



practicus

Odborný časopis Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP

tip tohoto čísla

Zprávy z konference

č. 9–10/2014

ročník 13

pro
praktické
lékaře
zdarma



Nové složení výboru SVL ČLS JEP

Venkovské lékařství na XXXIII. Výroční konferenci SVL ČLS JEP

Moderní technologie ve venkovském lékařství

Proč očkovat dospělé osoby proti pneumokokům

Virová hepatitida typu c v ordinaci praktického lékaře

Když selže prevence i méně invazivní léčba, existuje stále účinná metoda?

Závažná inkontinence ani u mužů není tabu

Virová hepatitida E

POCT přístroje

Hemoroidální onemocnění v otázkách a odpovědích

Syndrom vyhoření a deprese u českých lékařů

Hladina cholesterolu a mortalita na kardiovaskulární onemocnění

Diferenciální diagnostika a léčba zánětu horních cest dýchacích

Terapie dyslipidémie zaměřeno na HDL-C a triglyceridy

Kineziologie – vyšetření pohybového aparátu pohledem

Nový inhibitor protonové pumpy druhé generace

Nová perorální antikoagulancia a možnosti praktického lékaře.

Farmakoterapie očních chorob a zásady první pomoci při poranění oka

**Vydává
Společnost
všeobecného
lékařství ČLS JEP**

www.practicus.eu



Milí kolegové,
děkujeme Vám za Vaší přízeň
a přejeme Vám příjemné prožití
vánočních svátků,
mnoho osobních
i pracovních úspěchů
a hlavně pevné zdraví
v roce

2015

Vaše redakce

INFO SVL

- 06** | NOVÉ SLOŽENÍ VÝBORUV SVL ČLS JEP
- 07** | PUBLIKACE VŠEOBECNÉ PRAKTICKÉ LÉKAŘSTVÍ PRVNÍ MEZI OCENĚNÝMI ČLS JEP
- 08** | ÚVODNÍK, *MUDr. Stanislav Konštacký, CSc.*
- 09** | VENKOVSKÉ LÉKAŘSTVÍ NA XXXIII. VÝROČNÍ KONFERENCI SVL ČLS JEP
MUDr. David Halata
- 11** | MODERNÍ TECHNOLOGIE VE VENKOVSKÉM LÉKAŘSTVÍ
MUDr. David Halata
- 12** | PROČ OČKOVAT DOSPĚLÉ OSOBY PROTI PNEUMOKOKŮM
prof. MUDr. Roman Chlábek, Ph.D.
- 14** | VIROVÁ HEPATITIDA TYPU C V ORDINACI PRAKTICKÉHO LÉKAŘE
prof. MUDr. Roman Chlábek, Ph.D.
- 17** | KDYŽ SELŽE PREVENCE I MĚNĚ INVAZIVNÍ LÉČBA, EXISTUJE STÁLE ÚČINNÁ METODA? ZÁVAŽNÁ INKONTINENCE ANI U MUŽŮ NENÍ TABU
prof. MUDr. Dalibor Pacík, CSc.
- 19** | VIROVÁ HEPATITIDA E., *MUDr. Adam Herber*
- 23** | POCT PŘÍSTROJE, *MUDr. Otto Herber*
- 27** | HEMOROIDÁLNÍ ONEMOCNĚNÍ V OTÁZKÁCH A ODPOVĚDÍCH
MUDr. Soňa Hořínková
- 29** | SYNDROM VYHOŘENÍ A DEPRESE U ČESKÝCH LÉKAŘŮ
prof. MUDr. Jiří Raboch, MUDr. Radek Ptáček
- 31** | HLADINA CHOLESTEROLU A MORTALITA NA KARDIO-VASKULÁRNÍ ONEMOCNĚNÍ, *doc. Ing. Jiří Brát, CSc.*
- 31** | DIFERENCIÁLNÍ DIAGNOSTIKA A LÉČBA ZÁNĚTU HORNÍCH CEST DÝCHAČÍCH
Gavelčíková
- 35** | TERAPIE DYSLIPIDÉMIE ZAMĚŘENO NA HDL-C A TRIGLYCERIDY
prof. MUDr. Štěpán Svačina, DrSc.

ODBORNÉ ČLÁNKY

- 36** | KINEZIOLOGIE - VYŠETŘENÍ POHYBOVÉHO APARÁTU POHLEDEM
MUDr. Kateřina Študentová, MUDr. Karel Pitr
- 39** | NOVÝ INHIBITOR PROTONOVÉ PUMPY DRUHÉ GENERACE
MUDr. Michal Konečný, Ph.D.
- 42** | NOVÁ PERORÁLNÍ ANTIKOAGULANCIA A MOŽNOSTI PRAKTICKÉHO LÉKAŘE, *MUDr. Norbert Král*
- 44** | FARMAKOTERAPIE OČNÍCH CHOROB A ZÁSADY PRVNÍ POMOCI PŘI PORANĚNÍ OKA
prof. MUDr. Naďa Jirásková, Ph.D., prof. MUDr. Pavel Rozsival, CSc., FEBO

KAZUISTIKY

- 46** | KAZUISTIKA ZE SOUDNĚ LÉKAŘSKÉ PRAXE, *MUDr. Pavel Brejník*

AKTUALITY

PC A DOKTOR

- 50** | OD STRUKTUROVANÉ DOKUMENTACE KE KLINICKÉMU INFORMAČNÍMU SYSTÉMU, *MUDr. Tomáš Nosek, Ph.D.*

ZE SVĚTA MLADÝCH PRAKTIKŮ

- 52** | VÝROČNÍ KONFERENCE PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ VE VELKÉ BRITÁNII
- 53** | BRNĚNSKÉ DNY PRAKTICKÉHO LÉKAŘSTVÍ
- 54** | ZNALOSTNÍ TEST

odborný časopis SVL ČLS JEP
9–10/2014, ročník 13

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:

Šéfredaktor:

MUDr. Stanislav Konštacký, CSc.,
konstackys@seznam.cz

Zástupci šéfredaktora:

MUDr. Dana Moravčíková
dana.moravcikova@medicina.cz,
MUDr. Jana Vojtíšková
janav.doktor@volny.cz

Manažerka časopisu:

Hana Čížková
practicus.svl@cls.cz

Redakční rada: MUDr. Kamil Běský,
MUDr. Pavel Brejník, MUDr. Jiří Burda,
doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc., MUDr. Rudolf Červený, MUDr. Eva Grzegorová, MUDr. David Halata, MUDr. Alice Havlová, MUDr. Jiří Havránek, MUDr. Otto Herber, MUDr. Petr Herle, MUDr. Ambrož Homola, Ph.D., MUDr. Toman Horáček, MUDr. Jiří Horký, MUDr. Igor Karen, MUDr. Mgr. Josef Kořenek, CSc., MUDr. Vladimír Marek, MUDr. Petra Mestická, MUDr. Zuzana Miškovská, Ph.D., MUDr. Cyril Mucha, MUDr. Šárka Drbalová, doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D., MUDr. Bohumil Skála, Ph.D., MUDr. Alexandra Sochorová, MUDr. Helena Stárková, MUDr. Jan Šindelář, MUDr. Jozef Štolfa

Spolupracovnice časopisu:

Andrea Vrbová, Romana Hlaváčková

Náklad 6 000 ks. ••• Vychází 10× ročně. ••• **Pro praktické lékaře v ČR zdarma.** ••• Roční předplatné pro ostatní zájemce **610 Kč.** ••• Přihlášky přijímá redakce. ••• Toto číslo bylo dáno do tisku 10. 11. 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, 2014



PODĚKOVÁNÍ

šéfredaktorce

Milá paní doktorko, Jarko Laňková.

Byl jsem požádán redakční radou, abych Ti poděkoval za práci šéfredaktorky našeho časopisu PRACTICUS, který jsi řídila od samého začátku vydávání, od roku 2002, kdy vyšlo jeho první číslo. Velice si vážíme Tvoji práce, která byla vysoce hodnocena většinou našich členů. Časopis pod Tvým vedením byl vyhledávaným periodikem a sloužil skutečně především nám, všeobecným praktickým lékařům. V záplavě informací z nejrůznějších periodik, internetu, rozhlasu, televize, zůstával Practicus vždy zajímavý a podávající dostatek nejrůznějších informací. Při prvním zasedání nově zvoleného výboru došlo k volbě předsedy, pokladníka, vědeckého sekretáře a místopředsedů a rovněž byl jmenován nový šéfredaktor časopisu Practicus, kterým jsem se stal já. Víím, že jsi postavila laťku značně vysoko a že bude mít nová redakční rada hodně práce, aby úroveň časopisu zůstala zachována. Vážíme si Tvé práce a budeme rádi, pokud budeš mít zájem nadále se podílet na práci pro Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, a to při tvorbě časopisu, při vzdělávacích akcích či konferencích. Ještě jednou srdečně děkuji za práci, kterou jsi jako šéfredaktorka PRACTICUSU odvedla.

V Hradci Králové 21. 11. 2014
MUDr. Stanislav Konšťacký, CSc.
šéfredaktor

Vzdělávací semináře

v lednu 2015



SVL ČLS JEP

Hlavní témata

**Choroby komplikující kardiovaskulární onemocnění.
Léčba a prevence osteoporózy.**

den	datum	čas	město a místo konání
pondělí	5. 1.	16.30–20.30	Zlín, Aula SZŠ, Příluky 372
čtvrtek	8. 1.	16.30–20.30	Hotel "U Šimla", Závodní 1, 360 01 Karlovy Vary
čtvrtek	8. 1.	16.00–20.00	Liberec, Clarion Grandhotel Zlatý Lev, Gutenbergova 3
čtvrtek	8. 1.	16.00–20.00	Ústí nad Labem, Best Western Hotel Vladimír, Masarykova 36
sobota	10. 1.	9.00–13.00	Brno, Kancelář veřejného ochránce práv, Údolní 39
sobota	10. 1.	9.00–13.00	Olomouc, Aula Právnické fakulty UP Olomouc, tř. 17. listopadu 8
úterý	13. 1.	16.00–20.00	Pardubice, Hotel Zlatá Štika, Štросova 127
středa	14. 1.	17.00–21.00	Jihlava, presbytář Hotelu Gustav Mahler, Křížová 4
čtvrtek	15. 1.	16.00–20.00	Hradec Králové, Nové Adalbertinum, Velké náměstí 32
čtvrtek	15. 1.	16.00–20.00	Praha, Lék.dům, Sokolská 31
sobota	17. 1.	9.00–13.00	Plzeň, Šafránkův pavilon, alej Svobody č. 31
středa	21. 1.	16.00–20.00	Praha, Lék.dům, Sokolská 31
středa	21. 1.	16.00–20.00	České Budějovice, Clarion Congress Hotel, Pražská třída 2306/14
čtvrtek	22. 1.	16.00–20.00	Ostrava, Hotel Imperial, Tyršova č. 6



Nové složení výboru Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP

Vážení kolegové,
dovolujeme si Vás informovat, že na výroční schůzi **Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP** byl zvolen nový výbor pro období **2014–2018** v následujícím složení:

Předseda	Členové	
doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc.	MUDr. Kamil Běorský	MUDr. Mgr. Josef Kořenek, CSc.
Místopředseda	MUDr. David Halata	MUDr. Zuzana Miškovská, Ph.D.
MUDr. Otto Herber	MUDr. Alice Havlová	MUDr. Dana Moravčíková
Vědecký sekretář	MUDr. Rudolf Červený, Ph.D.	MUDr. Cyril Mucha
doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D.	MUDr. Toman Horáček	MUDr. Bohumil Skála, Ph.D.
Pokladník	MUDr. Stanislav Konšťáček, CSc.	
MUDr. Pavel Brejník		
Místopředseda pro vzdělávání	Předseda revizní komise	Členové
MUDr. Josef Štolfa	MUDr. Jana Vojtíšková	MUDr. Eva Grzegorzová
Místopředseda pro profesní záležitosti		MUDr. Petr Herle
MUDr. Igor Karen		

Kontakty na celý výbor i sekretariát naleznete na www.svl.cz

Publikace Všeobecné praktické lékařství první mezi oceněnými ČLS JEP

Předsednictvo České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně vyhodnotilo tři nejlepší odborné publikace za rok 2013. Předání cen pod záštitou místopředsedkyně Senátu Parlamentu české republiky, Miluše Horské, proběhlo v Rytířské síni Valdštejnského paláce. První ocenění náleží monografii Všeobecné praktické lékařství autorů Bohumila Seiferta, Václava Beneše a Svatopluka Býmy. Druhou oceněnou byla Neonatologie (Jan Janota, Zbyněk Straňák) a třetí Laboratorní diagnostika (kolektiv autorů pod vedením Tomáše Zimy).

O vítězné monografii

Výuka v praktickém lékařství je oproti výuce v jiných lékařských oborech odlišná tím, že pracuje s již dříve sdělenými odbornými informacemi a získanými dovednostmi. Tyto uvádí do praxe a dává je do souvislostí tak, jak si to klinická situace vyžaduje. Proto vznikl před lety pokus zachytit tyto odlišnosti a zformulovat základní rysy oboru všeobecné praktické lékařství v České republice. Již druhé vydá-

ní této učebnice přináší novelizovanou a upravenou úvodní teoretickou část známou z minulého vydání, ale jako novinku uvádí speciální část – souhrnné vydání doporučených postupů Společnosti všeobecného lékařství, guidelines pro praxi.

Kromě úvodní teoretické obecné části, na níž se podílelo 25 autorů, z nichž je 14 praktických lékařů, monografie obsahuje speciální část s 37 doporučenými postupy pro všeobecné praktické lékaře, které byly zpracovány 113 autory a 83 recenzenty.



Tři publikace vyznamenané předsednictvem ČLS JEP



Jan Janota (vyznamenáný neonatolog), Svatopluk Býma (vyznamenáný VPL), Bohumil Seifert (vyznamenáný VPL), Miluše Horská (senát ČR), Vladimír Palička (ČLS JEP), Hana Cabrnachová, Jaroslav Blahoš (všichni ČLS JEP), Richard Průša (vyznamenáný biochemik), Štěpán Svačina (ČLS JEP). Nepřítomný byl Václav Beneš (vyznamenáný VPL).



Úvodník

MUDr. Stanislav Konšťacký, CSc.
Šéfredaktor časopisu Practicus

Opět se přiblížil listopad a to většina praktických lékařů má spojeno s výročními konferencemi. Ta, která právě proběhla 5.–8. listopadu 2014 byla již XXXIII. výroční konferencí Společnosti všeobecného lékařství České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně v Karlových Varech. V tomto roce se jí zúčastnilo celkem 1537 účastníků, 1237 lékařů a 172 sester – našich nejbližších spolupracovníků. Střeďeční odpoledne bylo věnováno Mladým praktikům, hovořili o Cestě za vzděláním a další téma pak přednesl nový člen našeho výboru David Halata o Problematické venkovských praxi. Vypočítávat jednotlivé přednášky by nebylo jistě zajímavé, ale trocha statistiky přeci: bylo celkem 23 tematických bloků, vystřídal se 57 přednášejících a bylo odpředneseno celkem 855 minut odborných přednášek, některé z nich budou v tomto nebo příštím čísle uvedeny jako výtahy od jednotlivých přednášejících, aby navodily atmosféru jednání. Konference probíhala ve Velkém kongresovém centru a při mnohých z přednášek bylo velmi zaplněné, takže pozdní příchodí jen s obtížemi hledali volná místa. Občerstvení bylo na výši a myslím, že plně postačovalo, navíc některé vystavující firmy se staraly o to, aby nikdo netrpěl hypoglykemií. Účastníci konference pozitivně hodnotili české názvy jako kávová přestávka, polední občerstvení, místo někdy používaných termínů v angličtině. Kulturní program byl rovněž velmi pěkně vybrán a rozhodně doplnil příjemnou atmosféru našeho jednání. Koncert Glen Miller Story byl tak provokativní, že dokonce někteří z účastníků během koncertu vyšli do předzáli a na svižnou hudbu si s chutí zatancovali. Divadelní představení „Láska mezi nebem a zemí“ ještě dále dokreslilo příjemnou atmosféru a rozhodně bylo správným „lékem“ na případné počínající vyhoření o kterém byla jedna z hlavních přednášek profesora Rabocha. Během konference proběhlo zasedá-

ní krajských konzultantů a poprvé rovněž zasedal nově zvolený výbor SVL ČLS JEP. Bylo zvoleno nově předsednictvo a došlo v něm ke změně místopředsedy pro vzdělávání, kterým se stal MUDr. Josef Štolfa. Účastníci konference byli informováni o dalších vzdělávacích akcích, jednak o víkendových kurzech, o Cestě za vzděláním organizovaném spolu s dopravou mezi Prahou a Olomoucí a o Jarní interaktivní konferenci, která bude tradičně v Praze ve Slovanském domě ve dnech 24.–26. dubna příštího roku. Celá výroční konference včetně kulturního programu byla pozitivně hodnocena, ale jedna kritická připomínka se objevila a sice z řad sestřiček, že napříště bude třeba vytvořit samostatné sekce i pro ně, aby nemusely sledovat jen lékařské přednášky. Nakonec to byl jeden z cílů, současně při našich konferencích, vzdělávat i naše nejbližší spolupracovnice, a sestry. Zvolání **zemřel král, ať žije král** je otřepané, ale i nám připomíná, že sice jedno velké setkání skončilo a na další se musíme připravit, ať již z budou vzdělávací semináře, nepřetržitý „boj“ o uvolňování preskripčních omezení, či příprava XXXIV. Výroční konference a v neposlední řadě, pohled do blízké budoucnosti, protože v roce 2017 budeme organizátory evropské Wonky, kterou jsme získali vzhledem k dobrým zkušenostem při organizování Wonca Prague 2013. Takže práce je před námi hodně a zvolání je pravdivé a plně vyjadřuje stav ve kterém se nacházíme. Co si popřát do dalších dnů, blížící se vánoce, doba rozjímání a setkání s rodinou i přáteli, příprava předsevzetí do Nového roku, určitě bude lepší než ten předchozí? Aspoň bychom si to měli navzájem přát, aby případné neúspěchy, sváry a nedorozumění jsme zvládali minimálně jako letos, ale věřím, že tomu bude lépe.

V Hradci Králové 12. 11. 2014





Venkovské lékařství na XXXIII. výroční konferenci SVL ČLS JEP, Karlovy Vary

MUDr. David Halata
praktický lékař Hošťálková

Úvod

Definice venkovské praxe se celosvětově liší, jiná je vzhledem k geografickým podmínkám v Austrálii či severní Skandinávii a jiná ve střední Evropě. V našich podmínkách hustě osídlené země bychom nejspíše použili dostupnost odborné specializované péče v kompletně vybavené nemocnici více než 30 min. s vědomím, že zimní podmínky tuto dostupnost nemalým způsobem ovlivňují. Na světové úrovni venkovské praxe zaštiťuje WONCA Working Party on Rural Practice (WWPRP), na evropské úrovni European Rural and Isolated Practitioners Association (EURIPA).

Proč venkov?

Vývoj medicíny směřoval v posledních letech k roztržiténosti do jednotlivých úzkých specializací, které postupně ztrácely schopnost celkového vnímání pacienta (přesto dodnes některé nesou přídomek všeobecný). Zároveň docházelo k postupné změně obsahu pojmu celkový pohled, který již nezahrnuje pouze pacienta s jeho anamnézou, výsledky komplementu, ale též znalost jeho rodiny, komunity v které žije, životního a pracovního prostředí, vztahů a následného působení na vlastního pacienta. Na venkově díky společnému životu v jedné komunitě a zhoršené dostupnosti další specializované péče se tento přístup samovolně zachoval. A jestli něco současná medicína potřebuje, pak určitě lidský celostní pohled vyvažující extrémně účinnou, ale přece jen trochu odcizenou „moderní“ medicínu.

Světově tvoří venkovská populace 47 % obyvatelstva, v Evropě 37 % obyvatelstva. Přesto většina politických rozhodnutí je vedena v „městském“ pohledu, což definuje venkovské obyvatelstvo jako skupinu dlouhodobě znevýhodněnou (menší výdělků, zhoršená dostupnost, nutnost více cestovat, stárnutí populace, migrace mladších lidí do měst).

V rámci zdravotní péče je v poslední době nejcitelnější důsledek restrukturalizace zdravotní sítě, vytváří se velká centra (sice levná na provoz, ale vzdálená venkovským pacientům) a zároveň redukuje péče poskytovaná v nemocnicích bývalého okresního typu (malokterou již lze považovat za kompletně vybavenou). Navíc je znám nemalý strach pacientů z dlouhého transportu do vzdáleného centra, který v kombinaci se strachem z vyšetření vede často k odmítnutí léčby.



5th EURIPA Invitational Rural Health Forum, Riga

V září 2014 se sešlo evropské venkovské fórum v Lotyšské Rize. Zásadní otázka k řešení byla, jak naučit vlády myslet venkovsky při vývoji a implementaci politických rozhodnutí. Dobrý příklad přišel z Velké Británie, kde používají princip venkovských agentur („venkovský advokát“), které vytvářejí venkovský „check list“ pro vládní organizace, aby neopomenuly zahrnout venkovský pohled v politickém rozvoji a následně výroční zprávy hodnotící všechna politická rozhodnutí z venkovského pohledu. K ovlivnění politických rozhodnutí je nutné rozvíjet jak osobní tak celkový leadership (i dobře napsaná žádanka znamená hodně) a obecně je nutné cíleně vytvářet lídry oboru (odborná a společenská diskuze, věda, prezentace.). „Venkovský praktik často dělá něco, co ho nikdo neučil, ale časem bylo nutné se to naučit“ (Dr. John Wynn-Jones, prezident WWPRP). Výchova venkovských lékařů je zásadní, důraz na praktické dovednosti vede např. v Austrálii k odtržení venkovských lékařů od všeobecné větve jako vlastní svébytné specializace, v Norsku pak ke vzniku vlastního a delšího vzdělávacího curricula, v Maďarsku musí každý rezident strávit alespoň týden ve venkovské praxi, v Británii pro změnu ví, že 80 % rezidentů, kteří stráví i krátký čas na venkově se tam následně vrací pracovat.

Nedostatkem venkovských lékařů trpí celá Evropa, ve Francii se snaží pokrýt sdruženými praxemi s eliminací papírové práce lékaře (20 % času tráví lékař papírováním, může jej trávit s pacienty), ve Švédsku venkovské praxe stimuluje vyšší kapitací, v Norsku (venkov je výrazně více odlehlý) kromě centrální kapitace praxe dotují místní samosprávy (ne malou měrou), lékaři dostávají 4–5 měsíců dovolené, přičemž zástup zajišťuje stát a pro zajímavost péči reguluje „drobný“ poplatek 18 € za každé ošetření.

V Rize zazněla i česká stopa, dr. Seifertová prezentovala české zkušenosti s kontinuálním vzděláváním lékařů, velký zájem vyvolal náš systém 2 velkých konferencí s návazností na každoděsíční semináře v krajích, nadšení pak princip kartiček s načítáním kreditů. Vysoce byly hodnoceny semináře pediatriu s vlastními kazuistikami. Zkušenost s implementací moderních technologií ve venkovském lékařství prezentoval Jan Kučeřík.



Základním otázkou a cílem zůstává, jak zajistit venkovským lidem stejnou dostupnost péče, odpovídající péči ve správném místě a čase a přístup k informacím o zdraví a zdravém životním stylu.

Kam směřujeme?

V České republice prozatím chybí jak základní povědomí o venkovském lékařství, tak jakákoliv organizace (i např. Lotyšsko, Polsko, Maďarsko tu svoji léta mají) a zcela jakákoliv skutečně „naše“ data. Jako základní úkol se tak pro začátek nabízí vznik sekce SVL pro venkovské lékařství, práce na vzniku databáze venkovských a městských praxí a položení tak základů pro možný budoucí výzkum.

Venkov nabízí trochu jiný pohled na všeobecné praktické lékařství a může dobře posloužit jako sebereflexe, kam

jako obor směřujeme, získaná data pak zcela jistě jako dobrý podklad v argumentacích o svébytnosti naší specializace.

Nicméně to zásadní je zcela jistě na nás, obdobné obtíže mají praktici všude po světě, ale v Česku nyní praktik může co nikdy dříve nemohl (ekg, POCT, ABPM/24, ABL.), máme podporu jako nikdy dříve (2 fungující odborné společnosti, odborné časopisy, konference, semináře, světové a evropské konference), přesto nás ostatní lékaři a společnost vnímá trochu méněcenně.

I N Z E R C E

VAZEBNÍ VĚZNICE PRAHA – RUZYŇ, Staré náměstí 3/12, Praha 6,

přijme lékaře/lékařku – práce s vězněnými osobami.

Požadujeme:

specializovanou způsobilost v oboru všeobecného praktického lékařství pro dospělé.

Nabízíme:

pracovní smlouvu na plný pracovní úvazek,
platové rozpětí podle délky praxe 45 300 Kč až 53 170 Kč,
pracovní dobu pondělí až pátek - jednosměnný provoz,
navíc 1 týden dodatkové dovolené,
dobré spojení MHD i vlakem (nádraží Praha - Ruzyně).

Kontakt: e-mail: jhuzlikova@vez.ruz.justice.cz
tel.: 220 184 140, 220 184 135, 728 468 761



Moderní technologie ve venkovském lékařství

MUDr. David Halata
praktický lékař Hošťálková

Projekt vznikl za podpory společnosti iStores.

