

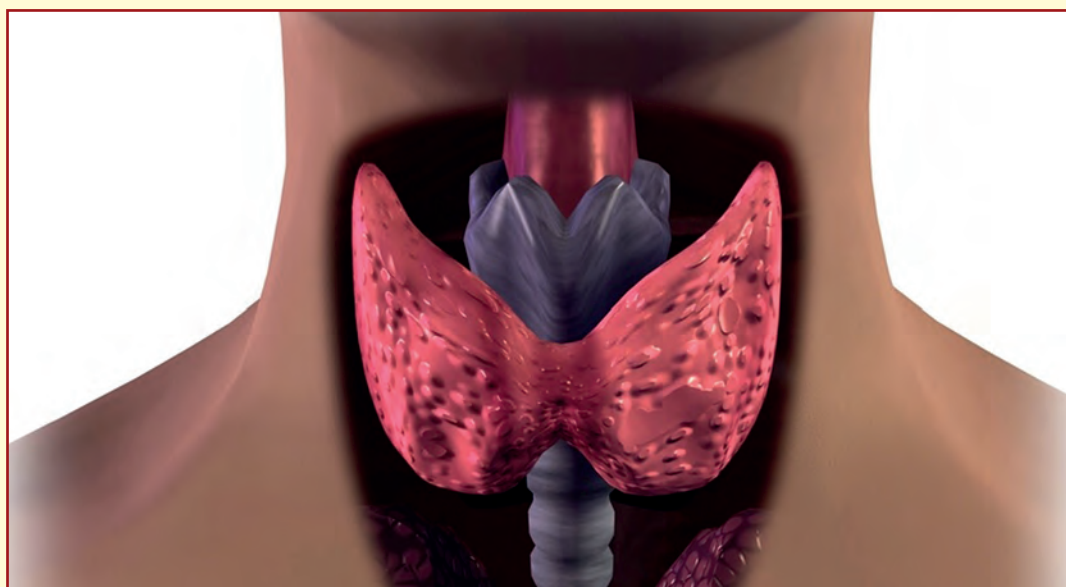


practicus

Odborný časopis Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP

tip tohoto čísla

Je něco nového v tyreoidologii?



č. 7/2014

ročník 13

**pro
praktické
lékaře
zdarma**

Vkladem
tohoto čísla je
Doporučený postup
LÉČBA BOLESTI

Vydává
Společnost
všeobecného
lékařství ČLS JEP

www.practicus.eu

Minimální a optimální vybavení ordinací VPL proti vysoce nebezpečným infekcím

Praktická část specializačního kurzu „lékařská první pomoc“

Program činnosti pro stávající volební období v SVL ČLS JEP

Ebola

Často kladené otázky týkající se onemocnění virem Ebola

Léčebná rehabilitace – obor známý a neznámý

Nová, efektivní a bezpečná střevní příprava před kolonoskopií

Očkování proti chřipce v ordinaci VPL a nová chřipková vakcína Optaflu

Je něco nového v tyreoidologii?

Praktičtí lékaři a jejich role ve zdravotním systému

Kazuistika ze soudně lékařské praxe

Jak zabezpečit smartphone, aneb aby telefon nebyl chytřejší než jeho pán

VdGM Preconference & 19th WONCA Europe Conference

„New Routes for General Practice and Family Medicine“

Zpráva českého mladého praktika o aktivní účasti na konferenci

19th WONCA Europe meeting 2014 v Lisabonu

Vzdělávací semináře SVL ČLS JEP v říjnu 2014

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

Hlavní témata:

Spolupráce praktických lékařů
a lékárníků v daném regionu

den	datum	čas	město a místo konání
sobota	4. 10.	9.00–13.00	Olomouc, Aula Právnické fakulty UP Olomouc, tř. 17. listopadu 8
pondělí	6. 10.	16.30–20.30	Zlín, Aula SZŠ, Příluky 372
středa	8. 10.	16.00–20.00	Litomyšl, Hotel Zlatá Hvězda, Smetanovo nám. 84
čtvrtek	9. 10.	16.00–20.00	Liberec, Clarion Grandhotel Zlatý Lev, Gutenbergova 3
čtvrtek	9. 10.	16.30–20.30	Karlovy Vary, Hotel "U Šimla", Závodní 1
čtvrtek	9. 10.	16.00–20.00	Ústí nad Labem 1, Best Western Hotel Vladimír, Masarykova 36
středa	15. 10.	17.00–21.00	Jihlava, presbytář Hotelu Gustav Mahler, Křížová 4
čtvrtek	16. 10.	16.00–20.00	Hradec Králové, Nové Adalbertinum, Velké náměstí 32
čtvrtek	16. 10.	16.00–20.00	Praha, Lék. dům, Sokolská 31
sobota	18. 10.	9.00–13.00	Brno, Kancelář veřejného ochránce práv, Údolní 39
sobota	18. 10.	9.00–13.00	Plzeň, Šafránkův pavilon, alej Svobody č. 31
úterý	21. 10.	16.00–20.00	Ostrava, Hotel Imperial, Tyršova č. 6
středa	22. 10.	16.00–20.00	Praha, Lék. dům, Sokolská 31
středa	22. 10.	16.00–20.00	České Budějovice, Clarion Congress Hotel, Pražská třída 2306/14

OBSAH

practicus

odborný časopis SVL ČLS JEP
7/2014, ročník 13

INFO SVL

- 04** | MINIMÁLNÍ A OPTIMÁLNÍ VYBAVENÍ ORDINACÍ VPL PROTI VYSOCE NEBEZPEČNÝM INFEKČÍM
MUDr. Vladimír Valenta, Ph.D.
- 06** | PROGRAM ČINNOSTI PRO STÁVAJÍCÍ VOLEBNÍ OBDOBÍ V SVL ČLS JEP
MUDr. Kamil Běrský
- 07** | PROGRAM ČINNOSTI PRO STÁVAJÍCÍ VOLEBNÍ OBDOBÍ V SVL ČLS JEP
MUDr. David Halata
- 08** | EBOLA
MUDr. Zdeňka Jágrová
- 09** | ČASTO KLADENÉ OTÁZKY TÝKAJÍCÍ SE ONEMOCNĚNÍ VIREM EBOLA
MUDr. Kamil Běrský

ODBORNÉ ČLÁNKY

- 12** | LÉČEBNÁ REHABILITACE – OBOR ZNÁMÝ A NEZNÁMÝ
MUDr. Karel Pitr, MUDr. Kateřina Študentová
- 15** | NOVÁ, EFEKTIVNÍ A BEZPEČNÁ STŘEVNÍ PŘÍPRAVA PŘED KOLONOSKOPIÍ
MUDr. Štěpán Suchánek, Ph.D.
- 20** | OČKOVÁNÍ PROTI CHŘIPCE V ORDINACI VPL A NOVÁ CHŘIPKOVÁ VAKCÍNA OPTAFU
MUDr. Igor Karen
- 23** | JE NĚCO NOVÉHO V TYREOIDOLOGII?
doc. MUDr. Zdenka Límanová, CSc.

TISKOVÁ ZPRÁVA

- 19** | PRAKTIČTÍ LÉKAŘI A JEJICH ROLE VE ZDRAVOTNÍM SYSTÉMU
MUDr. Jana Vojtíšková

KAZUISTIKY

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

PC A DOKTOR

- 38** | JAK ZABEZPEČIT SMARTPHONE, ANEB ABY TELEFON NEBYL CHYTŘEJŠÍ NEŽ JEHO PÁN
MUDr. Cyril Mucha

ZE SVĚTA MLADÝCH PRAKTIKŮ

- 40** | VDG M PRECONFERENCE & 19TH WONCA EUROPE CONFERENCE „NEW ROUTES FOR GENERAL PRACTICE AND FAMILY MEDICINE“
- 41** | ZPRÁVA ČESKÉHO MLADÉHO PRAKTIKA O AKTIVNÍ ÚČASTI NA KONFERENCI 19TH WONCA EUROPE MEETING 2014 V LISABONU

42 | ZNALOSTNÍ TEST

Vydavatel:

Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP

Adresa redakce:

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

Redakce:

Šéfredaktorka:

MUDr. Jaroslava Laňková, lankova@svl.cz

Redakční rada: MUDr. Pavel Brejník, doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc., MUDr. Rudolf Červený, Ph.D., MUDr. Eva Grzegorzová, MUDr. Alice Havlová, MUDr. Otto Herber, MUDr. Toman Horáček, MUDr. Igor Karen, MUDr. Stanislav Konšťacký, 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. 9. 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



Minimální a optimální vybavení ordinací VPL proti vysoce nebezpečným infekcím

MUDr. Vladimír Valenta, Ph.D.

hlavní hygienik ČR a náměstek ministra

Vážená paní doktorko, vážený pane docente, v návaznosti na naše společné jednání konané na Ministerstvu zdravotnictví dne 14. 8. 2014, jehož cílem bylo v souvislosti s výskytem hemoragické horečky Ebola v Západní Africe, či jiné vysoce nebezpečné infekce, formulovat požadavky na osobní ochranné pracovní prostředky (OOPP) si Vás dovoluji požádat o spolupráci při dovybavení ordinací praktických lékařů pro dospělé a praktických lékařů pro děti a dorost. Současně Vás žádám o neprodlené zveřejnění doporučeného rozsahu potřebných OOPP v níže uvedené variantě optimální a variantě minimální ve Vašem odborném periodiku a na webových stránkách Vaší společnosti a sdružení tak, aby ordinace praktických lékařů co nejdříve OOPP zakoupily s tím, že předpokládané náklady na vybavení OOPP pro lékaře, zdravotní sestru a pacienta činí v případě optimální varianty cca 2 000 Kč.

1. Optimální varianta:

Ochrana dýchacích cest jednorázovými filtračními polomaskami třídy FFP3, kdy se upřednostňuje elastická těsnicí linie. Stejná filtrační polomaska se použije i pro pacienta s podezřením na vysoce nebezpečnou infekci. OOPP dýchacích cest musí být testovány na účinnost těsnicí linie třídy účinnosti FFP3 (dle ČSN EN 149+A1). Vousy, knír, make-up apod. snižují úroveň ochranného faktoru.

Ochrana očí, spojivek uzavřenými ochrannými brýlemi. Dioptrické, sluneční brýle a obličejový štít nejsou adekvátní náhradou uzavřených ochranných brýlí.

Ochrana rukou dvěma vrstvami rukavic, přičemž vrchní vrstva musí být chemicky odolná (např. z nitrilu nebo butylu).

Ochrana těla celotělovým ochranným oděvem s kapucí (kombinézou), chránící před vniknutím či prosáknutím kontaminantů a dekontaminačních tekutin. Oděv musí splňovat požadavky a metody zkoušení ochranných oděvů proti infekčnímu agens (EN 14126). Pod celotělový ochranný oděv se obléká pracovní oděv s dlouhými rukávy a kalhoty. Oblékání a svlékání OOPP je vhodné provádět ve dvou osobách z důvodu kontroly a vzájemné pomoci.

2. Minimální varianta:

Ochrana dýchacích cest jednorázovými filtračními polomaskami třídy FFP3, kdy se upřednostňuje elastická těsnicí linie. Stejná filtrační polomaska se použije i pro pacienta s podezřením na vysoce nebezpečnou infekci. OOPP dýchacích cest musí být testovány na účinnost těsnicí linie třídy účinnosti FFP3 (dle ČSN EN 149+A1). Vousy, knír, make-up apod. snižují úroveň ochranného faktoru.

Ochrana očí, spojivek uzavřenými ochrannými brýlemi. Dioptrické, sluneční brýle a obličejový štít nejsou adekvátní náhradou uzavřených ochranných brýlí.

Ochrana rukou dvěma vrstvami rukavic, přičemž vrchní vrstva musí být chemicky odolná (např. z nitrilu nebo butylu).

Součástí obou variant jsou také osobní dezinfekční přípravky vhodné k použití na ruce.

Vybavení ordinací praktických lékařů pro dospělé a praktických lékařů pro děti a dorost vychází z následujících předpisů: zákon č. 262/2006 Sb., zákoník práce, ve znění pozdějších předpisů, zákona č. 309/2006 Sb., o zajištění dalších podmínek bezpečnosti a ochrany zdraví při práci, zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a změně některých souvisejících zákonů.

Orgány ochrany veřejného zdraví ověří vybavenost ordinací praktických lékařů pro dospělé a praktických lékařů pro děti a dorost do 30. 9. 2014 v 10 % ordinací ve svém regionu a výsledky sdělí nejpozději do 15. 10. 2014 na adresu vh@mzcr.cz.

Děkuji Vám za Vaši vstřícnost a spolupráci.
S pozdravem

MUDr. Vladimír Valenta, Ph.D.
hlavní hygienik ČR a náměstek ministra

Rozdělovník:

MUDr. Jana Uhrová

místopředsedkyně Sdružení praktických lékařů pro dospělé

doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc.

předseda Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP

MUDr. Ilona Hülleová

předsedkyně Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR

MUDr. Alena Šebková

předsedkyně Odborné společnosti praktických dětských lékařů ČLS JEP

Výzva pro všeobecné praktické lékaře

doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D. ÚVL, 1. LF Albertov 7, Praha 2

Ústav všeobecného lékařství 1. lékařské fakulty University Karlovy je předním akademickým pracovištěm oboru všeobecné praktické lékařství v České republice. Rozvíjí vzdělávací i vědecko-výzkumné aktivity, které přispívají k vzestupu prestiže praktického lékařství, u nás doma i v zahraničí.

Pro zajištění a zvyšování kvality narůstající výuky na lékařské škole v oboru hledáme externí spolupracovníky – **školitele pregraduální výuky z řad všeobecných praktických lékařů s působišťem v Praze.**

Školitelé svým příkladem nejvíce ovlivňují studenty v náhledu na praktické lékařství a ve volbě jejich budoucí lékařské specializace. Prosím zájemce, kteří chtějí s fakultou spolupracovat a přijímat ve svých praxích studenty 1. lékařské fakulty, aby kontaktovali telefonicky sekretářku Ústavu na tel. čísle 224917479 nebo e-mailem vselek@lf1.cuni.cz.

Ústav také hledá externí spolupracovníky pro **vědecko-výzkumnou činnost v praxích a zapojení do domácích i mezinárodních projektů.**

Síť spolupracujících lékařů není omezena regionem, je otevřena lékařům z celé republiky. Některé aktivity přinášejí poznání a profesní uspokojení, některé jsou honorované. Prosím zájemce o zapojení do těchto aktivit, aby poslali kontaktní mail na vselek@lf1.cuni.cz. Obratem pošleme další informace a instrukce.



ÚSTAV VŠEOBECNÉHO LÉKAŘSTVÍ

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
1. LÉKAŘSKÁ FAKULTA



doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D.

přednosta ústavu

odborní asistenti:

MUDr. Jáchym Bednář

MUDr. Otto Herber

MUDr. Radkin Honzák, CSc.

MUDr. Norbert Král

MUDr. Cyril Mucha

MUDr. Věra Ševčíková

MUDr. Jana Vojtišková

MUDr. Petr Zeman

postgraduální student:

MUDr. Norbert Král

sekretariát:

Ing. Petra Richtrová

Kontakt:

Albertov 7,
121 08 Praha 2

tel./fax: 224 91 74 79

tel.: 224 96 85 08

e-mail: vselek@lf1.cuni.cz

http:// vselek.lf1.cuni.cz/

www.luksik-promex.cz www.promex.cz

Vybavte svou ordinaci k zajištění podmínek bezpečnosti a ochrany zdraví při práci dle zákonů č. 262/2006 Sb., 309/2006 Sb., 258/2000 Sb. bezpečnostními ochrannými pomůckami. Při současném problému s EBOLOU jsme pro vás připravili povinný balíček ochranných pomůcek certifikovaných a schválených dle platných norem od renomovaných celosvětově působících firem jako jsou např. 3M, Ansell.

V balíčku najdete kombinézu z netkané textilie s normou EN 14126, respirátor s normou EN 149+A1, jednorázovými nitrilovými rukavicemi, ochrannými nitrilovými rukavicemi - chemicky odolnými a uzavřenými ochrannými brýlemi v rámci již zmiňovaných zákonů.

Balíček **EBOLA** ochrany



Více informací na stánku při konferenci SVL ČLS JEP v Karlových Varech nebo na webových stránkách LUKSÍK-PROMEX s.r.o. www.luksik-promex.cz



Program činnosti pro stávající volební období v SVL ČLS JEP

MUDr. Kamil Běrský

praktický lékař, Koberžice – nový člen výboru SVL ČLS JEP

Projevy Dr. Margaret Chan, ředitelky WHO, a prof. Michaela Kidde, prezidenta WONCA v Praze, pro mě byly inspirující a závazné.

Odkaz **Barbary Starfield:**

Existují tři výzvy, na které byste se měli zaměřit:

„Jak můžeme rozvíjet výzkum primární péče k řešení problémů péče o osoby s komorbiditami?“

„Jak můžeme skutečně přijmout na pacienta orientované rodinné lékařství?“

„Jak můžeme použít informace primární péče k cíli zlepšení zdraví populace?“

Barbara rozpoznala, že primární péče se soustředí na osobu spíše než na nemoc a že naše systémy zdravotní péče je třeba reformovat k zaměření své péče na člověka a na naše nejlepší spojení v rodinném lékařství - pacienti.

Opakovaně jsem překládal z různých světových konferencí definice praktického všeobecného lékařství a vyplynul mi z nich jedinečný závěr: praktičtí všeobecní lékaři mají ke svým pacientům nejbližší a mohou tak ovlivňovat dlouhodobě zdraví svých pacientů. To je naše jedinečná role - boj s nemocí přetavit v péči o zdraví.

Dr. Margaret Chanová: „V našem světě se radikálně a se zvýšenou vzájemnou závislostí formuje zdraví stejně mocnými silami jako je stárnutí obyvatelstva, rychlá urbanizace a globalizace nezdravého životního stylu.

Pod tlakem těchto sil se zásadním způsobem posunula nemocnost. Chronické neprenosné nemoci předstihly v příčině nemocnosti, invalidity a úmrtnosti infekční choroby.

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

Prevence se stala problematickou. Kořeny příčin chronických onemocnění jsou zabydlené v nezdravotnických sektorech - marketingových praktikách tabákových koncernů, výrobě potravin, nápojů a alkoholovém průmyslu, které hluboce ovlivňují výrobu ve svůj prospěch.“

Vrátil jsem se k dostupným materiálům z historie medicíny, k různým lékařským přísahám a uvažoval nad stavem současné medicíny, jejím smyslem a cílem. Snažil jsem se definovat zdraví, nemoc a vytvořit si audit reálné smysluplnosti našich postupů diagnostických, terapeutických v jejich plné škále a zhodnotit jejich dopad na daného člověka, rodinu a společnost. Vrátil jsem se k pojmům původ, příčina nemoci, symptomy, příznaky, kondice, konstituce. Do tohoto rámce jsem se pak snažil zasadit různé úrovně prevence a naší vlastní práce. Původ nemoci spočívá v rozdílu mezi tím, jak by měl vypadat náš zdravý život, a realitou. Nemoc se dá rozdělit do tří fází: 1. fáze eliminace, ta může být fyziologická, nefyziologická, 2. fáze adaptace a 3. fáze degenerace. Jednotlivé fáze tvoří diagnózu a odpovídající léčebný postup. Výsledky postupů hodnotím v bodech: zdravotní stav zlepšen, stejný, zhoršený. K tomu ještě dva podbody: aktivní účast či pasivní účast pacienta. Snažím se o realistické zhodnocení jednotlivých kroků naší práce a jejich zasazení dle míry vlivu na zdraví v průběhu života nejen jednotlivce, ale i rodiny a širší populace.

Mým cílem je Zdraví. Mou snahou je zprostředkovat kolegům důležité informace ze zahraničí a zvýšit jejich angažovanost na akcích praktických lékařů doma i v zahraničí.



Program činnosti pro stávající volební období v SVL ČLS JEP

MUDr. David Halata

praktický lékař, Hošťálková u Vsetína – nový člen výboru SVL ČLS JEP

Všeobecný praktický lékař – specialista všeobecnosti

Vývoj medicíny směřoval v posledních 10–20 letech k specializovanosti, objevilo se obrovské množství nových vyšetřovacích metod, nových léčebných možností, medicína se tříštila. Četné specializace, které dodnes používají přídomek všeobecný, postupně ztratily svoji schopnost všeobecného náhledu na pacienta. Všeobecného či celostního pohledu zahrnujícího nejen pacienta s jeho chorobami, ale též s jeho zvyky, rodinou, komunitou, ve které žije, životním prostředím a jejich vlivem na vlastního pacienta. A současná ultraspecializovaná, tzv. moderní medicína, více než kdy jindy potřebuje jisté vyvážení celkovým pohledem. „Síla primární péče je ve vztazích“ (prof. Richard Roberts, WONCA 2013, Praha).

Všeobecnost je naší specializací. Právě v ní jsme výjimeční. Víme však my sami, co je opravdu skutečným obsahem naší všeobecnosti? Nenasměrovali jsme v posledních letech veškerou pozornost pouze obsahu naší práce a nezapomněli jsme, že neméně důležité je věnovat se též způsobu jakým pracujeme? Neovlivňuje to pak i kvalitu naší poskytované péče? Umíme náležitě prezentovat svoji vlastní jedinečnost svým pacientům, celé společnosti a lékařům ostatních specializací?

Venkovské lékařství

Zůstala-li někde zachována ryzí podstata celkového pohledu na pacienta, tak u venkovských praktických lékařů, kde snížená dostupnost další odborné specializované

péče a společný život s pacienty v jedné komunitě přirozeně vede k celostnímu vnímání pacienta. Nabízí se tak možnost jak jisté vzájemné inspirace, tak též srovnání mezi praxemi v odlehlých místech a velkých městech, rozdíly v práci, postupech. Pokud tato data budou získána v náležitě kvalitě, lze je též velmi užitečně využít v další argumentaci – zdravotní pojišťovny, politická sféra, OSSZ... Definice venkovského praktického lékařství se různí, jiné představy o venkově lze nalézt v Austrálii či severských ostrovech a jiné ve střední Evropě. Obecně se za venkovské označují ty praxe, u kterých je dostupnost odborné specializované péče v kompletně vybavené nemocnici více než 30 min. V ČR bychom asi měli na mysli bývalé nemocnice okresního typu (mnohé však v posledních letech ztrácí i základní oddělení, pak tedy spíše krajské nemocnice) a též bychom určitě neměli zapomenout na ovlivnění dostupnosti zimními podmínkami. Venkovské lékařství zaštiťuje na evropské úrovni European Rural and Isolated Practitioners Association (EURIPA) a na světové úrovni Wonca Working Party on Rural Practice (WWPRP).

Jelikož v ostatních evropských zemích (i východnějších než ČR) je téma venkova nebyvale živé, bylo by chybou jej neotevřít též v našich podmínkách. Pokusit se založit pracovní skupinu pro venkovské lékařství v rámci SVL, identifikovat venkovské praxe, aktuální kontakty, recipročně totéž pro městské praxe a položit tak základy pro budoucí výzkumnou činnost.

Praktická část specializačního kurzu „lékařská první pomoc“

Vážení kolegové,

dne 29. 9. 2014 proběhla od 13 hodin v sídle SVL ČLS JEP, U Hranic 16, Praha 10, praktická část povinného specializačního kurzu „**Lékařská první pomoc**“ pro lékaře před atestací z všeobecného praktického lékařství.

Podmínkou účasti je splnění teoretické části tohoto kurzu publikovaného na vzdělávacím portálu EUNI (www.euni.cz), kde můžete najít podmínky a podrobnosti k jeho provedení.

Další praktickou část povinného specializačního kurzu plánujeme zrealizovat v 1. pol. příštího roku, dle zájmu lékařů.

Podrobnější informace Vám poskytne sekretariát SVL,
tel.: 267 184 064
e-mail: seminare.svl@cls.cz

za SVL ČLS JEP:
MUDr. Rudolf Červený, Ph.D.
odborný garant



Ebola

MUDr. Zdeňka Jágrová
vedoucí protiepidemického odboru

Světová zdravotnická organizace vyhlásila ohrožení veřejného zdraví mezinárodního významu. Důvodem tohoto rozhodnutí byl epidemický výskyt onemocnění Ebola ve státech východní Afriky (Guinea, Libérie, Siera Leone, Nigérie), který se od prosince 2013 nepodařilo zastavit. Doposud toto onemocnění bylo doménou vesnických oblastí, proto největší obavu vyvolalo rozšíření do velkých měst.

Hemoragická horečka Ebola byla poprvé zjištěna v roce 1976 v Súdánu a Kongu ve venkovské oblasti situované poblíž řeky Ebola. Virus Ebola patří do skupiny Filoviridae společně s původcem další Hemoragické horečky virem Marburg a Cuevavirem. Virus má 5 druhů, druh, který vyvolal současnou epidemii se jmenuje Zaire ebolavirus. Jeho smrtnost je odhadována na 50 %–80 %. Obvyklá inkubační doba je v rozsahu 4–10 dní, v maximálním rozsahu 2–21 dní. Pacient není infekční ihned po kontaktu, ale až po projevu prvních příznaků onemocnění. Prvními příznaky je náhlý vzestup teploty nad 38,6 °C, intenzivní slabost, bolest svalů, bolest hlavy a bolesti v krku. Následuje zvracení, průjem, exantém, porucha funkce ledvin a jater, multiorgánové selhání, krvácení vnitřní i zevní. Laboratorně je zjišťován pokles bílých krvinek, krevních destiček a elevace jaterních enzymů.

Onemocnění vyvolané virem Ebola je v zemích výskytu velmi nakažlivé, virus se přenáší z člověka na člověka přímým kontaktem, zejména krví, tělesnými sekrety nebo nepřímo předměty kontaminovanými tělesnými sekrety a krví. Přírodním rezervoárem nákazy pro domorodé africké obyvatelstvo je patrně druh kaloňe (Fruit bat), ve kterém byl virus identifikován, nakazit se též mohou různé druhy opic, virus byl zachycen i u prasat. Virus je poměrně málo odolný zevnímu prostředí, ničí ho UV záření, gama paprsky, var po dobu 5 minut a chlorové dezinfekční prostředky. Nejúčinnější jsou dezinfekční prostředky s účinnou látkou chlornan sodný. Tuto účinnou látku obsahují Savo prim, Procura CI a Savagro basic. Lze využít i dezinfekčních prostředků s obsahem chloru (Chloramin T, Chloramix DT, Dikonit a Medicarine tabl.) a další. Je třeba upozornit, že viry mohou přežívat až několik dní v kapalném nebo zaschlém materiálu kontaminovaném tělesnými sekrety a krví. Chlad ani zmražení viry neníčí. U nemocných virem Marburg bylo zjištěno vylučování viru u rekonvalescentů ve spermatu ještě 7 týdnů po nákaze, analogicky lze předpokládat, že u Ebola viru je vylučování stejně dlouhé.

