



practicus

Odborný časopis Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP

tip tohoto čísla

Poruchy cirkadiánního rytmu



č. 6/2014

ročník 13

pro
praktické
lékaře
zdarma

Vkladem
tohoto čísla je
Doporučený postup
OBEZITA

Vydává
Společnost
všeobecného
lékařství ČLS JEP

www.practicus.eu

**Výroční zpráva výboru Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP
za roky 2011–2013**

Iniciativy SVL ČLS JEP a SPL ČR směrem k ministru zdravotnictví

Info volby Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP

Vliv hypnotik a antidepresiv na spánkovou architekturu

Problematika žilního onemocnění – interaktivní znalostní test

Kardiovaskulární prevence u hypertonika s velmi vysokým rizikem

Epilepsie a jiné poruchy vědomí

Poruchy cirkadiánního rytmu

Klinické studie s rifaximinem v terapii průjmu cestovatelů

Kazuistika: Karcinom ledviny ze sběrných kanálků u mladé pacientky

Praktický maraton Biskupice 2014

Vzdělávací semináře SVL ČLS JEP v září 2014

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

Hlavní témata:

Primární záchyt Alzheimerovy demence u PL.

Priority v očkování nejen v chřipkové sezóně –
praktický průvodce očkováním v podzimních a zimních měsících

den	datum	čas	město a místo konání
čtvrtek	4. 9.	16.30–20.30 h	Karlovy Vary, Hotel "U Šimla", Závodní 1
čtvrtek	4. 9.	16.00–20.00 h	Liberec, Krajská nemocnice Liberec, Husova 10
sobota	13. 9.	09.00–13.00 h	Olomouc, Aula Právnické fakulty UP Olomouc, tř. 17. listopadu 8
pondělí	8. 9.	16.30–20.30 h	Zlín, Aula SZŠ, Příluky 372
úterý	9. 9.	16.00–20.00 h	Pardubice, Hotel Zlatá Štika, Štrosova 127
středa	10. 9.	17.00–21.00 h	Jihlava, presbytář Hotelu Gustav Mahler, Křížová 4
čtvrtek	11. 9.	16.00–20.00 h	Ústí nad Labem, Best Western Hotel Vladimír, Masarykova 36
sobota	13. 9.	09.00–13.00 h	Brno, Kancelář veřejného ochránce práv, Údolní 39
čtvrtek	18. 9.	16.00–20.00 h	Hradec Králové, Nové Adalbertinum, Velké náměstí 32
čtvrtek	18. 9.	16.00–20.00 h	Lék.dům, Sokolská 31, 120 26 Praha 2
sobota	20. 9.	09.00–13.00 h	Plzeň, Šafránkův pavilon, alej Svobody č. 31
středa	24. 9.	16.00–20.00 h	Praha, Lék. dům, Sokolská 31
středa	24. 9.	16.00–20.00 h	České Budějovice, Clarion Congress Hotel, Pražská třída 2306/14
úterý	23. 9.	16.00–20.00 h	Ostrava, Hotel Imperial, Tyršova č. 6

OBSAH

practicus

odborný časopis SVL ČLS JEP
6/2014, ročník 13

INFO SVL

- 04** | VÝROČNÍ ZPRÁVA VÝBORU SPOLEČNOSTI VŠEOBECNÉHO LÉKAŘSTVÍ ČLS JEP ZA ROKY 2011–2013
- 12** | INICIATIVY SVL ČLS JEP A SPL ČR SMĚREM K MINISTRU ZDRAVOTNICTVÍ
doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D.
- 13** | INFO VOLBY SPOLEČNOSTI VŠEOBECNÉHO LÉKAŘSTVÍ ČLS JEP

ZPRÁVY Z KONFERENCE

- 14** | VLIV HYPNOTIK A ANTIDEPRESIV NA SPÁNKOVOU ARCHITEKTURU
MUDr. Karel Šonka
- 15** | PROBLEMATIKA ŽILNÍHO ONEMOCNĚNÍ – INTERAKTIVNÍ ZNALOSTNÍ TEST
MUDr. Jana Vojtíšková

ODBORNÉ ČLÁNKY

- 18** | KARDIOVASKULÁRNÍ PREVENCE U HYPERTONIKY S VELMI VYSOKÝM RIZIKEM
prof. MUDr. Hana Rosolová, DrSc., FESC
- 22** | EPILEPSIE A JINÉ PORUCHY VĚDOMÍ
MUDr. Irena Novotná
- 25** | PORUCHY CÍRKADIÁNNÍHO RYTMU
MUDr. Martin Pretl, CSc.
- 29** | KLINICKÉ STUDIE S RIFAXIMINEM V TERAPII PRŮJMU CESTOVATELŮ: JEDNOZNAČNÉ VÝSLEDKY
MUDr. Martin Vaněk

KAZUISTIKY

- 32** | KARCINOM LEDVINY ZE SBĚRNÝCH KANÁLKŮ U MLADÉ PACIENTKY
MUDr. Martina Poršová, MUDr. Jaroslav Porš, MUDr. Richard Pabišta, MUDr. Alexander Nedbálek, MUDr. Jan Zaplatílek, MUDr. Ivan Kolombo

ZE SVĚTA MLADÝCH PRAKTIKŮ

- 36** | PRAKTICKÝ MARATON BISKUPICE 2014 – SLÁVA J. A. KOMENSKÉMU ANEB ŠKOLA HROU....

38 | 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.** ••• Příhlášky přijímá redakce. ••• Toto číslo bylo dáno do tisku **28. 7. 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



Výroční zpráva výboru Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP za roky 2011–2013

Výbor SVL ČLS JEP se v letech 2011–2013 soustředil na oblast kontinuálního vzdělávání VPL, růst kompetencí VPL, výzkumné aktivity v oblasti kvality péče, bezpečí pacientů a hlavních civilizačních chorob, tvorbu Doporučených postupů pro PL, problematiku organizace primární péče a jejího personálního zabezpečení, přípravu XXX., XXXI. a XXXII. výroční konference, V., VI., a VII. jarní interaktivní konference a řešení koncepčních otázek oboru. Pokračovala příprava na světovou konferenci PL WONCA, která se s velkým úspěchem za přítomnosti generální ředitelky WHO M. Chan uskutečnila v Praze v roce 2013. Dalším důležitým okruhem problémů byl návrh e-learningového vzdělávání v rámci specializační přípravy, specializační přípravy pomocí RM, problematika preskripce a spolupráce na zlepšení podmínek práce (kapitace, kódy) PL se SPL ČR.

Výbor pracoval ve složení:

Předseda: doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc.

Místopředseda: MUDr. Otto Herber

Vědecký sekretář: doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D.

Místopředseda pro vzdělávání: MUDr. Jaroslava Laňková

Místopředseda pro profesní záležitosti: MUDr. Igor Karen

Pokladník: MUDr. Pavel Brejník

Členové: MUDr. Rudolf Červený, Ph.D., MUDr. Toman Horáček, MUDr. Karel Janík, MUDr. Josef Štolfa,

MUDr. Stanislav Konšacký, CSc., MUDr. Josef Kořenek, CSc., MUDr. Zuzana Miškovská, Ph.D., MUDr. Dana Moravčíková, MUDr. Alice Havlová, MUDr. Bohumil Skála, Ph.D., MUDr. Cyril Mucha

Předseda revizní komise: MUDr. Jana Vojtíšková

Členové: MUDr. Eva Grzegorzová, MUDr. Petr Herle

Výbor společnosti se scházel v plánovaných termínech 1x měsíčně mimo období prázdnin a průběžně řešil otázky související s činností společnosti. Jako ocenění práce pro SVL výbor navrhl u dlouholetých členů výboru MUDr. Jiřího Appelty a MUDr. Marcelu Bradáčové jejich ocenění čestnou medailí ČLS JEP, kterou obdrželi na výroční konferenci SVL ČLS JEP.

Výbor jako ocenění práce ve prospěch SVL ČLS JEP ocenil čestným členstvím naší společnosti MUDr. Josefa Holíka (19. 10. 2011), prof. MUDr. Jaroslava Rybku (19. 10. 2011), MUDr. Libuši Válkovou (16. 10. 2012), MUDr. Alenu Šteflou, Ph.D. (22. 10. 2013).

Pravidelně 2x ročně (v průběhu jarních a výročních konferencí) se uskutečňovala i plánovaná setkání s krajskými konzultanty (KK), která byla koncentrována zejména na obsah a vyhodnocení dosavadního cyklu kontinuálního vzdělávání. V jednotlivých regionech jako KK v uplynulém období aktivně pracovali:

Brno: MUDr. Kratochvílová Milada, od r. 2012 MUDr. Marek

V roce 2012 v souladu s novými předpisy ČLS JEP byla připravena ve spolupráci s KK i volba delegátů SVL ČLS JEP

Město	Zvolení		
SČ kraj	MUDr. Igor Karen	MUDr. Otto Herber	MUDr. Pavel Brejník
Karlovy Vary	MUDr. Petra Mestická		
Liberec	MUDr. Jan Šindelář		
Ostrava	MUDr. Alice Havlová	MUDr. Andrea Matulová	MUDr. Helena Hájková
Hradec Králové	MUDr. Ambrož Homola, Ph.D.	MUDr. Radovan Matoušek, Ph.D.	
Zlín	MUDr. Jiří Horký	MUDr. Jozef Vermeš	
Jihlava	MUDr. Jiří Havránek		
České Budějovice	MUDr. Jiří Burda	MUDr. Tomáš Koudelka	
Plzeň	MUDr. Rudolf Červený	MUDr. Eva Pohořalá	
Praha	MUDr. Cyril Mucha	MUDr. Jaroslava Laňková	MUDr. Nela Šrámková
Ústí nad Labem	MUDr. Anna Richterová	MUDr. Šárka Drbalová	
Pardubice, Litomyšl	MUDr. Alexandra Sochorová		
Olomouc	MUDr. Helena Stárková	MUDr. Jitka Bednářová	
Brno	MUDr. Vladimír Marek	MUDr. Milada Kratochvílová	MUDr. Marcela Bradáčová

Vladimír, **České Budějovice:** MUDr. Burda Jiří, **Hradec Králové:** MUDr. Homola Ambrož, Ph.D., **Jihlava:** MUDr. Havránek Jiří, **Karlovy Vary:** MUDr. Šimurdová Alena, od roku 2013 MUDr. Mestická Petra, **Liberec:** MUDr. Šindelář Jan, **Olomouc:** MUDr. Stárková Helena, **Ostrava:** MUDr. Havlová Alice, **Pardubice:** MUDr. Sochorová Alexandra, **Plzeň:** MUDr. Červený Rudolf, Ph.D., **Praha:** MUDr. Mucha Cyril, **Středočeský kraj:** MUDr. Brejník Pavel, **Ústí nad Labem:** MUDr. Richterová Anna, **Zlín:** MUDr. Horký Jiří.

Dále byly dokončeny přípravy k založení DM sekce SVL ČLS JEP, jejímž cílem je zkvalitnění LPP o diabetiky 2. typu, kteří jsou v péči VPL.

Výbor SVL pro všechny VPL v ČR zajistil vydávání a rozesílání časopisu Practicus (bezplatně pro všechny VPL) a pro naše členy (SVL) časopis Medicínu po promoci a novin Medical Tribune. Dále byly průběžně aktualizovány www stránky SVL, které byly rozšířeny o další e-learningové lekce a e-learningové lekce pro specializační přípravu.

V roce 2011 byly vytvořeny nebo novelizovány následující doporučené postupy	
Doporučený postup	Garant za SVL
ATB	MUDr. Igor Karen
Bol. zad	MUDr. Bohumil Skála, Ph.D.
Kouření dodatek	MUDr. Jozef Čupka
Osteoporóza	doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc.
ICHDK	MUDr. Otto Herber
Nefrologie	MUDr. Pavel Brejník
Nespavost	MUDr. Stanislav Konštický, CSc.
Náhlé příhody břicha	doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D.
Srdeční selhání	doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc.
Onkoprevence	MUDr. Bohumil Skála, Ph.D.
Léčba vybraných urolog. onemocnění	MUDr. Otto Herber
Paliativní péče	MUDr. Bohumil Skála, Ph.D.
Chronická žilní onemocnění	doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D.
Alergie	MUDr. Zuzana Miškovská, Ph.D.

V roce 2012 byly vytvořeny nebo novelizovány následující doporučené postupy	
Doporučený postup	Garant za SVL
Erektální dysfunkce	MUDr. Rudolf Červený, Ph.D.
CHOPN	MUDr. Stanislav Konštický, CSc.
Astma	MUDr. Stanislav Konštický, CSc.
Prediabetes	MUDr. Igor Karen
Gastroenterologie	doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D.
Inkontinence	MUDr. Otto Herber
Dyslipidemie	MUDr. Otto Herber

V roce 2013 byly vytvořeny nebo novelizovány následující doporučené postupy

Doporučený postup	Garant za SVL
DM	MUDr. Igor Karen
Prevence KVO	doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc.
Deprese	MUDr. Jaroslava Laňková
Antitrombotická léčba	MUDr. Jaroslava Laňková
Očkování	MUDr. Igor Karen
ICHs	doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc.

Uvedené DP byly vypracovány a představeny na výroční konferenci SVL ČLS JEP. V letošním roce je plánována jejich implementace v rámci plánovaných cyklů implementačních seminářů pro tato témata.

Je potřebné zdůraznit, že DP chápeme jako expertní doporučení, které v současné době odpovídá postupu lege artis u většiny pacientů. DP jsou vytvářeny na pomoc PL, ale ponechávají jim vždy právo zvolit odlišný individuální postup v dané klinické situaci u konkrétního pacienta.

Vzdělávání

V roce 2011 uspořádala SVL ČLS JEP 148 regionálních seminářů v krajích a v Praze.

Měsíc	počet účastníků
leden	934
únor	789
březen	828
duben	759
květen	668
červen	628
září	978
říjen	857
listopad	767
prosinec	813
Celkem	8021

V roce 2012 uspořádala SVL ČLS JEP 145 regionálních seminářů v krajích a v Praze.

Měsíc	počet účastníků
leden	887
únor	1116
březen	992
duben	900
květen	930
červen	561
září	1050
říjen	979
listopad	941
prosinec	838
Celkem	9194

V roce 2013 uspořádala SVL ČLS JEP 129 regionálních seminářů v krajích a v Praze.

Měsíc	počet účastníků
leden	971
únor	1190
březen	1323
duben	1189
květen	1219
červen	semináře nebyly – Světová konference WONCA Praha
září	1169
říjen	1074
listopad	1012
prosinec	887
Celkem	10027

Semináře jsou v plné organizační režii sekretariátu SVL a příslušných krajských konzultantů.

Důležitou součástí seminářů je jak část plánovaná centrálně, tj. zpravidla implementace doporučených postupů, tak i regionální téma, kde se po dohodě s účastníky může kraj-

ský konzultant rozhodnout pro témata podle potřeb regionů. Vzdelávání formou seminářů je důležitou součástí celoživotního vzdělávání lékařů, mimo vlastní setkání s odborníkem přednášejícím dané téma nabízí i cennou platformu pro diskuse a kuloární výměnu zkušeností mezi lékaři.

Publikace

Členové výboru průběžně přispívali v letech 2011–2013 do časopisu Practicus a dalších periodik s komentáři, zprávami a původními články a byli členy redakčních rad našich i dalších odborných časopisů.

V roce 2013 byla vydána zásadní oborová publikace, učebnice Všeobecné praktické lékařství, autorů doc. MUDr. Bohumila Seiferta, Ph.D., MUDr. Václava Beneše, doc. MUDr. Svatopluka Býmy, CSc.

Ve spolupráci s jednotlivými členy výboru a dalšími autoři byly připraveny publikace:

- Základní pojmy praktického a posudkového lékařství: doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D., MUDr. Bc. Libuše Čeledová, Ph.D., MUDr. Rudolf Červený, Ph.D., MUDr. Bc. Rostislav Čevela, Ph.D., MUDr. Jarmila Seifertová, MUDr. Alena Zvoníková.
- Screening kolorektálního karcinomu: doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D.
- Colorectal Cancer Screening. A Guide for General Practitioners in Europe: doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D.
- Bariatriká chirurgie a primární péče: MUDr. Karin Doležalová, doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc., prof. MUDr. Martin Fried, CSc., prof. MUDr. Štěpán Svačina, DrSc., MUDr. Igor Karen a kol.
- Diabetes mellitus v primární péči: MUDr. Igor Karen, spoluautoři: MUDr. Zdeněk Hamouz, oponenti: doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc., MUDr. Dana Moravčíková, MUDr. Josef Štolfa, MUDr. Rudolf Červený, Ph.D.
- Neurologie pro všeobecné praktické lékaře: MUDr. Martina Novotná, MUDr. Petr Herle.
- Psychiatrie pro všeobecné praktické lékaře: prof. MUDr. Jiří Raboch, DrSc., MUDr. Petr Herle.
- Gynekologie pro všeobecné praktické lékaře: MUDr. et. PhDr. Pavel Čepický, Ph.D., MUDr. Petr Herle.
- Chirurgie pro všeobecné praktické lékaře: doc. MUDr. Jan Fanta, CSc., MUDr. Petr Herle a kol.

Víkendové vzdělávací semináře

Společnost všeobecného lékařství uspořádala pět víkendových dvoudenních seminářů v roce 2011. Semináře proběhly v Karlově Studánce (4.–6. 3.), Srní (15.–17. 4.), Luhačovicích (13.–15. 5.), Špindlerově Mlýně (10.–12. 6.) a Mikulově (2.–4. 9.). V roce 2012 opět 5 seminářů, které proběhly v Lázních Jeseník (23.–25. 3.), Srní (20.–22. 4.), Luhačovicích (18.–20. 5.), Špindlerově Mlýně (15.–17. 6.) a Mikulově (31. 8.–2. 9.). Společnost všeobecného lékařství

pokračovala v tradici Víkendových vzdělávacích seminářů i v roce 2013 na následujících místech, Lázně Jeseník (8.–10. 3.), Srní (26.–28. 4.), Luhačovice (24.–26. 5.), Špindlerův Mlýn (14.–16. 6.) a Mikulov (13.–15. 9.), na konci byli účastníci pozváni i na akce v roce 2014.

Potěšující je vzrůstající počet zúčastněných všeobecných praktických lékařů, kteří tímto potvrdili oblíbenost této formy vzdělávání.

Odborná témata byla aktuální a vycházela z potřeb odborných praxí.

Celkem bylo registrováno každý rok okolo 1000 účastníků, kteří při anonymním elektronickém hlasování projevíli zájem o pokračování v této tradici.

Výuka oboru na lékařských fakultách

Výbor SVL dlouhodobě podporuje rozvoj akademických pracovišť oboru na lékařských fakultách v České republice. Lze konstatovat, že díky systematickému zlepšování výuky v oboru na fakultách přibývá zájemců o kariéru ve všeobecném praktickém lékařství.

Časopis Practicus

Časopis Practicus jako odborný časopis SVL ČLS JEP je kompletně řízen SVL ČLS JEP. Šéfredaktorkou je MUDr. Jaroslava Laňková. Redakční rada je tvořena členy výboru SVL ČLS JEP a krajskými konzultanty SVL ČLS JEP. Každoročně vychází 10 čísel, která jsou rozesílána zdarma všem praktickým lékařům v ČR. Náklad časopisu je 6100 ks měsíčně, kromě praktických lékařů je dodáván i do lékařských knihoven, na lékařské fakulty, je rozesílán studentům v postgraduální přípravě do oboru a také rozesílán předplatitelům. S časopisem jsou distribuovány i doporučené postupy vydávané CDP – PL. Součástí časopisu je znalostní test hodnocený kredity ČLK.

Věda a výzkum

V roce 2011–2013 byly ve spolupráci se SVL ČLS JEP řešeny projekty:

Rok 2011

- Epidemiologická studie infekce *Helicobacter pylori* dechovým testem s ureou značenou izotopem uhlíku, v ordinacích všeobecných praktických lékařů a praktic-

kých dětských lékařů, ve spolupráci s Interní klinikou FN Hradec Králové a Ústavem všeobecného lékařství 1. LF UK v Praze.

Kontaktní osoba: doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D.

- Pilotní testování metodiky sledování nežádoucích událostí, chyb a omylů ve všeobecné praxi v rámci BCA projektu, který je organizován ve spolupráci s WHO a MZ ČR.

Kontaktní osoba: doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D.

- Monitoring screeningu kolorektálního karcinomu imunochemickým testem na okultní krvácení v ordinaci všeobecných praktických lékařů.

Kontaktní osoba: MUDr. Norbert Král

- Studie KAPR; možnosti ovlivnění pacientů v primární a sekundární prevenci kardiovaskulárních onemocnění v ordinaci praktického lékaře.

