detekce asymptomatických stadií onemocnění, diferenciální diagnostika potíží dolních končetin a stanovení jejich cévní etiologie,
 - posouzení kardiovaskulárního rizika, možnost stratifikace pacientů z hlediska jejich další prognózy.

Mezinárodní konsensy proto doporučují, aby index kotník/paže byl měřen u všech pacientů s potížemi dolních končetin, dále u všech pacientů ve věku 50 až 69 let s kardiovaskulárními rizikovými faktory (především kouření a diabetes), u všech osob nad 70 let bez ohledu na přítomnost rizikových faktorů a u všech pacientů s rizikovým skóre vyšším než 10 procent.

Od roku 2014 od ledna, nasmlouvávají zdravotní pojišťovny nově kód **12024**:

- **Měření ABI (indexu kotník – paže) oscilometrickou metodou na čtyřech končetinách zároveň pro včasnou diagnózu ischemické choroby dolních končetin (ICHDK).**
- **Podmínky proplacení výkonu: přístrojové vybavení a indikační kritéria: Indikace k výkonu: 1. angiolog nebo praktický lékař u symptomatického pacienta s podezřením na ischemickou chorobu dolních končetin; 2. praktický lékař souběžně s dispensární prohlídkou nekomplikovaného diabetika 2. typu; 3. praktický lékař u jím registrovaného asymptomatického pacienta nad 60 let věku s alespoň jedním obecně uznávaným rizikovým faktorem aterosklerózy.**

Použity podklady přednášky na JIK 2014
Praha, Slovanský dům

MESI ABPM ABI

Automatický přístroj pro měření indexu kotník – paže (ABI)



Vyšetření je vhodné pro pacienty trpící, diabetem, obezitou, kuřáky a osoby starší 45 let. Index kotník – paže (ABI) se měří v primární zdravotní péči jako rychlý a spolehlivý způsob diagnózy a monitoringu PAD.



- Testováno českými angiology na klinikách FN
- Výsledek do 3 minut
- Jedinečně jednoduché ovládání
- Nemusí být připojený na počítač
- 2 velikosti manžet
- Možnost napojení na medicínské SW
- Malý, lehký, jednoduše přenosný

informace a objednávky:
QUICKSEAL INTERNATIONAL, s. r. o.
Korytná 47, 100 00 Praha 10 – Strašnice

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

 **QuickSeal**



Screening kolorektálního karcinomu v roce 2014

doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D.

Interaktivní sekce na Jarní interaktivní konferenci SVL ČLS JEP - moderátor sekce

Partnerem Společnosti všeobecného lékařství na sekci věnované problematice screeningu kolorektálního karcinomu (KRK) byla Společnost gastrointestinální onkologie ČLS JEP (SGO). SGO vznikla před 2 roky, jako společnost orientovaná na problematiku nádorů trávicího traktu, sdružující gastroenterology, onkology, chirurgy, epidemiology, lékaře zobrazovacích metod a praktické lékaře, zabývající se o tuto problematiku. V panelu sekce, kterou moderoval **doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D.**, byli předseda SGO a zároveň předseda komise MZ pro screening kolorektálního karcinomu **prof. MUDr. Miroslav Zavoral, Ph.D.**, vědecký sekretář SGO **MUDr. Štěpán Suchánek**, člen výboru SGO a nově jmenovaný ředitel UZIS **doc. RNDr. Ladislav Dušek, CSc.** a **MUDr. Norbert Král**, z Ústavu všeobecného lékařství 1. LF UK v Praze.

doc. Seifert uvedl, že screening KRK v ČR je od roku 2014 nastartován jako populační, s ambicí vyšší účasti cílové populace, ale zároveň s požadavkem na vyšší kvalitu screeningových metod, a to jak testů na okultní krvácení (TOKS), tak vyšetření kolonoskopických.

prof. Zavoral vysvětlil důvody pro zavedení populačního programu, který zajišťuje informaci všem osobám z cílové populace. Zahraniční zkušenosti ukazují, že adresné zvaní je jedinou cestou k zajištění uspokojivé účasti ve screeningu. V Evropě se nabízí různé varianty populačního screeningu. V Anglii a Holandsku jsou kromě pozvánek rozesílány i TOKS resp. odběrové kazety a praktičtí lékaři jsou z programu prakticky vynecháni, naopak např. ve Francii pozvánky zvou, stejně jako u nás, pacienty do ordinací praktických lékařů. Adresné zvaní v ČR zajišťují zdravotní pojišťovny v měsíčních vlnách podle data narození a podle kritérií, ukazujících na neúčast ve screeningu. Prof. Zavoral vyzdvihl roli praktických lékařů v českém programu screeningu KRK a ujistil, že je s ní počítáno i do budoucna.

doc. Dušek uvedl nejnovější data o stavu českého kolorektálního screeningu. Vyslovil uznání praktickým lékařům, kterým se podařilo v posledních třech letech podstatně navýšit pokrytí cílové populace TOKS, a to v některých věkových skupinách nad 30%. Tento trend pokračoval i v roce 2012. Přestože pokrytí roste v celé republice, zůstává vysoká variabilita na úrovni krajů i okresů, která svědčí pro rezervy na úrovni praxí. Jako alarmující označil variabilitu v pozitivitě TOKS napříč kraji, okresy resp. ordinacemi, která se pohybuje v rozmezí 3–13% a souvisí s používáním různě citlivých testů. Podíl gynekologů na pokrytí TOKS dosáhl maxima 14% ženské populace a v roce 2012 již nerostl. Zapojení gynekologů je přínosné,

ale oproti roli praktických lékařů marginální. Vyslovil strážlivé očekávání v souvislosti se zavedením adresného zvaní od ledna 2014 a zdůraznil nutnost jeho udržitelnosti.

Dr. Suchánek se ve svém vystoupení věnoval jedinečnému aktuálně probíhajícímu projektu Interní grantové agentury MZ ČR, který zkoumá hypotézu, podle které diabetici 2. typu a pacienti s vysokým metabolickým rizikem mají zároveň vyšší riziko kolorektálního karcinomu a je pro ně vhodnější přímý kolonoskopický screening. Praktičtí lékaři a diabetologové zapojení do multicentrické studie identifikují pacienty, kteří splňují uvedená kritéria, registrují jejich charakteristiky, a indikují je ke kolonoskopickému vyšetření do studijních center v různých krajích ČR. Cílem je vyšetřit dva tisíce pacientů. Do projektu je možné dodatečně zapojení praktických lékařů – informace u autorů (vselek@lf1.cuni.cz).

V dalším vystoupení přednesl Dr. Král výsledky průzkumu používání TOKS praktickými lékaři ve screeningu, provedeného na Ústavu všeobecného lékařství 1. LF UK v Praze. Přednesená data doplnila informaci doc. Duška o variabilitě v míře pozitivit TOKS. Vzhledem k významu zjištění je sdělení Dr. Krále věnován větší prostor.

Průzkum typů imunochemických testů využívaných všeobecnými praktickými lékaři ve screeningu kolorektálního karcinomu v České republice

Východiska a cíl průzkumu

Za zavedením imunochemického testu na okultní krvácení (iTOKS) bylo očekávání zvýšené účasti české populace ve screeningu. Rozhodnutí bylo učiněno na základě zkušeností a studií ze zahraničí. Oproti guajakovému testu (gTOKS) má iTOKS vyšší senzitivitu a je hodnocen pacienty jako více přátelský (např. pouze 1 vzorek stolice, lehký odběr vzorku, bez nutnosti dietních opatření). Vyhodnocení iTOKS je možné jak pomocí kazetových setů (rychltestů), tak i na POCT analyzátoch. V letech 2010–2012 se ukázalo zavedení iTOKS jako efektivní, došlo ke zvýšení účasti populace z 19 na 25% a ve věkové kategorii 60–69 let až na 30%. Vzrostla však nejen účast, ale i pozitivita testů a to dvojnásobně z 3–4% na 6–8% s vysokou variabilitou napříč republikou. Vzhledem k tomu, že test je praktickým lékařem (VPL) vykazován pojišťovně kódy, které typ testu neodlišují, neexistuje přehled o typu, kvalitě a nastavení citlivosti testů (cut off – hodnota, od které je test pozitivní). Proto jsme se rozhodli provést průzkum mezi VPL s cílem zjistit jaké imunochemické testy a v jakém poměrném zastoupení jsou používány českými praktickými lékaři v kolorektálním screeningu.



Novinka...

QuikRead go® iFOBT

Kvantitativní nebo kvalitativní výsledky – přizpůsobte testování FOB podle vašich požadavků

QR go iFOBT umožňuje uživateli zvolit si vhodný formát zobrazování výsledků. Automatický průběh měření, objektivní odečet a dohledatelnost výsledků zvyšuje důvěryhodnost a spolehlivost měření.



Více informací najdete na www.oriondiagnostics.cz nebo na tel. čísle +420 602 647 793

Metodika

Průzkum se uskutečnil během měsíce února 2014 a využil tři cesty: telefonický průzkum náhodně vybraných 10 ordinací v každém ze 14 regionů České republiky, průzkum s využitím náhodně vybraných mailů praxí a průzkum na regionálních edukačních seminářích.

Výstupy

Celkem bylo získáno 522 odpovědí, což představuje 10,2 % z celkového počtu PL. Telefonický průzkum vykázal 100 % návratnost (RR) u 140 oslovených lékařů. Na 314 zaslaných mailů odpovědělo 207 lékařů (RR 66 %) a 175 odpovědí bylo získáno na seminářích SVL ČLS JEP (RR 54 %). Přesto že byly zvoleny tři metody sběru dat, výsledky zjištěné jednotlivými metodami nevykazovaly významné rozdíly; proto uvádíme souhrnný výsledek.

Imunochemický test kazetový používá 66 % z 522 VPL. 24 % VPL ze souboru vyhodnocuje testy na POCT analyzátořech, 16 VPL (3 %) stále používá gTOKS. 42 VPL (8 %) odesílá test k vyhodnocení do laboratoře. VPL uvedli 8 typů různých kazetových iTOKS a 3 typy POCT analyzátorů. Rozdíly cut off iTOKS kazetových byly od 10 ng/ml do 200 ng/ml. Ceny testů kolísaly od 1–6 €. Nebyly zjištěny statisticky významné rozdíly mezi lékaři v používání různých typů testů podle regionu.

Diskuze

Doporučení ukončit používání TOKS se významně promítlo do praxe; 97 % VPL používá iTOKS. Počet 42 VPL v souboru, využívajících k testům laboratoř, je překvapením. Test není pravděpodobně řádně vykazován, protože laboratoř screeningové kódy vykazovat nemůže. Zjištění můžeme dát teoreticky do souvislosti s informací VZP, že téměř 10 % VPL neprovádí TOKS. Zavedení iTOKS přineslo zvýšení účasti, ale zároveň nepřijatelnou variabilitu v citlivosti, která může být příčinou falešné pozitivitu. S nadsázkou

bychom v současné době mohli říci, že 10 libovolně vybraných VPL v ČR může používat deset různých testů, každý s odlišnou hodnotou cut off. Standardizace iTOKS a stanovení jednotného cut-off je dalším žádoucím krokem směrem k zajištění kvality screeningu.

Norbert Král, Ústav všeobecného lékařství 1. LF UK v Praze.

Následující **diskuze** na závěr sekce byla věnována především problematice imunochemických TOKS. Bylo konstatováno, že zavedení kvalitativních imunochemických testů, jednoduchých a uživatelsky přátelských jak pro pacienty, tak pro personál ordinace, přineslo oživení screeningu a přispělo k vyšší účasti. Na druhou stranu trh nabízí testy s nejrůznějším nastavením citlivosti, které nemohou zaručit standard testování pro občany v různých ordinacích. Diskutující se shodli na potřebě standardizace citlivosti resp. prahu positivity (tzv. cut-off), které by podle názoru prof. Zavorala mělo odpovídat 75 ng/ml. Předpokládá se přechodné období, během kterého by bylo možné požadavek vytipováním vhodných testů naplnit.

Byly diskutovány narůstající čekací doby na kolonoskopii, které v některých oblastech převyšují 6 týdnů. Prof. Zavoral vysvětlil potřebu vzniku screeningové odbornosti, která by umožnila vhodný režim úhrady kolonoskopických výkonů v rámci screeningu tak, aby tyto výkony byly pro gastroenterology dostatečně atraktivní.

Po skončení sekce pokračovala diskuze zástupců obou společností se závěrečnou shodou o potřebě rozvíjet kolorektální screening v ČR v jeho populační epoše směrem ke standardizaci a vyšší kvalitě.

Zapsal

doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D.
moderátor sekce

I N Z E R C E

Rehabilitační nemocnice Beroun

prijme na plný příp. částečný pracovní úvazek praktického lékaře pro dospělé.
Nabízíme příjemné prostředí, dobrý kolektiv a výhodou je i zázemí nemocnice.

Bližší informace na tel.: 311 745 220

Hledám zástup do ordinace praktického lékaře v Jílovém u Prahy

od září 2014 do ledna 2015. Ordinance v centru města je moderně vybavena, velmi zkušená sestřička, PC Doktor, EKG, INRatio, CRP, TK Holter. Výborné platové ohodnocení. Skvělé spojení s Prahou hromadnou dopravou.

email: johana.kyptova@seznam.cz, tel.: 608 174 130



Léčba cestovatelských průjmů rifaximinem

MUDr. Martin Vaněk

CZECH HEALTH MEDIA, s. r. o.