Pokud nemocný pacient uvádí v posledních 21 dnech před začátkem prvních příznaků cestování do zasažené oblasti (aktuální informace lze nalézt na www.promedmail.org nebo www.ecdc.europa.eu), má teplotu nad 38,6 °C a některý z dalších výše uvedených symptomů, je třeba ho ihned izolovat, nasadit si osobní ochranné pomůcky, kontaktovat místně příslušnou hygienickou stanici a řídit se jejími pokyny. Cílovým místem pro izolaci takového pacienta je Klinika infekčních a parazitárních nemocí Nemocnice Na Bulovce (IK NNB).

Minimální možnou ochranu zajistí filtrační polomaska třídy FFP 3, kterou je vhodné zajistit i pacienta, ochrana očí uzavřenými ochrannými brýlemi (nejsou to brýle dioptrické ani sluneční), dvě vrstvy rukavic, ochranný oděv.

Praktický lékař provede:

- Nasadí si osobní ochranné pomůcky lékař i sestra, filtrační polomasku nasadí i pacientovi
- Neprovádí žádná invazivní vyšetření, pouze doplní anamnézu včetně jmen osob s nimiž byl nemocný v době svého onemocnění v kontaktu
- Případný biologický materiál (zvratky apod.) překryje dezinfekčními ubrousky nebo v dezinfekci namočenou tkaninou – vždy až v ochranném oděvu
- Informuje místně příslušnou Krajskou hygienickou stanici nebo Hygienickou stanici hl. Města Prahy v mimopracovní době přes dispečink Integrovaného záchranného systému na tel. 150
- Zavolá ZZS nebo službu zajišťující převoz pacienta v krajích to bývá ZZS (tel. 155), v Praze je to Ambulance Meditrans (tel. 124 12 bez předvolby)
- Eviduje všechny pacienty v čekárně (včetně kontaktního tel. čísla), kteří čekárnu s nemocným sdíleli ve stejné době
- Zavře čekárnu a nepouští další pacienty

Je třeba předpokládat, že ZZS ani Meditrans se na místo nedostaví v obvyklých 15 minutách, protože si musí nasadit ochranné oděvy, doba dojezdu se tedy významně prodlouží.



Často kladené otázky týkající se onemocnění virem Ebola

MUDr. Kamil Běrský
praktický lékař, Kobeřice

Článek je obecnou reakcí WHO pro celý svět. Bližší doporučení pro ČR jsou upřesněny např. článkem kol. Jágrové na www stránkách SVL a SPL, manuálem hygienických stanic ve vašem kraji. Speciální ochranný oděv (skafandr) není v ČR povinný. Povinné jsou jen rukavice, brýle a ústenka v příslušné kvalitě.

1. Co je virové onemocnění Ebola?

Virové onemocnění Ebola (dříve známé jako hemoragická horečka Ebola) je závažné, často fatální onemocnění s úmrtností až 90 %. Nemoc postihuje člověka a některé druhy primátů (opice, gorily, šimpanze).

Ebola se poprvé objevila v roce 1976 ve dvou souběžných epidemiích v obci nedaleko řeky Ebola v Demokratické republice Kongo a v odlehlé části Súdánu.

Původ viru je neznámý, ale kaloni (Pteropodidae) jsou považováni na základě dostupných důkazů za pravděpodobné hostitele viru Ebola.

2. Jak se člověk nakazí virem?

Ve většině případů současné epidemie v západní Africe u člověka došlo k nákaze v důsledku přenosu z člověka na člověka.

Infekce se šíří přímým kontaktem přes porušenou kůži, sliznice, krví nebo jinými tělesnými tekutinami nebo výměšky (stolice, moč, sliny, sperma) infikovaných lidí. K infekci může také dojít, pokud je porušená kůže či sliznice zdravého člověka vystavena styku s prostředím, které je kontaminováno infekčními tekutinami Ebolou infikovaného pacienta, jako je znečištěné oblečení, ložní prádlo, nebo použité jehly.

Více než 100 zdravotnických pracovníků bylo nakaženo při péči o pacienty Ebolou, protože neměli na sobě ochranné pomůcky nebo nebyla řádně dodržována prevence a kontrola infekčních opatření při péči o pacienty. Poskytovatelé zdravotní péče na všech úrovních systému zdravotnictví - nemocnice, kliniky a ambulance - by měli být informováni o povaze onemocnění, jak se přenáší, a přísně dodržovat doporučené kontrolní protinfekční opatření.

WHO nedoporučuje rodinám nebo komunitám, aby pečovaly o jedince, kteří mají příznaky onemocnění virem Eboly v jejich domovech. Důsledně doporučuje zahájit léčbu v nemocnici nebo v léčebném centru s týmy lékařů a zdravotních sester kvalifikovaných a vybavených pro léčbu obětí viru Ebola. Pokud se rozhodnete pro péči o své milované doma, WHO důrazně doporučuje, abyste informovali místní orgán veřejného zdraví. Dostane se vám odpovídající odborné přípravy, budete vybaveni (rukavice a osobní ochranné prostředky) pro léčbu, získáte pokyny pro správné odstranění a likvidaci PPE a informace o tom, jak zabránit dalšímu šíření infekce a přenosu nemoci na sebe, ostatní členy rodiny nebo komunity.

K dalšímu přenosu došlo v obcích při pohřbech a pohřebních rituálech, a to při pohřebních obřadech, ve kterých truchlící mají přímý kontakt s tělem zesnulého. Osoby, které zemřely na Ebolu, musí být řešeny pomocí silného ochran-

ného oděvu a ochranných rukavic a musí být okamžitě pohřbeni. WHO upozorňuje, že se zemřelým bude manipulováno a bude pohřben profesionály vybavenými k tomuto účelu.

Lidé jsou infekční, pokud jejich krev a sekrety obsahují virus. Z tohoto důvodu jsou infikovaní pacienti pečlivě sledováni odborníky, podstupují laboratorní testy než se vrátí domů, odborníci si totiž musí být jisti, že pacienti již virus nemají v krevním oběhu. Muži, kteří se zotavili z nemoci, stále mohou šířit virus na svého partnera prostřednictvím spermatu po dobu až 7 týdnů po uzdravení. Z tohoto důvodu je důležité vyhnout se pohlavnímu styku po dobu nejméně 7 týdnů po vyléčení, nebo používat kondomy, pokud mají pohlavní styk v průběhu 7 týdnů po uzdravení.

3. Kdo je nejvíce ohrožen?

Během epidemie jsou vystaveni vyššímu riziku infekce:

- zdravotničtí pracovníci
- rodinní příslušníci nebo jiné osoby v úzkém kontaktu s nakaženými lidmi
- pozůstalí, kteří mají přímý kontakt s orgány zemřelého jako součást pohřebních obřadů

Je zapotřebí další výzkum k pochopení některých skupin, jako jsou lidé s oslabenou imunitou nebo se zásadně změněnou kondicí, jež jsou náchylnější k onemocnění virem. Expozice viru lze ovládat pomocí ochranných opatření na klinikách a v nemocnicích, během komunitních setkání nebo doma.

4. Jaké jsou typické příznaky a symptomy infekce?

Náhly nástup horečky, intenzivní slabost, bolesti svalů, bolesti hlavy a bolest v krku jsou typické příznaky a symptomy. Poté následuje zvracení, průjem, vyrážka, zhoršení funkce ledvin a jater, v některých případech vnitřní a vnější krvácení.

K laboratorním nálezům patří nízký počet bílých krvinek a krevních destiček a zvýšení hodnot jaterních enzymů.

Inkubační doba nebo časový interval od infekce do nástupu příznaků je od 2 do 21 dnů. Pacienti se stávají nakažlivými, jakmile se začnou projevovat příznaky. Nejsou nakažliví během inkubační doby.

Infekce virem Eboly může být potvrzena pouze laboratorním vyšetřením.

5. Kdy vyhledat lékařskou péči?

Pokud osoba byla v oblasti výskytu onemocnění virem Eboly, nebo v kontaktu s nemocnou osobou nebo s podezřením na onemocnění Ebolou a s počínajícími příznaky, okamžitě by měli vyhledat lékařskou pomoc.

Veškeré případy osob podezřelých z onemocnění by měly být bez prodlení hlášeny na nejbližší zdravotní jednotce. Rychlá lékařská péče je nezbytná pro zlepšení pravděpodobnosti přežití onemocnění. Je také důležité kontrolovat šíření nemoci a okamžitě musí být zahájeny infekční kontroly.

6. Jaká je léčba?

Těžce nemocní pacienti vyžadují intenzivní podpůrnou péči. Jsou často dehydratováni a potřebují nitrožilní infuze, nebo orální rehydratační roztoky obsahující elektrolyty. V současné době není k dispozici žádná specifická léčba k vyléčení nemoci. Někteří pacienti se zotaví s pomocí vhodné lékařské péče.

Je nutné kontrolovat další šíření viru. Lidé, kteří jsou podezřelí nebo s potvrzeným onemocněním, by měli být izolováni od ostatních pacientů a léčeni zdravotnickým personálem za použití přísných kontrolních protiinfekčních opatření.

7. Co mám dělat? Existuje prevence? Existuje vakcína?

V současné době neexistuje žádný lék ani vakcína, několik produktů je ve vývoji.

Způsoby, jak zabránit infekci a přenosu.

Zatímco počáteční případy viru nemoci Ebola jsou vztahovány k manipulaci s nakaženými zvířaty nebo jatečně upravenými těly, k sekundárním případům dochází přímým kontaktem s tělesnými tekutinami nemocného člověka, a to buď v důsledku nebezpečného jednání s nemocným nebo nebezpečné pohřební praktiky. Během epidemie se většina onemocnění šíří přenosem z člověka na člověka.

Může být přijato několik opatření pomoci při prevenci infekce a omezení nebo zastavení přenosu:

- Pochopit podstatu onemocnění, jak se přenáší a jak zabránit jejímu dalšímu šíření.
- Poslouchejte a postupujte podle směrnic vydaných ve vaší zemi příslušným ministerstvem zdravotnictví.
- Pokud máte podezření, že někdo ve vašem okolí nebo ve vaší komunitě onemocněl Ebolou, povzbuzujte a podporujte jej při hledání odpovídající lékařské péče ve zdravotnickém zařízení.
- Rozhodnete-li se starat o nemocného ve vaší domácnosti, oznamte to úředníkům veřejného zdraví, aby vás mohli trénovat a poskytnout vhodné ochranné rukavice a osobní ochranné prostředky (PPE - rukavice, nepropustné šaty, boty/zavřené boty s návleky, masku a ochranu očí proti potřísnění), stejně tak jako pokyny, jak správně pečovat o pacienta, chránit sebe a svou rodinu a likvidaci PPE po použití. N.B. WHO nedoporučuje domácí péči a důrazně doporučuje jednotlivce a jejich rodinné příslušníky, aby vyhledali odbornou péči v léčebném centru.
- Při návštěvě pacienta v nemocnici nebo během péče doma je doporučováno mytí rukou mýdlem a vodou při kontaktu s pacientem, s tělesnými tekutinami nemocného nebo s jeho/jejím okolím.
- Lidé, kteří zemřeli na Ebolu, by měli být řešeni pouze pomocí vhodného ochranného zařízení, a měli by být okamžitě pohřbeni profesionály v oblasti veřejného zdraví, kteří jsou vyškoleni v bezpečných pohřebních postupech.

Navíc jednotlivci by měli omezit kontakt s infikovanými zvířaty s vysokým rizikem (tj. kalony, opicemi a lidoopy) v postižených oblastech deštných pralesů. Pokud máte podezření, že zvíře je infikováno, nedotýkejte se ho. Živočišné produkty (krev a maso), by měly být důkladně před jídlem tepelně upravené.

8. A co zdravotníci? Jak se mají chránit při péči o nemocné pacienty?

Zdravotníci ošetřující pacienty se suspektním nebo s potvrzeným onemocněním jsou vystaveni vyššímu riziku infekce

než jiné skupiny. Při vypuknutí řady významných akcí se sníží nebo zastaví šíření viru a ochrání zdraví pracovníků a jiných osob v prostředí zdravotní péče. Tyto akce jsou nazývány „standardní a další doplňková opatření“ a jsou to na důkazech založená známá doporučení k zabránění šíření infekce.

Následující otázky a odpovědi popíší opatření detailně:

Mají být suspektní postižení nebo s potvrzeným onemocněním viru Ebola odděleni od ostatních pacientů?

Doporučuje se izolace pacientů s podezřením nebo potvrzením onemocněním viru Ebola v jednolůžkových izolačních pokojích. Tam, kde nejsou k dispozici izolační pokoje, je třeba přiřadit určené oblasti, oddělené od ostatních pacientů, pro podezřelé a potvrzené případy. V těchto určených oblastech by měly být odděleně suspektní od potvrzených případů. Přístup do těchto oblastí by měl být omezen, nutné vybavení by mělo být určeno výhradně na podezřelé a potvrzené EVD oblasti léčby a klinický a neklinický personál by měl být přiřazen pouze pro izolační pokoje a vyhrazené prostory.

Jsou povoleny návštěvy v oblastech, kde jsou pacienti s podezřením nebo potvrzeným onemocněním viru Ebola?

Je výhodné nepovolit přístup návštěv k pacientům infikovaných EVD. Není-li to možné, měl by být přístup umožněn pouze těm osobám, které jsou nezbytné pro blahobyt a péči o pacienta, např. rodiče dítěte.

Jsou vyžadovány ochranné pomůcky při péči o tyto pacienty?

- Kromě standardních opatření zdravotní péče by měli zdravotničtí pracovníci důsledně uplatňovat doporučené postupy kontroly šíření infekce, aby se zabránilo možnému vystavení infikované krvi, tekutinám nebo znečištěnému prostředí či předmětům - například špinavému prádlu, použitým jehlám.
- Všichni návštěvníci a zdravotničtí pracovníci by měli důsledně používat to, co je známé jako osobní ochranné prostředky (PPE). PPE musí obsahovat alespoň rukavice, nepropustné šaty, boty/uzavřené boty s návleky, masku a ochranu očí proti potřísnění (ochranné brýle nebo obličejový štít).

Je hygiena rukou důležitá?

Hygiena rukou je zásadní a měla by být provedena:

- před nasazením rukavic a osobních ochranných pomůcek při vstupu do izolační místnosti/prostoru;
- před jakýmkoli čistým a aseptickým postupem prováděným s pacientem;
- po jakékoli rizikové expozici nebo skutečné expozici krve nebo tělesným tekutinám;
- po dotyku (i potenciálně) kontaminovaného povrchu, předmětu, nebo zařízení v okolí pacienta;
- po odstranění PPE po opuštění izolačního prostoru.

Je důležité si uvědomit, že zanedbání provedení hygieny rukou po sejmutí PPE snižuje nebo neguje všechny výhody PPE.

Pro hygienu rukou může být použit prostředek na bázi alkoholu nebo mýdlo a tekoucí voda za použití správného postupu doporučeného Světovou zdravotnickou organizací. Je důležité, aby se vždy hygiena rukou prováděla mýdlem a tekoucí vodou, navíc pokud jsou ruce viditelně znečištěné. Prostředek na bázi alkoholu by měl být k dispozici v každém bodě péče (u vchodu a v izolační místnosti a prostorech); tekoucí voda, mýdlo a jednorázové ručníky by měly být vždy k dispozici také.

Jaká další opatření jsou nutná v prostředí zdravotní péče?

Další klíčová opatření jsou:

- bezpečná aplikace injekcí a flebotomické postupy včetně bezpečného nakládání s ostrými předměty
- pravidelný a důkladný úklid prostředí, dekontaminace povrchů a zařízení, likvidace špinavého prádla a odpadu
- zajištění bezpečného zpracování laboratorních vzorků od suspektních nebo potvrzených pacientů s EDV a bezpečné zacházení s mrtvými těly a lidskými pozůstatky pro post-mortální vyšetření a pohřební přípravy. Kterýkoliv zdravotnický pracovník a další pracovníci provádějící tyto úkoly v souvislosti s podezřením nebo u potvrzených pacientů s EDV musí používat vhodné osobní ochranné pomůcky a dodržovat bezpečnostní opatření a postupy doporučené Světovou zdravotnickou organizací.

9. Co zvěsti, že některé potraviny mohou předcházet nebo léčit infekci?

WHO důrazně doporučuje, ať lidé vyhledají důvěryhodné zdravotní poradenství o EDV a jejich orgány ochrany veřejného zdraví.

Protože zatím není znám žádný specifický lék proti viru Eboly, nejlepší současná léčba je intenzivní podpůrná léčba v nemocnici zdravotnickým personálem využívajícím striktní postupy kontroly infekce. Infekce může být kontrolována pomocí doporučených ochranných opatření.

10. Jak WHO chrání zdraví při propuknutí nemoci?

WHO poskytuje technickou pomoc zemím a komunitám k přípravě a reakci na ohniska Eboly.

K WHO akcím patří:

- dozor nad nákazami a sdílení informací mezi jednotlivými regiony se zaměřením pozornosti na výskyt;
- technická pomoc k průzkumu a obsazení ohrožení zdraví, pokud se vyskytuje - například na místě pomáhají identifikovat nemocné lidi a sledují strukturu nemocí;
- poradenství v oblasti prevence a možností léčby;
- nasazení odborníků a distribuce zdravotnických potřeb (jako jsou osobní ochranné prostředky pro zdravotnické pracovníky), pokud jsou požadované zemí;
- komunikace s cílem zvýšit povědomí o povaze onemocnění a ochranných zdravotních opatřeních ke kontrole přenosu viru;
- aktivace regionálních a globálních sítí odborníků, poskytnutí pomoci, pokud o to požádá a zmírnění potenciálních mezinárodních účinků na zdraví a narušení cestování a obchodu.

11. Během epidemie počet případů hlášených zdravotníky kolísá. Proč?

Během epidemie Ebolou orgány veřejného zdraví postižené země podávají průběžné zprávy o počtech nakažených a úmrtí. Údaje se mohou denně měnit. V datech se odrážejí jak podezřelé případy, tak laboratorně potvrzené případy. Někdy se počet podezřelých a potvrzených případů vykazuje společně. Někdy jsou vykazovány samostatně. Proto je možné, že se čísla mezi podezřelými a potvrzenými případy mění.

Analýza dat trendů v průběhu času a další informace jsou obecně užitečné pro posouzení zdravotní situace a určení vhodné reakce.

12. Je bezpečné cestovat během epidemie? Co radí WHO?

Během epidemie WHO poskytuje pravidelně přehled o situaci veřejného zdraví a doporučuje případné cestovní nebo obchodní omezení, pokud to je nutné, a může informovat vnitrostátní orgány k jejich provedení. WHO aktuálně přezkoumává své doporučení pro cestování a očekává, že vydá doporučení v nejbližších dnech.

Zatímco cestující by měli být vždy ostražití, pokud jde o jejich zdraví a zdraví jejich okolí, riziko nákazy pro cestovatele je velmi nízké, protože přenos z člověka na člověka je možný pouze přímým kontaktem nebo tělesnými tekutinami, nebo výměšky nakaženého pacienta.

Je bezpečné cestovat s osobami, které mají Ebolu?

Stejně jako u jakéhokoli jiného onemocnění nebo nemoci je vždy možné, že osoba, která byla vystavena viru Eboly se může rozhodnout cestovat. V případě, že jedinec nemá rozvinuté příznaky, nemůže přenášet EVD na ostatní. V případě, že jedinec má příznaky, měl by okamžitě vyhledat lékařskou pomoc prostřednictvím oznámení letové posádce nebo posádce lodi anebo při příjezdu na místo určení. Cestující, kteří vykazují počáteční příznaky EVD, by měli být izolováni, aby se zabránilo dalšímu šíření. Ačkoli riziko nakažení společností cestujících v takové situaci je velmi nízké, je doporučeno v těchto případech sledování možných kontaktů.

Je bezpečné cestovat do západní Afriky za podnikáním nebo navštívit rodinu a přátele?

Riziko nákazy virem Eboly pro turisty nebo podnikatele při návštěvě postižených oblastí a vzniku onemocnění po návratu je velmi nízké a to i v případě návštěvy včetně cesty do místních oblastí, z nichž byly hlášeny primární případy. Přenos vyžaduje přímý kontakt s krví, sekrety, orgány nebo jinými tělními tekutinami infikovaných živých nebo mrtvých osob nebo zvířat. Tato expozice je pro průměrného cestovatele nepravděpodobná. V každém případě se turistům doporučuje vyhnout se všem těmto kontaktům.

Pokud jste na návštěvě rodiny nebo přátel v postižených oblastech, riziko je rovněž nízké, jen pokud máte přímý fyzický kontakt s osobou, která je nemocná nebo která zemřela. Pokud se tak stane, je důležité informovat orgány veřejného zdraví a podílet se na sledování kontaktů. Sledování kontaktů se používá pro potvrzení vystavení EVD a aby se zabránilo dalšímu šíření nákazy prostřednictvím monitorování.

Obecné rady WHO pro cestování

- Cestovatelé by se měli vyhnout kontaktu s nakaženými pacienty.
- Zdravotničtí pracovníci, kteří cestují do postižených oblastí, by měli striktně dodržovat doporučené postupy WHO kontroly infekcí.
- Každý, kdo zůstal v oblastech výskytu nedávno hlášených případů a je si vědom příznaků infekce, ať neprodleně vyhledá lékařskou pomoc při prvních příznacích nemoci.
- Klinickému personálu pečujícímu o cestující vracující se z postižených oblastí s kompatibilními příznaky se doporučuje, aby zvažovali možnost EDV.

V Opavě 26.8.2014

Přeložil: **MUDr. Kamil Běrský**

<http://www.who.int/csr/disease/ebola/faq-ebola/en/>



Léčebná rehabilitace – obor známý a neznámý

MUDr. Karel Pitr

Soukromý rehabilitační lékař, lékař myoskeletální medicíny a lymfolog, Plzeň

MUDr. Kateřina Študentová

Všeobecná praktická lékařka, lékařka myoskeletální medicíny, Rokycany

STRUČNÉ BIOGRAFICKÉ INFORMACE O AUTORECH

MUDr. Karel Pitr je soukromý rehabilitační lékař a lymfolog. Je členem New York Academy of Science, Lymfologické společnosti, Společnosti pro myoskeletální medicínu a Společnosti pro rehabilitační a fyzikální medicínu. Má certifikovaný kurz myoskeletální medicíny pražské školy prof. Lewita, belgické osteopatické školy F.I.C.O., lymfologie a dalších. Je také vysokoškolským pedagogem na Lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Plzni a na Fakultě zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni. Publikuje v oblasti fyzikální terapie, lymfologie a myoskeletální medicíny.

MUDr. Kateřina Študentová je všeobecná praktická lékařka. Je členem Společnosti všeobecného lékařství a Společnosti pro myoskeletální medicínu J. E. Purkyně, Sdružení praktických lékařů a Mladých praktiků. Má certifikovaný kurz myoskeletální medicíny – pražské školy prof. Lewita, laseroterapie a další. Aktivně vědecky pracuje od dob studia lékařské fakulty. Krom odborných přednášek a článků zpracovala také sérii edukačních článků pro pacienty.

Léčebná rehabilitace

Léčebná rehabilitace je tradiční součástí našeho systému zdravotnictví. I když za sebou nemá tak dlouhou historii jako klasické obory, například interna, chirurgie nebo všeobecné praktické lékařství. Má však za sebou svůj vývoj a má i svoje klasické autory, celosvětově uznávané, jako například Janda, Vojsa, Lewit, Véle a další. Léčebná rehabilitace je nedílnou součástí rehabilitace, kterou chápeme jako celospolečenský proces. Takováto ucelená neboli komprehenzivní rehabilitace by měla představovat koordinovanou činnost všech složek státu s cílem znovu zařadit člověka postiženého následkem nemoci, úrazu či vrozené vady do aktivního společenského života. Tento systém komprehenzivní rehabilitace zahrnuje úroveň zdravotnickou (tedy léčebnou rehabilitaci), sociální, pedagogickou, pracovní, atd. (viz obrázek 1). Úroveň rehabilitace je ukazatelem úrovně celé společnosti (OSN). Dobře vedená rehabilitace má přesahy i do hospodářské sféry, protože, pokud je dobře vedena, znamená pozitivní přínos nejen pro rehabilitanta, ale i pro celý komplex sociálně-zdravotního systému. Z tohoto hlediska je vážnou chybou oddělení finančních prostředků systému sociálního a zdravotního, protože prostředky vložené systémem zdravotnickým se mnohonásobně vracejí v systému sociálním ve formě různých typů dávek, včetně invalidních důchodů.

Obr. 1: Systém rehabilitace v České republice



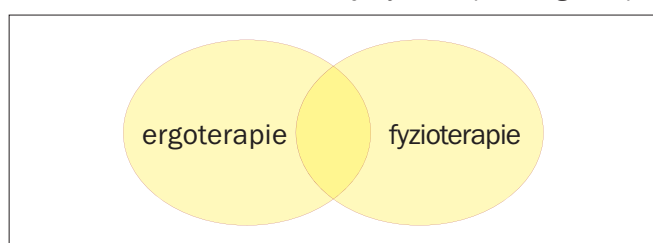
Rehabilitační lékařství

Rehabilitační lékařství je samostatným vědním lékařským oborem, který je základem léčebné rehabilitace. Ta je realizována týmovou spoluprací lékařů, fyzioterapeutů, ergoterapeutů a dalších odborníků, jako jsou psychologové, logopedi, ortopedičtí protetikci nebo sociální pracovníci. Prvky léčebné rehabilitace by se měly podílet obecně na všech etapách léčení pacienta a vést u pacienta k vyléčení ad integrum. Pokud toto není možné, je nutno usilovat o snížení disability (snížené schopnosti k určitým úkonům), nebo alespoň zpomalení její progresu. Součástí léčebné rehabilitace jsou především fyzioterapie a ergoterapie (obr. 2), jejichž oblasti působení se vzájemně částečně překrývají. Specifickým léčebným postupem v léčebné rehabilitaci je také lázeňská léčba, která využívá přednostně přírodních léčivých zdrojů, léčivých prvků podnebí, ale i tradičních léčebných postupů.

Ergoterapie původně vychází z léčby pracovní činností. Jejím cílem je dosažení maximální soběstačnosti a nezávislosti klientů v domácím, pracovním a sociálním prostředí, a tím zvýšení kvality jejich života.

Obr. 2:

Základem léčebné rehabilitace je fyzioterapie a ergoterapie.



Fyzioterapie se zabývá prevencí, diagnostikou a léčbou funkčních poruch pohybového systému s vazbou na systémy ostatní. Využívá především postupů myoskeletální medicíny, léčebné tělesné výchovy, fyzikální terapie a balneologie (obr. 3). Tyto čtyři součásti však mohou a měly by být využívány i samostatně všemi lékařskými obory v rámci jejich odborností.

Obr. 3: Fyzioterapie využívá postupů myoskeletální medicíny, léčebné tělesné výchovy, fyzikální terapie a balneologie.

- **Myoskeletální medicína** - odvětví medicíny zabývající se funkčními poruchami hybného systému (podkladem je kineziologie)
- **Léčebná tělesná výchova** - cvičení tohoto typu jsou součástí léčebného programu pod odborným dohledem a očekává se od nich zlepšení pohybových funkcí.
- **Fyzikální terapie** - užití fyzikálních energií pro léčbu (mechanoterapie, sonoterapie, elektroterapie, magnetoterapie, léčba světlem)
- **Lázeňská léčba** - využití přírodních léčivých zdrojů, včetně klimatu a tradičních léčebných postupů

Jak předepisovat rehabilitaci?