Kontaktní osoba: MUDr. Otto Herber

- PHAMEU projekt; mezinárodní srovnávací projekt rozvoje primární péče v zemích Evropské unie.

Kontaktní osoba: prof. Adam Windak, Katowice, doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D.

- PHATMEE projekt, projekt hledání indikátorů efektivity primární péče v zemích střední a východní Evropy.

Kontaktní osoba: prof. Adam Windak, Katowice, doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D.

- Projekt QUALICOPC, porovnání parametrů kvality a organizace primární péče v 31 zemích Evropské unie. Projekt je financován z evropských strukturálních fondů a je řízen holandským institutem NIVEL. V České republice je projekt koordinován Ústavem všeobecného lékařství 1. LF UK v Praze.

Kontaktní osoba: doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D., MUDr. Nela Šrámková

- Projekt ABI, zaměřený na včasný záchyt ischemické choroby srdeční v ordinacích všeobecných praktických lékařů prostřednictvím měření ABI indexu v rámci prevence u osob nad 50 let.

Rok 2012

- Byly publikovány výstupy z epidemiologické studie infekce *Helicobacter pylori* dechovým testem s ureou značenou izotopem uhlíku, v ordinacích všeobecných praktických lékařů a praktických dětských lékařů, ve spolupráci s Interní klinikou FN Hradec Králové a Ústavem všeobecného lékařství 1. LF UK v Praze.

Kontaktní osoba: doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D.

- Studie KAPR; možnosti ovlivnění pacientů v primární a sekundární prevenci kardiovaskulárních onemocnění v ordinaci praktického lékaře.

Kontaktní osoba: MUDr. Otto Herber

- Projekt QUALICOPC, porovnání parametrů kvality a organizace primární péče v 31 zemích Evropské

unie. Projekt je financován z evropských strukturálních fondů a je řízen holandským institutem NIVEL. V České republice je projekt koordinován Ústavem všeobecného lékařství 1. LF UK v Praze.

Kontaktní osoba: doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D., MUDr. Nela Šrámková

- Projekt ABI, zaměřený na včasný záchyt ischemické choroby srdeční v ordinacích všeobecných praktických lékařů prostřednictvím měření ABI indexu v rámci prevence u osob nad 50 let.

Kontaktní osoba: MUDr. Jana Vojtíšková

- Program Kvality a bezpečí pro všeobecné praktické lékaře.

Projekt byl podpořen grantem MZ ČR. Cílem projektu bylo připravit srozumitelnou informaci formou prezentace pro praktické lékaře o nárocích na kvalitu a bezpečnost v ordinacích v souvislosti se zavedením nových právních norem.

Kontaktní osoby: doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc., doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D.

- Pilotní projekt Chřipka podporovaný SVL ČLS JEP a Vakcinologickou společností ČLS JEP, realizovaný v ordinacích všeobecných praktických lékařů u pojištěnců ZPŠ zaměřený na aktivní imunizaci proti chřipce populace v produktivním věku a sledování její prospěšnosti včetně nákladové analýzy. Vyhodnocení bude v průběhu roku 2013 a otištěno jak v časopise Practicus, tak i v dalších odborných periodících.

Kontaktní osoba: MUDr. Igor Karen

- Ve spolupráci se SPL ČR byla založena Akreditační agentura primární péče za účelem externího posuzování kvality všeobecných praxí. V současné době je připravována žádost o akreditaci na MZ ČR.

Kontaktní osoby: doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D., doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc.

Rok 2013

- V lednu 2013 byl realizován projekt ustanovení Diabetologické sekce SVL ČLS JEP, jejímž předsedou byl zvolen MUDr. Igor Karen (odborný garant pro diabetologii za SVL), jeho zástupce doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc. a MUDr. Dana Moravčíková. Sekce ke dnešnímu dni má celkem 79 členů.

Kontaktní osoba: MUDr. Igor Karen

Srovnávací studie softwarů pro ordinace praktických lékařů. Bylo hodnoceno celkem 14 funkčních SW. Hodnocení proběhlo na základě více než 25 kritérií. Do budoucna by mělo srovnávání pokračovat v pravidelných, nejlépe ročních intervalech.

Kontaktní osoba: MUDr. Cyril Mucha

Rekonstrukce webové stránky www.svl.cz na moderně řešenou, redakčním systémem řízenou stránku. Na základě kritérií funkčnosti webu, byla vybrána firma Netservis. Od podepsání smlouvy vypracované ve spolupráci s právním oddělením ČLS JEP probíhá práce na její tvorbě. Do konce roku byl připraven layout a celková koncepce webu.

Kontaktní osoba: MUDr. Cyril Mucha

- V rámci přípravy a realizace světové konference WONCA 2013 v Praze byly realizovány subprojekty:
 - Grant na podporu účasti kolegů z ekonomicky depri-
vovaných zemí
Odpovědná osoba: MUDr. Václav Beneš
 - Projekt návštěv zahraničních kolegů v českých
praxích
Odpovědná osoba: MUDr. Jana Vojtíšková

Účast a práce v komisích

Členové výboru SVL ČLS JEP pracovali v průběhu volebního období ve významných komisích a skupinách MZ ČR a ČLK;

- Akreditační komise (AK) MZ ČR pro obor VPL: předseda doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D., MUDr. Stanislav Konšťacký, CSc., doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc., MUDr. Bohumil Skála, Ph.D., MUDr. Josef Štolfa, MUDr. Pavel Brejník, MUDr. Petr Herle, MUDr. Rudolf Červený, Ph.D.
- AK MŠMT pro vojenské obory a vědecká rada ČLK: doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc.
- AK MZ ČR pro posudkové lékařství: MUDr. Rudolf Červený, Ph.D.
- Pracovní skupina pro kvalitu MZ ČR: doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D.
- Komise pro screening kolorektálního karcinomu: doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D.
- Expertní skupina pro adresné zvaní ke screeningu: doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D., MUDr. Petr Šubrt
- Komise pro lékovou politiku a kategorizaci ČLS, Národní imunizační komise, MUDr. Stanislav Konšťacký, CSc.
- Subkomise pro antibiotickou politiku ČLS JEP (SKAP): MUDr. Igor Karen, MUDr. Stanislav Konšťacký, CSc.
- Meziřesortní komise MZ pro vzácná onemocnění: MUDr. Josef Štolfa
- Komise MZ ČR pro screening nádoru prsu: MUDr. Zuzana Miškovská, Ph.D.

Posudková a znalecká činnost

Členové výboru MUDr. Pavel Brejník a MUDr. Petr Herle zastupovali obor všeobecné praktické lékařství při jednáních odborných /dříve znaleckých/ komisí, Ústřední komise MZ ČR, odborných komisí krajských úřadů při řešení složitých posudkových případů.

Na základě doporučení SVL a SPL působili MUDr. Pavel Brejník, MUDr. Karel Janík a MUDr. Bohumil Skála, Ph.D. jako znalci oboru zdravotnictví, specializace všeobecné lékařství při řešení soudních sporů, kde figurovali praktičtí lékaři. Doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc. se podílel na zpracování revizního posudku LF UK v Hradci Králové. Doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D. se podílel na zpracování znaleckých posudků VFN a 1. LF UK ve všeobecném praktickém lékařství.

Zahraniční aktivity

Členové SVL v roce 2011–2013 působili v orgánech a pracovních skupinách WONCA:

- Světová a Evropská Rada WONCA (doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D.),
- EquiP (doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D., MUDr. Jan Kovář),
- EURACT (MUDr. Jáchym Bednář),
- EPCCS (MUDr. Rudolf Červený, Ph.D.),
- UEMO (MUDr. Václav Šmatlák, MUDr. Petr Šubrt),
- ESPCG (doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D., MUDr. Norbert Král).

Během roku 2011–13 se také zúčastnili jednání těchto organizací a skupin.

Výbor SVL ČLS JEP podpořil účast členů SVL na evropských konferencích WONCA ve Varšavě a ve Vídni. Byly mezi nimi kolegové s přijatými abstrakty aktivně vystupující, zástupci SVL v různých sítích včetně zástupců Mladých praktiků. Výbor SVL systematicky podporuje angažmá mladých praktických lékařů z České republiky v hnutí Vasco de Gama.

V letech 2011–2013 pokračovala příprava na světovou konferenci WONCA 2013. Zástupci organizačního a vědeckého výboru se pravidelně scházeli ve složení doc. Seifert, dr. Beneš, doc. Býma, dr. Vojtíšková, dr. Šrámková, dr. Král, Renata Somolová, Martina Srncová, Petr Břinčil (Guarant). Agendu Československého dne převzal Dr. Herber. Na konferenci ve Vídni došlo k jednání plánovacího výboru konference za účasti zástupců světové WONCA Dr. Dan Ostergaarda a tajemníka WONCA Gartha-

Manninga. Do 31. 12. 2012 bylo přihlášeno přes 1600 abstrakt ze všech kontinentů. Užší organizační výbor se scházel ve složení doc. Bohumil Seifert, dr. Václav Beneš, Renata Somolová (Guarant). SVL měla stánek na konferenci WONCA AsiaPacific na Filipínách, na evropských konferencích WONCA ve Varšavě, Vídni a na konferenci WONCA East Mediterranean Region v Dubai. V září 2012 navštívili Prahu členové výboru světové WONCA Dr. Dan Ostergaard a tajemník WONCA Alfred Loh, aby zkontrolovali stav příprav a shlédli prostory vybrané ke konání jednání exekutivy, rady a vlastní konference. Uskutečnilo se jejich setkání s členy organizačního výboru konference na zámku Zbiroh. Za organizaci Mladých praktiků byl do výboru přizván MUDr. Norbert Král. Byl stanoven podrobný harmonogram příprav.

V první polovině roku 2013 probíhaly finální přípravy světové konference WONCA 2013 podle harmonogramu. Důraz byl kladen na distanční marketing prostřednictvím webových stránek a sociálních sítí. Na přípravě webcastu, zvoucího do Prahy, se podíleli mladí praktičtí lékaři. Přímě byli osloveni účastníci severoamerické konference a konference WONCA region Pacifická Asie. Konference atrahovala zajímavé partnery, kteří jednak zajistili ekonomický klid pro finální přípravu a umožnili zvýšit technologickou úroveň konference.

Na jaře 2013 byl dokončen odborný program pod vedením MUDr. Václava Beneše, designován kulturní program pod vedením MUDr. Jany Vojtíškové a dokončen program Československého dne pod vedením MUDr. Otty Herbera. Již koncem května mohli předseda organizačního výboru konference, doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D., a výbor SVL ČLS JEP díky počtu registrovaných a kvalitní programové nabídce vzhlížet klidně k zahájení konference.

Konference

V. jarní interaktivní konference SVL ČLS JEP

8.–10. 4. 2011, Praha, Slovanský dům.

VI. jarní interaktivní konference SVL ČLS JEP

13.–14. 4. 2012, Praha, Slovanský dům.

VII. jarní interaktivní konference SVL ČLS JEP

12.–14. 4. 2013, Praha, Slovanský dům

Největší jarní odbornou vzdělávací akcí pro všeobecné praktické lékaře v Praze tradičně bývá Jarní interaktivní konference SVL ČLS JEP. Odborná témata jsou prezentována a diskutována nejen z pohledu praktických lékařů, ale i přizvaných specialistů. Přizvání na interaktivní spolupráci přijali specialisté z následujících oborů – internisté, kardiologové, diabetologové, psychiatři, gast-

roenterologové, algeziologové, alergologové, plicní lékaři, chirurgové, vakcinologové, urologové, angiologové, neurologové, hematologové a onkologové. Odborné bloky byly zaměřeny na prevenci a léčbu kardiovaskulárních onemocnění, onkologických onemocnění, léčbu diabetika v ordinaci praktického lékaře, očkování, léčbu bolesti, chronické žilní onemocnění, urologii aj. témata, ale i na novinky a změny v úhradách zdravotnických prostředků. Do přednášek mohou účastníci vstupovat s pomocí hlasovacího zařízení. Tento způsob se výrazně podílí na zlepšování komunikace mezi praktickými lékaři a specialisty, usnadňuje vzájemné předávání poznatků, zkušeností a umožňuje pružně reagovat na informační potřeby všech zúčastněných. Celkem se na všech třech interaktivních konferencích účastnilo více než 3200 VPL. Závěrem poslední konference byli všichni účastníci pozváni do Prahy na příští ročník, kdy se bude konat již VIII. jarní interaktivní konference SVL ČLS JEP v termínu 25.–27. dubna 2014.

XXX. výroční konference SVL ČLS JEP

9.–12. listopadu 2011, Zlín

XXXI. výroční konference SVL ČLS JEP

7.–10. listopadu 2012, Karlovy Vary

XXXII. výroční konference SVL ČLS JEP

6.–9. 11. 2013, Zlín

Nejvýznamnější akce Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP se pořádají na podzim daného roku a to od roku 2011 střídavě ve Zlíně a Karlových Varech. Odborný program je tradičně zahájen blokem Mladých praktiků, kteří v současnosti zastupují více než 430 registrovaných členů. Jednotlivé sekce Mladých praktiků se zabývají problematikou předatestační přípravy, zakládáním, přebíráním praxí a zahraničními vztahy. Mladí praktici poděkovali výboru SVL ČLS JEP za poskytnutí prostoru k prezentaci.

Vlastní odborný program je rozdělen do 4 dnů, v průběhu kterých vždy zazní více než 1300 minut odborných sdělení z úst více než 60 přednášejících. Odborný program je zaměřen na představení nových či aktualizovaných doporučených postupů. Na konferenci byly zejména prezentovány následující doporučené postupy – dyslipidémie, žilní onemocnění, erektilní dysfunkce, očkování, horní a dolní dyspeptický syndrom, inkontinence, péče o alergika v ordinaci praktického lékaře, astma bronchiale, CHOPN

a úzkostné a depresivní poruchy, prevence kardiovaskulárních onemocnění, očkování, předoperační vyšetření, neurologie, hypertenze, diabetes mellitus aj.

Pozornost přitáhla i témata týkající se spolupráce praktic-

kého lékaře a neurologa, kardiologa, moderní trendy v léčbě hypertenze, v léčbě bolesti a v onkologické prevenci založené na důkazech. Dále studie HOPE, problematika iktů v primární péči, postup domácího 24 hod. měření tlaku krve, spolupráce praktického lékaře s centry specializované péče, urologie, kardiovaskulární prevence, dyslipidémie, metabolický syndrom, geriatric, obezitologie, akutní a paliativní péče, plicní hypertenze v ordinaci PL, ATB léčba v praxi VPL, problematika diagnostiky při léčbě kašle, anti-koagulační léčby, gastroenterologie, inkontinence aj.

Pravidelně byla věnována pozornost připravované XX. světové konference praktických lékařů v Praze v roce 2013 (WONCA 2013).

Výročních konferencí se zúčastnilo více než 3 600 lékařů a 600 sester. Závěrem poslední byli všichni účastníci pozváni do Karlových Varů, kde se bude konat již XXXIII. výroční konference SVL ČLS JEP v termínu 6.–9. listopadu 2014.

XX. Světová konference praktických a rodinných lékařů WONCA

se uskutečnila v Praze v Kongresovém paláci ve dnech 25.–29. 6. 2013 (viz dále v textu).

Konferenci předcházelo jednání Světové rady WONCA a Regionálních rad WONCA. Vlastní konference se zúčastnilo 3628 lékařů ze 106 zemí s vyrovnaným poměrem mužů (51%) a žen (49%). Z Evropy bylo 2552 účastníků, dalším nejvíce zastoupeným kontinentem byla Asie (583, včetně Austrálie), následovaná Latinskou a Střední Amerikou (229), Severní Amerikou (143) a Afrikou (111). Nejvíce lékařů přijelo ze Španělska, Holandska, Chorvatska a Portugalska, z mimoevropských pak z Brazílie (165). Na konferenci se registrovalo 168 českých lékařů a 86 Slováků.

Ve vědeckém programu konference vystoupilo během 240 hodin odborného programu na 5 plenárních zasedáních, 95 workshopech a 70 přednáškových sekcích přes 350 řečníků. S klíčovým poselstvím vystoupila generální ředitelka WHO Dr. Margaret Chan, mezi dalšími řečníky byl nastupující prezident WONCA prof. Michael Kidd nebo např. prof. Jan Škrha, prorektor Univerzity Karlovy. K řízení sekcí bylo potřeba 138 předsedajících. 1134 posterů, na kterých se podílelo více jak 3000 autorů, bylo prezentováno ve třech dnech. Na odborném programu se autorsky podílely desítky českých praktických lékařů.

Jedním z paralelních programů konference byl Československý den, kde byly prezentovány nejlepší práce a projekty českých a slovenských kolegů v posledních letech. Kromě připravované návštěvy ředitelky WHO a presidenta WONCA v ordinaci MUDr. Cyrila Muchy, proběhla řada neformálních návštěv zahraničních kolegů v ordinacích našich kolegů.

Ceremoniály konference byly vydařené, stejně jako společenský večer na Žofíně.

Konference byla hodnocena velmi pozitivně reprezentací WONCA i v ohlasech účastníků.

Výbor SVL podpořil vydání publikace, která dokumentuje klíčové okamžiky přípravy i realizace konference WONCA: 20. světová konference praktických a rodinných lékařů WONCA 2013. Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, Garant International spol., s. r. o., Praha 2013.

Výbor vyslovil poděkování organizačnímu a vědeckému výboru konference WONCA.

Financování SVL v roce 2011–2013

V průběhu let 2011–2013 se podařilo získat dostatečné finanční zdroje na pokrytí všech plánovaných aktivit SVL. Hospodaření společnosti skončilo mírným přebytkem. Písemné zápisy a podrobné vyúčtování jsou uloženy na sekretariátě.

Závěr

Při vyhodnocení let 2011–2013 můžeme konstatovat, že SVL se úspěšně rozvíjela a podařilo se jí nabídnout PL kvalitní systém vzdělávání a vědecké práce. Počet našich členů **se zvýšil na 4542, z toho je 132 studentů LF zájemců o PL. Dále je registrováno 2021 sester PL.** Kromě zmíněných širokých odborných aktivit SVL též aktivně vystupovala v koordinaci se SPL při podpoře profesních záležitostí PL. Výbor děkuje za podněty k dalšímu zkvalitnění naší činnosti v uplynulých letech.

Závěrem mi dovoluji poděkovat všem členům výboru SVL a členům SVL, kteří přispěli k naší činnosti za aktivní práci a vyjádřit přesvědčení, že ve vzájemné spolupráci se tato bude rozvíjet i v následujícím období.



Iniciativy SVL ČLS JEP a SPL ČR směrem k ministru zdravotnictví

doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D.
Vědecký sekretář SVL ČLS JEP

Předsedové obou našich organizací, doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc. a MUDr. Václav Šmatlák, se setkali před několika dny s ministrem zdravotnictví ČR. Z tohoto jednání vyšly náměty na dopisy, které vymezují naše odborná stanoviska k některým aktuálním problémům a nabízejí řešení. Tyto dopisy obdrželi ministr zdravotnictví, MUDr. Svatopluk Němeček, MBA, a jeho náměstek prof. MUDr. Josef Vymazal, DrSc., právě ve dnech, kdy byla přednesena a projednávána závěrečná zpráva a doporučení expertů OECD ke kvalitě českého zdravotnictví. Komise OECD doporučuje posílení role primární péče v České republice, a to zejména v komplexním managementu chronických onemocnění. Tedy přesně v intencích naší koncepce rozvoje, která je naplňována např. v péči o diabetiky 2. typu a která je zohledněna i ve zmíněných dopisech.

První dopis se týká **specializačního vzdělávání všeobecných praktických lékařů (VPL)** a spolupráce při zajišťování potřeby VPL v regionech. Žádáme MZ ČR, aby provedla ve spolupráci s kraji zmapování potřeby VPL na příštích 5 let. Dále žádáme MZ ČR, aby využilo své autority k redukci poplatků za stáže, a to nejen v přímo řízených nemocnicích. Akreditační komise MZ pro VPL je připravena v rámci akreditačního procesu a přidělování rezidenčních míst preferovat problémové oblasti republiky a dále podporovat propojení lékařů ve specializační přípravě s místní samosprávou, aby mohly být domlouvány podmínky nástupu. Navrhujeme upravit metodiku rezidenčních míst pro rok 2015 tak, aby mohla zahrnout i podporu lékařů, rekvalifikujících se do vybraných oborů. Nabízíme jednání ke zkrácení rekvalifikačního kurikula kromě interny také pro chirurgii, ARO a urgentní medicínu.