Úvod

Společnost hodnotí práci praktických lékařů jako kvalitní a důležitou, nicméně stále jaksi méněcennou oproti ostatním specializacím. Změna veřejného mínění je obtížná a dlouhodobá činnost. Ostatní specializace rády a velice dobře prezentují svou pokrokovost a modernost. Dokážeme to taky? Poměrně velké zkušenosti s využitím moderních komunikačních technologií ze zahraničí se jen velmi pomalu daří uplatňovat v českých podmínkách. Do reálné venkovské praxe jsme implementovali moderní technologie telemedicíny, získali vlastní skutečné zkušenosti a pokusili se odpovídajícím způsobem prezentovat.

Moderní technologie

Využití těchto prostředků jsme směřovali do komunikace mezi pacientem a lékařem, edukace pacienta a komunikace mezi lékaři navzájem.

1. Komunikace pacient – lékař

Jedná se o zvyklý sběr dat v domácím prostředí pacienta (TK, SaO2 %, gly, hmotnost, pohybová aktivita a kvalita spánku) jen s tím rozdílem, že data pacient sdělí elektronicky lékaři, bez nutnosti návštěvy v ordinaci lékaře. U stabilizovaných hodnot a s využitím např. elektronického receptu tak lze odbourat návštěvy „jen pro recept“ a využít čas např. k důkladnějšímu vyšetření pacienta při pravidelné klinické kontrole v předepsaných termínech. Jako velice zajímavý prostředek se ukázalo měření pohybové aktivity (počet kroků, kcal) a kvality spánku ve formě hodinek. Někteří pacienti byli velmi překvapeni svou velice nízkou denní aktivitou a bylo možné sledovat, jak po edukaci pacienta aktivity přibývalo. Pacienti navíc tento způsob komunikace hodnotili velice kladně. Právní otázka bezpečnosti dat je odpovězena vlastním rozhodnutím pacienta data elektronicky sdílet.



2. Edukace pacienta

Jen řádně edukovaný pacient, pacient který skutečně rozumí podstatě své choroby či plánovanému výkonu, je řádně spolupracující pacient. Poučený pacient navíc odbourává část svého strachu. V praxi jsme se tak pokusili nahradit papír a tužku moderními komunikačními prostředky (tablet) s využitím aplikací přístupných na Google play či

App Store. Časově se nejedná o větší zátěž lékaře, pacienti však sdělované informace doplněné reálným obrazovým či video podkladem vnímají velice soustředěně a ochotně. Velký úspěch u pacientů např. vyvolala představa, že existují i hluboké svalové struktury zad, představení principu operativy karpálního tunelu, demonstrace výhřezu meziobratlové ploténky s tlakem na kořen či videa představující vznik aterosklerózy, průběh infarktu myokardu či PTCA, návod na samovyšetření prsou, apod. Nové komunikační prostředky dobře přijímali i starší pacienti.



3. Komunikace lékař – lékař

V zahraničí poměrně běžná možnost (v Austrálii konzultace kožních útvarů, v Norsku konzultace očního pozadí...) se v českých podmínkách prozatím neprosadila. I když co jiného než telemedicína je emailová konzultace výsledků CT, MRI běžně v ČR provozovaná. Možnost elektronické konzultace představuje v rukou praktického lékaře prostředek pro rychlou, levnou a efektivní péči, aniž pacient opustí jeho ordinaci. Pokusili jsme se elektronicky konzultovat nejasné ekg křivky s internisty, vše probíhalo prakticky v reálném čase a ke spokojenosti všech stran. Nicméně právní podklad je v ČR nedořešen (data by se měla šifrovat, s daty nakládáme my, nikoliv pacient), úhrada ze strany pojišťoven taktéž.

Výstup

Výstupem projektu byla prezentace výsledků na odborných konferencích (5th EURIPA Rural Health Invitational Forum Riga 2014, série přednášek Apple technologie ve zdravotnictví (Praha, Ostrava), XXXIII. výroční konference SVL Karlovy Vary) a též prezentační video pro výuku studentů Ústavu všeobecného lékařství 1. LF a k představení projektu veřejnosti (youtube – venkovsky lekar). Ve výstavbě je web sdružující zkušenosti lékařů napříč odbornostmi.

Moderní komunikační technologie dokáží být velice praktickým a užitečným pomocníkem v rukou praktického lékaře, nejedná se o nikterak nákladná řešení, přitom přínos je nemalý. Nikdy však nemohou nahradit přímý vztah lékaře s pacientem.



Proč očkovat dospělé osoby proti pneumokokům

prof. MUDr. Roman Chlíbek, Ph.D.

Katedra epidemiologie, Fakulta vojenského zdravotnictví Univerzity obrany, Hradec Králové

Úvod

Navzdory pokrokům v prevenci a léčbě zůstává *Streptococcus pneumoniae* významnou příčinou morbidity a mortality. Potřebu očkování zvyrazňuje narůstající rezistence pneumokoků na běžně používaná antibiotika k léčbě. Právě očkování proti pneumokokům patří mezi tři nejvýznamnější nepovinná očkování dětí v podmínkách ČR. I přes to, že první výzkumy s pneumokokovými vakcínami začaly již v roce 1911, většího rozšíření doznaly počátkem 80. let 20. st., nejprve v dospělé populaci a u rizikových dětí od 2 let věku, později s rozvojem první generace „dětských“ konjugovaných pneumokokových vakcín také v populaci novorozenců a kojenců. Druhá generace konjugovaných vakcín rozšířila nejenom počet vakcinálních sérotypů pneumokoka ze 7 (PCV7) na 10 (PCV10) nebo 13 (PCV13), ale také nově potvrdila klinickou účinnost jak proti invazivním (IPO), tak proti častějším, neinvazivním pneumokokovým onemocněním (NPO). V roce 2013 byla 13valentní konjugovaná vakcína schválena také pro všechny dospělé osoby.

Epidemiologie

Nemocnost na invazivní pneumokoková onemocnění v České republice byla v minulosti nejvyšší ve skupině dětí do 5 let věku a u osob ve věku 65 let a starších. Po zahájení pravidelného očkování kojenců proti pneumokokům v roce 2010 došlo k významnému poklesu nemocnosti ve věkové kategorii dětí do 5 let. Za poslední 4 roky je tak nejvyšší věkově specifická nemocnost u pacientů nejstarší věkové skupiny – 65 let a starších (8,1/100 tisíc v roce 2012). Nemocnost této věkové kategorie je více jak 4× vyšší než u dětí do 5 let věku (1,8 / 100 tisíc v roce 2012). V roce 2013 došlo vlivem klesající proočkovatelnosti dětí k vzestupu incidence IPO zejména u dětí do 1 roku věku (z 1,8/100 tisíc v roce 2012 na 9,2/100 tisíc v roce 2013), ale také u osob starších 65 let věku (na 10,2/100 tisíc). Celková nemocnost na invazivní pneumokoková onemocnění se v letech 2000–2013 pohybovala mezi 2,3–4,3/100 tisíc obyvatel (4,0/100 tisíc v roce 2013). Celková smrtnost IPO se pohybuje mezi 14–18 %, věkově specifická smrtnost je stále nejvyšší u pacientů ve věku 65 let a starších. V roce 2012 byl zaznamenán nárůst na 27,3 % z 21,2 % v roce 2011, v roce 2013 byla smrtnost v této věkové kategorii 22,2 %. V souvislosti s očkováním není v ČR dosud potvrzen sérotypový replacement (zvýšený výskyt jiných sérotypů než těch proti kterým se očkuje), ale také u nás zatím nedochází vlivem očkování dětí k efektu tzv. nepřímé protekce, tedy poklesu nemocnosti v neočkované dospělé populaci.

Proč očkovat dospělé

Současná data o výskytu pneumokokových onemocnění u dětí i dospělých potvrzují neklesající závažnost těchto onemocnění. Spíše naopak. Celková nemocnost na IPO stoupla na 4/100 tisíc a nejvyšší vzestup je u dětí do 1 roku věku (více jak 5násobný vzestup). Předběžná data z roku 2014 ukazují, že situace také letos bude podobná. Již k 31. 8. 2014 máme zaznamenané dvě úmrtí dětí do 5 let věku. Přitom právě děti jsou prokazatelným zdrojem nákazy pro dospělé a seniory. Z pohledu dospělého věku jsou v největším riziku senioři (65+ let) a vybraní chronicky nemocní pacienti. U seniorů je nejvyšší výskyt IPO a riziko stoupá již od 50 let věku. V největším riziku jsou zejména dospělí žijící ve velkých rodinách s hodně dětmi, osoby často navštěvující lékaře (riziko komunitních pneumonií) a osoby s komorbiditami. V roce 2013 došlo k vzestupu výskytu IPO u seniorů o 26 %. Kromě invazivních forem, jsou co do četnosti u dospělých nejčastější komunitní pneumonie, kde až v 55–57 % bývá *S. pneumoniae* nejčastější původce. 70–90 % bakteriálních pneumonií tak lze dnes preventovat vakcinací. V zemích, kde očkují proti pneumokokům více než u nás, hlásí největší pokles počtu hospitalizací pro pneumonie 10 let po očkování u osob ve věku 65–74 let (pokles o 85,3/100 tisíc) a 73–84 let (o 359,8/100 tisíc). Celosvětově jsou pneumonie 3. nejčastější příčinou úmrtí, v Evropě 4. Nejčastější. U seniorů je až 90 % úmrtí na infekční onemocnění právě z důvodu komunitní pneumonie. Česká republika má 2× vyšší smrtnost na pneumonie než západní Evropa. Smrtnost u osob ve věku 50+ let je 21 % a ve věku 65+ let je 25 %. V posledních několika letech, kdy počet hospitalizací pro chronickou obstrukční nemoc nebo pro astma bronchiale klesá, tak pro pneumonie naopak stoupá. Věk hraje velkou roli také v případě smrtnosti invazivních forem onemocnění, u bakteriemií, kde celková smrtnost dosahuje 20 %, nicméně u starších osob až 60 %, podobně celková smrtnost u meningitid je 30 %, ale u starších osob stoupá až na 80 %. S věkem také narůstá podíl bakteriemií, které představují více než 80 % všech IPO v dospělosti. Jedním z důvodů stoupajícího rizika pneumokokových onemocnění po 50 roce života je pokles výkonnosti imunitního systému v pozdním dospělém a seniorském věku. Výskyt a možné komplikace pneumokokových onemocnění v dospělosti jsou ovlivněny řadou rizikových faktorů, které současně vymezují skupiny nejohroženějších osob s doporučením k očkování. Očkování proti pneu-

mokokovým onemocněním je doporučeno zejména dospělým osobám s následujícími rizikovými faktory:

1. Faktor věku. Osoby ve věku 65 a více let jsou ve zvýšeném riziku onemocnění a komplikací i přes jejich dobrý zdravotní stav. Toto riziko začíná narůstat již od 50 let věku.
2. Zdravotní faktor. Vrozená nebo získaná imunodefice – hypogamaglobulinémie, funkční nebo anatomická asplenie, dysfunkce sleziny, onemocnění krvetvorných orgánů, HIV infekce, nádorová onemocnění před chemo- nebo radioterapií, plánovaná transplantace buněk nebo orgánů, imunosupresivní terapie, leukémie, lymfomy, Hodgkinova nemoc, generalizované malignity, myelom. Rizikovým faktorem jsou také chronická onemocnění srdce (mimo hypertenze), cév, plic (včetně bronchiálního astmatu a chronické obstrukční plicní nemoci, emfyzému), alkoholismus, jaterní cirhóza, chronická hepatopatie, diabetes mellitus nebo jiná metabolická onemocnění, neurologické poruchy. Mezi rizikové dále patří pacienti s kochleárními implantáty, s chronickým renálním selháváním, nefrotickým syndromem.
3. Ostatní faktory. Kuřáctví. Se stoupajícím množstvím vykouřených cigaret úměrně stoupá riziko vzniku onemocnění. Kuřáci mají až 4x vyšší riziko vzniku IPO než stejně staří nekuřáci.

Vzhledem k narůstajícímu počtu starších a chronicky nemocných osob v populaci, stoupá význam očkování proti pneumokokům právě v dospělosti. Současný výskyt vybraných výše uvedených chronických onemocnění zvyšuje riziko onemocnění IPO až 10krát. Pacienti s chronickým srdečním onemocněním jsou v 10x vyšším riziku a pacienti s chronickým plicním onemocněním v 7x vyšším riziku IPO než stejně staré dospělé osoby, podobně pacienti s diabetes mellitus mají 6x vyšší riziko (9–10) a pacienti s bronchiálním astmatem mají 1,3x vyšší riziko. Imunogenita vakcín se může lišit u osob s různou formou imunodeficitu, přesto byl u řady těchto pacientů, především hematoonkologických, prokázán benefit z očkování.

Literatura:

1. Kozáková J., Šebestová H., Křížová P. Invazivní pneumokoková onemocnění v České republice v roce 2013. Zprávy CEM 2014; 23(3):89-97.
2. Watt JP, O'Brien KL, Benin AL, McCoy SI, Donaldson CM, Reid R, et al. Risk factors for invasive pneumococcal disease among Navajo adults. American Journal of Epidemiology 2007;166:1080-1087.

Doporučení k očkování

V současné době stále více odborných společností vydává a doporučuje očkování proti pneumokokům v dospělosti. Česká vakcinologická společnost, podobně jako Národní imunizační komise MZ doporučují očkovat všechny imunokompromitované pacienty (imunodeficiency, chronická onemocnění ledvin, nádorová onemocnění, transplantace, imunosupresivní léčba, asplenie/hyposplenie, nejprve jednou dávkou konjugované vakcíny (Prevenar13) a za 2–6 měsíců jednou dávkou polysacharidové vakcíny (Pneumo23). Porodné doporučení je také pro osoby ve věku >65 let bez jiného zjevného rizika. Očkování proti pneumokokům doporučuje od roku 2013 také všem pacientům se solidními nádory Česká onkologická společnost. Společnost infekčního lékařství od roku 2013 doporučuje použití konjugované a následně polysacharidové vakcíny pro aspleniky/hypospleniky jako jednoznačně nejdůležitější očkování. Česká revmatologická společnost doporučuje od roku 2013 očkování proti pneumokokům všem pacientům s autoimunitním revmatickým onemocněním.

Závěr

Navzdory pokrokům v prevenci a léčbě zůstává Streptococcus pneumoniae významnou příčinou morbidity a mortality v dospělé populaci starší 50 let, zejména pak u osob nad 65 let.

Možnost prevence v podobě očkování je v dospělém věku stále nedoceněna a proočkovanosť je nesrovnatelně nižší, než je tomu u kojenců. Svůj podíl na tom může mít i skutečnost, že ze zdravotního pojištění je podle dosud platné vyhlášky uhrazeno očkování pouze pro osoby umístěné v léčebnách pro dlouhodobě nemocné a v domovech pro seniory nebo pro osoby umístěné v domovech pro osoby se zdravotním postižením nebo v domovech se zvláštním režimem, ale pouze tehdy, pokud tyto osoby trpí chronickým nespecifickým onemocněním dýchacích cest, chronickým onemocněním srdce, cév nebo ledvin nebo diabetem léčeným inzulinem. Bohužel zatím je ve vyhlášce uvedena úhrada také jenom polysacharidové nikoli konjugované vakcíny.

3. Chlíbek R. et al. Očkování v ordinaci všeobecného praktického lékaře. Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře, Společnost všeobecného lékařství, Praha, 2013, ISBN 978-80-86998-64-0.
4. Kyaw MH et al. Journal of Infectious Diseases 2005; 192:377–86.
5. Chlíbek R. et al. Očkování proti pneumokokovým onemocněním v dospělosti. Vakcinologie 2014;8(3):118–124.



Virová hepatitida typu C v ordinaci praktického lékaře

prof. MUDr. Roman Chlíbek, Ph.D.

Katedra epidemiologie, Fakulta vojenského zdravotnictví Univerzity obrany, Hradec Králové

Úvod

Virová hepatitida typu C (VHC) je závažné zánětlivě-nekrotické onemocnění jater, které ve své akutní fázi často probíhá asymptomaticky nebo s nespecifickými příznaky. Zejména chronická forma onemocnění je příčinou významné morbidity a mortality u nás i ve světě. Největší hrozbou VHC je riziko přechodu do chronického stadia s možným rozvojem jaterní cirhózy a následně hepatocelulárního karcinomu. Onemocnění nebývá často ve své akutní fázi poznáno ani diagnostikováno a prvním objektivním příznakem může být až jaterní cirhóza. Vysoká ekonomická zátěž léčby, pracovní neschopnosti a případné invalidizace doplňuje zdravotní závažnost tohoto onemocnění.

Epidemiologie

Celosvětová prevalence onemocnění virovou hepatitidou typu C (VHC) je 3%. Odhaduje se, že na světě žije 180–200 miliónů infikovaných osob touto nákazou. Jenom v Evropě žije 9 miliónů obyvatel s chronickou VHC a prevalence se pohybuje od 0,5 % do 3,5 %. Nejvyšší výskyt VHC je hlášen ze států středomořského regionu, zvláště pak z Itálie. Také zastoupení jednotlivých genotypů viru hepatitidy C se mění. Například v západní Asii je nejčastější genotyp 3, v jiho-východní Asii genotyp 1. V Evropě a Americe se nejčastěji vyskytuje genotyp 1 (G1) s tím, že v Evropě začíná postupně narůstat také význam genotypu 3. V České republice se prevalence VHC považuje za nízkou. Poslední údaje o prevalenci v ČR jsou z serologického přehledu, provedeném v roce 2001, kdy uváděný údaj je 0,2 %. Od této doby nemáme žádný novější a relevantní údaj o prevalenci VHC a můžeme se jenom domnívat, že bude vyšší. Nejčastějším genotypem je G1 (66 %), nejčastěji subtyp G1b a G3 (31,1 %), následovaný G4 (2,4 %) a G2 (0,5 %). V ČR neexistuje žádný screening populačních skupin, jako je například vyšetřování „baby boomers“ v USA. Je otázkou, zda nedochází k vzestupu prevalence také u nás a skutečná data nejsou vyšší, než oficiálně uváděné. Porovnáme-li naše poslední údaje o prevalenci z roku 2001 s recentními daty například ze Slovenska z roku 2010 a 2011, vidíme vyšší prevalenci na Slovensku. Z necelých 5 tisíc vyšetřených osob bylo 1,41 % pozitivních na přítomnost anti-HCV protilátek (známka prodělané VHC) a 0,7 % osob HCV RNA pozitivních (známka chronické VHC). V absolutních počtech se jedná o 57 000 respektive 35 000 osob na Slovensku. V porovnání s ostatními virovými hepatitidami, byla hlášená incidence za posledních 10 let, v letech 2004–2013 nejvyšší právě u VHC, kdy každý rok je hlášeno 709–1022 nových případů VHC. Věko-

vě specifická nemocnost v roce 2012 byla nejvyšší v kategorii 30–34 let (22,22/100 tisíc), 25–29 let (18,84/100 tisíc) a 35–39 let (16,72/100 tisíc). Podobně jako v jiných zemích lze také u nás očekávat postupný nárůst nemocnosti u osob starších 40 let, které se nakazily v době, kdy se na VHC běžně nevyšetřovali dárci krve a orgánů ani krevní produkty a teprve nyní se u nich začínou objevovat první příznaky chronické VHC. Testování na přítomnost HCV infekce u dárců krve a orgánů byla u nás zahájena až v roce 1992. Někteří autoři hovoří dokonce o blížící se pandemii chronické VHC u dospělých osob. Stále nejvyšší podíl pacientů s VHC u nás tvoří injekční narkomani. Počet případů VHC mezi narkomany postupně narůstá od 48 % v roce 1997 po 65,2 % v roce 2012.

VHC – progresivní onemocnění se závažnými následky

Akutní VHC probíhá většinou zcela asymptomaticky a uniká tak pozornosti. U 15–25 % pacientů dochází ke clearance viru hepatitidy C (HCV RNA). Riziko přechodu do chronické formy je při tom vysoké a nastává v 75–85 % případů. Jaterní cirhóza se pak u 10–20 % pacientů vyvine během 20 a více let a u 1–4 % případů dochází ke vzniku hepatocelulárního karcinomu, kdy třetina postižených umírá během prvního roku po stanovení diagnózy karcinomu. Riziko dekompenzace chronické VHC roste od 5 % do 30 % od 1 roku do 10 let po stanovení diagnózy cirhózy. Jsou známé faktory asociované s progresí jaterního postižení, mezi které patří vyšší věk (nárůst po 45 roce), mužské pohlaví, koinfekce HIV nebo virem VHB, obezita a jaterní steatóza, diabetes 2. typu, poruchy imunity, kouření, vyšší konzumace alkoholu nebo vyšší stupeň jaterní fibrózy v iniciační jaterní biopsii. Závažným následkem chronické VHC je pak jaterní selhání s jedinou možnou léčbou v podobě transplantace jater. VHC patří celosvětově mezi nejčastější indikace transplantací. Předpokládá se, že v ČR je 15,6 % všech transplantací z důvodu VHC. Přitom jen malá část pacientů s VHC je rozpoznána a včas léčena. Přibližně 20–50 % pacientů není vůbec diagnostikováno a léčeno. Jednou z překážek včasné diagnostiky a zahájení léčby je nízké uvědomění a edukace u lékařů spolu s nedostatečným skríníngem. Další významnou překážkou je neodeslání pacienta na odborné vyšetření. Proto by na možnost onemocnění VHC myslet každý praktický lékař a správně a včas indikovat vyšetření anti-HCV protilátek u vybraných pacientů, s následným odesláním na další odborné vyšetření.

Indikace k vyšetření protilátek anti-HCV u praktického lékaře

Vyšetřením protilátek si lze ověřit a stanovit diagnózu infekce VHC s následným vyšetřením přítomnosti HCV pomocí PCR pak diagnostikovat chronickou formu onemocnění. Praktický lékař by měl indikovat a provést vyšetření protilátek vždy, když má podezření na předchozí, nepoznanou asymptomatickou infekci VHC, která nyní může probíhat jako chronické onemocnění. Mezi osoby s vysokým podezřením a mírou rizika předchozí infekce VHC patří:

- osoby s anamnézou injekční aplikace drog (i v případě jedné aplikace před lety),
- osoby, které dostali krevní transfúzi, krevní deriváty po operacích, úrazech, porodech, potratech před rokem 1992,
- příjemci orgánových transplantátů před rokem 1992,
- hemofilici léčení před rokem 1987,
- HIV pozitivní osoby,
- osoby s anamnézou hemodialýzy,
- osoby s elevací aminotransferáz,
- děti narozené HCV pozitivním matkám (testovat po 18. měsíci věku),
- sexuální partneři HCV pozitivní osoby,
- zdravotníci a osoby, kteří se poranili injekční jehlou.

U všech anti-HCV pozitivních osob je pak nutné indikovat PCR vyšetření na HCV RNA. PCR vyšetření by se mělo také provést u osob s negativním anti-HCV výsledkem vyšetření, pokud se jedná o osoby s imuno-kompromitovaným stavem. Prvním signálem pro vyšet-

ření protilátek proti HCV může být také elevace jaterních testů. Stává se, že právě u těchto pacientů bývá elevace vysvětlována pravděpodobnou steatózou jater, obezitou, toxickým vlivem užívaných léků nebo vyšší konzumací alkoholu a nepomýšlí se na možnou infekci VHC.

Závěr

Virová hepatitida typu C je závažným onemocněním s velkým dopadem do oblasti veřejného zdravotnictví. Vzhledem k tomu, že dosud stále chybí účinná vakcína proti VHC, je včasná a optimální léčba chronické infekce nutností z celopopulačního pohledu. VHC může být, na rozdíl od HIV nebo VHB infekce, vyléčena. Aby mohla být včas zahájena léčba, snížilo se tak riziko progresu onemocnění a zlepšila se kvalita života nemocných, musí být včas stanovena diagnóza. Zde sehrává velkou úlohu právě praktický lékař, který by měl na tuto možnost onemocnění myslet a jako první vyšetřit protilátky u osob s rizikovými faktory. V důsledku stárnutí populace bude vážnost dopadu onemocnění VHC na zdravotnický systém narůstat. Na možnost chronické hepatitidy C bychom měli myslet daleko častěji, než je tomu doposud. Lze očekávat, že pandemie tohoto onemocnění bude kulminovat v roce 2018, tím jak bude přibývat osob v minulosti nakažených, u kterých se teprve nyní začínají objevovat následky nemoci. Po vyšetření protilátek, v případě positivity, bychom pak měli pacienta co nejdříve odeslat ke specialistovi.

Literatura

- Messina JP, et al. Hepatol. 2014;
 Schréter I., Klin Mikrobiol Inf Lék 2007
 EPID projekt 2010-2011, data on file
 Chen SL, Morgan TR. Int J Med Sci 2006;3:47-52
 Šperl et al., Gastroenterologie a hepatologie, 2013
 McGowan CE, et al. Liver Int 2012;32(Suppl 1):151-6.
 EASL Recommendations on Treatment of Hepatitis C 2014.
<http://files.easl.eu/easl-recommendations-on-treatment-of-hepatitis-C.pdf>. Accessed July 2014

Diskrétní a spolehlivé vložky Molimed pro kvalitnější život Vašich pacientek



Zdravá pokožka

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



Spolehlivé a bez zápachu

Třívrstvé savé jádro pohltí moč i nežádoucí zápach.