Záleží na tom, jak je předepisující lékař obeznán s možnostmi a specifikou jednotlivých předepisovaných postupů. Pokud lékař pacienta odesílá přímo k samostatně pracujícímu fyzioterapeutovi, je procedury nutno přesně specifikovat, včetně dávkování a četnosti. V tomto případě musí lékař přesně znát i kontraindikace předepisovaných procedur – jako u každé jiné terapie. Pokud si v tomto není jistý, je lépe odeslat pacienta k rehabilitačnímu lékaři. Ten pacienta vyšetří, případně rovnou ošetří výkony myoskeletální medicíny, doporučí režimová opatření a předepíše procedury (obr. 4). V případě odesílání k fyzioterapeutovi je zapotřebí vypsát poukaz FT („s panáčky“). V případě odeslání k rehabilitačnímu lékaři vypisuje běžný poukaz K. Toto má i jiný aspekt: při vypsání poukazu FT jdou do nákladů odesílajícího lékaře všechny procedury, při vypsání poukazu K, jen samotné vyšetření rehabilitačním lékařem.

Obr. 4: Ošetření pacienta v ordinaci myoskeletální medicíny – postizometrická relaxace (PIR) horní části levého trapézu.



Jaké údaje o pacientovi potřebuje rehabilitační lékař znát?

V poukazu by samozřejmě neměly chybět důležité údaje z anamnézy. Rehabilitační lékař, případně fyzioterapeut někdy těžko získává validní informace od pacientů, kteří mají buď horší paměť, nebo si pamatovat nechťejí. Spolupráce s odesílajícím lékařem je nadmíru užitečná pro všechny zúčastněné strany. Jde o informace o dosud provedených vyšetřeních a jejich výsledcích, o historii pracovní neschopnosti, o léčení v jiných rehabilitačních zařízeních a absolvovaných lázeňských pobytech. Pomohou i údaje o abúzu a psychiatrická anamnéza. Důležité mohou být i informace zdánlivě nesouvisející, protože některé choroby vnitřních orgánů se mohou projevat na pohybovém ústrojí v rámci příslušného segmentu – jedná se o tzv. vertebroviscerální vztahy. Například časté tonzilitidy mohou vést k blokádám atlantookcipitálních kloubů, a tím k chronickému CC syndromu s bolestmi hlavy. Velmi známé je, že kardiální bolest je lokalizována v hrudníku, ramenou a levé horní končetině. V pohybovém systému se kardiální dráždění zrcadlí přes segment Th 3–5 a projevuje se bolestivými body v C/Th přechodu a na 3.–5. žebře. U onemocnění plic a pohrudnice bývá spojeno s blokádou žebere a hrudní páteře v segmentech Th 7–10. Onemocnění žaludku a dvanáctníku se projevuje blokádami v oblasti Th 4–8 – nemocné v noci budí „hladová bolest“ mezi lopatkami. V oblasti pánve se často vyskytují blokády SI kloubů, které jsou následkem spasmu pánevních svalů při urologických zánětech, zánětech močových cest a dokonce i při střevních tumorech. Uvádíme zde jen několik nejznámějších příkladů. Paleta vertebroviscerálních vztahů je však velmi pestrá.

Jak začít léčit pacienta s bolestí zad v ordinaci praktického lékaře?

Období od doporučení rehabilitačního vyšetření k jeho realizaci je zapotřebí překlenuvat vhodnou léčbou. Ta je u každého pacienta vždy individuální, avšak lze najít společné principy. U akutních pacientů s bolestí zad, kteří trpí často silnou bolestí, je zapotřebí zavést účinnou analgetickou terapii. Není třeba bát se plných terapeutických dávek analgetik i jejich vhodných kombinací. Principem analgetické terapie je zde zahájit vysokou dávkou, která pacientovi uleví, a poté dávku rychle snižovat (tedy postup step-down). Užití myorelaxancií u těchto pacientů je doporučeno pouze výjimečně u výrazných spasmů a celodenním režimu pacienta na lůžku (v pracovní neschopnosti). Pak se podává plná dávka myorelaxancií, a to jen krátkodobě – na několik dní. U pacientů, kteří nezůstanou doma v klidu na lůžku, jsou myorelaxancia přes den vždy nevhodná. U chronických vertebropatů je lépe zaměřit pacienta na cvičení a domácí fyzikální procedury (například prohřívání suchým teplem). Analgetika se zde užívají jen při akutní atace potíží. Myorelaxancia u chronických vertebropatů obvykle není vhodné podávat. V době rehabilitačního vyšetření i procedur nemá pacient užívat myorelaxancia, protože by došlo ke zkreslení klinického obrazu, omezení možností terapie a znemožnění provedení některých procedur včetně léčebné tělesné výchovy. Analgetika je možné ponechat, pokud má pacient výrazné bolesti.

Výborné doplnění terapie u akutních pacientů s bolestí zad jsou obstrukce, které někteří praktičtí lékaři běžně provádějí. Vytvoření série intradermálních pupenů s lokálním anestetikem v postiženém segmentu má výborný efekt analgetický, spasmolytický i psychologický, riziko komplikací je zde minimální. Obdobně vhodný je obstruk bolestivých bodů (trigger points) a svalových spasmů, ať už lokálním anestetikem nebo metodou suché jehly. Individuálně lze doporučit i pomůcky, například krční límec nebo bederní pás, avšak ne k chronickému použití.

Sít zařízení, v nichž se provádí rehabilitace

Rehabilitační zařízení mohou být ambulantní i lůžková (tabulka 1). Nejnižším typem rehabilitačního zařízení je ordinace rehabilitačního a fyzikálního lékaře. Takováto ordinace zajišťuje nejzákladnější úkony v oblasti rehabilitace a v oblasti diagnostiky i léčby. Dalším základním zařízením je pracoviště samostatně pracujících fyzioterapeutů. Je třeba vzájemná spolupráce obou pracovišť, neboť ani jedno z těchto rehabilitačních zařízení není schopno samo o sobě provádět léčebně-rehabilitační péči v plném rozsahu. Principem správně podávané rehabilitace je rehabilitační tým, jehož základními členy jsou přinejmenším lékař a fyzioterapeut. Zařízení, které vyhovuje této podmínce, je ambulantní oddělení léčebné rehabilitace, které je základním kompletním článkem pro rehabilitaci.

Dalším ambulantním zařízením je denní rehabilitační stacionář pro pacienty, jejichž zdravotní stav vyžaduje každodenní rehabilitaci. Rehabilitaci v celé její šíři, včetně testování funkčních schopností pacienta, psychologického vyšetření a sociálního šetření, zajišťuje centrum léčebné rehabilitace. To může být ambulantní, ale i jako součást lůžkového oddělení.

Lůžková zařízení poskytují včasnou léčebnou rehabilitaci především pacientům, u kterých je možná aktivní spolupráce, tedy u těch, kteří mají rehabilitační potenciál. Zároveň jde o ty pacienty, které je třeba monitorovat při zátěži přinášené rehabilitací. Nižším typem je oddělení léčebné rehabilitace v nemocnici akutní péče. Zařízením vyššího typu je klinika léčebné rehabilitace, zajišťující navíc výuku, metodické vedení v oboru a výzkum.

Oddělení následné péče jsou určena pro pacienty, jejichž stav je stabilizovaný a mají rehabilitační potenciál. Jedná se o oddělení následné péče v rámci nemocnice a o rehabilitační ústavy. Rehabilitační ústavy mohou být obecně

rehabilitační nebo specializovaná zařízení pro vymezený okruh určitých diagnóz anebo odborné lázeňské léčebné ústavy, které využívají navíc přírodní léčivé zdroje, nebo tradiční léčebné lázeňské postupy.

Je třeba si uvědomit, že rehabilitační ústavy se liší od léčeben dlouhodobě nemocných či hospiců, kde se také rehabilitace výrazně uplatňuje, avšak jde o zařízení provozovaná za jiným účelem.

Tabulka 1: Rehabilitační zařízení

Ambulantní zařízení	samostatné pracoviště fyzioterapeutů
	ordinace rehabilitačního a fyzikálního lékaře
	ambulantní oddělení léčebné rehabilitace
	denní rehabilitační stacionář
	centrum léčebné rehabilitace
Lůžková zařízení	oddělení včasné léčebné rehabilitace v nemocnici akutní péče
	oddělení následné péče v nemocnici akutní péče
	klinika léčebné rehabilitace
	rehabilitační ústavy (regionální a specializované)

Shrnutí pro praxi

Léčebná rehabilitace je součástí celospolečenského systému rehabilitace a zároveň součástí našeho zdravotnického systému. Jejím teoretickým i praktickým garantem je obor rehabilitační lékařství, který garantuje, koordinuje a zajišťuje rehabilitaci v medicíně a je realizován týmovou prací mnoha odborností. Doménou oboru je především obnovení a udržení funkční schopnosti jedince. Základními součástmi jsou fyzioterapie a ergoterapie. Do fyzioterapie se řadí myoskeletální medicína, léčebná tělesná výchova, fyzikální terapie a lázeňská léčba. Při indikaci rehabilitace je velmi důležitá kvalitní anamnéza. Procedury může předepsat přímo všeobecný praktický lékař nebo může pacienta odeslat k rehabilitačnímu lékaři, který je indikuje sám. Náklady potom nejdou na účet odesílajícího lékaře.

Literatura:

1. Koncepte oboru, dokument Společnosti rehabilitační a fyzikální medicíny JEP
2. Kríž V.: Rehabilitace a její uplatnění po úrazech a operacích
3. Lewit K.: Manipulační léčba v myoskeletální medicíně. Sdělovací technika. Praha, 2003.
4. Janda V.: Základy kliniky funkčních (neparetických) hybných poruch. Ústav pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků. Brno, 1984.
5. Kolář P. et al.: Rehabilitace v klinické praxi. Galén. Praha, 2009.



Nová, efektivní a bezpečná střevní příprava před kolonoskopií

Hlavní autor:

MUDr. Štěpán Suchánek, Ph.D., Interní klinika 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Ústřední vojenské nemocnice - Vojenské fakultní nemocnice, Praha

Spoluautoři: RNDr. Ondřej Májek, Ph.D.; MUDr. Tomáš Grega; Mgr. Ondřej Ngo; MUDr. Petra Mináriková, Ph.D.; MUDr. Nagyija Brogyuk; doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D.; doc. RNDr. Ladislav Dušek, Ph.D.; prof. MUDr. Miroslav Zavoral, Ph.D.

Úvod:

Kolonoskopie je základní vyšetřovací metoda ve screeningu kolorektálního karcinomu (KRK). Využívá se buď v jednoetapových (Polsko; kolonoskopie jako jediná metoda; 1), nebo dvouetapových programech (Finsko, 2), kdy kolonoskopie následuje po pozitivním testu na okultní krvácení do stolice (TOKS). V České republice jsou od roku 2009 oba tyto přístupy kombinovány. Bezpříznakovým osobám ve věku 50–54 let je nabízen TOKS (preferenčně imunochemický; iTOKS, FIT) v jednoročním intervalu a v případě jeho positivity následuje screeningová kolonoskopie (SK). Od věku 55 let existuje možnost volby, buď pokračovat ve vyšetřování TOKS ve dvouletých intervalech, nebo absolvovat tzv. primární screeningovou kolonoskopii (PSK), která může být po deseti letech zopakována v případě negativního nálezu (3, 4).

Základní podmínkou k určení screeningových nebo dispenzárních intervalů je kvalitní vstupní kolonoskopie. V roce 2010 byla publikována evropská doporučení, která jasně definují indikátory kvality kolonoskopie. Jde zejména o dostatečný záchyt adenomů, pokročilých adenomů, karcinomů (5).

Dobrá diagnostika souvisí s úrovní střevní přípravy, která musí být adekvátní (stupeň A nebo B na čtyřstupňové škále). Dle Evropské gastroenterologické společnosti (ESGE) je doporučovaná dělená střevní příprava pro dosažení nejlepšího efektu a zmírnění nežádoucích účinků (6). V současné době je k dispozici několik různých střevních preparátů, přičemž dle ESGE zůstává zlatým standardem použití polyetylglykolu (PEG; Fortrans) v dělené dávce o celkovém objemu 4 litry, který je možné použít i u pacientů se selháním ledvin, střevními záněty, u pacientů připravovaných urgentně pro krvácení a v jiných případech, kdy jsou ostatní přípravky kontraindikovány. Druhou skupinu projímadel představují nízkoobjemové střevní přípravky, které jsou navrženy pro lepší toleranci pacientů. Z nízkoobjemových přípravků jsou v ČR dostupné k rutinnímu použití pikosulfát sodný se síranem hořečnatým (Picoprep) a PEG v redukovaném objemu potencovaný askorbátem (Moviprep).

Novým přípravkem je osmotické laxativum Eziclen, které je složené ze sulfátových solí (Na_2SO_4 , MgSO_4 , K_2SO_4). V letech 2009–2014 byly v zahraničí provedeny studie (7–9), které potvrdily, že Eziclen je příprava efektivní, s výbornou střevní očistou, zejména v pravém tračníku.

Výhodou roztoku je také jeho bezpečnost, snadné použití, dobrá tolerance a v neposlední řadě i menší objem roztoku než u ostatních přípravků.

Na základě těchto informací byla provedena studie zaměřená na efektivitu Eziclenu v české populaci. Byli do ní zařazeni pacienti, kteří byli kolonoskopicky vyšetřováni v rámci rozsáhlé multicentrické studie zaměřené na potvrzení hypotézy, že jedinci s vyšším metabolickým rizikem mají také vyšší riziko KRK („Cílený screening kolorektálního karcinomu u diabetiků 2. typu a osob s vysokým kardiiovaskulárním rizikem: multicentrická prospektivní studie“; MRF KRK studie).

Cíle studie:

Hlavním cílem bylo zjistit efektivitu přípravku: 1. stupeň střevní očisty (adekvátní x neadekvátní), 2. záchyt patologických nálezů: adenom; pokročilý adenom (velikost ≥ 10 mm; $\geq 25\%$ vilózní charakter; těžká dysplázie); karcinom. Dalším cílem bylo zjistit bezpečnost (změny ve vnitřním prostředí organismu před a po přípravě) a subjektivní vnímání přípravy z hlediska pacientů (dotazník). Vedlejším cílem bylo porovnání dělené (preferována) a nedělené přípravy.

Metodika:

Výběr pacientů:

V období 06-08/2014 byli do studie zařazeni pacienti indikováni k (primární) screeningové kolonoskopii v jednom centru (Oddělení gastrointestinální endoskopie ÚVN). Šlo o bezpříznakové jedince ve věku 50–75 let, s negativní osobní a rodinnou anamnézou kolorektální neoplázie. Všichni obdrželi časný termín kolonoskopie (2–4 týdny).

Průběh střevní přípravy:

Všichni pacienti byli podrobně instruováni (ústně i pomocí letáku) o způsobu přípravy a použití přípravku s důrazem na rozdělení dávek. Dávkování bylo standardní: v čase mezi 18.–20. hodinou pacienti nalili první lahvičku roztoku do odměrky a doplnili vodou (či jinou tekutinou dle preference pacienta) do 500 ml. Poté následoval 1 litr tekutiny. Druhá dávka byla připravena identicky, tak aby pacient vypil poslední tekutiny 4–6 hodin před kolonoskopií. Byla doporučena pouze lehká snídaně den před vyšetřením a poté pouze již tekutiny.

Laboratorní vyšetření:

Všem pacientům byl proveden odběr venózní krve před výkonem (≤ 14 dní; koagulace, krevní obraz, biochemické vyšetření) a těsně po výkonu (krevní obraz, biochemické vyšetření).

EZICLEN®

— Bowel prep kit —



Excelentní příprava střeva před kolonoskopií

ESGE – Evropská společnost pro gastrointestinální endoskopii – jednoznačně doporučuje rozdělenou dávku bez ohledu na použitý přípravek.

Vyšetření biochemie představovaly následující parametry: urea, kreatinin, kyselina močová, Na, K, Cl, Mg, fosfor, Ca ionizované a celkové, ALT, AST, GMT, ALP, bilirubin celkový a přímý.

Dotazník subjektivních pocitů:

Všechna vyšetření byla provedena ve standardní premedikaci (midazolam, fentanyl). Po dvouhodinové observaci na dospávacím pokoji pacienti vyplnili jednoduchý dotazník. Byly hodnoceny symptomy (žádné, nauzea, dehydratace, bolesti břicha), jednoduchost přípravy (snadná, přijatelná, neproveditelná) a chuť přípravku (výborná, příjemná, snesitelná, nepříjemná).

Hodnocení střevní přípravy:

Očista střeva byla hodnocena pomocí čtyřstupňové klasifikace (A-D). Pro praktické účely byla rozlišena střevní příprava na adekvátní (stupně A-B) a neadekvátní (C-D), viz tabulka 1.

Statistické hodnocení:

Hlavní cíle byly hodnoceny porovnáním četností pacientů s detekovanou kolorektálními neoplázií a pacientů s adekvátní střevní přípravou mezi oběma skupinami (dělená vs. nedělená příprava). Testování hypotézy o rozdílnosti těchto četností bylo provedeno pomocí Fisherova exaktního testu. Statistická významnost rozdílů v biochemických parametrech před a po výkonu byla testována pomocí párového t-testu. Statistické hodnocení bylo provedeno v software Stata/IC 13.

Výsledky:

Do studie bylo zařazeno 100 pacientů. 94 z nich absolvovalo střevní přípravu, krevní odběry a kolonoskopii. 6 pacientů se na kolonoskopii nedostavilo, 2 z důvodu infekce horních cest dýchacích a 4 bez udání důvodu.

Z celkového počtu 94 vyšetřených (53 mužů, 57 %; 41 žen, 43 %; průměrný věk 62 let) dodrželo instrukce ohledně dělené přípravy 76 pacientů (81 %); 18 pacientů (19 %) si přípravku nerozdělilo. Nedělenou přípravu absolvovalo více mužů (67 %), než žen (33 %). Podíl obou indikací byl téměř shodný: 51 % primární screeningová kolonoskopie a 49 % screeningová kolonoskopie. Hlavní výsledky (stupeň střevní očisty a základní patologické nálezy, vybrané změny iontogramu) jsou uvedeny v tabulkách 2, 3 a 4.

Subjektivní pocity byly hodnoceny ve třech kategoriích: u 66 pacientů nebyly prokázány žádné symptomy provázející přípravu, u ostatních byly jen mírné (nauzea 12 %, pocity dehydratace 6 %, křeče v břiše 16 %; příprava byla snadná nebo přijatelná pro 73 %, respektive 27 % jedinců a chuť byla hodnocena jako výborná, příjemná nebo snesitelná u 80 %.

Diskuze:

Česká republika patří mezi země s nejvyšší incidencí a mortalitou na kolorektální karcinom. Zároveň výsledky z Národního programu screeningu KRK (Registr screeningových kolonoskopií) ukazují vysokou prevalenci kolorektální neoplázie mezi screeningovou populací. V letech

2006–2013 bylo provedeno přibližně 130 tisíc kolonoskopií v rámci screeningu, z toho adenomové polypy, pokročilé adenomové polypy a karcinomy byly diagnostikovány v 33 %, respektive 13 % a 4 %. Proto byl před zahájením studie očekáván vysoký počet těchto nálezů i po použití střevní přípravy roztokem sulfátových solí (Eziclen). Tato domněnka se potvrdila v případě pokročilých adenomů a karcinomů. Zcela však byla překonána v případě adenomových polypů celkem, kdy poměr kolonoskopií se zachyceným adenome (adenoma detection rate; ADR) dosáhl hodnoty 57 %. To může být spojeno s vysokým procentem adekvátní (stupeň A+B) i excelentní (stupeň A) střevní očisty, které činily 90 % respektive 65 %. Vliv může mít i fakt, že většina vyšetřovaných (81 %) dodržela instrukce a absolvovala dělenou přípravu, která je oproti nedělené efektivnější, jak prokázala tato studie (adekvátní příprava 97 % versus 61 %; excelentní příprava 73 % versus 33 %) a jak ostatně vyplývá i z mezinárodních doporučení a rozsáhlé meta-analýzy 29 studií (10). Ovšem vzhledem k tomu, že všem pacientům bylo doporučeno rozdělení dávek přípravku Eziclen, lze předpokládat, že skupina s provedenou nedělenou přípravou může být selektovaná (spíše se špatnou compliance) a tedy nedokonale srovnatelná s pacienty s dělenou přípravou. Výsledky srovnávací analýzy je tedy nezbytné interpretovat s náležitou opatrností – lze předpokládat horší úroveň střevní přípravy a druhotně tedy i nižší senzitivitu kolonoskopie a míru detekce adenomových polypů.

Výhodou této přípravy je také její bezpečnost. Přestože došlo ke změně hladiny tří základních iontů (natrium, kalium, magnesium) před přípravou a po ní, tak statisticky signifikantní byla pouze u natria. Nejdůležitějším faktem ale je, že ani u jednoho z těchto iontů (a ani u ostatních sledovaných parametrů) nebyla tato změna klinicky významná. Zároveň byla prokázána dobrá tolerance přípravku z hlediska pacientů, kdy realizace byla pro všechny přijatelná nebo snadná a většina vyšetřovaných neměla žádné doprovodné symptomy nebo byly pouze mírné.

Závěr:

Nová střevní příprava před kolonoskopickým vyšetřením pomocí roztoku sulfátových solí (Eziclen) je efektivní (adekvátní stupeň očisty u 90 % pacientů; 57 % kolonoskopií s diagnostikovanými adenomy), bezpečná (klinicky nevýznamné změny v iontogramu), dobře tolerovaná českou screeningovou populací (jednoduchá příprava pro 73 % vyšetřovaných) a využitelná v běžné klinické praxi, zejména v případě děleného dávkování.

Práce byla podpořena grantem IGA MZ ČR číslo NT/13673

EZICLEN®

— Bowel prep kit —



Zkrácený souhrn údajů o přípravku (SPC)