Trváme na principech specializační přípravy VPL, podle Směrnice rady 93/16 EHS a našich současných platných norem. Za nezbytnou považujeme existenci samostatného kmene pro početně nejvýznamnější obor VPL. Bráníme se tomu, aby byla specializační příprava v našem oboru ovlivňována specializovaným oborem sekundární nebo terciární péče – vnitřním lékařstvím. Zároveň navrhujeme, aby v poradní pracovní skupině náměstka MZ ČR pro specializační vzdělávání byl zástupce primární péče.

Druhý dopis představuje iniciativy oboru VPL v oblasti **zajišťování kvality v primární péči**. Dokládá naši připravenost odpovědět na požadavky související s rostoucími nároky na kvalitu poskytované péče. Připomíná naše usku-

tečněné projekty mezinárodní i domácí, které vedly k vytvoření nástrojů hodnocení a zvyšování kvality, a to jak na úrovni interní kontroly kvality, tak externí kontroly kvality. Dopis připomíná jedinečný systematicky rozvíjený systém doporučených postupů SVL ČLS JEP, s implementačním schématem, který nemá v českém zdravotnictví obdoby. K naplnění požadavků interního hodnocení kvality je připraven dotazník spokojenosti pacientů v primární péči nebo metodika pro sledování nežádoucích událostí v primární péči. V projektu podporovaném MZ ČR byly v letech 2008–2010 připraveny Národní akreditační standardy pro zdravotnická zařízení poskytující péči ve VPL. Výbory SPL a SVL iniciovaly založení Akreditační agentury primární péče v roce 2012, která je připravena vytvořit standardy uplatňovat a dále rozvíjet. Zároveň také zajistit, aby akreditační proces zůstal pod kontrolou organizací primární péče. V dopise ministrově připomínáme, že již třetím rokem čekáme na vytvoření slibovaného právního rámce, za kterého by agentura mohla provádět svou činnost.

Konečně třetí dopis předkládá naše stanovisko k zavedení **elektronické neschopenky**. Konstatujeme, že rozvoj e-health je nezbytný a nezadržitelný a že jsme připraveni jej podporovat. Zároveň ale připomínáme, že posudková činnost je zatěžována mnoha nemedicínskými činnostmi, které by měly zajišťovat jiné orgány, problematice příslušné nebo za tuto službu platit. Konstatujeme, že současná koncepce e-PN nepřináší administrativní úlevu, spíše naopak. Obáváme se, že nepřipravený projekt spíše povede k diskreditaci záměru a nepřispěje k rozvoji elektronizace zdravotnictví.

Navrhujeme využít princip elektronické letenky, kdy e-PN je vytvářena v rámci komunikace ordinace a portálu ČSSZ a pacient dostává kód; papírově event. elektronicky, např. v mobilu. Zároveň navrhujeme zachovat možnost obou způsobů vystavení potvrzení z důvodů výpadků systému nebo nepokrytí některých oblastí ČR signálem, aj.

Lékař pak dále odesílá datové věty o průběhu/ukončení PN na portál ČSSZ event. papírovou formou. Nemedicínská komunikace probíhá mezi zaměstnavatelem a ČSSZ nebo musí být hrazena tím, kdo ji vyžaduje.

Představitelé obou našich organizací věří, že ministra zdravotnictví a jeho tým osloví náš pozitivní přístup k řešení problémů a že přijme argumenty, aktuálně augmentované doporučením mise OECD.



Info volby Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP

Vážení kolegové,
děkujeme Vám za Vaší aktivní účast při volbách do výboru SVL ČLS JEP a oznamujeme Vám jména členů nového výboru SVL ČLS JEP pro další volební období (řazeno abecedně).

Bylo rozesláno 4 465 hlasovacích lístků, doručeno a zapracováno bylo 1473 lístků, 10 hlasovacích lístků bylo vyřazeno jako neplatné.

Celý zápis ze sčítání hlasů je k dispozici na sekretariátu SVL ČLS JEP.

Konkrétní složení výboru bude známo po Výroční konferenci SVL ČLS JEP v Karlových Varech (5.–8. 11. 2014)

MUDr. Karel Janík
předseda volební komise SVL ČLS JEP

Výbor

MUDr. Běorský Kamil	MUDr. Konštický Stanislav, CSc.
MUDr. Brejník Pavel	Mgr. MUDr. Kořenek Josef, CSc.
doc. MUDr. Býma Svatopluk, CSc.	MUDr. Miškovská Zuzana, Ph.D.
MUDr. Červený Rudolf, Ph.D.	MUDr. Moravčíková Dana
MUDr. Halata David	MUDr. Mucha Cyril
MUDr. Havlová Alice	doc. MUDr. Seifert Bohumil, Ph.D.
MUDr. Herber Otto	MUDr. Skála Bohumil, Ph.D.
MUDr. Horáček Toman	MUDr. Štolfa Josef
MUDr. Karen Igor	

Revizní komise

MUDr. Grzegorzová Eva
MUDr. Herle Petr
MUDr. Vojtišková Jana



VIII. JARNÍ INTERAKTIVNÍ KONFERENCE

Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP
25.–27. dubna 2014, Praha, Slovanský dům

... pokračování z minulého čísla

Vliv hypnotik a antidepresiv na spánkovou architekturu

MUDr. Karel Šonka

Neurologická klinika a Centrum klinických neurověd, Univerzita Karlova,
1. lékařská fakulta a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze.

Architektura spánku je vzletně označení sledu spánkových stádií během nočního spánku. Normální spánek se vyznačuje střídáním NREM a REM spánku (= spánkové cykly), které se během noci 3–5× opakuje. V prvních cyklech dominuje hluboký NREM spánek a je v nich málo REM spánku, naopak v ranních cyklech REM spánek zaujímá polovinu trvání cyklu a není přítomen hluboký NREM spánek. U zdravého člověka se může během noci vyskytnout i několik krátkých úseků bdělosti, ale celkově by bdělost neměla trvat více než pár minut. Architektura spánku se s věkem přirozeně zhoršuje.

Insomnie prodlužuje latenci usnutí nebo způsobuje prodloužené prohlubování spánku (pacient usíná a zase se probouzí), nebo vede k bdění uprostřed noci nebo k předčasnému rannímu probuzení. Deprese někdy prodlužuje latenci usnutí; často vyvolává brzké ranní probuzení. Při těžké depresi je spánková architektura významně zhoršená. Při depresi se objevuje REM spánek v hojně míře v první polovině noci a zejména jeho první úsek přichází brzy po usnutí.

Hypnotika by neměla měnit architekturu spánku u zdravého člověka. Hypnotika u insomnie zkracují latenci usnutí, zlepšují kontinuitu spánku a prodlužují hluboké stádium NREM a REM spánek – tedy zlepšují všechny parametry, které jsou typicky u insomnie zhoršeny.

Starší a více prozkoumané skupiny antidepresiv většinou mění spánek zdravých lidí – zkracují REM spánek, prodlužují jeho latenci a některá vyvolávají fragmentaci spánku. Novějším antidepresivum chybí data o vlivu na spánek u zdravých kontrol. Při těžké depresi, která sama dramaticky zhoršuje kvalitu spánku, vede nasazení prakticky všech antidepresiv časem ke zlepšení architektury spánku. Některá antidepresiva zejména na začátku podávání však spánek zhoršují nebo dokonce navozují nespavost.

Jen některá antidepresiva působí hypnogeně, což je výhodná vlastnost u deprese s komorbidní insomnií nebo u primární insomnie, když nemůžeme podávat hypnotikum. (Za jiných situací hypnogenní působení však nemusí být žádoucí.) Off-label se některá hypnotika (zejm. amitryptilin, trazodon a mirtazapin) podávají při insomnii. Jejich výhoda v této indikaci spočívá mimo jiné v možnosti dlouhodobé aplikace. Tyto léky zlepšují architekturu spánku dle literatury u nemocných s insomnií a depresí. Publikace o jejich aplikaci u samostatné insomnie nejsou k dispozici, přesto jsou uvedena jako alternativa v mnoha doporučených postupech léčby insomnie.



Problematika žilního onemocnění – interaktivní znalostní test

MUDr. Jana Vojtíšková

Lékařská ordinace Vyšehrad, s.r.o.

Jedním z bloků letošní jarní interaktivní konference byl opět blok věnovaný žilním nemocem. V posledních letech se věnujeme tématu opakovaně a pro úplnost připomínám, že v roce 2011 byl uveden a implementován do praxe DP pro chronická žilní onemocnění. Po dvou přednáškách specialistů následoval interaktivní znalostní test moderovaný praktickým lékařem, který mimo jiné otevřel názorovou diskuzi a rozdílný pohled specialistů na některé specifické otázky z praxe. Také se nad vši pochybnost prokázalo, že soustavná edukace praktických lékařů je významným faktorem ovlivňujícím jejich diagnostické a léčebné postupy v praxích. Převážná většina přítomných lékařů odpověděla na testové otázky velmi dobře.

Vzhledem k velmi vysoké prevalenci žilních onemocnění v populaci budeme tématu věnovat pozornost i nadále. Víme, že žilní nemoci přes nízkou mortalitu jsou progresující chorobou s vysokou morbiditou a významným

ekonomickým dopadem. Jak prokázal Czech Vein Program (proběhl v návaznosti na celosvětově probíhající Project Vein Consult Program), je prevalence onemocnění u české populace vysoká. 8 z 10 pacientů vykazuje subjektivní symptomy a u 6 z 10 pacientů nalézáme objektivní známky onemocnění. Díky poznatkům z výše uvedeného projektu víme, že diagnóza žilního onemocnění byla potvrzena cca u 70 % pacientů ve věku nad 40 let právě v ordinacích primární péče v ČR. Přesto 25 % těchto pacientů zůstává stále neléčeno.

A to je další důvod pro který budeme i nadále ve spolupráci se specialisty aktualizovat poznatky. Jedině dlouhodobá kontinuální léčba může zabránit progresi onemocnění.

Z konference referovala
MUDr. Jana Vojtíšková

Na žádost kolegů níže zveřejňuji znalostní test

1) Chronická žilní onemocnění jsou klasifikována dle:

- a) rozsahu varixů a míry kožních změn
- b) podle míry subjektivních obtíží
- c) klinického nálezu, etiologie, anatomie a patofyziologie (CEAP)
- d) rozsahu a typu varixů a charakteru otoků

2) O chronické žilní insuficienci mluvíme:

- a) u cévních malformací
- b) pouze u části nemocných s varixy (cca 10 %), otoky a kožními změnami
- c) u všech nemocných s varixy
- d) u varixů na safena parva

3) Konzervativní léčba chronické žilní insuficience spočívá v:

- a) režimových opatřeních se šetřením dolních končetin
- b) posilováním svalů dolních končetin a provádění bandáží
- c) podávání venofarmak
- d) režimových opatření spolu s kompresí a současně podávání venofarmak s prokázanou účinností (mikronizovaná forma diosmin s hesperidinem)

4) Rozsah žilních změn, přítomnost refluxu či obstrukce posuzujeme:

- a) duplexní sonografií
- b) pletysmografií
- c) flebografií
- d) kapilaroskopii

Znalostní test - pokračování**5) Pod pojmem skleroterapie je míněna léčebná metoda:**

- a) obliterace retikulárních varixů
- b) obliterace perforátorů
- c) obliterace teleangiektázií (metliček)
- d) obliterace teleangiektázií, varixů i žilních segmentů s refluxem

7) Indikace k provedení vyšetření DUS:

- a) otoky dolních končetin
- b) vyšetření před plánovanou operací varixů
- c) bolesti v dolních končetinách nejasného původu
- d) všechny výše uvedené možnosti

9) Pacientka s rozsáhlými varixy, +RA, plánující těhotenství přichází konzultovat OP, doporučíme:

- a) OP před otěhotněním
- b) po roce od porodu
- c) OP eventuálně po všech porodech
- d) léčbu konzervativní

6) V patofyziologii žilní hypertenze na podkladě varixů hraje hlavní roli:

- a) zácpa a jiné poruchy vyprazdňování
- b) přítomnost obezity a snížené hybnosti
- c) reflux v povrchových žilách, případně obstrukce povrchových žil
- d) vysoká postava a práce vstoje

8) Detralex je u pacientů s CHŽI ve stadiu bércového vředu indikován z důvodů:

- a) výrazně zlepšuje subjektivní obtíže při čemž hojení vředu neovlivní
- b) prokazatelně zlepšuje hojení vředu až u jedné třetiny nemocných, další symptomatologii neovlivní
- c) zhojí vředy u 50 % pacientů
- d) zmírňuje subjektivní symptomy, zmenšuje otoky zlepšuje prokazatelně hojení vředu (1/3)

10) 40letá plnoštíhlá pacientka pracující v administrativě má po dvou porodech oboustranně rozsáhlé varixy. Nemá žádné obtíže, přichází na konzultaci. Jak budeme v jejím případě postupovat:

- a) doporučíme operaci
- b) kompresivní terapie a vhodná venotonika
- c) zásadně bandáž a režimová opatření
- d) doporučíme režimová opatření a dále postupujeme dle preferencí pacientky

Správné odpovědi:
1c, 2b, 3d, 4a, 5d, 6c, 7d, 8d, 9c, 10d

detralex®

MPFF® - mikronizovaná, purifikovaná flavonoidní frakce

VĚTŠÍ 120 TABLET BALENÍ

PRO ZDRAVÉ NOHY PO CELÝ ROK



JEDINÝ LÉK **č.1**
SE STUPNĚM DOPORUČENÍ
v nových mezinárodních Guidelines¹

Zkrácená informace o přípravku Detralex SLOŽENÍ*: Flavonoidorum fractio purificata micronisata 500 mg (mikronizovaná, purifikovaná flavonoidní frakce - MPFF): Diosminum 450 mg, Flavonoida 50 mg vyjádřené jako Hesperidinum v jedné potahované tabletě. **INDIKACE*:** Léčba příznaků a projevů chronické žilní insuficience dolních končetin, funkčních nebo organických: pocit tíže, bolest, noční křeče, edém, trofické změny, včetně bérceho vředu. Léčba akutní ataky hemoroidálního onemocnění, základní léčba subjektivních příznaků a funkčních objektivních projevů hemoroidálního onemocnění. Přípravek je indikován k léčbě dospělých. **DÁVKOVÁNÍ A ZPŮSOB PODÁNÍ*:** Venolymfatická insuficience: 2 tablety denně. Hemoroidální onemocnění: Akutní ataka: 6 tablet denně během 4 dní, poté 4 tablety denně další 3 dny. Udržovací dávka: 2 tablety denně. **KONTRAINDIKACE*:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku. **ZVLÁŠTNÍ UPOZORNĚNÍ*:** Podávání přípravku Detralex v symptomatické léčbě akutních hemoroidů nevylučuje léčbu dalších onemocnění konečníku. Pokud symptomy brzy neodezní, je nutné provést proktologické vyšetření a léčba by měla být přehodnocena. **INTERAKCE*:** Žádné. **FERTILITA*/TĚHOTENSTVÍ, KOJENÍ*:** V experimentálních studiích na zvířatech nebyly zjištěny teratogenní účinky a nebyly prokázány žádné anatomické anomálie ani potíže v chování mláďat během období kojení; nežádoucí účinky nebyly zaznamenány ani u lidí. Z dostupných údajů o podávání přípravku těhotným ženám vyplývá, že nedochází k žádnému nepříznivému ovlivnění těhotenství ani plodu. Studie reprodukční toxicity na zvířatech neprokázaly vliv na fertilitu u samic potkanů. **ÚČINKY NA SCHOPNOST ŘÍDIT A OBSLUHOVAT STROJE*:** Žádné. **NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY*:** Časté: průjem, dyspepsie, nauzea, vomitus. Vzácné: závratě, bolesti hlavy, pocit neklidu, vyrážka, svědění, kopřivka. Méně časté: kolitida. Frekvence neznámá: ojedinělý otok obličeje, rtů, víček, výjimečně Quinceho edém. Abdominální bolest**. **PŘEDÁVKOVÁNÍ*:** FARMAKOLOGICKÉ VLASTNOSTI*: Venotonikum (venofarmakum) a vazoprotektivum. Detralex působí na zpětný návrat krve ve vaskulárním systému: snižuje venózní distenzibilitu a redukuje venostázu, na úrovni mikrocirkulace normalizuje kapilární permeabilitu a zvyšuje kapilární rezistenci; zvyšuje lymfatický průtok. **UCHOVÁVÁNÍ*:** Při teplotě do 30 °C. **VELIKOST BALENÍ*:** 30, 60 a 120 potahovaných tablet. **Datum revize textu:** 4.3.2014. Přípravek je k dispozici v lékárnách na lékařský předpis a je částečně hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. **Registrační číslo:** 85/392/91-C. Držitel rozhodnutí o registraci: **LES LABORATOIRES SERVIER** 50, rue Carnot, 92284 Suresnes cedex, Francie. Další informace na adrese: **Servier s.r.o.**, Florentinum, Na Florenci 2116/15, 110 00 Praha 1, tel.: 222 118 111, www.servier.cz.

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

1. Management of chronic venous disorders of the lower limbs. Guidelines according to scientific evidence. *International Angiology*. 2014;33(2):126-139.





Kardiovaskulární prevence u hypertonika s velmi vysokým rizikem

prof. MUDr. Hana Rosolová, DrSc., FESC

Centrum preventivní kardiologie, 2. Interní klinika LF UK a FN v Plzni

Kardiovaskulární onemocnění (KVO) na podkladě aterosklerózy zahrnují především ischemickou chorobu srdeční (ICHS) a ischemickou cévní mozkovou příhodu (CMP) a představují nejčastější příčinu úmrtí v civilizovaném světě. Každý rok zemře v Evropě na tato onemocnění více než 4 milióny osob. Arteriální hypertenze patří k základním rizikovým faktorům těchto nemocí, vedle zvýšeného cholesterolu (ch), resp. LDL-ch, kouření, diabetu aj. Nemocný s esenciální arteriální hypertenzí má často další především metabolické rizikové faktory, tj. buď poruchu metabolismu tuků nebo poruchu glukózového metabolismu. Cílem primární i sekundární prevence KVO je nejen léčit jednotlivé rizikové faktory, ale především snížit nemocnost a úmrtnost na KVO, a proto je nutné pohlížet na všechny přítomné rizikové faktory a přidružené nemoci komplexně. V primární prevenci KVO je nutné určit celkové kardiovaskulární riziko (příloha) (1).

Pacient s hypertenzí má většinou velmi vysoké KV riziko. Mezi tyto hypertoniky patří všichni kardiaci nebo pacienti po cévní mozkové příhodě (tj. pacienti v sekundární prevenci KVO), ale i hypertonici bez manifestního KVO (tj. pacienti v primární prevenci KVO), kteří mají diabetes mellitus (většinou 2. typu – DM 2) nebo hypertonici s metabolickým resp. kardiometabolickým syndromem (KMS) a v neposlední řadě hypertonici s chronickou nefropatií jakékoli etiologie (glomerulární filtrace < 30 ml/min). Těmto hypertonikům je třeba věnovat velkou pozornost v léčbě hypertenze a prevenci KVO.

Ve farmakoterapii hypertenze užíváme v první řadě přípravky ze základních pěti skupin, pro které jsou k dispozici data ze studií vyhodnocujících snížení nemocnosti a úmrtnosti na kardiovaskulární příhody. Při výběru antihypertenziva bereme také v úvahu i jeho další vlastnosti, jako je vliv na metabolické a hemodynamické parametry nebo renální funkce (2). Základem léčby hypertenze u pacienta s velmi vysokým KV rizikem jsou určitě látky blokující renin–angiotenzin–aldosteronový systém (RAAS), tj. především **inhibitory angiotenzin konvertujícího enzymu (ACE)**. Právě inhibitory ACE nejen zabraňují přeměně angiotenzinu I na angiotenzin II, ale rovněž brání odbourávání vazodilatačně působícího bradykininu na inaktivní peptidy. Vazodilatační účinky bradykininu jsou dány mimo jiné jeho stimulačním působením na endotel, jehož buňky uvolňují oxid dusnatý. Dochází tak ke zlepšení funkce endotelu a popisován je také účinek antiproliferační (anti–remodelační), antioxidační, a dokonce antitrombotický (zlepšení fibrinolýzy zvýšením produkce tkáňového aktivátoru plazminogenu, t–PA). Inhibitory ACE mají v současnosti velmi dobře dokumentovaný antihypertenzní a kardioprotektivní účinek u stabilní ischemické choroby srdeční, akutního

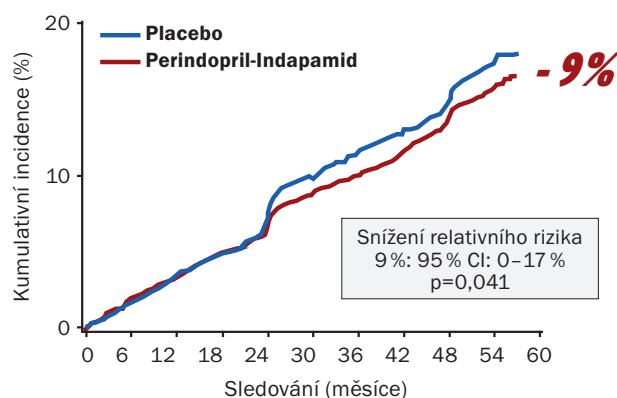
infarktu myokardu i srdečního selhání, a navíc příznivě ovlivňují rizikové faktory těchto onemocnění. V souladu s platnými terapeutickými doporučeními jsou vhodné u všech typů hypertenze s výjimkou hypertenze v těhotenství. Pro svůj velký nefroprotektivní účinek jsou rovněž vhodné u diabetické i nediabetické nefropatie a u všech pacientů s diabetem. Velmi nedoceněným účinkem inhibitorů ACE je jejich vliv na zlepšení citlivosti k vlastnímu inzulínu tj. zlepšení inzulínové rezistence, která se vyskytuje u hypertoniků s KMS. Pacienti s hypertenzí a KMS mají 2–3× vyšší riziko pro předčasně KVO, ale také 5× vyšší riziko pro vznik DM 2. Proto indikace inhibitorů ACE u pacientů s hypertenzí a KMS je klíčová nejen v prevenci KVO, ale i v prevenci DM 2.