Dermatologicky testováno

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



Více pohodlí

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



Pro více informací a **VZORKY ZDARMA** pro Vaše pacienty volejte na bezplatnou infolinku **800 100 333** nebo navštivte www.hartmann.cz



pomáhá léčit.



Když selže prevence i méně invazivní léčba, existuje stále účinná metoda? Závažná inkontinence ani u mužů není tabu

prof. MUDr. Dalibor Pacík, CSc.

Urologická klinika FN Brno, Lékařská fakulta MU, Urologie prof. Pacík, s. r. o.

Laická veřejnost (a nejenom laická) má problém inkontinence spojen především s ženským pohlavím a přitom tento závažný příznak postihuje stejně tak i pohlaví mužské.

Definice i klasifikace tohoto onemocnění se vyvíjely v průběhu let adekvátně vývoji medicíny a za poslední definici mezinárodní společnosti pro kontinenci (ICS) lze považovat formulaci stížnosti „na jakýkoliv vůlí neovladatelný únik moči“ a navzdory veškerému vývoji je konvenční dělení na inkontinenci stresovou, urgentní, reflexní a paradoxní ischurii možno stále považovat za klinicky velmi praktické. Inkontinence moči je problémem velmi častým a evropské epidemiologické studie udávají až 16% výskyt což samo o sobě znamená, že se jedná o velmi závažný medicínský, zdravotní, hygienický, společenský a neváhám dodat i ekonomický problém. Je to onemocnění kvality života, které sice neboli ani se na něj neumírá, ale velmi špatně se s ním žije a jak špatně ví především ten, koho se osobně týká. Vážný problém močové inkontinence bez perspektivy horizontu jeho vyřešení může vést nejenom k suicidálnímu pokusu, ale bohužel i k dokonané sebevraždě.

Mohu dokumentovat případ z vlastní klinické praxe, kdy v polovině 90 let zamítavé stanovisko revizního lékaře k implantaci močového svěrače u sice 76 letého (ale v perfektním biologickém stavu) muže s těžkou formou močové inkontinence po prostatektomii (zdůvodněné pokročilým věkem pacienta) vedlo z naší strany k sice poměrně vleklé, ale vytrvalé a nakonec úspěšné stížnosti o přehodnocení tohoto stanoviska, které se dostalo až na úroveň tehdejšího ředitele VZP a skončilo nakonec kladným stanoviskem a povolením implantace. Když jsem tuto radostnou zprávu volal praktickému lékaři pacienta, sdělil mi bohužel naopak smutnou informaci, že se pacient před několika týdny oběsil a jako důvod sebevraždy svému lékaři uvedl, že již nevěří, že se tento problém (který ho těžce vyřazoval z běžného života) podaří vyřešit.

Výskyt močové inkontinence u mužů narůstá s věkem a v 8. decenniu dosahuje až pozoruhodných 32%. Příčiny mohou být velmi pestré a různorodé, od vrozených vad, přes různá více či méně léčitelná až vyléčitelná onemocnění (enureza, záněty močových cest, diabetes mellitus, neurologická postižení) až po příčiny spočívající v defektu svěračového mechanismu po operacích prostaty.

Poslední z nich představuje stresovou inkontinenci (ISD), kdy k úniku moči dochází tehdy, když tlak v močovém měchýři převyší odpor výtokové části močového měchýře i uretry. Jedná se o stavy po operacích prostaty pro

nezhoubné zbytnění (BPH), kdy se výskyt inkontinence (ať je operace prováděna otevřeným přístupem nebo endoskopicky) pohybuje mezi 0,5–3,5% a po radikální prostatektomii pro karcinom prostaty, kdy se výskyt inkontinence pohybuje mezi 1–62% (ať je operace prováděna konvenčně, laparoskopicky nebo s robotickou asistencí). Ten velký udávaný rozptýl výskytu inkontinence jistě záleží na pokročilosti nádoru, technice operace, zkušenostech operátora, kdy v centrech, které s operací mají větší zkušenosti je výskyt při té dolní udávané hranici a naopak.

Spektrum možných léčebných metod je poměrně široké od těch nejméně invazivních až po ty nejinvazivnější. Každá má svoje indikace, očekávaný efekt i limitace.

- **rehabilitace** – je důležitou součástí pooperační rekonvalescence, kdy mírná forma inkontinence je spojena s nedostatečnou svalovou silou příčně pruhovaného svěrače (nikoliv jeho poškozením) a lze do 12 měsíců od operace (někdy až do 24 měsíců) očekávat příznivý efekt
- **medikamentózní léčba** – zde moderní medicína úspěchy zatím neslaví. I když u žen existuje preparát duloxetin, který má příznivý efekt v léčbě lehké stresové inkontinence (v ČR však registrován není) u mužů k této léčbě indikován není
- **injikovatelné látky** – byly a jsou užívány různé látky (teflon, kolagen, silikon, autologní tuk, autologní chondrocyty, polyakrylamid, kopolymer kyseliny hyaluronové, polydimetylsiloxan.). Jejich účinek je omezený, často krátkodobý a často byla třeba opakovaná aplikace (mimo jiné zvyšující náklady výkonu). Pokud se týká efektu není mezi nimi zásadní rozdíl a k definitivnímu vyléčení zpravidla nevedou
- **implantáty** lze rozdělit mezi pásy a umělý svěrač
 - **pásy** jsou fixní (InVance.) nebo adjustovatelné (Remex, ATOMS, Argus.). V principu působí kompresi močové trubice, není mezi nimi zásadních rozdílů, studie jsou většinou malé a krátkodobé (nejdelší doba sledování 4 roky u těch nejstarších), nejsou vhodné u pacientů po ozáření, u adjustovatelných nejsou zatím přesvědčivé důkazy, že jsou efektivnější než ty fixní a mají zatím poměrně vysokou míru explantace. Hodnocení úspěšnosti velmi záleží na definici (žádný únik a žádná potřeba pomůcek anebo „měkkí“ normy, které přináší „lepší“ výsledky) a jsou horší než u svěrače, který funkčně představuje nejlepší alternativu napodobující fyziologický systém.
 - **Umělý svěrač AMS 800** existuje v téměř nezměněné podobě již od svého uvedení v 70 letech. Jedná se o hydraulický systém naplněný izotonickým roztokem,

který přečerpává tekutinu mezi pumpičkou (uloženou ve skrotu), manžetou (uloženou kolem bulbární části močové trubice, výjimečně hrdla močového měchýře) a tlakovacím balonkem (uloženým v dutině břišní). Aktivovaný systém svou naplněnou manžetou působí okluzi močové trubice a zajišťuje tak kontinenci. Při pocitu nucení na močení si pacient přes kůži vyhmatá pumpičku v šourku a jejím několikerým stisknutím otevře manžetu a umožní vyprázdnění močového měchýře. Tlakem tekutiny je pak zajištěno automatické znovu naplnění okludující manžety.

Technika implantace se také vyvíjela od standardního přístupu (perineálně s přídatnou incizí v hypogastriu), přes techniku transkorporální, implantaci dvou manžet místo jedné až po nejmladší techniku transskrotální (která umožňuje z jedné incize současnou implantaci inflatabilní penilní protézy), ale v zásadě co do efektu mezi nimi není významný rozdíl. Implantace je indikována u těžší ireverzibilní poruchy močové kontinence po operaci prostaty (kde vede k významnému zlepšení těžce narušené kvality života), vyžaduje určitou mentální úroveň (schopnost pochopit ovládání zařízení) a bazální manuální zručnost (muž s ochrnutím horních končetin je zcela nevhodným kandidátem). Úspěšnost dosažení kontinence je vysoká (uváděna až 90–95%), důležité je realistické očekávání výsledku a je použitelná a efektivní i při stavech po radioterapii doprovázející operaci prostaty adjuvantně.

Po implantaci je svěrač na dobu hojení, obvykle 8 týdnů, deaktivován.

K nejobávanějším komplikacím provázejícím operaci patří infekce (které se řadou opatření snažíme předejít a u nerizikové skupiny u primoimplantací se pohybuje mezi 1–3 %) a eroze močové trubice (může vzniknout při instrumentaci močovou trubicí bez deaktivace svěrače a následně vyžaduje explantaci svěrače). Dlouhotrvajícím tlakem manžety může dojít k určité atrofii tkáně, která časem zhorší úroveň dosahované kontinence (řešitelná je revizí a implantací manžety menšího obvodu nebo druhé přídatné manžety). Minimalizaci komplikací přináší rovněž koncentrace výkonů do center, které s operací mají více zkušeností. K implantaci svěrače jsou Českou urologickou společností i VZP akreditována dvě centra: urologická klinika FN Brno a urologická klinika VFN Praha.

Hydraulické zařízení je zařízením technickým, jehož funkce může časem selhat (může dojít k úniku tekutiny či poruše systému pumpičky – obojí vyžaduje operační revizi s výměnou svěrače).

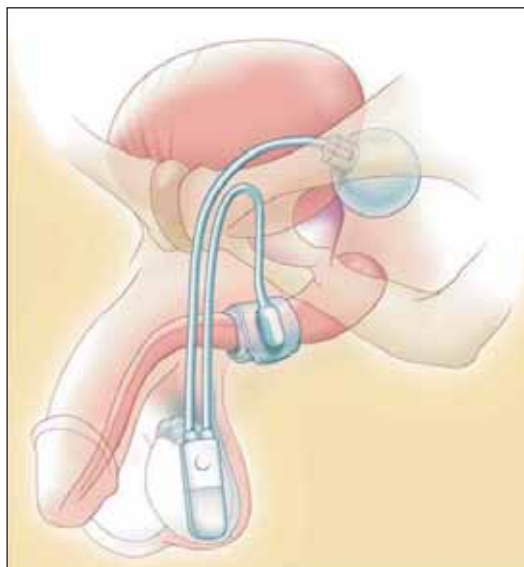
K nejvýznamějším kontraindikacím patří jakákoliv infekce (v moči i okolním terénu), recidivující infravesikální obstrukce, která není trvale vyřešitelná (a bude vyžadovat opakované instrumentace) a močový měchýř s malou kapacitou a malým objemem (který může vést nakonec i k poškození funkce ledvin).

Močový svěrač představuje hydraulické zařízení, které umožňuje uspokojivě řešit závažnou močovou inkontinenci po operaci prostaty, které je plně pod pacientovou kontrolou a nejvíce napodobuje fyziologickou funkci.

Umělý svěrač močové trubice

AUS AMS 800 – inflatabilní silikon –elastomerové zařízení, plněné tekutinou, k léčbě inkontinence po chirurgických výkonech na prostatě

Simuluje normální funkci svěrače, plně pod pacientovou kontrolou





Virová Hepatitida E

MUDr. Adam Herber

Fakultní nemocnice v Lipsku

Virová Hepatitida E

Virová hepatitida E byla dlouho považována za onemocnění rozvojových zemí tropického pásu, kde byla příčinou rozsáhlých epidemií akutní hepatitidy, obzvláště v souvislosti se záplavami nebo v uprchlických táborech (1,2). V tropickém pásmu se odhaduje roční výskyt více než 3 miliónů symptomatických infekcí, z nichž až 70.000 končí smrtí (3). Světová zdravotnická organizace uvádí celkem 20 miliónů infikovaných ročně. V posledních letech se ale ukazuje, že virus Hepatitidy E (HEV) způsobuje akutní a chronickou infekci i v Evropě, severní Americe a Japonsku (4), nejčastěji jako zoonóza, jejímž hlavním primárním hostitelem je prase, ať už v zemědělském chovu či divoké. Zdravotnická pozornost vůči viru hepatitidy E se v současnosti výrazně zvyšuje, počet publikovaných prací na toto téma se v posledních sedmi letech více než zdvojnásobil (4). Cílem tohoto článku je stručně shrnout dosavadní poznatky o této infekci a jejím klinickém významu.

Virus Hepatitidy E

Již v sedmdesátých letech bylo zřejmé, že kromě viru hepatitidy A musí existovat ještě jiný fekálně–orálně přenosný virus způsobující akutní hepatitidu. Skupině dobrovolníků kolem ruského vědce Balayana včetně jeho samotného se v roce 1983 podařilo nakazit požitím extraktů ze stolice pacientů s akutní non–A–non–B–hepatitidou a následně virus ve své stolici elektron–mikroskopicky prokázat (5). Nukleová kyselina tohoto 27–34 nm velkého, neobaleného viru z rodu Hepevirus, jediného zástupce čeledi Hepeviridae, byla izolována v roce 1990, kdy byl virus také pojmenován a zařazen (6). Genotypy, které jsou schopné nakazit člověka, rozeznáváme 4, z toho genotyp 1 a 2 pouze u člověka, genotyp 3 a 4 i u zvířat (prase, vysoká zvěř, divoké prase, měkkýši, hlodavci), genotyp 5 je popisován pouze u ptáků (1).

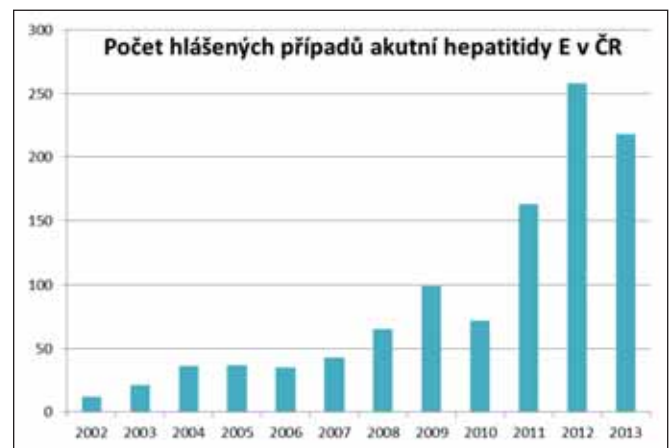
Nákaza

V rozvojových zemích se virus šíří oro–fekální cestou především infikovanou vodou v oblastech s nízkými hygienickými standardy. Nákaza je zde způsobena nejčastěji genotypem 1 (jihovýchodní Asie, většina Afriky) a 2 (Mexiko, části Afriky)(7). U většiny případů hepatitidy E ve vyspělých zemích se zdroj infekce nepodaří prokázat. Za velmi pravděpodobnou se považuje konzumace vepřového masa a zvěřiny. HEV, Genotyp 3 byl prokázán v potravinách produktech z vepřového masa v Evropě, Spojených státech a Japonsku. V jedné britské studii byl virus nalezen v 10 % párků, které byly testovány (8). I v civilizovaných zemích je možná nákaza kontaminovanou vodou

a potravinami, které s ní přišly do styku. Tak byly nedávno popsány pozitivní nálezy HEV v mořských plodech (9,10) nebo například jahodách (11). Kompletní inaktivace viru je možná po dosažení teploty $> 70^{\circ}\text{C}$ (12). Plošná detekce viru v potravinách není v praxi možná a neprovádí se. Přenos je možný také infikovanými krevními deriváty. Význam této transmise a nutná opatření se v současné době diskutují. Prevalence HEV–RNA–pozitivních krevních derivátů se udává mezi 1:1 200–8 000 (4). Jednotkově je dokumentována nákaza HEV–pozitivním orgánem při transplantaci (13). Plošné testování transplantátů ani transfúzí se neprovádí.

Séroprevalence a incidence

Dřívější studie udávaly ve vyspělých zemích séroprevalenci anti–HEV–IgG mezi 1–2 %. Tato z dnešního pohledu nízká čísla jsou přičítána nízké sensitivitě tehdejších testů. Aktuální údaje mluví o prevalenci mezi 16 % (jihozápadní Anglie) až 59 % (jihozápadní Francie)(4). Poslední studie v Německu z roku 2012 udává prevalenci 16,8 % u dospělých osob, nejvyšší ve věkové skupině 60–64 let (26 %), nejnižší u mladých dospělých, ve skupině do 35 let (5–8 %) (14). Počet hlášených onemocnění napříč evropskými státy stoupá. Tento nárůst je pozorován i v České republice z 12 hlášených případů v roce 2002 na 258 a 218 v roce 2012 resp. 2013 (Obr. 1). Sérologické studie z historických i aktuálních vzorků z Dánska (15), Anglie (16) a Německa (17,18) ale poukazují na stabilní, dokonce spíše klesající prevalenci. Lze tedy soudit, že za nárůstem hlášených onemocnění stojí i zvýšená lékařská pozornost vůči tomuto onemocnění a častější testování.



Obr. 1. Počet hlášených onemocnění akutní virovou hepatitidou E v České republice mezi lety 2002 a 2013 (<http://www.szu.cz/publikace/data>).

Akutní hepatitida E

Infekce virem hepatitidy E probíhá u imunokompetentních osob zpravidla asymptomaticky a k uzdravení dochází spontánně a bez následků. V jedné velké prospektivní čínské studii se manifestní akutní hepatitida vyvinula u < 5 % exponovaných (19). To je o něco více než odhady pro Evropu a infekci genotypem 3, kde se podíl symptomatických infekcí pohybuje okolo 1 % (20). Příznaky se rozvinou během 2–8 týdnů (nejčastěji 40 dní) od nákazy a jsou nespecifické v podobě chřipkovité myalgie, arthralgie, únavy a zvracení. Někteří pacienti mají ikterus, svědění, tmavou moč a světlou stolicí. V laboratorních testech vidíme zvýšení transamináz (ALT > AST), AP, γ -GT a bilirubinu. Nejčastěji onemocní starší muži (střední věk 60 let), cca 3:1 v poměru k ženám. Tento nepoměr není vyjasněn (4). Onemocnění se častěji manifestuje a probíhá závažněji u pacientů s již preexistujícím chronickým jaterním onemocněním. Průběh onemocnění je ve většině případů samolimitující, ale může přejít do fulminantní hepatitidy s jaterním selháním. Převážně v rozvojových zemích a infekcích genotypem 1 a 2 je popsána vysoká, až 25 % úmrtnost těhotných žen na následky jaterního selhání při infekci HEV(7, 21, 22). Tento fenomén také není zcela vysvětlen.

Chronická hepatitida E

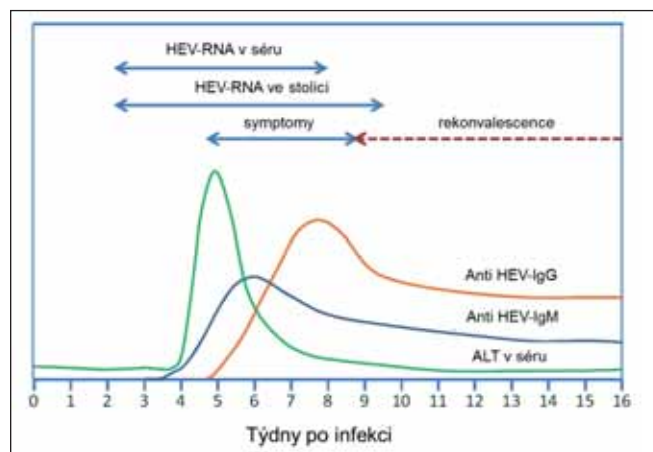
Významným poznatkem posledních let je existence chronické hepatitidy E. Ta byla poprvé popsána na kolektivu 14 pacientů po transplantaci jater nebo ledviny (23) a dle dnešních poznatků ohrožuje imunosuprimované pacienty právě po transplantaci solidních orgánů, pacienty s hematologickým maligním onemocněním a pacienty s HIV-infekcí. Příčinou se zdá být snížená imunitní odpověď HEV-specifických T-lymfocytů. U přibližně 60 % příjemců solidních orgánových transplantátů dojde ke chronifikaci hepatitidy E a až u 10 % z nich se pak během následujících dvou let vyvine jaterní cirhóza. Chronickou hepatitidou trpí 1–2,3% transplantovaných pacientů a doposud byly popsány výlučně chronické HEV-infekce genotypem 3, pouze jeden publikovaný případ genotypem 4 (4, 24). Za chronickou lze považovat infekci s pozitivní virémií po dobu delší než 3 měsíce.

Extrahepatální manifestace

Jak u akutní tak chronické hepatitidy E jsou popisovány manifestace onemocnění na jiných orgánových systémech. V popředí stojí asociace hepatitidy E a onemocnění nervového systému (polyradikulopatie, syndrom Guillain-Barré, bilaterální brachiální neuritida, encefalitida, proximální myopatie) a ledvin. Jedním z možných vysvětlení je indukce autoimunitních procesů. Tyto asociace jsou však vzácné (2–5 %) a jejich klinický význam zatím nejasný (1).

Diagnostika

Hepatitida E musí být součástí diferenciálně diagnostické rozvahy všech nejasných hepatitid, její diagnostika však není zcela bez obtíží. K dispozici jsou testy protilátek (anti-HEV-IgM, anti-HEV-IgG) jejichž specifita i senzitivita je však různá (25). K potvrzení infekce u pozitivního nálezu protilátek stejně jako u vysokého klinického podezření i přes negativní nález protilátek slouží polymerázová řetězová reakce (PCR) k přímému průkazu virové RNA a to jak v séru, tak ve stolici. U imunosuprimovaných pacientů velmi často k vytvoření protilátek nedochází a mělo by se u nich tedy dříve přistoupit k PCR. Rychlá diagnóza má nejen význam pro potvrzení příčiny onemocnění, ale i pro zahájení hygienických opatření a přípravy dalšího postupu u pacientů s fulminantním průběhem. Běžný časový souběh laboratorních abnormalit, tvorby protilátek a průkaznosti virové RNA je znázorněn na obrázku 2.



Obr. 2. Průběh onemocnění virovou hepatitidou E; zelená křivka: ALT v séru, modrá křivka: IgM protilátky proti viru Hepatitidy E, oranžová křivka: IgG protilátky proti viru Hepatitidy E. V horní části grafu je znázorněna doba, po kterou je zpravidla možný průkaz virové nukleové kyseliny (HEV-RNA) v séru respektive ve stolici a doba rekonvalescence, vše uvedeno v týdnech po infekci (upraveno dle 26).

Léčba a očkování

Ve většině případů, jak už bylo uvedeno, žádná specifická léčba není nutná. U pacientů s již existujícím jaterním onemocněním je však prognóza závažné akutní hepatitidy E špatná a tito pacienti profitují z léčby ribavirinem (27,28,). Stejně tak by měla být antivirální léčba nasazována u imunosuprimovaných pacientů s chronickou hepatitidou E, právě z důvodů rychlé progresy do jaterní cirhózy. U transplantovaných pacientů je před léčbou možné zvážení změny nebo redukce imunosupresiv, což až u 30 % pacientů vede k eliminaci HEV (29,30,31). V roce 2012 byla v Číně na základě třetí fáze klinické studie registrována očkovací látka proti hepatitidě E (19). Zároveň se v této studii ale ukázalo, že ani vakcínou indukované, ani infek-

cí získané protilátky nepropůjčují organismu sterilizující imunitu, symptomatické infekce v takových případech ale probíhají výrazně vzácněji (32). Kdy bude očkování komerčně dostupné v Evropě a zda bude stejně účinné i u genotypu 3 je zatím nejasné.

Souhrn pro praxi

Ve vyspělých zemích dochází k infekci virem hepatitidy E (genotyp 3 a 4) jako zoonózy a to především infikovaným

vepřovým masem a zvěřinou. Na hepatitidu E je nutné myslet u všech pacientů se zvýšenými transaminázami. Klinicky manifestní akutní hepatitidu E pozorujeme nejčastěji u mužů ve středním a vyšším věku, s významně zvýšenou smrtností u pacientů s preexistujícím chronickým onemocněním jater. U imunosuprimovaných osob dochází až v 60 % ke chronifikaci hepatitidy E a rychlé progresi jaterní cirhózy. Potvrzenou infekci je nutné hlásit a hospitalizovat na infekčním oddělení.