NÁZEV PŘÍPRAVKU: EZICLEN, Koncentrát pro perorální roztok. **KVALITATIVNÍ A KVANTITATIVNÍ SLOŽENÍ:** Jedna léčba zahrnuje podání dvou lahví. Obsah obou lahví je stejný. I lahev obsahuje přibližně 176 ml koncentrátu (195,375 g): Natrii sulfas 17,510 g, Magnesii sulfas heptahydricus 3,276 g, Kalii sulfas 3,130 g. **TERAPEUTICKÉ INDIKACE:** U dospělých k vyprázdnění střev před každou procedurou, která vyžaduje čisté střevo (např. vizualizace střev při endoskopii a radiologii nebo před chirurgickým zákrokem). **DÁVKOVÁNÍ A ZPŮSOB PODÁNÍ:** Přípravek se podává orálně, je určen pro dospělé. Dvě lahve přípravku Eziclen jsou nezbytné pro odpovídající vyprázdnění střev. Před aplikací musí být obsah každé lahve rozpuštěn ve vodě za použití přiložené odměrky tak, aby celkový objem byl přibližně 0,5 litru. Tomuto musí následovat požití dalšího litru vody nebo čiré tekutiny v průběhu dvou následujících hodin. Celkový objem tekutin potřebný pro vyprázdnění střev jsou přibližně 3 litry podané perorálně před zákrokem. Tento přípravek může být podán buď podle režimu přípravy s rozdělenou dávkou (dvoudenní režim) nebo jako jednodenní příprava. Příjem veškerého naředěného roztoku přípravku Eziclen a další potřebné vody nebo čiré tekutiny by měl být ukončen jednu hodinu před zákrokem. Přesný režim a rychlost požití přípravku Eziclen může upřesnit lékař. Po zákroku, za účelem nahrazení tekutin ztracených během přípravy by pacienti měli vypít dostatečné množství tekutin pro udržení odpovídající hydratace. **KONTRAINDIKACE:** Hypersenzitivita na léčivé látky nebo na kteroukoli pomocnou látku uvedenou viz níže; známá nebo suspektní gastrointestinální obstrukce; perforace střev; poruchy vyprazdňování žaludku (např. gastroparéza); ileus; toxická kolitida nebo toxické megakolon; úporné zvracení; těžká dehydratace; městnavé srdeční selhání; ascites; těžká renální insuficience (glomerulární filtrace < 30 ml/min/1,73 m²); aktivní zánětlivé onemocnění střev (např. Crohnova choroba, ulcerózní kolitida). **ZVLÁŠTNÍ UPOZORNĚNÍ A ZVLÁŠTNÍ OPATŘENÍ PRO POUŽITÍ:** **Poruchy elektrolytů a dehydratace:** Vzhledem k potenciálnímu riziku závažných poruch elektrolytů je třeba pečlivě zvážit poměr přínosů a rizik u rizikových populací před zahájením léčby přípravkem Eziclen. Zvláštní pozornost by měla být věnována při předepisování přípravku Eziclen jakýmkoli pacientovi, zejména je potřeba brát v úvahu známé kontraindikace, zvláštní opatření pro použití a důležitost adekvátní hydratace. Všichni pacienti by měli být poučeni o adekvátní hydrataci před, během a po užití přípravku Eziclen. Pokud se u pacienta objeví významné zvracení nebo známky dehydratace po užití přípravku, je potřeba nastavit rehydratační opatření tak, aby se zabránilo potenciálnímu riziku závažných komplikací souvisejících s poruchami tekutin a elektrolytů (jako např. křeče a srdeční arytmie). Navíc je potřeba zvážit provedení laboratorních testů (stanovení elektrolytů, kreatininu a močoviny v krvi) před samotným zákrokem. Pacient by měl být poučen, aby vypil dostatečné množství vody nebo čirých tekutin pro udržení odpovídající úrovně hydratace. **Riziková pacient:** U oslabených pacientů křehkého zdraví, u starších pacientů, pacientů s klinicky významnou poruchou funkce ledvin, jater nebo srdce a u pacientů ohrožených rizikem elektrolytové nerovnováhy by lékař měl zvážit provedení vyšetření elektrolytů a renálních funkcí před a po zákroku. Stav dehydratovaných pacientů a pacientů s elektrolytovými abnormalitami musí být před podáním přípravku k vyčištění střev normalizován. Je třeba dávat pozor u pacientů na stavy nebo léky, které zvyšují riziko vzniku poruch tekutin a elektrolytů (včetně hyponatremie a hypokalemie) nebo které mohou zvýšit riziko potenciálních komplikací. V takovém případě by pacienti měli být náležitě sledováni. Existuje teoretické riziko prodloužení QT intervalu v důsledku nerovnováhy elektrolytů. **Použití s opatrností u pacientů s:** poruchou dávkového reflexu a pacientů trpících na opakované zvracení nebo aspiraci (tito pacienti by měli být sledováni během podávání přípravku pro vyčištění střev), s gastrointestinální hypomotilitou nebo s takovým zdravotním stavem v anamnéze nebo s takovými operacemi gastrointestinálního traktu, které mohou vést k poruše ve smyslu hypomotility. **Hyperurikémie:** Eziclen může způsobit přechodné mírné až střední zvýšení hladiny kyseliny močové. Možné zvýšení kyseliny močové by se mělo zvážit před podáním přípravku Eziclen zvláště u pacientů s manifestací dny v anamnéze nebo hyperurikémií. **Doplňující informace:** Každá jedna lahev musí být naředěna vodou a využita společně s dalším množstvím vody dle doporučení, k zajištění snášenlivosti přípravku pacientem. Tento léčivý přípravek obsahuje 247,2 mmol (5,683 g) sodíku v každé lahvi. To je potřeba vzít v úvahu u pacientů na kontrolované sodíkové dietě. Tento léčivý přípravek obsahuje 35,9 mmol (1,405 g) draslíku v každé lahvi. To je potřeba brát v úvahu u pacientů se sníženou funkcí ledvin nebo u pacientů na dietě s kontrolovaným obsahem draslíku. **INTERAKCE:** Je třeba být opatrný u pacientů užívajících blokátory kalciových kanálů, diuretika, léčbu lithiem nebo léky, které mohou ovlivnit hladiny elektrolytů. Je třeba opatrnosti při užívání léků, které prodlužují QT interval. Průjem je očekávaným výsledkem a jsou-li v rozmezí 1 až 3 hodin od zahájení až do ukončení procedury vyprázdnění střev podány perorálně léky, může dojít k jejich vyplavení z gastrointestinálního traktu a nebudou tedy správně absorbovány. Zejména terapeutický účinek pravidelně užívaných perorálních léků s úzkým terapeutickým indexem nebo krátkým poločasem (např. perorální antikoncepce, antiepileptika, antidiabetika, antibiotika, levothyroxin, digoxin...) může být zvláště ovlivněn. **Těhotenství:** Podávání přípravku Eziclen v těhotenství se nedoporučuje. **Kojení:** Kojení má být během léčby přípravkem Eziclen přerušeno po dobu 48 hodin od přijetí druhé dávky přípravku Eziclen. **Fertilita:** Nejsou dostupná žádná data o fertilitě. **Účinky na schopnost řídit a obsluhovat stroje:** Eziclen nemá žádný vliv na schopnost řídit nebo obsluhovat stroje. **NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY:** Průjem je očekávaným důsledkem procesu očisty střev, a proto se objeví také po požití přípravku Eziclen. Nejčastějším nežádoucím účinkem hlášeným v klinických studiích a během post-marketingového použití je nepříjemný pocit, nadýmání, bolesti břicha, nevolnost a zvracení. Pacienti v klinických studiích hlásili zvracení častěji po podání přípravku v jednom dni než při rozložení dávky do dvou dnů. Frekvence neznámá: Přecitlivělost (včetně kopřivky, svědění, vyrážky, otoku, dušnosti, stažení hrdla); Frekvence méně časté: Bolest hlavy, dyskomfort v anorektální oblasti, sucho v ústech, dysurie, zimnice, zvýšená aspartátaminotransferáza, zvýšená krevní kratiňfosfokináza, zvýšená krevní laktátdehydrogenáza, zvýšený fosfor v krvi, hyperbilirubinémie, poruchy chemického složení krve zahrnující hyponatremii, hypokalcémii a hyperurikémii. **Předávkování:** V případě předávkování nebo nesprávného použití (např. nenaředění přípravku a/nebo nedostatečný příjem vody) lze očekávat nevolnost, zvracení, průjem a poruchy elektrolytů. Konzervativní opatření jsou obvykle dostačující; měla by být zajištěna perorální rehydratační terapie. Ve vzácných případech předávkování vyvolávajících těžkou metabolickou poruchu by měla být užita intravenózní rehydratace. **FARMAKODYNAMICKÉ VLASTNOSTI: Mechanismus účinku:** Eziclen je osmotické laxativum. Mechanismus účinku primárně spočívá v omezeném a nasycitelném aktivním mechanismu transportu síranů. Nasycení gastrointestinálního transportního mechanismu zanechává sírany ve střevě. Osmotický účinek neabsorbovaných síranů způsobuje zadržení vody ve střevě a vede tak k jeho vyprázdnění. **Klinická účinnost a bezpečnost:** Byla prokázána ve dvou randomizovaných, aktivně kontrolovaných, multicentrických, pro investigátora zaslepených pilotních studiích fáze III. **PŘEDKLINICKÉ ÚDAJE VZTAHUJÍCÍ SE K BEZPEČNOSTI PŘÍPRAVKU:** Omezené neklinické údaje získané na základě studií toxicity po opakovaném podávání neodhalily žádné zvláštní riziko pro člověka. **INKOMPATIBILITY:** Studie kompatibility nejsou k dispozici, a proto Eziclen nesmí být mísen s žádnými dalšími léčivými přípravky. **DOBA POUŽITELNOSTI:** 3 roky. Po prvním otevření lahve a/nebo naředění vodou použijte přípravek ihned. **ZVLÁŠTNÍ OPATŘENÍ PRO UCHOVÁVÁNÍ:** Eziclen nevyžaduje žádné zvláštní teplotní podmínky uchovávání. Uchovávejte v původním obalu, aby byl přípravek chráněn před světlem. **DRUH OBALU A VELIKOST BALENÍ:** Přibližně 176 ml koncentrátu ve světle jantarové lahvi (PET) s dětským bezpečnostním uzávěrem (HDPE). Jedna odměrka (PP) s vyznačenou rýskou definující objem asi půl litru je dodána společně s lahví a slouží k ředění a aplikaci přípravku. Balení obsahuje dvě lahve a jednu odměrku. **DRŽITEL ROZHODNUTÍ O REGISTRACI:** IPSEN Pharma, 65 Quai Georges Gorse, 92100 Boulogne-Billancourt, Francie. **REGISTRAČNÍ ČÍSLO:** 61/106/13-C. **DATUM PRVNÍ REGISTRACE/PRODLOUŽENÍ REGISTRACE:** 27. 2. 2013. **DATUM REVIZE TEXTU:** 27. 2. 2013. **PŘÍPRAVEK JE VÁZÁN NA RECEPT A OD 1. 11. 2014 BUDE ČÁSTEČNĚ HRAZEN Z PROSTŘEDKŮ ZP.**

Tabulka 1: Hodnocení střevní očišty

Příprava	Stupeň	Popis
Adekvátní	A	zcela čistý tračník či příměs čiré tekutiny v tračníku
	B	přítomnost zkalené tekutiny či malých zbytků tekuté stolice v tračníku, které lze opláchnout a odsát
Neadekvátní	C	velké množství tekuté či polotekuté stolice, které lze odstranit nebo odsát jen částečně
	D	tuhá stolice, nebo velké množství polotekuté stolice, kterou nelze odstranit, odsát či opláchnout

Tabulka 2: Výsledky střevní očišty

	Dělená příprava (N=73)	Nedělená příprava (N=18)	Celkem (N=91*)
Stupeň A	53 (73 %)	6 (33 %)	59 (65 %)
p-hodnota	0,005		
Stupeň A+B	71 (97 %)	11 (61 %)	82 (90 %)
p-hodnota	< 0,001		

Tabulka 3: Základní patologické nálezy

	Dělená příprava (N=76)	Nedělená příprava (N=18)	Celkem (N=94)
Adenom	46 (61 %)	8 (44 %)	54 (57 %)
p-hodnota	0,290		
Pokročilý adenom	12 (16 %)	3 (17 %)	15 (16 %)
p-hodnota	1,000		
Karcinom	2 (3 %)	-	2 (2 %)

Tabulka 4: Vybrané změny iontogramu

Parametr	Hodnoty před výkonem (SD; mmol/l)	Hodnoty po výkonu (SD; mmol/l)	Průměrný rozdíl hodnot po a před výkonem (95% IS)	P-hodnota	Referenční rozmezí (mmol/l)
Natrium	142,04 (1,84)	140,19 (2,13)	-1,86 (-2,31; -1,40)	< 0,001	136–145
Kalium	4,42 (0,32)	4,36 (0,44)	-0,06 (-0,14; 0,02)	0,155	3,5–5,1
Magnesium	0,84 (0,07)	0,85 (0,07)	0,01 (0,00; 0,02)	0,184	0,66–1,07

SD směrodatná odchylka, IS interval spolehlivosti

Literatura:

- Kaminski MF, Regula J, Kraszewska E, Polkowski M, Wojciechowska U, Didkowska J, Zwierko M, Rupinski M, Nowacki MP, Butruk E. Quality indicators for colonoscopy and the risk of interval cancer. *N Engl J Med* 2010 May 13; 362(19): 1795-803.
- Malila N, Anttila A, Hakama M. Colorectal cancer screening in Finland: details of the national screening programme implemented in Autumn 2004. *J Med Screen* 2005; 12(1): 28-32.
- Zavoral M, Suchanek S, Majek O, Fric P, Minarikova P, Minarik M, Seifert B, Dusek L. Colorectal cancer screening: 20 years of development and recent progress. *World J Gastroenterol*. 2014 Apr 14;20(14):3825-34.
- Suchanek S, Majek O, Vojtechova G, Minarikova P, Rotnaglova B, Seifert B, Minarik M, Kozeny P, Dusek L, Zavoral M. Colorectal cancer prevention in the Czech Republic: time trends in performance indicators and current situation after 10 years of screening. *Eur J Cancer Prev*. 2014 Jan;23(1):18-26.
- Valori R, Rey JF, Atkin WS, Bretthauer M, Senore C, Hoff G, Kuipers EJ, Altenhofen L, Lambert R, Minoli G; International Agency for Research on Cancer. European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis. First Edition–Quality assurance in endoscopy in colorectal cancer screening and diagnosis. *Endoscopy*. 2012 Sep;44 Suppl 3:SE88-105. Epub 2012 Sep 25.
- Hassan C, Bretthauer M, Kaminski MF, Polkowski M, Rembacken B, Saunders B, Benamouzig R, Holme O, Green S, Kuiper T, Marmo R, Omar M, Petruzziello L, Spada C, Zullo A, Dumonceau JM; European Society of Gastrointestinal Endoscopy. Bowel preparation for colonoscopy: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) guideline. *Endoscopy*. 2013;45(2):142-50.
- Di Palma JA, Rodriguez R, McGowan J, Cleveland Mv. A randomized clinical study evaluating the safety and efficacy of a new, reduced-volume, oral sulfate colon-cleansing preparation for colonoscopy. *Am J Gastroenterol*. 2009 Sep;104(9):2275-84.
- Rex DK, Di Palma JA, Rodriguez R, McGowan J, Cleveland M. A randomized clinical study comparing reduced-volume oral sulfate solution with standard 4-liter sulfate-free electrolyte lavage solution as preparation for colonoscopy. *Gastrointest Endosc*. 2010 Aug;72(2):328-36.
- Rex DK, DiPalma JA, McGowan J, Cleveland MV. A comparison of oral sulfate solution with sodium picosulfate: magnesium citrate in split doses as bowel preparation for colonoscopy. *Gastrointest Endosc*. 2014 Jul 12. [Epub ahead of print].
- Bucci C, Rotondano G, Hassan C, Rea M, Bianco MA, Cipolletta L, Ciacci C, Marmo R. Optimal bowel cleansing for colonoscopy: split the dose! A series of meta-analyses of controlled studies. *Gastrointest Endosc*. 2014 Jul 19. [Epub ahead of print]



Očkování proti chřipce v ordinaci VPL a nová chřipková vakcína Optaflu

MUDr. Igor Karen

VPL, Poliklinika Benátky nad Jizerou

Každoročně máme možnost očkovat naše pacienty proti chřipce. V letošním roce však v našem portfoliu přibude další alternativa imunizace novou očkovací látkou Optaflu. Pojdme si ji trochu představit, než se rozhodneme si ji objednat do našich ordinací. V čem je jiná a co bychom měli o ní vědět.

Úvodem pro úplnou informaci uvádím ohledně chřipkové infekce souhrnné pojednání o této každoroční respirační nákaze u našich pacientů.

Původcem chřipky jsou viry, které se řadí do rodu Influenza-virus z čeledi Orthomyxoviridae. V jádře chřipkových virů se nachází segmentovaná ribonukleová kyselina a nukleoprotein. Podle jeho antigenních vlastností se rozlišují **viry chřipky typu A, B a C**.

Na povrchu virové částice se nacházejí dva glykoproteiny: hemagglutinin a neuraminidáza. Prostřednictvím hemagglutininu se virus přichycuje na povrchové receptory vnímavé buňky. Neuraminidáza umožňuje průnik viru do buňky a jejich šíření k dalším vnímavým buňkám v dýchacích cestách. Oba povrchové glykoproteiny chřipky A jsou antigenně značně nestabilní a často mění své vlastnosti. Jde o změny dvojího druhu: antigenní shift a antigenní drift.

Shift znamená zásadní změnu antigenního charakteru hemagglutininu, neuraminidázy a nebo obou glykoproteinů. K této změně dochází genetickou rekombinací mezi lidskými a živočišnými chřipkovými viry. Výsledkem je vznik zcela nového subtypu viru s jiným hemagglutininem či neuraminidázou a s jinými vlastnostmi. Lidé v populaci nemají proti novým antigenům protilátky a nákaza se rychle šíří. Častější ale méně významná změna antigenních vlastností povrchových glykoproteinů se označuje jako **drift**. Vzniká selekčním tlakem imunity populace v důsledku bodových mutací. Důsledkem driftu je trvalý vznik nových variant chřipkového viru. S působením driftu je třeba počítat při přípravě očkovací látky, a proto se kmeny užitě k výrobě vakcíny každoročně obměňují. Varianty chřipkových virů se označují typem viru (typ A nebo B), místem izolace, číslem izolátu, rokem izolace a u typu A se v závorce uvede ještě číslo hemagglutininu a neuraminidázy. Např.: varianta A/Hongkong/3/79(H3N2). U lidských virů typu A byly dosud zjištěny 3 hemagglutininu (H1, H2 a H3) a 2 neuraminidázy (N1, N2).

Zdrojem nákazy je člověk a to již koncem inkubační doby a v prvních dnech onemocnění. U chřipky A mohou vzácně být zdrojem nákazy zvířata a to ptáci nebo vepři. Onemocnění má sezónní charakter. Ve střední Evropě je maximum výskytu od prosince do března.

Chřipkové vakcíny a Optaflu

Nová vakcína proti chřipce pod názvem Optaflu je oproti stávajícím dostupným vakcínám na trhu unikátní tím, že není

vyrobená na kuřecích zárodcích, ale na buněčných kulturách. Přiblížíme si proces výroby chřipkových vakcín, abychom si ozřejmili, v čem rozdíl spočívá.

Každá vakcína proti chřipce obsahuje pouze imunologicky aktivní části viru, které nemohou způsobit samotnou infekci. Jedná se o vakcíny štěpené nebo subjednotkové, které obsahují příslušné vakcinační antigeny hemagglutinin a neuraminidázu. Světová zdravotnická organizace vždy počátkem roku identifikuje kmeny, které budou pro nadcházející chřipkovou sezónu epidemiologicky relevantní. Každoročně tak výrobci připravují vakcíny z jiných chřipkových kmenů. Pro výrobu vakcín ho musí namnožit dostatečné množství a takový proces je pochopitelně z mnoha důvodů náročný. Tradiční proces spočívá v tom, že je virus pomnožován na kuřecích zárodcích. To vyžaduje každý rok značné množství oplodněných vajec ze zdravých kuřecích chovů. Pro tuto, ale i další limitace se vyvinul jiný způsob množení viru. Jedná se o proces založený na buněčné kultivaci, kdy množení viru probíhá na buněčných kulturách. V případě Optaflu se jedná o tzv. MDCK buněčnou kulturu. Takový proces je uzavřený a sterilní.

Co tedy z toho plyne pro naše praxe?

Vakcína Optaflu tak neobsahuje antibiotika a konzervační činidla, ale zejména neobsahuje kuřecí bílkoviny, což je výhodné u očkování osob s alergiemi jak na vaječný bílek, tak ale i na některá antibiotika, v tomto případě aminoglykosidy (gentamycin apod.).

Další pozitivní zprávou je, že dle posledních informací by úhrada této vakcíny měla být v 100 % hrazena pojišťovnami, čili bychom nemuseli od pacientů nic vybírat.

Registrované očkovací látky:

Vakcíny	Název	Výrobce	Poznámka
Subjednotkové	Influvac Fluad Optaflu	Abbott Laboratories Novartis Novartis	adjuvans MF 59 buněčná vakcína
Štěpené	Vaxigrip Fluarix Begrivac IDflu 9 a IDflu 15	Sanofi Pasteur GlaxoSmithKline Novartis Sanofi Pasteur	intradermální aplikace

Profil vakcíny Optaflu

Indikace: Profylaxe chřipky u dospělých, zvláště u osob se zvýšeným rizikem komplikací souvisejících s chřipkovým onemocněním. Vakcína Optaflu by měla být podávána v souladu s oficiálními doporučeními.

Vakcinace se zvláště doporučuje osobám s chronickým onemocněním, u nichž onemocnění chřipkou obvykle vede

ke zhoršení jejich základního onemocnění a osobám, u nichž existuje vysoké riziko výskytu chřipkových komplikací. Jde o následující osoby:

1. starší osoby: věková skupina 65 let a více.
2. osoby jakéhokoliv věku trpící chronickým onemocněním:
 - dýchacího systému včetně poruch respiračních funkcí po poranění mozku či míchy, v důsledku křečových stavů a jiných neurologických či svalových onemocnění
 - farmakologicky léčená onemocnění srdce a cév
 - ledvin a jater
 - metabolická onemocnění (farmakologicky léčený diabetes mellitus, cystická fibróza pankreatu aj.)
 - chronická anémie
 - vrozená nebo získaná nedostatečnost imunitního systému
3. osoby umístěné v léčebnách pro dlouhodobě nemocné, v domovech důchodců a penzionech pro seniory.
4. vakcinace je dále doporučována:
 1. osobám, které zvyšují možnost nákazy rizikových skupin
Patří mezi ně zejména:
 - osoby, které pečují o rizikové osoby (zdravotníci a sociální pracovníci)
 - osoby, které žijí s rizikovými osobami ve společné domácnosti.
 2. osobám, které se podílejí na chodu státu (doprava, energetika, policie, armáda, zdravotnictví)
 3. všem osobám, které si nepřejí onemocnět chřipkou

Zákon č. 369/2011 Sb. ze dne 6. listopadu 2011, kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění stanoví, že očkování proti chřipce je hrazeno z veřejného zdravotního pojištění (§ 30 odst. 2)

- u pojištěnců nad 65 let věku
- u pojištěnců po splenektomii nebo po transplantaci krvetvorných buněk
- u pojištěnců, kteří trpí závažným chronickým farmakologicky řešeným onemocněním srdce a cév, nebo dýchacích cest, nebo ledvin nebo diabetem
- u pojištěnců umístěných ve zdravotnických zařízeních poskytovatele dlouhodobé lůžkové péče nebo v domovech pro seniory, anebo v domovech pro osoby se zdravotním postižením nebo v domovech se zvláštním režimem

Optaflu dávkování: Očkování se provádí u dospělých starších 18 let jednou dávkou vakcíny 0,5 ml. Vakcína se aplikuje intramuskulárně nejlépe do deltového svalu. Vzhledem k poklesu hladin ochranných protilátek a průběžně probíhající změně cirkulujících kmenů viru je třeba přeočkovávat každoročně jednou dávkou vakcíny v období před předpokládaným výskytem epidemie chřipky tj. od září do poloviny prosince.

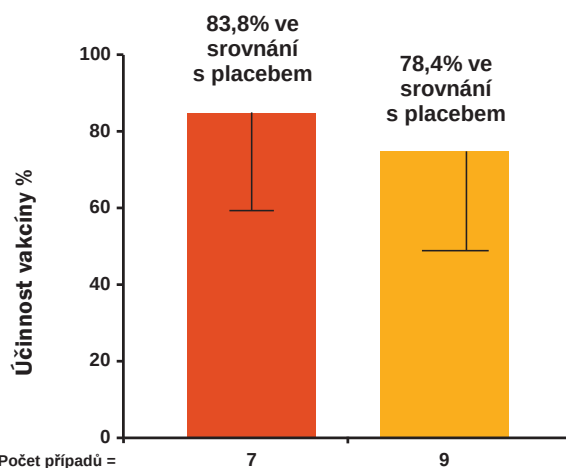
Imunogenita: Účinnost očkování záleží na antigenní podobnosti kmene viru, který je přítomen ve vakcíně s viry cirkulu-

jícími v populaci a také na věku a na schopnosti očkované osoby vytvářet imunitu. Séroprotektce je obecně dosaženo do 3 týdnů, a v klinických studiích nebyl pozorován žádný rozdíl mezi vakcínou připravenou na buněčné kultuře a komparativní vakcínou připravenou ve vejci. Doba postvakcinační imunity vůči kmenům zahrnutým ve vakcíně, obvykle činí 6–12 měsíců, jak bylo pozorováno ve studiích prováděných během klinického vývoje této vakcíny. Imunologická odpověď může být snížena, jestliže pacient absoluuje léčbu imunosupresivou.

Účinnost: Prokázaná účinnost vakcíny Optaflu při prevenci laboratorně potvrzené chřipky způsobené vakcinačními kmeny; 83,8 % účinnost vs. placebo

Fáze III klinického hodnocení, dospělí (18–49 let věku).

■ Optaflu (n = 3,776) ■ Konvenční vakcína připravená ve vejci (n = 3,638)



Výsledky z randomizované, placebem kontrolované multicentrické studie se zaslepením pozorovatele v hodnocení klinické účinnosti přípravku OPTAFLU (n = 3 776) a vakcíny proti chřipce připravené ve vejci (n = 3 638) v porovnání s placebem (n = 3 843) u zdravých dospělých jedinců v průběhu chřipkové sezóny 2007–2008. Výskyt kultivačně potvrzené chřipky způsobené kmeny podobnými vakcinačním kmenům byl 0,0019 (7 / 3 776) ve skupině OPTAFLU; 0,0025 (9 / 3 638) ve skupině s vakcínou proti chřipce připravené ve vejci; a 0,0114 (44 / 3 843) ve skupině s placebem.

Frey S, et al. Clin Infect Dis 2010; 51:997–1004.

Kontraindikace: Kontraindikací očkování je hypersenzitivita na léčivé látky nebo na kteroukoli pomocnou látku. U pacientů s horečnatým onemocněním či akutní infekcí je třeba imunizaci odložit. Vakcínu lze podávat osobám s alergiemi na vaječné bílkoviny.

Interakce (kombinovatelnost): Optaflu lze podávat současně s jinými vakcínami, očkovací látky však nelze smíchat v téže injekční stříkačce. Imunizace má být provedena do různých končetin. Je třeba vzít v úvahu, že nežádoucí účinky mohou být intenzivnější.

Nežádoucí účinky: Místní i celkové reakce nevybočují z obecných zvyklostí. Nejčastěji (více než v 10 %) se vyskytují bolest hlavy, malátnost, únava, zarudnutí a bolestivost v místě vpichu. Tyto reakce obvykle vymizí do 1–2 dní bez léčby. Méně časté až časté mohou být kožní reakce, myalgie nebo gastrointestinální poruchy. Vzácně (0,01 % až 0,1 %) se objeví horečka nad 39 °C, či lymfadenopatie a velmi vzácně (v méně než 0,01 %) neuralgie či neuritida. Souvislost mezi očkováním a vznikem Guillain-Barrého syndromu nebyla prokázána.

Uchovávání a doba použitelnosti: Vakcína v předplněné stříkačce se uchovává při teplotě 2 až 8 °C. Doba použitelnosti je 1 rok od data výroby.

Chemoprofylaxe: U neočkovaných osob nebo v epidemii, kde antigeny původce nebyly součástí aplikované vakcíny, lze k ochraně před nákazou doporučit antivirotika. Užívají se oseltamivir (75 mg denně) nebo zanamivir (2x denně inhale 5 mg).

Shrnutí:

Možnost očkování proti chřipce není v ČR ve srovnání s jinými vyspělými státy dostatečně využívána, i když je známo, že očkování mnohonásobně snižuje nemocnost, úmrtnost i ekonomické ztráty způsobené touto nákazou.

Vakcínu lze vykazovat jako ZULP, tak jako ostatní vakcíny proti chřipce v minulých letech, včetně aplikačního kódu 02125 diagnózou Z25.1, u stigmatizovaných pacientů do

65 roku věku života nutno vykázat ještě signální diagnózu pro kterou má očkování pacient hrazené z veřejného zdravotního pojištění; například ischemickou chorobu srdeční I25.9, či diabetes mellitus E11.9 aj. a kód 01999.

Vakcína Optaflu rozšiřuje naše možnosti očkování proti sezónní chřipce a vzhledem k unikátnímu postupu při přípravě vakcíny lze využít její výhody, zejména nižší alergenní potenciál vyplývající z nepřítomnosti vaječných bílkovin ve vakcíně. Dle provedených klinických studií má výbornou imunogenitu a minimum vedlejších postvakcinačních nežádoucích účinků u všech věkových kategorií.

Závěrem bych chtěl poděkovat redakci časopisu Practicus za uveřejnění této informace a můžeme se jen těšit na další možnou volbu ze stávajících vakcín pro očkování proti chřipce u našich pacientů, která se jeví velmi slibně.



I N Z E R C E

Do ordinace praktického lékaře pro dospělé ve Slaném, hledám lékaře/ku nejlépe s atestací VPL na 2–3 dny v týdnu. Vhodné pro důchodce či lékařky s malými dětmi s možností variability zástupu s pozdějším převzetím praxe bez finančních nároků.

Telefon: 602 970 280

Hledám PL pro dospělé. Zástup únor až duben 2015, i jakoukoliv část v této době.

Praha 10. Tel.: 724 130 442

Zavedená privátní lékařská praxe na Klatovsku v Plzeňském kraji přijme lékaře. Lze s i bez atestace všeobecného lékařství. Atestace je ale výhodou.

Více informací na telefonu: 602 228 215



Je něco nového v tyreoidologii?

doc. MUDr. Zdenka Límanová, CSc.

III. interní klinika VFN, Praha a 1. lékařská fakulta UK, Praha

V tyreoidologii se mnoho nového neodehrává. Diagnostika je propracovaná, léky se nemění, tyreoidální substituce je zavedena více než 100 let, tyreostatika více než 70 let. V něčem je změna přeci jen zřejmá: prohlubují se vědomosti až k molekulární úrovni, objasňují se genetické a imunologické vazby, zlepšují se zobrazovací metody a následně se zpřesňují indikace k léčebným postupům. Dalším, a s tím souvisejícím přístupem, je jak odhad budoucího vývoje tyreopatie, tak uvádění prevence do praxe, např. v péči o těhotné. Zlepšuje se i mezioborová spolupráce. V tyreoidologii většinou nejde o zabránění vzniku choroby, ale o její včasný odhad a předcházení následkům. Na dostačující příjem jódu je stále kladen důraz (1. Zamrazil). Do této oblasti patří i speciální péče o těhotné ženy a vyhledávání žen s (asymptomatickými) tyreopatiemi. Zvyšuje se záchyt onemocnění v subklinické formě, často náhodně, a praktický lékař rozhoduje o dalším postupu (odeslání na endokrinologii nebo ponechání pacienta v péči). Diagnózu je však nutné stanovit přesně na základě etiologie, zvolit vhodnou léčbu či dispenzarizaci, i perspektivu choroby, protože onemocnění štítné žlázy je záležitostí ve většině případů celoživotní.