Z provedených studií s inhibitory ACE je známo, že **dávky použitých inhibitorů ACE** byly vyšší, než je běžné v každodenní klinické praxi. Při vyšších dávkách se právě uplatňují popsané protektivní účinky. Z významných klinických studií připomeňme např. studii HOPE, do níž byli zařazeni nemocní s vysokým kardiovaskulárním rizikem, z nichž 46% bylo hypertoniků, a jejíž výsledky poukazují na výrazně příznivý vliv ramiprilu v dávce 10 mg na snížení kardiovaskulárního úmrtí, infarktu myokardu či CMP (3). Ve studii EUROPA provedené u nemocných s prokázanou ICHS, z nichž 27% pacientů mělo hypertenzi, byl prokázán výrazný přínos perindoprilu 10 mg ve snižování rizika úmrtnosti z kardiovaskulárních příčin, výskytu infarktu myokardu či srdeční zástavy (4). Perindopril 10 mg ve studii PREAMI u starších osob po prodělaném infarktu myokardu oproti placebo výrazně zabraňoval remodelaci levé komory srdeční (5). V podstudii PERTINENT studie EUROPA bylo navíc prokázáno, že perindopril v dávce 10 mg výraznou měrou snižoval apoptózu endoteliálních buněk, a tedy zabraňoval rozvoji aterosklerózy (6). V další podstudii PERSPECTIVE byla prokázána významná regrese mladých aterosklerotických plátů u nemocných léčených opět vyšší dávkou perindoprilu (7). Užití vyšší dávky může vzbuzovat obavu z častějšího výskytu nežádoucích účinků, ze kterých je nejčastější suchý kašel. U perindoprilu je však výskyt tohoto nežádoucího účinku nízký. Výskyt kašle přitom nikterak nekoreluje se zvolenou velikostí dávky perindoprilu. Perindopril se navíc vyznačuje vysokou hodnotou through–to–peak ratio, což znamená, že má dlouhodobý účinek, a tím zajišťující pouze minimální fluktuace v hodnotách krevního tlaku (TK).

Většina pacientů s hypertenzí (70–80%) potřebuje k dosažení cílových hodnot TK kombinaci alespoň dvou léčiv. U hypertonika s vysokým rizikem se doporučuje snižovat TK na hodnoty kolem 130/80 mmHg. Podle současných Doporučení je známo, že léčbu hypertenze je možno zahájit od počátku dvojkombinací antihypertenziv, zvl. jeli výchozí TK > 160/100 mmHg nebo cílový TK

kolem 130/80 mm Hg (2). Metaanalýza více než 40 studií léčby hypertenze prokázala, že nasazení dvojkombinace antihypertenziv od začátku léčby hypertenze je cca 5× účinnější na snížení systolického TK ve srovnání s nasazením monoterapie s následným zdvojnásobením její dávky (8). Při zahájení léčby nekomplikované hypertenze se začalo ustupovat od volby kombinace diuretik s beta-blokátory, a to především pro jejich nepříznivé metabolické účinky. Nejčastější kombinace antihypertenzních léků je kombinace inhibitorů ACE (nebo sartanů) s blokátory kalciových kanálů nebo s diuretiky. U hypertoniků s vysokým kardiometabolickým rizikem jsou vhodná metabolicky neutrální diuretika typu indapamidu. Existují také fixní kombinace těchto léků, které přinášejí výrazně lepší adherenci k celoživotní léčbě hypertenze.

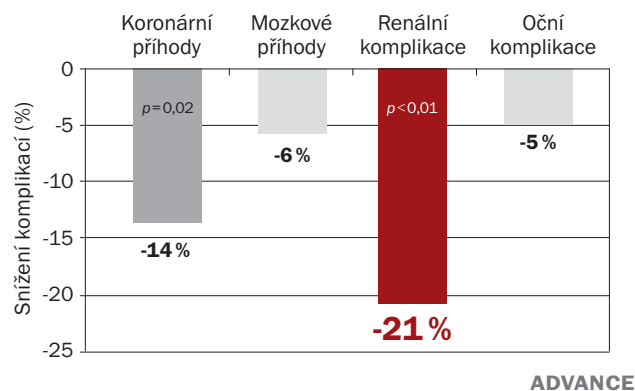
Hlavní makro a mikrovaskulární komplikace



Kombinace **perindoprilu s indapamidem** je velmi vhodnou kombinací pro hypertoniky s poruchami metabolismu glukózy nebo lipidů. Na rozdíl od thiazidových diuretik indapamid ani ve vyšší dávce nezvyšuje glykémii ani nezhoršuje lipidový profil. Indapamid je označován jako metabolicky neutrální diuretikum, které má kromě natriuretického účinku také účinek vasodilatační. Na jedné straně vede k většímu vylučování sodíku ledvinami a následně ke snížení koncentrace natria v buňkách cévní stěny, na druhé straně reguluje indapamid vstup vápníku do buněk hladké svaloviny arterií a stimuluje produkci vasodilatačních prostaglandinů (PGE2 a PGI2). Fixní kombinace perindoprilu (10 mg) a indapamidu (2,5 mg) má významná data ze studie **ADVANCE** (Action in Diabetes and Vascular Disease: Preterax and Diamicon MR Controlled Evaluation). Jedná

se o unikátní studii provedenou u pacientů s DM 2. Přidání perindoprilu/indapamidu ve vyšších dávkách ke standardní léčbě těchto nemocných vedlo nejen ke snížení TK (k průměrných hodnotám 135/75 mm Hg), ale ke statisticky významnému poklesu makrovaskulárních komplikací (fatálních i nefatálních KVO) i mikrovaskulárních diabetických komplikací (především ledvinných komplikací) (9).

Snížení vedlejších cílových ukazatelů Perindopril-Indapamid



V oblasti léčby hypertenze je velmi zásadní metaanalýza klinických studií zaměřená na zhodnocení celkové mortality u jednotlivých inhibitorů systému RAAS. Z ní vyplývá výrazné snížení mortality jednak ve studiích ASCOT-BPLA a HYVET a navíc ve studii ADVANCE, tj. ve všech studiích, ve kterých byl užíván perindopril. Poslední uvedená studie ADVANCE zaznamenala výrazně nižší kardiovaskulární úmrtnost při kombinaci perindoprilu s indapamidem oproti placebo, přičemž nezvyšovala nekardiovaskulární mortalitu; celková mortalita pacientů s DM 2 statisticky významně poklesla o 13 % ($p < 0,001$) (10). Metaanalýza potvrzuje inhibitory ACE, potažmo perindopril, jako léky volby v terapii hypertenze.

Závěrem lze shrnout, že snížení celkové a kardiovaskulární mortality je otázkou správně zvolené léčby arteriální hypertenze. Inhibitory RAAS, a to především inhibitory ACE, signifikantně snížily kardiovaskulární morbiditu a mortalitu u pacientů s hypertenzí, ischemickou chorobou srdeční i diabetes mellitus, tj. u pacientů s hypertenzí a velmi vysokým kardiovaskulárním rizikem. Užívání perindoprilu v dávce 10 mg je z hlediska kontroly TK i dalších parametrů účinnější, přičemž není provázáno vyšším výskytem suchého kašle. Jeho kombinace s indapamidem je výhodná nejen u diabetiků 2. typu, ale u všech hypertoniků s metabolickými poruchami a vysokým KV rizikem.

Literatura:

1. J. Perk, G. De Backer, H. Gohlke, et al., European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (vision 2012). The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts), European Heart Journal 33 (2012) 1635–1701.
2. Filipovský J, Widimský J jun, Ceral J et al: Diagnostické a léčebné postupy u arteriální hypertenze – verze 2012. Doporučení České společnosti pro hypertenzi. Vnitř. Lék. 2012;58:785-801.
3. Yusuf S, Sleight P, Pogue J, et al. Effects of an angiotensin-converting-enzyme inhibitor, ramipril, on cardiovascular events in high-risk patients. The Heart Outcomes Prevention Evaluation Study Investigators. N Engl J Med 2000;342:145–53.
4. Fox KM; EUROpean trial On reduction of cardiac events with Perindopril in stable coronary Artery disease Investigators. Efficacy of perindopril in reduction of cardiovascular events among patients with stable coronary artery disease: randomised, double-blind, placebo-controlled, multicentre trial (the EUROPA study). Lancet 2003;362:782–8.
5. Ferrari R. Effects of angiotensin-converting enzyme inhibition with perindopril on left ventricular remodeling and clinical outcome. results of the randomized

- Perindopril and Remodeling in Elderly With Acute Myocardial Infarction (PREAMI) study. The PREAMI Investigators. Arch Intern Med. 2006;166:659–66.
6. Ceconi C, Francolini G, Bastianon D, et al. Differences in the effect of angiotensin-converting enzyme inhibitors on the rate of endothelial cell apoptosis: in vitro and in vivo studies. Cardiovasc Drugs Ther 2007;21:423–9.
7. Bruining N, de Winter S, Roelandt JR, et al; EUROPA/PERSPECTIVE Investigators. Coronary calcium significantly affects quantitative analysis of coronary ultrasound: importance for atherosclerosis progression/regression studies. Coronary Artery Dis 2009;20:409–14.
8. Wald DS, Law M, Morris JK et al: Combination therapy versus monotherapy in reducing blood pressure: meta-analysis on 11,000 participants from 42 trials. Am J Med. 2009 Mar;122(3):290-300.
9. ADVANCE Collaborative Group. Effects of a fixed combination of perindopril and indapamide on macrovascular and microvascular outcomes in patients with type 2 diabetes mellitus (the ADVANCE trial): a randomised controlled trial. Lancet. 2007;370:829-840.
10. Bertrand M, Mourad JJ, Fox K. Impact of ace inhibitors and angiotensin II receptor blockers on all-cause mortality in hypertension trials. Eur Heart J 2011;32(Abstrac Supplement):13.

PRESTARIUM[®] NEO COMBI



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

Zkrácená 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, podávaným současně v téže 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 zvažení odpovědi krevního tlaku. Prestarium Neo Combi 10 mg/2,5 mg: kreatinin v plazmě musí být přizpůsobený ve 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:** Přežitelnost 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 nedostatku 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 kolagenovým vaskulárním onemocněním, u užívajících imunosupresivní léčbu, léčbu alopurinolem 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 jedem. **Anafylaktoidní reakce během aferézy LDL:** těchto reakcí 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 žlutatosti 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 obnovení 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/hypertrofičká 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:** pravidelné monitorování. **Hypokalcémie:** v případě renální insuficience, zhoršených renálních funkcí, věku > 70 let, diabetu mellitu, dehydratace, akutní kardiální dekompenzace, metabolické acidozy a souběžného užívání kalium šetřících diuretik a soli draslíku je doporučeno časté monitorování hodnot draslíku v krvi. **Hypokalcémie:** vysoké riziko pro starší pacienty a/nebo podvyživené 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 příštítných tělísek. **Hyperurikémie:** zvýšená tendence k záchvatům dny. **Anestézie:** jeden den před operací je doporučeno přerušit léčbu. **Dědičná porucha intolerance galaktózy, laktóza, deficience laktázy nebo glukózo-galaktózová malabsorbe:** přípravek by neměl být podáván. **Diabetici:** může vyvolat pozitivní reakci u antidiabetických testů. **Interakce:** vyšší výskyt angioedému a zejména méně účinný na snížení krevního tlaku u černéské populace ve srovnání s jinými rasami. **Pediatrická populace:** účinnost a snášenlivost nebyla stanovena. **Sportovci:** může vyvolat pozitivní reakci u antidiagnostických testů. **Lithium:** Nedoporučuje se kombinace Lithium, kalium šetřící diuretika a soli draslíku. **Kombinace vyžadující zvláštní opatrnost:** Baclofen, nesteroidní antiflogistika (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, tetrakosaktid, jiná antihypertenziva, allopurinol, cytostatika a imunosupresiva, systémové kortikosteroidy nebo prokainamid, anestetika, diuretika, jedovaté 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 obličej, 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 hypotenzí u vysoce 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:** Synkopa, 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), hyponatrémie s hypovolémií vedoucí k dehydrataci a ortostatické hypotenzí. **Předávkování:** Farmakologické vlastnosti: Prestarium Neo Combi je kombinovaný přípravek obsahující argininovou sůl perindoprilu, inhibitoru angiotensin-konvertujícího enzymu, a indapamidu, derivátu sulfonamidu, farmakologicky řazenému k thiazidovým diuretikům, s antihypertenzním účinkem na systolický a diastolický arteriální tlak v poloze vleže i vestoje. **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. Registrační 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 Florentin 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.



Příloha

Určení celkového kardiovaskulárního rizika v primární prevenci KVO (1).

V primární prevenci KVO je důležité určit celkové KV riziko, podle kterého se dále volí metody prevence event. farmakologické léčby rizikových faktorů KVO. Kardiovaskulární riziko roste exponenciálně s počtem rizikových faktorů. Pro každodenní praxi je proto výhodné určit toto celkové riziko za použití jednoduchých tabulek rizika SKÓRE, které byly vytvořeny z našich vlastních mortalitních studií pro českou populaci. Podle pohlaví, věku, kouření a hodnot systolického krevního tlaku (TK) a celkového cholesterolu (ch) (event. u osob s nízkým HDL-ch podle hodnot poměru celkového-ch/HDL-ch) odečteme z tabulek absolutní KV riziko tj. pravděpodobnost (v procentech) pro daného jedince, že zemře v následujících 10 letech na KV příhodu (obrázek).

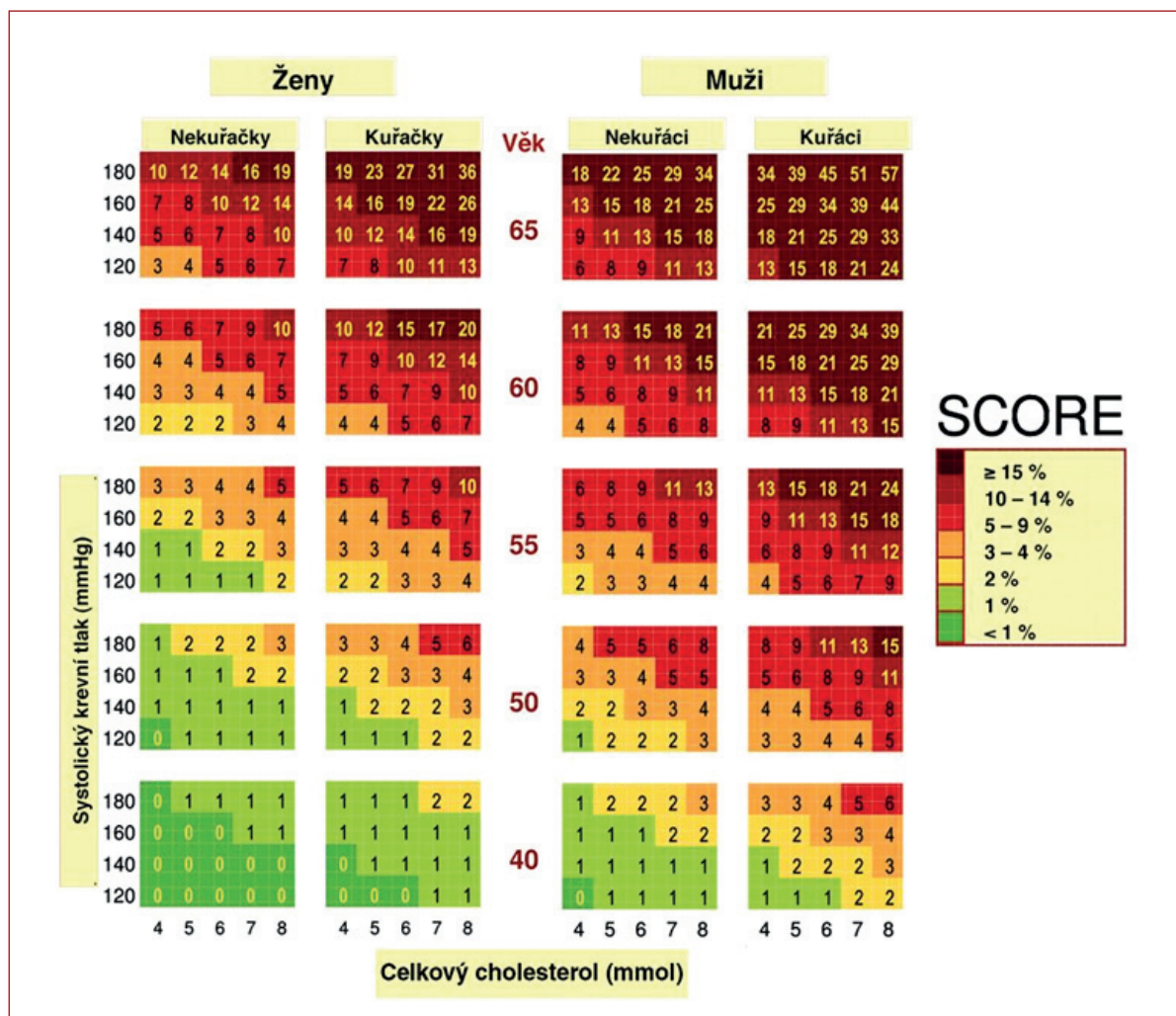
- Velmi vysoké KV riziko se vyskytuje u osob v primární prevenci KVO, pokud mají z tabulek SKÓRE riziko $\geq 10\%$, dále u nemocných s manifestním KVO, u diabetiků s nějakým rizikovým faktorem nebo orgánovými změnami nebo u nemocných s těžkou chronickou nefropatií (GFR < 30 ml/min/1,73 m²).

- Vysoké KV riziko se vyskytuje u nemocných s extrémně vysokým rizikovým faktorem, např. s těžkou hypertenzí nebo familiární hypercholesterolemií aj., u diabetiků bez dalších RF a orgánových postižení, u nemocných s mírnou chronickou nefropatií KVO (GFR 30–59 ml/min/1,73 m²) nebo v primární prevenci u jedinců s celkovým rizikem $\geq 5\%$ a $< 10\%$.
- Mírné KV riziko je nejčastější u osob středního věku v primární prevenci KVO, tj. zjištěné KV skóre $\geq 1\%$ a $< 5\%$. Riziko může být modulováno dalšími RF.
- Nízké KV riziko mají jedinci s celkovým KV skóre $< 1\%$ a bez dalších modulujících rizikových faktorů.

Celkové KV riziko lze navýšit podle dalších rizikových faktorů např. u jedinců se sedavým způsobem života, jedinců s abdominální obezitou, u sociálně deprivovaných nebo u jedinců z etnických minorit, u asymptomatických osob s preklinickou aterosklerózou nebo pozitivní rodinnou anamnézou KVO.

Obrázek

Tabulky rizika SKÓRE pro českou populaci.





Epilepsie a jiné poruchy vědomí

MUDr. Irena Novotná

1. neurologická klinika LF MU, FN u sv. Anny v Brně

Epilepsie patří k nejrozšířenějším neurologickým onemocněním, kterým je postiženo průměrně 1 % populace. Příčin je celá řada, průběh může být bezproblémový, ale také velmi komplikovaný. V léčbě volíme vhodná antiepileptika, součástí je životospráva. U farmakorezistentních jedinců připadá v úvahu epileptochirurgický zákrok. Součástí péče o nemocné epilepsii je péče psychologická a sociální.