Zdroje:

1. Wedemeyer H, Pischke S, Manns MP: Pathogenesis and treatment of hepatitis E virus infection. *Gastroenterology* 2012; 142: 1388–97
2. Center for Disease Control and Prevention (CDC): Investigation of hepatitis E outbreak among refugees – Upper Nile, South Sudan, 2012–2013. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2013; 62: 581–6.
3. Rein DB, Stevens GA, Theaker J, et al. The global burden of hepatitis E virus genotypes 1 and 2 in 2005. *Hepatology* 2012; 55:988–997.
4. Dalton HR, Hunter JG, Bendall RP, Hepatitis E. *Curr Opin Infect Dis* 2013; 26:471–478
5. Balayan MS, Andjaparidze AG, Savinskaya SS, et al. Evidence for a virus in non-A, non-B hepatitis transmitted via the fecal-oral route. *Intervirology* 1983;20:23–31.
6. Reyes GR, Purdy MA, Kim JP, et al. Isolation of a cDNA from the virus responsible for enterically transmitted non-A, non-B hepatitis. *Science* 1990;247:1335–1339.
7. Kamar N, Bendall R, Legrand-Abravanel F, et al. Hepatitis E. *Lancet* 2012; 379:2477–2488.
8. Berto A, Martelli F, Grierson S, Banks M. Hepatitis E virus in pork food chain United Kingdom. *Emerg Infect Dis* 2012; 18:1358–1360.
9. Crossan C, Baker PJ, Craft J, et al. Hepatitis E virus genotype 3 in shellfish, United Kingdom. *Emerg Infect Dis* 2012; 18:2085–2087.
10. Donia D, Dell'Amico MC, Petrinca AR, et al. Presence of hepatitis E RNA in mussels used as bio-monitors of viral marine pollution. *J Virol Methods* 2012; 186:198–202.
11. Brassard J, Gagne MJ, Genereux M, Cote C. Detection of human food-borne and zoonotic viruses on irrigated, field-grown strawberries. *Appl Environ Microbiol* 2012; 78:3763–3766.
12. Emerson SU, Arankalle VA, Purcell RH. Thermal stability of hepatitis E virus. *J Infect Dis* 2005;192:930–933.
13. Schlosser B, Stein A, Neuhaus R, et al.: Liver transplant from a donor with occult HEV infection induced chronic hepatitis and cirrhosis in the recipient. *J Hepatol* 2011; 56: 500–2.
14. Faber MS, Wenzel JJ, Jilg W, et al.: Hepatitis E virus seroprevalence among adults, Germany. *Emerg Infect Dis* 2012; 18: 1654–7.
15. Christensen PB, Engle RE, Hjort C, et al.: Time trend of the prevalence of hepatitis E antibodies among farmers and blood donors: a potential zoonosis in Denmark. *Clin Infect Dis* 2008; 47: 1026–31.
16. Ijaz S, Vyse AJ, Morgan D, et al.: Indigenous hepatitis E virus infection in England: more common than it seems. *J Clin Virol* 2009; 44: 272–6
17. Pischke S, Heim A, Bremer B, et al.: Hepatitis E: An emerging infectious disease in Germany? *Z Gastroenterol* 2011; 49: 1255–7.
18. Wenzel JJ, Sichler M, Schemmerer M, et al.: Decline in hepatitis E virus antibody prevalence in Southeastern Germany, 1996–2011. *Hepatology* 2014; epub ahead of print.
19. Zhu FC, Zhang J, Zhang XF, et al. Efficacy and safety of a recombinant hepatitis E vaccine in healthy adults: a large-scale, randomised, double-blind placebo-controlled, phase 3 trial. *Lancet* 2010;376:895–902.
20. Pischke S, Behrendt P, Bock CT, Jilg W, et al.: Hepatitis E in Germany—an underreported infectious disease. *Dtsch Arztebl Int* 2014; 111: 577–83.
21. Kamar N, Bendall R, Legrand-Abravanel F, et al. Hepatitis E. *Lancet* 2012; 379:2477–2488.
22. Dalton HR, Bendall R, Ijaz S, Banks M. Hepatitis E: an emerging infection in developed countries. *Lancet Infect Dis* 2008; 8:698–709.
23. Kamar N, Selves J, Mansuy JM, et al. Hepatitis E virus and chronic hepatitis in organ-transplant recipients. *N Engl J Med* 2008;358: 811–817.
24. Geng Y, Zhang H, Huang W, et al.: Persistent hepatitis e virus genotype 4 infection in a child with acute lymphoblastic leukemia. *Hepat Mon* 2014; 14: e15618.
25. Wenzel JJ, Preis J, Schemmerer M et al. Test Performance Characteristics of Anti-HEV IgG Assays Strongly Influence Hepatitis E Seroprevalence Estimates *J Infect Dis* 2013; 207(3):497-500
26. Aggarwal R, Hepatitis E: clinical presentation in disease-endemic areas and diagnosis. *Semin Liver Dis* 2013 Feb;33(1):30-40.
27. Goyal R, Kumar A, Panda SK, et al. Ribavirin therapy for hepatitis E virus-induced acute on chronic liver failure: a preliminary report. *Antivir Ther* 2012; 17:1091–1096;
28. Pe'ron JM, Dalton H, Izopet J, Kamar N. Acute autochthonous hepatitis E in western patients with underlying chronic liver disease: a role for ribavirin? *J Hepatol* 2011; 54:1323–1324.
29. Pischke S, Hardtke D, Bode U, et al. Ribavirin treatment of acute and chronic hepatitis E: a single centre experience. *Liver Int* 2013; 33:722–726.
30. Pischke S, Steifel P, Franz B, et al. Chronic hepatitis E in heart transplant patients. *Am J Transplant* 2012; 12:3128–3133.
31. Pischke S, Steifel P, Franz B, et al. Chronic hepatitis E in heart transplant patients. *Am J Transplant* 2012; 12:3128–3133.
32. Zhang J, Zhang XF, Zhou C, et al.: Protection against hepatitis E virus infection by naturally acquired and vaccine-induced immunity. *Clin Microbiol Infect* 2014 Jun;20(6):O397-405

Nové testy na okultní krvácení

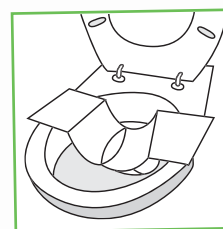
Quick FOB 75

cassettes

Cut off 75 ng/ml hemoglobinu



Společnost QuickSeal International uvádí na trh nové FOB testy s názvem **Quick FOB 75**, které jsou nastaveny na cut off 75 ng/ml. Splňují tak nová kritéria pro imunochromatografické testy na okultní krvácení, která stanovili zástupci lékařských společností na VIII. Jarní interaktivní konferenci SVL ČLS JEP. Podle odborníků je třeba standardizovat citlivost FOB testů tak, aby se předešlo falešně pozitivním výsledkům. Doporučili proto jednotné nastavení citlivosti v rozmezí 75–100 ng/ml, a to s platností od 1. ledna 2016. Při stanovení positivity testu je doporučeno provést kolonoskopické vyšetření. Testy **Quick FOB 75** francouzského výrobce Biosynex odpovídají těmto novým požadavkům již nyní.



Záchytná síťka na WC
v každém testu

Možnost dokoupení samostatných odběrových lahvíček.

CUBE

Rychlý Mobilní Přesný

- ▶ multifunkční analyzátor
- ▶ rychlý
- ▶ přesný
- ▶ cenově výhodný
- ▶ přenosný

Eurolyser CUBE je neuvěřitelně malý, ale jeho výkon je srovnatelný s velkými laboratorními systémy. Přístroj je vytvořen speciálně pro dnešní požadavky.

Eurolyser CUBE s aplikací pro systém android, která je vytvořena přesně na míru pro laboratoře, lékaře a pacienty, kteří očekávají od svého analyzátoru jen to nejlepší.

CRP, PT (INR), HbA1c, hsCRP, Cys C



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

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

 **QuickSeal**



POCT přístroje

MUDr. Otto Herber

Ordinace praktického lékaře, Kralupy nad Vltavou

Rozšiřování kompetencí praktických lékařů znamená úspory i efektivnější léčbu

Podpora moderních diagnostických metod, ověření jejich přínosu pro každodenní praxi v oblasti primární péče a rozšiřování kompetencí všeobecných praktických lékařů je cílem projektu PRO 21, který vznikl v roce 2013 na půdě Společnosti všeobecného lékařství ČSL JEP. O projektu a výhodách využití POCT přístrojů pro rychlou diagnostiku přímo v ordinaci lékaře jsme hovořili s MUDr. Otto Herberem, který provozuje ordinaci praktického lékaře pro dospělé v Kralupech nad Vltavou.

„Otázka kompetencí všeobecného praktického lékaře je zásadní pro poskytování kvalitní a operativní léčebně-preventivní péče v bezprostřední blízkosti pacienta, v jemu známém prostředí. Úzký kontakt s pacientem zvyšuje jeho ochotu spolupracovat i efektivitu terapie,“ říká Otto Herber. „V minulosti nebylo samozřejmostí, že praktik automaticky směl provádět měření CRP, INR či HbA1c. Protože chceme rozšiřovat možnosti všeobecného praktického lékaře i v jiných odbornostech nebo segmentech medicíny, vznikl na poli Společnosti všeobecného lékařství v roce 2013 projekt PRO 21. Zahrnuje několik pilířů, každý z nich se věnuje jiné problematice, ať už jde například o pletysmografii, screening plicních funkcí či o POCT metody v rámci urgentní medicíny a také biochemie,“ vysvětluje lékař.

Důvodem pro vznik projektu je podle něj snaha přiblížit medicínu pacientovi a udržet s ním úzký kontakt. „Je reálný předpoklad, že neustálým rozšiřováním a prohlubováním našich kompetencí a výkonnosti, tedy primární péče jako celku, dojde k dalším úsporám v systému zdravotnictví,“ zdůrazňuje Otto Herber. Projekt PRO 21 je časově neomezený a je otevřen pro aplikaci jakéhokoli přístroje s přínosem pro praxi. „Z praktického hlediska budeme vyhodnocovat využití přístrojů nebo nových technologií jednou ročně. S výsledky projektu se lékaři budou moci průběžně seznamovat na výročních konferencích SVL ČLS JEP i v odborných článcích, uveřejněných zejména v časopise Practicus,“ doplňuje předseda SVL doc. MUDr. Svato-pluk Býma, CSc.

V rámci projektu PRO 21 nyní Otto Herber ověřuje ve své ordinaci přínos kompletního biochemického vyšetření na přístroji Samsung Labgeo PT 10, který umožňuje analýzu patnácti hodnot v krevním séru současně. Celkově přístroj poskytuje 22 druhů analýz (16 klinicko-chemických a 5 elektrolytických), přičemž pracuje se vzorkem krve, z kterého si automaticky odstředí sérum. V rámci komplexního přístupu při vyšetření bylo do spektra rozborů zařazeno i hodnocení krevního obrazu na přístroji Samsung Labgeo HC 10. „Ve své praxi využívám tyto přístroje především při preventivních prohlídkách v rámci pracovnělékařské služby. Náklady na rozbor biochemie a krevního obrazu v těchto případech nese zaměstnavatel vyšetřovaných osob. Úspora pracovního času zaměstnanců je totiž významná. Závěry prohlídky jsou kompletní při jedné návštěvě. Čas ale ušetříme i v ambulanci tím, že se k nám pacient již nevrací další den po odběrech. Odpadá také následné telefonování či elektronické zasílání výsledků a zpráv. Díky tomu stále přibývá i samoplátců, neboť mnozí lidé nechťejí a mnohdy z pracovních důvodů nemohou opakovat návštěvu lékaře. A z klinického hlediska je samozřejmě vynikající, když můžete vydat závěr během jednoho setkání s klientem. Odběry také využívám v akutních případech, pak náklady nesu sám,“ uzavírá Otto Herber.



V rámci projektu PRO 21 budou lékaři hodnotit přínos biochemického vyšetření na přístroji **Samsung Labgeo PT 10**



MUDr. Otto Herber zařadil do spektra rozborů rovněž hodnocení krevního obrazu na přístroji **Samsung Labgeo HC 10**

PRO 21: **Projekt rozvoje ordinací v 21. století SVL ČLS JEP**

Východiska: V osmdesátých letech minulého století zdravotní systém v ČSSR přisoudil praktickým lékařům roli administrátora a dodavatele do specializované medicíny, který pro výkon práce nepotřeboval prakticky žádné technické vybavení. Renesance oboru v 21. století je přirozenou reakcí na iracionální potlačení úrovně služeb primární zdravotní péče. Potřeba zefektivnit zdravotní péči a uvolnit ruce specializované medicíně řešením „banálních“ případů, efektivním klinickým rozhodováním o potřebě sekundární péče, včasnou diagnostikou civilizačních chorob a jejich dispenzarizací se projevuje i v rozvoji vybavení praxí VPL. Technologický vývoj přivádí do ordinací POCT techniku a další přístroje stále vyšší kvality, za rozumnější ceny. Rozvoj vybavení praxí se zrychluje a technika, dříve představitelná jen na specializovaných pracovištích, se dnes nabízí i do primární péče a VPL.

Cíl: Cílem projektu je uvést do prostředí primární péče nové přístrojové metody a v pilotních praxích ověřit jejich přínos pro diagnostický proces, průchodnost a efektivitu jejich využití v každodenní praxi, včetně hodnocení ekonomické efektivity. V dlouhodobém horizontu pak posilovat kompetence VPL a přinášet podklady pro rozšíření palety přístrojových výkonů, nasmlouvatelůných pojišťovnou. Výstupem by mělo být:

- vyhodnocení kvality a bezpečí nově poskytované LPP,
- vyhodnocení ekonomických podmínek nově poskytované LPP,
- získání potřebných podkladů pro ZP,
- publikace výsledků na konferencích, v odborných časopisech, učebnicích, aj.,
- kvalifikovaná účast zástupců testovacích pracovišť na jednáních s ZP, SUKL a MZČR.

Z hlediska systému zdravotní péče v ČR by projekt měl přispět zejména k racionalizaci dílčích činností LPP, a to jak diagnostiky při preventivní péči, tak při běžné diagnostice nebo při akutní péči. Využití laboratorní diagnostiky přímo v ordinaci VPL napomůže při poskytované farmakoterapii, jakož i před odesláním pacientů k následné péči ke specialistům či k hospitalizacím. Jistě se bude jednat o zvýšení komfortu pacientů a tedy o posílení vzájemného vztahu pacient–lékař včetně větší aktivace pacientů k preventivní péči. Při využití této technologie, zejména v plošném měřítku, lze očekávat i finanční úspory ve zdravotnickém systému.

Metodika: Projektový tým ve složení MUDr. Otto Herber, Kralupy nad Vltavou, a MUDr. David Halata, Hošťálková u Vsetína, byl na základě realizace dílčího úkolu projektu PRO 21 pověřen SVL ČLS aplikací přístroje Samsung Labgeo PT 10.

Volba těchto pracovišť je záměrná. Jedná se o odlišné praxe z hlediska skladby pacientů. Bude tak sledována skupina osob, resp. pacientů ve středně velkém městě s převahou zaměstnanců v chemickém průmyslu a zároveň na venkovské praxi s menší hustotou osídlení.

Popis přístroje LABGEO PT 10

Na, K, Cl, Ca, tCO ₂	(5 parametrů)
Glukóza, močovina, kreatinin, celková bílkovina, albumin	(6 parametrů)
AST, ALT, GMT, ALP, Bilirubin celkový, Bilirubin přímý, amyláza	(7 parametrů)
HDL-chol, cholesterol, Triglyceridy	(3 parametry)
Glykovaný hemoglobin	(1 parametr)

Cena přístroje 98 000 Kč s DPH.

Cena jednoho parametru je přibližně 30–45 Kč s DPH.

Nákup přístrojů realizovala odborná společnost všeobecného lékařství. Přístroje zůstanou po dobu projektu v majetku odborné společnosti. Ingredience nutné pro provoz testovaných přístrojů hradí testovací pracoviště. Náklady spojené s externí kontrolou a povinnou údržbou přístroje nese dodavatel laboratorního zařízení.

Přínos pro praxi:

- operativnost, tzn. výsledky jsou k dispozici za 7 minut po odběru
- nedochází k znehodnocení nebo ztrátě vzorků
- nedochází k záměně vzorků

Období pro testování přístroje: Abychom zamezili výkyvům ve frekvenci vyšetření během roku, bude sledované období 12 měsíců, tj. od 1. 11. 2014 do 30. 10. 2015.

Závěr: Rychlé a přesné stanovení diagnózy je zásadním požadavkem moderního přístupu k další léčbě pacienta. Zkrácení analytické fáze je významným prvkem pro volbu této metody jak z hlediska časové úspory po všech stránkách, tak z hlediska operativní diagnostiky. Nezanedbatelné je snížení nákladů pro plátce, tj. pro zdravotní pojišťovny i pro zaměstnavatele.



Uplatnění moderních technologií v ordinacích praktických lékařů je stále širší



Analyzátor Samsung LABGEO PT 10 dokáže stanovit až 22 parametrů

převzato z časopisu QuickSeal times

detralex®

MPFF® - mikronizovaná, purifikovaná flavonoidní frakce

VĚTŠÍ 120 TABLET BALENÍ



PRO ZDRAVÉ NOHY PO CELÝ ROK



JEDINÝ LÉK
SE STUPNĚM DOPORUČENÍ
v nových mezinárodních Guidelines¹



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

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

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





Hemoroidální onemocnění v otázkách a odpovědích

MUDr. Soňa Hořínková

Chirurgické oddělení, Nemocnice TGM Hodonín

1) Zůstává téma hemoroidálního onemocnění mezi pacienty ještě stále „tabu“?

„Většinu pacientů přivede do proktologické poradny krvácení z konečníku – v rámci osvěty kolorektálního karcinomu konečníku – spíše tedy z obavy z rakoviny než hemoroidů. Naštěstí ve větším podílu – asi 90 % – jsou diagnózy ve smyslu benigního onemocnění konečníku.“

2) Jaký je současný výskyt hemoroidálního onemocnění v České republice? Existují ve výskytu HD rozdíly mezi muži a ženami?

„Literatura udává 60 % dospělé populace postižené HD, častěji u žen než u mužů. Některé zdroje uvádějí, že četnost onemocnění je vyšší v evropských zemích než na americkém kontinentě.“

3) Existují sezónní výkyvy výskytu atak HD?

„Sezónní výskyt atak je sporadický, s větším množstvím perianálních trombos se setkávám v době jarních a letních měsíců, zvláště u sportovců, zejména cyklistů.“

4) Pozorujete ve své praxi zvýšený výskyt u mladší populace v souvislosti se změnou životního stylu?

„S rozvojem civilizace četnost onemocnění narůstá a původní věková hranice 40 let se posouvá dolů, tedy k 30 letům i méně. Vzhledem k tomu, že za jednu z hlavních patogenetických příčin vzniku HD je považován zvýšený intraluminální krevní tlak v distální části konečníku, který je potencován sedavým zaměstnáním – ať už u počítače nebo za volantem auta – vysvětluje se tím právě snižování hranice věku onemocnění.“

5) A co genetická predispozice?

„Ano, literatura udává také dědičnou predispozici tak jak uvedeno v patogenezi žilních onemocnění komplexně. Hemoroidální onemocnění je ve své podstatě onemocněním arterio-venosních sinusů.“

6) Jak může praktický lékař vyzorovat, že by jeho pacient mohl mít potíže s hemoroidy, ale stydí se o nich mluvit?

„Asi nejlépe vhodnými otázkami týkajícími se vyprazdňování, neboť pro život je důležitý jak příjem potravy, tak i fyziologické vylučování.“

7) Existuje souvislost mezi varixy na dolních končetinách a varixy v hemoroidální pleteni?

„Ano, obě onemocnění – chronické žilní onemocnění dolních končetin i hemoroidální onemocnění – mají podobnou patofyziologii, v níž hlavní roli hraje žilní hypertenze a zánět. Stejně jako u varixu DKK platí i v hemoroidální pleteni hemodynamická teorie. Vysvětluje vznik zánětu v cévní stěně v oblasti cavernosního tělesa (submukosně uložené arteriovenosní pleteně v anu) postižením cévní stěny nedostatkem kyslíku. Následně dochází k uvolnění mediátorů zánětu a vzniká známá kaskádovitá reakce s klinickými projevy – otokem, zarudnutím, bolestivostí.“

8) Jaké jsou současné diagnostické možnosti HD?

„Důležitá je souhra vyšetření. Na prvním místě anamnestické údaje spojené s vyšetřením aspektů. Digitální vyšetření anoskopií, rektoskopií, sigmoideoskopií a kolonoskopií provádíme hlavně k vyloučení synchronního onemocnění při enterorrhagiích.“

9) Myslíte, že je dostatečná informovanost mezi širokou veřejností o hemoroidálním onemocnění, resp. o riziku podcenění včasné diagnostiky případného karcinomu konečníku?

„Myslím, že informovanost obyvatelstva se stále zlepšuje. Výpovědní hodnotou je narůstající počet pacientů k vyšetření jak v ambulancích praktických lékařů, tak ve specializovaných poradnách.“

10) Jaké možnosti moderní léčby HD nabízí jednodenní chirurgie?

„Jednodenní chirurgie dnes nabízí širokou škálu semiinvasivních technik, ať již laserová koagulace nebo radiofrekvenční ablace, ale také řešení pomocí stapleru či další instrumentální výkony harmonickým skalpelem – tyto techniky jsou ale již ekonomicky náročnější.“

11) A co když se pacient operace bojí. Existuje pro něj jiné řešení?

„Každý se bojí v podstatě jakéhokoliv zákroku a každý má jiný práh bolestivosti. Pro tyto pacienty je pak vhodnější ošetření za hospitalizace ve spinální nebo celkové anestezii.“

12) Vidíte nějaký přínos konzervativní léčby v léčbě HD?

„Přínos konzervativní terapie je u HD zásadní. Stojí na prvním místě v léčbě hemoroidů I. a II., někdy také III. stadia. Konzervativní terapie – úprava životosprávy, lokální terapie (ošetření místo bolestivosti pomocí čípků, mastí, koupelí) a užívání venofarmak pro celkovou podporu žilní stěny a potlačení zánětu – tvoří komplex úspěchu léčby HD. Z venofarmak se nám v proktologické poradně nejvíce osvědčil Detralex (mikronizovaná frakce diosminu a hesperidinu), který dle mého názoru má nezastupitelné místo v terapii perianálních trombóz. Rychle zmírňuje bolest a krvácení u akutních atak (doporučujeme intenzivní dávkování až 6 tablet denně). Při chronickém užívání Detralexu pacienti trpí méně často recidivami, což potvrzuje protizánětlivý efekt tohoto léku. V komplexní léčbě HD je vždy ale potřeba spolupráce a chápavost dobře edukovaného pacienta.“

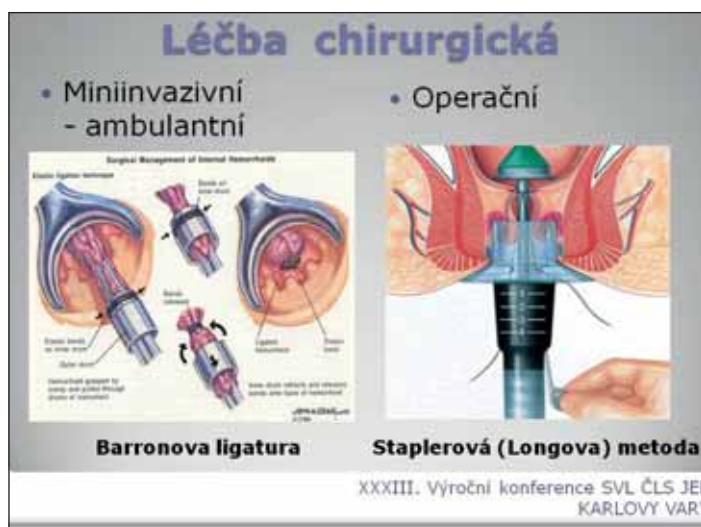
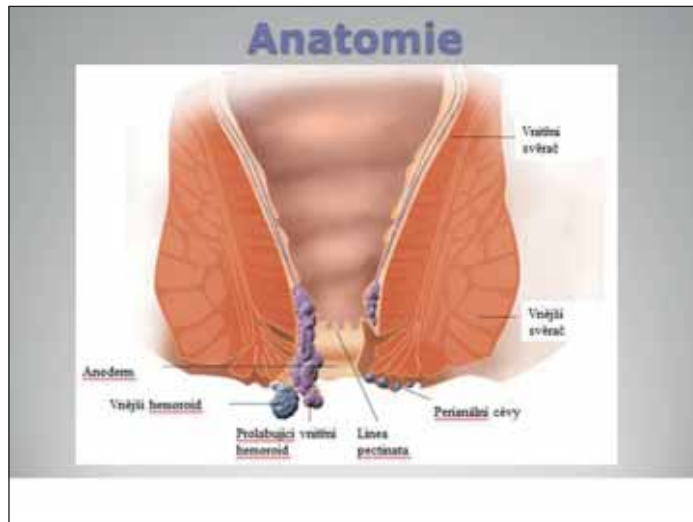
13) V poslední době se roztrhl pytel s různými potravinovými doplňky, co si o nich myslíte – má smysl jejich podávání v léčbě HD?

„Jak již říká samotný název, potravinový DOPLŇEK je určen k doplnění stravy zdravého člověka, v žádném případě není určen k léčbě onemocnění. Já sama se jejich doporučování bráním, protože v případě jakéhokoli možného vedlejšího účinku nese lékař plnou odpovědnost. Zejména je nutná opatrnost u těhotných žen, potravinové doplňky nemají garantovanou bezpečnost (a samozřejmě ani účinnost), nejsou schváleny SÚKLEM ani řádně registrovány k léčbě onemocnění.“

14) Co byste doporučila praktickým lékařům – jak komunikovat s pacienty s HD?

„Základem je laskavý a trpělivý přístup k pacientovi, úspěch terapie totiž v neposlední řadě záleží na ukázněnosti pacienta. Samozřejmě, jak již bylo řečeno dříve, stěžejní je anamneza a klinické a instrumentální vyšetření, které určí diagnózu a tomu odpovídající léčbu.“

vyšlo v Konferenčních novinách





Syndrom vyhoření a deprese u českých lékařů

prof. MUDr. Jiří Raboch, MUDr. Radek Ptáček

Psychiatrická klinika 1. lékařské fakulty UK a VFN v Praze

Syndrom vyhoření je definován jako stav emocionálního vyčerpání a depersonalizace, často spojený se ztrátou profesního zájmu nebo osobního zaujetí, vedoucího k poklesu efektivity práce (Freudenberger, 1980). Hlavními spouštěči syndromu vyhoření jsou chronický stres, permanentní časový tlak a vysoké emoční napětí (Maslach C et al. 2001). Syndrom vyhoření není důsledkem izolovaných zkušeností, ale je reakcí na postupné psychické vyčerpání a dlouhodobý stres. Nejčastější výskyt syndromu vyhoření se uvádí u osob, které mají náročný a intenzivní kontakt s lidmi, eventuálně osob, jejichž práce je stereotypní, neadekvátně ohodnocená atp. (Arigoni, F. et al., 2009).