Klinické příznaky onemocnění štítné žlázy a některé mýty:

Příznaky typické pro rozvinutou poruchu štítné žlázy jsou přehledně uváděny ve všech učebnicích interny (2. Klener 2011). V průběhu let se sice nemění, ale mnohdy je choroba podchycena časněji, takže se důsledky onemocnění nerozvinou plně. Rozhodně však se nemusejí projevit typické příznaky v plné šíři, chybění některých ze symptomů chorobu nevylučuje. Na druhé straně jsou některé obtíže připisovány vlivu štítné žlázy spíše neprávem, ale s úspěchem se lze na tu „štítnou žlázu“ vymlouvat. Praktičtí lékaři se nejčastěji setkávají se stížnostmi na nadváhu, ta je stále s hypothyreózou spojována. U hypothyreózních jedinců se hmotnost hůře kontroluje, roli hraje i retence tekutiny, ale příčinou obezity hypothyreóza není. Příčinou může být životní nespokojenost v důsledku komplikovaných rodinných i pracovních vztahů, která vede k přejídání, špatný životní styl, malá četnost denních porcí jídla, malá fyzická aktivita. Další klasickou obtíží je únava, ta je pro poruchu tyreoidální funkce typická. Opět rozbor denního režimu včetně hodin spánku, stresová situace, životní spokojenost pomohou hledat příčinu, za únavou se může skrývat deprese. Ženy přicházejí se stížností na vlasy – především padání, někdy zhoršení kvality a maštění. Stížnost nelze podceňovat, ale opět – možný stresor je obvykle viníkem spíše než tyreopatie. Pokud padání vlasů nastoupí po 3 měsících od změny životních podmínek a laboratorní tyreoidální testy

(TSH, FT4, protilátky) jsou v normě, nejde o tyreoidální příčinu. Nacházíme-li však pozitivní protilátky, může se jednat o důsledek autoimunitní poruchy. Na druhé straně bychom neměli podcenit deprese, u starších lidí se mohou projevit hubnutím, ale mohou být i důsledkem snížené i zvýšené tyreoidální funkce. U všech výše uvedených stavů je vhodné TSH vyšetřit a pokud je výsledek v normálním pásmu, lze aktuálně podíl tyreoidy na obtížích vyloučit, zvláště, pokud jsou protilátky negativní.

Význam ultrazvuku pro diagnostiku onemocnění štítné žlázy:

Zvětšení štítné žlázy, dříve považované za hlavní příznak onemocnění štítné žlázy, nacházíme spíše u populace narozené ještě v době deficitu jódu, tj. před rokem 1950. Palpace štítné žlázy stále patří ke klasickému vyšetřovacímu postupu, hmatnou resistenci je nutné vyšetřit ultrazvukem a dle charakteru doplnit tenkojehlovou biopsií (FNAB). Důsledkem univerzálního využívání ultrazvuku v četných oborech (ORL, angiologie, neurologie) jsou objeveny patologie ve štítné žláze i náhodně, ať již jde o změnu echogenity, přítomnost uzlů či zvětšené uzliny v blízkém okolí, změnu velikosti tyreoidy. Řešení nálezů se odvíjí od charakteru popisu, je-li patologie výraznější, měl by nález řešit endokrinolog. Pokud jde o cystu, někdy posthemoragickou, nevzácně u osob užívajících antikoagulanty, odsátím obsahu resistance regreduje, aspiraci lze opakovat. Uzlovatění štítné žlázy v průběhu stárnutí je časté a odhaduje se, že až 75 % starších osob nějaký uzel má. Diagnostickou FNAB nelze proto uskutečnit vždy, sledování pomocí ultrazvuku je však možné i přínosné (za 6–12 měsíců). Jen minimální počet uzlů je maligních. Pozornost věnujeme především nálezům uzlů u mužů, u nich by měla být FNAB uskutečněna. Nález retrosternální strumy – často náhodně – vyžaduje důkladné vyšetření včetně CT, zhodnocení endokrinologem a závčas zvažování operačního řešení.

Správná indikace a interpretace laboratorního vyšetření:

Vyšetření tyreostimulačního hormonu (TSH) je stále základním a orientačním vyšetřením k odhalení periferní tyreoidální poruchy či aktuálního stavu u osob léčených se štítnou žlázou. TSH je regulován zpětnou vazbou, která však na rozdíl od jiných hypofyzárních hormonů má určitou latenci reakce (týdny). To je důležité při hodnocení výsledků např. při změně substituční dávky. Na této zpětné vazbě se především podílí dejódázy, měnící T4 na T3 (nebo na jiné metabolity), hematoencefalická bariéra, plasmatické bílkovinné nosiče, a u osob substituovaných i schopnost absorpce podávaného levothyroxinu. Mimo zpětnou vazbu,

zprostředkovanou T3, je koncentrace TSH zčásti ovlivněna některými léky a stavy, hlavní představitelé jsou uvedeny v tabulce č. 1. (3. Tajtáková) Levothyroxin se rozpouští a vstřebává lépe v kyselém prostředí, jeho absorpce je snížena u gastritid, především u atrofické formy, a u celiakie.

Tabulka č. 1: Ovlivnění hladiny TSH

snížení	zvýšení
závažná onemocnění,	rekonvalescence
hladovění	
Glukokortikoidy	Estrogeny
Dopamin, levodopa	Clomifen
Ergolin deriváty	Spironolakton
Somatostatiny	Chlorpromazin
Morfium	Prostaglandiny
Salicyláty Barbituráty	Lithium
Exogenní příjem T4,T3, jód	CRH,GnRH

Pokud pacient s celiakií nedrží dietu (což je bohužel časté), je vstřebávání tyroxinu problematické a kolísání TSH běžné. Diurnální rytmus je pro klinické hodnocení TSH zanedbatelný, proto je možné odebrat krev na vyšetření i v průběhu dne. Výsledná hodnota TSH není výrazněji závislá na použití laboratorní metodiky (na rozdíl od hodnot FT4). Hodnocení normálního rozpětí však hraje roli: jiné platí pro děti a těhotné, u starší populace lze většinou tolerovat hodnoty mírně nad normu. Optimální rozpětí TSH pro běžnou populaci je 1–3,0 mIU/l.

Z periferních hormonů posuzujeme hladinu tyroxinu (T4), a pouze ve specifických situacích, kterých není mnoho, i trijódotyroninu. T4 i T3 jsou v krvi vázány na plasmatické bílkovinné nosiče, především tyroxine binding globulin (TBG), jejichž množství se mění řadou okolností. Proto doporučujeme vyšetřovat jen volný hormon – FT4, resp. FT3. Vzhledem k různým metodikám stanovení se rozpětí norem může lišit, ale laboratoře rozpětí uvádějí. Pokud je TSH v normálním pásmu a je nižší FT4, nejčastěji jde o důsledek nedostatku jódu (vegani, vegetariáni, osoby, které nejedí mořské produkty), je-li TSH mírně vyšší a FT4 je v normě, jde většinou o subklinickou (latentní) hypotyreózu. Obdobně při nízkém TSH a normální hladině FT4 nejspíš půjde o subklinickou hyperfunkci. V obou případech patologického nálezu je vhodné zvážit, zda nejde o extratyreoidální vlivy (viz tabulka 1 a 2) a vyšetření zopakovat za 4–6 týdnů, případně doplnit vyšetření protilátek proti tyreoidální peroxidáze (TPOab) a proti tyreoglobulinu (Tgab), při podezření na tyreotoxikózu GB typu i vyšetřením protilátek proti TSH receptoru (TRAK). Vyšetření protilátek TPOab a případně Tgab je dnes běžnou součástí základní laboratorní diagnostiky. Tyto protilátky jsou charakteristické pro autoimunitní postižení štítné žlázy, představované nejčastěji chronickou autoimunitní tyreoiditidou. Absolutní hodnoty jsou však závislé na použité metodě. Dynamiku nálezů nesledujeme, pozitivita je markerem autoimunity. Osoby s pozitivním nálezem TPOab a/nebo Tgab mohou

mít po celý život zachovanou nebo jen lehce sníženou funkci, ta se ale může do plné funkční poruchy (hlavně hypotyreózy) prohloubit v době hormonálních změn, zatěžujících tyreoidu: v graviditě, při nástupu menopauzy, vlivem určitých léků (viz tabulka č. 2) (3. Tajtáková).

Tabulka č. 2:

Osoby s již probíhající asymptomatickou tyreopatií nebo zvýšeným rizikem vzniku, indikované v graviditě (nebo před plánovanou graviditou) k vyšetření TSH, TPOab, ev FT4:

Pozitivní rodinná či osobní <u>anamnéza</u> ohledně:
• tyreopatie • laboratorní nález <u>pozitivních protilátek</u> TPOab a/nebo Tgab • dalších autoimunit, zvláště polyautoimunitních syndromů: DM, celiakie, vitiligo, pern. anemie, autoimunitních hematologických chorob, reumat. artritidy, SLE, mysathenie gravis a další (17-Vondra 2010) • při nebo po léčbě: amiodaronem, interferony, cytokiny, lithiem, • po <u>ozáření</u> krční krajiny (m. Hodgkin, CaB) • mírná elevace prolaktinu (příčinou může být hypotyreóza) • ženy <u>sterilní nebo opakovaně potrácející</u>

Pro screening je TSH do 3,67 mIU/l, v graviditě nemá být TSH vyšší než 2,5 mIU/l. (13-Springer 2009)

Onemocnění, léčba a četnost laboratorních kontrol:

Pokud jednoznačně diagnostikujeme hypotyreózu (elevace TSH a snížení FT4), doplníme ještě vyšetřením TPOab a Tgab – pozitivní hodnoty potvrdí autoimunitní etiologii, a dle možností i UZ štítné žlázy. Autoimunitní etiologie (CLT – chronická lymfocytární tyreoiditida) se zobrazí sníženou echogenitou, někdy s přítomností uzlů. Substituci levothyroxinem zahajujeme spíše zvolna – dle hloubky hypotyreózy, věku, případně přidružených onemocnění (výjimkou jsou ženy těhotné – viz dále), 25–50–75 ug denně a při dobré toleranci zvyšujeme po 4–6 týdnech. Optimální je dosažení TSH 1–3,0 mIU/l, a v tomto rozpětí by se (optimálně) měly hodnoty pohybovat. Denní produkce tyroxinu štítnou žlázou je 80 ug, při plné hypotyreóze máme doplnit zhruba toto množství. Vzhledem k tomu, že absorpce léku je 80–85%, je plná substituce okolo 100 ug T4. Existují ale individuální rozdíly dle závažnosti hypotyreózy a dalších okolností. Je-li původ choroby v destrukci tyreoidy (atrofie, po odstranění žlázy, po ozáření) bývá pak dávka stabilní do vyššího věku, u hypotyreózy na základě CLT je v průběhu let při postupujícím postižení žlázy nutné dávku zvyšovat. Po dosažení stabilizace TSH zpočátku kontrolujeme TSH častěji – za 6 měsíců, je-li dobrá spolupráce, postačí 1x ročně. V průběhu stárnutí se někdy dávka snižuje, u výrazné obezity bývá vyšší (a snižuje se při redukci váhy). Opakovaně pacientům zdůrazňujeme nezbytnost požití léku ráno, nalačno, odděleně od ostatní medikace (toto často není respektováno), a 20–30 min nejíst. Nedodržení uvedeného postupu (a zapominání užívat lék pravidelně) je nejčastějším důvodem kolísání TSH. I přes ujišťování pacienta o respektování správné medikace bývá právě špatná compliance příčinou kolísání TSH, pokud nejde o onemocnění GIT, především o celiakii. Hladinu FT4 u stabilizovaných osob není



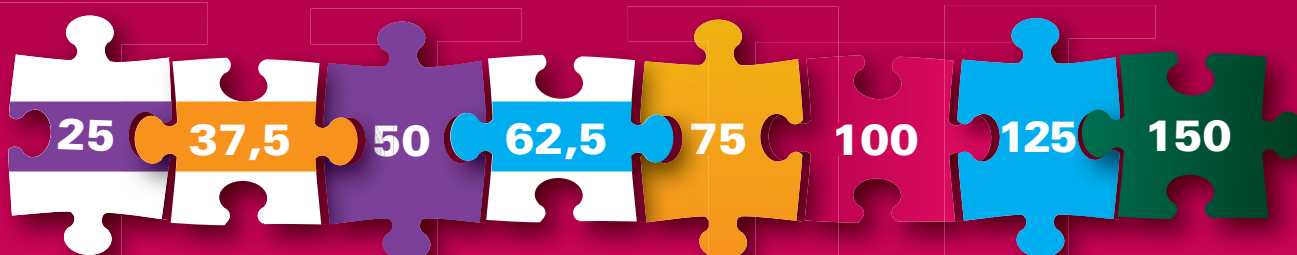
Letrox[®]

levothyroxinum natrium



Jednoduché půlení tablet – jedním prstem*

- 1 Tabletů položit na pevný podklad
půlící rýhou nahoru
- 2 Prstem zatlačit na tabletu
- 3 Tableta se rozlomí
na 2 stejné
poloviny



*PIL léčivého přípravku Letrox 50,75,100,125,150, data poslední revize:
Letrox 50, Letrox 100, Letrox 150: 27.3.2013; Letrox 75, Letrox 125: 15.8.2012

V této publikaci najdete informace o léčivém přípravku na následující straně.
Určeno pouze odborníkům ve smyslu zákona 40/1995 Sb.



**BERLIN-CHEMIE
MENARINI**



Letrox[®]

levothyroxinum natrium



Zkrácená informace o přípravcích Letrox 50, 75, 100, 125, 150.

Složení: Letrox 50, 75, 100, 125, 150. **Složení:** Levothyroxinum natrium 50, 75, 100, 125, 150 µg v 1 tabletě. Neobsahuje pomocnou látku laktózu. **Indikace:** 50-150: hypotyreóza, profylaxe recidivy strumy po strumektomii, benigní eufunkční struma, supresivní a substituční léčba při maligním nádorovém onemocnění štítné žlázy zejména po tyreoektomii; 50-100: adjuvantní léčba k léčbě hypertyreózy tyreostatiky po dosažení normální funkce štítné žlázy; 100 a 150: supresní test štítné žlázy. **Dávkování:** Individuální. Dospělí s hypotyreózou začínají obvykle s dávkou 25–50 µg denně. Dávka se postupně zvyšuje až na 100–200 µg. Profylaxe recidivy strumy, eufunkční struma: 75–200 µg denně. U dětí je počáteční dávka 12,5–50 µg, u novorozenců 25–50 µg denně. **Kontraindikace:** Přecitlivělost na složku přípravku; neléčená hypertyreóza, insuficience kůry nadledvinek či hypofýzy; akutní infarkt myokardu, myokarditida či pankarditida; současné užívání levothyroxinu a tyreostatika je kontraindikováno v těhotenství. **Upozornění:** Před zahájením léčby hormony štítné žlázy musí být vyloučena následující onemocnění nebo zahájena jejich léčba: ischemická choroba srdeční; angina pectoris; hypertenze; hypofyzární nebo adrenokortikální insuficience; autonomní onemocnění štítné žlázy. **Interakce:** Absorbci Letroxu snižují: cholestyramin, kolestipol, potraviny ze soji, antacida s obsahem hliníku nebo léčiva obsahující uhličitán vápenatý či soli železa. Propylthiouracil, glukokortikoidy, beta-blokátory a kontrastní látky s obsahem jodu inhibují přeměnu T4 na T3. Rychlá nitrožilní aplikace fenytoinu může vést k zvýšené plazmatické hladině volného levothyroxinu a liothyroninu, a tak vyvolat arytmiie. Účinek Letroxu může být zvýšen při podání salicylátů, po vysokých dávkách (250 mg) furosemidu nebo klofibrátu. Letrox může snižovat hypoglykemický účinek antidiabetik a zvyšovat účinek léčby deriváty kumarinu. **Nežádoucí účinky:** Pokud v ojedinělých případech pacient danou velikost dávky nesnáší nebo dojde k předávkování, pak se mohou vyskytnout příznaky hypertyreózy. **Uchovávání:** Při teplotě do 25 °C. **Balení:** 100 tablet. **Držitel registrace:** Berlin-Chemie AG (Menarini Group), 12489 Berlín, SRN. **Reg. čísla a data poslední revize SPC:** Letrox 50: 56/171/83-A/C, 27. 3. 2013; 75: 56/576/07-C, 15. 8. 2012; 100: 56/171/83-B/C, 27. 3. 2013; 125: 56/577/07-C, 15. 8. 2012; 150: 56/204/98-C, 27. 3. 2013. Přípravky jsou vydávány pouze na lékařský předpis a jsou částečně hrazeny z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Před předepsáním si přečtěte celý Souhrn údajů o přípravku.

Určeno pouze odborníkům ve smyslu zákona 40/1995 Sb.

nutné sledovat. Pokud se FT4 vyšetřuje, nemá si pacient brát substituci v den odběru – FT4 by mohlo být falešně vyšší – peak jeho hladiny za 3–4 hodiny po požití je běžný. Rozhodně je zbytečné vyšetřit T3 (FT3), obdobně zbytečné je opakování vyšetření protilátek TPOab a/Tgab. Nejčastější příčiny kolísání TSH jsou v tabulce č. 3.

Tabulka č. 3:

Kolísání hodnot při substituční léčbě - nejčastější příčiny:

Subjektivní	Objektivní
nesprávné užívání*	nedostatečná substituce
non compliancne	zhoršené vstřebávání: atrof. gastritis, celiakie!, zánět GIT
	Dejódazy D2**
	Interference s léky léky: kalcium, H2 blokátory, statiny
	těžký myxedem, metabol. rozvrat

*požit 30 minut před jídlem, zapíjet vodou, alternativně na noc nejméně 4 hodiny po posledním jídle a léčbě

**porucha funkce dejodasy typu DII (vrozená, získaná)

Léčba hyperfunkce štítné žlázy:

Léčba hyperfunkce štítné žlázy má svoji tradici od 50. let minulého století. Po stanovení diagnózy a etiologie zahájíme léčbu tyreostatiky. Jsou však situace, kdy tyreostatika nepodáváme – přechodná hyperfunkce provází subakutní tyreoiditidu, poporodní tyreoiditidu a iniciální fázi Hashimotovy tyreoiditidy. V tom případě jsou symptomatickou léčbou betablokátory, a tyto formy hyperfunkce spontánně odezní, někdy s přechodem do hypotyreózy. Léčba tyreotoxikózy je zpočátku stejná jak při etiologii imunogenní (Graves-Basedowova – GB – choroba) tak na podkladě autonomním (nodózní struma, toxický adenom). Lékem volby je methimazol (Thyrozol tbl. 10 mg), pouze při intoleranci změním na propylthiouracil (Propycil tbl. – PTU). Před zahájením léčby musí být pacient informován o možných, i když vzácných vedlejších účincích (leukopenie až agranulocytóza, hepatopatie – častěji u PTU), vyžadujících okamžitou kontrolu a přerušení medikace. Osoby s GB chorobou mohou být léčeny 12–18 měsíců, pokud se choroba zklidní, normalizuje se TRAK a postačí minimální dávka 2,5 mg Thyrozolu, je možné léčbu posléze ukončit. Perspektiva remise choroby je asi u 30 %, ale s relapsem musíme počítat vždy. Pacienta o riziku informujeme, provokací relapsu může být stres, interkurentní závažnější choroba, podání jódu v nadbytku, léčba cytokiny, amiodaronem, který je u osob s prodělanou tyreotoxikózou sice kontraindikován, ale to se – bohužel pro pacienta – nerespektuje. Definitivní řešení tyreotoxikózy je nutné při autonomii, v těch případech remise dosáhnout nelze. U osob s relapsem imunogenní tyreotoxikózy, u osob s DM 1. typu, dalších stavů (vrcholový sport, stresové zaměstnání, plán gravidity) je nutné stav zodpovědně zvážit a uvažovat i o variantní léčbě radiojódem. Léčba radiojódem se výborně snáší, lze ji realizovat i ambulantně, komplikace nemá, riziko radiace pro okolí je po týdnu od aplikace nulová. Komplikace pooperační u zkušeného operátora jsou vzácné, nicméně nezanedbatelné. Substi-

tuci očekávané hypotyreózy po operaci zahájíme neprodleně, po podání radiojódů se většinou hypotyreóza rozvíjí pozvolna a její nástup za 2–6 měsíců je nutné hlídat, substituční dávku pak postupně zvyšujeme. Pacient má být do stabilizace dávky sledován endokrinologem. V případě (náhodného) nálezu karcinomu v resekatu po operaci má být pacient substituován (změna od dřívějšího postupu) a další léčba následuje po dohodě s odborným pracovištěm třeba za 2–3 měsíce od operace dle kapacity pracoviště, což zařizuje endokrinolog. Pacient substituci přeruší asi měsíc před plánovaným přijetím na onko-endokrinologii.

Odlišnosti:

*Subklinické stavy

Hraničně vyšší hodnoty TSH do cca 10,0 mIU/l při normální koncentraci FT4 svědčí pro subklinickou hypotyreózu, koncentrace TSH nižší než 0,1 mIU/l (ev. 0,4 mIU/l) při normální koncentraci FT4 jsou suspektí ze subklinické hyperfunkce. Rozhodnutí o léčbě je závislé na řadě okolností – vyhovuje anglické úsloví: „it depends“ – podrobnější rozbor by přesáhl rozsah článku (4. Rodondi, 5. Biondi).

*Těhotenství

Správné zásobení organismu tyreoidálními hormony (TH) jako příprava na budoucí těhotenství je ve fertilním věku žen nezbytností. TH umožňují fyziologický vývoj embrya od početí, na jejich přiměřeném množství je závislý vývoj a diferenciaci nervové tkáně plodu. Studie jak v zahraničí, tak v ČR prokazují přítomnost protilátek TPOab u 8–15 % těhotných žen, a elevaci TSH v graviditě (dle norem pro těhotné) u 4–7 %. (6. Límanová 2011, 7. Špitálníková 2013, 8. Šarapatková 2013). Subklinická hypotyreóza vždy a plně rozvinutá hypotyreóza většinou bývají asymptomatické a ženy o své nedokonalé funkci štítné žlázy nevědí. Jejich štítná žláza nárokům dostojí jen za běžných podmínek (9. Stárka 1999, 10. Krasas 2010, 11. Kennedy 2010, 12. Límanová 2010). Od 4.–5. ydne těhotenství se zvyšuje tvorba T4 současně se zvýšenou potřebou jódu, proto jód musíme dodat – buď ve vitamínech pro těhotné nebo v tbl. Jodid 100 v dávce 100–150 ug denně. U žen již pro hypotyreózu léčených substituční dávkou navyšujeme ihned po zjištění gravidity, normální hodnoty TSH jsou v graviditě jiné než v běžné populaci. (13. Springer 2009). V 1. trimestru nemá být TSH vyšší než 2,5 mIU/l, ve 2. a 3. ne vyšší než 3,0 mIU/l. U žen dosud neléčených, zachycených s elevací TSH při screeningu, obvykle i s pozitivitou TPOab, zahájíme podávání levothyroxinu neprodleně. Dávka je individuální, při TSH 2,5–10,0 mIU/l zpravidla postačí 50–75 ug pro die, a další případné zvýšení upravíme při kontrole po 4 týdnech. Kontroly TSH jsou vhodné po 4 týdnech do týdne 19.–20., pak bývá substituční dávka stabilní do porodu. U žen jen s pozitivitou TPOab a přiměřenou hladinou TSH léčba tyroxinem být nemusí, ale je spíše doporučována (14. Negro 2006). Kontroly v 1. trimestru nutné jsou, obdobně jako podávání jodidu, a substituci ihned zahájíme, pokud se TSH zvýší. Kontrola TSH je potřebná po porodu za 4–6 týdnů, za 3 měsíce – v té době se může manifestovat poporodní tyreoiditida, ta postihne nejmé-

ně 20 % žen se zvýšenými protilátkami (15. Potluková). Po porodu se u léčených žen substituce obvykle snižuje dle klinického stavu, a především laboratorního nálezu TSH.

Hyperfunkce v graviditě je vzácnější, příznaky spíše bývají (tachykardie, únava, nepřibývání na váze, vznik strumy, oční příznaky), v laboratorním nálezu je suprese TSH a zvýšení FT4, případně vyšší TRAK. Léčba je nezbytná, žena musí být v péči zkušeného endokrinologa, perspektiva klidné gravidity i porození zdravého jedince je při správné léčbě obvyklá. Souhrnná doporučení pro péči o těhotné ženy s tyreopatiemi byla ve spolupráci s ČES ČLS JEP publikována v r. 2013 (16. Horáček).

U všech žen s rizikem vzniku tyreopatie (tabulka č. 2) má gynekolog u gravidní ženy vyšetřit TSH, TPOab, případně FT4. Vyšetření je pojišťovny hrazeno. Vyšetření lze uskutečnit od 5.–6. týdne, případně lze spojit s prvotrimestrálním screeningem v 9.–11. týdnu. Patologie prvních dvou testů je indikací k okamžité konzultaci endokrinologa, případně k zahájení léčby. Izolované snížení FT4 může být důsledkem nedostatku jódu, v indikaci k podávání levotyroxinu v tomto případě není shoda, ale podání tbl. s jódem je nutné. Příčinou suprese TSH je nejčastěji hyperemesis gravidarum, hladina TSH se normalizuje ve 2. trimestru. Pokud je suprese TSH provázená zvýšením FT4, jde o tyreotoxikózu vyžadující péči endokrinologa.

A jaká je role praktického lékaře v péči o ženy plánující graviditu či o ženy gravidní?

V současné době především osvěta – praktický lékař by měl ženy ve fertilním věku na možnost vyšetření v graviditě upozornit, a zvláště tuto skutečnost zdůraznit ženám se zvýšeným rizikem včetně žen s polyautoimunitním syndromem. (17. Vondra) Ženy léčené pro tyreopatii by měl upozornit na zvýšení substituční dávky v graviditě a časný kontakt s endokrinologem. Ženy s tyreotoxikózou léčené tyreostatiky by měly mít chorobu zvládnutu ještě před koncepcí (operace, radiojód).

Pokud těhotné ženy přicházejí k praktickému lékaři až ve 2. trimestru, lékař by si měl ověřit, zda laboratorní vyšetření bylo provedeno a raději zjistit i výsledek. Vždy by je měl poučit o zvýšených nárocích na příjem jódu. Pokud je rodinná nebo osobní anamnéza ženy (viz tabulka č. 2) pozitivní, může laboratorní vyšetření (TSH, TPOab, ev FT4) uskutečnit a vést léčbu i sám, dodrží-li doporučený postup (16. Horáček).