V celosvětovém měřítku vycestuje ročně z rozvinutých zemí do oblastí tropů a subtropů více než 50 milionů lidí a téměř polovina z nich získá osobní zkušenost se strašákem zvaným průjem cestovatelů. S blížícím se časem dovolených je tak vhodná příležitost informovat o rizicích vzniku průjmových onemocnění nejen v exotických zemích, ale i v našich zeměpisných šířkách. A protože je průjem cestovatelů nejčastějším projevem infekce na cestách, je třeba vědět, jak je možné co nejefektivněji zmírnit její důsledky a zkrátit dobu trvání. Díky svým prověřeným účinkům patří nevstřebatelné antibiotikum rifaximin (Normix; Alfa Wassermann) již několik let do téměř povinné výbavy každého cestovatele.

Rifaximin je nevstřebatelné širokospektrální antibiotikum s antibakteriálními účinky na řadu grampozitivních a gramnegativních agens a aerobní i anaerobní flóru. Díky velmi dobrým antibakteriálním a farmakokinetickým vlastnostem a současně vysokému bezpečnostnímu profilu je využití tohoto léčiva velmi široké, obzvláště pak v léčbě střevních infekcí a cestovatelských průjmů, kdy po podání léku dochází k funkční normalizaci trávicího traktu, zhojení zánětlivých procesů a k ústupu přidružených symptomů. Mechanismus účinku rifaximinu vychází z inhibice DNA dependentní RNA-polymerázy a potlačení syntézy RNA; RNA-polymeráza eukaryotních buněk se na molekuly rifaximinu neváže, čímž se udržuje selektivní toxicita vůči mikroorganismům. Na rifaximin jsou citlivé bakterie rodu *Escherichia coli*, *Shigella*, *Staphylococcus*, *Streptococcus*, *Proteus*, *Clostridium*, *Peptococcus* nebo *Bacteroides*. V 90 % případů je však průjem cestovatelů způsoben bakteriální infekcí, jejímž původcem jsou z celé poloviny kmeny enterotoxigenní *Escherichia coli* (ETEC).

Ačkoliv se jedná o antibiotikum, které se obecně k léčbě průjmových onemocnění běžně nepoužívá, v akutních případech se rifaximin osvědčil jako nejvhodnější způsob léčby. Nebezpečí nehrozí ani při dlouhodobějším užívání při cestách do rizikových oblastí. Minimální absorpce ze zažívacího traktu (<1 %) zajišťuje maximální koncentraci látky ve střevech, účinnou likvidaci patogenů a velmi výraznou eliminaci vzniku nežádoucích účinků. Proto je možné podat rifaximin také starším lidem, dětem od 12 let i pacientům s poruchou renální a jaterní funkce a s porušenou imunitou.

Etiopatogeneze onemocnění a jeho projevy

Obecně je průjem popisován jako změna pevnosti, objemu, četnosti a barvy stolice ve srovnání s obvyklým stavem. Definován je jako výskyt 2 nebo více řídkých stolic za den nebo jako 1 řídká stolice s příměsí krve, hlenu či hnisu. Četnost jeho výskytu je stejná u obou pohlaví a doprovází jej bolesti a křeče břicha, nevolnost, zvracení, únava, dehydratace a zvýšená teplota.

Průjmové onemocnění může být infekčního nebo neinfekčního původu. Za neinfekčním průjmem stojí většinou konzumace většího množství jídla, případně špatná kombinace jídel, vyvolat jej mohou i toxiny sinic, často přítomných v rekreačních vodních plochách. Průjem je obecně nejčastějším onemocněním, za kterým stojí infekční agens. Jeho původcem jsou toxiny produkující bakterie, které se vyskytují v nevhodně připraveném pokrmu, zejména se jedná o nedostatečnou tepelnou úpravu masa nebo požití kontaminované vody.

K infekcím trávicího traktu dochází v důsledku působení invazivních patogenů, např. kampilobakterií, salmonelózou nebo bacilární dyzentérií, obvyklým původcem průjmů jsou také toxiny bakterií *Staphylococcus aureus* a *Bacillus cereus*. Naprostá většina cestovatelských průjmů je bakteriálního původu (především je způsobují zmiňovaná enterotoxigenní *Escherichia coli*, dále *salmonella*, *shigella*, enteroagregující kmeny *Escherichia coli*, *Vibrio parahaemolyticus* a *Plesiomonas shigelloides*).

Nemoc propuká většinou během prvního týdne cesty, ale projevit se může kdykoliv v průběhu cestování, dokonce i po návratu domů. Důležitým faktorem je také míra rizika onemocnění v závislosti na destinaci. Nejrizikovějšími oblastmi jsou méně rozvinuté státy Latinské Ameriky, Afriky, Středního Východu a Asie. Rizikovou skupinu cestovatelů tvoří mladí dospělí, osoby s imunosupresivním onemocněním, zánětlivým onemocněním střev nebo diabetem.

Možnosti prevence

Snaha vyhnout se rizikovým faktorům samozřejmě snižuje riziko výskytu onemocnění. Je třeba mít na paměti, že k přenosu infekce dochází nejčastěji kontaminovanou vodou či potravinami. Nebezpečné je tedy používat nebalenou vodu, místní led do nápojů, konzumovat saláty, zálivky, syrové ovoce a zeleninu a nedostatečně tepelně upravené maso a ryby. Dodržováním jednoduchých a účinných preventivních opatření lze dosáhnout minimalizace rizika vzniku nákazy. Je třeba pokud možno vyhnout se stravování u pouličních prodejců nebo v zařízeních se horšími hygienickými podmínkami, nebezpečné je požívání syrového či nedovařeného masa a mořských plodů, a také syrového ovoce nebo zeleniny, které se nezbavují slupky. Voda z vodovodu, nepasterované mléko a mléčné výrobky bývají spojovány se zvýšeným rizikem průjmu. Bezpečné jsou naopak nápoje v uzavřených obalech, horký čaj nebo káva, pivo a víno.

V souvislosti s prevencí je vhodné zmínit závěry studie s názvem: „Rifaximin jako prevence průjmu cestovatelů“, uveřejněné v *Digestive Diseases Week* (New Orleans, Louisiana, USA). Šlo o randomizovanou, dvojitě zaslepenou, placebem kontrolovanou studii, ve které Dr. DuPont et al. sledovali 210 dospělých amerických studentů s cílem vyhodnotit vliv nevstřebatelného rifaximinu.

nu na prevenci vzniku cestovatelského průjmu. Po příjezdu do města Guadalajara v Mexiku byl studentům podáván rifaximin v dávkách 200 mg/den, 200 mg 2× denně či 200 mg 3× denně, anebo placebo, a to po dobu 2 týdnů. Průjem cestovatelů se vyvinul u necelých 15 % účastníků studie, kteří užívali rifaximin a u 54 % studentů s placebem. Všechny 3 dávky rifaximinu vykazovaly superioritu vůči placebu a poskytovaly ochranu proti průjmu ve více než 72 % případů. Tuto léčivou látku je tedy možné považovat za velmi vhodnou chemoprophylaxi průjmů bakteriálního původu.

Jak léčit pacienta s (cestovatelským) průjmem?

Dojde-li, přes veškerou snahu, k náказе, základním terapeutickým krokem je poskytnutí dostatečného množství tekutin, tedy rehydratace, a to v takovém množství, jaké vyrovná jejich ztrátu v důsledku průjmu, pocení a zvracení, a zároveň pokryje nezbytnou potřebu pro zachování funkčnosti organismu. Pro doplnění tekutin je nejvhodnější neperlivá minerální voda (bez příchuti!), rehydratační roztok nebo černý čaj. Dospělému člověku by měl být zajištěn přísun až 4 litrů za den, u dětí rozhoduje o jeho objemu hmotnost a věk. Bazální spotřeba vody u kojenců a batolat je 150 resp. 120 ml/kg/den.

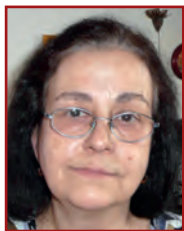
Při stravování je nutné dbát na snížení příjmu tuků a vhodné je použití nespécifických protiprůjmových prostředků. Patří mezi ně např. probiotika na regeneraci střevní mikroflóry, adsorbencia s rozsáhlým inertním povrchem, na který se navazují střevní toxiny či antimotilika ke zpomalení střev-

ní pasáže. Jejich použití však není v některých případech vhodné, především u pacientů s horečkou nebo průjmem s vyšším obsahem krve. V těchto případech mohou svým zpomalovacím účinkem způsobit zhoršení projevů nemoci z důvodu zadržování toxických látek ve střevě. Tím může dojít k sepsi nebo diseminované intravaskulární koagulaci, a proto je užití antimotilika v léčbě průjmu vždy podmíněno předchozí konzultací s lékařem.

Rifaximin, který je možné podávat v profylaxi průjmu cestovatelů (viz studie DuPont výše), je úspěšnou terapií při akutním i chronickém průjmovém onemocnění, včetně průjmu cestovatelů, což také dosvědčují výsledky různých studií, např.: „Srovnání léčby rifaximinem vs. placebo a vs. ciprofloxacin v léčbě průjmů cestovatelů“, jejíž výsledky byly publikovány v *American Journal of Tropical medicine and Hygiene*: 74(6), 2006, str. 1060-1066, anebo „Léčba průjmů cestovatelů na různých kontinentech rifaximinem“ a její výsledky prezentované v roce 2003 v *American Journal of Gastroenterology*: 98(5), 2003, str. 1073-1078.

Stejně jako je důležité věnovat se prevenci a snížit tak riziko vzniku průjmových onemocnění, je neméně důležité informovat se o riziku nákazy v cíli cesty a mít alespoň základní povědomí o možnostech samoléčby. Díky širokému záběru, snadnosti užití a nízkému hlášení nežádoucích účinků je v tomto směru rifaximin velmi vhodným léčivem, které poskytne neocenitelnou pomoc na cestách – v situacích, kdy pacient ocení možnost alespoň několik hodin setrvat na jednom, náležitě vybaveném místě.

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



Pneumonie vyvolané atypickými patogeny

MUDr. Pavla Žáčková

Pneumologická klinika 1. LF UK, Thomayerova nemocnice, Vídeňská 800, Praha 4

Abstrakt

Pneumonie je nejčastější zánětlivé onemocnění respiračního traktu a také, přes veškeré současné terapeutické možnosti, onemocnění spojené s vysokou mortalitou. Pneumonie nepředstavuje jedinou chorobu, ale skupinu onemocnění, která se liší epidemiologií, patogenezi, klinickým obrazem, průběhem, léčbou a prognózou. Sdělení podává přehled epidemiologického dělení pneumonií a dále se zaměřuje především na komunitní pneumonie, resp. pneumonie vyvolané atypickými patogeny. Popisuje klinickou symptomatologii, faktory ovlivňující průběh a závažnost onemocnění a možnosti terapie. Podává stručný přehled vyšetření, které usnadňují stanovení diagnózy a diferenciální diagnostiku a upozorňuje na možné komplikace.

Úvod

Pneumonie je akutní zánět plicního parenchymu postihující respirační bronchioly, plicní alveoly a plicní intersticiu. Jedná se o nejčastější zánětlivé onemocnění respiračního traktu a také, přes veškeré současné terapeutické možnosti, o onemocnění s nejvyšší mortalitou. Celosvětově jsou pneumonie jako příčina úmrtí na 1. místě z infekčních onemocnění a na 3. místě ze všech příčin úmrtí. Ročně na pneumonii umírá 3 až 5 miliónu lidí (1).

Pneumonie nepředstavují jedinou chorobu, ale skupinu onemocnění, která se liší epidemiologií, patogenezi, klinickým obrazem, průběhem, léčbou a prognózou. Lze je dělit podle různých kritérií: Za nejúčelnější dělení se v současnosti považuje dělení epidemiologické, které zohledňuje především prostředí vzniku pneumonie a typ pacienta. Přínos tohoto dělení spočívá v možnosti odhadu vyvolávajícího agens, což do určité míry usnadňuje volbu adekvátní antimikrobiální léčby.

Epidemiologické dělení pneumonií

- **Komunitní pneumonie** (community acquired pneumonia – CAP), pneumonie vznikající v normálním životním prostředí.
- **Nosokomiální pneumonie** (hospital acquired pneumonia – HAP), pneumonie vznikající za více než 48 hodin po začátku hospitalizace až do 14 dnů od ukončení hospitalizace.
- **Ventilátorové pneumonie** (ventilátor associated pneumonia – VAP), nejzávažnější forma HAP s mortalitou až 50 %. Rozvíjí se za 48–72 hodin od endotracheální intubace.
- **Pneumonie u imunokompromitovaných nemocných** (pneumonia in immunocompromised hosts – PIH) Základním rizikovým faktorem je závažný imunodeficit, který vzniká v souvislosti s celou řadou onemocnění

- **Pneumonie spojené se zdravotní péčí** (health care associated pneumonia HCAP). Postihuje především klienty sociálních zařízení, nemocné využívající home care, hemodialyzované nemocné a nemocné docházející na časté ambulantní kontroly(2).

Pneumonie vyvolané atypickými patogeny řadíme do skupiny komunitních pneumonií.

Za atypické patogeny v užším slova smyslu jsou považovány *Mycoplasma pneumoniae* a *Chlamydia pneumoniae*, s výhradami i *Legionella pneumophila* a event. *Coxiella burnetii*.