Stres a syndrom vyhoření u lékařů a obecně pracovníků ve zdravotnictví je velmi aktuálním tématem (Ptáček a Raboch, 2013). Dle Shanafelta a kol. (2010) jsou projevy syndromu vyhoření a deprese nejvýznamnějšími prediktory závažných lékařských pochybení. Fakrekopf (2008) udává až šestinásobný výskyt profesních chyb u lékařů trpících depresemi. Syndrom vyhoření tak výrazným způsobem působí na výkon profese lékaře, čímž může negativně ovlivňovat zdraví pacienta, ale ohrožovat i celý systém zdravotnictví a důvěru v něj.

V roce 2013 jsme ve spolupráci s Českou lékařskou komorou realizovaly výzkumný projekt zaměřený na zmapování intenzity symptomů syndromu vyhoření a deprese. Použit byl strukturovaný dotazník a standardizované dotazníkové metody Shirom Melamed Burnout Measure (SMBM) a Beck Depression Inventory-II (BDI-II). Dotazníky byly rozeslány přibližně 30 000 lékařům (z celkového počtu 40 834 členů České lékařské komory), kteří používali e-mail, s žádostí o jejich elektronické vyplnění. Celkem odpovědělo 13 452 lékařů. Odpovědi nekompletní a inkonzistentní, byly z výzkumného souboru vyřazeny. Do závěrečného zpracování bylo zařazeno 7 428 lékařů (L). Největší skupinu dle oboru tvořilo 962 všeobecných praktických lékařů (VPL). Následovali internisté (880), anesteziologové (562), gynekologové (456), pediatři (404) a psychiatři (358). Největší skupinu dle oboru tvořilo 962 všeobecných praktických lékařů (VPL). Následovali internisté (880), anesteziologové (562), gynekologové (456), pediatři (404) a psychiatři (358). Tabulka č. 1 uvádí základní informace o pohlaví, věku, délce praxe, typu zaměstnavatele ve sledovaném souboru. Z hlediska věkového zastoupení se výzkumu účastnilo nejvíce lékařů v produktivním věku (25–60 let). Soubor VPL byl signifikantně starší. Z hlediska délky výkonu profese lékaře jsou všechny skupiny zastoupeny relativně vyrovnaně (průměrná délka praxe VPL je signifikantně delší). Převažujícím zaměstnavatelem celého souboru je stát nebo obec – celkem 54,3 %, lékařů, naproti tomu VPL nejčastěji mají vlastní praxi (65,9 %).

83,1 % lékařů celého souboru a 81 % VPL uvedlo, že se v určité míře cítí syndromem vyhoření ohroženo, 13 %

z obou souborů se pak syndromem vyhoření cítí „rozhodně“ ohroženo. Tab. 2 shrnuje distribuci celkového skóru syndromu vyhoření, hodnoceného dotazníkem SMBM. U 34 % lékařů z celého souboru a u 28 % (p 0,05) byly identifikovány symptomy syndromu vyhoření, které lze hodnotit jako průměrné až velmi závažné. Pouze 8 % lékařů celého souboru a 10 % VPL uvádí, že tyto symptomy nepocituje nikdy nebo jen velmi zřídka.

Při bližších analýzách jsme dále zjišťovali, které specifické faktory jsou nejvýznamnějšími prediktory intenzity syndromu vyhoření. Jako jeden z nejvýznamnějších lze označit obor výkonu lékařské profese. Statisticky nejvyšší intenzitu syndromu vyhoření vykazují chirurgické obory. Na prvním místě se umístila úrazová chirurgie, kde průměrný celkový skóre ve škále SMBM je o 2,5 standardní odchylky vyšší než v celém souboru. Při srovnání této hodnoty s průměrem celého souboru se jedná o statisticky velmi významný rozdíl (p<0,001). Naopak nejnižší míru vyhoření vykazuje pracovní lékařství, kde je tento skóre v dotazníku SMBM oproti celému průměru statisticky významně nízký (p<0,001) – o více než 2 standardní odchylky. VPL jsou ve „středě“ rozložení syndromu z vyhoření. Při hodnocení vlivu pohlaví na intenzitu symptomů vyhoření jsme zjistili, že v obou souborech vykazují statisticky mimořádně vyšší intenzitu (p<0,001) muži než ženy. Mezi dalšími faktory, které ovlivňují intenzitu syndromu vyhoření, zjišťujeme především tyto:

- Lékaři v atestační přípravě vykazují statisticky velmi významně zvýšené hodnoty v dotazníku SMBM než lékaři s atestací (p<0,001).
- Je negativní korelace intenzity syndromu vyhoření s věkem ($r = -0,38$; p<0,001).
- Svobodní lékaři a lékařky vykazují oproti lékařům v manželském vztahu intenzitu vyhoření výrazně vyšší (p<0,001).
- Počet dětí negativně koreluje s intenzitou syndromu vyhoření ($r = -0,26$; p<0,001).

Graf 1 zobrazuje celkové skóre dotazníku BDI-II, tedy intenzitu depresivních symptomů, která byla u obou souborů shodná. U 10 % lékařů skóre odpovídá intenzitě středně těžkých až těžkých depresivních symptomů.

Lékaři jsou rizikovou skupinou pro rozvoj syndromu vyhoření, VPL představují v kontextu celé medicíny v podstatě „normu“. Vykazují v rámci celého sledovaného souboru „průměrné“ hladiny příznaků syndromu z vyhoření, symptomy deprese jsou stejné jako u jiných odborností. VPL ale vnímají jinak zdroje stresové zátěže a jeho řešení – jsou více spokojeni s výkonem profese lékaře, méně často uvažují o odchodu z profese, více vnímají potřebu zvýšení kompe-

tenci a zlepšení prestiže lékařů. Za hlavní zdroje stresu považují především administrativní úkony a obecně úkony nesouvisící s výkonem profese.

Syndrom z vyhoření může zásadně ovlivňovat pracovní výkonnost, přístup k pacientům i výskyt pracovních chyb a omylů. Je prokázáno, že výskyt duševní poruch, především depresí a dokonce dokončených sebevražd je mezi lékaři významně více ve srovnání jak s celou populací, tak i s ostatními vysokoškoláky. Ohrožuje tak tedy nejen lékaře, ale i pacienty a samotný systém zdravotnictví. Prevenci a terapii syndromu vyhoření je třeba se věnovat, a to jak na rovině osobní (prvky „lifestyle“ medicíny s aktivním přístupem k životu, dostatečný volný čas, přiměřená fyzická zátěž, stravovací návyky, sociální podpora v rodině a další řada specifických psychologických postupů), tak na rovině systémové, ze strany zaměstnavatele, systému zdravotnictví. Podle řady odborných studií je nejen zapotřebí omezit, případně zcela vyloučit systémové příčiny syndromu vyhoření u lékařů, ale také nabídnout aktivní systém prevence ve smyslu různých programů (např. Bálintovské skupiny), systémů supervize a poradenství apod.

Literatura:

- Arigoni, F., Bovier, P. A., Mermillod, B., Waltz, P., & Sappino, A. P. (2009). Prevalence of burnout among Swiss cancer clinicians, paediatricians and general practitioners: who are most at risk?. *Supportive Care in Cancer*, 17(1), 75-81.
- Fahrenkopf, A. M., Sectish, T. C., Barger, L. K., Sharek, P. J., Lewin, D., Chiang, V. W., & Landrigan, C. P. (2008). Rates of medication errors among depressed and burnt out residents: prospective cohort study. *Bmj*, 336(7642), 488-491.
- Freudenberger, H. J., & Richelson, G. (1980). *Burnout: The high cost of high achievement*. New York: Doubleday.
- Kebza, V., & Šolcová, I. (2008). Syndrom vyhoření – rekapitulace současného stavu poznání a perspektivy do budoucna. *Československá psychologie*, 52(4), 351-365.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual review of psychology*, 52(1), 397-422.
- Ptáček R., Raboch J., Kebza V. (2013). *Burnout syndrom jako mezioborový jev*. Praha: Grada.
- Ptáček R., Raboch J. (2013). Diagnóza českého zdravotnictví – Z 73.0? *Tempus medicorum*, 22(9), 3-8.
- Shanafelt, T. D., Balch, C. M., Bechamps, G., Russell, T., Dyrbye, L., Satele, D., & Freischlag, J. (2010). Burnout and medical errors among American surgeons. *Annals of surgery*, 251(6), 995-1000.

Tabulka 1: Základní charakteristiky účastníků výzkumu.

Lékaři (n=7 428)		VPL (n=962)		p
n	%	n	%	

POHLAVÍ					
Muž	3003	40,4	335	35,0	NS
Žena	4425	59,6	627	65,0	

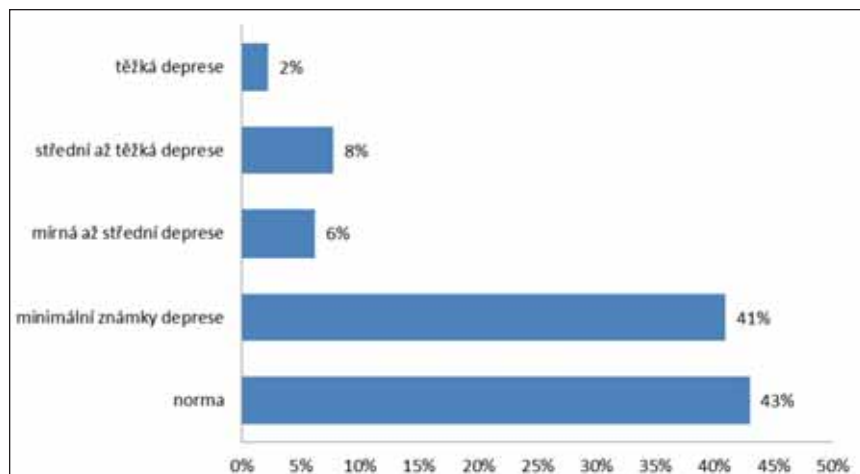
VĚK					
25–30 let	1526	20,5	111	11,5	0,01
30–40 let	1706	23,0	151	15,7	
40–50 let	1794	24,2	181	18,8	
50–60 let	1778	23,9	379	39,4	
60–70 let	550	7,4	116	12,1	
70–80 let	68	0,9	14	1,5	
80–90 let	6	0,1	10	1,0	

PRAXE					
1–6 let	1738	23,4	158	16,4	0,01
6–11 let	970	13,1	84	8,7	
11–16 let	828	11,2	92	9,6	
16–21 let	880	11,9	82	8,5	
21–26 let	850	11,4	124	12,9	
26–31 let	826	11,1	168	17,5	
31–36 let	750	10,1	140	14,6	
36–41 let	360	4,9	74	7,7	
41–46 let	152	2,1	22	2,3	
46–51 let	58	0,8	16	1,7	
51–56 let	16	0,2	2	0,2	

ZAMĚSTNAVATEL					
Vlastní praxe	1826	24,6	634	65,9	0,001
Obec	762	10,3	16	1,7	
Stát	3340	44,0	86	8,9	
Soukromá společnost	1460	19,6	222	23,1	
Církev	40	0,5	4	0,4	

PŘEVAŽUJÍCÍ PRAXE					
Ambulantní	3314	44,6	962	100,0	0,001
Lůžkové	4114	55,4	0,0	0	

Graf 1: Intenzita depresivních symptomů u lékařů.



Tabulka 2:

Intenzita syndromu vyhoření (p 0,05).

Projevy syndromu z vyhoření (SMBM)	Celý soubor (%)	VPL (%)
Norma	8	10
Velmi mírné	27	32
Mírné	31	29
Průměrné	23	19
Závažné	8	7
Velmi závažné	3	2



Hladina cholesterolu a mortalita na kardiovaskulární onemocnění

doc. Ing. Jiří Brát, CSc.

Vím, co jím a piju, v. o. s.

Česká republika je na tom z hlediska statistiky úmrtnosti na kardiovaskulární onemocnění lépe než většina zemí střední a východní Evropy. Za západní Evropou však stále zaostáváme. V posledních letech se pokles KVO mortality zpomalil a některé země bývalého východního bloku nás začínají dohánět i předhánět.

Přibližně 75 % KVO může být přiřazeno ovlivnitelným rizikovým faktorům a ty mohou zase do značné míry souviset se skladbou stravy. Jak vyplývá z dlouhodobého sledování české populace, největší podíl (40 %) na snížení výskytu KVO v ČR v letech 1985–2007 měly změny hladiny cholesterolu. K největšímu poklesu mortality KVO docházelo v období devadesátých let minulého století. V tomto období došlo k významným změnám spotřeby některých potravin, zejména tuků. Na druhou stranu preskripce hypolipidemik nebyla v devadesátých letech ještě běžnou praxí. Podobně i kardiovaskulární intervence nabývaly většího významu až v pozdějším období. Tabulka I ukazuje změnu spotřeby jednotlivých tuků.

Tabulka 1

Změny konzumace jednotlivých kategorií tuků v České republice

	Bilance tuků mezi lety [kg / osobu a rok]	
	1990 až 1995	1995 až 2000
Máslo	- 4,2	- 0,4
Sádlo	- 1,7	- 0,4
Rostlinné oleje	1,9	1,0
Pokrmové tuky	0,2	- 0,4
Rostlinné tuky	0,5	0,3
Tuky celkem	- 3,3	0,1

První polovinu devadesátých let charakterizoval pokles spotřeby tuků jako celku – o 3,3 kg na osobu. Zároveň došlo k výraznému poklesu konzumace živočišných tuků. Příjem másla klesl o 4,2 kg na osobu, sádla o 1,7 kg na osobu. K největšímu nárůstu došlo u rostlinných olejů o 1,9 kg na osobu, spotřeba rostlinných tuků vzrostla o 0,5 kg na osobu, kategorie pokrmových tuků zůstala bez větších změn. Tyto změny stravovacích návyků vedly k výraznému poklesu konzumace nasycených mastných kyselin a jejich záměně za mastné kyseliny nenasycené mající převahu v rostlinných olejích a tucích. Občas se setkáváme s názorem, že díky těmto změnám došlo ke zvýšené spotřebě transmastných kyselin, které byly na počátku devadesátých let stále ještě přítomny v rostlinných tucích. Ve skutečnosti výše uvedené změny znamenaly i pokles konzumace transmastných kyselin. Ve 4,2 kg másla, které zaznamenalo pokles, je obsaženo více transmastných kyselin než v 0,5 kg rostlinných tuků, jejichž spotřeba vzrostla, vezme-li v úvahu typické složení výrobků dané doby.

V druhé polovině devadesátých let byly změny spotřeby tuků již spíše kvalitativního charakteru. Celkový příjem tuků se neměnil. Máslo, sádlo i pokrmové tuky pokles-

ly o 0,4 kg na osobu. Všechny tyto změny vedly k dalšímu poklesu nasycených mastných kyselin. Spotřeba rostlinných olejů vzrostla o 1 kg na osobu a rostlinných tuků o 0,3 kg na osobu. Velmi významnou změnou však byla reformulace výrobků z kategorie rostlinných tuků. Nejrozšířenější výrobky na trhu přestaly používat částečně ztužené tuky a obsah transmastných kyselin v nich poklesl pod úroveň obsaženou v másle a stal se u řady výrobků nutričně nevýznamným. V roce 1995 byl na trh uveden rostlinný tuk Flora, který ve své historii na českém trhu nikdy neobsahoval částečně ztužené tuky. Z hlediska složení mastných kyselin má nižší obsah nasycených mastných kyselin a patří v současné době mezi rostlinnými tuky k nejlepším zdrojům omega 3 polynenasycených mastných kyselin.

Vedle výrazných změn v rámci kategorie tuků došlo rovněž v devadesátých letech k výraznému poklesu konzumace hovězího masa, rovněž se snížila spotřeba masa vepřového a naopak vzrostla spotřeba drůbežího masa, které má z hlediska výživových doporučení příznivější složení mastných kyselin. V devadesátých letech se rovněž zvýšila spotřeba ovoce a zeleniny a poklesla spotřeba cukru. Změny v konzumaci jednotlivých mastných kyselin jsou považovány za hlavní příčinu poklesu hladiny cholesterolu v rámci české populace.

V současné době se v médiích objevují zprávy, které zpochybňují vliv konzumace jednotlivých skupin mastných kyselin na KVO. Tyto názory se opírají o některé meta-analýzy, které však nesledovaly vliv konzumace potravin jako celku ani skladbu stravy z pohledu vlivu změn stravovacích návyků, kdy některé živiny jsou nahrazeny jinými. V minulosti (hlavně v USA) byly módním trendem diety s nízkým příjmem tuku, kdy energetickou potřebu organismu pokrývaly větší měrou sacharidy a z nich i jednoduché cukry. Tento způsob stravování se však projevil v poklesu hladiny HDL-cholesterolu a zvýšení hladiny triglyceridů v krvi. Jsou-li ve stravě nahrazeny nasycené mastné kyseliny jednoduchými cukry, není to změna pozitivní. K té dojde při záměně nasycených mastných kyselin za polynenasycené. Meta-analýzy, které tyto změny nesledují, docházejí ke zkresleným interpretacím.

Změny stravovacích návyků v devadesátých letech byly v České republice cestou správným směrem. Podle Světové zdravotnické organizace i dalších odborných společností existují přesvědčivé důkazy, že nahrazení nasycených mastných kyselin ve stravě mastnými kyselinami polynenasycenými snižuje rizika KVO. K podobným změnám příjmu potravin došlo i v jiných zemích (Finsko, Island, Slovensko, Polsko, Litva aj.). Podobně jako v České republice bylo důsledkem těchto změn snížení úmrtnosti na KVO. Ke změnám ve všech zemích došlo v době, kdy farmakologická léčba hypolipidemiky nebyla ještě plně rozvinuta, stejně jako kardiovaskulární intervence, a tím se na snížení mortality nepodílely významnou měrou. Tyto skutečnosti podtrhují význam dietních a režimových opatření jako důležitého faktoru ovlivňujícího výskyt KVO.



Diferenciální diagnostika a léčba zánětu horních cest dýchacích

MUDr. Markéta Gavelčíková
 ORL ambulance, Beroun

V následujících řádcích se budeme věnovat hlavně problematice „hltanové branky“, kam řadíme patrové mandle a oblouky, zadní stěnu hltanu s pruhy lymfatické tonsilární tkáně umístěné laterálně.

Doporučené vyšetření hltanové branky: jazyk volně položit za zuby dolní čelisti a pomocí ústní lopatky stlačit jazyk, event. s použitím druhé lopatky, zjistit obsah v tonsilách.

Na sliznicích dutiny ústní i hltanu je přítomna zcela běžně celá řada bakterií a plísní, ale viry jsou za patogenní pokládány vždy. Ve výtěrech z tonsil i sliznice zadní stěny hltanu tedy můžeme nalézt stafylokokus epidermis (až ve 100 %), **stafylokokus aureus**, streptokokus mitius, salivarius, **mutans**, **pyogenes**, **pneumoniae**, proteus sp., **pseudomonas aeruginosa**, **haemophilus inf.**, **E.coli** a další (tučně vyznačené patří mezi potenciální patogeny). Tato situace může nastat: při poruchách imunity, podvýživě, vyčerpání, u onkologických nemocných, DM, stavech po operaci, po ATB terapii, po zavedených katetrech jako NG sonda, pobýtech na JIP, atd.

Pamatujme na výše uvedené i při vyšetřeních na fokusy před nejčastěji ortopedickou či kardiologickou operací. ATB terapie zde má své místo, ale v souladu se subjektivními potížemi a objektivním nálezem ve smyslu akutního onemocnění.

K nejčastějším onemocněním dané lokalizace patří: **(naso) pharyngitis acuta**, známé a často nazývané „common cold“. Etiologie je primárně virová až v 80 %, bakteriální primoinfekce je vzácná. Projevu se pálením a bolestivostí v krku, (sub)febrilitami, únavou, malátností, nosní obstrukcí a sekrecí, konjunktivitidou. Při vyšetření nalézáme maximum změn na zadní stěně hltanu, která je zarudlá se zbytnělými laterálními pruhy, často lepící se hlen na zadní stěně, někdy visící jako krápník z nosohltanu, tonsily jsou klidné. Z laboratoře event. CRP a KO. Komplikace vzácné. Léčba symptomatická: ústní pastilky a kloktadla, jodované povidony, fusafungin (lokální působící atb), antipyretika, analgetika, (nosní kapky, efedrinové preparáty). ATB celkově při bakteriální superinfekci.

Akutní tonsilitis: etiologie bakteriální: beta-hemolytický streptokok, pneumokok, stafylokok, haemophilus, moraxella či virová: EBV, CMV, HSV, vzácně mykotická. Projevu se výraznou bolestivostí v krku, i vystřelující do uší, zhoršeným polykáním, huhňavostí, foetorem, vysokými teplotami, bolestí hlavy, celkovou schváceností, zimnicí. Lokální nález se liší dle etiologie. U bakteriálního původu nalézáme: prosáklé zarudlé tonsily s bělavými povlázky, event. prosáknutí patrových oblouků a uvuly, bez jejich zatuhn-

tí. U virové etiologie: výrazné splývající bělavé až šedavé povlaky, petechie měkkého patra, foetor, u EBV někdy vidíme prosáknutí víček. Z laboratoře nám v rámci diferenciální diagnostiky pomůže KO a diff, CRP, JT, serologie EBV, CMV. Onemocnění je vždy provázeno zvětšením spádových lymfatických uzlin. Může být provázeno komplikacemi ve smyslu peritonsilárního abscesu, akutní lymfadenitidy, revmatickou horečkou. Terapie: u virové etiologie je shodná s výše uvedeným v rámci akutní nasopharyngitidy, celkově atb nasazujeme jen při těžším průběhu (amoxicilin je kontraindikován pro možnost vzniku toxoalergického exantemu. Nezapomínejme na fyzický klid a jaterní dietu. U bakteriální etiologie jsou antibiotika lékem 1. volby: nejvhodnější je penicilin na 10 dnů, u dospělých v dávce 1,0 až 1,5 mil IU a 6–8 hod.

Pozor: jako akutní tonsilitida se může projevit akutní krevní onemocnění, ale může ji vyvolat i tabákový kouř.

Akutní epiglottitis: původcem je haemophilus inf., onemocnění se projevuje bolestivým a zhoršeným polykáním, hypersalivací až stasou slin, dechovými potížemi a zhoršením hlasu. Ale shodné potíže může vyvolat postižení příklopky hltanové také při retrotonsilárních abscesech nejčastěji odontogenního původu, alergiích...Proto: stěžuje-li si pacient na bolest v krku a nemožnost polykání a hltanový nález je normální, pacienta je nutno odeslat k laryngoskopickému vyšetření. Pacient s epiglottitidou patří do nemocnice, dle etiologie podáváme širokospektrá antibiotika, kortikoidy, sledujeme saturaci, není výjimkou intubace či tracheostomie.

Nezřídka se setkáváme i s mykotickým onemocněním DÚ: původcem je nejčastěji candida albicans, u predisponovaných jedinců, projevuje se zarudnutím sliznice s povlázky, které lze setřít a zůstávají poté eroze. Terapie je lokální: **nystatinový gel:** Nystatini... 5 000 000 IU, Metylcellulosi... 2, Glyceroli 85 %...1,5, Aq.purif....ad 50,0....M.f.ge-lat....D.S. 1 čaj lžička 3–6x denně (5 min válet v DÚ).

Chronická tonsilitis: původcem je nejčastěji beta hemolytický streptokok, stafylokok. Projevu se recidivujícími akutními tonsilitidami, intermitentním pobolíváním v krku, pocitem tlaku v krku, zvýšenou únavostí, někdy bolestmi kloubů, kožními obtížemi či močovými. Při vyšetření nacházíme různě velké tonsily, přejizvené, tužší, často s pozitivní expresí čepů či řídkého obsahu. Zadní stěna hltanu může být klidná. V laboratoři nás zajímá KO, CRP, ASLO (vždy sledujeme dynamiku hodnot). Terapie: antibiotika jen cíleně dle stěru, podpůrná medikace kloktadly, pastilkami. Ale pacient zpravidla nakonec indikujeme ve spolupráci s lékařem ORL k tonsilektomii

Doporučená antibiotická terapie při pozitivitě betahemolytických streptokoků sk. A (str. pyogenes)

	Akutní tonzilitis	Rekurentní tonzilitis	Nosičství streptokoků
ATB 1. volby	PNC, při alergii makrolidy	Klindamycin nebo Co–amoxicilin.	Klindamycin nebo PNC + rifampin
ATB 2. volby	Cephalosporiny I, II gen, Co–amoxicillin	Metronidazol + makrolidy nebo PNC + rifampin	TTC jsou nevhodné: jsou bakterio statické, zbyteč- ně širokospektré Vzrůstající resistance.

Chronická pharyngitis: onemocnění často související s dlouhodobou iritací sliznic (kouření, horké nápoje, kořeněná jídla, alergie, klimatizace, profesní vlivy (práce s chemikáliemi), vliv žaludečního obsahu u mimojícnového refluxu (EERCH). Pacient si stěžuje na pocity pálení, řezání v krku, většinou je schopen místo přesně lokalizovat, nejčastěji nad jugulum, má pocit cizího tělesa v krku, zatékání hlenů, zápachu z úst, někdy pocit kysela v ústech či hořka. Sliznice bývá protenčelá vyhlazená s různou intenzitou zarudnutí, často s nasychajícím hlenem. Výtěr z krku většinou je negativní. Laboratoř není nutná. Terapie je symptomatická: režimová opatření, lokálně aplikovat zvlhčující spreje, lokální pastilky, desinficiencia, lze-li, tak eliminovat vyvolávající příčinu, eventuálně terapie IPP. Chronická tonsilitis a pharyngitis se vyskytují velmi často sdruženě.