Závěr

Onemocnění štítné žlázy je častější u žen než u mužů asi v poměru 8:1, při cíleném vyšetření odhalujeme často subklinické – tedy asymptomatické – formy. Rozhodnutí o léčbě těchto stavů závisí na řadě především zdravotních okolností. Vzhledem k dědičnosti tyreoidálního onemocnění a velkému podílu autoimunitních forem je nutné věnovat pozornost rodinné i osobní anamnéze, soustředit se na nemocné s autoimunitními chorobami. Základním laboratorním vyšetřením je TSH, vyšetření protilátek TPOab, případně Tgab, a FT4. V České republice je každá desátá žena v těhotenství ohrožena nedostatečnou funkcí štítné žlázy, vyšetření základních tyreoidálních parametrů je proto u žen před graviditou nebo v časně fázi gravidity indikované. Pozitivita protilátek selektuje ženy se zvýšeným rizikem rozvoje tyreoidální poruchy v graviditě. Podávání jódu ve vitamínech nebo tbl. s jódem je u těhotných nutné.

Literatura:

1. Zamrazil V, Čechová J. Jód a štítná žláza, Aeskulap. MF 2014, ISBN 978-80-204-3302-
2. Klenner P. Vnitřní lékařství- monografie. 2011 (učebnice interny pro studenty LF
3. Tajtáková M. Lieky a štítná žláza, Vnitř Lék, 2012;58,2:140-1449. 87, No. 3, pp. 142-149
4. Rodondi N, den Elzen W., Bauer DC: Subclinical hypothyroidism and the risk of coronary heart disease and mortality. JAMA. 2010;304 (12),1365-74
5. Biondi B.: Heart failure and thyroid dysfunction European J of Endocrinology 2012, 167, 609–618
6. Límanová Z, Springer D. Thyreopathy examination during pregnancy—results of pilot project. Cas Lek Cesk. 2011;150(7):389-93.
7. Špitálníková S. Sledování štítné žlázy u těhotných žen. Acta Medica 2013; 4: 9-10
8. Šarapatková H., Šarapatka J., Fryšák Z: What is the benefit of screening for thyroid function in pregnant women in the detection of newly diagnosed thyroopathies? Biomed Pap M ed Fac Univ Palacky Olomouc Czech Rep 2013, 157 (4), 358-42ed
9. Stárka, L., et al. Štítná žláza a ženská reprodukce. Aktuální endokrinologie 1999, p. 400-404
10. Krassas, GE., Poppe, K., Gliouer D. Thyroid function and human reproductive health. Endocr Rev 2010 Oct, 31, p. 702-55
11. Kennedy, RL., Malabu UH., Jarrod, G. Et al. Thyroid function and pregnancy: before, during and beyond. J Obstetr. Gynaecol. 2010, 30, p. 774-783
12. Límanová, Z. Štítná žláza a těhotenství. Moderní gynekologie a porodnictví 19/2010, p. 197-209.
13. Springer D, Zima T, Límanova Z. Reference intervals in evaluation of maternal thyroid function during the first trimester of pregnancy. European Journal of Endocrinology 2009;33 160: 791797
14. Negro R, Formoso G, Mangieri T et al. Levothyroxine treatment in euthyroid pregnant women with autoimmune thyroid disease: effect on obstetrical complications. Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism, 2006; 91: 2587–2591
15. Potluková E, Jiskra J, Telička Z et al. Pozitivita protilátek proti tyreoidální peroxidáze u eutyreózních těhotných žen jako rizikový faktor pozdějšího rozvoje dystyreózy. Diabetes, Metabolismus, Endokrinologie, Výživa 2011; 14: 27–32.
16. Horáček J, Jiskra J, Límanová Z, et al: Doporučení pro diagnostiku a léčbu onemocnění štítné žlázy v těhotenství a pro ženy s poruchou fertility. Vnitř Lek. 2013 Oct;59(10):909-31
17. Vondra K, Zamrazil V. Autoimmune polyendocrine syndrome Vnitř Lek. 2010 Nov;56(11):1111-3.



Praktičtí lékaři a jejich role ve zdravotním systému

MUDr. Jana Vojtíšková

Lékařská ordinace Vyšehrad, s. r. o.

Dle tiskové zprávy ze dne 12. 8. 2014 o proběhlém šetření OECD v ČR v roce 2013 a nezávislém sociologickém výzkumu agentury INRES volně zpracovala Jana Vojtíšková

V červnu t.r. byly zveřejněny závěry šetření komise Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (Organisation for Economic Co-operation and Development – dále OECD), které bylo provedeno v ČR v roce 2013. Vzhledem k tomu, že zpráva považuje posílení primární péče za jeden z prioritních cílů, mají praktičtí lékaři pádný důvod se ptát, jak se ke zprávě komise postaví MZ ČR.

Bude mít MZ ČR zájem na posílení kompetencí praktických lékařů v léčbě zejména chronických chorob, jak to doporučují závěry šetření výše uvedené komise?

Získá konečně praktický lékař v systému zdravotní péče odpovídající postavení s náležitými kompetencemi nebo budeme mnoho dalších let bojovat s neefektivními preskripčními omezeními a arogancí některých specialistů a úředníků. Přes usilovnou a dlouhodobou snahu obou našich organizací o změnu (SVL ČLS JEP a SPL ČR) se z médií většinou dozvídáme zprávy o nespokojenosti s prací praktických lékařů.

Na piedestal se vystavují specializovaná pracoviště a špičkoví odborníci. Vážíme si jich.

Ale o mravenčí trpělivé každodenní práci tisíců praktických lékařů, kteří zásadně ovlivňují zdravotní stav populace téměř neslyšíme.... nebo jenom sporadicky. A přitom obor všeobecné praktické lékařství spěje rázně kupředu; lékaři se trvale vzdělávají a vybavují své ambulance tak, jak jsem si na začátku své profesní kariéry ani neuměla představit. Výuka na lékařských fakultách se změnila; studenti ve vyšších ročnících zvažují kariéru praktického lékaře a také do oboru nastupují.

Výsledky šetření OECD

Když OECD zveřejnila doporučení vycházející ze šetření v ČR v roce 2013 upozornila na jedné straně na vynikající výsledky péče o pacienty po infarktu, na straně druhé však výrazně podprůměrnou péči o diabetiky. Nabádá ČR k vývoji datového a informačního systému, který by

umožňoval sdílení informací a umožnil řízení a zvyšování kvality zdravotní péče. Česká republika v současné době postrádá vizi, strategii a koordinaci napříč klíčovými obory zdravotní péče. OECD doporučuje (kromě dalších opatření) posílit roli lékařů primární péče, jejichž potenciál je zejména v řízení léčby chronických onemocnění zcela nevyužit.

Význam silné primární péče

Silná primární péče přináší do poskytování služeb ve zdravotním systému značné úspory. Zcela jasně to vyplývá ze studií prováděných v Evropě i v USA. Odborná erudice českých praktických lékařů je dostatečně vysoká a je tudíž dobrým předpokladem pro management akutních onemocnění, screening (onkologických, kardiovaskulárních a dalších) onemocnění, diagnostiku a léčbu běžných nemocí, ale především si zaslouží posílení jejich role v řízení léčby chronických onemocnění, jako je například diabetes. Doporučení OECD a výbor Společnosti všeobecného lékařství jsou v tomto zajedno. Čeští praktičtí lékaři jsou připraveni vést léčbu svých chronicky nemocných pacientů a zvládají i další úkoly – například drží světové prvenství v zavedení celoplošného systematického screeningu karcinomu tlustého střeva a konečníku, což OECD ve svém doporučení velice oceňuje. Přes počáteční kritiku nad nízkou účastí ve screeningových programech (obecně) se v současné době, také se zavedením adresného zvaní, účast v těchto programech významně zvyšuje.

Doporučení OECD

Diabetes se svými komplikacemi a metabolickým syndromem patří k nejnákladnějším chorobám. OECD upozorňuje, že prevence, včasná detekce a léčba by měly být jednou z hlavních priorit ČR. K tomu bude zapotřebí provést určité změny v organizaci péče: v léčbě diabetu by měli hrát větší roli praktičtí lékaři. Cílem by měla být dobře koordinovaná péče se zaměřením na konkrétního pacienta, zvýšená osvěta a sebe-monitorování (selfmonitoring) pacientů. OECD zjistila, že v ČR se sice snížila u diabetiků úmrtnost na srdečně-cévní onemocnění, ale u ostatních komplikací již tak příznivá situace není. U více než 11 % diabetiků se vyskytuje onemocnění sítnice

(diabetická retinopatie) a zhruba u poloviny diabetiků lze nalézt určitý stupeň poruchy funkce ledvin. Pro prevenci těchto komplikací je klíčová správná léčba diabetu, kde je rozhodující dostatečné monitorování hodnoty glykovaného hemoglobinu, lipidů a krevního tlaku. Tento monitoring není v současnosti dostatečně v ČR zajištěn, z čehož vyplývá vyšší nemocnost pacientů s diabetem. Zvýšení dostupnosti péče o diabetiky v ordinacích praktických lékařů by přispělo jak ke zlepšení zdravotního stavu těchto chronicky nemocných, tak ke značným úsporám v léčbě následných komplikací.

Strategická doporučení OECD (výrazně zkráceno)

- Zlepšení strategie sledování a řízení kvality péče
- Posílení role primární péče (PL) a pacientů ve zvyšování kvality péče
- Posílení datové infrastruktury a vzájemné informovanosti
- Zlepšení kvality screeningu (účasti ve všech programech, která je pod průměrem států OECD; u karcinomu děložního hrdla i výtěžnosti, z čehož vyplývá stále vysoký výskyt onemocnění, který neklesá; naopak jsou výborné výsledky mamárního screeningu, který zvýšil počet detekovaných nádorů 1. stadia na 40 %).
- Zlepšení kvality prevence (chronických onemocnění jako je diabetes a současně i primární prevence rizikového chování u dětí a mladistvých se zřetelem na kouření a konzumaci alkoholu).
- Zajištění efektivity vynaložených prostředků v programech preventivní péče.
- Zlepšení péče o pacienty s diabetem a metabolickým syndromem.
- Rozvíjení významnější role pracovníků primární péče při zajišťování a koordinaci péče o diabetiky (DM), a to včetně změny systému úhrad, které by motivovaly PL k vyšší odpovědnosti za nemocné DM a dalšími chronickými chorobami.
- Prozkoumání možnosti zavedení programů řízení péče (Disease Management Programs), které by napomohly prosadit dobře koordinovanou léčbu.
- Zlepšení osvěty a sebemonitoraci (selfmonitoring) pacientů.

Průzkum agentury INRES

Bez souvislosti s šetřením OECD byla zveřejněna informace o nezávislém sociologickém průzkumu agentury INRES do něhož zadala některé otázky Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP. Průzkum prokázal vysokou adherenci české populace k praktickým lékařům. Do rozboru byly zařazeny údaje získané od náhodně vybraných 1797 jedinců nad 15 let při autobusovém šetření. Hodnoceny byly odpovědi 874 (48,6 %) mužů a 923 (51,4 %) žen. Soubor byl statisticky srovnáván se souborem české populace a bylo konstatováno, že je reprezentativní pro celou populaci ČR nad 15 let z hlediska pohlaví, věku i regionu.

Výsledky

Z oslovených vyjádřilo 95,2 % spokojenost se způsobem poskytování zdravotní péče praktickým lékařem (PL). Péče PL neuspokojuje spíše nebo zcela 4,9 % dotázaných občanů. Postoje s ohledem na pohlaví ani věk se od sebe nelišily. Hodnocení péče PL na vesnicích a menších městech je oproti velkým městům (nad 100 000 obyvatel) ještě příznivější. Celkem 75 % respondentů se domnívá, že PL odesílají své pacienty ke specialistům v přiměřené míře, 17,7 % se domnívá, že je to méně, než je potřeba a 7,3 % naopak, že by měli odesílat méně. Pro 97 % jsou PL dostupní osobně i telefonicky týž den nebo na objednání do jednoho týdne.

Výrazná většina občanů (77,5 %) by uvítala, kdyby jejich všeobecní praktičtí lékaři mohli předepisovat léky, pro které si jinak musí chodit ke specialistům. Možnost preskripce u VPL by uvítali především starší lidé, občané s nižším vzděláním a nižším příjmem.

Čeští praktičtí lékaři a jejich postavení ve světě

To, že obor všeobecné praktické lékařství v posledních letech významně vyspěl organizačně i odborně vidíme na silných, dobře fungujících profesních organizacích. Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP rozvíjí zejména stránku odbornou (tvorba Doporučených postupů, mezinárodní projekty, národní projekty ve spolupráci s odbornými společnostmi ČLS JEP). Sdružení praktických lékařů ČR se věnuje záležitostem organizačním a ekono-

mickým (dohodovací řízení, smlouvy apod.). Obě organizace velmi úzce spolupracují. O postavení a roli českého praktického lékařství na poli mezinárodním vypovídá pořádání světové konference rodinných a praktických lékařů WONCA 2013 v Praze. Zatím největší počet účastníků, přihlášených prací, workshopů a abstrakt v historii světových konferencí. O mimořádném ohlasu pražské „světové“ konference v roce 2013 vypovídá i ta skutečnost, že Praha (tedy čeští praktičtí lékaři) vyhrála pořádání evropského kongresu WONCA 2017.

Při zahájení loňské světové WONCA konference v Praze prohlásila generální ředitelka Světové zdravotnické organizace paní Margaret Chan, že na celém světě jsou praktičtí lékaři „neopěvovanými hrdiny“. Budeme jimi i dál... svoji práci budeme dělat podle svého nejlepšího vědomí a svědomí. I nadále jsme ze všech lékařských profesí nejbližší pacientům a mám naději, že výše uvedený výzkum agentury INRES a konstatování komise (OECD) je první vlaštovka, která říká, že si Češi strážce svého zdraví přece jenom považují, ať už říká a píše kdokoliv cokoli.


QuickSeal

*Váš specialista
na POCT přístroje
a rychlou diagnostiku*

CRP
INR
HbA1c
FOB
Strep A
Celiac
Trop I
D-dimer
Mikroalbumin
ABI index (kotník/paže)
ABPM HOLTER
Močová analýza
a další...

**Zajistíme Vám vše, co potřebujete
pro Vaše POCT (školení pro ZP,
externí kontrola kvality)**



INR, CRP, HbA1c



INR



ABI index (kotník, paže)



HbA1c



ABPM – Tlakový HOLTER



Kasuistika ze soudně lékařské praxe

MUDr. Pavel Brejník

Praktický lékař pro dospělé, Kladno

Tato kasuistika se zabývá náhlým úmrtím do té doby zdravého 47 letého pacienta.

Proti praktickému lékaři /dále PL/ bylo dle § 160 ods. 1 trestního řádu zahájeno trestní stíhání ze spáchání trestného činu Ublížení na zdraví podle § 224 ods. 1 ods. 2 trestního zákona, kterého se měl dopustit tím, že dne 20. 6. v 8.00 byl přivolán jako praktický lékař k poškozenému /dále O/, kde následným vyšetřením zjistil chorobně nízký tlak, chorobně zvýšenou tepovou frekvenci, chorobně nízké zavodnění organismu, velmi zvýšenou tělesnou teplotu a vyslovil diagnózu zánět střeva, dehydratace, hypotense, nedostatečně zhodnotil závažnost zdravotního stavu, kdy rozhodl o transportu jmenovaného na infekční oddělení regionální nemocnice a to běžným sanitním vozem určeným pro svoz pacientů bez přítomnosti lékaře, přičemž sanitní vůz byl přistaven až v 09.15, dále neověřil skutečnost, že toto oddělení není v provozu, důsledkem čehož byl poškozený bez jakéhokoli vyšetření nebo poskytnuté zdravotní péče v době kolem 12.00 zpět dopraven do místa ordinace PL, kde bez toho, aby provedl nezbytné vyšetření nebo zjištění současného zdravotního stavu, rozhodl o jeho transportu sanitním vozem opět bez přítomnosti lékaře na infekční oddělení nemocnice vyššího typu, kde po přijetí ve 12.30 a poskytnutí odborné péče nutné k záchraně života, kdy vyšetřením bylo zjištěno pokročilé a rozsáhlé poškození organismu zánětem a kdy došlo k akutnímu selhání všech orgánů, na následky tohoto zdravotního postižení pacient zemřel. Tedy jinému z nedbalosti způsobil smrt, protože porušil důležitou povinnost vyplývající z jeho povolání.

Provedeným prověřováním v této věci, zejména dle vyžádané zdravotní dokumentace, výsledku zdravotní pitvy, dále na základě podaného vysvětlení osob – manželky, dcery, zetě byly zjištěny výše uvedené skutečnosti. Na základě znaleckého posudku a podaném vysvětlení dle § 158/5 tr. řádu znalce a dalších listinných materiálů bylo zjištěno, že jednáním obviněného byla naplněna skutková podstata shora uvedeného trestného činu s tím, že obviněný se uvedeného jednání dopustil z nedbalosti § 5 písm. a/ tr. z. /obviněný věděl, že může uvedeným jednáním porušit nebo ohrozit zájem chráněný tr. zákonem, ale bez přiměřených důvodů spoléhal, že takové porušení nebo ohrožení nezpůsobí. Proto bylo rozhodnuto tak, jak je uvedeno ve výrokové části tohoto usnesení.

Manželka, dcera a zeť podobně vypověděli, že O měl zhruba měsíc před svou smrtí vážné zdravotní problémy spočívající v křečích, průjemch apod. PL mu doporučil vyšetření střev. Na vyšetření skutečně v nemocnici O byl a výsledek byl negativní. Problémy přetrvávaly dál. O byl velmi

unavený, sešlý, přesto mu žádná další léčba nebyla doporučena. 20. 6. v ranních hodinách asi kolem 7.00 měl O velkou horečku, zimnici, měl průjem, zvracel a hrozně těžce dýchal. Volali okamžitě PL. Ten se dostavil již po osmé hodině, O vyšetřil a před všemi osobami, co tam byly, řekl, že stav není akutní, že to bude pravděpodobně salmonelosa nebo něco podobného, případně přehřátí z horka. Změřil mu také tlak a naměřil 70/40, což je dle laického názoru tlak již téměř neslučitelný se životem. Konzultovali to následně s několika lékaři, všichni se shodli na tom, že lékař měl okamžitě na místě jednat a zajistit urychlený převoz do nemocnice na jednotku intenzivní péče. Namísto toho PL sdělil, že O nechá převézt na infekční oddělení. Sanitka přijela v 9.15 hod. a údajně teprve po hodině různých pojezdů dorazila na shora uvedené oddělení. Nikdo z rodiny s O nejel. Saniták následně říkal, že je nějaká ženská, asi sestra, v podstatě vyhodila s tím, že tam není žádné infekční oddělení a že tam není žádný lékař, kdy její lékař má dovolenou. Žádný lékař skutečně O neprohližel. Domnívali se, že o tomto sestru vůbec nemůže rozhodovat, podle nich i lhala, protože tam musí být zastupující lékař. Byla následně velmi nepříjemná a arogantní do telefonu. Zanedbání lékařské péče proto spatřují i v chování této sestry. Saniták nevěděl, co má dělat, tak O zase naložil a odvezl ho zpět do ordinace PL. Ten ho poslal na infekční oddělení nemocnice vyššího typu, kam pacient dorazil za 3,5 hodiny. Kolem 13.00 hod. ho přijímali na infekčním oddělení. Tam začal kolabovat, paní primářka konstatovala sepsi a během půl hodiny ho přijímali na ARO. Tam zjistili, že má v těle streptokoka, který jinak není nebezpečný a léčí se antibiotiky. O celý zčernal, důvodem bylo napadení celého organismu, údajně neměl žádné krevní destičky, došlo k akutnímu selhání všech orgánů, měli ho ještě i oživovat asi půl hodiny, ale nakonec O přibližně kolem 16.00 hod. zemřel. Druhý den ráno potkali PL na středisku, tento se bez souvislosti začal hned obhajovat, že on za nic nemůže. Situace je o to horší, že O byl jinak naprosto zdravý a domnívají se, že zemřel vinou jiné osoby úplně zbytečně. Bylo řečeno, že zemřel na viridujícího streptokoka, který se dá léčit antibiotiky, ale musí to být podchytené včas. Správný postup měl být dále v tom, že měl být odeslán do nemocnice vyššího typu na infekční oddělení, mají dojem, že na septickou jednotku, kde jim bylo řečeno, že by ho zaplavili antibiotiky a možná by se podařilo jeho stav zvrátit.

Zdravotní dokumentace O byla vedena od narození, v kasuistice je uveden pouze výpis z posledního roku:

19. 3. TK 130/80, Diroton 5 1-0-0 II. Poslední dobou pobolívání žaludku nalačno, břicho dnes měkké, prohmat-

né, nebol., hepar a lien 0, tapott. neg. Zkusí Famosan 20 2x 1, sdělí efekt.

5. 4. Asi týden přechází teploty, nachlazení, bolesti celého těla, bolesti žaludku nemá. Obj.: hrdlo zarudlé, dýchání čisté, FW 14/30, moč chem. negat.

Závěr: KHCD, dop. nadále Paralen, šetření, navíc Doxybene dnes 2x 1, od zítřka 1-0-0, kontrola za týden.

12. 4. Stále zlobí kašel, objektivně dýchání čisté, dop. dnes výtěr z krku, KJ 3x 1 lžice, proveden výtěr z krku negativní.

23. 4. Špatně odcházejí větry a stolice, proto bere Regulax, po něm stolice denně, ale pokud si Regulax nevezme, má bolesti břicha a na stoličce nejde a pocit nausey, dále si nasadil Ranisan – pije dvě piva denně, nyní však pivo nepije. Kašel ustupuje. Dnes břicho měkké, prohmatné, nebolestivé, hepar a lien 0, tapott. bilat. negat. Doporučení: sono břicha, kontrola s výsledkem sonografie.

Sono břicha v bpn, dop. léčba zatím nadále stejná, projímadlo, Ranisan. Potíže mohly vzniknout po ATB Doxybene. Pokud by došlo ke zhoršení, nutné kolonoskopické a gastroskopické vyšetření,

26. 4. Bolesti v pravém mesogastriu, perit. neg. Dop. chirurgické vyšetření, 26. 4. s negativním nálezem, USG břicha též bpn, objednat kolonoskopické vyšetření. Algifen gtt. 20 kapek při bolestech. Kolonoskopii provedena 1. 6. s negativním výsledkem.

20. 6. 8.00 hod Rukou psaný záznam PL

Návštěva v bytě. Od noci průjem – neustále, teplota 40, slabost, bolesti nohou. TK 70/40, P 100/min., plný, akce srdeční pravidelná, ozvy ohraničené. Dýchání poslechově čisté, jazyk lehce povleklý, břicho měkké, prohmatné, nebol., hepar a lien 0, skléry anikterické.

Závěr: enteritis, dehydratace, hypotense.

Dop.: hospitalizace na infekčním odd.

Opis doporučení k hospitalizaci na infekční oddělení.

Požadována hospitalizace pro dehydrataci a hypotensi.

Závažná anamnestická data: celou noc průjem, horečka 40, slabost.

Břicho nebolestivé, hepar a lien 0, tapottement negativní, kardiopulmonálně poslechově bpn TK 70/40! P 100/min Res: gastroenteritis infekční. Dehydratace, hypotense. Prosím o hospitalizaci a rehydrataci.

Znalec VPL položil PL doplňující otázky, kde PL konstatoval, že při jeho příchodu pacient vstal z lůžka a bez problémů vyšel vstříc. Byl schopen chůze i stoje.

Puls mu měřil na a. radialis, pacient neměl příznaky peritoneálního dráždění, nezmiňoval žádné příznaky prekolapsové či kolapsové.

Pacient nebyl dušný v klidu ani při řeči, na kůži neshledal žádné projevy petechií.

Ohledně transportu volal svým mobilním telefonem do ordinace své sestře, aby volala na dispečink zdravotní služby, protože číslo dispečinku z paměti nezná, že potřebuje urychlený odvoz pacienta na nejbližší infekční oddělení. Zdravotní sestra pak vzápětí volala požadavek na dispečink. Příkaz k transportu vypsál dodatečně po návratu, což je běžná praxe. Příkaz je vložen do poštovní schránky dopravní služby nebo odnesen přímo na dispečink zdravotní sestrou. Příkaz byl vypsán asi v 8. 30. Asi v 10.00 byl informován dispečerkou, že pacient nebyl přijat na nejbližší infekční oddělení a že byl odtud poslán na infekční oddělení nemocnice vyššího typu. Domníval se, že stejný řidič, který pacienta vezl do nejbližšího zařízení, pokračuje v převozu z infekčního oddělení na druhé infekční oddělení. Během ordinace dalších pacientů vypsál příkaz asi v 10.30 a sestra ho odnesla. Sestra si nevzpomíná, zdala příkazy na dispečink či do schránky.

Informaci, že pacient nebyl přijat na infekční oddělení mu podala dispečerka 20. 6. asi v 10 hodin. Nikdo ho neinformoval, že by se stav pacienta zhoršil.

On ani kolegové nebyli informováni o uzávěru oddělení.

Nikdy se nesetkal s tím, že by o nepřijetí pacienta k akutní hospitalizaci rozhodovala zdravotní sestra, aniž by k takovému pacientovi nebyl přivolán lékař.

Řidič první sanitky vypověděl, že na převoz čekal pacient společně s nějakými osobami, které neznal, u vrat domu. Při jeho nastupování si nevšiml žádných podezřelých skutečností, kdy pacient komunikoval, nestěžoval si na nějaké větší zdravotní problémy. Poté s nimi jel k základnímu stanovišti na polikliniku, doba jízdy asi 10 minut, nepozoroval žádné zhoršení zdravotního stavu pacienta, pacient nezvracel, seděl klidně na sedadle, nevyžadoval zastavení nebo pomoc z důvodu zhoršení zdravotního stavu. V objektu polikliniky byl pacient přeložen do jiné sanitky.

Druhý řidič pana O dovezl na infekční oddělení a dovedl pana O po schodech do I. patra, kde bylo sídlo přijímací kanceláře. Zde kontaktoval zdravotní sestru, která zde měla službu, seznámil ji se situací a předal jí zdravotní dokumentaci pacienta. Zdravotní sestra mu sdělila, že pacienta nemohou přijmout, jelikož tohoto dne pacienty nepřijímají, že zde není doktor apod. Sestra pacienta viděla a byla jí předložena zdravotní dokumentace. Dále řidiči řekla, aby pacienta odvezl na infekční oddělení nemocnice vyššího typu. Pacienta nikdo neprohlédl a ani nestudoval zdravotní dokumentaci. Po tomto zjištění se s pacientem vrátil do sanitky, kde se radiostanicí spojil s dispečerkou,

aby zajistila odvoz pacienta. Po nějaké době mu dispečerka sdělila, že převoz je zajištěn s tím, že pacienta má přeložit do sanitního vozu, který je přiložen u interního oddělení příslušné nemocnice. Poté pacienta přeložil do sanitního vozu, zdravotní dokumentaci předal řidiči této sanitky. V době, kdy pacienta předával, byl stav pacienta stejný a pacient si na zhoršení stavu nestěžoval.