Jde o bakterie s obtížnou kultivací, prokazované nejčastěji sérologicky a citlivé na jiná antibiotika než ostatní respirační patogeny (3) Od běžných bakteriálních druhů se liší především absencí buněčné stěny a současně značnou plasticitou buněčné membrány, což usnadňuje adhezenci k povrchu buněk či intracelulární průnik. *Mycoplasma pneumoniae* je původcem až 50 % komunitních pneumonií, především u adolescentů, kdy se může vyskytnout v menších epidemiích, a dále u mladých nemocných (Obr. 1., Obr. 2.). V posledních letech se však zvyšuje její podíl při vzniku CAP i u nemocných nad 65 let, kde se podíl přibližně v 15 %. *Chlamydia pneumoniae* je velice rozšířený mikrob, při sérologickém vyšetření jsou protilátky přítomny až u poloviny mladé populace, původcem pneumonií jsou však pouze v 10–20 %. *Legionella* vyvolávají komunitní i nosokomiální pneumonie, často s velmi těžkým průběhem. Jejich podíl se odhaduje na 2–11 %. (Obrázek 3., Obrázek 4). Infekci *Coxiella burnetii* řadíme mezi antropozoonózy. Je vyvolatelem Q horečky s možným poškozením plic. V našem státě se však jedná o onemocnění extrémně vzácné.

Klinický obraz onemocnění

Pneumonie vyvolané atypickým agens mívají pozvolný začátek, kašel je spíše suchý, teploty subfebrilní. Dušnost je závislá na rozsahu radiologického nálezu, při rozsáhlém poškození není výjimkou závažná hypoxemická respirační insuficience.

Časté jsou mimoplicní příznaky – bolesti hlavy, kloubů, myalgie, exantém, zvracení a průjem. U starých nebo těžce nemocných pacientů se příznaky mohou omezit na horečku, tachypnoe, neklid a mentální alteraci.

Diagnóza

Fyzikální nález může být i při rozsáhlém nálezu chudý. Sklípkové dýchání může být oslabené či zosťvené, přítomny mohou být přízvučné i nepřízvučné chrůpky, případně krepitus. Laborator-

ně může být přítomna leukocytóza i leukopenie, ostatní zánětlivé parametry (FW, CRP, prokalcitonin) jsou zvýšené, ale hodnoty mohou být velmi variabilní. U závažného průběhu onemocnění bývá přítomna elevace jaterních testů, snížení renálních funkcí, případně minerálová dysbalance. Mikrobiologické vyšetření nebývá pro detekci vyvolávajícího patogena přínosné a má spíše diferenciálně diagnostický význam. V klinické praxi má význam především sérologické vyšetření s průkazem přítomnosti specifických protilátek a vyšetření sputa či bronchiálního sekretu molekulárně genetickými metodami (PCR).

Antigeny některých patogenů lze detekovat v moči (legionela, pneumokok), což má význam diagnostický a diferenciálně diagnostický.

Radiologický obraz může být chudý, nebývá přítomna konsolidace plicního parenchymu, ale spíše peribronchiálně vázané infiltráty, diseminace nodulů, případně reti-

kulonodulace odpovídající postižení plicního intersticia. V některých případech ozřejmí rozsah postižení až CT hrudníku s vysokou rozlišovací schopností (HRCT). Přítomno může být i zvětšení hilových a mediastinálních uzlin.

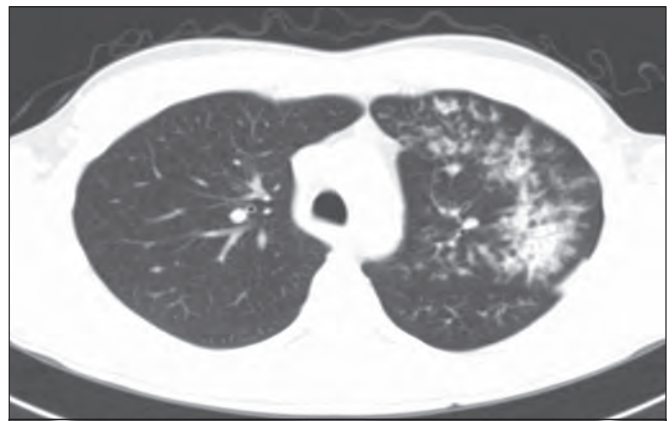
Bronchoskopické vyšetření má diferenciálně diagnostický význam při podezření na jinou etiologii procesu, či na koincidenci s jiným onemocněním. Vyšetření cíleného odběru bronchiálního sekretu pomůže identifikovat vyvolávajícího patogena, především u nemocných, u kterých nedochází ke zlepšení klinického stavu ani k adekvátní regresi radiologického nálezu při podávané antibiotické léčbě.

Diferenciální diagnóza

Diferenciálně diagnosticky je nutno především odlišit plicní embolii, kardiální selhávání, nádorové onemocnění, karcinomatózní lymfangiopatii, tuberkulózu, neinfekční pneu-



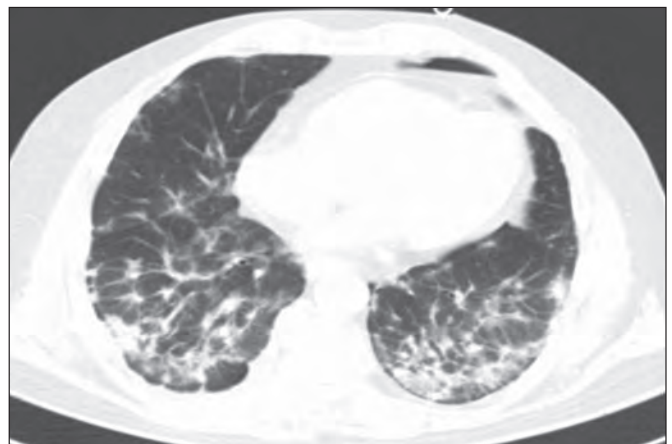
Obrázek 1
Oboustranná mykoplazmová pneumonie s levostrannou převahou.



Obrázek 2
Mycoplazmová pneumonie, nález na CT hrudníku.



Obrázek 3
Oboustranná legionelová pneumonie.



Obrázek 4
Legionelová pneumonie, nález na CT hrudníku.

monie, intersticiální plicní procesy, poškození plicí při systémovým onemocněních, plicní granulomatózy, exogenní alergickou alveolitidu a eosinofilní pneumonii (kniha). Proto jsou v indikovaných případech nutná některá další doplňující vyšetření:

- spirální výpočetní tomografie, případně ventilačně perfúzní plicní scintigrafie umožní posouzení přítomnosti plicní embolie, která je stále poddiagnostikovaná
- echokardiografické vyšetření posoudí velikost a funkci srdečních oddílů a upřesní přítomnost srdečního selhávání a plicní hypertenze

Terapie, hospitalizace ano či ne?

Při prvním kontaktu s nemocným, u kterého předpokládáme diagnózu pneumonie, musíme především zvážit, zda je pneumonie vyvolána typickým bakteriálním agens či atypickým patogenem a podle toho také zvolit antibiotickou léčbu. Na atypického původce myslíme především u mladších nemocných se subfebrilními teplotami a mimoplicními příznaky. Nástup onemocnění je spíše pozvolný, kašel bývá suchý bez výraznější expektorace, fyzikální nález je chudý v rozporu se skiagrafickým nálezem, který může být rozsáhlý.

Na podkladě zhodnocení klinického stavu a případně dalších přidružených faktorů je pak nutno rozhodnout, zda léčba může probíhat ambulantně, či zda je indikována hospitalizace. Existují různá kritéria, která umožňují posoudit závažnost onemocnění. V ambulantní praxi lze dobře využít britská kritéria CURB 65 (*Tabulka 1*).

Tabulka 1

CURB 65	
C – confusion	zmatenost
U – urea	> 7 mmol/l
R – respiratory rate	dechová frekvence > 30/min
B – blood pressure	hypotenze < 90/60
65	věk > 65 let

Zahrnují zhodnocení stavu vědomí, (zmatenost), renálních funkcí (urea vyšší než 7 mmol/l), dechová frekvence nad 30/min, hodnoty krevního tlaku (systola nižší než 90 torr, diastola pod 60 torr) a věku (nad 65 let). Pokud jsou spolu s věkem „splněna“ alespoň 2 kritéria, stoupá riziko smrti 10–20×. (handbook). Z provedených studií vyplývá řada dalších rizikových faktorů, které mohou výrazně zvýšit závažnost probíhajícího onemocnění (*Tabulka 2*). (4)

Tabulka 2

Rizikové faktory zvyšující závažnost CAP	
1.	mužské pohlaví
2.	chronická onemocnění
3.	nově vzniklá fibrilace síní
4.	leukopenie nebo výrazná leukocytóza
5.	hypoxémie PaO ₂ nižší než 8 kPa
6.	nález na skiagramu hrudníku postihující více laloků
7.	bakteriémie
8.	chronický nikotinismus a etylismus
9.	špatné sociální zázemí

Volba antibiotika, principy terapie

Předpokládáme-li účast atypického patogena, jsou lékem první volby makrolidy, fluorochinolony, případně tetracykliny, tedy antibiotika, která pronikají buněčnou stěnou. Důležitá je compliance nemocného, s výhodou volíme lékové formy s možností užívání 1–2× denně. Délka terapie by měla trvat 14 dnů, u starších nemocných až 3 týdny.

Efekt léčby je dán ústupem subjektivních obtíží (kašel, dušnost, febrilie), zlepšením klinického stavu, poklesem zánětlivých parametrů a alespoň parciální regresí radiologického nálezu.

Pokud během prvních 3 dnů nedochází ke zlepšení stavu, je možné zvážit změnu antibiotika. V tom případě vždy volíme antibiotikum jiné skupiny. Zvažujeme rovněž spoluúčast typického bakteriálního agens. Antibiotickou léčbu pak doplňujeme do kombinace. Nasazený makrolid nebo fluorochinolon nejčastěji kombinujeme s aminopenicilinem potencovaným klavulanátem či sulbactamem, možná je také kombinace s cefalosporiny II. a III. generace.

Důležité je pečlivé přehodnocení klinického stavu a přidružených rizikových faktorů a z toho vyplývající včasná indikace hospitalizace

Podpůrná terapie zahrnuje tlumení bolesti (hlava, klouby, svaly), léčbu horečky, podporu expektorace a v indikovaných případech naopak tlumení kašle. Nutný je dostatečný příjem tekutin, kalorií a vitaminů.

Komplikace komunitních pneumonií

Komplikace CAP můžeme v podstatě rozdělit do několika skupin:

- lokální komplikace
- vzdálené – mimoplicní komplikace
- dekompenzace přidružených onemocnění

Lokální komplikace jako je plicní absces, plicní gangrén, pleurální výpotek, hrudní empyém, pneumotorax či atelaktáza – vidáme především u CAP vyvolaných typickým bakteriálním patogenem,

Vzdálené – mimoplicní komplikace jsou vzácné, ale závažné. Mohou se objevit souběžně s postižením respiračního traktu, případně s odstupem několika dnů. Mohou se manifestovat postižením srdečním (myokarditida, endokarditida, perikarditida, arytmie) neurologickým (encefalitida, meningitida, myelitida), postižením gastrointestinálního traktu (hepatitida, pankreatitida), ledvin, hemolytickou anémií, diseminovanou intravaskulární koagulací, artritidou či kožními projevy.

Dekompenzace přidružených onemocnění je častá u nemocných ve vyšších věkových skupinách a výrazně zvyšuje závažnost probíhající pneumonie. Nejčastěji se jedná o exacerbací CHOPN, bronchiálního astmatu, intersticiálních plicních procesů, dekompenzací ischemické choroby srdeční, diabetu a zhoršení chronických jaterních a ledvinových onemocnění (5).

Průběh mykoplazmových pneumonií je v naprosté většině případů nekomplikovaný. Mimoplicní manifestace je extrémně vzácná a u většiny nemocných dochází k úpravě ad integrum. Těžší průběh může mít onemocnění u polymorbidních a imunokompromitovaných nemocných, mortalita onemocnění je však extrémně nízká (6). Rovněž chlamydiové pneumonie mají většinou lehký průběh.

Naproti tomu legionelová pneumonie je stále velmi závažné onemocnění, které může i u nemocného bez komorbidit vyústit v život ohrožující stav s rychle progredujícím respiračním selháním. Souběžné mimoplicní komplika-

ce infekce nejsou vzácností. Časté je postižení kardiální, pankreatitida, peritonitida a akutní renální selhání. Mortalita onemocnění je stále vysoká (25 %), bezprostřední příčinou úmrtí bývá fulminantní respirační selhání.

Shrnutí pro praxi

Pneumonie vyvolané atypickým patogenem řadíme do skupiny komunitních pneumonií. Nejčastěji se uplatňujícím atypickým patogenem je *Mycoplasma pneumoniae*, která je původcem až 50 % komunitních pneumonií, především u mladistvých. Pro klinický obraz je typický pozvolný začátek, subfebrilní teploty, neproduktivní kašel a mimoplicní příznaky. Dušnost je závislá na rozsahu postižení plicního parenchymu. Základem diagnostického a rozhodovacího procesu je pečlivá anamnéza, důkladné fyzikální vyšetření a zvážení všech faktorů, které mohou ovlivnit průběh onemocnění. Lékem první volby jsou makrolidy, fluorochinolony, případně tetracykliny. Délka terapie by měla trvat 14 dnů, u starších nemocných až 3 týdny.