Epilepsie je chronické neurologické onemocnění a patří mezi nejčastější se vyskytující neurologické choroby. Projevuje se opakovanými záchvatovými stavy různého průběhu, příčiny a prognózy.

Příčinou epileptického záchvatu je změna dráždivosti neuronů se vznikem abnormních výbojů v mozkové kůře. Postiženo je asi 1 % dospělých a 3 % dětí, to znamená, že v České republice je zhruba 100 000 lidí trpících epilepsií.

Ne každá porucha vědomí a ne každý ojedinělý epileptický záchvat však znamenají onemocnění epilepsií.

Definice epilepsie se opakovaně měnila, v současné době platí, že ke stanovení diagnózy stačí jeden **neprovokovaný** epileptický záchvat. Při stanovení definitivní diagnózy je však třeba velké obezřetnosti, protože chybně stanovená diagnóza s sebou nese řadu omezení v osobním i profesním životě.

Rozdělení epilepsií

Epileptické záchvaty se zjednodušeně **dělí** na **záchvaty parciální (s elementární nebo komplexní symptomatologií) se sekundární generalizací nebo bez ní, a záchvaty primárně generalizované**. Zde si obvykle každý představí typický obraz – tonicko klonický generalizovaný záchvat – pád, bezvědomí, fázi tonickou, fázi klonickou, pokousání, pomočení a následnou pozáchvatovou zmatenost. Primárně generalizované záchvaty ale mají různé podoby. Do této skupiny patří řada záchvatů dětského věku (absence, juvenilní myoklonická epilepsie atd.), a jejich průběh může být také různý: tonické, klonické, tonicko–klonické, atonické, absence a myoklonie.

Trvání záchvatů může být od několika sekund po řadu minut. Zejména parciální záchvaty nebo absence bývají tak krátké, že mohou uniknout pozornosti okolí. Pokud má na ně nemocný amnézii, vznikají často pochybnosti, zda tyto projevy má či nemá. Do střetu se dostávají anamnestické údaje subjektivní a objektivní. Problémy vznikají zejména v situacích, kdy kupř. nemocný účelově záchvaty neguje. Na druhé straně pokud má u záchvatů parciálních s komplexní symptomatologií poruchu vědomí, která je součástí těchto stavů, pak si svůj záchvat skutečně nemusí pamatovat.

Další dělení epilepsie může být kupř. podle laloků, symptomatologie, věku.

Symptomatická epilepsie vzniká jako důsledek nějakého poškození mozku: vrozená vývojová vada nervového systému, kupř. dysgenese, heterotopie šedé hmoty, schizencefalie, dále periporodní asfyxie, nezralost dětského mozku a iontová dysbalance, vrozené metabolické vady, mitochondriální a metabolická onemocnění, cévní mozková příhoda, nádor, úraz, zánět nervového systému, encefalitidy, degenerativní onemocnění (m. Wilson, m. Alzheimer, m. Huntington), atd.

Idiopatická epilepsie je označení pro epilepsie, kde nemá prokazatelnou příčinu. Příčina však musí existovat, jinak by nevznikla epilepsie.

Každá porucha vědomí však neznamená automaticky onemocnění epilepsií, byť by jako epileptický záchvat na první pohled vypadala. Polovina prvních – izolovaných záchvatů jsou tzv. **akutní symptomatické záchvaty**, jde tedy o **provokované** záchvaty. Provokujícím faktorem může být užití drog, léků, alkoholu – nebo jejich vynechání, spánková deprivace, metabolický rozvrat, horečnaté onemocnění, cévní příhoda atd.

Proto při vyšetřování nemocného s anamnézou poruchy vědomí je nutná pečlivá **diferenciální diagnostika**, tj. probrání všech možných příčin, které by mohly vést k poruše vědomí. Je třeba uvážit všechny možné **somatické i psychogenní příčiny** poruch vědomí.

K somatickým patří zejména kardiovaskulární onemocnění, synkopy, k psychogenním příčiny vědomé (simulace) i nevědomé (konverzní porucha).

Vyšetření a diferenciální diagnostika

Z uvedeného plyne, že **základem správné diagnózy je co nejpečlivější vyšetření a diferenciální diagnostika**. Mnoho z tohoto je v rukou praktického lékaře, který často bývá prvním, kdo se o podezřelých projevech od nemocného nebo svědků (rodina, kamarádi) dozvídá.

Základem je subjektivní a objektivní anamnéza, laboratorní, případně toxikologické, interní a kardiologické vyšetření, včetně vyšetření na synkopy. V úvahu přicházejí kromě abúzu alkoholu, léků a návykových látek metabolická onemocnění (diabetes mellitus, selhávání ledvin či jaterní), anemie, vysoké či nízké hodnoty tlaku krevního, kardiologická onemocnění (arytmie, převodní poruchy), synkopy.

Synkopy jsou různých druhů, arytmogenní, obstrukční, autonomní. Závažná je synkopa **neurokardiogenní**, zejména **neurokardiogenní maligní synkopa**, provázená asystolií. Vyšetření neurokardiogenní synkopy by měl indikovat inter-

ní lékař – kardiolog. Ke stanovení přesného typu synkopy se užívá Tilt Table Test či Head Upright Test. Podle závažnosti synkopy jsou nemocní sledováni v poradnách pro synkopy, které jsou při interních – kardiologických či arytmiologických ambulancích, u maligní neurokardiogenní synkopy je obvykle nutná implantace kardiostimulátoru. Pozor na konvulzivní synkopu, kdy dojde u postiženého v důsledku hypoxie mozku k několika krátkým záškubům, tento obraz nemá nic společného s tonicko – klonickým epileptickým záchvatem, ale může být při laickém popisu zaměněn, což vede k chybné diagnóze.

Z **neurologických** příčin přicházejí do úvahy traumata hlavy (mozku) a jejich následky (subdurální, epidurální hematom), cévní mozková příhoda, meningitida či meningoencefalitida, nádor či metastázy nádorů jinde v těle uložených. Při vyšetření použijeme základní neurologické vyšetření, případně lumbální punkci, a dále vyšetření funkční – EEG nativní, po spánkové deprivaci, v případě potřeby video EEG, a vyšetření zobrazovací – CT a NMR. V indikovaných případech jsou volena speciální **vyšetření** – funkční magnetická resonance, SPECT, PET, video EEG semiinvasivní či invazivní, neuropsychologie. Toto však až u nemocných s farmakorezistentní epilepsií, kteří jsou kandidáty epileptochirurgického zákroku.

Zhruba u poloviny nemocných lze správně zvolenou monoterapií dosáhnout částečné či téměř plné bezzáchvatosti, u dalších 25 % je dosaženo velmi dobré kompenzace záchvatů kombinovanou léčbou. Stále však zbývá další čtvrtina lidí, kteří spadají do kategorie **farmakorezistentních** nemocných. To znamená, že u těchto nemocných není dosaženo individuálně dostatečné redukce záchvatů ani kombinovanou léčbou dvěma či třemi antiepileptiky.

Nejpozději do dvou let od stanovení diagnózy epilepsie by mělo být zřejmé, do které kategorie bude člověk s epilepsií patřit.

Farmakorezistence je však problémem individuálním, neboť pro jednoho člověka s epilepsií je nepřijatelný jeden záchvat za měsíc, jiný bude šťasten, když bude mít denně místo dvaceti třeba pět záchvatů. Proto je potřeba ke každému jedinci, který trpí epilepsií, přistupovat vysloveně individuálně, s přihlédnutím k jeho intelektu, sociální adaptaci, dosaženému vzdělání a pracovnímu zařazení a životním ambicím.

Pokud se nedaří zásadně zredukovat frekvenci záchvatů při zvyklých ambulantních postupech, je třeba nemocného odeslat k hospitalizaci a podrobnému vyšetření – nejlépe na pracoviště, které se touto problematikou zabývá.

Nezbytnou součástí **farmakologické léčby** je životospráva, platná pro nemocné s poruchami vědomí: pravidelný režim spánku a bdění, pravidelné užívání léků, bez příjmu alkoholu a jiných návykových látek. Je třeba upozornit i na to, že nikotin je induktorem jaterních enzymů, metabolizujících léky. Proto zahájení kouření u nekuřáka nebo taky naopak – omezení u dosavadního kuřáka – může vést ke

změně hladin užívaného antiepileptika.

Stejně tak při výběru vhodného léku se řídíme kupř. věkem, pohlavím, typem epilepsie, komorbiditami a současně přihlížíme k jiným pravidelně užívaným lékům, které by mohly v interakci s antiepileptiky měnit jejich hladiny.

Na výběr máme řadu antiepileptik, neužívanějšími jsou valproát, karbamazepin, lamotrigin, levetiracetam, oxkarbazepin, zonisamid – v monoterapii či kombinované léčbě dvěma, výjimečně třemi antiepileptiky (u farmakorezistentních nemocných). Kombinaci léků by měla předcházet pečlivá úvaha, léky by měly být podávány dostatečně dlouho na to, aby bylo možno odečíst efekt, a v dostatečné, individuálně tolerované dávce. Při kombinované léčbě je nutno počítat s interakcí antiepileptik.

Chirurgická léčba epilepsie

Smyslem operační léčby je redukovat frekvenci záchvatů. Zhruba 25 % pacientů splňuje kritéria farmakorezistentní epilepsie. Z nich je jen část nemocných vhodná pro chirurgickou léčbu. Základním kritériem je **prokázaná farmakorezistence**, dobrá **informovanost** nemocného a jeho rodiny či pečovateli, a jeho **souhlas**, případně souhlas pečující osoby, která je právně zmocněna rozhodovat za nemocného (toto připadá v úvahu u mentálně retardovaných lidí, zbavených způsobilosti k právním úkonům).

Vyšetření v přípravě k operaci vyžaduje interdisciplinární přístup a multidisciplinární tým (neurolog – epileptolog, neuroradiolog, neurochirurg, hematolog, atd., včetně zapojení psychologů a sociálních pracovníků).

V úvahu přicházejí **resekční** operace (kupř. anteromediální temporální resekce), **paliativní** operační zákroky (callosotomie), **stimulační** terapie – implantace stimulatoru vagového nervu (VNS), v ojedinělých případech hluboká mozková stimulace – stimulace předních thalamických jader (DBS).

V pooperačním období je třeba ponechat dva roky původní léčbu a vyčkat trpělivě efektu léčby. Hodnocení efektu léčby provádíme na podkladě Engelovy stupnice kompenzace v pooperačním období.

V případě, že je operovaný zcela bez záchvatů, lze u řady nemocných po dvou letech opatrně redukovat užívaná antiepileptika.

Kromě náročných zhotovení a hodnocení řady speciálních vyšetření (SPECT, PET, fMRI, neuropsychologie), předcházejících operaci, je potřeba poskytnout nemocnému i psychologickou podporu a zabývat se též jeho **sociální situací**.

Samotný fakt objevení se epilepsie v životě člověka znamená poměrně zásadní změnu životních plánů, nutnost volit jiný způsob výchovy a vzdělání dítěte, omezení ve výběru zaměstnání (noční směny, práce ve výškách, hloubkách, u otevřeného ohně, vody, u běžících pásů, vrtaček, lisů apod., nemožnost vlastnění řidičského průkazu),

i ve výběru zálib a koníčků (cave potápění, horolezectví, výkonnostní a vrcholový sport atd.). U dospělých lidí často epilepsie vede k nutnosti změny profese (řidič z povolání, strojevedoucí...), nebo vede k nutnosti invalidity částečné či úplné, kdy je nemocný odkázán na sociální dávky.

V případě úspěšné operace se ale situace může zásadně změnit, a to právě v sociální oblasti.

Na toto je nutné adepta operačního řešení upozornit. Bude-li bez záchvatů, nebo bude-li jejich frekvence zásadně snížena, může mu být odebrán invalidní důchod, nebo jeho stupeň může být snížen, což s sebou nese snížení finanční dávky a současně nutno se zamýšlet se nad svým uplatněním na trhu práce. Všechny možné aspekty pooperační situace (nejen upozornit na možné pooperační komplikace) je nutno probrat s nemocným i jeho rodinou, zvážit zázemí rodinné i finanční, vypracovat jakýsi plán dalšího života (rekvalifikaci, další vzdělání). Největší pozornost zasluhují jedinci s nižší mentální kapacitou, osobnostními zvláštnostmi, úzkostně depresivní symptomatologií, nedostatečným zázemím a méně realistickými životními plány. Pro ně může být obtížné zorientovat se v tzv. normálním světě, do kterého dosud vlivem své choroby tak zcela nepatřili.

Součástí práce s člověkem, trpícím epilepsií, je i práce s jeho nejbližšími. Ti by měli být od začátku onemocnění informováni o první pomoci při epileptickém záchvatu, tj. při velkém záchvatu uložit postiženého pokud možno do stabilizované polohy, podložit mírně hlavu, neotvírat násilně ústa a nic do nich nevkládat, vyčkat, až záchvat zcela ustane a nemocný se vrátí k plnému vědomí. Toto platí i pro parciální komplexní záchvaty. A to proto, že po genera-

lizovaném i parciálním komplexním záchvatu mívá nemocný tzv. pozáchvatovou zmatenost, trvající minuty, někdy desítky minut. Tyto jednoduché zásady by měl sdělovat rodině už praktický lékař.

Nemocné a jejich rodiny je vhodné informovat i o pacientských organizacích, klubech, webových stránkách a jiných dostupných zdrojích informací.

Praktický lékař bývá často konfrontován s nutností vyjádřit se ke zdravotní způsobilosti k řízení motorových vozidel. Postupujeme dle platných zákonů a vyhlášek: dle zákona 361/2000 Sb. o pozemních komunikacích a vyhlášky č. 277/2004 Sb. o zdravotní způsobilosti k řízení motorových vozidel a novely č. 72/2011 Sb.

Závěr

Epilepsie sice nadále patří k častému neurologickému onemocnění, dnešní medicína ale má řadu možností ke stanovení správné diagnózy a nastavení vhodné léčby, která zahrnuje farmakoterapii, životosprávu, a v indikovaných případech u farmakorezistentních pacientů epileptochirurgický zákrok.

Péče o lidi postižené epilepsií však zahrnuje i okruh psychologické a sociální podpory a pomoci, volené individuálně dle konkrétní situace. Na začátku této cesty patrně nejčastěji stojí osobnost praktického lékaře, který je v kontaktu s nemocným jako jeden z prvních. Na jeho správných a včasných rozhodnutích do značné míry stojí rychlá diferenciální diagnóza a nasměrování pacienta na správné pracoviště.

I N Z E R C E

Hledám zástup do ordinace praktického lékaře v Jílovém u Prahy

od září 2014 do ledna 2015. Ordinace 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



Poruchy cirkadiánního rytmu

MUDr. Martin Pretl, CSc.

vedoucí lékař, Neurologická ambulance
a spánková poradna INSPAMED, s. r. o., Praha

Změna životního stylu celé společnosti, která nastala v poslední dekádách, si vynutila změny v chování a návycích velké části populace. Došlo a dochází k rozvoji celých odvětví, která nerespektují klasickou denní pracovní dobu a využívají celého dne včetně noci a víkendů. Tím sice dochází k uspokojování našich potřeb, pro zúčastněné to však znamená přizpůsobit své chování a zvyky potřebám většiny. Dalším faktorem je stále se prodlužující věk populace, který přináší nové situace (včetně častějšího výskytu některých onemocnění), se kterými se společnost zatím pouze učí vyrovnávat. Zmíněné (ale i mnohé další) faktory mohou vést u některých jedinců k rozvoji poruch spánku a bdění, které řadíme do skupiny poruch cirkadiánního rytmu. Těmto onemocněním začíná být věnována mezi lékařskou (ale i laickou) veřejností náležitá pozornost. Zvýšený zájem odráží i nová klasifikace poruch spánku a bdění, která poprvé upřednostňuje v názvech jednotek slovo nemoc (disorder) a dříve užívaná popisná pojmenování uvádí již jen jako alternativně užívané názvy. (1)

Cirkadiánní rytmy jsou fyziologické a behaviorální rytmy s opakující se periodicitou přibližně 24 hodin, generované endogenním biologickým pacemakerem, suprachiasmatickým jádrem (SCN) v předním hypothalamu. Tyto rytmy kontrolují velké množství biologických procesů – rytmus spánku a bdění, tělesnou teplotu, příjem potravy, sekreci hormonů, homeostázu glukózy, regulují buněčné cykly. Desynchronizace rytmů negativně ovlivní zmíněné procesy. Poruchami cirkadiánního rytmu v oblasti spánku rozumíme patologickou odchylku v načasování a délce spánku, která vzniká při uvedených změnách. Důsledkem bývá insomnie či pocity ospalosti až hypersomnie, případně obojí, které mohou vést k narušení společenských i pracovních vztahů. (2, 3)

Cirkadiánní rytmicitu jedince ovlivňuje prostředí, ve kterém žije (střídání světla a tmy, sociální a fyzické aktivity). SCN dostává hlavní informace jednak z retiny (hlavně monosynaptickým retinohypothalamickým traktem – fotická informace), jednak z ncl. raphe (non-fotická informace). Nejvýznamnější eferentní dráhy z SCN směřují do hypothalamu do oblastí souvisejících s řízením spánku a bdění. Kromě SCN hraje důležitou roli v řízení cirkadiánní rytmicity i melatonin, který je vylučován gl. pinealis. Spojení SCN s gl. pinealis je víceneurové. Sekrece melatoninu je regulována SCN (tlumena světlem), melatonin působí na SCN supresivně. Úkolem melatoninu je zprostředkovávat SCN, tkáním a orgánům skrze melatoninové receptory informaci o exogenním světelném signálu (fotoperiodickou informaci). Hladina

melatoninu začíná stoupat cca 2 hodiny před přirozeným usnutím, nejvyšší je uprostřed habituálního spánku a v druhé polovině noci klesá. V terapii cirkadiánních poruch se dále užívá vztahu jádrové tělesné teploty a sekrece melatoninu, které mají zhruba zrcadlově opačný průběh (peak jádrové tělesné teploty je pozdě odpoledne, nadir v časných ranních hodinách, peak melatoninu po usnutí, nadir ráno až dopoledne). Fyziologický spánek se vyskytuje při snížené jádrové tělesné teplotě a končí cca 2 hodiny po nadiru. Toho se využívá v praxi – např. u jedinců stávajících v 7 hodin je nadir jádrové tělesné teploty stanoven na 5. hodinu. Melatonin podaný časně ráno (po nadiru jádrové tělesné teploty) působí posun usnutí (phase delay), zatímco podání večer působí předsunutí fáze (phase advance). Aplikace fototerapie má na posun fáze oproti melatoninu účinky opačné (večer posun a ráno předsunutí fáze). (4–8)

Diagnostika

Kvalitní anamnéza je základním a často postačujícím úkonem ke stanovení diagnózy poruch cirkadiánního rytmu. Její doplnění o spánkový deník nám zpřesní pacientem udávané informace. Z přístrojových vyšetření je užívána aktigrafie obvykle po dobu 14 dnů s výhodou zachycení dvou víkendů, stejně jako u spánkového kalendáře (obrázek č. 1). Polysomnografické vyšetření nebývá vždy výtěžné, neboť noční 8hodinová monitorace nemusí postihnout onemocnění v celé šíři. Polysomnografie prokáže hlavně prodlouženou dobu usnutí či časné probuzení event. fragmentovaný spánek. Stanovování hladiny melatoninu ze slin (event. moči, plasmy) je vyhrazeno specializovaným pracovištím a rutinně se neužívá.

Poruchy cirkadiánního rytmu (přehled viz tabulka č. 1)

Zpožděná fáze spánku (Delayed Sleep–Wake Phase Disorder – DSPD)

Onemocnění se projevuje opožděným nástupem spánku minimálně o 2 hodiny oproti konvencím. Nejčastějším projevem je neschopnost usnout v konvenční dobu, mylně tak bývá diagnostikována insomnie z poruchy usínání. Spánek má normální architekturu a pokud je jedinci dopřán v obvyklé délce, cítí se po probuzení i během dne vyspalý a v normální kondici. Jestliže však vstává dříve, dostávají se obvyklé příznaky z krátkého spánku – ráno únava, nevy spalost, neosvěženost, přes den ospalost, snížený výkon, nesoustředěnost. Onemocnění je častější v mladších věkových skupinách, nejčastěji vzniká kolem 20. roku života.