Třetí řidič asi před 10.30 hodin dostal příkaz k transportu. Při překládce se mu O svěřil, že je mu hodně špatně, to bylo vidět, byl hodně bledý. Z toho důvodu mu dal pro případ, že by během cesty zvracel, nádobu na zvratky. Vzhledem k tomu, že předpokládal, že pacient byl vyšetřen a nařízen jeho převoz, nepovažoval jeho stav za nebezpečný. Na infekčním oddělení nemocnice vyššího typu pacienta vyložil asi ve 12.00 hod. Během jízdy pacienta pozoroval a ten nejevil zhoršení zdravotního stavu, nedošlo k žádnému zvracení nebo jiným vážným potížím. Nebyl seznámen s diagnosou pacienta a ani mu nebyly uloženy jiné pokyny pro transport pacienta.

Na infekční oddělení byl O přijat 20. 6. 12.36 hod., doporučující diagnóza byla infekční enterokolitis, příjmová diagnóza byla průjem a gastroenteritis infekčního původu. Překladová diagnóza: základní onemocnění – septický šok. V anamnése konstatováno, že pacient odeslán pro dehydrataci při průjmu. Asi 2 dny škrábání a pobolívání v krku, subfebrilie, od včerejšího večera vzestup teploty až na 40 °C, nevolnost, začal zvracet, dostal průjem + zvracel a na stolici běhal celou noc, současně difúzní bolesti břicha hlavně v epigastriu. Ráno volán OL (v dokumentaci záznam o návštěvě v 8.00 hod.), při návštěvě TK 70/40, TF 100/min., celková slabost, úporné bolesti bérků, zimnice, telefonicky domluven příjem na infekční oddělení. K nám přivezen ve 12.30 h v alterovaném stavu – akrocyanóza, studený pot, na obou pažích a v tříslech symetricky masivně petechie, bradypsychický, ale lucidní, orientovaný, snaží se spolupracovat, afebrilní, první stolice hnědá, vodová, bez příměsí, močil naposled se stolicí v noci.

Při přijetí: TK: 100/75 Počet dechů: 24 Výška: 168.0 Tep 108 Teplota 36.5 °C Pacient schvácený, bradypsychický, výrazná akrocyanóza, studený pot, ale orientace správná, snaží se spolupracovat, na bolesti si nestěžuje, bez nausey, udává výrazné bolesti dolních končetin od kolen po nárt; neudrží stolici. Objektivně /vypsány patologické nálezy nebo důležité údaje/ Na lůžku pohyblivost v normě. Kůže mramorovaná, výrazná akrocyanóza, chladná akra, bez ikteru, na vnitřní straně obou paží a v tříslech velké množství petechií, lividní skvrny na DKK, turgor kožní snížený, lividní akra. Dutina ústní: sliznice i jazyk oschlé, hrdlo prosáklé, nosohltan granulovaný, lividní, cyanóza měkkého patra, spojivky překrvené. Krk: LU ani ŠZ nezvětšené. Hrudník klenutý. Plíce: dýchání sklípkové, vlevo parabazálně ostré, jinak s nepřízvuknými chrůpky difúzně. Poklep plný jasný. Srdce: srdeční akce pravidelná, tachykardie kolem 110/min., ozvy se zdají ohraničené. Břicho: v niveau, měkké, prohmatné, palpačně nebolestivé, drob-

ná podkožní rezistence v pravém epigastriu. Dechová vlna se volně šíří k inkuinám. Bez hmatné rezistence, bez známek periton. dráždění, peristaltika živá, hepar v oblouku, lien +2 cm. Tapott. bilat. negativní. Genitál a řiť (uzliny v tříslech): mužský, v tříslech petechie. Končetiny dolní: pulsace do periferie hmatné bilat., bez otoků, výrazná spont. i palp. bolestivost lýtek, akrocyanóza, lividní skvrny kolem drobných exkoriací. Chůze a postoj: nevyšetřeny. Meningeální příznaky: negativní.

Biochemicky FW 1/2

20. 6.: pH:7,281; pCO₂: 4,28; pO₂: 5,57; AB: 14,8; BE: -12; sat O₂: 0,719;

20. 6.: urea 11; kreat 184; KM 453; C1 98; AMS 1,80; Bil-D 17,9; Bil-T 30,9; ALT 10,04; AST 14,44; Chol 4,70; CB 67,5; Glu 2,3; LPS 1,36; IKTER 1; Na 140; K 3,1; CRP 38,7; OSM-S 296; PCT 63,9;

20. 6.: PT: 36,4; PT INR: 1,76; APTT: 99,4; APTTR: 3,61; D-D: 3,539; antitrombin III: 71,1; etanol gelif. test pozitivní; fibrinogen 1,29; WBC: 1,34; RBC: 5,19; HGB: 15,7; HCT: 47,4; MCV: 91,3; MCH: 30,3; MCHC: 33,1; PLT: 27; NEUTP: 24; LY: 42; MO: 14; EO: 0; BASO: 0; Tyč neutrofilní: 8%; myelocyt: 6; metamyelocyt: 6; byly odebrány stěry a hemokultury.

Postupně patrná alterace celkového stavu, petechie, akrocyanóza, anamnesticky i při přijetí hypotenze, tachykardie; afebrilní, ameningeální; první stolice po přijetí hnědožlutá, vodová, bez příměsí krve; nemočí. Provedeny základní odběry, podány jednorázově kortikoidy, zaháje-na intenzivní parenterální rehydratace; O2 brýlemi; během hodiny po přijetí nepatrné zlepšení prokrvení aker. Ve stolici hodinu po přijetí masivně příměs krve, současně laboratorně známky diseminované intravaskulární koagulace, domluven překlad na ARO.

Základní dg: A419 Septický šok.

Další dg D65 diseminovaná intravaskulární koagulace

A09 Infekční enterokolitis

Při překladu konstatováno, že močil naposled v noci doma. TK 120/90, TF 128/min., afebrilní, dech 24

V propouštěcí zprávě z hospitalizace na anesteziologicko-resuscitačním odd. bylo konstatováno přijetí 20. 6. 14.33, ukončení hospitalizace 20. 6. 2 16.30 hod.

Doporučen s diagnózou septický šok, příjmová diagnóza septikémie, základní onemocnění: septikémie, prvotní příčina smrti: septikémie.

Pac. přeložen z inf. odd. pro septický šok s multiorgánovým selháváním – oběhové a respirační selhání, DIC, anurie, pacient měl den před příjmem průjmy, zvracel, ráno dne 20. 6. OL měřil 70/40, tachykardie, slabost, odeslal pacienta na inf. odd., odtud překlad 20. 6. 15.35 na ARO

Pacient při překladu při vědomí, snaha o spolupráci, odpovídá na dotazy, přestože neudává výraznější potíže s dýcháním, je cyanotický.

Kůže mramorovaná, petechie v oblasti obličeje se zmnožují, petechie v oblasti třísle, v oblasti sliznic, přechází ve výraznou mramoráž až těžkou cyanózu obličeje, krku, horní

poloviny trupu. Krvácivé projevy ze vpichů, enterorrhagie v řídké stolici, hematurie z.katétu.

Hlava a krk: bpn

Hrudník: poklep plný jasný, dýchání přitlumené oboustranně, v celém rozsahu, Cor – akce prav., TF kolem 100/min., reg., hypotenze, TK 80/50, podpora vazopresory.

Břicho: v niveau, játra, slezina +2 cm, peristaltiku neslyšitelná, ze sondy žlučový obsah.

DKK: mramoráž periferie, jinak bpn.

Biochemicky: Moč 20. 06. 14.58: u barva: červená, slabý zákal; hust: 1021; pH: 7; u cb: 4; u glu: 0; u bil: 0; u ubg: 0; u ace: 1; u krev: 5; u leuk: 1; u nitr: 0; ery-u: 4707; leu-u: 434; bak0.

Krev urea 12,5 kreatinin 20 l, KM 467, Cl 107 AM5 1,89 bilirubin hemolýzy, ALT 8,10, AST 11,01, GMT2,19 CK 2,8 TC 3,35, TG 0,36, CB 41,6, alb 28,0, cholinesterasa 110 ukat/l. lipasa 1,93, Ca 1,89, PO4 2,50, Mg 1,03 Ba 2,13, Na 145, K 6,4 CRP 34 cystatin 1,64, procaltitonin 63,9 / 0-0,5/.

Krevní skupina statim čas odběru 20. 6. 15,17 A1B.

20. 06.: 15.00 hod WBC: 1,5; RBC: 4,02; HGB: 12,6; HCT: 37,1; MCV: 92,3; MCH: 31,3; MCHC: 34; PLT: 9

V epikrizě konstatováno, že pacient přeložen z inf. odd. pro susp. šokový stav a koagulopatii při průjmech, trvajících 2 dny. Včera horečka 40 st., měl bolesti břicha, krev ve stolici, dnes přijat spádově na infekční odd. nemocnice, při přijetí bez alterace vědomí, objektivně se objevují zn. koagulopatie, kritická mramoráž a cyanóza celého těla, proto ihned při přijetí intubován, pro pokles TK podpora oběhu KCHA /katecholaminy/, umělá ventilace, režim PCT s PEEP /typ řízeného dýchání/ při předpokládaném ARDS /šoková plíce/při MOS /minutový objem srdeční/, anurie, prohlubování cyanózy, resuscitace oběhu volumoexpanzí při fulminantním průběhu septického šoku, masivní podpora KCHA, zajištěny invazivní vstupy, odebrány veškeré bakterioly. odběry, v hemokultuře streptokoky, v biochemii MOS s akutním selháním ledvin, po hodině bradykardie následována zástavou, ihned KPCR, která ukončena po 30 min. bez úspěchu, zornice zneokrouhlené, exitus letalis v 16. 30 hod.

Zákl. dg: A419 Septikémie s fulminantním průběhem.

Další dg: D65 Diseminovaná intravaskulární koagulace.

A09 Průjem a gastroenteritis infekčního původu.

Multiorgánové selhání.

ARDS.

Akutní renální selhání.

Akutní respirační selhání!!! Znalec při studiu dokumentace na ARO oddělení zjistil hodnoty glykémie 1,7 a 0,2 mmol/l- neuvedeny v propouštěcí zprávě!!!

Plán terapie septického šoku, podpora vitálních funkcí, konzultace ATB.

Odběry ARO I, laktát, hladina Ig, hemokultura 3x, moč na bakteriologii, stolice na kultivaci, legionela, pneumokok z moči, ČŽK – centrální žilní katetr, močový katetr, a femoralis, sonda.

Léčba Meromen 2 g, dál 4 g do LD /lineární dávkovač/, krysta. PNC 5 mil iv, dál 5 min a 4 hodiny, Flebogamma 10 g iv, AT/ antitrombin při nedostatku antitrombinu III – hladina nemá klesnout pod 70 %/s, 2 TU čMP/ dvě transfusní jednotky čerstvě mražené plazmy, 2 TU Ery /erymasy/, Noradrenalin 10 ampulí LD /lineárním dávkovačem/ dle TK, Infuse Voluven, Haes 6 %, Gelafundin, PL /plasmaline – odpovídá iontovému složení plazmy, Ringerův roztok/.

Doporučeno monitorování, oxymetr, MAP/medium arterial pressure – střední tlak/ TT /tělesná teplota/, CVP po 3 hod, centrální žilní tlak, bilance 2000 ml – chyběly roztoky s glukózou.

20. 6. 16.00 Bradykardie, zástava oběhu, KPCR/ kardiopulmonální resuscitace s defibrilací opakovaně, trvajících 30 min, zornice zneokrouhlené, resuscitace neúspěšná, exitus letalis 16.30 hod.

Výdejka transfusních přípravků požadavek 20. 6. 15.12, vydáno 2 TU v 15.47 hod.

Výsledek vyšetření z mikrobiologie – datum a čas odběru 20. 6. 12.00 hod, výsledek 23. 6. 23.04 hod Streptococcus haemolyticus sk F citlivý na penicilin, erytromycin, tetracyklin, clindamycin.

Pacient byl pitván, základní onemocnění Sepsis – Streptococcus viridans.

Komplikace: Dehydratio gradus gravis klinici skriptu et dictu.

Cyanosis curie faciei, coli et extremitatum inferiorum et superiorum.

Petechie curie regionis inguinalis et brachiorum bilateralis.

Oedema cerebri gradus modici.

Signa coagulopathia praecipue cerebri et glandularum suprarenalis.

Oedema alveolare pulmonum gradus gravis.

Haemorrhagia corticis et medullae glandularum suprarenalium.

Causa morfia /bezprostřední příčina smrti/: Shock.

V pitevni zprávě bylo dále konstatováno, že při pitvě byly přítomny primárky ARO a infekčního oddělení. Při sekci se nepodařilo prokázat místo vstupu infekce, byla konstatována klinicko-patologická shoda.

Znalec se specializací VPL se zamyslel nad indikací vozu RZP, platné vyhlášky hovoří:

a/ bezprostřední ohrožení života – nenastalo pacient žil ještě hodiny po ošetření PL

b/ mohou vést prohlubováním chorobných změn k náhlé smrti – jak bude dále vysvětleno náhlá bezprostřední smrt nenastala v důsledku dehydratace, horečky či průjmu

c/ způsobí bez rychlého poskytnutí odborné první pomoci trvalé změny – příjmová diagnóza na infekčním oddělení byla stejná jako odesílající diagnóza PL

d/ působí náhlé utrpení a bolest – tyto potíže pacient neudával e/ působí změny chování a jednání postiženého

ho, ohrožují jeho samotného a okolí – O neměl změnu chování a jednání.

Diskutabilní jsou tedy indikace b, c uvedeného paragrafu, které dle znalce nastaly.

K otázce dehydratace – odvodnění organismu. Při přijetí na infekční oddělení byly hodnoty urey 11,0 mmol/l, kreatininu 184 umol/l, což jsou zvýšené hodnoty, ale ne výrazně a osmolarita byla 296 mmol/k přičemž horní norma je 295, čili dehydratace ve 13.00 hod nebyla výrazná a tedy v 8.00 hod nevyžadovala převoz RZP s lékařem.

K otázce velmi zvýšené tělesné teploty – teplota 40 stupňů trvající 12 hodin, bez další alterace stavu není indikací k transportu RZP s lékařem. Po 8.00 hod byl pacient bez jakékoli antipyretické léčby, přesto došlo samovolně ke snížení teploty, při přijetí na infekci byla naměřena teplota 36,5/ dle znalce se znalostí věci post rei příznak sepse/, ale se znalostmi ante rei nebyl důvod k převozu RZP s lékařem.

K otázce chorobně zvýšené tepové frekvence. Tepová frekvence 100/min je lehce zvětšené – horní hranice normy je 90/min, jsou i pacienti, kteří mají tep 100/min běžně. Zde byl tento tep odpovídající klinickému stavu dalších potíží. Nebyla zde indikace k transportu RZP – pacient neměl známky selhávání oběhu dne 20. 6. v 8.00 hod.

Hodnota TK 70/40 je nízká, nutno však konstatovat, že v 8.00 hodin ani v dalších hodinách neměl pacient známky bezprostředního selhání oběhu. Praktickému lékaři vyšel vstříc, dle výpovědi řidiče 1 samostatně šel na sanitu, dle výpovědi řidiče 2 vyšel samostatně po schodech do 1. patra spádového infekčního oddělení. Zhoršení stavu nastalo až dle výpovědi řidiče 3 v době překlady do sanity při transportu na infekční oddělení vyššího typu. Lze tedy říci, že v 8.00 neexistovala jednoznačná indikace k transportu RZP s lékařem.

K obvinění, že neověřil skutečnost, že infekční oddělení není v provozu lze konstatovat: v žádném doporučeném postupu či zákoně není uvedena skutečnost, že by měl praktický lékař po odeslání pacienta k hospitalizaci ověřovat skutečnost, že příslušné oddělení není v provozu. Pokud je takové oddělení zřízeno, předpokládá se 24 hodinová nepřetržitá služba s personálním a věcným vybavením. Bez těchto podmínek nemůže jakékoli lůžkové nemocniční oddělení provozovat činnost. V tomto konkrétním případě však oddělení mimo provoz nebylo. Jak vypověděly na policii sestry, v provozu bylo, lékařskou službu zajišťovali lékaři z interního oddělení. Pokud je na doporučení praktického lékaře napsáno „Celou noc průjem, horečka 40, slabost, břicho nebolestivé hepar a lien 0, tapott. negativní, kardiopulmonálně poslechově bpn, tlak krevní 70/40 se 2 vykřičníky, puls 100/min, resumé gastroenteritis infekční? dehydratace, hypotense, prosím o hospitalizaci a rehydrataci“, je to nepochybně u příjmového pracovníka důvod k vyšetření lékařem.

Znalec dále konstatoval, že dne 20. 6. 07 ve 12.30 hod/ list č. I ošetřovatelské péče a I. stránka chorobopisu/ byl pacient přijat na infekční oddělení. Příjmová diagnóza byla

stejná jako diagnóza, se kterou byl poslán PL.

PL ve své žádosti píše o rehydrataci. Při příjmu doporučený infusní roztok Plasmalyte, fyziologický roztok a infuse fyziologického roztoku s Dexamedem 1 amp. Jde o typickou rehydratační léčbu, takže lékařka při příjmu nehodnotila stav jako sepsi, či septický šok. I plán sledování pro sestry puls, teplota, tlak krevní po 1 hodině nesvědčil pro septikemii. Lze tedy konstatovat, že když ve 12.30 hodin specialistka v oboru infekčního lékařství vyšetřila pacienta, hodnotila stav stejně jako praktický lékař v 8.00 hodin. Tento se tedy nemohl mýlit.

Jsou popisovány i příznaky, které by mohly signalizovat závažnost stavu, tj. petechie /drobné krevní výrony/ v tříslech/, avšak tyto nepřibývaly, jak bylo konstatováno při dalších kontrolách na infekci, dále na ARO oddělení a v pitevním protokole. Nejsou tedy jednoznačným průkazem zhoršování stavu a nelze prokázat, že je pacient měl již při vyšetření praktickým lékařem v domácím prostředí.

Pacientovi byly provedeny na infekci základní odběry ve 13.00 hod, výsledek mohl být za 15–30 minut, kde zřetelné jsou zejména výsledky ALT a AST signalizující poruchu funkce jater, nízká hladina glykémie/ hladiny glukosy v krvi 2,3/ hodnota procalcitoninu jako signálu septikémie velmi nízká hladina leukocytů / bílých krvinek/ 1,34 a PLT / krevních destiček 27, k diferenciálnímu rozpočtu posun do akutních forem – tyče 8%, myelocyt %, metamyelocyt 6%. Ve stejném čase je i popisováno klinické zhoršení stavu /13.45/ a je volána primářka infekčního oddělení, stav hodnocen jako septikémie a diseminovaná intravaskulární koagulace a rozhodnuto o překlady na ARO oddělení. Do toho přesně zapadá i popisovaný údaj o stolici pacienta – zprvu hnědá, během 1 hodiny krvavá – v důsledku vzniku diseminované intravaskulární koagulace, spotřebování krevních destiček /Plt/ a následným krvácivým projevům. Do tohoto okamžiku hodnotí znalec postup infekčního oddělení jako správný!!! Pokud byla vyslovena diagnóza septikémie, měla být pacientovi nasazena léčba nitrožilními antibiotiky baktericidního charakteru a zahájena i léčba intravaskulární koagulopatie. Bez povšimnutí je popsána hladina glykémie 2,3 – normální hodnoty 3,5–5,5. Závažná hypoglykémie vede k poruše vědomí a poškozuje činnost mozkových buněk. Klinický příznak studeného potu a chladných aker mohl též signalizovat hrozící ztrátu vědomí z hypoglykémie. O hypoglykémii hovoříme, je-li hodnota hladiny krevního cukru menší než 2,7 mmol/l, k poruše vědomí dochází při hodnotách pod 2 mmol/l.

Pacient je přeložen na ARO oddělení v čase 14.30 hod a zde je zahájena komplexní léčba ATB, infusemi, intubace, řízené dýchání žilní, močový katetr atd., provedeny další kontrolní odběry v čase 14.58 hod, tedy bez 2 minut za 2 hodiny po odběrech na infekci. Dle znalce je to vše postup lege artis. Dochází k mírné progresi v hodnotách urey a kreatininu /11,0...12,5, resp 184...20 l, / k dalšímu úbytku krevních destiček do kritických hodnot 27...9.!!! Bez povšimnutí a tedy bez léčby je ponechána hodnota glykémie 0,2 mmol/l. Hodnota této hladiny glukosy v krvi

jednoznačně vede k poruše vědomí, bez adekvátní léčby k otoku mozku a smrti pacienta. Popsaná léčba v chorobopise, tj. infuze Voluven, Haes 6%, Gelafundin, Plasmaline, Ringerův roztok glukosu neobsahují. Lze tedy konstatovat, s velmi vysokou pravděpodobností, že bezprostřední klinickou příčinou úmrtí pacienta byla přehlédnutá a neléčená hypoglykémie. Ani na nejšpičkovějších resuscitačních odděleních fakultních nemocnic či ARO oddělení Ústřední vojenské nemocnice by pacienta s hodnotou glykémie 0,2 mmol/l bez nitrožilního přísunu glukosy neoživili. Patologicko-anatomická pitva tento klinický údaj nezjistí, popíše otok mozku, což se stalo. Postup absence léčby glukosou při hypoglykemii nutno hodnotit jako non lege artis a dle znalce existuje souvislost mezi bezprostřední příčinou smrti a tímto pochybením. Avšak, jak bude uvedeno dále, smrt pacienta by s velkou pravděpodobností nastala, i kdyby pacient infuze s glukosou dostal, ale bylo by to patrně později.

V propouštěcí zprávě z ARO oddělení, kde by měly být uvedeny všechny zásadní postupy a výsledky, údaj o hodnotě glykémie 0,2 mmol/l chybí. Byla to náhoda?

Zadavatelka posudku a obhájkyň učinila dotaz, zda smrt byla nevyhnutelná. Znalec na toto odpovídá, že smrt byla nevyhnutelná s velmi vysokou pravděpodobností z následujících důvodů. Pacient dle pitevního protokolu zemřel na sepsi způsobenou bakterií *Streptococcus viridans*.

Dle teoretických publikací úmrtnost sepse a septického šoku dosahuje vysokých hodnot u této bakterie. Pelichovská a Jindrák 2006 s citací amerických zdrojů uvádějí mortalitu u jednoho souboru pacientů - Kollef MH Inadequate Treatment of infectious risk Factors for Hospital Mortality 1999 až 52,1% na souboru 2000 pacientů, dle Ibrahim EH The influence of Inadequate Antimicrobial Treatment v roce 2000 na souboru 492 pacientů až 61,9%, Valles Acquired Bloodstream Infection v roce 2003 na souboru 339 pacientů úmrtnost až 55%.

Ve všech lékařských učebnicích a postupech jako základní léčebná podmínka sepse je eliminace zdroje infekce, například incize abscesu, odstranění kamene ledviny, drenáž žlučových cest, drenáž kloubu apod. V tomto konkrétním případě dle pitevního protokolu zdroj infekce při pitvě nebyl nalezen, tedy prvotní a hlavní léčebný trumf, eliminace ložiska, chyběl. I původce sepse nebyl typický. Podle Jindráka /2006/ – údaje nemocniční, *Stafylokoky* 43%, *Enterokoky* 9% *Candida* 8%, *Escherichia* 8% atd. a nejmenší četnost *Streptokoky* 3,8%.

Když se sečte primárně vysoká úmrtnost sepse, nemožnost eliminace základního zdroje a atypický původce, byla naděje pacienta velmi minimální.

K otázce doby trvání infekce. Dle znalce šlo o infekci s fulminantním průběhem. Svědčí proto anamnestické údaje pacienta, laboratorní i pitevní nález. V laboratorním nálezu bychom očekávali při delším průběhu zvětšený počet lymfocytů /druh bílých krvinek, který se zvětšuje při chronickém zánětu/, zde byly vyplaveny i nezralé formy bílých krvinek – tyče, myelocyty a metamyelocyty, narůst

sedimentace. Anamnesticky by pacient nepochybně udával teploty delší čas než 12 hodin do vyšetření praktikem.

V patologickém obraze bychom očekávali při pitvě zvětšenou slezinu /byla normální 150 g/, v histologickém obraze bychom očekávali tvorbu malých abscesů v parenchymu jater, ledvin event. srdce – nebyly vůbec popsány.

Lze konstatovat, že smrt pacienta byla neočekávaná pro lékaře infekčního oddělení i ARO. Svědčí proto rozpis léčby na hodiny dopředu i účast primářek obou oddělení na pitvě, což není stav obvyklý.

Neobjasněna pro znalce zůstává příčina fulminantního průběhu nemoci a nízký počet leukocytů. Příčin může být několik. Vzhledem k vyplavení nezralých forem bílých krvinek – myelocytů a metamyelocytů v krevním obraze – při sepsi je to možné, ale nelze teoreticky vyloučit stav jako I. projev onemocnění krve typu leukémie, byť pravděpodobnost je malá. Potvrzení nebo vyloučení této nemoci lze provést vyšetřením kostní dřeně, což nebylo provedeno/ nebyla akutní indikace/.

Znalec sám se s podobným případem setkal za svou praxi pouze 1x, kdy jej navštívila do té doby zdravá 40 letá pacientka s těžkou oboustrannou tonsilitidou, trvající několik hodin, byl jí aplikován P-PNC, SoluMedrol, odeslána na KO + diff a pozvána na zítra, po několika hodinách volala laboratoř o výskytu nezralých forem leukocytů v KO, pacientka telefonicky kontaktována, odeslána na akutní hematologické vyšetření, odtud akutně poslána k hospitalizaci na vyšší pracoviště, kde sternální punkcí zjištěna akutní myeloidní leukémie, zahájena léčba, stav se však nepodařilo zvládnout a pacientka asi po 3 dnech zemřela.

Případ se u soudu tradičně vlekl, PL se potýkal s nepřízní soudce, znalec z oboru soudního lékařství, který vyhotovil posudek na kterém byly vystavěny obvinění a obžaloba, byl slyšen 5x, znalec VPL pouze 1x, ani regionální obhájkyň nebyla dle znalce důsledná a důrazná. Nakonec však musel být vyžádán další posudek, který závěry znalce z oboru VPL nevyvrátil, takže rozsudkem jménem republiky byl PL zproštěn obžaloby v celém rozsahu.

Příští kasuistika bude o nenávisti. S projevy nespokojenosti pacientů se setkáváme běžně, s projevy nenávisti pacientů a kolegů jiných odborností se někteří z nás též setkali. Zcela neobvyklé jsou stížnosti PL formou trestního oznámení na jiného PL. O jedné takové bude příští kasuistika.