Pokud během prvních 3 dnů nedochází ke zlepšení stavu, je nutné zvážit spoluúčast typického bakteriálního agens a znovu přehodnotit klinický stav, přidružené rizikové faktory a možný vznik komplikací. Průběh mykoplazmových pneumonií je v naprosté většině případů nekomplikovaný. Legionelová pneumonie je však stále velmi závažné onemocnění, které může velmi rychle vyústit v život ohrožující stav. Praktický lékař, jako lékař prvního kontaktu, má klíčovou úlohu jak při stanovení diagnózy a zahájení adekvátní terapie, tak při rozhodování o ambulantní či nemocniční léčbě.

Literatura:

1. Kolek V. a kol., Doporučené postupy v pneumologii, Diagnostika a léčba komunitní pneumonie dospělých, Maxdorf 2013, s. 107–108, ISBN 978-80-7345-359-6
2. Vašáková, M.A. kol., Moderní farmakoterapie v pneumologii, Maxdorf 2013, s. 149–150, ISBN 978-80-7345-351-0
3. Kolek V., Současná klinická doporučení diagnózy a léčby pneumonie, Remedia, rubrika Farmakoterapie, 2003, č. 1, s. 15–22
4. Macfarlane, J. T. Lung Infections In: Respiratory Medicine, Specialist Handbook. 2 vyd. United Kingdom: Overseas Publisher Association, 2002, p. 331–354. ISBN 90-5823-077-5.
5. Kolek V. a kol., Doporučené postupy v pneumologii, Diagnostika a léčba těžké pneumonie, Maxdorf 2013, s. 134, ISBN 978-80-7345-359-6
6. Waites Ken B., *Mycoplasma Infection*, Article Last Updated: Mar 26, 2008



Kasuistika ze soudně lékařské praxe

MUDr. Pavel Brejník

Praktický lékař pro dospělé, Kladno

Tato kasuistika je věnována příběhu praktického lékaře, který byl obviněn a obžalován z údajného podvodu.

Dne 14. 2. 2011 komisař Policie ČR /dále PČR/ vydal usnesení, ve kterém zahájil trestní stíhání a současně obvinil praktického lékaře /dále PL/ ze spáchání pomoci k trestnému činu podvod podle § 10 odst. 1 písmo c) trestního zákona k § 250 odst. 1, odst. 3 písmo b) trestního zákona (zák. č. 140/1961 Sb.), kterého se měl dopustit tím, že od 28. 2. 2003 do 7. 1. 2009 jako závodní lékař osoby/dále O/, věděl o tom, že O prodělal dne 29. 1. 2003 operaci mozkového nádoru a tedy došlo ke změně jeho zdravotního stavu po kterém by již neměl nárok na vyplacení náhrady za ztrátu výdělků v souvislosti s jeho pracovním úrazem z roku 1996, každoročně v letech 2003 až 2008 vystavoval Potvrzení o zdravotním stavu s nesprávnými údaji o jeho zdravotním stavu, čímž O umožnil neoprávněně pobírat uvedenou náhradu za ztrátu výdělků, přičemž za období let 2003 až 2009 mu byla neprávem refundována pojišťovnou z prostředků zákonného pojištění odpovědnosti zaměstnavatele za škodu při pracovním úrazu nebo nemoci z povolání částka ve výši 2.637.957 Kč.

Dne 21. 6. 2010 bylo komisařem zahájeno podle § 160 odst. 1 trestního řádu trestní stíhání pana O ze spáchání trestného činu podvod podle § 250 odst. 1, odst. 3 písmo b) trestního zákona (zák. č. 140/1961 Sb.), kterého se měl dopustit tím, že od 22. 11. 2002 do 7. 1. 2009 úmyslně zatajil poskytovateli náhrady za ztrátu na výdělků (rentu) vyplacenou mu v souvislosti s pracovním úrazem v roce 1996, změnu svého zdravotního stavu, která nastala po operaci hlavy dne 29. 1. 2003 a po které by již neměl nárok na náhradu za ztrátu výdělků, přičemž po operaci hlavy v letech 2003 až 2009 předkládal lékařská potvrzení s nesprávnými údaji o svém zdravotním stavu, s cílem nadále neoprávněně pobírat uvedenou náhradu, přičemž za uvedené období mu byla celkem zrefundována z prostředků zákonného pojištění odpovědnosti zaměstnavatele za škodu při pracovním úrazu nebo nemoci z povolání částka ve výši 2.637.957 Kč, a tímto svým jednáním způsobil pojišťovně celkovou škodu ve výši 2.637.957 Kč.

Jednání obviněného PL je dokumentováno výsledkem O, který v pozici obviněného uvedl, že od roku 1992 byl zaměstnán jako báňský záchranář. Dne 17. 11. 1996 měl pracovní úraz nohy, na základě kterého byl z dolu vyrazen, přičemž od dolu pobíral náhradu za ztrátu výdělků (rentu). Někdy v měsíci listopadu 2002 byl na návštěvě u svého kamaráda, kde omdlel a byl převezen do nemocnice, kde při vyšetření CT hlavy mu byly zjištěny zapouzdřené enhancementy (ložiska v mozku zvýrazněná podáním kontrastní látky) a kalcifikáty. Při následných dalších šetřeních na neurochirurgii a magnetické rezonanci mu byl zjištěn oligodendrogliom. Následně v měsíci březnu 2003, přesný den si nepamatuje, zašel za svým PL, kterému sdělil, co se událo a že jede do nemocnice. Při této návštěvě od PL nic neobdržel, žádnou zdravotnickou dokumentaci a rovněž neví, zda PL provedl nějaký záznam ve zdra-

votnické dokumentaci. Následně na neurochirurgickém oddělení byl dne 29. 1. 2003 operován a zhruba po 14 dnech byl propuštěn do domácího ošetření, přičemž ještě téhož dne po propuštění byl za PL, kterému ukázal zdravotnickou dokumentaci a PL se jej ptal, zdali bude v pracovní neschopnosti a on mu odpověděl, že ne s tím, že je veden na ÚP. Zhruba po 4 měsících od operace jel na kontrolu, kontrola byla v pořádku a on nemusel brát žádné medikamenty. Na následné prohlídky pak jezdil pravidelně každý rok a to až do současnosti, přičemž při každé kontrole obdržel zprávu o provedené kontrole a tuto zprávu předkládal PL. Ten si některé zprávy i nechával. Dále uvádí, že někdy v měsíci říjnu 2004 obdržel od bývalého zaměstnavatele dokumentaci s vyjmenovanými nemocemi a to jak chronickými tak i obecnými. Rovněž tak dne 18. 10. 2004 podepsal Upozornění na poskytování náhrady za ztrátu výdělků dle § 195 ZP. Na základě toho se při následné kontrole ptal a bylo mu řečeno, že je zdravý a nemá žádné obtíže a žádné omezení práce. On poté následně každý rok chodil za PL, který mu vždy vydal potvrzení o tom, že nenastala žádná změna jeho zdravotního stavu. Toto potvrzení pak vždy odevzdával bývalému zaměstnavateli. Dále k věci uvádí, že PL věděl o jeho změně zdravotního stavu z důvodu nádoru i o operaci hlavy. Dále k věci uvedl, že byl PL telefonicky osloven, aby za ním přišel do ordinace, a když se tam dostavil, tak se PL začal rozčilovat, že nechce mít ostudu a vyzval jej k podpisu několika písemností, které byly napsány ručně nebo na počítači. Vzhledem k tomu, že chtěl mít klid, tak je podepsal. Když se jej ptal, proč to podepisuje, že je tam slovo zatajil a že si toho není vědom, tak mu PL uvedl, že pro sichr. Závěrem uvedl, že PL výsledky jeho kontrol v Praze komentoval tak, že může být rád, že nemá žádné následky a že je zdravý. Jinak PL při prohlídkách, které byly 3x až 4x za rok, dostával utišující léky z důvodu jeho zranění nohy a že s PL nebyl domluvený na tom, že mu bude vystavovat potvrzení, aby mohl pobírat rentu i přes operaci hlavy. Následně předložil Potvrzení pracovní neschopnosti vystavené dne 23. 1. 2003 v nemocnici.

Jednání obviněného PL je dokumentováno výsledkem jeho osoby v pozici svědka, kde uvedl, že je zaměstnán jako lékař, a mezi jeho pacienty patří i O, který si však převzal svou zdravotnickou dokumentaci a proto není schopen se k jeho osobě blíže vyjádřit. Pouze z evidence v počítači od roku 2001 zjistil, že pan O do jeho ordinace docházel zhruba 3x až 4x za rok, a dostával léky a masti proti bolesti. Dále uvedl, že návštěvy pana O za účelem vydání potvrzení pro bývalého zaměstnavatele, že nedošlo ke změně zdravotního stavu, nejsou zaneseny v protokolu, jelikož se jednalo pouze o vydání potvrzení. K věci dále uvedl, že někdy na konci roku 2009 za ním přišel pan O, který mu sdělil, že jej někdo udal z důvodu operace a sdělil mu, že potřebuje zdravotnickou dokumentaci. Při tomto mu sdělil, že prodělal operaci v nemocnici a předal mu i nějaké záznamy o provedené operaci. Z toho důvodu si nechal od pana O potvrdit, že se o této operaci dozvěděl až při této návštěvě u něj v ordinaci. Dále po něm chtěla zdravotnickou dokumentaci i znalkyně, kterou jí odvezl. Dne 22. 4. 2010

jej navštívil pan O, který mu sdělil jakými vyšetřeními prošel a jak to dopadlo. Dále uvedl, že nevěděl o tom, že pan O dne 29. 1. 2003 prodělal operaci hlavy z důvodu nádoru, nikdo mu o tom neřekl a rovněž nemocnice po něm žádnou zdravotnickou dokumentaci před operací nepožadovala. Dále uvedl, že když se ptal pana O, proč mu o operaci nic neřekl, tak mu odpověděl, že jej nechtěl zatěžovat a že mu řekli, že bude v pořádku. Dále uvedl, že nevěděl o tom, že by pan O v roce 2002 omdlel a pokud by o operaci hlavy věděl, tak by si vyžádal v nemocnici zprávu o jeho zdravotním stavu.

Jednání obviněného je dále dokumentováno Potvrzením o pracovní neschopnosti, které do spisového materiálu doložil O, ze kterého vyplývá, že pracovní neschopnost byla dne 23. 1. 2003 vystavena nemocnicí a byla ukončená dne 28. 2. 2003 PL s datem 1. 3. 2003, od kterého měl být O schopen práce.

Obviněný svým jednáním naplnil všechny znaky skutkové podstaty pomoci k trestnému činu podvodu podle § 10 odst. 1 písmo c) trestního zákona k § 250 odst. 1, odst. 3 písmo b) trestního zákona (zák. č. 140/1961 Sb.), když poskytl jinému pomoc k spáchání trestného činu, v tomto případě O, kterému i přesto, že věděl o tom, že trpí obecnou chorobou, vystavoval mu potvrzení o tom, že takovou chorobou netrpí tedy, že nedošlo ke změně jeho zdravotního stavu.

Komisař PČR vycházel při svém obvinění z odpovědi přednosta neurochirurgie, soudního znalce se specializací neurologie a zalkyně se specializací na nemoci z povolání.

Přednosta neurochirurgického oddělení odpověděl na dotazy PČR, že při propouštění pacienta z hospitalizace domů je pacient vybaven propouštěcí zprávou a ostatními dokumenty, a náležitě poučen o nutnosti jejich předání ošetřujícímu lékaři, který se přímo podílí na jeho další léčbě a vhodným informování svého praktického lékaře o proběhlé hospitalizaci, například předáním kopie propouštěcí zprávy, do 3 dnů od propuštění. Vyžaduje-li stav propouštěného pacienta další ústavní léčení, je dokumentace i propouštěcí zpráva pacienta předána personálu sanitního vozu zajišťujícího převoz pacienta. V případě ambulantního styku je zpráva o provedeném zákroku či vyšetření předána pacientovi, či doprovázející osobě, s poučením že je nezbytné tento dokument předat referujícímu lékaři či pracovišti přímo či při nejbližší kontrole. Na otázku, zda zprávy o lékařských výkonech (vyšetření, operace apod.) na odborném pracovišti, byly zaslány přímo jeho praktickému lékaři, přednosta sdělil, že je zcela obvyklé, že komunikace z našeho pracoviště není směřována přímo k praktickému lékaři pacienta, nýbrž často zprostředkovaně cestou ošetřujícího neurologa, který zajišťuje u pacienta další komplexní léčbu jeho onemocnění.

Znalec ze specializace neurologie sdělil na dotazy PČR, od kdy nebyl schopen O práce v dole, že zdravotní omezení obviněného pana O, s ohledem na jeho onemocnění mozkovým nádorem, bylo ohrazeno datem vzniku epileptického záchvatu, tzn. 22. listopadu 2002 a dále vyjádřením neurochirurga o stabilizaci zdravotního stavu 7. ledna 2009. Na dotaz, kdy byl O subjektivně schopen rozpoznat, že vzhledem k mozkovému nádoru není schopen pracovní činnosti, přičemž operace z důvodu mozkového nádoru byla provedena dne 29. 01. 2003 znalec odpověděl, že od 22. listopadu 2002, kdy prodělal epileptický záchvat, kdy byl hospitalizován a vyšetřován na neurologickém oddělení nemocnice.