Pokud si jedinec může přizpůsobit svůj celodenní rytmus svému posunu, potíže se nedostavují (svobodná povolání). Naopak práce v noci a vystavování se nočnímu osvětlení může opožděný nástup spánku ještě více prodlužovat. Příčina onemocnění není známa, předpokládá se snížená odpověď na efekt ranního světla, zvýšená senzitivita na noční osvětlení, prodloužení cirkadiánní periody. Roli hrají i behaviorální, psychosociální a další environmentální faktory. Pravděpodobný bude genetický podklad této choroby. Výskyt onemocnění je udáván mezi 0,2 až 10 %.

Terapie: Fototerapie v ranních hodinách (v délce 2 hodiny, aplikovaná 2–3 hodiny před přirozeným probuzením v době nadíru jádrové tělesné teploty), podpořená melatoninem v dávce 0,5–5 mg, podávaným 5–6 hodin před pravidelnou dobou usnutí.

Předsunutá fáze spánku (Advanced Sleep–Wake Phase Disorder – ASPD)

Opakem zpožděné fáze spánku (DPSD) je předsunutá fáze spánku (APSD) – spánek se dostavuje minimálně o 2 hodiny dříve oproti konvencím. Kvalita a délka spánku je zachována. Nemoc se projevuje ospalostí v pozdních odpoledních hodinách, předčasným usínáním večer a brzkým probuzením oproti konvencím. Jedinci budí dojem insomnie z předčasného probuzení. Pokud není zachována dostatečná doba spánku, klinické projevy přes den jsou obdobné jako u DPSD. Onemocnění postihuje spíše starší populaci.

Terapeuticky je doporučována fototerapie ve večerní době (před nadírem jádrové tělesné teploty, nejčastěji mezi 19–21 hodinou), výsledky však nejsou jednoznačné. Vhodné je i vyloučení světla ráno po probuzení. Melatonin s hypnotiky mohou mít podpůrný efekt na příznaky nespavosti. Chronoterapie (předsouvání doby usnutí o 3 hodiny každé dva dny dokud nedosáhneme požadované doby usnutí) je v běžné praxi obtížně uplatnitelná.

Nepravidelný rytmus (Irregular Sleep–Wake Rhythm Disorder)

Onemocnění je charakterizováno disorganizací spánku a bdění. Cirkadiánní rytmicita je rozpadlá a periody spánku a bdění se vyskytují nahodile během dne. Celková doba spánku je zachována, ale je rozdělena do několika kratších období (obvykle 3 a více) o průměrném trvání 1–4 hodiny. Nejdelší perioda spánku je nejčastěji mezi 2 a 6 hodinou ranní. Klinickým projevem jsou jak insomnie, tak nadměrná denní spavost. Noční nespavost bývá spojena nežádka s agitovaností, někdy až agresivitou. Postihuje častěji starší lidi, obvykle při dlouhých pobytech v nemocnicích a sociálních zařízeních (dlouhodobě ležící, kteří nemají žádné podněty), dále pacienty s demencí. Rizikovým faktorem jsou s věkem vázané neurologické a psychiatrické choroby, nikoliv věk samotný.

Patofyziologicky je předpokládána degenerace neuronů SCN a snížená expozice či působení externích synchronizujících faktorů, které vedou k poruše cirkadiánních

rytmů. V patofyziologii se dále uplatňují oční onemocnění (hlavně katarakta), redukující přísun světla do SCN, snížená mobilita, medikace, zvýšený počet zdímnutí přes den.

V terapii mají hlavní vliv zvýšení sociální aktivity a dodržování spánkové hygieny (dostatek fyzických i kognitivních podnětů přes den, dobré prostředí ke spánku v noci, pravidelný rytmus spánku). Fototerapie je vhodná po dobu 2 hodin v ranních hodinách. Účinná je i kombinace melatoninu s fototerapií.

Volně běžící rytmus (Non 24–hour Sleep–Wake Disorder)

Postihuje přibližně polovinu slepých jedinců (se ztrátou percepce světla, s porušením retinohypothalamickým traktem), kdy vlastní (biologický) rytmus spánku a bdění není synchronizován s vnějším prostředím, je zpravidla o něco delší a proto dochází k posouvání–zpoždování doby usnutí. U lidí bez poruchy zraku se s touto jednotkou setkáváme zřídka, nejčastěji ve druhé a třetí dekádě. Klinicky se nemoc projevuje periodami insomnie, nadměrné denní spavosti i normálními stavy podle toho, v jaké fázi se nachází biologický rytmus pacienta vzhledem k reálnému času. U nemocných jedinců jsou často popisovány poruchy nálady. Terapeuticky je doporučován melatonin (ve vyšších dávkách – 3–10 mg cca 60 minut před ulehnutím, k úpravě dochází za 3–9 týdnů, kdy se následně snižuje dávka melatoninu na podpůrných 0,5 mg) a přesné dodržování denního režimu. Pokud terapie melatoninem selže, je u pacientů s režimem blízkým 24 hodinám doporučována malá dávka vitaminu B12, eventuálně kombinace melatoninu a fototerapie.

Porucha spánku a bdění při posunu časových pásem (Jet Lag Disorder)

S jet lagem se setká většina lidí, kteří cestují přes více časových pásem, příznaky (nespavost, nekvalitní fragmentovaný spánek, časně probouzení při cestě na západ, nemožnost usnout při cestě na východ, denní malátnost, horší chuť k jídlu, poruchy nálady a soustředění, obtížné rozhodování) odeznívají během několika dnů, dokud se nesrovná vnitřní biologický rytmus s vnějším prostředím. Intenzita příznaků bývá tím větší, čím větší je časový posun. Obecně cesty na západ jsou tolerovány lépe (vnitřní hodiny se lépe přizpůsobí) než cesty na východ. Z těchto důvodů jsou cesty západním směrem plánovány přes den, zatímco cesty na východ během noci. S věkem tolerance ke změnám časových pásem klesá.

Terapeuticky je doporučováno podávání melatoninu v dávce 2–5 mg po dobu 2–4 dnů po příletu. Vnímaví jedinci, kteří často cestují, mohou podstoupit fototerapii několik dnů před odletem. Melatonin je doporučován v dávce 0,5–10 mg v časných večerních hodinách několik dnů před odletem na východ a poté několik dnů před usnutím na místě. Kombinace fototerapie s dostatkem fyzické aktivity ještě uspoší přizpůsobení se novým časovým poměrům. Krátce působící hypnotika, kofein či modafinil (v ČR off-label indikace) jsou též doporučovány

Shrnutí pro praxi

Mezi poruchy cirkadiánního rytmu řadíme zpožděnou fázi spánku, předsunutou fázi spánku (doba usínání je posunuta/předsunuta o minimálně 2 hodiny oproti konvencím), nepravidelný rytmus spánku a bdění (periody spánku a bdění se vyskytují nahodile během dne), volně běžící rytmus (vlastní biologický rytmus spánku a bdění není synchronizován s vnějším prostředím), poruchu spánku

a bdění při směnném provozu a poruchu spánku a bdění při posunu časových pásem (jet lag syndrom). Hlavními klinickými projevy jsou insomnie či hypersomnie, eventuálně jejich kombinace. Diagnosticky je nejpřínosnější anamnestické vyšetření, spánkový deník a aktigrafie. V terapii se užívá nejčastěji fototerapie a podávání melatoninu.

MUDr. Martin Pretl, CSc.

Literatura

1. International Classification of Sleep Disorders - ICSD3 – dostupná tč. pouze na mobilních zařízeních v placené verzi – www.aasmnet.org
2. Nevšimalová S, Illnerová H. Poruchy cirkadiánního rytmu. In Nevšimalová S a Šonka K et al Poruchy spánku a bdění, 2nd ed, Galen, Praha 2007
3. Zee PC et al. Circadian rhythm abnormalities. Continuum (Mineap Minn) 2013; 19 (1): 132-147
4. Lewy AJ et al. Light suppresses melatonin secretion in humans. Science 1980; 210, 1267-1269
5. Lewy et al. Melatonin shifts circadian rhythms according to a phase-response curve. Chronobiol Int 1998; 15: 71-83
6. Dodson ER and Zee PC. Therapeutics for circadian rhythm sleep disorders. Sleep Med Clin 2010; 5 (4): 701-715
7. Guardiola-Lemaitre B and Quera-Salva MA. Melatonin and the regulation of sleep and circadian rhythms. In Kryger MH, Roth T, Dement WC. Principles and Practice of Sleep Medicine, 5th ed, Elsevier Saunders, St. Louis, 2011
8. Bjorvatn B and Pallesen S. A practical approach to circadian rhythm sleep disorders. Sleep Med Rev 2009; 13 (1): 47-60
9. Herxheimer A and Petrie KJ. Melatonin for the prevention and treatment of jet lag. Cochrane Database Syst Rev 2002; 2: CD 001520

Doplňující dotaz redakce:

Vážený pane doktore,

„Tyto rytmy kontrolují velké množství biologických procesů – rytmus spánku a bdění, tělesnou teplotu, příjem potravy, sekreci hormonů, homeostázu glukózy, regulují buněčné cykly. Desynchronizace rytmů negativně ovlivní zmíněné procesy.“

Existují statistiky, kolik DM či hypertoniků má poruchy spánku? Pokud ano, zlepšila se kvalita spánku po kompenzaci těchto onemocnění? Nebo poklesla mortalita na KVO a metabolická onemocnění u pacientů s léčeným spánkem (světlo, melatonin). Jaký to má dopad pro každodenní praxi?

MUDr. Zuzana Miškovská, Ph.D.

Odpověď autora článku:

Vážená paní doktorko,

statistiky existují, ale hlavně na obstrukční spánkovou apnoe (OSA), která je nejvíce probádána. Tudíž na všechny otázky, na které se ptáte, je odpověď ano (tedy OSA a civilizační choroby). Léčba samozřejmě vše zlepšuje.

Čísla jsou impresivní – 50 % DM má OSA, u hypertenze a dalších KV chorob či obezity podobně.

Tabulka č. 1

Dělení poruch cirkadiánního rytmu podle ICSD – 3

Poruchy cirkadiánního rytmu

- Zpožděná fáze spánku (Delayed Sleep-Wake Phase Disorder)
- Předsunutá fáze spánku (Advanced Sleep-Wake Phase Disorder)
- Nepravidelný rytmus spánku a bdění (Irregular Sleep-Wake Rhythm Disorder)
- Volně běžící rytmus (Non 24-hour Sleep-Wake Rhythm Disorder)
- Porucha spánku a bdění při směnném provozu (Shift Work Disorder)
- Porucha spánku a bdění při posunu časových pásem (Jet Lag Disorder)
- Poruchy cirkadiánního rytmu jiné příčiny

Tabulka č. 2

Obecná diagnostická kritéria poruch cirkadiánního rytmu dle ICSD3

Obecná diagnostická kritéria poruch cirkadiánního rytmu dle ICSD3

Musí být splněna kritéria A–C

- A. Persistentní nebo rekurentní obraz poruchy rytmu spánku–bdění vzniklý primárně kvůli alteraci endogenního cirkadiánního časového systému nebo nesprávným uspořádáním mezi endogenním cirkadiánním rytmem a schématem spánku a bdění požadovaným nebo potřebným pro život jedince nebo pro jeho sociální/pracovní činnosti
- B. Rozvrácení cirkadiánního rytmu vede k příznakům insomnie, excesivní denní spavosti nebo oběma příznakům
- C. Poruchy spánku a bdění působí klinicky signifikantní nesnáze nebo poruchy v oblasti mentální, fyzické, sociální, pracovní, vzdělávací nebo v dalších důležitých oblastech fungování/činnosti

Zdroj: ICSD- 3, www.aasmnet.org



Klinické studie s rifaximinem v terapii průjmu cestovatelů: jednoznačné výsledky

MUDr. Martin Vaněk

CZECH HEALTH MEDIA, s. r. o.

Průjem cestovatelů je obvyklým důsledkem konzumace kontaminované stravy nebo vody a postihuje 20–50% osob cestujících do ekonomicky méně vyspělých zemí. Ve valné většině případů stojí za onemocněním akutním průjemem enterotoxigenní *Escherichia coli* (ETEC) a enteroagregující *Escherichia coli* (EAEC), menší podíl na jeho výskytu mají bakterie rodu *Shigella*, *Salmonella* a *Campylobacter*, a také protozoa a viry. Průjem cestovatelů může způsobit vážná onemocnění a může pro pacienta představovat i nečekanou finanční zátěž – např. ve formě zvýšených nákladů na léčbu nebo zrušení či změny termínů plánovaných schůzek. V neposlední řadě také nepříjemnou situaci se zkaženou, dlouho plánovanou dovolenou, anebo s nutností přerušit či ukončit dovolenou nebo zahraniční cestu. Přestože se pacient zbaví onemocnění zpravidla do jednoho týdne, ve 2–10% případů může přetrvávat až 2 týdny a až u desetiny postižených se může objevit i post-infekční syndrom dráždivého tračníku¹. Osobní i ekonomické dopady průjmu cestovatelů tedy jen podtrhují význam jeho účinné léčby.

V předchozích letech doporučovaná empirická terapie antibiotiky (ATB), např. v USA, mívala poměrně zásadní nedostatky. Standardem léčby (cestovatelských) průjmů bylo použití trimethoprim-sulfamethoxazolu, vůči kterému

však získala řada bakterií rezistenci^{2,3,4} a u dobře tolerovaného ciprofloxacinu, účinného proti *E. coli* a *Shigella*, se rovněž vyskytly případy enterotoxigenní *Escherichia coli* (ETEC) rezistence. Nevstřebatelné antibiotikum rifaximin (viz rámeček) poskytuje výhody, jaké se zdají být ideálními pro antibiotickou léčbu infekčního průjemového onemocnění: cílenou aktivitu přímo u zdroje infekce ve střevě, nízkou pravděpodobnost systémových vedlejších účinků, nízkou pravděpodobnost interakce s jinými léčivy a – vzhledem k nevstřebatelnosti – také omezené riziko vzniku bakteriální rezistence.

V již realizovaných studiích vykazoval rifaximin u pacientů s cestovatelským průjemem vyšší účinnost než placebo a přibližně shodnou efektivitu jako ciprofloxacin ve zkrácení doby trvání onemocnění⁵.

Srovnávací studie účinků rifaximinu

S ohledem na tyto skutečnosti připravili David N. Taylor et al. randomizovanou, dvojité zaslepenou, multicentrickou studii, která srovnávala účinek rifaximinu, placeba a ciprofloxacinu v léčbě průjmu cestovatelů. Její závěry byly uveřejněny v časopise *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 74(6), 2006, str. 1060–1066.

Nenechte si zkazit zážitky ...

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 průjem, cestovní průjem, 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 nevolnost, meteorismus, flatulence, bolesti břicha, únavnost, bolesti hlavy, váhový úbytek. Tyto NU rychle ustoupí bez nutnosti vysazení léku. **Ojedinelé při léčbě vyššími dávkami se může vyskytnout urtikarie.** **Interakce:** Absorpce z GI traktu je <1% podané dávky, proto nevznikají na systémové úrovni nežádoucí lékové interakce. **Dávkování:** Léčba akutních průjmů - dospělí a děti starší 12 let 1 tableta každých 6 hodin, děti od 6 - 12 let 1/2 - 1 tableta každých 6 hodin. Profylaxe při chirurgických výkonech - dospělí a děti starší 12 let 2 tablety každých 12 hodin, děti od 6 - 12 let 1 - 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 u kolorektální chirurgie, 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).

Studie se účastnili pacienti obou pohlaví, ve věku nejméně 18 let, jež se dostavili na jednu ze sedmi do studie zapojených klinik v Mexiku, Guatemale, Indii a Peru, a kteří trpěli akutním průjmem. Ten byl definován jako 3 a více nezformovaných stolic během 24 hodin před registrací. U nemocných se musel vyskytovat alespoň jeden z průvodních symptomů: bolest břicha, nadměrná plynatost, nevolnost, krev či hlen ve stolici, zvracení, teplota ($\geq 37,8$ °C), naléhavost defekace nebo tenesmus.

Registrace pacientů probíhala od července 2002 do května 2003 a do studie přijato bylo celkem 399 jedinců. Jejich průměrný věk byl 33 let (v rozmezí 18–80 let), poměr žen a mužů byl téměř shodný (48,1% resp. 51,9%) a v 82,5% se jednalo o příslušníky bílé barvy pleti. Demografické faktory nebyly zohledněny. Podle protokolu schváleného mj. The University of Texas Houston Health Science Center Committee for the Protection of Human Subjects, byli vybraní pacienti randomizováni v poměru 2:1:1 k podání 200 mg rifaximinu 3× denně, ciprofloxacinu v dávce 500 mg 2× denně a placeba 1× denně, nebo ke 3 dávkám placeba na den. Léčba byla zahájena nejpozději do 72 hodin po nástupu průjmu a trvala 3 dny. Po dobu 5 dnů od randomizace si všichni zúčastnění vedli denní záznamy o datu, čase a konzistenci stolice, včetně vyskytujících se symptomů. Vzorky stolice byly sbírány před zahájením léčby, dále 2. den a po jejím ukončení – mezi 3. a 5. dnem.

Sledované cíle: účinnost, mikrobiologický rozbor a bezpečnost

Účinnost podaných léků byla sledována „časem do poslední nezformované stolice“ (TLUS – Time to Last Unformed Stool), který byl definován jako interval mezi prvním podáním medikace do poslední nezformované stolice. Stolice měkká a vodnatá byla považována za nezformovanou. K porovnání hodnot TLUS mezi rifaximinem a placebem, ciprofloxacinem a placebem, a rifaximinem a ciprofloxacinem, byl použit Coxův model proporcionálního rizika s oboustranným testem a hladinou významnosti 0,05. Účinnost rifaximinu se mohla lišit z hlediska etiologie onemocnění, hodnoty TLUS byly analyzovány ve třech podskupinách: *neinvazivní*, tj. u pacientů s průjem způsobující E. coli (ETEC a/nebo EAEC), *invazivní*, v rámci které se u pacientů vyskytuje Shigella, Campylobacter jejuni a Salmonella, a v podskupině s *neinvazivním průjmem*, tedy bez výskytu teploty a okultního krvácení ve stolici.

Účinnost medikací byla analyzována na základě informací získaných od ITT (Intent-to-Treat) populace, která zahrnovala všechny randomizované pacienty, a dále od populace, kde mohla být účinnost hodnotitelná, tzn. u pacientů, kteří splnili kritéria přijatelnosti – alespoň 2 dny přijímali předepsané dávky medikace a vyplňovali denní záznamy, a neužívali léky, které by jakkoliv ovlivnily výsledek studie.

Množství patogenů ve vzorcích stolice před a po terapii určili mikrobiologický rozbor. Místní laboratoře určily přítomnost či absenci patogenů Shigella, Salmonella, Aeromonas, Vibrio, Pleismonas, Campylobacter jejuni a Yersinia enterocolitica. Vzorky bakterií pak byly dopraveny do centrální laboratoře v Houstonu (Texas, USA), která patogeny verifikovala a stanovila minimální inhibiční koncentrace⁶. Výsledky laboratorních testů pak byly použity k určení hodnot mikrobiologické eradikace (negativní post-terapeutický výsledek kultivace etiologického patogenu, který byl před zahájením léčby pozitivní), a to pro celou zkoumanou „mikrobiologickou“ populaci, tedy pro všechny pacienty s pozitivním vzorkem stolice před zahájením léčby a s pozitivním nebo negativním vzorkem po jejím ukončení.

Primárním měřítkem bezpečnosti byla incidence vedlejších účinků, oznámené pacientem nebo vysledované zdravotním personálem v průběhu Studie.

Výsledky

Počet pacientů, kteří dokončili studii, byl srovnatelný ve všech 3 skupinách (rifaximin 90%; placebo 83%, ciprofloxacin 93%). Střevní patogen byl potvrzen u 64,4% ITT populace, přičemž nejčastěji se v každé skupině jednalo o E. coli ETEC (34%), E. coli EAEC (19%); invazivní patogeny, jako jsou Shigella, Campylobacter a Salmonella, byly izolovány v průměru u 18% pacientů. U 36% subjektů nebyl patogen izolován vůbec.

Z hlediska účinnosti vykazoval rifaximin výrazně lepší výsledky než placebo v souvislosti se zkrácením doby trvání nemoci dle hodnocení TLUS. Medián TLUS by ve skupině s rifaximinem 32 hodin, tedy méně než poloviční hodnota u placebo skupiny (65,5 hodiny; $P=0,0014$; RR 1,63; 95% CI 1,21–2,19). Ciprofloxacin byl rovněž účinnější než placebo (28,8 vs. 65,5 hodiny; $P=0,0003$; RR 1,89; 95% CI 1,34–2,65). Z hlediska sledovaného cíle (TLUS) nebyl zaznamenán zásadní rozdíl mezi rifaximinem a ciprofloxacinem ($P=0,35$; RR 0,88; 95% CI 0,66–1,15).