Jak zabezpečit smartphone, aneb aby telefon nebyl chytřejší než jeho pán

MUDr. Cyril Mucha
Praktický lékař, Praha

Milé kolegyně a kolegové, jistě znáte tu situaci: doslouží vám starý mobil a jste postaveni před nutnost koupit si nový a tlak reklamy – nebo i přesvědčení – nás donutí koupit si některý z tzv. smartphonů neboli chytrých telefonů. Ta jejich “chytrost” je ovšem problematická. Mnoho uživatelů si neuvědomuje, že se jedná vlastně o počítač se všemi klady i zápory, které má. Zatímco u jakéhokoli počítače (v tom původním slova smyslu: PC, notebook atp.) by si nikdo nedovolil nemít ho zabezpečený alespoň základními prostředky (firewall, antivir apod.) U smartphonu na to mnoho uživatelů nemyslí. Přitom s ním dělají podobné věci jako s počítačem (brouzdání po internetu kontrola mailů, e bankovníctví nebo dokonce přístup do lékařské kartotéky). Na rozdíl od běžného PC, které máme na stále stejném místě (pod stolem v ordinaci) s námi smartphone cestuje z místa na místo, připojuje se k různým sítím a v neposlední řadě je výrazně více vystaven nebezpečí zneužití (použití/zneužití kýmoli, zcizení a pod). V smartphonech přitom bývá uloženo mnoho osobních údajů (např. přihlašovací údaje, stažené e-maily, fotografie nebo informace osobního charakteru. Smutným faktem poslední doby je nový fenomén: vydírání majitele zcizeného/nalezeného smartphonu. Následující desatero by mělo nabídnout základní bezpečnostní pravidla při užívání chytrých telefonů.

1. Zabezpečte smartphone heslem

Tak jako dveře do bytu vždy zamykáme, měl by být vždy “zamknut” i přístup k informacím v našem smartphone. Nejčastěji se užívá čtyřmístný PIN. Je pravdou, že nás zadání bude trochu zdržovat (i odemknutí dveří zabere nějaký ten čas), ale telefon nebude moci kdokoli použít bez vašeho souhlasu.

2. Nechte zařízení automaticky se uzamykat

Pokud již máte telefon chráněn heslem či pinem, měli byste mu umožnit, aby se sám automaticky po nějaké době nečinnosti zamknul. Budete mít jistotu, že při nepoužívání se sám zamkne a bez zadání hesla se do něj nikdo nedostane.

3. Vypínejte automatické připojování WiFi, resp. Bluetooth

Pokud jsou totiž zapnuta, snaží se stále najít známou síť (resp. zařízení) a snaží se s ní “popovídat”. Nejenže výraz-

ně zatěžují baterii a zkracují tak dobu pobytu mimo nabíječku, ale výrazně zvyšují nebezpečí zneužití osobních dat. Nikdy totiž nevíte, co všechno telefon do připojené sítě posílá, a jaké údaje mohou uniknout. U Bluetooth je vhodné nastavit telefon jako neviditelný a přijmout jen soubory od známých zdrojů.

4. Nainstalujte a aktualizujte bezpečnostní software

O nutnosti bezpečnostního software v “jiných” počítačích již nikdo asi nepochybuje, u smartphonů se na něj často zapomíná. Podle průzkumu...Nutností je zejména na platformě Android, která je díky své rozšířenosti častým cílem útočníků. Ti se snaží nejrůznějšími kanály dostat do vašeho telefonu malware. Existují placené antiviry od zavedených firem, ale lze využívat i aplikace zdarma (např. Zoner AntiVirus Free).

5. Stahujte aplikace pouze z bezpečných zdrojů

Pro smartphony existuje dnes množství aplikací od her přes nejrůznější sw “denního užití” až po např. Mapy. Jejich užívání je velmi oblíbené a rozšířené a jsou vlastně tou hranicí mezi “smart” a jen “phonem”. Nicméně stahovat je “odkudkoli” je velmi nebezpečné. Užívat bychom měli jen oficiální obchody, nebo maximálně dobře známé weby, které deklarují bezpečnost a stahovatelné aplikace kontrolovat. (patří k nim např. Google Play či Windows Phone Store)

6. Kontrolujte práva aplikací

Jistě znáte situaci, kdy si instalujete sw a na začátku instalace jsme nuceni souhlasit s podmínkami poskytovatele SW. Většina z nás souhlasí, resp. “I declare” pouze odklikne, a podmínky resp. požadavky na přidělení práv nečte. Může se tak stát, že stažený SW zcela legálně odesílá nejen drahé SMS, ale pošle i “kamsi” seznam kontaktů, nebo osobní údaje. Pokud se vám zdají požadavky programu přehnané nebo podezřelé, je lepší takový program neinstalovat.

7. Instalujte aktualizace systému

Pravidelné aktualizace operačního systému jsou většinou určeny k zalepení jeho bezpečnostních nedostatků. Ti “na druhé straně” o těchto chybách dobře vědí a hledají přesně ty uživatele, kteří záplaty nenainstalovali (jsou v tom dobří: je to jejich denní chléb, tak jako pro nás např. léčba streptokokové anginy).

8. Pozor na odkazy v e-mailech a SMS

Ve smartphonech platí minimálně stejná pravidla jako u běžných počítačů: nevyžádané maily z neznámých zdrojů a zejm. jejich přílohy neotvírat. Ať již jsou nám slibovány astronomické výhry, nabízena skvělá zaměstnání nebo je vyhrožováno exekucí. Pokud si nejsme mailem jisti, počkejme několik dnů – většinou vás toto zdržení o úžasný benefit nepřipraví a mezitím možná zjistíte, že tento nebezpečný mail “řadí” hromadně. Nicméně právě u smartphonu je riziko otevření takového mailu (přílohy) pravděpodobněji než u PC. (srov.: příšlý mail otevíráme např. ve vlaku, na stanici autobusu, často – zejména ti starší – na displej pořádně nevidí...)

9. Šifrujte

Šifrování možná vypadá na první pohled jako paranoia, ale i běžný dopis zalepujeme alespoň do obálky nebo dokonce posíláme doporučeně. Běžný nešifrovaný mail můžeme přirovnat k obyčejné pohlednici: každý, komu projde rukama, ji může přečíst. Mail navíc zanechává tzv. “stopu”. Je tedy možné ho přečíst nejen ve chvíli průchodu, ale i mnohem později. Podobně zjistitelná jsou i další data (např. heslo). Šifrovací protokol toto “nahlížení do zásilky” znemožní. Nejčastěji se užívají SSL certifikáty, např. z internetového bankovníctví každý z nás zná HTTPS protokol. O možnosti šifrování si pohovoříme v některém z příštích pokračování této rubriky v Practicusu – je to rozsáhlé téma na celý článek.

10. Trochu filosofie na konec

Nakonec dovolte milé kolegyně a kolegové úvahu, kterou byste v této rubrice možná neočekávali. Neměl by si každý položit otázku: K čemu nejvíce využívám svůj telefon? K telefonování nebo spíše přidané “smart” funkce. Pokud výrazně převažuje telefonování, mohla by následovat otáz-

ka druhá: Musím mít k běžnému dennímu užití smart-phone? Nestačil by nám pouze “phone” (za pár stokrát) a funkce “smart” přesunout na jiná zařízení (tablet, netbook, notebook apod.)? On totiž důsledně zabezpečený smartphone často svého uživatele bezpečností natolik obtěžuje, že po určité době poleví. A to je přesně ta chvíle, kterou dokáží různí hackeři, phisheré a jim podobní využít. Přeji všem krásný podzim a pouze bezpečnou a pohodovou komunikaci s okolím nejen prostřednictvím (smart)phonů.



VdGM Preconference & 19th WONCA Europe Conference „New Routes for General Practice and Family Medicine“ 29. 06.–05. 07. 2014, Lisabon

MUDr. Kristýna Kožoušková
praktický lékař Praha

Vážené kolegyně, vážení kolegové, ráda bych se s Vámi na následujících řádcích podělila o zážitky a získané zkušenosti z již 19. evropské konference praktických lékařů, jež byla pro Mladé praktiky obohacena kratším výměnným programem tzv. Pre-Conference Exchange programem a navazující VdGM prekonferencí.

První den se účastníci výměnného programu setkali v lisabonském sídle praktického lékařství, kde je již očekávali hostitelé. Milým překvapením bylo přivítání samotným prezidentem portugalské společnosti rodinné medicíny Jo o Sequeira Carlosem, který byl rovněž předsedou organizační komise hlavní konference a mimo jiné byl také přítomen zakládání organizace VdGM. Po uvítání následovala prezentace o portugalském zdravotnickém systému. Odpoledne již bylo uvolněnější, strávili jsme jej v „pohádkovém městě“ Sintře – v původním letním sídle královské rodiny, které je pro své rozmanité paláce a překrásné zahrady vybudované v různých slohových obdobích zapsán na seznamu UNESCO. Den naši hostitelé zakončili na místních slavnostech a ti, kterým ještě síly stačily, měli možnost navštívit místní tradici – Fado (zpěv s kytarovým doprovodem, který ztělesňuje dlouhou tradici portugalské lidové hudby a poezie) a nasát tak typickou atmosféru Lisabonu.

Následující den jsme po menších skupinkách navštívili ordinace zdejších praktických lékařů. Naše skupinka se vydala do zdravotnického centra vzdáleného asi 30 km od hlavního města. Po vřelém přijetí jsme byli v průběhu dopoledne seznámeni s chodem zdravotnického zařízení. Pacienti a jejich problematika je zde prakticky stejná jako u nás. Musím říci, že se mi i přes jazykovou bariéru vždy podařilo stanovit diagnózu, takže nezapomínejme na řeč těla. Stran zdravotnického systému si dovoluji zmínit jen pár vět pro srovnání s naším systémem. Všichni lékaři jsou zde státními zaměstnanci. Pacienti nemají většinou možnost si svého praktického lékaře vybrat, je jim přidělen dle místa bydliště, dle toho jsou také rozmístěni praktičtí lékaři. Ti pracují v menších zdravotnických centrech a vzhledem k vysokému počtu přistěhovalců a nepojištěných pacientů často spolupracují s psychology a sociálními pracovníky. V péči mají mimo jiné i gravidní ženy a děti. Objednací doba na specializovanou vyšetření je zde 6 měsíců a symbolický poplatek, jakoby náš „zrušený“ regulační poplatek, je zde 5 (140 Kč) při návštěvě praktického lékaře, 10 při návštěvě nemocnice a 20 při návštěvě pohotovosti.

Třetí a čtvrtý den patřil Prekonferenci, Europe Councilu (dále jen EC) a oslavám 10. výročí založení organizace Vasco de Gama Movement (dále jen VdGM). Celá prekonference se stejně jako hlavní konference konala v lisabonském kongresovém centru. V rámci EC (vedoucí skupina VdGM), kterého

jsem se účastnila v roli delegátky, se každá členská země představila kratší prezentací týkající se aktuální problematiky v jejich zdravotnictví. Následně jsme byli seznámeni s celoročními výsledky jednotlivých pracovních skupin VdGM. Taktéž bylo odsouhlaseno, že následující dvě VdGM Fóra se bude konat nejprve v Dublinu a následně v Jeruzalémě, Preconference Wonca 2015 v Istanbulu. Jelikož tento rok končí období aktuální výkonné skupiny VdGM Executive Group (dále jen EG) pod vedením Charilaos (Harrise) Lygidakise, došlo ke zvolení nové skupiny a to pod vedením Petera Sloana z irského Dublinu. Pozn.: V průběhu našeho setkání proběhlo i hlasování o místě konání evropské Wonly pro rok 2017 a zvítězila Praha!



Za doprovodu symfonického orchestru a úvodních slov prezidenta Wonly byla zahájena hlavní konference, v rámci níž jsem s mými kolegy navštívila různé workshopy a přednáškové sekce, program byl plně nabitý a do některých přednáškových místností jsme se skoro nevměstnali. Např. workshop pod vedením našeho českého kolegy Jáchyma Bednáře zaměřený na poskytování zdravotní péče etnickým menšinám a přistěhovalcům byl prakticky přeplněný. Ráda bych zde zmínila i Mladé praktiky, kteří nás zde reprezentovali: Martina Seiferta a jeho přednášku o alternativní medicíně a postoji praktických lékařů k této problematice a Norberta Krále, který se zaměřil na screeningová vyšetření kolorektálního karcinomu v ordinaci praktického lékaře. Ani posterová sekce nebyla ochuzena o české příspěvky, např. od Emmauely Fernandové jsme mohli shlédnout zajímavý poster na téma, zda lze u atypických infekcí močových cest předcházet komplikacím pomocí časného ultrasonografického vyšetření.

Celkový dojem z konference – jedním slovem úžasný.

Touto cestou bych velmi ráda poděkovala portugalským hostitelům za úžasný kulturně – vzdělávací zážitek, zejména pak Anně Nunes Barata a jejím kolegům, kteří se o nás po celou dobu výměnného pobytu a prekonference starali.

Velké díky také patří SVL ČLS JEP a Nadačnímu fondu Pro naše srdce za možnost zúčastnit se této konference. Děkuje!

Zpráva českého mladého praktika o aktivní účasti na konferenci 19th WONCA Europe meeting 2014 v Lisabonu

MUDr. Martin Seifert

Praktický lékař v předatestační přípravě, Praha

2.–5. července 2014 proběhla v lisabonském Kongresovém centru celosvětová konference praktických lékařů 19th WONCA Europe meeting 2014. Díky své aktivní účasti jsem měl to štěstí, že mi byl přislíben grant z Nadačního fondu pro Vaše srdce, který mi měl pokrýt vlastní náklady spojené s účastí na kongresu.

Celý můj lisabonský pobyt začal už 29. června dvoudenní ministáží v systému portugalské primární péče. První den jsme dostali teoretický úvod, druhý den jsme strávili v ordinaci portugalského rodinného lékaře, v jednom ze státních center primární péče. Já osobně jsem asistoval celý den příjemné lékařce v centru, kde pracuje 7 atestovaných lékařek a lékařů a přibližně stejný počet rezidentek/-ů v předatestační přípravě. Zkušenost to byla vskutku zajímavá. Portugalský praktik je totiž opravdu rodinný lékař! Stará se o člověka od třetího dne po porodu až do smrti, těhotenskou a gynekologickou péči ani rodinné plánování nevyjímaje. Kromě prohlídek malých dětí mě nejvíce zaujala skříň plná všemožných druhů antikoncepce, od pilulek, přes podkožní preparáty a nitroděložní tělíška až po kondomy. V rámci rodinného plánování lékař vydává svým klientům všechny tyto „radosti“ zdarma!

Hlavní konferenci předcházela, jak už je tomu posledního léta zvykem, dvoudenní prekonference mladých praktiků, která se konala ve stejném kongresovém centru. Toto je možné jen díky dlouhodobému intenzivnímu úsilí a práci vůdčích osobností hnutí mladých praktických lékařů a také díky stále rostoucí podpoře mladých těmi staršími. V rámci prekonference probíhaly oslavy 10. výročí vzniku hnutí Vasco da Gama, které se zrodilo právě v Lisabonu. S příspěvky vystoupili mimo jiných i prezident portugalské společnosti rodinné medicíny a předseda organizační komise samotné konference Jo o Sequeira Carlos, který před 10 lety VdGM movement spoluzakládal, prezident

WONCA Europe Job Metsemakers i sám Michael Kidd, prezident Wonca World.

První den prekonference jsme byli po úvodním ceremoniálu rozděleni do skupin asi po 8–12 lidech z různých zemí. Každou skupinu vedl jeden zkušenější facilitátor. Měli jsme za úkol prodiskutovat problémy a výzvy našich zdravotnických systémů a posléze připravit pětiminutovou prezentaci inspirovanou těmito aktuálními tématy:

- Inovace v primární péči
- Nová generace rodinných lékařů
- Individualizovaná a celostní péče
- Management vědomostí

Každá z deseti skupin prezentaci pojala odlišně a bylo opravdu na co se dívat a co poslouchat. Ze všech mladých kolegů čísel energie a chuť posunout rodinné lékařství někam dál. Hodně se objevovalo využití moderních komunikačních technologií a téma komunikace s pacientem vůbec. Naše skupina vytvořila pětiminutové video o „Superprakticích“, které je k dispozici u autora.

Na samotné hlavní konferenci jsem měl v rámci výzkumných sdělení patnáctiminutovou prezentaci o postoji evropských praktických a rodinných lékařů k alternativní medicíně. Mluvil jsem o svém orientačním internetovém výzkumu, o workshopu na téma alternativní medicína v primární péči, který jsem vedl v únoru 2014 v Barceloně, o potřebě dalšího výzkumu v této oblasti, otevřené diskuse a větší spolupráce jak na poli výzkumném, tak na poli praktickém. Následná diskuse byla živá, názory různé a bylo jasné, že toto téma je nanejvýš aktuální, i když pro někoho dosti kontroverzní. Působilo to dojmem, že jde tak trochu o mezigenerační názorový střet. Mladí chtějí změny, starší z nich mají rozpaky až strach.

Mimo této prezentace jsem společně s kolegyněmi z jiných evropských zemí vystavoval poster o přínosu mezinárodní společenské stáže v Chorvatsku v říjnu 2013, organizované chorvatskou společností rodinných lékařů KoHOM společně s hnutím Vasco da Gama.

Celý lisabonský týden byl vskutku výjimečně přínosný jak z odborné, tak ze společenské stránky. Mockrát děkuji Nadačnímu fondu pro Vaše srdce za velkorysou podporu při této jedinečné příležitosti!



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 20. 10. 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 6/2014: 1ab, 2a, 3abc, 4b, 5a, 6b, 7bc, 8b, 9ab, 10abc

EBOLA

1. Smrtnost onemocnění Ebola je odhadována na

- a) 20 %
- b) 50–80 %
- c) více než 90 %

2. Obvyklá inkubační doba onemocnění Ebola je v rozsahu

- a) 4–10 dní, v maximálním rozsahu 2–21 dní
- b) 20–30 dní
- c) 3–5 dní

3. Pacient nakažený virem Eboly začíná být infekční

- a) ihned po kontaktu
- b) až po projevu prvních příznaků onemocnění
- c) za 3–5 dnů po nakažení

4. Laboratorně je u onemocnění Eboly zjišťován

- a) pokles bílých krvinek
- b) pokles krevních destiček
- c) elevace jaterních enzymů

5. Virus Eboly se přenáší z člověka na člověka

- a) přímým kontaktem, zejména krví a tělesnými sekrety
- b) nepřímo předměty kontaminovanými tělesnými sekrety a krví
- c) kapénkovou cestou

JE NĚCO NOVÉHO V TYREOIDOLOGII?

6. Uzlovatění štítné žlázy v průběhu stárnutí

- a) je časté a odhaduje se, že až 75 % starších osob nějaký uzal má
- b) mají obvykle maligní potenciál a zejména u žen by vždy měla být provedena FNAB
- c) je více rizikové u mužů a měla by u nich být provedena FNAB

7. Autoimunitní etiologii hypotyreózy potvrdí

- a) pozitivní hodnoty protilátek TPOab
- b) pozitivní hodnoty protilátek Tgab
- c) pozitivní hodnoty protilátek TRAK

8. Denní produkce tyroxinu štítnou žlázou je

- a) 80 ug
- b) 100 ug
- c) 120 ug

9. V těhotenství jsou normální hodnoty funkce štítné žlázy

- a) posuzovány přísněji než mimo těhotenství, v 1. trimestru nemá být TSH vyšší než 2,5 mIU/l, ve 2. a 3. trimestru ne vyšší než 3,0 mIU/l
- b) posuzovány stejně jako mimo těhotenství, TSH nemá být vyšší než 3,67
- c) posuzovány volněji než mimo těhotenství, TSH v 1. trimestru fyziologicky stoupá, jako normální jsou považovány hodnoty do 10 mIU/l

10. Od 4.–5. týdne těhotenství se zvyšuje tvorba T4 současně se zvýšenou potřebou jódu, jód dodáváme ve vitamínech pro těhotné nebo v tbl. Jodid v dávce

- a) 50–75 ug denně
- b) 75–100 ug denně
- c) 100–150 ug denně

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. 7/2014

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 |



XXXIII. výroční konference SVL ČLS JEP

5.–8. listopadu 2014
Karlovy Vary ☉ hotel Thermal

Keynote Lecture

Problém vyhoření u VPL

prof. MUDr. Jiří Raboch, DrSc.

Vysoce nebezpečné infekce

*MUDr. Vladimír Valenta, Ph.D.
hlavní hygienik ČR*

Na konferenci budou prezentována následující
odborná témata a doporučené postupy SVL ČLS JEP:

- ☉ Léčba hypertenze
- ☉ Diabetes mellitus u starších osob
- ☉ Metabolický syndrom
- ☉ Geriatrie
- ☉ Cestovní medicína
- ☉ ATB léčba v primární péči
- ☉ Obezita
- ☉ Léčba bolesti

**Největší odborná konference praktických lékařů
v České republice v roce 2014**

Kontakt: TARGET - MD ☉
e-mail: sekretariat@target-md.com

tel.: 777 871 024
☉ www.target-md.com



**Jediná na českém trhu dostupná v síle
75 mg tramadolu/ 650 mg paracetamolu
v jedné tabletě! (1)**



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

Název přípravku: Doreta 75 mg/650 mg, potahované tablety. **Složení:** 1 potahovaná tableta obsahuje tramadol hydrochlorid 75 mg, odpovídající tramadolum 65,88 mg, a paracetamolum 650 mg. **Indikace:** Přípravek Doreta je indikován k léčbě dospělých a dospívajících ve věku 12 let a starších. Přípravek je indikován k symptomatické léčbě středně silné až silné bolesti. Užívání přípravku by mělo být omezeno na pacienty, u kterých středně silná až silná bolest vyžaduje kombinaci tramadolu a paracetamolu. **Dávkování a způsob podání:** Dospělí a dospívající (12 let a starší): Podávání přípravku je třeba omezit na ty pacienty, u nichž bylo posouzeno, že jejich středně silná až silná bolest vyžaduje kombinaci tramadolu a paracetamolu. Doporučuje se počáteční dávka 1 tableta přípravku Doreta 75 mg/650 mg. Další dávky lze užívat podle potřeby, nesmí však být překročeno množství 300 mg tramadolu a 2600 mg paracetamolu denně. Interval mezi dávkami by neměl být kratší než 6 hodin. Přípravek by se za žádných okolností neměl podávat déle než je nezbytně nutné. Jestliže povaha a závažnost onemocnění vyžaduje opakované užívání nebo dlouhodobou léčbu přípravkem Doreta, je třeba zavést pravidelné sledování (pokud možno s přestávkami v léčbě). U dětí mladších než 12 let se užívání přípravku Doreta nedoporučuje. U pacientů starších 75 let se interval mezi dávkami může prodloužit podle potřeby pacienta. U pacientů s renální insuficiencí a u pacientů s poruchou funkce jater je třeba dle jejich potřeb pečlivě zvážit prodloužení intervalu mezi dávkami. U pacientů se závažným poškozením jater se přípravek Doreta nesmí používat. Tablety se musí spolknout a zapít trochou tekutiny. Neměly by se dřít ani kousat. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivé látky nebo na kteroukoli pomocnou látku tohoto přípravku. Akutní intoxikace alkoholem, hypnotiky, centrálně působícími analgetiky, opioidy nebo psychotropními látkami. Přípravek Doreta by se neměl podávat pacientům, kteří dostávají inhibitory monoaminooxidázy nebo během dvou týdnů od jejich vysazení. Závažná porucha funkce jater. Epilepsie, která není zvládnuta léčbou. **Zvláštní upozornění:** Rizika předávkování paracetamolem jsou větší u pacientů s necirhotickým alkoholickým jaterním onemocněním. Při středně závažných případech je třeba pečlivě zvážit prodloužení intervalu mezi dávkami. Přípravek se nedoporučuje při závažné respirační poruše. Tramadol není vhodný jako substituce u pacientů závislých na opioidech. U pacientů náchylných k záchvatům nebo u pacientů užívajících jiné léky, které snižují práh záchvatů, byly hlášeny křeče – a to zejména při užívání SSRI, tricyklických antidepresiv, antipsychotik, centrálně působících analgetik nebo při lokální anestezii. Epileptičtí pacienti užívající potlačující léčbu nebo pacienti náchylní k záchvatům by měli přípravek užívat pouze z naléhavých důvodů. U pacientů dostávajících tramadol v doporučených dávkách byly hlášeny křeče. Současné užívání agonistů-antagonistů opioidů (nalbupin, buprenorfin, pentazocin) se nedoporučuje. Přípravek Doreta by se měl užívat s opatrností u pacientů závislých na opioidech nebo u pacientů s poraněním lebky, u pacientů náchylných ke křečové poruše, k poruše žlučových cest, v šokovém stavu nebo v poměrně normálním stavu vědomí z neznámých příčin, u pacientů s problémy ovlivňujícími dýchací centrum nebo dýchací funkce nebo se zvýšeným intrakraniálním tlakem. Při předávkování může paracetamol způsobit u některých pacientů jaterní toxicitu. Při terapeutických dávkách může tramadol způsobovat abstinenci příznaky. Mohou se i vyskytnout abstinenci příznaky podobné těm, které nastávají při vysazení opiaidů. **Interakce:** inhibitory MAO, alkohol, karbamazepin a další látky indukující enzymy, agonisté-antagonisté opioidů (buprenorfin, nalbupin, pentazocin), další opioidní deriváty (včetně léků proti kašli a substitučních léků), benzodiazepiny a barbituráty, SSRI, SNRI a triptany, ostatní anxiolytika, hypnotika, sedativní antidepresiva, sedativní antihistaminika, antipsychotika, centrálně působící antihypertenzní léky, thalidomid, baklofen, warfarin, ketokonazol, erytromycin, bupropion, hypnolytika, tricyklická antidepresiva, ondasetron, metoklopramid, domperidon, cholestyramin, mirtazapin, tetrahydrokanabinol. **Těhotenství a kojení:** Přípravek Doreta by se neměl užívat v těhotenství a během kojení. **Účinky na schopnost řídit a obsluhovat stroje:** Tramadol může způsobovat ospalost nebo závratě, což může být zesíleno alkoholem a dalšími látkami potlačujícími činnost CNS. **Nežádoucí účinky:** Nejčastěji uváděnými nežádoucími účinky při klinických studiích prováděných kombinací paracetamol/tramadol byly nevolnost, závratě a somnolence, které byly pozorovány u více než 10 % pacientů. Dále se často mohou vyskytnout tyto nežádoucí účinky: bolest hlavy, třes, zmatenost, změny nálad (úzkost, nervozita, euforie), poruchy spánku, zvracení, zácpa, sucho v ústech, průjem, bolest břicha, dyspepsie, nadýmání, pocení, pruritus. **Doba použitelnosti a uchování:** 3 roky. Přípravek nevyžaduje žádné zvláštní podmínky uchování. **Balení:** 10, 20, 30 nebo 90 potahovaných tablet. Datum poslední revize textu SPC: 6. 11. 2013. Držitel rozhodnutí o registraci: Krka, d.d., Novo mesto, Slovinsko. Registrační číslo: 65/185/12-C. Léčivý přípravek je vydáván pouze na lékařský předpis. Léčivý přípravek je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění.

Dříve než přípravek předepíšete, seznámte se, prosím, s úplným zněním Souhrnu údajů o přípravku (SPC). Na trhu nemusí být všechna uvedená balení přípravku.
Nepřetržitá veřejná informační služba: tel. /zázn./fax: +420 221 115 150, e-mail: info@krka.cz

Literatura:
1. IMS, IMS Dataview, 8/2014.