Návrat plné pracovní způsobilosti znalec konstatoval v průběhu roku 2009, kdy nebyly klinické ani zobrazovací známky

recidivy nemoci. Při studiu předložené dokumentace znalec konstatuje, že v dokumentaci ošetřujícího praktického lékaře v období od listopadu 2002 do současné doby nejsou obsaženy záznamy o nádorovém onemocnění mozku. Tyto zmínky jsou pouze na zprávě zalkyně z oboru nemocí z povolání z prosince 2009 a z března 2010. Na dotaz, zdali bylo možno již po operaci posoudit stav pacienta jako dočasnou pracovní neschopnost nebo bylo na místě nemoc pacienta hodnotit jiným způsobem / chronické, obecné, jiné onemocnění. Znalec konstatoval že u pacienta se nejedná o chronické onemocnění v širším slova smyslu, při vzniku onemocnění v listopadu 2002 i v období po operaci v lednu 2002 bylo hodnoceno dočasnou pracovní neschopností. Na dotaz, zdali bylo O ošetřujícím lékařem indikováno užívání léků, pokud ano, tak o jaké léky se jednalo, co měly indikované léky léčit, potlačit, případně jakým negativním projevům léčby měly předcházet a kdo tyto léky předepisoval, zdali ošetřující lékař nemocnice nebo PL, znalec konstatoval, že po proběhlém epileptickém záchvatu pacient obdržel léčbu, která má za cíl zabránit dalšímu opakování záchvatů. Tato léčba byla podávána i v období operace a v pooperačním období. V propouštěcí zprávě dne 7. února 2003, bylo doporučeno její pokračování, z předložené dokumentace nevyplývá, že by v ní bylo pokračováno, případně kdo a jak dlouho tento lék předepisoval. V ambulantní zprávě z dubna 2007 neurochirurg v každém případě konstatuje, že posuzovaný žádné léky nebere. Na dotaz, zda-li ze zdravotnické dokumentace O, dále zdravotnické dokumentace nemocnice je patrné, že o nemoci /nádor na mozk/ O byl informován jeho praktický lékař, pokud ano, jakým způsobem, případně, zdali je obecně u těchto onemocnění povinnost, pravidlo, či jiné nařízení, které by nařizovalo vyrozumění praktika znalce odpověděl vyhýbavě, že v propouštěcí zprávě ze dne 7. února 2003 je v doporučení uvedeno, že pacient propuštěn do domácího ošetření a spádové neurologické ambulance. Není závazně platný postup o tom, jak má být informován praktický lékař o onemocnění pacienta v jeho péči. Postup spíše závisí na zvyklosti daného oddělení – pacient buď obdrží propouštěcí zprávu v uzavřené obálce s instrukcí, aby ji předal svému praktickému lékaři, případně jinému odborníkovi, u něhož bude po propuštění sledován a léčen. Některá oddělení odesílají však i zprávy poštou.

V osobní anamnéze O je v 6/1996 vyšetření v neurol. ambul. pro akutní lumbalgii až lumboischialgii bilat., hrubá bederní blokáda. Lassequae vlevo 50 st., vpravo 45 st., chůze alogická s lehkou semiflexí trupu.

Dne 18. 11. 1996 vystavil OL doklad o PN od 17. 11. 1996 pro distorsi levého kolena, první ošetření bylo v 6.45 hod. na chir. ambul. klinicky – náznak výpotku intraartikulárně, palp. bolestivost nad vnitřní kloubní štěrbinou, vazy pevné, manévry na poranění menisku nepřesvědčivé, čerstvé traumat. změny nevidím. Přiložena dorsální sádrová dlaha, následně léčen v ortoped. ambulanci.

Hospitalizace na ortopedii NsP od 20. 1. do 24. 1. 1997, přijat k doporučené ASK, ta 21. 1. 97 – provedena part. ME mediálního menisku. Pooperačně 1x punkce, Thomasova dlaha, při propuštění koleno bez výpotku, hybnost S 0–0–120. Dg: Ruptura menisci medialis 1. sin.

2. 7. 97 – trvá omezení rozsahu pohybu v levém kolenní, trvá hypotrofie stehna, dále rehabilitace. dopor. přerazení mimo přetěžování LDK, ne práce v kleku a dřepu, bez pochůzek po nerovném terénu, nevhodná práce v dole.

Dle lékař. zprávy z 31. 7. 1997 vyřazen z dolu na povrch od 1. 8. 1997 pro následek pracovního úrazu ze 17. 11. 1996.

V dokumentaci je vložena zpráva OSSZ z 8. 12. 1997, pacient žádal o přiznání invalidního důchodu, k jednání se ale nedostavil, proto byla jeho žádost zrušena.

Poslední zápis v dokumentaci OL je 29. 6. 1999 – bolest v krku, Duomox. Vložen nález ortoped. kontroly z 20. 7. 1999 – týden po přetížení bolí l. koleno. Obj. koleno klidné, bez otoku, náplně, zarudnutí či hypertermie, hybnost bolestivá a omezena v dotaženích, dřep s omezením bez dosedu na paty, postr. vazy pevné, zásuvka negat., lýtko měkké, volně prohmatné.

Další zápis v dokumentaci pokračuje až 15. 8. 2000 do 12. 8. 2001 – změřen TK, předpis Ibuprofenu. Další záznamy pokračují až od 18. 4. 2002, předpis léků Ibuprofen, Dolgit, Lexaurin, Ranisan, v 9 a 11/2002 předpis Tramal cps. 50 mg II bal, Dolgit, Ibuprofen.

Další návštěva OL byla až 3. 6. 2003 – předpis léku Ibuprofen, Dolgit, Vonum cutan mast.

Dne 25. 11. 2009 navštívil O ortopeda pro dekompenzaci potíží levého kolena – Obj: koleno klidné, bez otoku, náplně, zarudnutí, hybnost S 0–0–130, ale dotažení plné E i F je bol. Postr. vazy pevné, med. postl. vaz při vyš. bolestivý, přední zásuvka lehce volnější, známky lehké anteromedialní instability. Dřep a klek bez plného dosedu na paty. Objemy kolen a stehen jsou t. č. bilat. shodné, bez známek hypotrofie stehna vlevo.

Ortoped. vyšetření primářem ortopedie 29. 12. 2009 obtíže jen s levým kolenem, píchá, řezání na vnitřní straně, nemůže dodřepnout, v klidu obtíže nemá, nedávno řezal dřevo a musel zajít k ortopedovi, bral prášky a mazal. Obj: ve stoji končetiny v ose, bez desaxace, chůze symetrická, lehce paty a špičky, vleže délka DKK stejná, natažené zvedá lehce, roll bilat. negat. (rotační manévry při ortopedickém vyšetření zjišťující rotaci v kyčlích), hybnost kyčel. kloubů bez omezení. Kolenní klouby bilat. bez známek synoviální iritace, tonus svalů symetrický a vydatný, objem sin. lehce menší hybnost kolen je volná, abdukční a addukční testy negat. Přední zásuvka a Lachman bilat. negat., poplitea bilat. bez resistance a bolesti. Manévry na patellu sin. citlivé. Periferie DKK bpn. Rtg bilat. – nález je symetrický, malé degenerat. změny dle rtg l. st. a to i FP. Viduji propouštěcí zprávu z r. 1997, jednalo se o parciální menisektomii mediál. menisku.

Závěr: na DKK symetrický nález artrózy kolen dle rtg l.st., bilat. bez jakéhokoli funkčního poškození. Vlevo bez zjevných následků úrazu, jen parciální ME.!!! Zprávy vyšetření v neurochirurg. ambulanci z kontrol 23. 4. 2007–7. 1. 2010: (pacient zprávu doručil až na cílené požádání znalkyni se specializací nemocí z povolání, v dokumentaci OL není ani zmínka o tom, že byl na operaci mozku pro tumor!, pozn. znalkyně) pacient je po operaci oligodendrogliomu Gr. II.–III. z 29. 1. 2003 s následnou aktinoterapií.

EEG opakovaně v normě. Na MRI z 18. 2. 2004 uspokojivý nález, změny spíše v kombinaci pooperační a postiradiační, kontrolní MR 4. 5. 2005 a 2. 11. 2006 bez známek recidivy. Kontrolní MR mozku 2. 12. 2007 bez jasné recidivy, popisované změny jsou nejspíše v rámci pokračujícího jizvení, proto dopor. kontrolní MR za 6 měsíců.

Při kontrole 16. 6. 2008 – dobrý průběh po odstranění TU, zatím klinicky i dle MR bez recidivy, popisovaný kavernom bez klinického nálezu není indikací k další léčbě. Kontrola za 1 rok.

Při kontrole 8. 6. 2009 na MR ze 7. 6. 09 nález stacionární bez známek progresu, kontrola za 1 rok. Kontrola však 7. 1. 2010 – proti zařazení do pracovního procesu nejsou žádné námitky, nejsou ani žádné požadavky na omezení práce, práce nemůže ovlivnit další průběh po operačního stavu.

Psychologické vyšetření O ze dne 28. 1. 2010 konstatovalo, že 1/2003 operován pro oligodendrogliom gr. II.–III. a násled-

ně aktinoterapie, dle poslední kontroly ze 7. 1. 2010 nejsou známky recidivy. Při vyš. orientovaný, dobrý kontakt a spolupráce, chování bez nápadností, při testových úlohách klidný, úkoly zvládá bez nutnosti zvýšeného volního nasazení, po vyřešení bez známek únavy. Po testech tento závěr: Aktuální mentální výkon nadprůměrný, převaha praktické inteligence, výrazně nadprůměrná schopnost vzhledu do situací a chápání sociálních nuancí, vyrovnaná koncentrace pozornosti. Kliniky bez známek organické dyskognice, v psychodiagnostických metodách naznačena minimální, nevýznamná organická projekce. Osobnost bez významnějších známek psychopatologické stigmatizace.

Znalkyně z oboru nemoci z povolání a pracovní úrazy uvedla, že byl posuzován muž věku téměř 48 let, který v 11/96 utrpěl pracovní úraz při práci v dole, když jako horník uklouzl a utrpěl poranění levého kolenního kloubu s následnou parciální menisektomií mediálního menisku. Ke dni 1. 8. 1997 byl vyřazen z důlní práce a od té doby je veden jako uchazeč o zaměstnání v evidenci úřadu práce. Jmenovanému je vyplácena náhrada za ztrátu na výdělků pro následky výše uvedeného pracovního úrazu.

Dle ortopedického vyšetření jsou v současné době na dolních končetinách oboustranně přítomny RTG známky artrózy kolenních kloubů oboustranně I. stupně bez jakéhokoli funkčního poškození, vlevo je nález bez zjevných následků úrazu.

U jmenovaného byla však provedena dne 29. 1. operace mozku pro nádor, šlo o oligodendrogliom stadia II–III s následnou aktinoterapií. Pacient tuto změnu dle dokumentace OL neuvedl – Praktický lékař dne 21. 10. 2009 v potvrzení o zdravotním stavu uvedl, že nové obecné onemocnění nevzniklo.

Jmenovaný posuzovaný by tak již v r. 2003 nebyl schopen žádné práce a tak ani práce v dole.

V současné době je jeho zdravotní stav stran exstirpovaného nádoru mozku stabilizován, klinicky nejsou žádné zjevné následky dříve prodělaného pracovního úrazu levého kolene.

Jmenovaný posuzovaný byl k datu operace, tj. 29. 1. 2003 a následujících 5 let od operačního zákroku neschopen původní práce v dole, kterou vykonával před pracovním úrazem, tj. před 17. 11. 1996.

Pro přetrvávající velmi závažné obecné onemocnění s nejistou prognózou, ale v současné době s letitou stabilizací zdravotního stavu s ohledem na statisticky uváděné údaje o těchto onemocněních je jmenovaný schopen spíše z preventivních důvodů jen důlní práce mimo extrémní fyzickou zátěž a extrémní klimatické podmínky.

V současné době není jmenovaný posuzovaný pro stav po výše uvedeném pracovním úraze ze dne 17. 11. 1996 pracovním omezen.

V letech 2003–2009 vydal PL Potvrzení o zdravotním stavu O

21. 10. 2003 se zněním: Potvrzuji, že současné zdravotní poškození, které je přímým následkem pracovního úrazu ze dne 17. 11. 1996, i nadále trvá a neumožňuje poškozenému stejné pracovní zařazení jako před úrazem. V průběhu období, uplynulého po pracovním úraze jiné, obecné chronické onemocnění nevzniklo.

Pokud obecné chronické onemocnění vzniklo, potvrďte prosím, co je hlavní a rozhodující příčinou nepříznivého zdravotního stavu poškozeného. Zda následky pracovního úrazu nebo obecné onemocnění. Napsáno stp. pracovním úraze 12. 11. 1996.

Potvrzení stejného znění byla vydána 18. 10. 2004.

Ve dnech 24. 10. 2005, 23. 10. 2006, 16. 10. 2007 a 18. 9. 2008 je druhý odstavec potvrzení ve znění. Pokud

obecné chronické onemocnění vzniklo, potvrďte prosím, zda následky tohoto obecného onemocnění by poškozeného samy o sobě, tj. i kdyby neutrpěl pracovní úraz, vyžadovaly z původní profese, kterou vykonával před tímto pracovním úrazem – ve všech potvrzení je místo pod tímto zněním přeškrtnuto.

V Potvrzení o zdravotním stavu registrujícím praktickým lékařem ze dne 21. 10. 2009 jsou vyjmenována chronická obecná onemocnění v 11 bodech, jako osmá skupina je zhoubné nádorové onemocnění jakéhokoli charakteru. Všechny 11 skupin onemocnění je proškrtnuto.