Onemocnění hltanové branky patří k velmi častým v ordinacích praktického lékaře. Pokud nastanou komplikace je nutná spolupráce s otorinolaryngologem. Většina onemocnění je vyvolána viry, bakterie se podílejí na diagnostických jednotkách méně často. Proto nasazujeme antibiotickou terapii uvážlivě, a pokud jí nasadíme, tak v dostatečné dávce a po dostatečně dlouhou dobu. Snížíme tak riziko selhání terapie a předejdeme tvorbě resistance.



***Léčba dospělých pacientů s vysokým kardiovaskulárním rizikem a smíšenou dyslipidemií, aby se snížila hladina TG a zvýšila hladina HDL-cholesterolu v případech, kdy je hladina LDL-cholesterolu adekvátně kontrolována odpovídající dávkou simvastatinu.**



Zesílená ochrana pacientů s vysokým KV rizikem*

Fixní kombinace fenofibrátu a simvastatinu



Základní informace o léčivém přípravku

Název přípravku: Cholib 145 mg/20 mg resp. 145 mg/40 mg potahované tablety. **Složení:** Fenofibratum 145 mg a simvastatinum 20 mg resp. 40 mg v 1 potahované tabletě. **Indikace:** Přídavná léčba k dietě a cvičení u dospělých pacientů s vysokým kardiovaskulárním rizikem a smíšenou dyslipidemií. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivé látky, arašidy, sóju nebo na kteroukoli pomocnou látku, známá fotoalergická nebo fototoxická reakce při léčbě fibráty nebo ketoprofenem, aktivní onemocnění jater nebo nevysvětlitelné přetrvávající zvýšení sérových transamináz, známé onemocnění žlučniku, chronická nebo akutní pankreatitida s výjimkou případů akutní pankreatitidy způsobené těžkou hypertriglyceridemií, střední až těžká renální insuficience, konkomitanti podávání fibrátů, statinů, danazolů, cyklosporinu nebo silných inhibitorů cytochromu P450 (CYP) 3A4, myopatie a/nebo rhabdomyolýza při léčbě statiny a/nebo fibráty v osobní anamnéze nebo potvrzené zvýšení kreatinfosfokinázy 5krát nad horní limit normy při předchozí léčbě statinem, věk do 18 let, těhotenství a kojení. **Nežádoucí účinky:** Nejčastěji zvýšený kreatinin v krvi, infekce horních dýchacích cest, zvýšený počet trombocytů, gastroenteritida a zvýšená alaninaminotransferáza, méně často dermatitida a ekzém, dále reakce známé u jednotlivých léčivých látek, z nich nejčastěji gastrointestinální příznaky, zvýšení transamináz, bolest hlavy, tromboembolismus, pankreatitida, cholelitiáza, kožní precitlivělost, svalové poruchy a sexuální dysfunkce. **Interakce:** S přípravkem Cholib nebyly provedeny žádné studie interakcí. U monoterapie dochází k interakcím s inhibitory CYP 3A4, danazolem, cyklosporinem, amiodaronem, amlodipinem, diltazemem a verapamilem, dále gemfibrozilem, niacinem, kyselinou fusidovou, grepovou šťávou, kolchicinem, antagonisty vitamínu K, glitazony a rifampicinem. **Zvláštní upozornění:** Při podávání látek snižujících hladinu lipidů (např. fibráty a statiny) byla hlášena toxicita kosterních svalů, včetně vzácných případů rhabdomyolýzy s renálním selháním i bez něj. Všichni pacienti začínající s léčbou nebo je-li zvyšována dávka simvastatinu, by měli být seznámeni s rizikem myopatie a vyzváni, aby okamžitě hlásili jakoukoli nevysvětlitelnou bolest svalů, citlivost nebo slabost. Opatrnosti je třeba zejména u pacientů s predispozičními faktory rhabdomyolýzy – věk 65 a více, ženské pohlaví, renální poškození, nekontrolovaná hypotyreóza, hypoalbuminemie, dědičné svalové poruchy v anamnéze, svalová toxicita při léčbě statinem nebo fibrátem v anamnéze, abúzus alkoholu. Snížení funkce jaterních OATP transportních proteinů může zvyšovat systémovou expozici simvastatinu a zvyšovat riziko myopatie a rhabdomyolýzy. Z důvodu možného zvýšení hladin transamináz je třeba monitorovat jejich hladiny před zahájením léčby, každé 3 měsíce během prvních 12 měsíců léčby a dále v pravidelných intervalech. Pokud se hladina AST a ALT zvýší více než 3krát nad horní limit normy, je vhodné léčbu přerušit, stejně tak objeví-li se příznaky hepatitidy a je-li potvrzena laboratorně. Cholib je třeba používat s opatrností u pacientů s abúzem alkoholu, mírnou renální insuficiencí, léčbu je třeba přerušit při zvýšení kreatininu o více než 50% nad horní limit normy, při podezření na intersticiální plicní onemocnění. Opatrnosti je třeba u pacientů s plicní embolií v anamnéze. U pacientů užívajících fenofibrát byla hlášena pankreatitida. Přípravek obsahuje laktózu a sacharózu a Cholib 145 mg/20 mg také oranžovou žluť (E110). **Těhotenství a laktace:** Přípravek je kontraindikován. **Dávkování:** Jedna tableta za den, nepřítrepovou šťávu. **Předávkování:** Antidotum není známo, je nutné zavést symptomatická a podpůrná opatření. **Balení:** 10, 30 a 90 potahovaných tablet. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Abbott Healthcare Products Ltd, Maidenhead, Velká Británie. **Datum poslední revize textu:** 22.8.2014. **Registrační čísla:** Cholib 145 mg/20 mg: EU/1/13/866/001-002, EU/1/13/866/005 Cholib 145 mg/40 mg: EU/1/13/866/003-004, EU/1/13/866/006 **Podmínky uchování:** do 30°C. **Způsob výdeje:** Vázán na lékařský předpis. **Způsob hrazení:** Hrazen z veřejného zdravotního pojištění. *Dříve, než přípravek předepíšete, seznáňte se, prosím, s úplnou informací o přípravku.*



Terapie dyslipidémie zaměřeno na HDL-C a triglyceridy

prof. MUDr. Štěpán Svačina, DrSc.

3. interní klinika Všeobecné fakultní nemocnice

Smíšená dyslipidemie je synonymem pro dyslipidemii diabetu, dyslipidemii metabolického syndromu, dyslipidemii obesity, dyslipidemii hypertenze a dyslipidemii syndromu polycystických ovaríí. Typická je koincidence i s dalšími složkami metabolického syndromu. Smíšená dyslipidemie je hlavní aterogenní syndrom v naší populaci. V praxi často myslíme jen na korekci LDL cholesterolu, ale i úprava dalších složek smíšené dyslipidemie tedy HDL cholesterolu a triglyceridů je velmi významná.

Přítomnost zvýšených triglyceridů a nižšího HDL cholesterolu je jedním z vysvětlení, proč i při účinné léčbě statinem zůstává přítomno tzv. reziduální riziko. V léčbě smíšené dyslipidemie přidáváme ke statinu obvykle fibrát. Významnou změnou v léčebných možnostech je schválení fixní kombinace fenofibrát + simvastatin (**CHOLIB 145 mg/20 mg a CHOLIB 145 mg/40 mg firmy Abbott**) centralizovanou procedurou EMEA. Tento lék tak bude brzy dostupný v České republice a významně rozšíří léčebné možnosti smíšené dyslipidemie, neboť je známo, že podání fixních kombinací vede k větší compliance pacientů. Lék má minimum vedlejších účinků a velmi výhodné je i minimum lékových interakcí fenofibrátu na rozdíl od jiných fibrátů.

Schválení přípravku se opírá o **4 hlavní klinické studie fáze III** v trvání 12 až 24 týdnů.

CFEN 0501 Studie a CFEN 0502 Studie: Porovnávají účinnost a bezpečnost kombinace 145 mg fenofibrátu a 20 mg nebo 40 mg simvastatinu se 40 mg simvastatinu v monoterapii u pacientů se smíšenou dyslipidémií tam, kde riziko kardiovaskulárních onemocnění není dostatečně kontrolováno simvastatinem samotným

CFEN 0503 Studie and CFEN 0504 Studie: Porovnávají účinnost a bezpečnost kombinace 145 mg fenofibrátu a 20 mg nebo 40 mg simvastatinu s monoterapií atorvastatinem nebo pravastatinem u pacientů se smíšenou dyslipidémií tam, kde riziko kardiovaskulárních onemocnění není dostatečně kontrolováno statinem samotným

Kombinace fenofibrát + simvastatin 40 ve studiích signifikantně zlepšila hladinu triglyceridů a HDL-cholesterolu oproti monoterapii simvastatinem 40 mg resp. dalšími dvěma statiny. Dále udržela hladinu LDL-C ve srovnání s podáním samotného statinu (průkaz noninferiority). V některých větvích studie byla prokázána i superiorita ve větším poklesu LDL cholesterolu po podání kombinace fenofibrát simvastatinu vůči samotnému statinu.

Tyto studie vyhodnocovaly jen hladiny lipidů zatímco další studie ACCORD hodnotila skutečný pokles kardiovaskulárních příhod. Studie ACCORD Lipid vyhodnocovala efekt kombinované terapie fenofibrát + simvastatin na kardiovaskulární příhody během 4. 7 roku u diabetiků 2. typu. Fenofibrát+simvastatin celkově u všech pacientů nesnižily výskyt kardiovaskulárních příhod u pacientů s diabetem 2. typu ve srovnání se samotným simvastatinem. Roční míra výskytu kardiovaskulárních příhod byla 2,2 % ve skupině fenofibrát + simvastatin a 2,4 % ve skupině simvastatinu, poměr rizik ve skupině simvastatinu s fenofibrátem 0,92 (95 % interval spolehlivosti 0,79 až 1,08; $p=0,32$). Ukázalo se, že fenofibrát+simvastatin poskytují kardiovaskulární ochranu jen u pacientů s diabetem 2. typu se zvýšenými triglyceridy a nízkou koncentrací HDL-Cholesterolu. Vliv léčby na výskyt závažných kardiovaskulárních příhod u pacientů s diabetem 2. typu a hladině triglyceridů $\geq 2,3$ mmol/l a HDL-Cholesterolu $< 0,88$ mmol/l byl signifikantní a pokles kardiovaskulárních příhod činil o 31 %. Naší snahou by proto mělo být dosahování cílových hodnot LDL- cholesterol a triglyceridů (*tabulka 1*)

Tabulka 1

Cílové/optimální hodnoty lipidů – ESC/EAS 2011

LDL – Cholesterol	vysoké riziko	$< 2,5$ mmol/l
	velmi vysoké riziko	$< 1,8$ mmol/l
HDL – Cholesterol	muži	$> 1,0$ mmol/l
	ženy	$> 1,2$ mmol/l
Triglyceridy	muži + ženy	$< 1,7$ mmol/l

Podání nové fixní kombinace je velmi výhodné u diabetiků v kardiovaskulárním riziku tedy s vyššími triglyceridy a nižším HDL cholesterolem.

Lze tedy shrnout. Podání statinu v monoterapii snižuje hladinu LDL-Cholesterolu. Snižuje kardiovaskulární riziko ale nesnižuje dostatečně zvýšené hladiny triglyceridů a nízkou hladinu HDL-Cholesterolu, což může přispět k reziduálnímu riziku vzniku Kv příhod

Podání nové fixní kombinace má komplexní účinek na lipidy: snižuje LDL-Cholesterol, snižuje triacyl glyceroly, zvyšuje HDL-Cholesterol. Redukuj kardiovaskulární riziko u pacientů s diabetem 2. typu se zvýšenou hladinou triglyceridů, nízkou hladinou HDL-Cholesterolu a kontrolovanou hladinou LDL-Cholesterolu. Pohodlné je užívání jedna tableta jednou denně.



Kineziologie - vyšetření pohybového aparátu pohledem

MUDr. Kateřina Študentová

Všeobecná praktická lékařka, lékařka myoskeletální medicíny, Rokycany

MUDr. Karel Pitr

Soukromý rehabilitační lékař, lékař myoskeletální medicíny a lymfolog, Plzeň

Kineziologický rozbor

Pacienta je třeba vždy vyšetřovat svlečeného do spodního prádla, odloží boty i ponožky. Prohlíží a hodnotí se zezadu, zepředu a z boku. Nejprve je třeba zhodnotit celkový dojem. Poté si všimnout detailů – především postavení jednotlivých částí těla, stranové symetrie, svalového napětí.

Pohledem zezadu se hodnotí odzdoła postavení pat, symetrie Achillových šlach a lýtek, postavení kolen, tvar a symetrie stehen, postavení pánve, tonus hýžděvých svalů, symetrie tajlí, linie trnových výběžků, tonus paravertebrálních svalů, postavení lopatek a tonus fixátorů, postavení horních končetin, symetrie ramen, tonus horního trapézu, symetrie postavení hlavy.

Pohledem zepředu se hodnotí postavení chodidel a prstů, podélná i příčná klenba, postavení kolen a patel, symetrie stehen, postavení pupku a jeho směřování, laterální obrys břicha, postavení sternu a tvar hrudníku, symetrie ramen a klíčních kostí a jejich pohyb při dýchání.

Pohledem zboku se hodnotí především celkové držení těla. Opět se sleduje postavení dolních končetin, klenutí hýždí, zakřivení páteře a výše přechodu lordotických a kyfotických křivek, vyklenutí břicha, předsunutí ramen, postavení hlavy.

Kazustiky

Žena, 28 let

Potíže pacientky: Bolesti v obou patách. RTG neprokazuje strukturální změny ani ostruhu, potíže jsou letité. Byla opakovaně ošetřena ultrazvukem, dokonce RTG ozářena, měla i obstřík. Veškerá léčba bez efektu.

Anamnéza: Léčena pro hypofunkci štítné žlázy, operace pro torticollis – zkrácen m. sternoscleidomastoideus dx., jinak zdráva. Pracovní poloha – převažuje stání a chůze.

Kineziologický rozbor:

Obr. 1a – zezadu: Na první pohled je patrný nepoměr mezi horní a dolní polovinou těla. Dolní polovina těla je robustnější a působí napjatým, křečovitým dojmem. Horní polovina těla je slabší a působí naopak ochable. Dále je třeba si všimnout detailů. Paty a Achillovy šlachy obou nohou jsou výrazně odlišné. Levá Achillova šlacha pacientky vypadá plošší, silnější a hlouběji uložená. Pravá naopak vypadá užší a vystouplejší. Je to tím, že pacientka

při stoji zatěžuje výrazně více pravou dolní končetinu. Zvýšení svalového napětí pravé dolní končetiny je tak vidět nejen na Achillově šlase, ale i na celé pravé dolní končetině. Podkolení jamka vpravo je vyhlazená a napjatější a stehenního svalstvo také není symetrické. Vodorovné zářezy (viditelné linie patrnější napravo) na zadní straně stehů svědčí pro přetížení a spasmus adduktorů stehna. Gluteální svalstvo pacientky je symetricky spastické. Pánev je lehce šikmá doleva, tajle mírně asymetrické. Paravertebrální svaly jsou v bederní oblasti oslabené, výše v přechodu Th/L úseku naopak napjaté ve spasmu (vyřísování svalů kolem místa zapínání podprsenky). Kožní záhyby pod linií podprsenky (více viditelné vlevo) nejsou způsobené nadváhou, ale tahem úponů bránice, která je u pacientky dysfunkční. Pravé rameno je níže. Obě ramena jsou v protrakci, tedy posunutá dopředu a vnitřně rotovaná – pacientce je zezadu vidět do dlaní (při správném postavení ramen by byla vidět ruka zboku). Postavení hlavy nelze z fotografií plně zhodnotit, pacientka drží hlavu v úklonu doleva a v lehké rotaci doprava.

Obr. 1 b – zepředu: Na nohách je vidět zvýšené napětí a flexe prstů. Pacientka je při stoji nestabilní, a proto se aktivně "drží prsty podlahy". Výrazně zvýšené svalové napětí je vidět na levém nártu pacientky. Postavení patel je asymte-



Obr. 1 a, b, c – pacientka, kazustika č. 1

rické, pravá stojí vertikálně, levá je přetažená šikmo spasmem m. tensor fasciae latae. Na břiše je vidět nerovnováha břišních svalů. Přímé břišní svaly jsou oslabené, šikmé břišní svaly jsou ve spasmu. Tato dysbalance vytváří svislý zářez oboustranně mezi těmito svalovými skupinami. Pupek směřuje doprava a dolů, což vyjadřuje nerovnováhu svalstva obou polovin břicha. Ve shodě s první fotografií je zde protrakce ramen a pravé rameno je níže.

Obr. 1c – zboku: Je vidět postavení pánve a křivky páteře. Pánev je výrazně sklopená dopředu, je v antevertzi. Dominuje bederní hyperlordóza a předsunutým držení trupu. V detailu je dobře vidět úchopové držení prstů nohy, zvýšené napětí hýždových svalů. Linie břicha ukazuje na ochablé přímé břišní svaly a šikmé břišní svaly ve spasmu se svislým zářezem mezi oběma skupinami. Dále je dobře patrná protrakce ramen a vnitřní rotace horních končetin.

Vyšetření chodidel: Bolestivé přednoží a mediální hrana kosti patní, spasmus plantární aponeurozy.

Závěr vyšetření: oboustranná calcaneodynia jako přenesená bolest při složité poruše pohybové funkce.

Terapie a výsledek: Léčba zaměřená pouze na oblast pat není úspěšná, protože bolest pat je jen výsledek spasmu plantární aponeurozy a Achillovy šlachy. Tyto změny svalového napětí vznikly na podkladě svalových dysbalancí a poruchy statických i pohybových stereotypů. Jedná se tedy o změny postihující celou pohybovou soustavu a podle toho je třeba zvolit léčebný přístup. V případě naší pacientky je zapotřebí uvolnit přednoží a spasmus plantární aponeurozy a lýtkových svalů, uvolnit adduktory a zevní rotátory kyčle a korigovat těžiště těla. Pacientka aktivně cvičila pod odborným dohledem fyzioterapeutky, došlo k uvolnění spastických svalů a posílení ochablých svalů, zlepšení postavení pánve a trupu a ke korekci statiky. Bolesti pat odezněly.



Obr. 2 a, b, c – pacientka, kazuistika č. 2, aktuální foto

Žena, 57 let

Potíže pacientky: Letité bolesti krční a bederní páteře.

Anamnéza: Ve 43 letech absolvovala dekompresní operaci L4/5 a L5/S1, ve 49 letech operaci hernie disku L4/5/S1. V 51 letech léčená pro syndrom karpálního tunelu a močovou inkontinenci. V tomto věku pacientka přišla poprvé do naší ambulance a byla zahájena soustavná rehabilitační péče. Přes adekvátní terapii se u pacientky opakují blokády krční, hrudní a bederní páteře a přetrvávají změny měkkých tkání v těchto segmentech. Pacientka postupně absolvovala další operace páteře – v 55 letech discektomii C5–6–7, cheilektomii a dekompresi tohoto prostoru, v 56 letech operaci stenózy L2–S1. Pracovní pozice: převažuje sed.

Kineziologický rozbor:

Obr. 2a – zezadu: Na dolních končetinách jsou výrazná genua valga, pacientka ve stoji zatěžuje více pravou nohu (rozdíl v napětí svalů a podkolenní jamce). Tonus gluteů je oboustranně zvýšený. Pánev je šikmá doleva (hodnocení postavení pánve spočívá ve stranovém porovnání orientačních bodů na pánvi, směřování horní linie kalhotek zde není směrodatné). V bederní oblasti ve střední čáře je vidět dobře zhojená pooperační jizva. Kraniálně od jizvy se rýsují tuhé spastické paravertebrální svaly, svědčící pro přetěžování oblasti Th/L přechodu (nižší segmenty jsou vyraženy z pohybové funkce fixací při operacích). Tuhé horní porce trapézů vytvářejí typickou střežovitou linii ramen. Pro bolesti levého ramene a trapézu si pacienta aplikovala tejp. Obě ramena jsou ve výrazné protrakci a horní končetiny tím ve vnitřní rotaci (je vidět do dlaní).

Obr. 2b – zepředu: Na dolních končetinách je vidět asymetrické postavení patel, které je dáno rozdílným zatížením nohou. Adduktory stehna jsou symetricky spastické (vnitřní linie stehna). Pánev je šikmá doleva, pupek směřuje dolů. Hrudníku dominuje poprsí velkých rozměrů.

Obr. 2c – zboku: Boční snímek ukazuje předozadní křivky páteře, které jsou zvětšené. Tíhou poprsí je trup tažený dopředu, což je vyrovnáváno

hlubokou bederní lordózou, antevertzi pánve a stažením hýždových svalů. Trup je ve flexním postavení (flexe v kyčlích) a těžiště těla je posunuto dopředu. Přímé břišní svaly jsou oslabené, břicho se vyklenuje. Dobře vidět je vnitřní rotace paží.

Závěr vyšetření: Těžké poškození pohybové soustavy, jako následek chronického přetěžování (váha poprsí, přesun těžiště těla, svalové dysbalance, porucha pohybových stereotypů).

Terapie a výsledky: Vzhledem k pokročilým strukturálním i funkčním poruchám pohybového aparátu již při první návštěvě

vě pacientky není cílem léčby uzdravení a zhojení ad intergrum, ale zpomalení progresu potíží, tlumení bolesti a zlepšení kvality života. Jako první krok bylo třeba uvolnit aktivní jizvy po operacích, které způsobovaly napětí a reflexní změny v okolních tkáních. Dále jsou pravidelně uvolňovány opakující se kloubní blokády páteře, ošetřovány měkké tkáně, aplikována analgetická a myorelaxační fyzikální terapie, zavedená léčebná tělesná výchova k uvolnění spastických a posílení oslabených svalů. Pacientka se naučila správným pohybovým stereotypům, režimu pro vertebropaty, a pravidelně cvičí. Přetrvává již neovlivnitelná reziduální motorická léze L5 vlevo a oboustranná senzitivní léze od L5 distálně, klaudikace po 30 metrech při pooperační stenóze páteřního kanálu, neuropatické bolesti a sfinkterové potíže. Došlo však ke zpomalení progresu postižení a zmírnění intenzity bolesti.

Mladá žena

Potíže pacientky: Bolesti zad bez kořenové iritace.

Anamnéza: Bez závažné anamnézy. Pracovní pozice – převážně sed.

Kineziologický rozbor:

Obr. 3a – zezadu: Na první pohled jsou vidět ochablé hýždě (nemají pevný tvar – „visí“). Pánev je šikmá doleva, tajle jsou asymetrické. Esovitá skolióza páteře je sinistrokonvexní v bederní a dolní hrudní části a dextrokonvexní v horní hrudní části. Nejvyšší tonus paravertebrálních svalů je v bederní oblasti (nejpřetěžovanější místo). Odstávají dolní póly lopatek (oslabené fixátory lopatek), více vlevo. Vlevo je také větší protrakce ramene, které je uloženo níže. Hlava je v úklonu doleva a v rotaci doprava.

Obr. 3 b – zepředu: Výrazná asymetrie kolen. Pánev je podsazená, v retroverzi. Pupek směřuje doprava dolů. Svis-

lé linie mezi přímým a šikmým svalstvem spolu s přetažením pupku ukazují na svalovou dysbalanci v této oblasti. Prominují dolní žebra, nad nimi horizontální prohlubně ruší přední linii hrudníku, což svědčí pro dysfunkci bránice. Linie rameno–šije je oboustranně konkávní, svalstvo na krku (scalení, SCM) oboustranně spastické.

Obr. 3c – zboku: Zboku je dobře vidět retroverze pánve a hypotonie gluteů. Dysbalance břišních svalů je patrná jako svislá linie mezi přímým a šikmým svalstvem. Dolní část hrudníku je tvarově deformována především špatnou funkcí bránice a horním „stresovým“ typem dýchání. Postavení ramen odpovídá hornímu zkříženému syndromu (zkrácené prsní svaly, ochablé fixátory lopatek, zkrácené spastické horní trapézy, ochablé hluboké flexory šije).

Vyšetření hlubokého stabilizačního systému (HSS): prokázána nefunkčnost HSS.

Pozn: Svaly hlubokého stabilizačního systému jsou: m. transversus abdominis, muscoli multifidi (autochtonní svalstvo), svaly pánevního dna a bránice. Tento systém stabilizuje trup oproti zemské tíži a změnám těžiště prakticky při všech pohybech, tedy i při pohybech horních a dolních končetin. Vyšetření provádí pomocí speciálních testů rehabilitační lékař, nebo fyzioterapeut. Patří sem například brániční test, test břišního lisu, extenční test, test flexe trupu, nebo test zapojení mm. multifidi.

Závěr vyšetření: Rozvinutý algický stav, dysfunkce v hlubokém stabilizačním systému, dysfunkce bránice.