Schopnost mikrobiologické eradikace všech sledovaných patogenů byla 61,1% ve skupině s rifaximinem, 51,7% u pacientů s placebem a 80,7% ve skupině s ciprofloxacinem ($P=0,20$ rifaximin vs. placebo; $P=0,001$ ciprofloxacin vs. placebo; $P=0,01$ rifaximin vs. ciprofloxacin). U nemocných s průjem způsobeným E. coli (bez přítomnosti invazivních patogenů) byla eradikace ve skupině s rifaximinem vyšší než u placebo (77 vs. 63%), u ciprofloxacinu dosáhla 93%. Hodnota mikrobiologické eradikace invazivních patogenů byla u rifaximinu 73%, 44% u placebo a 77% u ciprofloxacinu.

Ve 2 případech pacienti s ciprofloxacinem opustili studii předčasně z důvodu zácpy a zvracení, které hodnotitelé posoudili jako přímou souvislost s medikací. Žádný z nemocných ve skupinách s rifaximinem a s placebem neopustili studii z důvodu vedlejších účinků.

Výsledky této studie potvrzují dřívější poznatky a dokazují velmi dobrou účinnost a tolerabilitu rifaximinu ve třech 200 mg dávkách na den v léčbě cestovatelských průjmů, potvrzují i jeho superioritu vůči placebu a non-inferioritu vůči ciprofloxacinu.

Rifaximin jako profylaxe a léčba

Průjem je nejobvyklejším zdravotním problémem cestovatelů do zemí Afriky, Asie, Latinské Ameriky, ale i pro stále více turistů do zemí méně exotických, tj. turistických destinací jižní Evropy. ATB jsou jediným účinným prostředkem v léčbě tohoto onemocnění, a proto se rozšiřuje i stupeň bakteriální rezistence vůči těmto protiprůjmovým přípravkům. Současně čelíme i nedostatku ATB, jež jsou dobře tolerované a bezpečné pro pacienty, kteří jsou k průjmovým onemocněním náchylní.

Rifaximin jako nevstřebatelné antibiotikum významně snižuje riziko systémových vedlejších účinků a má minimální nebo žádný vliv na mimostřevní bakterie. Díky těmto vlastnostem nedochází k vybudování bakteriální rezistence.

Ze závěrů popsané klinické studie vyplývá, že rifaximin je významným systémovým antibiotikem a alternativou terapie naprosté většiny případů cestovatelských průjmů. Je vhodný pro pacienty s podezřením na nákazu neinvazivním patogenem, zejména E. coli. S ohledem na bezpečnostní profil a neovlivňování střevní flóry je rifaximin správnou volbou pro

terapii a současně prevenci afebrilních cestovatelských průjmů.

CO JE TO RIFAXIMIN

Rifaximin je nevstřebatelné širokospektrální antibiotikum s antibakteriálními účinky na řadu G+ (grampozitivních) a G- (gramnegativních) bakterií a aerobní i anaerobní floru. Poprvé se začal prodávat v Itálii v roce 1987 pod obchodním názvem Normix® (Alfa Wassermann; Itálie).

Díky výborným antibakteriálním a farmakokinetickým vlastnostem a současně vysokému bezpečnostnímu profilu je jeho využití 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. Bakteriální rezistence zatím nebyla zaznamenána.

PRŮJEM CESTOVATELŮ

Obecně je průjem popisován jako změna pevnosti, objemu, četnosti a barvy stolice ve srovnání s obvyklým stavem. Definován je jako výskyt dvou nebo více řídkých stolic za den nebo jedna řídká stolice s příměsí krve, hlenu či hnisu. Četnost jeho výskytu je stejná u mužů i žen a doprovází ho 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 nevhodná kombinace jídel, vyvolat ho mohou i toxiny sinic často přítomných v rekreačních vodních plochách. Průjmové onemocnění infekčního původu je vůbec nejčastější infekční chorobou. 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.

Literatura:

- 1 Okhyusen PC, Jiang ZD, Carlin L, Forbes C, DuPont HL, 2004. Post-diarrhea intestinal symptoms and irritable bowel syndrome in North American travelers to Mexico. *Am J Gastroenterol* 99: 1774-1778.
- 2 Hoge CW, Gambel JM, Srijan A, Pitarangsi C, Echeverria P, 1998. Trends in antibiotic resistance among diarrheal pathogens isolated in Thailand over 15 years. *Clin Infect Dis* 26: 341-345.
- 3 Gomi H, Jiang ZD, Adachi JA, Ashley D, Lowe B, Verenkar MP, Steffen R, DuPont HL, 2001. In vitro antimicrobial susceptibility testing of bacterial enteropathogens causing traveler's diarrhea in four geographic regions. *Antimicrob Agents Chemother* 45: 212-216.
- 4 Ericsson CD, 2001. Rifaximin: A new approach to the treatment of travelers' diarrhea. *J Travel Med* 8: S25.
- 5 DuPont HL, Ericsson CD, Mathewson JJ, Palazzini E, DuPont MW, Jiang ZD, Mosavi A, de la Cabada FJ, 1998. Rifaximin: a non-absorbed antimicrobial in the therapy of travelers' diarrhea. *Digestion* 59: 708-714.
- 6 Gomi H, Jiang ZD, Adachi JA, Ashley D, Lowe B, Verenkar MP, Steffen R, DuPont HL, 2001. In vitro antimicrobial susceptibility testing of bacterial enteropathogens causing traveler's diarrhea in four geographic regions. *Antimicrob Agents Chemother* 45: 212-216.

Nenechte si zkazit zážitky ...

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, únava, bolesti hlavy, váhový úbytek. Tyto NÚ rychle ustoupí bez nutnosti vysazení léku. Ojedinelé při léčbě vyššími dávkami se může vyskytnout urtikarie. **Interakce:** Absorpce z GI traktu je <1% podané dávky, proto nevznikají na systémové úrovni nežádoucí lékové interakce. **Dávkování:** Léčba akutních průjmů - dospělí a děti starší 12 let 1 tableta každých 6 hodin, děti od 6 - 12 let 1/2 - 1 tableta každých 6 hodin. Profylaxe při chirurgických výkonech - dospělí a děti starší 12 let 2 tablety každých 12 hodin, děti od 6 - 12 let 1 - 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 Souhrnným údajem o přípravku (SPC).



Karcinom ledviny ze sběrných kanálků u mladé pacientky

**MUDr. Martina Poršová¹, MUDr. Jaroslav Porš², MUDr. Richard Pabišta¹,
MUDr. Alexander Nedbálek¹, MUDr. Jan Zaplatílek¹, MUDr. Ivan Kolombo³**

¹Urologické oddělení, Oblastní nemocnice Mladá Boleslav

²Chirurgické oddělení a urologická ambulance, Panochova nemocnice Turnov/Krajská nemocnice Liberec

³Urologická klinika Fakultní nemocnice Královské Vinohrady

Karcinom ze sběrných kanálků (collecting duct carcinoma – CDC, Bellini duct carcinoma – BDC) je vzácný, vysoce agresivní maligní nádor, který vyrůstá z epitelu sběrných kanálků ledviny. Častěji postihuje muže a pacienty v nižším věku a v době diagnózy se již často vyskytují vzdálené metastázy. Prezентujeme případ 38 leté pacientky s pokročilým onemocněním levé ledviny, která byla přijata na naše oddělení pro těžký febrilní stav s podezřením na levostrannou akutní pyelonefritidu. Laboratorními ani zobrazovacími metodami nebylo možné určit etiologii onemocnění. Až operační revize s následnou nefrektomií, indikovaná akutně pro horšící se klinický stav pacientky, prokázala infiltrující tumor levé ledviny.

Klíčová slova: sběrné kanálky, renální karcinom

Úvod:

Karcinom ze sběrných kanálků je vzácným histologickým typem nádorového postižení ledvin, který tvoří necelé 1% všech epiteliálních nádorů ledvin (1). V literatuře byl první případ publikován v roce 1976 (2), ale za samostatnou klinickopatologickou jednotku byl karcinom ze sběrných kanálků uznán až o 10 let později a to na základě práce autorů Fleminga a Lewise (3). Tento histologický podtyp renálního karcinomu se často chová agresivněji než konvenční renální karcinom, rychleji se šíří a metastazuje. Vychází ze dřene ledviny a má sklon k prorůstání do ledvinové pánvičky a perirenální tukové tkáně. Častěji postihuje muže a pacienty v nižším věku (průměrně kolem 43 let) (4). V době diagnózy se obvykle jedná o pokročilé onemocnění, 35–40 % osob má v době diagnózy založené vzdálené metastázy. Mezi hlavní klinické příznaky patří hematurie, bolest v boku, úbytek váhy a hmatná nádorová masa. Zobrazovací metody nedokáží odlišit tento typ renálního karcinomu od ostatních histologických podtypů. Makroskopicky má nádor šedobílou barvu, uzlovitý vzhled a dosahuje větších rozměrů než ostatní histologické typy renálního karcinomu. Má tendenci k angioinvasi i tvorbě nádorových trombů, metastazuje do lymfatických uzlin (80 %), plic (25 %), jater (20 %), nadledvin (25 %) a mozku. Metastázy do kostí jsou obvykle osteoblastické (ojediněle pak také osteolytické) (5). Mikroskopicky se skládá z infiltrativně rostoucích tubulárních a papilárních struktur, mezi

kterými je bohaté stroma. Charakteristické jsou dysplastické změny v okolí, zánětlivá infiltrace a atypie buněk, které mají bazofilní nebo eosinofilní cytoplasmu a polymorfní jádra. Obsahuje vakuolizované buňky s excentrickým nebo komprimovaným jádrem. Jsou popsány případy výskytu tohoto karcinomu současně s nálezem uroteliálního karcinomu močového měchýře (6,7) a objevily se i smíšené histologické nálezy karcinomu uroteliálního a karcinomu ze sběrných kanálků v jednom nádoru (8). Je tedy možné, že spolu oba tyto epiteliální nádory souvisí (7). V diferenciální diagnostice je třeba karcinom ze sběrných kanálků odlišit od papilárního adenokarcinomu s prorůstáním do dřene ledviny a od uroteliálního karcinomu s prorůstáním do parenchymu (4). V současnosti je na renální karcinom pohlíženo jako na onemocnění, kde v drtivě většině případů právě genetické faktory sehrávají klíčovou roli při jeho vzniku a rozvoji. Bylo popsáno několik forem hereditárně vázaného karcinomu ledviny a v současnosti je známo přinejmenším sedm odlišných genů, které mají spojitost s renálním karcinomem (9). Geneticky lze u karcinomu ze sběrných kanálků často prokázat monosomie chromosomů 1, 6, 8, 14, 15 a 22. Prognóza je velmi špatná, průměrná doba přežívání nemocných je 22 měsíců (10).

Kazuistika:

Nemocná (nar. 1976) byla poprvé odeslána k urologickému vyšetření z chirurgické ambulance v **srpnu 2013**. Při vstupním vyšetření udávala asi 14 dnů trvající strangurie, stálou tlakovou bolest v levém boku a subfebrilie. Jinak anamnéza bez pozoruhodností, sledována v kardioporadně. Při klinickém vyšetření bylo břicho bez známek peritoneálního dráždění, bolestivá byla bimanuální palpace levé ledviny. Na ultrazvuku levé ledviny byly zobrazeny intrasinusálně pravidelné kulovité anechogenity charakteru intrasinusálních cyst, bez jednoznačných známek dilatace kalichopánvičkového systému, bez ložiskových změn. V močovém sedimentu byla prokázána mikrohematurie a leukocyturie. Pacientku jsme léčili pod pracovní diagnózou počínající **levostranné akutní neobstrukční pyelonefritidy** ambulantně. Byla odebrána kultura moči, nasazena antibiotika a protizánětlivá léčba (cefuroxim, indometacin). Po několika dnech ambulantní léčby byla

pacientka pro febrilie a progresi bolestí v levém boku a mesogastriu hospitalizována. Po přijetí jsme ihned provedli **drenáž levé ledviny** založením DJ stentu, kdy při zavádění hydrofilního vodiče odešly z levého ureterálního ústí bělavé kašovité hmoty, při ascendentní ureteropyelografii nebyla významnější dilatace kalichopánvičkového systému, ani jiná patologie. Na rozdíl od **předchozích negativních kultivací** moči byla z moči odebrané po výkonu vykultivována ***Pseudomonas aeruginosa* 10⁵** která byla přeléčena podle citlivosti intravenózními antibiotiky - ciprofloxacin (v léčbě bylo pokračováno i po dimisi perorální formou). Průběh hospitalizace byl bez komplikací, došlo k **pozvolné klinické remisi**. Pacientku jsme propustili v dobrém klinickém stavu, afebrilní a bez bolestí do domácí péče. S odstupem několika dnů jsme doplnili **nativní spirální CT** (CT - počítačová tomografie) ledvin a močových cest po tenkých řezech. Vyšetřením jsme vyloučili ureterolitíazu a prokázali rozšíření kalichů levé ledviny (šíře kalichů 9 mm) při správné pozici stentu, který jsme následně ambulantně extrahovali. Naplánována byla dynamická scintigrafie ledvin. Mezitím přišla pacientka na urologickou ambulanci s recidivou febrilií a lumbalgii vlevo. Byla přijata na urologické oddělení pro **recidivu akutní levostranné pyelonefritidy**. Na kontrolním ultrazvukovém vyšetření byla struktura centrálního echokomplexu nehomogenní, parenchymová léze nebyla prokázána. Pro celkově špatný klinický stav pacientky (únava, febrilie, bolesti) jsme zavedli **opětovně stent do levé ledviny**. Při výkonu byla prokázána lehká dilatace dendritického kalichopánvičkového systému, který se zobrazil nehomogenně (předpokládaný zahuštěný obsah),

z levého ureterálního ústí jsme pozorovali opět odtok zkalené moči. Doplnili jsme CT břicha s kontrastní látkou, kde byla při nativním vyšetření patrná **denzní náplň dutého systému**, zvláště v dolní polovině. Levá ledvina se jen lehce nehomogenně sytila, na opožděných skenech byl patrný náznak vylučování v horním kalichu. **V dolní polovině levá ledvina nevylučovala, nález svědčil pro zánětlivé změny** (obr. 1). Pro přetrvávající febrilie, nelepšící se stav pacientky a elevaci zánětlivých parametrů (C-reaktivní protein, CRP) jsme založili **punkční nefrostomii** k posílení drenáže při předpokládané pyonefros. Kontrolní CT břicha prokázalo při nativním vyšetření ve střední části ložisko velikosti 17×16×20 mm, po aplikaci kontrastní látky levá ledvina vylučovala, ložisko se ani na opožděných skenech neměnilo. Kolem levé ledviny byl při jejím laterálním okraji patrný cca 15 mm hematoma (obr. 2). V průběhu CT vyšetření jsme provedli také nefrostomogram, kdy ani při aplikaci kontrastní látky přes nefrostomii se výše popsané ložisko střední části levé ledviny neměnilo. Domnívali jsme se že se může jednat o absces, hematoma nebo dilatovaný, nevyprazdňující se střední kalich. Toto ložisko jsme punktovali po nástřiku dutého systému kontrastní látkou pod ultrazvukovou kontrolou, kdy se zde nepodařilo konec nefrostomie stočit. Ponechali jsme tedy nefrostomii spíše volně jako drén. Do dutého systému levé ledviny jsme založili ještě jednu nefrostomii do dolní kalichové skupiny. Nemocná byla monitorována na urologické jednotce intenzivní péče, byla tlakově stabilní, měla denně febrilní špičky, byla anemická a lehce subikterická. Při **fyzikálním vyšetření** bylo břicho měkké, aperitoneální, palpce pod levým podžebřím byla výrazně bolestivá, stej-



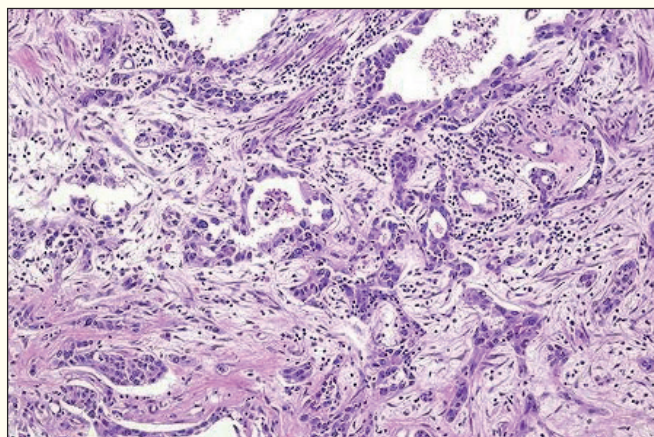
Obrázek 1



Obrázek 2

ně jako poklep, játra zasahovala k pupku (konzistence II), poslechově byl na srdci přítomen systolický šelest s maximem parasternálně vlevo. Subjektivně udávala vedle bolestí břicha (nejvíce v podžebří vlevo při nádechu) i nechutenství a velkou únavu. Všechny opakovaně odebírané **kultivace moči** (včetně vzorků moči odebraných přímo z dutého systému punkční jehlou při zakládání nefrostomie) i **hemokultury** (opakovaně při četných febrilních špičkách) byly **negativní**. Dále jsme intenzivně pátrali po jiných příčinách febrilního stavu pacientky – doplněn byl např. rtg plic, **vyšetření autoimunity apod.** Od začátku hospitalizace jsme podávali postupně následující **parenterální antimikrobiální preparáty** (cefuroxim, gentamicin, ceftazidim, amikacin, meropen). Pro **pokles hemoglobinu** v krevním obraze byly pacientce podány krevní transfuze. Jinak byly hodnoty leukocytů i trombocytů v krevním obraze vždy v normě. V biochemickém vyšetření byla elevace CRP (pohybující v rozmezí 150–200 mg/l) a **elevace jaterních testů - JT** (GMT,ALP, AST,ALT i bilirubinu). Na doporučení hematologa i gastroenterologa jsme provedli neinvazivní testy k vyloučení hepatitid (laboratorní vyšetření) a sonografické vyšetření jater a žlučových cest (kompletní hepatologické vyšetření). Vzhledem k negativním nálezům uzavřel ošetřující gastroenterolog jako příčinu elevace JT **toxické postižení jater** při antimikrobiální terapii. Pro systolický šelest bylo doplněno **kardiologické konzilium** včetně echokardiografie s nálezem středně významné mitrální a trikuspidální regurgitace, která byla bez progresu (pacientka sledována v kardiologické ambulanci). Konzultovali a opakovaně jsme hodnotili také parametry **výživy pacientky** (monitorována byla celková bílkovina, podle stavu přidána v průběhu hospitalizace parenterální výživa, výživa nasogastrickou sondou i nutridrinky). Pro dlouhodobě se nelepšící klinický stav pacientky, opakované febrilie, progredující bolesti břicha a levého podžebří, příznaky sepse, sonografický nález zmenšené ledviny se zakaleným tekutinovým lemem a pro vyčerpanou konzervativní terapii jsme provedli třetí týden hospitalizace (tedy v polovině listopadu) **revizi levé ledviny z lumbotomie**, kdy ledvina byla zánětlivě prosáklá, aktivovaná a krvácející z kanálu po nefrostomii. Ledvinu jsme odstranili a současně jsme odebrali i krvácející nadledvinu a aktivovanou lymfatickou uzlinu z oblasti hilu. Lůžko po nefrektomii jsme drénovali. V pooperačním období přetrvávaly subfebrilie a febrilie, pacientka dále

udávala bolesti spíše v pravém mesogastriu, byla unavená, adynamická až pesimistická. Po výkonu byla živena parenterální výživou, postupně podle začínající peristaltiky kombinovanou s perorálním příjmem a nutridrinky. Vyměněn byl centrální žilní katétr, jehož konec byl zaslán na kultivaci, opět byly odebírány opakovaně hemokultury a kultivace moči. V hemokulturách se objevil *Staphylococcus epidermidis*, v moči byl opakovaně pozitivní nález *Candida albicans*. K již podávanému meropenemu jsme přidali vankomycin (podle citlivosti na *Staph. epidermidis*, monitorována hladina v krvi) a dále jsme nasadili antimykotickou terapii (flukonazol). Operační rána se hojila per primam intentionem. Stav pacientky dále přetrvával bez významnějších změn (bolesti, nechutenství, únava, denně febrilie). Zcela překvapivý byl pak pro nás výsledek histologického vyšetření. Vyšetřující patolog popsal ledvinu velikosti 100×50×30 mm uloženou v objemném tukovém pouzdře, ve které se centrálně nacházela neohraničená tuhá bezstrukturní bělavá tkáň o největším rozměru 30 mm směřující k hilu. **Histologicky se jednalo o karcinom ze sběrných duktů ledviny převážně dediferencovaný do sarkomatoidního karcinomu (obr. 3)** s lymfatickou invazí, prorůstající do stěny pánvičky, stěn velkých cév, stěny močovodu a do hilu ledviny. Nadledvina byla bez nádorových struktur, v lymfatické uzlině byla přítomna metastáza sarkomatoidního karcinomu stírající její strukturu. Raritní nález byl podroben **druhému čtení v Ústavu patologie a molekulární medicíny 2. LF UK a FN v Motole**. Popsán byl následující mikroskopický nález: ve dřeni ledviny až v souvislosti s kalichopánvičkovým systémem byl neohraničený nádor charakteru karcinomu s výrazným



Obrázek 3

stupněm desmoplázie. Nádor tvořil trámce a místy tubulární útvary. Místy byly přítomny ve stromatu individuální vakualizované buňky s excentrickým, případně i komprimovaným jádrem. V ledvině samotné byl chronický lymfocytární zánět a to i v renálním kortexu. V závěru byl tedy **potvrzen nález karcinomu ze sběrných kanálků, nebo-li karcinomu z Belliniho vývodů**. Prokázána byla i monosomie chromosomu 1. Doplněné stagingové scintigrafické vyšetření skeletu prokázalo mnohočetná ložiska vysoké osteoblastické aktivity v centrálním i periferním skeletu, a tedy generalizaci metastatického poškození při základním onemocnění. Konzultován byl onkolog. Pacientku jsme propustili 5. 12. 2013 do domácí péče s nastavenou analgetickou léčbou a onkologickou terapií (sunitinib, denosumab). Při poslední kontrole v onkologické ambulanci bylo u pacientky zlepšení subjektivního stavu (bolesti) i objektivních parametrů (subfebrilie a přibývání na váze).