Znalec se specializací PL konstatoval, že PL byl usnesením Policie ČR obviněn ze spáchání trestného činu pomoci k trestnému podvodu, kterého se měl dopustit tím, že v letech 2003–2009 vystavoval Potvrzení o zdravotním stavu s nesprávnými údaji o zdravotním stavu O a umožnil mu neoprávněně pobírat náhradu za ztrátu na výdělku. Pan O tvrdil, že údaje o svém zdravotním stavu PL opakovaně sděloval. Komisař Policie ČR jeho tvrzení považoval za pravdivá.

PL s obviněním nesouhlasí, tvrdí, že o nádorovém onemocnění mozku pana O nevěděl, tudíž vystavoval v letech 2003–2009 Potvrzení o zdravotním stavu se závěrem, že nevzniklo jiné chronické obecné onemocnění či nový pracovní úraz.

K případu byly vypracovány 2 znalecké posudky, jeden na žádost policie a druhý na žádost právního odboru bývalého zaměstnavatele. Předtím policie požádala nemocnici o zodpovězení otázek zvyklostí předávání zpráv o léčení pacientů. Znalci odpověděli na otázky dle svých znalostí a zkušeností. V žádném posudku nebyl odkaz na právní úpravu, která odkazuje, za jakých podmínek jsou pracovníci schopni práce v hlubinných dolech. Stejně tak nebyl v posudcích odkaz na platné právní předpisy při dlouhodobě nepříznivém zdravotním stavu, který by si vyžádal změnu pracovního zařazení a přechod pacienta do invalidity, v obdobích 2003–2009 částečné nebo plné invalidity.

Při posuzování zdravotní způsobilosti by se mělo vycházet z dosud platné Přílohy 1 směrnic MZd ČSR č. 49/1967 Věstníku MZd. Pro práci v hornictví platí oddíl A zmíněné vyhlášky. Při náboru pracovníků platí kontraindikace uvedené v seznamu A v plném rozsahu. Při posuzování zdravotní způsobilosti při změně nebo po skončení práce ze zdravotních důvodů slouží tyto seznamy jako metodická pomůcka. Lékař vydávající posudek zvažuje povahu a vývoj, popřípadě stabilizaci nemoci a stavu ve vztahu k celkovému stavu a věku posuzovaného a ve vztahu k jeho adaptaci na dosavadní pracovní prostředí a výkon práce.

V Oddílu A je seznam kontraindikací rozdělen do 20 bodů. V bodu 5 jsou podmínky pro posouzení pacientů s nádory, v bodě 13 choroby nervové skupiny týkající se onemocnění pana O.

V bodě 5 Nádory: jsou kontraindikací všechny zhoubné nádory, prekancerózy, u nichž je podezření, že by pracovní prostředí mohlo vést k malignímu zvratu. Nezhoubné nádory velkých rozměrů vyvolávající funkční poruchy a ztěžující pohyb. Kontraindikací však nejsou stavy po operačním odstranění zhoubného nádoru, pokud výsledný stav není nadále překážkou funkce. Kontraindikací není rovněž stav, jestliže po odstranění zhoubného nádoru uplynulo víc než 5 let a nejsou známky nového onemocnění.

V bodě 13 Choroby nervové jsou kontraindikací organické laese mozku a míchy a následky poranění centrálního nervového systému provázené poruchami duševní činnosti, hybnosti, citlivosti a trofiky, rovnováhy a záchvatovými stavy včetně klidových a remitujících forem, epilepsie a její ekvivalenty, choroby nebo stavy po poranění periferního nervového systé-

mu s trvalými poruchami hybnosti, citlivosti nebo trofiky, chronické nervové poruchy mající za následek poruchu svalstva s trvalými poruchami funkce.

Další zákonná norma, která řeší nemoci, které vznikají nebo se podstatně zhoršují vlivem pracovního prostředí na pracovištích je Příloha k vyhlášce č. 129/1979 Sb. ve znění Vyhlášky 145/1982 Sb. Je zde citováno 18 skupin nemocí, nádor hlavy není uvažován, jako zhoršující se práci v podzemí nebo v podzemí vznikající. Citované vyhlášky byly zrušeny, ale nutno konstatovat, že stav po operaci mozkového nádoru zde nebyl vyjmenován jako onemocnění vznikající nebo podstatně zhoršující se vlivem prostředí na pracovištích v hornictví a v rámcových návodech pro jejich hodnocení.

Pan O dostal a dostával odstupné a mzdové vyrovnání nepochybně podle Vyhlášky 19/1991 Sb. o pracovním uplatnění a hmotném zabezpečení pracovníků v hornictví dlouhodobě nezpůsobilých k dosavadní práci. V Příloze 1 k této vyhlášce je vyjmenováno 18 skupin nemocí, které vznikají nebo se podstatně zhoršují vlivem pracovního prostředí v hornictví s rámcovými návody pro jejich hodnocení. Seznam této přílohy je totožný se seznamem Přílohy 1 k Vyhl. 145/1982 Sb. Oligodendrogliom zde není uveden.

Další zákonné normy, které řeší dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav, tím nezpůsobilost k práci a event. přechod do invalidity jsou zákony 155/2000 Sb. a 284/1995 Sb. V zákoně 284/1995 Sb. jsou vyjmenovány všechny choroby nebo jejich analoga, která způsobují dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav, tím neschopnost vykonávat posledně pojištěné povolání a řeší přechod do invalidity. Též jsou v zákoně dány podmínky, za jakých lze do invalidity přejít. Ke každé nemoci je dán zákonem procentuální pokles schopnosti práce. V letech 2003–2009 byl 2 stupňový systém invalidity, tj. pokud pokles schopnosti byl 0–32 %, nebyl posuzovaný uznán invalidním, pokud byl pokles 33–66 %, byl částečně invalidní, pokles větší než 66 % odpovídal plné invaliditě.

V uvedené vyhlášce je nádor mozku oligodendrogliom zařazen pod kapitolu VI – Nervový systém, oddíl A postižení mozku. V obecných zásadách je za oslabení počítáno snížení všíptivosti a koncentrace, ztráta přehledu, schopnosti adaptace, poruchy spánku, vegetativní labilita, bolesti hlavy apod.!!! Rozhodující pro stanovení míry poklesu soustavné výdělečné činnosti je rozsah a stupeň přetrvávajících výpadových jevů, nikoli etiologie postižení. Přitom je nutno brát ohled na neurologický nálezný, výpadové jevy cerebrální a psychické/částka 73, str. 3830/.

Nádory dutiny lební jsou hodnoceny v bodě 14/ str. 3834/. Míra poklesu soustavné výdělečné činnosti se stanoví podle neurologického, psychiatrického, psychologického, případně smyslových poruch s ohledem na možnosti operability a výsledku onkologické léčby. V bodě 14 a/ po odstranění nádoru, při probíhajícím léčení je míra poklesu 80, tedy plná invalidita. V bodě 14 c) po stabilizaci zdravotního stavu /zpravidla po 2 letech/ je míra poklesu 30–50 % – tedy maximálně částečná nebo žádný důchod. Protože není ze zákona zákaz činnosti v podzemí při DIČ, je možno práci v podzemí vykonávat.

Z teoretického hlediska – v současnosti platí zákony jiné – 359/2009 Sb., invalidita je zde 3 stupňová, s mírou poklesu 35 %, 50 % a 70 %. Nemoc pana O je hodnocena v kapitole II – onkologie. Při posuzování poklesu pracovní schopnosti se na pojištěnce s lokalizovaným nádorem (stadium I, II, III) nahlíží jako potencionálně vyléčitelné a míra poklesu pracovní schopnosti se odvíjí od výsledku léčby, klinického rozsahu a tíže funkčního postižení / částka 113, str. 5021 uvedeně-

ho zákona. Zde v oddílech 1 a 1 b jsou ztráty poklesu 5–10 % resp. 15–25 %, tedy žádná invalidita. – v 1 b lehké postižení, stavy v kompletní remisi, zpravidla po 6 měsících po ukončení léčby aktivní onkologické léčby, stabilizované nebo menší výkony z důvodu zhoubného nádoru, resekce nebo amputace zvenčí neviditelné, stavy s lehkým postižením některých orgánů nebo systémů, výkon některých denních aktivit s obtížemi nebo s využitím kompenzačních mechanismů. Toto je z dostupné dokumentace maximální postižení zdravotního stavu pana O koncem roku 2003.

Stav pana O bylo nutno považovat v roce 2003 za uspokojivý, když se cítil být práce schopen. Lze předpokládat, že poté neměl ani 21. 10. 2003, kdy bylo vystavováno potvrzení o zdravotním stavu.

Na otázku, zda PL věděl o operaci či nikoli by přesnější odpověď dal úplný výpis z osobního účtu pacienta, vedený ZP 213. Panu O byla předepsána pooperační antiepileptická terapie. Z účtu vychází, kdo a kdy lék napsal. Pokud recept vypsál PL, lze předpokládat, že o operaci věděl, pokud léčiva psal někdo jiný, lze věřit PL, že o nemoci nevěděl. Stejně tak se v osobním účtu píše diagnóza. Pokud se od PL vyskytuje diagnóza C71, lze předpokládat, že o nádoru věděl.

Důležité je vědět, jak dlouho trvala aktinoterapie, 7. 8. 03 neurochirurg píše stav po aktinoterapii. Pokud byla skončena v I. polovině roku 2003, byl při vydání posudku PL 21. 10. 03 stav pacienta velmi uspokojivý.

Posouzení způsobilosti k práci je v kompetenci závodního lékaře nebo lékaře závodní preventivní péče, který musí vycházet z platné legislativy, tedy pro hornictví z Přílohy 1 A směrnice MZd ČSR č. 49/1967 Věstníku MZd a Vyhlášky 19/1991 Sb. Pokud bychom hypoteticky se zamysleli na hodnocení stavu pana O 21. 10. 2003 nebyly kontraindikací k práci v podzemí stavy po operačním odstranění zhoubného nádoru, pokud výsledný stav není nadále překážkou funkce. Z dostupné dokumentace pan O poruchu funkce žádnou neměl, tedy mohl v podzemí pracovat.

Z praxe lze konstatovat, že míra ochoty pracovat – značného procenta pacientů je nepřímo úměrná stupni sociálního zabezpečení, pokud sociální jistoty bez nutnosti pracovat existují, je afinita k práci ze zkušenosti znalce minimální až žádná. Pokud sociální zabezpečení není, pracuje většina zaměstnanců s ochotou bez velkého ohledu na zdravotní stav. Pokud by pan O jistoty neměl, pracoval by jistě v podzemí již koncem roku 2003. Tento názor má znalec na základě zkušenosti závodního lékaře v letech 1983–2011.

Pokud by pacient chtěl pracovat, jako závodní lékař by mu znalec nebránil.

K otázce nomenklatury chorob. V Potvrzení o zdravotním stavu pana O je dotaz pojišťovny vždy na vznik obecného chronického onemocnění, a kromě roku 2009 není otázka nádoru vůbec zmiňována. Odoperovaný oligodendrogliom znalec z oboru všeobecné praktické lékařství považuje za obecné, ale nikoli chronické obecné onemocnění. Po operaci, aktinoterapii a krátké antiepileptické léčbě již kromě kontrol žádné léčení nebylo. Lze připustit podobu s odoperovaným žlučníkem apod.

Jako chronické obecné onemocnění nehodnotí stav ani primář neurochirurgie dne 30. 3. 2010 a dodává, že stav se dal posoudit jako dočasná pracovní neschopnost.

Stejně nehodnotí oligodendrogliom jako chronické obecné onemocnění znalec z oboru neurologie.

Lze tedy říci z pohledu znalce se specializací všeobecné praktické lékařství a s téměř 30letou zkušeností závodního

lékaře na dole, že posudky nebyly nepravdivé a to i patrně tehdy, kdyby PL věděl o nemoci.

K otázce odebrání renty lze konstatovat, že neexistuje jednotná zákonná norma, vychází se ze Zákoníku práce, do r. 2006 z § 202, po r. 2006 z § 396. Protože se jedná o sociální nikoli zdravotní problémy, znalec se touto problematikou nikdy nezabýval. Výklad paragrafů ZP je dán rozhodnutími soudů k této problematice.

K otázce předání zpráv z hospitalizace lze konstatovat, že jsou zprávy někdy předávány pacientům a nemusí být posílány poštou. Je to praxe nemocnice, kde byl O na operaci, což je potvrzeno i ve zprávě pro Policii ČR. Praxi předávání zpráv v rajónní nemocnici znalec nezná.

Znalec se specializací všeobecné lékařství odpověděl i na otázku obhajoby.

1. Byl pan O v roce 2003 a v následujících letech schopen práce v dole nebo jiné práce?

Znalci je k dispozici jediný nález z r. 2003 – neurochirurga, kde 7. 8. 03 je konstatováno, že se pacient cítí dobře, EEG v normě, na MR 10. 7. 03 stav uspokojivý. Proto se znalec domnívá, že koncem roku mohl pan O vykonávat práci v dole, též v následujících letech. Posouzení k práci v podzemí není v rozporu se seznamem kontraindikací pro práci v dole uveřejněném v Příloze 1 A směrnice MZd ČSR č. 49/1967 Věstníku MZd ani s Přílohou 1 Vyhlášky 19/1991 Sb.

Je onemocnění oligodendrogliomem trvalou kontraindikací k práci v podzemí?

Není.

Mohl pan O rozpoznat, že vzhledem k mozkovému nádoru není schopen pracovní činnosti?