Terapie a výsledky: Pacientka edukována a pod dohledem fyzioterapeutky naučena individuální sestavě LTV, kterou pravidelně cvičila. Aktivizoval se HSS a bránice, došlo ke zlepšení postavení pánve i držení těla. Postupně vymizely potíže pacientky.

Shrnutí pro praxi:

Vyšetření pacienta pohledem je často opomíjené, i když může přinést kvalitní informace vedoucí ke stanovení správné diagnózy. Je zapotřebí naučit se dívat. Při vyšetření pohybového aparátu je nutné sledovat celou postavu pacienta. Hodnotí se zejména stranová symetrie a svalové napětí, důležité je všimnout si postavení pánve a ostatních částí těla. Tak lze odhalit přetěžovaná i oslabená místa a vzájemnou vazbu mezi nimi. To nám umožní nastavit účinnou terapii a zahájit tak cílenou léčbu poruchy.

Literatura:

1. Lewit K.: Manipulační léčba v myoskeletální medicíně. Sdělovací technika. Praha, 2003.
2. Janda V.: Základy kliniky funkčních (neparetických) hybných poruch. Ústav pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků. Brno, 1984.



Obr. 3 a, b, c – pacientka, kazuistika č. 3



Nový inhibitor protonové pumpy druhé generace

MUDr. Michal Konečný, Ph.D.

II. interní klinika gastro-enterologická a hepatologická FNOL, Olomouc

Souhrn: *Inhibitory protonové pumpy (IPP) jsou hlavními medikamenty v léčbě acidopeptických onemocnění již déle jak 25 let. Dosud bylo postupně zavedeno do klinické praxe pět IPP. V letošním roce byl schválen regulačními autoritami další, pantoprazol magnesium. Jedná se o vylepšenou molekulu pantoprazolu s prokázanou vyšší účinností zejména na léčbu refluxní nemoci jícnu. Bezpečnostní profil nového preparátu je srovnatelný s ostatními IPP. V České republice je preparát dostupný od letošního září na lékařský předpis.*

Objev inhibitorů protonové pumpy (IPP) a jejich následné zavedení do klinické praxe znamenalo revoluci v gastroenterologii druhé poloviny minulého století. Prvním IPP uvedeným na trh byl v roce 1988 omeprazol, zpočátku určený k perorálnímu podávání a v následném desetiletí byla na trh uvedena i forma určená k parenterální aplikaci (1). V současné době je omeprazol vyráběn desítkami generických farmaceutických firem a v lékárnách je i volně prodejný.

Mechanismus účinku všech IPP je totožný. V neaktivním a elektricky negativním stavu jsou IPP slabé báze a snadno tak pronikají biologickými membránami parietálních žaludečních buněk až do oblasti sekrečního kanálku. Zde dochází velmi rychle k blokaci aktivní protonové pumpy, proudění vodíkových iontů navenek a draslíkových iontů dovnitř buňky. To vede k inhibici bazální i stimulované sekrece kyseliny chlorovodíkové. Plazmatický poločas všech IPP je kolem jedné hodiny, přesto pro účinnou inhibici sekrece žaludeční HCl stačí jedna denní dávka, jelikož vazba IPP na pumpu je stabilní (2). Pokud chceme zvýšit účinnost léku je potřeba zvýšit zejména frekvenci podávání než vyšší dávek.

Doposud je v klinické praxi užíváno pět IPP. Preparáty první generace představují omeprazol, lansoprazol a pantoprazol. Mezi druhou generaci IPP řadíme esomeprazol a rabeprazol. IPP druhé generace mají rychlejší nástup účinku a výraznější antisekreční efekt (3). V letošním roce k IPP druhé generace přibyl další, pantoprazol magnesium (PMg). Jedná se o hořčnatou sůl pantoprazolu (pantoprazol magnesium dihydrát). Jeho výhodou je především prolongovaný antisekreční účinek, tedy udržení dlouhodobé suprese žaludeční kyselosti.

Jednotlivé IPP se liší způsobem metabolismu. IPP první generace, zejména omeprazol a lansoprazol, jsou preferenčně metabolizovány enzymem CYP2C19. Právě aktivita a genetická variabilita tohoto klíčového enzymu ovlivňuje míru antisekrečního účinku. Naproti tomu pro IPP druhé generace, včetně PMg, představuje systém cytochromu P 450 pouze jednu z metabolických cest, což významně

snižuje riziko negativních lékových interakcí. PMg se váže hluboko uvnitř pumpy na pozici Cysteinu 822. Výsledkem této vazby je ireversibilní blokáda ATPázy a dlouhodobý, kyselinu suprimující účinek (4).

IPP jsou klíčovými léky pro terapii refluxní nemoci jícnu (GERD), vředové choroby gastroduodena, funkční dyspepsie, gastropatie z nesteroidních antirevmatik a dalších stavů spojených s patologickou hypersekrecí HCl. IPP jsou základní a nenahraditelnou složkou komplexní eradikační léčby infekce *Helicobacter pylori* (HP).

IPP, včetně PMg, jsou i při dlouhodobém užívání velmi bezpečné a bezprostřední komplikace jsou zcela výjimečné. Při dlouhodobém užívání je zanedbatelně vyšší riziko kostních fraktur, komunitních pneumonií a střevních infekcí, včetně klostridióvé. Nežádá se užívání IPP provázeno mírnou hypergastrinemií bez maligního potenciálu. Po vysazení IPP se hladina gastrinu po několika dnech vrací k normě. Současné užívání IPP první generace (především omeprazolu) a klopidoogrelu může vést ke snížení efektu antiagregační léčby a tím nárůstu rizika výskytu kardiovaskulárních příhod (5,6).

PMg je nová unikátní forma pantoprazolu s hořčíkem. Koncem roku 2013 byl schválen regulačními autoritami Evropské unie a od počátku tohoto roku je postupně schvalován pro užití v klinické praxi v jednotlivých zemích EU. Prvními bylo Maďarsko a Německo v lednu a únoru 2014. V České republice je schválen k užívání v klinické praxi od září tohoto roku. Na rozdíl od ostatních IPP není v současné době PMg volně prodejný.

PMg je vylepšenou molekulou pantoprazolu, kde namísto sodíkového je hořčnatý kation. Obě molekuly se liší zejména rozdílnou farmakokinetikou. PMg má delší eliminační poločas než pantoprazol natrium, což vede k prodloužení účinku léčiva. Preparát je vyráběn farmaceutickou firmou Takeda pod názvem Pantonovo ve formě acidorezistentních 40 mg tablet určených k podání v jedné až dvou denních dávkách.

Indikace pro podávání PMg je podobná jako u ostatních IPP. Pro léčbu GERD je indikován pro dospělé a děti od 12 let v jedné až dvou denních dávkách po dobu 4–8 týdnů. Ostatní indikace jsou vyhrazeny jen pro dospělé, vředová nemoc gastroduodena po dobu 2–8 týdnů PMg v dávce 40–80 mg denně. Pro léčbu Zollinger–Ellisonova syndromu a dalších chronických stavů spojených s hypersekrecí HCl je doporučena denní dávka 80–160 mg (7). S výhodou může být PMg využit také v léčbě rezistentních a recidivujících infekcí HP, kdy nejen změna antibiotika, ale i IPP zvyšuje účinnost eradikace.

Bezpečnostní profil a snášenlivost PMg je srovnatelná s ostatními IPP, především s pantoprazolem Na. Nežá-



Klidná noc!
Aktivní den!

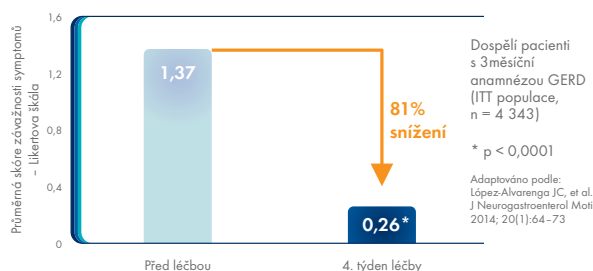
NOVINKA

První pantoprazol magnesium v Evropě! NOVINKA V ČR, dostupný od září 2014!¹

Pantonovo[®]

- **Pantoprazol magnesium má delší eliminační poločas než pantoprazol natrium, což vede k delší expozici léčivu.²**
- **Pantoprazol-Mg poskytuje signifikantní úlevu od denních i nočních symptomů provázejících GERD (n = 4 343 pacientů).³**
- **Pantoprazol-Mg dosahuje vysokého procenta zhojení ezofagitidy, které bylo prokázáno endoskopicky.^{2,4}**
- **Vysoké procento pacientů léčených pantoprazol-Mg 40 mg 1x denně dosáhlo kompletní remise po 4 týdnech léčby (61,2 %), respektive po 8 týdnech léčby (81,2 %).⁴**

Pokles závažnosti poruch spánku během 4 týdnů léčby pantoprazol-Mg. Hodnoceno lékaři.³



ZKRÁCENÉ INFORMACE O PŘÍPRAVKU PANTONOVO 40 MG ENTEROSOLVENTNÍ TABLETY

Název přípravku: PANTONOVO 40 MG ENTEROSOLVENTNÍ TABLETY. **Složení přípravku:** enterosolventní tableta obsahuje pantoprazol 40 mg. Pomocné látky - uhlíkatý sodný, mannitol (E421), krosapovidon typ A, povidon K90, kalciumstearát, hypromelosa 2910, povidon 25, oxid titaničitý (E171), žlutý oxid železitý (E172), propylenglykol, kopolymer MA/ME 1:1 30% disperze, (polysorbát 80, natrium-laurylsulfát), triethyl-citrát, hnědý roztok amoniaku 30%. **Terapeutické indikace:** Dospělí a dospívající od 12 let - Refluxní ezofagitida, Dospělí - Refluxní ezofagitida, - Žaludeční a duodenální vředy, Zollinger-Ellisonův syndrom a jiné stavy patologické hypersekrece. **Dávkování a způsob podání:** Dospělí a dospívající od 12 let: Refluxní ezofagitida - doporučená dávka je jedna tableta přípravku Pantonovo 40 mg denně. V individuálních případech může být dávka zdvojnásobena. K vyléčení refluxní ezofagitidy je obvykle třeba 4 týdnů. Dospělí: Léčba žaludečního a duodenálního vředu - doporučená dávka je jedna tableta přípravku Pantonovo 40 mg denně. V individuálních případech může být dávka zdvojnásobena. K vyléčení duodenálního vředu je obvykle třeba 4 týdnů. Zollinger-Ellisonův syndrom a jiné stavy patologické hypersekrece - v dlouhodobé léčbě by měli pacienti zahájit léčbu denní dávkou 80 mg (2 tablety přípravku Pantonovo 40 mg). Poté lze dávku titrovat směrem nahoru nebo dolů podle potřeby stanovené měřením sekrece žaludeční kyseliny. U dávek nad 80 mg denně by měla být dávka rozdělena a podávána dvakrát denně. Přechodné zvýšení dávky nad 160 mg pantoprazolu je možné, ale nemělo by být podáváno déle, než je nezbytné k adekvátní kontrole kyselosti. Délka léčby Zollinger-Ellisonova syndromu a dalších stavů patologické hypersekrece není omezena a měla by být přizpůsobena klinickým potřebám. K perorálnímu podání. Tablety se nesmí kousat ani dít, polykají se vcelku jednu hodinu před jídlem a zapíjejí se vodou. Zvláštní populace: Přípravek Pantonovo 40 mg by neměl být podáván pacientům se závažnou poruchou funkce jater. Dětem mladším 12 let se podávání přípravku nedoporučuje. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou látku, substituované benzimidazoly, na kteroukoliv pomocnou látku tohoto přípravku. **Zvláštní upozornění:** U pacientů se závažnou poruchou funkce jater by během léčby pantoprazolem měla být pravidelně monitorována hladina jaterních enzymů, zvláště v případě dlouhodobého užívání. V případě zvýšení jaterních enzymů je třeba léčbu přerušit. Pokud se vyskytne jakýkoliv varovný příznak (např. výrazný nechtěný úbytek na váze, opakující se zvracení, porucha polykání, zvracení krve, anémie nebo meléna) a v případě podezření na žaludeční vřed nebo jeho potvrzení, je třeba vyloučit maligní onemocnění, protože léčba pantoprazolem může zmírnit příznaky, a tím zpozdit stanovení diagnózy. Nedoporučuje se současné užívání inhibitorů protonové pumpy s atazanavirem. Pantoprazol stejně jako všechny léky zabírající tvorbu žaludeční kyseliny může snížit absorpci vitamínu B12 (cyanokobalaminu) z důvodu hypo- nebo achlorhydrie. Souběžné podávání inhibitorů protonové pumpy s atazanavirem se nedoporučuje. U pacientů, kteří užívají kumarinové antikoagulanty (např. fenpropakumon nebo warfarin), se doporučuje monitorování protrombinového času / INR po zahájení, ukončení nebo v průběhu nepravidelného užívání pantoprazolu. Při užívání vysokých dávek methotrexátu, je třeba zvážit dočasné vysazení pantoprazolu. **Těhotenství a kojení:** Nedoporučuje se podávat přípravek Pantonovo 40 mg v průběhu těhotenství ani ženám, které mohou otěhotnět a nepoužívají antikoncepci. Bylo pozorováno vylučování do mateřského mléka, proto je třeba vyhodnotit přínos kojení pro dítě a přínos léčby pro matku před podáním přípravku. **Nežádoucí účinky:** Nejčastější hlášenými nežádoucími účinky jsou průjem a bolest hlavy, oba tyto účinky se projevují u přibližně 1 % pacientů. K méně častým nežádoucím účinkům dále patří: Poruchy spánku, bolest hlavy, závrať, nevolnost a zvracení, bolesti horní části břicha, plýnatost a brániš diskomfort, zácpa, sucho v ústech, zvýšené jaterní enzymy, vyrážka, svědění, Fraktury proximálního konce femuru, distálního konce předloktí a obratlů, zejména u starších osob a osob se známými rizikovými faktory. **Významné interakce:** Z důvodu vysoké a dlouhodobé inhibice sekrece žaludeční kyseliny může pantoprazol snížit absorpci léčiv, jejichž biologická dostupnost závisí na pH v žaludku, např. některé azolové antimykotika, jako jsou ketokonazol, itraconazol, posakonazol a další léčiva, jako erlotinib. Souběžné podávání inhibitorů protonové pumpy s atazanavirem se nedoporučuje. U pacientů, kteří užívají kumarinové antikoagulanty (např. fenpropakumon nebo warfarin), se doporučuje monitorování protrombinového času / INR po zahájení, ukončení nebo v průběhu nepravidelného užívání pantoprazolu. Při užívání vysokých dávek methotrexátu, je třeba zvážit dočasné vysazení pantoprazolu. **Těhotenství a kojení:** Nedoporučuje se podávat přípravek Pantonovo 40 mg v průběhu těhotenství ani ženám, které mohou otěhotnět a nepoužívají antikoncepci. Bylo pozorováno vylučování do mateřského mléka, proto je třeba vyhodnotit přínos kojení pro dítě a přínos léčby pro matku před podáním přípravku. **Nežádoucí účinky:** Nejčastější hlášenými nežádoucími účinky jsou průjem a bolest hlavy, oba tyto účinky se projevují u přibližně 1 % pacientů. K méně častým nežádoucím účinkům dále patří: Poruchy spánku, bolest hlavy, závrať, nevolnost a zvracení, bolesti horní části břicha, plýnatost a brániš diskomfort, zácpa, sucho v ústech, zvýšené jaterní enzymy, vyrážka, svědění, Fraktury proximálního konce femuru, distálního konce předloktí a obratlů, Astenie, únava a malátnost. **Zvláštní opatření pro uchovávání:** Balení blistrů: tento léčivý přípravek nevyžaduje žádné zvláštní podmínky uchovávání. Lahvičky: uchovávejte při teplotě do 30 °C. Doba použitelnosti po prvním otevření: 100 dní. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Takeda GmbH, Konstanz, Německo. **Registrační číslo:** 09/132/14-C. **Datum poslední revize textu:** 26. 3. 2014.

Přípravek je vydáván pouze na lékařský předpis a je částečně hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Před použitím se seznámte s úplným zněním Souhrnu údajů o přípravku.

Reference:

1. Databáze léků [on-line]. Datum aktualizace 1. říjen 2014 v 01:12 [cit. 3.10.2014]. dostupné z: www.sukl.cz.
2. Hein J. Clin Drug Investig 2011;31:655-64.
3. López-Alvarenga JC, et al. J Neurogastroenterol Motil 2014;20(1):64-73.
4. Moraes-Filho JP et al. Aliment Pharmacol Ther 2014;39(1):47-56.

Takeda Pharmaceuticals Czech Republic s.r.o.,

Panorama Business Center, Škrétova 490/12, 120 00 Praha 2, tel.: +420 234 722 722, fax: +420 234 722 733, www.takeda.cz



doucí účinky byly zaznamenány u méně než 1% léčených. Mezi nejčastější uváděné patří průjem a bolesti hlavy, vzácněji poruchy spánku, zácpa, sucho v ústech, nauzea a zvracení.

Do současnosti bylo s PMg provedeno několik klinických zkoušek, které potvrdili jak jeho vysokou terapeutickou účinnost u stavů spojených s hypersekrecí HCl, tak bezpečnost přinejmenším srovnatelnou s ostatními IPP. Z nejvýznamnějších bych uvedl studie prováděné u nemocných s GERD. Hein v roce 2011 publikoval výsledky studie (8), která srovnávala efektivitu léčby PMg a pantoprazolem Na u nemocných s refluxní ezofagitidou (stupeň I–III dle Savary–Millera). Po čtyřech týdnech léčby bylo dosaženo úplného endoskopického zhojení u 72,7 % a po osmi týdnech u 87,3 % nemocných léčených PMg (66,2 % resp. 85,0 % zhojení lézí u nemocných léčených pantoprazolem Na). Efektivitu a bezpečnost léčby GERD PMg a esomeprazolem porovnávala na brazilské populaci prospektivní multicentrická randomizovaná studie. Její výsledky prezentoval v letošním roce Moraes–Filho (9). U skupiny nemocných léčených PMg byla prokázána vysoká míra hojení a navození kompletní remise. U statisticky významně vyššího počtu pacientů došlo ke zlepšení jícnové i mimojícnové symptomatologie GERD po osmi týdnech léčby PMg ve srovnání s esomeprazolem. Bezpečnostní profil obou přípravků byl naprosto srovnatelný. Lopez–Alvarenga letos potvrdil při prospektivním sledování na velké skupině více jak 4300 pacientů s nejméně tříměsíční anamnézou GERD, že PMg v jedné denní dávce 40 miligramů poskytuje signifikantní úlevu od denních i nočních symptomů GERD již po

čtyřech týdnech léčby (10).

Na závěr můžeme konstatovat, že se v letošním roce na trhu objevil další velmi účinný a bezpečný IPP druhé generace, PMg. Doposud uveřejněné výsledky studií potvrdily jeho rychlý nástup účinku, vysokou efektivitu a dobrou snášenlivost v léčbě nemocných s GERD. Pozitivním zjištěním je také minimum známých lékových interakcí, které omezují dlouhodobé podávání ostatních IPP u chronicky nemocných, zejména kardiaků. Vzhledem k výše uvedené účinnosti a bezpečnosti může být PMg použit i na úrovni primární péče jako lék první volby ve všech indikacích jako ostatní IPP. Zejména u nemocných s GERD s úspěchem využijeme jeho delší účinnost v supresi žaludeční HCl a zlepšení jícnových i mimojícnových symptomů. Rozhodně by měl být pantoprazol magnesium zařazen co nejdříve mezi ostatní IPP uvedené v Doporučených diagnostických a terapeutických postupech pro všeobecné praktické lékaře.

Shrnutí pro praxi: *Inhibitory protonové pumpy představují klíčové léky pro terapii veškerých acidopeptických onemocnění. S jejich dlouhodobým a velmi širokým užíváním souvisí i výskyt lékových interakcí a nežádoucích účinků. V tomto roce byl schválen pro užívání v klinické praxi v České republice nový preparát, pantoprazol magnesium. Výsledky recentních klinických studií potvrdily jeho výborný bezpečnostní profil a vysokou účinnost zejména při léčbě gastroezofageální refluxní nemoci.*

Literatura:

1. Sachs G, Prinz C, Perse SJ. Acid related disorders. Sushu Publishing Inc. 1995.
2. Pantoflickova D, Dorta G, Jarnod P et al. Acid inhibition on the first day of dosing: comparison of four proton pump inhibitors. Aliment Pharmacol Ther 2003; 17(12):1507-1514.
3. Miner P, Katz P, Sostek M. Gastric acid control with esomeprazole, lansoprazole, omeprazole, pantoprazole and rabeprazole: a five-way crossover study. Am J Gastroenterol 2003; 98(12): 2616-2620.
4. Robinson M, Horn J. Clinical pharmacology of proton pumps inhibitors: What the practising physician Leeds to know. Drugs 2003; 63: 2739-2754.
5. Bultas J. Význam kombinace klopidoogrelu s inhibitory protonové pumpy. Čes a Slov Gastroent a Hepatol 2010; 64(4): 25-31.
6. Gregar J, Šimková I, Urbánek K. Lékové interakce inhibitorů protonové pumpy. Klin Farmakol Farm 2011;25(4):188-191.
7. SPC, datum aktualizace 26. 3. 2014.
8. Hein J. Clin Drug Investig 2011; 31: 655-64.
9. Moraes-Filho JP, Pedrosa M, Quigley EMM. Aliment Pharmacol Ther 2014; 39(1): 47-56.
10. Lopez-Alvarenga JC, Orr W, Vargas-Roemro JA, et al. J Neurogastroenterol Motil 2014; 20(1): 64-73



Nová perorální antikoagulancia a možnosti praktického lékaře

MUDr. Norbert Král

Praktický lékař, Lékařská ordinace s.r.o. Vyšehrad

Asi každý praktický lékař vysloví někdy přání nahradit léčbu antagonisty vitamínu K lékem, který by byl více spolehlivý, kde by nebyla nutná pravidelná monitorace, lékem, u kterého by odpadlo svádění bojů s nepochopitelně nízkými či vysokými hodnotami INR, kde bychom nemuseli nahánět nonkomplimentní pacienty nedodržující interval laboratorních kontrol v obavách z případných rizik. Praktický lékař je také zodpovědný za ne vždy jednoduché vysazování a znovunasazování warfarinu v souvislosti s vyšetřením nebo chirurgickými zákroky. A to nemluvě o tom, že ne vždy musí být dle doporučených postupů vysazení indikované (vysazování antagonistů vitamínu K před koloskopií, drobnými stomatologickými zákroky) a my v dobré vůli na přání našich kolegů specialistů bereme na svá bedra ještě větší rizika (CMP, embolizace), než jsou obávané nežádoucí účinky (krvácení).

Mohli bychom se smířit s tím, že nám nic jiného nezbývá, že máme ve Warfarinu lék, který přes své nedostatky musí stačit. Existují ovšem nová perorální antikoagulancia (NOACs – new oral anticoagulants) jako dabigatran, inhibitor faktoru IIa, a rivaroxaban a apixaban, inhibitory faktoru Xa. Klinické studie ukazují, že tyto preparáty jsou superiorní vůči AVK s méně závažnými nežádoucími účinky, fixní dávkou a bez nutnosti monitorace.

Praxe

1. Ve svých praxích se s výše uvedenými léky setkáváme, mají však omezenou indikaci a pro nás praktické lékaře jsou preskripčně omezeny (pokud v číselníku nalezneme indikaci P, pak jsme jako PL oprávněni předepisovat tyto léky pouze jako prevenci tromboembolické nemoci po náhradě kyčelního nebo kolenního kloubu po omezenou dobu, pokud v číselníku nalezneme indikaci P a limit E, nejsme oprávněni tyto léky předepisovat). Odbornostmi s povolenou preskripcí NOAC jsou internisté, kardiologové, hematologové, angiologové, neurologové, chirurgové a ortopedi. V současné době jsou NOAC indikovány pouze jako: 1. prevence tromboembolie u pacientů po náhradě kolenních a kyčelních kloubů, 2. prevence cévní mozkové příhody a plicní embolie u pacientů s nevalvulární fibrilací síní s jedním či více rizikovými faktory (cévní mozková příhoda, tranzitorní ischemická ataka nebo systémová embolie v anamnéze, ejekční frakce levé komory < 40%, symptomatické srdeční selhání třídy 2 či vyšší podle klasifikace NYHA, věk ≥ 75, věk ≥ 65 spojený s jedním z následujících onemocnění: hypertenze, diabetes mellitus nebo ischemická choroba srdeční) a za 3. léčba a prevence hluboké žilní trombózy (HŽT) a plicní embolie po akutní HŽT u dospělých.

2. Ve svých praxích se velmi často setkáváme s pacienty s fibrilací síní (dále FiS), návštěva našich ordinací pro ně omezena není. Prevalence FiS je 1–2 %, kontinuálně roste, významným faktorem je vyšší věk dožití české populace. Ve věku nad 85 let dosahuje prevalence 10–15 %. Mortalita pacientů s FiS je dvakrát vyšší a riziko cévní mozkové příhody je pětikrát vyšší než u běžné populace. Každá pátá iCMP je podmíněna FiS a je závažnější než CMP jiného původu, CMP spojené s FiS mají vyšší 30 denní mortalitu, horší průběh, vyšší procento recidiv a 2× častěji jsou fatální ev. zanechávají vážnější následky. Většina pacientů s diagnostikovanou FiS je antikoagulována. V praxi s průměrným počtem 1800 pacientů je na kontrolu INR pozváno přibližně 5–10 pacientů týdně. Z pohledu lékaře je zde nevýhodou faktor času (pravidelné odběry, konzultace výsledku), variabilita hodnot INR při stejné dávce AVK, přechodné vysazení a následné nasazení Warfarinu, lékové interakce AVK nebo volně prodejné léky (NSA). Z pohledu pacienta jsou to časté návštěvy ordinace praktického lékaře, převážně s ohledem na vyšší věk a horší mobilitu, vliv potravin na hodnotu INR nebo například denní variabilita dávek AVK.