Závěr:

Karcinom ze sběrných kanálků je vzácný vysoce maligní a velmi agresivní nádor se špatnou prognózou. Některé studie udávají dvouleté přežívání jen u dvaceti procent pacientů. Základem léčby je nefrektomie. Zatímco drobné ložisko (u naší pacientky v definitivním preparátu do 3 cm) by u ostatních typů renálního karcinomu mohlo být

indikováno k zachovnému výkonu a nebo podle situace i ke sledování, je u CDC léčbou volby radikální nefrektomie. Pokročilý a metastazující karcinom je rezistentní ke standardním léčebným modalitám. Jednoznačně účinné protokoly adjuvantní léčby zatím nejsou k dispozici, je potřeba nových léčebných strategií. Časná detekce a časná chirurgická léčba tak zůstávají hlavními modalitami, jak zlepšit přežívání pacientů. U naší pacientky první CT vyšetření břicha s kontrastní látkou nádor levé ledviny nezobrazilo. Ložisko levé ledviny, které se objevilo až při druhém CT vyšetření, provedeném ve velmi krátkém časovém odstupu, bylo pak považováno za progresi zánětlivého procesu (absces), zvažován byl také hematoma, který mohl vzniknout v důsledku invazí na zánětlivě překrvené ledvině. U takto mladé pacientky jsme při daných příznacích - horečky spolu s bolestmi v bederní krajině i při použití moderních zobrazovacích metod po celou dobu předpokládali protrahovaný zánětlivý proces. Paraneoplastický proces při základní diagnóze RCC napodoboval příznaky akutní pyelonefritidy.

Rychle progredující a vzácný maligní nádor ledviny napodobující v našem případě průběh febrilní infekce močových cest, s chudou, převážně algickou a paraneoplastickou symptomatologií byl pro nás překvapujícím výsledkem histologického vyšetření.

Literatura:

1. Matz LR, Latham BI, Fabian VA, Vivian JB. Collecting duct carcinoma of the kidney: a report of three cases and review of the literature. *Pathology*, 1997;29(4):354-359.
2. Mancilla-Jimenez R, Stanley RJ, Blath RA. Papillary renal cell carcinoma. A clinical, radiologic pathological study of 34 cases. *Cancer* 1976;38:2469-2480.
3. Fleming S, Lewis HJE. Collecting duct carcinoma of the kidney. *Histopathology* 1986;10:1131-1141.
4. Belej K, Fiala R, Jezdinská V, Hrabec M. Karcinom ledviny ze sběrných kanálků – kazuistika. *Česká urologie* 2003;2:40-42.
5. Singhal R et al. Final Diagnosis – Collecting duct carcinoma. <http://path.upmc.edu/cases/case750/dx.html>
6. Hsiao HL et al. Renal collecting duct carcinoma and concomitant bladder urothelial carcinoma: a case report. *Kaohsiung J Med Sci*. 24(5):157-62.
7. Okuda H et al. Case report: collecting duct carcinoma during the follow-up for bladder cancer. *Hinyokika Kiyo* 54 (10):665-8.
8. Maestroni U et al. A renal cancer with intermediate characteristics between collecting duct carcinoma and urothelial carcinoma: case report and review of the literature. *Tumori* 92(6):545-8.
9. Kolombo I, Hanuš T, Odrážka K, Poršová M. Etiologie a epidemiologie. In: Kolombo I, Hanuš T, Odrážka K a kolektiv. *Karcinom ledviny*. Mladá fronta, a. s., 2010:21-59.
10. Dimopoulos MA et al. Collecting duct carcinoma of the kidney. *Br J Urol* 1993;71:388-391.

Praktický maraton Biskupice 2014 – Sláva J. A. Komenskému aneb škola hrou....

Vážení čtenáři, dovolte, abychom Vám v naší amatérské reportáži zprostředkovali zážitky z jednoho velmi nevšedního a přitom báječného víkendu. Stejně jako ostatní kolegové z řad Mladých praktiků i my jsme se přihlásili na interaktivní víkendový kurz lékařské první pomoci, aniž bychom příliš věnovali pozornost názvu celé akce, který zněl „Praktický maraton“. Až z reportáže o obdobné akci pořádané pro studenty lékařských fakult jsem pochopili, na co jsme se to přihlásili, a začali jsme se bát!



PÁTEK:

Vyrážíme směr Biskupice! Celou cestu si opakujeme základy kardiopulmonální resuscitace a řešíme otázku, zda případného oběšence hned odříznout a pak volat 155 nebo opačně. Zkrátka teoretizování nám jde, ale jak to bude v praxi, to teprve uvidíme. Asi po hodině cesty po prudkém sjezdu do údolí říčky Rokytné vyjíždíme do areálu dětského tábora. Všude pobíhají záchranáři a blikají sanitky, jsme na místě! Zdá se, že většina účastníků je již přítomna. Míříme proto rovnou k registraci. Okolní prostředí (chatky po devíti, hromadné WC a sprchy) a tři „ostřejší“ dámy na recepci naznačují, že tady se s námi nikdo mazlit nebude. Přijíždíme pozdě, avizované překvapení (anafylaxe po salátu z mořských plodů) již nestíháme, a tak spěcháme rovnou na první část odborného programu. Ten je rozdělen do několika bloků. Trénujeme celkové vyšetření pacienta při vědomí i v bezvědomí včetně malých dětí (a že to figuranti hráli opravdu skvěle), zprůchodnění a zajištění dýchacích cest s pomůckami, ventilaci za použití masky s ambuvakem. V dalším bloku pak nacvičujeme vyprošťování a transport raněného s fixací krční páteře, nasazení krčního límce, správné přiložení vakuové dlahy a sundání prilby motorkáři. Je pro všechny velmi poučné vzít si jednotlivé pomůcky do ruky a vyzkoušet si je jak v roli lékaře, tak v roli pacienta. Poslední část večerního vzdělávacího programu tvoří nácvik třídění raněných při hromadném neštěstí metodou START. Po několika málo hodinách nás všechny již bolí ruce

a kolena. Naše úsilí je završeno společenským večerem s tanečky, zkrátka první den utekl jako voda a světe div se, těšíme se na zítřek.

SOBOTA:

Celé dopoledne pokračujeme v tréninku a snažíme se pochytit co možná nejvíce informací užitečných pro odpolední závod a samozřejmě i pro naši další praxi. Hlavní náplní dopoledního programu je kardiopulmonální resuscitace u dospělého i dětí různého věku. Díky počítačové technice máme možnost ověřit si, zda jsou masáž hrudníku a jednotlivé vdechy prováděny správně. Zkoušíme si použití automatického externího defibrilátoru (AED) od zapnutí přístroje, nalepení elektrod, až po aplikaci opakovaného výboje. Méně kovaní z nás ocenili možnost zopakovat si všechny možnosti zajištění žilního vstupu včetně několika alternativních způsobů zajištění intraoseálního přístupu. Největší tlačenice je u nácviku vedení porodu. Někteří kolegové jdou dokonce i třikrát! Model k nácviku punkce tenzního pneumotoraxu umí pěkně zasýčet, ale jeho atraktivita je ve srovnání s porodem přece jenom menší. Trénujeme jednotlivé úkony po malých skupinkách a instruktoři i figuranti jsou skvělí, individuálně se nám věnují, všechno si můžeme vyzkoušet a hlavně „osahat“. Nutno podotknout, že praktický výstup z těchto bloků je mnohem větší ve srovnání s kurzem Lékařské první pomoci, který jsem všichni absolvovali povinně v rámci předatestační přípravy. Po obědě již zbývá jen zkompletovat vybavení naší týmové lékařské brašny (včetně ohledacích listů – přeci jenom jsme praktici), vymyslet taktiku a hurá na start. Každý tým dostává mapu, itinerář závodu a vyrážíme! K velké úlevě některých kolegů nikam nebudeme, ale jednotlivá stanoviště objíždíme autem. A už je tady první úkol: jako praktičtí lékaři jsme voláni na sousední stavbu, kde došlo k nehodě. Plní očekávání vbíháme do rozestavěné budovy, nedbaje vlastní bezpečnosti. Na místě zjišťujeme, že se jedná o tepenné krvácení na



krku a tenzní pneumotorax. Na vyřešení úkolu máme 10 min. Během celé akce nás bedlivě sledují oči rozhodčích a pokud je to nutné, sdělují nám další upřesňující informace stran stavu nemocného a i to, zda naše kroky vedou ke zlepšení či zhoršení jeho stavu. Po skončení úkolu máme asi dvě minuty na krátké zhodnocení našeho výkonu. I přes konejšivá slova rozhodčích jsme zdrceni a odcházíme jako zpráskaní psi. Během přesunu na další stanoviště zpětně rozebíráme náš postup a snažíme se poučit z chyb. Už víme, že naše bezpečnost je nejdůležitější, mimochodem od umělé krve má jedna členka týmu ruku červenou ještě týden, takže příště už jen v rukavicích! S přibývajícimi úkoly a zkušenostmi je náš tým sehraňší a jistější. I přes počáteční potíže s autoritou team leadera (přeci jenom jsme 4 lékaři zvyklí rozhodovat a velet) jsme se naučili spolupracovat, vzájemně nedublovat úkoly, neptat se pacienta nebo svědků jeden přes druhého anebo třikrát na tu samou věc atd. S našimi výkony však spokojeni nejsme, stále děláme mnoho chyb a myšlenky na cenu útechy nás neopouštějí až do konce. Pro představu uvádíme výčet dalších úkolů: autonehoda se dvěma zraněnými, hypoglykemická koma u zahrádkáře s diabetem II. typu a sekýrou v ruce, hromadné neštěstí s nutností třídění zraněných s jednou neposlušnou pacientkou nereagující na výzvy záchranářů, akutní infarkt myokardu u instalatéra, který našel ve sprše nahou slečnu, syndrom dolní duté žíly u těhotné ve vysokém stupně těhotenství a mimoústavní porod za asistence podnapilých fotbalových fanoušků. Asfyxie dospělého a dítěte u lidového léčitele, anafylaktický šok po podání analgetika, epileptický záchvat na zastávce autobusu, akutní srdeční selhání s plicním edémem v ordinaci praktického lékaře, otrava metylalkoholem na pohotovosti a zástava oběhu při hlubokém podchlazení u mladé dívky. Poslední dva odborné úkoly se odehrávají až po setmění. Pro zpestření a odlehčení jsme absolvovali i 4 technické úkoly, které byly zaměřeny spíše na naši tělesnou zdatnost. Po večerní etapě jsme naprosto vyčerpaní upadli do neklidného spánku (o bujarém tanci z předchozího večera už jen sníme).



NEDELE:

Ráno nás čeká rekapitulace jednotlivých úkolů. Postupně zjišťujeme, které úkoly jsme zvládli lépe a které hůře. Chybovali jsme často, je velký rozdíl mezi teorií a reálnou, byť simulovanou, situací, ve které kromě pacienta samotného musíte řešit i okolní prostředí. Naše postřehy jsme se vám pokusili sesumírovat níže.

Také home message naše týmu:

Vždy dodržovat bezpečnostní opatření – helmy na staveništi, pozor na aktivovaný airbag v autě při havárii, používejte vždy, pokud máš, ochranné pomůcky. Některé z nás už teď nosí i v kabelce pár latexových rukavic.

Nedávat oběhovou podporu u pacientů s hemoragickým šokem, zhoršíme tím jenom stávající krvácení.

Adrenalin při anafylaxi podávat zásadně i.m. – i.v. lze pouze u monitorovaného pacienta, pozor tato informace nekoreluje s doporučeným postupem, možná by stála za diskuzi s autory DP.

Nedělat hrdinu – nejen u ozbrojeného pacienta, bezpečí záchránce je vždy na prvním místě – tady narážíme na úkol s hypoglykemickým diabetikem, který nás ohrožoval sekýrou.

Nesnažit se dělat všechno sám, adresně zapoj i přihlížející, případně si povolej na pomoc policii.

Nezapomenout na jednu ze základních vyšetřovacích metod: měření tělesné teploty – většina postižených bývá podchlazená!

Dispenzarizovaný epileptik s běžným záchvatem nemusí být transportován do nemocnice, pokud se o něj po odeznění záchvatu postará někdo blízký.

Vždy zkontrolovat průchodnost dýchacích cest a obsah dutiny ústní. Pouhé uvolnění dýchacích cest je život zachraňující výkon!

Co říci závěrem? Velký dík patří všem pořadatelům, instruktorům, figurantům, zkrátka celému Rescue Teamu Vysočina, o. s. Mladí praktici si zaslouží poděkování za jednu z nejlépe připravených a nejužitečnějších vzdělávacích akcí, jaké jsme kdy zažili. Kromě teoretické části a tréninku jsme si my, kteří se s urgentními situacemi neseťkáváme každodenně, mohli „nanečisto“ vyzkoušet vlastní schopnost reagovat a náhlé situace řešit, což je zkušenost opravdu jedinečná. V Biskupicích s námi celý víkend strávili kromě profesionálních záchranářů i jejich partneři a děti, všichni se zapojili do přípravy akce a z našich soukromých odhadů jejich počet tak dvakrát převyšoval naše řady! Věnovali nám svůj volný čas, za to jim všem moc děkujeme a doufáme, že se se všemi uvidíme i za rok.

P. S. Jaké pro nás bylo překvapení, když se při vyhlášení výsledků dovídáme, že těsně, ale přece, se náš tým stává týmem vítězným!

Za členy týmu:

Hana Svobodová, Alena Plešková, Lucie Rausová, Martin Ficker

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 15. 8. 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 5/2014: 1 a, 2 c, 3 a, 4 a, 5 a, 6 b, 7 b, 8 a, 9 b, c, 10 a, b

EPILEPSIE A JINÉ PORUCHY VĚDOMÍ

1. Epilepsie patří k nejrozšířenějším neurologickým onemocněním, postihuje průměrně

- a) 1 % dospělé populace
- b) 3 % dětské populace
- c) 3 % dospělé populace

2. Definice epilepsie se opakovaně měnila, v současné době platí, že ke stanovení diagnózy stačí

- a) jeden neprovokovaný epileptický záchvat
- b) jeden provokovaný epileptický záchvat
- c) jeden epileptický záchvat, nezáleží, zda-li je provokovaný nebo neprovokovaný

3. Provokujícím faktorem epileptického záchvatu může být

- a) užití drog, léků, alkoholu, nebo jejich vynechání,
- b) spánková deprivace,
- c) metabolický rozvrat, horečnaté onemocnění, cévní příhoda

PORUCHY CIRKADIÁNNÍHO RYTMU

4. Endogenním biologickým pacemakerem je

- a) glandula pinealis, která vylučuje melatonin
- b) suprachiasmatické jádro (SCN) v předním hypothalamu
- c) retina

5. Ohledně „jet lagu“ jsou obecně lépe tolerovány

- a) cesty na západ
- b) cesty na východ
- c) není rozdíl, zda-li časový posun je směrem na západ nebo na východ

6. S věkem tolerance ke změnám časových pásem

- a) stoupá
- b) klesá
- c) věk nemá na toleranci změn časových pásem vliv

KLINICKÉ STUDIE S RIFAXIMINEM V TERAPII PRŮJMU CESTOVATELŮ

7. Rifaximin

- a) je chemoterapeutikum na bázi trimethoprim-sulfamethoxazolu s výbornými účinky na cestovatelské průjmy
- b) je nevstřebatelné širokospektrální antibiotikum s antibakteriálními účinky na řadu G+ (gram pozitivních) a G- (gram negativních) bakterií a aerobní i anaerobní floru
- c) má výborný bezpečnostní profil

KARDIOVASKULÁRNÍ PREVENCE U HYPERTONIKY S VELMI VYSOKÝM RIZIKEM

8. Výskyt kašle při podávání ACE inhibitorů

- a) je vyšší v korelaci se zvyšováním dávky
- b) nekoreluje se zvolenou velikostí dávky
- c) u vyšších dávek ACE inhibitorů je paradoxně menší díky antitusickému působení metabolitů ACE inhibitorů

9. Podle doporučení je léčbu hypertenze možno zahájit od počátku dvojkombinací antihypertenziv

- a) jeli výchozí TK > 160/100 mm Hg
- b) je-li cílový TK kolem 130/80 mm Hg
- c) má-li pacient současně diabetes mellitus

10. Na rozdíl od thiazidových diuretik indapamid

- a) nezvyšuje glykémii
- b) nezhoršuje lipidový profil
- c) kromě natriuretického účinku má také účinek vasodilatorní

Správné mohou být 1–3 možnosti.

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

odpovědní lístek – test č. 6/2014

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 |



STOB sdružuje odborníky, kterým se více než 25 let daří úspěšně měnit myšlení a přístupy lidí k jejich životnímu stylu.

Pomocí kognitivně-behaviorální psychoterapie dosahujeme snižování nadváhy a především dlouhodobého udržení váhových úbytků.

Co nabízíme?

Kurzy snižování nadváhy po celé ČR

Různé druhy pohybových aktivit (pro všechny věkové i váhové kategorie)

Aktivní dovolenou v ČR i zahraničí

Odborné akce (výcvik lektorů pro vedení kurzů, odborné semináře)

Praktické pomůcky (nejen) pro rozumné hubnutí

Komunitní web www.stobklub.cz s programem Sebekoučink na hodnocení jídelníčku a s motivačním programem STOBkolo

Jidlokoučink Fitkoučink Psychokoučink Vážení-měření Přehled cyklů Nastavení **EASYKOUČINK**

Jídelníček pro den 16.7.2014

Jak si zapsat jídelníček?							
Zapsat	Denní jídlo	Energie (kJ)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	SAFA (g)	Sacharidy (g)	Kopírovat Smazat
+	snídaně	1334 kJ	12.1 g	7.4 g	4.4 g	50.3 g	
+	svačina dopolední	836 kJ	7.6 g	3 g	2 g	36.8 g	
+	oběd	2151 kJ	41.8 g	15.7 g	5.6 g	50 g	
+	svačina odpolední	630 kJ	1.8 g	6 g	2.6 g	22.4 g	
+	večeře	2067 kJ	29 g	22.9 g	12.6 g	42.9 g	
+	jiné jídlo	545 kJ	1.5 g	7.5 g	4.5 g	13.5 g	
Celkem:		7563 kJ	93.8 g	62.5 g	31.7 g	215.9 g	43%
Doporučeno:		7000 kJ	102.9 g	25%	55.6 g	30%	185.3 g 45%
Energetická denzita:		564 kJ/100 g	Doporučená: 500-600 kJ/100 g více o denzité »				



Vaše úspěšnost v dodržování doporučeného příjmu

Co nám říká semafor?



[Více o SAFA](#)

Více info na:

www.stob.cz

www.stobklub.cz

www.hravezijzdrave.cz



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