Z teoretického hlediska pacient většinou není schopen rozpoznat závažnost svého onemocnění. Protože dne 28. 2. 2003 byla ukončena jeho pracovní neschopnost, patrně se cítil dobře. Vzhledem k tomu, že v té době patrně probíhala aktinoterapie, znalce se domnívá, že v 1. polovině roku 2003 stav odpovídal dočasné pracovní neschopnosti, koncem roku byl patrně práce schopen a to i do podzemí. Stejně byl schopen práce v dalších letech. Mohl pan O vědět, že pokud onemocní jinou chorobou, může toto mít vliv na výši renty?

Uvědomění pacientů skrze vyplácení renty je ze zkušenosti znalce velmi vysoké. Znalec se domnívá, že odoperovaný oligodendrogliom není chronické obecné onemocnění, tedy pokud trvalo poškození kolene, neměla se by se výše renty měnit. Zároveň se znalec domnívá, že obavy o rentu pan O měl.

Jakou statistickou číselnou diagnózou by bylo označeno ukončení dočasné pracovní neschopnosti v roce 2003?

Pokud byly PL známy okolnosti onemocnění pana O a postupoval podle předpisů, měla být na tiskopisu ukončení pracovní neschopnosti diagnóza C71.

Je možné, aby ošetřující praktický lékař nedostal propouštěcí zprávu z hospitalizace z nemocnice v roce 2003 a nevěděl tak o diagnóze mozkového nádoru?

Je to nejen možné, ale dokonce pravděpodobné, neboť i v odpovědi přednosty neurochirurgie je uvedeno, že zpráva není odesílána PL.

Je možné aby ošetřující praktický lékař nevěděl o ošetřeních u jiných specialistů?

Pokud praktický lékař pacienta ke specialistovi neodešle, tak neví, zda se pacient někde jinde léčí či zda je jinými specialisty vyšetřován.

Existuje objektivní záznam o preskripci nebo absenci preskripce, o vyšetřeních nebo absenci vyšetřování pana O PL?

Objektivním záznamem je osobní účet pacienta u příslušné zdravotní pojišťovny. A to nejen výkony a preskripce PL a též všech jiných zdravotnických zařízení. K bližšímu objasnění případu je nutné osobní účet pana O u zdravotní pojišťovny otevřít. Pro vypracování tohoto posudku pan O souhlas nedal, pro jednání soudu k upřesnění posudku jsou údaje z osobního účtu nezbytné!!!

Je pravděpodobné, že pan O přinesl zprávy z ošetřování v odborných ambulancích PL až v roce 2009?

Ve výpovědích pana O a PL jsou diametrálně odlišná tvrzení. Vyšetřovatel Policie ČR věří verzi pana O a obvinil PL ze spáchání trestného činu pomoci k trestnému činu podvodu. Znalec z oboru všeobecného lékařství s téměř 30letou zkušeností práce závodního lékaře na dole se domnívá, že pan O byl koncem roku 2003 schopen práce v dole bez ohledu na to, zda to PL věděl nebo nevěděl o operaci nádoru mozku pana O. Ošetřující praktický lékař není hmotně zainteresován na rentě pacienta, na rozdíl od pana O, který, pokud byl obviněn z podvodu, může se snažit svoji vinu částečně „přelít“ na ošetřujícího praktického lékaře. Za rozhodnutí lze považovat záznamy v osobním účtě pana O. Vzhledem k tomu, že pan O patrně potvrdil PL, že mu zprávy přinesl až v roce 2009, nejví se mi tato informace jako nepravděpodobná.

Na dotaz obhajoby, co považujete za vhodné sdělit k závěrům znaleckého posudku ze specializace neurologie?

Má rozdílný názor na dobu zdravotního omezení 22. 11. 2002–7. 1. 2009. Od roku 2003 nejsou v dostupné dokumentaci popsány žádné funkční patologie ve stavu pana O – nejsou popisovány závrativé stavy, epileptické záchvaty, bolesti hlavy, lateralizace, poruchy myšlení, spánku atd.

Zákon 284/1995, který platil v letech 2003–2009 jasně říká, že rozhodujícím kritériem pro zhodnocení poklesu soustavné výdělečné činnosti je rozsah a stupeň přetrvávajících výpadových jevů, nikoli etiologie onemocnění. Z dokumentů, které měl znalec k dispozici a které jsou i v posudku znalce se specializací neurologie o výpadových jevech není od poloviny roku 2003 zmínka.

Na dotaz, co považujete za vhodné sdělit k závěrům posudku ze specializace pracovní úrazy a nemoci z povolání?

Znalec z oboru všeobecné lékařství má rozdílný názor na dobu pracovního omezení, zde je uvedeno 5 let. Odkazuje opět na zákon 284/1995. Stejně tak konstatuje, že formulaci, že „jmenovaný je schopen práce spíše z preventivních důvodů“, žádná vyhláška nezná.

Na dotaz obhajoby, zda jsou potvrzení o zdravotním stavu O vydaná v letech 2003–2009 formálně správná a pravdivá?

Jak bylo blíže uvedeno v diskusi nepovažuje znalec se specializací všeobecné lékařství potvrzení za formálně nepravdivá a nesprávná. Oligodendrogliom není chronické obecné onemocnění, ale obecné onemocnění, které bylo vyřešeno operací a aktinoterapií, byť vyžaduje sledování, ale žádnou léčbu od konce roku 2003 posuzovaný patrně pacient neměl – v dostupné dokumentaci o ní není žádná zmínka. Případ dospěl k okresnímu soudu. Obviněný pan O i jeho obhájce u soudu pochopili, že závěr posudku znalce se specializací všeobecné lékařství o tom, že mozkový nádor není chronické obecné onemocnění ve znění vyhlášky hraje pozitivně i do jejich not a dali souhlas k výpisu z osobního účtu

pacienta u zdravotní pojišťovny. Zde se ukázalo, že PL nikdy nepředepsal antiepileptickou léčbu a ta nebyla psána ani specialisty od poloviny roku 2003 a pan O skutečně kromě kontrol na neurochirurgii 1x ročně nikam nechodil. PL nikdy v účtech pro ZP nevykázal diagnózu C71.

Praktik vysvětlil, že ukončení pracovní neschopnosti provedla jeho sestra v době jeho nepřítomnosti při návštěvě pana O, který proklamoval, že nemůže čekat.

Přestože znalec z oboru neurologie neměl žádné znalosti o posuzování k práci a trval na nezpůsobilosti k práci v podzemí 2002–2009, soudkyně okresního soudu k překvapení většiny dala za pravdu jemu a žalobci a odsoudila PL k náhradě škody. Ten se pochopitelně odvolal ke krajskému soudu. Krajský soud si vyžádal další znalecký posudek znalce z oboru pracovního lékařství. Ten měl podobný názor jako znalec se specializací všeobecné lékařství, Spor byl ukončen až 10. 2. 2014, 3 roky po obvinění, kdy byl praktický lékař zproštěn viny ve všech bodech obžaloby.

Jaká nám plynou z této kauzy ponaučení? Je zřejmé, že pacienti, kteří pobírají rentu z důvodu doplácení výdělku při přeražení ze zdravotních důvodů v důsledku stavu po pracovním úraze či nemoci z povolání mají jediný zájem a to, aby rentu udrželi. K tomu velmi často simulují nebo naopak disimulují podle toho, co se jim hodí. Těchto pacientů není málo. V určitých regionech jsou jich stovky až tisíce. Zákony těmto osobám garantují mnohé značné výhody. Renta je valorizována, vyplácena do 65 let, starobní důchod je vypočítán z částky na kterou je výdělek dorovnáván jakoby zaměstnanec pracoval až do 65 let. Jediné minus pro rentiéry je výklad, že pokud onemocní jiným chronickým obecným onemocněním, je jim renta krácena či vyplácení je pozastaveno úplně. Do role těchto zlých osob, kteří svým posudkem mohou při změně stavu rentiéra o peníze připravit, jsou vmanipulováni ošetřující lékaři, převážně všeobecní PL. Pokud komerční pojišťovny, která rentu vyplácí, zjistí změnu zdravotního stavu a od posuzujícího lékaře změna není zohledněna, bez váhání lékaře žalují. Ti neberou nic, ale pak by měli platit statisíce, milióny. Uvedená žaloba v kazuistice nebyla jedinou žalobou komerční pojišťovny na lékaře. Proto, pokud se komerční pojišťovny táží na případné změny stavu, musí být odpovědi přesné, charitativní myšlení nesmí mít v těchto případech žádný prostor.

To, co se při jednáních v soudní síni neobjevilo. Jak vůbec vznikla tato konkrétní kauza? Z kuloárních informací hornický rentier seděl v restauraci a před spolustolovníky se chlubil výší renty, povídání okořenil tím, že prodělal operaci mozku, ale jeho doktor mu podepíše vše, když mu dá pětikilo navíc. Jeden z kamarádů neváhal a popsal tyto informace bývalému zaměstnavateli v dopise bez podpisu. Zaměstnavatel ihned uvědomil policii a příslušnou komerční pojišťovnu a rozběhlo se vyšetřování a běh událostí, který byl popsán výše.

Příští kazuistika bude o obžalobě praktika z nedbalosti s následkem smrti na základě posudků znalce se specializací soudního lékařství, který vycházel ze zpráv nemocnice. V závěrečné zprávě nemocničního oddělení však chyběly důležité skutečnosti...

Převzetí praxe v praxi aneb kupodivu i lékaři jsou lidé

MUDr. David Halata

všeobecný praktický lékař, Hošťálková

Praxi lze získat v České republice děděním/převzetím, koupí či zřízením nové praxe. Prodej lze uskutečnit mezi fyzickými osobami, mezi fyzickou osobou a právnickou osobou (s. r. o.) nebo prodejem praxe prostřednictvím jejího převodu na společnost s ručením omezeným a následným prodejem obchodního podílu. Každý postup přináší svá pro a proti. Ať zvolíme kterýkoliv postup, vždy je zcela zásadní sepsání smlouvy o prodeji lékařské praxe, nejlépe v písemné podobě s právníkem, složení kupní ceny do úschovy třetí osobě (notář), zbytečně nespěchat s rušením smluv se zdravotními pojišťovnami (nová může nahradit stávající) a oprávnění k poskytování zdravotnických služeb (může být klidně krátkodobý souběh)¹. Tato právně-technická stránka věci podléhá přirozeně častým změnám souvisejícím se změnami právního řádu a je pravidelně zpracovávána v souhrnných člancích. Navíc vezmeme-li v potaz hodnotu předávané praxe, právní konzultace je nabíledni. Vůbec žádná pozornost se naopak nevěnuje vlastní lidské podstatě předávání praxí s důsledky na oba zúčastněné lékaře, která v déleodobějším hledisku představuje výrazně větší hodnotu. Jsme zvyklí pracovat se svými pacienty jako lidmi, není od věci použít tento pohled i na vlastní osoby.

Na předávání praxí je třeba oboustranný pohled, předání a převzetí praxe lze jen velmi obtížně oddělit. Jedná se o součinnost dvou lékařů a zasahuje oba bez výjimky. (Pokud vynecháme vlastní pacienty, jinak lze rozšířit až na třístranný pohled.) Nejistota a strach jsou oboustranné, chybí obecně uznávaná a jasná pravidla pro předávání praxí.

Běh profesního života, pokud se budeme inspirovat Britskou královskou kolejí všeobecného lékařství, můžeme rozdělit do tří fází. Prvních pět let, střední věk a posledních pět let. Je dostatečně vypovídající, že pro jednotlivé úseky profesní dráhy nemáme ani české ekvivalenty... Již se zažil termín mladý praktik (vycházíme z evropské definice – lékař v předatestační přípravě a do 5 let po atestaci, Britové ještě dále rozlišují čas 5 let po atestaci, jako skupinu lékařů hodnou zvláštní pozornosti). Pro střední věk a hlavně pro skupinu lékařů v posledních 5 letech praxe budeme již české pojmenování hledat poměrně obtížněji.

V prvních pěti letech se mladý praktický lékař potýká především s obtížemi jak získat praxi, chybějícím systémovým řešením, finanční nejistotou, chybějící profesní zkušeností, nutností dalšího vzdělávání, malou až nulovou znalostí o managementu praxe (je velice důležité apelovat na praktické lékaře školitele, aby předatestanty seznamovali

plně s náležitostmi ekonomického chodu praxí, přibližnými náklady, co vlastně představují, výdělky, systémem hrazení zdravotních služeb od zdravotních pojišťoven, jiných příjmů.), radostmi se zakládáním rodiny, podléhají velkému tlaku na vybalancování poměru pracovního a rodinného života...

Ve středním věku zažívá praktik nejlepší lékařská léta, jednotlivé části osobnosti lékaře by měly být téměř dokonale vybalancovány (vzdělávání, profesní zkušenost, rodina...). Kromě vlastní lékařské praxe se od něj očekává přínos pro celou společnost, přínos pro rozvoj oboru všeobecného praktického lékařství, podpora ostatních skupin praktiků, výchova nových praktiků... Přichází však též krize středních let, nutnost udržení současného vědění, ne vzácně rozčarování z volby povolání, též syndrom vyhoření.

V posledních 5 letech se odcházející lékař potýká s otázkami jak předat praxi, naráží též na chybějící systémové řešení. Oplývá obrovskými profesními zkušenostmi, na druhou stranu je další vzdělávání obtížnější než v dřívějších letech. Ohrožuje jej riziko prázdnoty osobnosti, kdy práce byla všechno a najednou se životní náplň vytrácí (otázka zda již v mladém a středním věku nevzdělávat lékaře ve správném zacházení s vlastním časem, umění odpočinku, zachování koníčku, zabránění syndromu vyhoření.).

Lékaři v prvních pěti letech praxe a v posledních 5 letech praxe kupodivu sdílejí velice podobné potíže, týkající se předávání praxí.

Vlastní předání praxe nemusí vždy proběhnout náhle. Může nastat souběh obou lékařů (odcházejícího a přebírajícího), ať už je zaměstnancem kterýkoliv z nich. Považoval bych tuto situaci téměř za ideální. Novému lékaři umožní souběh postupné seznámení s pacienty, chodem praxe, vybavením praxe, lze obhlédnout rutinní zvyky lékaře protřelého léty praxe. Odcházejícímu lékaři poskytuje souběh jakýsi mezistupeň před úplným opuštěním zaměstnání, postupnou organizaci nově volného času a též nezanedbatelný přivýdělek k eventuálnímu důchodu. Pro pacienty pak souběh představuje možnost postupně si zvyknout na svého nového lékaře.

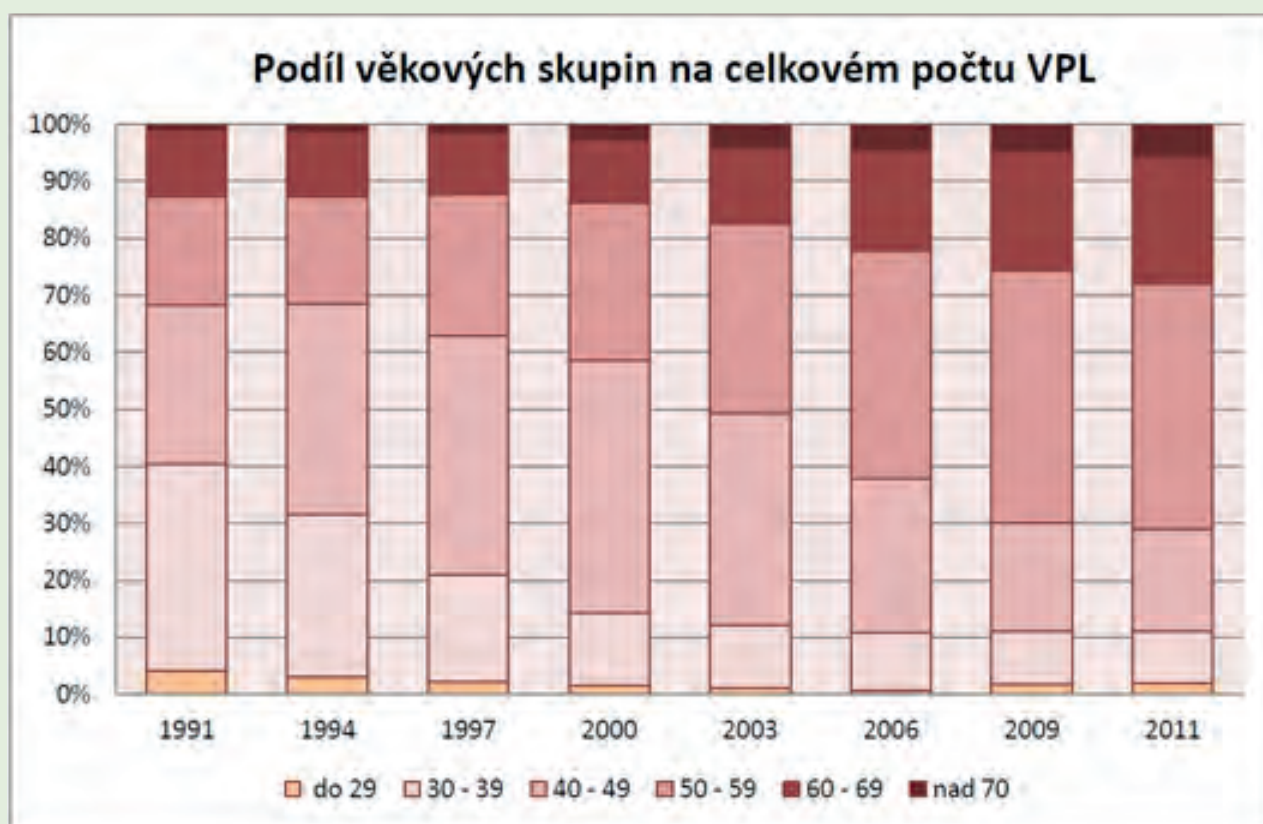
Při vlastním předávání je velice důležité pokusit se maximálně při řešení čehokoliv dívat se na věc očima druhé strany. Ono rozhodnout se, že skončíte s vlastní praxí, zůstane vám důchod, že se úplně změní náplň vašeho času, vaše příjmy, vaše sociální postavení. aniž vás k tomu cokoli nutí, to je opravdu hodně těžké. Z druhé strany rozhodnout se vynaložit nemalou finanční částku, často

na úvěr v době, kdy člověk zakládá rodinu, splácí úvěry za bydlení s často minimální znalostí ekonomického chodu konkrétní praxe není též nic lehkého, byť se dá očekávat výdělečnost praxe. Nebud'te tedy oboustranně překvapení, pokud emocionální stránka věci bude někdy daleko podstatnější, než skutečně podstatné věci. A některé věci někdy časem najdou řešení samy.

V procesu předávání praxí v České republice v současné době máme více nejasností a otázek než jasných systémových řešení. V příštích 10 letech se předání/převzetí praxe

bude týkat přibližně 30 % praxí praktických lékařů². Jako zásadní nedostatek vidím naprosté neuchopení problémů odcházejících lékařů. Z mnoha ohledů vycházejí jako skupina zranitelná. Po některých zahraničních vzorech by stálo za úvahu vytvoření centra pro předávání praxí (při ČLK, SVL, SPL, kraje...), které by přineslo záruku korektnosti oběma stranám, poskytlo právní zázemí, pomohlo při určení ceny praxe a bylo by obecně uznávané.

Hodně štěstí při přebírání/předávání praxí!



Zdroj dat: ÚZIS

Literatura:

1. Buriánek A.: Prodej lékařských praxí – stále aktuální téma; Tempus Medicorum, 3/2014, s 24–26
2. Bělobrádek J.: Personální situace v oboru všeobecné praktické lékařství v roce 2013

Vážení čtenáři a řešitelé testů,

dle nového Stavovského předpisu České lékařské komory č. 16, podle § 5 přílohy č. 1, jsou od 1. 7. 2012 všechny znalostní testy v odborných časopisech hodnoceny jednotně, a to 2 kredity. Za správné vyřešení testu budou řešitelům přiděleny **2 kredity ČLK**. Podmínkou ČLK pro přidělení kreditů je zaslání odpovědi v písemné podobě na odpovědním lístku nebo elektronicky na www.svl.cz a **to nejpozději do 10. 7. 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 4/2014: 1 a, 2 a, 3 a, 4, 5 b, 6 b, 7 b,c, 8 c, 9 b, 10 c

KOMBINOVANÁ TERAPIE HYPERTENZE U PACIENTA S VYSOKÝM KARDIOMETABOLICKÝM RIZIKEM

1. V případě nutnosti použití trojkombinace v léčbě hypertenze je vhodné kombinovat

- a) inhibitory ACE, blokátory Ca kanálů a jako třetí lék má být diuretikum
- b) inhibitory ACE, betablokátory a diuretikum
- c) inhibitory ACE, sartany a betablokátory

2. Za metabolicky neutrální diuretikum je považován

- a) hydrochlorothiazid
- b) furosemid
- c) indapamid

VÝZNAM CENTRÁLNÍCH ANTIHYPERTENZIV V LÉČBĚ HYPERTENZE

3. U agonistů imidazolinových receptorů v léčbě hypertenze je výhodou

- a) výrazné snížení kardiální a renální sympatické baroreflexní odpovědi
- b) vasodilatační a mírně diuretický účinek
- c) zachování adaptability srdeční frekvence při zátěži (na rozdíl od beta-blokátorů)

4. Agonisty imidazolinových receptorů je účelné kombinovat s ostatními antihypertenzivy: nejvhodnější je kombinace

- a) s inhibitory ACE, AT1 blokátory, blokátory kalciového kanálu či diuretiky
- b) s betablokátory
- c) s alfablokátory

ČÍM NÁS PŘEKVAPÍ OČKOVÁNÍ V ROCE 2014

5. V případě proměšaného přeočkování proti tetanu se doporučuje

- a) aplikace jedné dávky vakcíny co nejdříve s kontrolou protilátek za 1–2 měsíce po aplikaci
- b) základní očkování 3 dávkami vakcíny (s 2. a 3. dávkou za 6–10 týdnů a za 6–10 měsíců po 1. dávce)
- c) stačí aplikace jedné dávky vakcíny bez nutnosti kontroly protilátek

6. Při koncentraci antitetanických IgG protilátek < 0,1 IU/ml je doporučen následující postup:

- a) aplikace jedné posilující dávky vakcíny za 4 týdny
- b) aplikace dalších dvou dávek, za 6–10 týdnů a za 6–10 měsíců
- c) aplikace další dávky vakcíny v řádném termínu pravidelného přeočkování

7. Vakcína Zostavax se používá v prevenci

- a) invazivních meningokokových onemocnění
- b) infekce herpes zoster
- c) infekce lidským papilomavirem

DIAGNOSTIKA REVMAICKÝCH ONEMOCNĚNÍ – MIMOKLOUBNÍ REVMAISMUS

8. Fibromyalgický syndrom (FMS)

- a) je chronický generalizovaný nezářlivý proces
- b) je chronický generalizovaný zářlivý proces
- c) je chronický lokalizovaný zářlivý proces

9. Pro přítomnost revmatické polymyalgie (PMR) svědčí

- a) specifický laboratorní nález s přítomností pozitivitu revmatoidního faktoru v kombinaci se signifikantním zvýšením reaktantů akutní fáze (FW, CRP)
- b) pro PMR neexistuje žádný specifický diagnostický test, jedná se o diagnostiku per exclusionem
- c) výrazná klinická odpověď na léčbu glukokortikoidy

LÉČBA CESTOVATELSKÝCH PRŮJMŮ RIFAXIMINEM

10. Rifaximin

- a) je možné podávat v profylaxi průjmu cestovatelů
- b) je úspěšnou terapií při akutním i chronickém průjmovém onemocnění, včetně průjmu cestovatelů
- c) před jeho nasazením je nutný kultivační průkaz bakteriální infekce

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. 5/2014

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 |

CompuGroup Medical je pro lékaře především partnerem

Jan Hlaváček

ředitel divize Ambulantní software CompuGroup Medical Česká republika

Při tvorbě a vývoji našich řešení a produktů pro lékaře se již více než 20 let soustředíme především na jejich účelnost a přínos pro zákazníky. Lékařský software vedle toho, že je uživatelsky příjemný, má lékaři přinášet i úsporu časovou a finanční. Všechno se pak odrazí v kvalitnější péči o pacienta a v efektivnější ordinaci.

Uvědomujeme si naší pozici leadera na trhu s lékařským softwarem a to nám umožňuje přistupovat odpovědně k rozvoji celého oboru. Díky tomu také máme bohaté zkušenosti, které se především snažíme využít při zlepšování stávajících a k inovacím do nových řešení.

Budeme tedy rádi, pokud bude mít lékařská veřejnost možnost korektního srovnání nabízených softwarů, které zohlední všechny aspekty nabízených řešení a nezaměří se pouze na cenu. Naše neúčast v nedávném průzkumu organizovaném SVL tedy jistě není projevem nezájmu o zákazníky, ale spíše neochota podpořit něco, jehož srovnávací parametry

jsou nastaveny jednostranně. Skutečná hodnota pro zákazníka je podle nás vždy dána skutečnými náklady, reálným přínosem a v neposlední řadě efektivitou při práci.

Nechceme také tvrdit, že dodáváme nejlevnější software, protože jeho cena se odvíjí a odpovídá jeho bezkonkurenční funkcionalitě a komfortu, který poskytuje svým uživatelům. Díky použitému modelovému příkladu ceny uvedené v průzkumu zcela neodrážejí realitu. Z našich údajů vyplývá, že naši zákazníci v průměru neplatí zdaleka ani polovinu částky uvedené v průzkumu. Obecně pak platí, že leader na trhu dodává řešení, která jsou na špičce, nicméně, že i tomu odpovídá jejich cena.

Naše pozice na trhu nám také umožňuje přinášet do světa ambulantních lékařů inovace, jako je např. schopnost širšího zapojení do elektronického zdravotnictví nebo rozšiřitelnost pomocí speciálních služeb a aplikací. Je to přidaná hodnota příslušného softwaru vedle jeho vlastních základních funkcí.

Příkladem může být řešení na bezpečnou a důvěryhodnou výměnu dat. Ta probíhá přes zabezpečený systém Medical Net. Díky důsledné integraci přímo do software, který lékaři používají v ambulancích, nemocnicích, nebo laboratořích, se lékař nemusí učit pracovat s novým systémem, ale používá ten, který důvěrně zná. Produkt CGM LIFE eSERVICES zase v současné době pacientovi umožňuje služby, jako jsou objednávání přímo do kalendáře lékaře, konzultace aktuálního zdravotního stavu, sdílení výsledků vyšetření a dalších zdravotnických zpráv a online medicíny. Společnost také v rámci svých inovací připravuje napojení na telemedicínské přístroje (monitoring těhotných nebo měření tlaku, obsah kyslíku a cukru v krvi).

Celkově řečeno nechceme být ani sluhou natož pánem, ale partnerem, který zná potřeby lékařů a váží si ceny jejich času.



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