Stejně tak se setkáváme s pacienty s HŽT, u kterých by byla možnost perorální léčby s fixní dávkou léčiva bez nutnosti monitorace pro praktického lékaře i pacienta nespornou výhodou.

Nevýhody NOAC

Žádný lék není ideální a i NOAC mají své nevýhody. Před nasazením je vhodná kontrola renálních parametrů, u pacientů ve věku nad 75 let i jejich monitorace 1× ročně a je nutné přihlídnout k aktuálnímu stavu pacienta (dehydratace, infekce). Všechny přípravky ze skupiny NOAC jsou kontraindikovány při hepatopatii doprovázené koagulopatií a také v těhotenství a laktaci. U NOAC je třeba vzít ohled na možné lékové interakce (např. azolová antimykotika, ASA, NSA), cenu, omezenou dostupnost možnosti laboratorní kontroly účinku a nedostupnost antidota. Pochopitelným rizikem vzhledem k jejich charakteru jsou krvácivé komplikace, i když nižší ve srovnání s Warfarinem.

NOAC a 21. století v ordinaci PL

Náše postavení ve vztahu k NOAC je zatím víceméně informativní, nejsme oprávněni preskripce, i když jsme právě o ni čas od času ze strany pacientů požádání (výjimkou jsou náhrady velkých kloubů - viz výše).

Nezbývá však, než je odkázat na příslušného specialistu, který lék indikoval či ho předepsal. Vzhledem k výhodám NOAC, které byly zmíněny, lze očekávat, že dotazy našich pacientů na téma nových antikoagulancií budou častější a my budeme nuceni být připravení a schopni poskytovat adekvátní odpovědi.

Vážené kolegyně, vážení kolegové, protože příklady táhnou a toto sdělení má za cíl být sdělením zcela praktickým, oslovil jsem několik zástupců odborných společností s prosbou o zodpovězení právě několika praktických otázek.

Často kladené otázky:

1. Praktický lékař mi odmítá předepsat nový antikoagulační lék, který mi byl do medikace zařazen při pobytu v nemocnici. Jak postupovat?

Odp. Nová antikoagulační léčiva skutečně musí předepisovat specialista a praktický lékař by Vás měl k němu odeslat. Výběr nejvhodnější odbornosti závisí na konkrétní situaci, obecně nová protisrážlivá léčiva nejčastěji předepisují neurologové, internisté a kardiologové.

2. Pokud je jisté, že mi zubař bude zub extrahovat, jak dlouho před zákrokem nutno NOAC nebrat? Musím vysazovat NOAC obecně před návštěvou zubaře?

Odp. Pokud nejde o rozsáhlou zubní operaci, určitě stačí, pokud lék vynecháte ráno před návštěvou zubaře. Pokud by šlo o rozsáhlejší stomatologický výkon (například trháni více zubů, resekcce kořenů apod.), pak byste neměli brát ani večerní dávku léku a pohlídat si odstup 24 hodin od poslední dávky. Ale někteří zubaři již vynechání těchto léků nevyžadují a jsou schopni zastavit případné větší krvácení. Je tedy důležité medikaci hlásit a domluvit se s nimi. Pokud jdete na běžné zubní vyšetření, případně lze předpokládat možnost sanace kazů apod., nemusíte antikoagulační vysazovat léky vysazovat vůbec.

3. Je lépe brát léky na lačno nebo mohu s jídlem či po něm?

Odp. U některých nových léků ovlivňujících srážení krve se doporučuje brát s jídlem (Xarelto), u ostatních (Eliquis a Pradaxa) toto doporučení není – pak je na vás, jak jste zvyklí užívat nebo jak léky lépe tolerujete (zda na lačno nebo naopak po jídle).

4. Je nutné chodit i při užívání NOAC na nějaké krevní testy? Pokud ano, v jakém intervalu?

Odp. Účinnost nových léků ovlivňujících srážení není nutno monitorovat, dávky jsou stabilní. Ale i u těchto léků je žádoucí provést laboratorní kontrolu funkce ledvin a jater v odstupu 1–2 měsíců po zahájení léčby a následně během jejich užívání alespoň 2× ročně. Toto platí zejména u starších pacientů.

5. Trpím fibrilací síní a měl jsem lehkou CMP. Lékaři považují léčbu Warfarinem pro mě za rizikovou vzhledem k mému věku a dalším zdravotním problémům, proto užívám antiagregační léky. Je to dostatečná ochrana proti opakování CMP?

Odp.: Léky ze skupiny protidestičkových přípravků, kam patří clopidogrel a acetylsalicylová kyselina, mají u pacientů s FS významně nižší účinnost v prevenci CMP než léky protisrážlivé. Pokud máte kontraindikace k užívání Warfarinu ze zdravotních důvodů, poraďte se s neurologem nebo kardiologem, zda by nebyla pro Vás vhodná léčba novými antikoagulačními léky (NOAC).

6. Užíval jsem Warfarin, protože trpím fibrilací síní. Při této léčbě jsem dostal CMP. Jaké jsou teď pro mě další možnosti léčby?

Odp.: Prodělaná CMP při léčbě Warfarinem je zpravidla důsledkem jeho nedostatečného účinku (v případě krvácivé CMP může jít naopak o nadměrné protisrážlivé působení – důležitým údajem je také hodnota INR v době příhody). V těchto případech je vždy vhodné zvážit nahrazení Warfarinu některým ze skupiny nových protisrážlivých léků (NOAC).

7. Víím, že existují moderní alternativy warfarinu, ale lékař mi je odmítá předepsat, protože nesplňují podmínky stanovené zdravotní pojišťovnou. Je možné nový lék získat i v takovém případě?

Odp. Ano, je. V případě, že pacient nesplňuje podmínky stanovené zdravotní pojišťovnou pro úhradu léčiva z prostředků veřejného zdravotního pojištění, může lékař takový přípravek pacientovi přesto předepsat. Nemocný si však musí léčivo uhradit v plné výši. Nové antikoagulační přípravky patří k léčivům relativně nákladnějším, ale v případě úhrady nemocným je lze předepsat jako alternativu Warfarinu vždy.

8. Nové antikoagulační přípravky jsou významně bezpečnější než Warfarin. Znamená to, že při jejich užívání není zvýšené riziko krvácivých komplikací?

Odp. Bohužel ne. Přestože nové antikoagulační léky mají skutečně lepší bezpečnostní profil ve srovnání s Warfarinem při zachované účinnosti, stále musí pacient počítat s možností zvýšeného krvácení při poraněních nebo drobných operacích a vzácně se může vyskytnout i krvácení např. do zažívacího traktu nebo do močových cest. Je třeba uvědomit si, že nové antikoagulační přípravky prodlužují srážlivost, a proto i při jejich užívání musíme s možností krvácivých komplikací počítat.

9. Existují léky či strava, která účinek NOAC zeslabuje a zvyšuje tedy riziko trombózy?

Odp. Účinek NOAC mohou zeslabit léky jako je rifampicin – jedno ze vzácných antibiotik, fenytoin – antiepileptikum, karbamazepin – lék proti záchvatům – všechny tyto léky zesilují efekt „odbourávacích“ mechanismů NOAC (induktory CYP), a tedy způsobují snížení jejich hladiny. Zatím nebyla nalezena podobná situace u jídel, ale tento efekt je znám u třezalky tečkované – oblíbené byliny pro přípravu čaje.

Za vypracování odpovědí na kladené otázky patří velký dík prof. Kubešové, doc. Karetové, dr. Mazurové, dr. Škodovi a doc. Vráblíkovi.



Farmakoterapie očních chorob a zásady první pomoci při poranění oka

prof. MUDr. Naďa Jirásková, Ph.D., Oční klinika LF UK a FN v Hradci Králové

prof. MUDr. Pavel Rozsívál, CSc., FEBO, Oční klinika LF UK a FN v Hradci Králové



Úvod

Spektrum léčebných přístupů při onemocnění oka je velmi široké. Terapii rozdělujeme podle různých kritérií na místní a celkovou; medikamentózní, laserovou a chirurgickou; specifickou a nespecifickou, protiinfekční (antibakteriální, antivirovou, antifungální), atd. Naším cílem je tak jako v kterémkoliv jiném oboru medicíny eliminovat patologický proces co nejdříve a co nejúčinněji, což znamená, že se snažíme zvolit terapii, která je efektivní a zároveň má co nejméně nežádoucích účinků (1).

Při indikaci léků v očním lékařství je důležitá znalost permeability jednotlivých očních struktur. Skléra tvoří poměrně porézní bariéru, kterou mohou pronikat i poměrně velké molekuly. Nitrooční tlak však způsobuje převahu jednosměrného toku vně oka. Intraokulární koncentrace léků injikovaných do subtenonského prostoru je proto minimální. Průnik léků neporušenou rohovkou není způsoben prostou difúzí, ale lze ho nejlépe vysvětlit různou rozpustností substancí. V epitelu a endotelu rohovky je mnohonásobně vyšší obsah lipidů než ve stromatu rohovky. V důsledku toho je epitel a endotel relativně nepropustný pro elektrolyty, ale dobře jím pronikají liposolubilní substance. Naopak stroma je snadno propustné pro elektrolyty, ale nikoliv pro látky rozpustné v tucích.

Přední hematookulární bariéru tvoří cévy duhovky, zadní bariéru cévy sítnice. Epitel řasnatého tělesa zaujímá v soustavě hematookulární bariéry zvláštní postavení. Dochází zde k aktivní sekreci některých iontů a k umožnění volné pasáže jiných ve shodě se systémem sekrece-difúze při tvorbě komorové tekutiny. Ciliární epitel blokuje prostup většiny molekul do komorové tekutiny.

Průnik léků do zdravého oka se však může značně lišit od stavu u změněných očních tkání pro narušení hematookulární bariéry zánětem, v jehož důsledku se může zvýšit prostup některých molekul do oka.

Cesty aplikace léků

Oční kapky jsou nejčastější formou podávání léků při léčbě nemocí předního segmentu oka. Tento způsob má před celkovým podáváním léků tu výhodu, že je v místě určení dosažena potřebná koncentrace účinné látky a zároveň je omezen vznik nežádoucích celkových účinků. Je však nutné naučit pacienta správné technice aplikace (obr. 1). Doporučuje se stlačit prstem vnitřní koutek a oblast slzného vaku, aby se zamezilo odtoku kapek slznými cestami a snížila se celková resorpce nosní sliznicí. Oční masti prodlužují čas, po který je účinná látka v kontaktu s rohovkou. Látky v tucích nerozpustné tvoří v masti mikrokrystaly. Pouze povrchově uložené mikrokrystaly se rozpouštějí v slzách, a tak je léčivo uvolňováno postupně. Masti zásadně nedáváme při pronikajících poraněních oka

z důvodu toxicity masťového základu pro nitrooční tkáň. Oční roztoky jsou vhodné k výplachům dráždivých látek či cizích tělísek ze spojivkového vaku a dále při zánětech spojivek k odstranění sekretu. Léky můžeme v oftalmologii aplikovat místně i injekčně, a to buď pod spojivku či případně retrobulbárně. Podspojivkové injekce umožňují docílit vyšších koncentrací účinných látek zejména v předním segmentu oka. Léky můžeme aplikovat i nitroočně, v současné době se nejčastěji jedná o intravitreální podání léků tlumících patologické prorůstání novotvořených cév u některých typů makulárních degenerací, tzv. anti VEGF faktorů (z anglického vascular endothelial growth factor). Z praktického hlediska je nutné zamezit mikrobiální kontaminaci u všech očních lékových forem. Oční kapky pro běžné domácí používání jsou obvykle dodávány v kapacitních lahvičkách s uzávěrem a jsou určeny pro opakované použití, proto většinou obsahují vhodné konzervační látky. K zamezení kontaminace nemají být používány déle než 2–3 týdny.

Celková terapie je indikována v případech, kdy nelze stav zvládnout lokální terapií. Musíme mít vždy na zřeteli, že hematookulární bariéra omezuje průnik některých látek do oka.

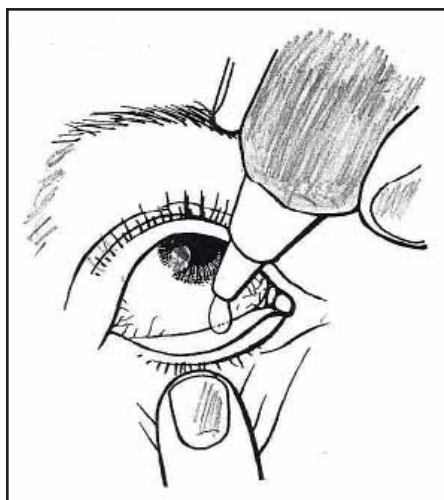
Léčba zánětů spojivek - konjunktivitidy

Spojivka je tenká, lesklá průhledná cévně–mukozní membrána, která vystýlá šterbinovitý prostor mezi přední částí očního bulbu a zadní plochou víček. Spojivka plní důležitou ochrannou funkci oka, která spočívá jak v mechanické, tak imunologické a sekreční obraně. Lymfocyty a plazmatické buňky jsou lokalizovány zejména ve spojivce víček a fornixů. Tekoucí slzný film plynule odplavuje mikroby a dráždivé látky ze spojivkového vaku. Účinnou ochranou proti rozvozu infekce jsou i antimikrobiální účinky lysozymu, imunoglobulinů IgA, IgG a dalších substancí (2). Základní známkou zánětu spojivek je hyperémie, v těchto případech mluvíme o spojivkové injekci. Dalšími typickými projevy jsou buněčná infiltrace a sekrece. Velkou pozornost věnujeme subjektivním potížím, protože jejich charakter významně přispívá ke stanovení správné diagnózy. Jsou to pálení, svědění, pocit cizího tělíska, někdy i světlolachost. **Infekční konjunktivitidy** jsou nejčastějším očním onemocněním a ve většině nekomplikovaných případů je mohou léčit praktičtí lékaři. V případě infekčních zánětů spojivek se nedoporučuje používat obvaz a je nutno dodržovat přísná hygienická pravidla. **Bakteriální konjunktivitidy** se vyskytují nejčastěji v zimě a na jaře, nejprve jednostranně. Během 1–2 dnů bývá postiženo i druhé oko. Nejčastějšími patogeny jsou *Streptococcus pneumoniae* a *pyogenes*, *Haemophilus influenzae*, *Staphylococcus aureus*

a *Moraxella lacunata*. V klinickém obraze dominuje spojivková injekce, slzení a hlenohnisavá sekrece. Někdy se mohou objevit otoky víček, spojivkové hemoragie či tvorba membrán na tarzální spojivce. U dětí může být zánět spojivek spojen s celkovou infekcí a alterací celkového stavu. V terapii jsou velmi důležité výplachy spojivkového vaku a odstraňování zaschlého sekretu. Širokospektrá antibiotika nejlépe ve formě kapek aplikujeme lokálně každé 2–4 hodiny po dobu 7–10 dní. **Virové konjunktivitidy** patří k nejčastějším spojivkovým zánětům (3). Typický je rychlý nástup, pocit písku v očích, seriózní až seromucinózní sekrece, spojivková injekce, otok víček, folikulární reakce a preaurikulární a submandibulární lymfadenopatie. Nejčastějším agens je adenovirus. Adenovirová konjunktivitida je vysoce infekční onemocnění. Zánět trvá 3 až 6 týdnů, nejvyšší riziko přenosu infekce je v prvních 10 dnech. Infekce adenoviry probíhá pod obrazem epidemické keratokonjunktivitidy nebo faryngokonjunktivální horečky. Příčinná léčba neexistuje. Je nutné pečlivě poučit nemocného o prevenci přenosu infekce, správných hygienických návyků a nutnosti používání jednorázových prostředků denní hygieny.

Mezi **neinfekční, tedy imunologicky podmíněné konjunktivitidy** se řadí alergické záněty spojivek, a to jak sezónní tak celoroční. Typickými symptomy jsou pálení, svědění, epifora. Spojivka může být překrvená (povrchová spojivková injekce), může být však i bledá a prosáklá (alergická chemosa spojivek). Při léčbě většinou spolupracujeme s alergology, případně otorinolary. Po identifikaci alergenu je nutné jeho vyloučení. Dále se doporučuje aplikace antihistaminik lokálně i celkově. Lokální léčba steroidy je indikována jen u závažných případů a musí se podávat pod kontrolou oftalmologa. Dlouhodobá terapie stabilizátory žírných buněk musí být zavedena před začátkem akutní exacerbace.

Zásady první pomoci a terapie poranění oka



Úrazy očí jsou poměrně časté a většina z nich vyžaduje vyšetření a léčbu oftalmologem.

V případě **poleptání oka** hraje hlavní roli rychlost ošetření – první pomoci. Nutný je okamžitý a důkladný výplach spojivkového vaku proudem tekutiny

a odstranění zbytků leptající látky v everzi víček. Teprve poté následuje transport poraněného k očnímu lékaři, který poskytne další péči. Zanedbání této první pomoci má

za následek těžké postižení oka (očí), které již nelze napravit žádnou odbornou péčí (4).

Stupeň poleptání závisí na druhu leptající látky, její koncentraci, množství, teplotě, délce působení. Účinek kyselin a zásad se v klinice poněkud liší, ale v obou případech je pronikání leptající látky do nitra oka velmi rychlé. Kyseliny koagulují proteiny tkáně, alkálie tkáň kolikvuží a leptající látka postupně proniká stále hlouběji, proto rozsah poškození můžeme stanovit až několik dní po úraze. Chirurgické řešení následků poleptání (rozrušení symblefar, korekce postavení víček a řas, či případná transplantace rohovky) nepřináší vždy uspokojivé výsledky.

Kontuzní (tupá) poranění musí být rovněž vyšetřena oftalmologem, který zhodnotí rozsah poškození a stanoví další léčebný postup. Tupý úraz často způsobí krvácení do přední komory oka (hyphaema), kde se může v dolní polovině vytvořit hladinka krve. Při těžkých kontuzích může vzniknout masivní krvácení nejen do přední komory, ale i do sklivce – haemophthalmus. Hyphaema se většinou vstřebá sama, u hemoftalmu je často nutno indikovat pars plana vitrektomii.

Dále může tupé poranění způsobit poškození duhovky, komorového úhlu (tzv. recessus), dislokaci čočky, rupturu cévnatky, komoci nebo odchlípení sítnice. Traumatické odchlípení sítnice vychází nejspíše z odtržení sítnice v místě ora serrata. Latence mezi úrazem a poruchou vidění způsobenou amoci může být dlouhá, až několik měsíců. Stav řešíme rovněž pars plana vitrektomií.

Pronikající (penetrující) poranění oka vzniká nejčastěji ostrým předmětem nebo prudce letícím cizím tělískem. Správně odebraná anamnéza je proto nesmírně důležitá. Velmi častým mechanismem vzniku penetrujícího poranění s cizím tělískem je práce s kladivem či sekáčkem, Pronikající poranění oka je vždy spojeno s nebezpečím zanesení infekce do nitra oka a rozvojem endophthalmitidy (zánětu nitroočních struktur). Aplikujeme tedy širokospektrá antibiotika lokálně i celkově a pamatujeme i na zabezpečení proti tetanu. Každé penetrující poranění (nebo i podezření na toto poškození oka) musí být revidováno a případně chirurgicky ošetřeno oftalmochirurgem pod kontrolou operačního mikroskopu.

Shrnutí pro praxi: Ve farmakoterapii většiny očních chorob dáváme přednost lokální léčbě. Celková terapie je indikována v případech, kdy nelze stav zvládnout lokální terapií. Musíme mít vždy na zřeteli, že hematookulární bariéra omezuje průnik některých látek do oka. Infekční konjunktivitidy jsou nejčastějším očním onemocněním a ve většině nekomplikovaných případů je mohou léčit praktičtí lékaři. Úrazy očí jsou poměrně časté a většina z nich vyžaduje vyšetření a léčbu oftalmologem. V případě poleptání oka hraje hlavní roli rychlost ošetření – první pomoci. Nutný je okamžitý a důkladný výplach spojivkového vaku proudem tekutiny a odstranění zbytků leptající látky v everzi víček.

Literatura:

1. Pavel Rozsival et al. Oční lékařství. Galén, 2006
2. Pavel Rozsival a spolupracovníci. Infekce oka. Avicenum, Grada, 2003

3. Josef Hycl. Oftalmologie, minimum pro praxi Triton, 1999
4. Jan Kolín a kolektiv. Oftalmologie pro praktického lékaře. Karolinum, 1994



Kazuistika ze soudně lékařské praxe

MUDr. Pavel Brejník

Praktický lékař pro dospělé, Kladno

Jedním z nejčastějších důvodů vypracování znaleckého posudku je nutnost odborného posouzení napadeného lékařského posudku /dále LP/ v souladu s ustanovením § 47 odst. 3 písm. b) zákona č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách. Zadavateli jsou většinou krajské úřady, které jako zřizovatelé řeší stížnosti na závěry uvedené v LP. Menší část zadavatelů tvoří soudy.

Tato kazuistika se zabývá řešením situace, kdy pacientka /dále P/ byla posouzena při prohlídce v rámci pracovních lékařských služeb se závěrem, že dlouhodobě pozbyla zdravotní způsobilost k poslední pojištěnému povolání. Se závěry LP nesouhlasila a podala odvolání. Posuzující lékař postoupil odvolání krajskému úřadu, který oslovil znalce.

Úkolem znalce bylo odpovědět na otázky:

1. Je správné, že lékař pracovních lékařských služeb /dále L/ vydal LP, podle kterého P pozbyla dlouhodobě zdravotní způsobilosti pro pracovní činnost odečítač ve smyslu platných předpisů?
2. Byl postup L, na jehož základě vydal napadený LP, podle kterého pozbyla P dlouhodobě zdravotní způsobilosti pro pracovní činnost odečítač, správný, v souladu s právními předpisy?
 - a) Byly provedeny všechny lékařské prohlídky, které stanoví právní předpisy nebo které indikoval L?
 - b) Byl zdravotní stav posuzované osoby pro účely zdravotního posouzení zjištěn úplně?
 - c) Odpovídá závěr posouzení zdravotního stavu aktuálně zjištěnému zdravotnímu stavu posuzované osoby (dle podkladů předaných L)?
 - d) Je na základě předložené zdravotnické dokumentace správné konstatování, že P pozbyla dlouhodobě zdravotní způsobilosti pro pracovní činnost odečítač?
3. Je opodstatněná námitka P, že LP trpí nedostatkem vyšetření,

Dne 19. 9. 2014 se P odvolala vůči posudkovému závěru ze dne 10. 9. 2014 z nedostatku doloženého vyšetření. Je objednaná na CT vyšetření 10. 10. 2014 a 13. 10. 14 a do 3 dnů dodá výsledky vyšetření k novému posouzení jejího zdravotního stavu.

L ve svém postoupení odvolání P konstatoval, že P byla do ordinace odeslána svým zaměstnavatelem za účelem provedení mimořádné prohlídky a to na základě zákona č. 187/2006 Sb. § 62.

Na základě dodaného výpisu ze zdravotní dokumentace od registrující praktické lékařky, podkladů zaměstnavatele (popis profese), nálezu z rehabilitačního odd., kde byla jmenovaná v dlouhodobém léčení a po vyšetření jmenované, rozhodl v posudku, že jmenovaná posuzovaná osoba pozbyla

dlouhodobě zdravotní způsobilosti k výkonu práce odečítač. S tímto rozhodnutím byla seznámena 10. 9. 2014.

Dne 19. 9. 2014 podala jmenovaná vůči jeho posudku odvolání, které bylo převzato dne 22. 9. 2014.

Po zhodnocení dostupných nálezů trvá na původním závěru a předává kompletní dostupnou dokumentaci na odbor zdravotnictví krajského úřadu.

Ze zdravotní dokumentace P bylo zjištěno, že 20. 6. 2014 byla vyšetřena na ambulanci rehabilitace, kam byla odeslána registrující praktickou lékařkou z důvodu dlouhodobé PN od 13. 1. 14.

V anamneze bylo zjištěno: RA: rodiče zdraví OA: st.p. IH 81, st.p. SC 3x

FA: bez pravidelné medikace AA: Pendepon

GA: Porody 3, 2 děti Abuzus: kouří 20 cig./den

Subj. po první infusi kolapsový stav, proto infuze dále vysazeny, místo nich i.m. aplikace NSA, vlastní rehabilit. léčbu snášela dobře, cítí se lépe, doma se snaží cvičit.

Obj.:

TK 116/82, P 83 prav. min., váha 63 kg, výška 162 cm, BMI 24,04, pravák, afebrilní, eupnoe hlava bpn, occipit. výstupy palpačně nebolest., HAZ na plecích 0, jen zkrácené horní trapézy, extenze šíje a flexe volné, rotace váznou o necelou 1/4 ad dx., termin. ad sin.,

protrahce ramenních kloubu, rozsah pohybu v ramenních kloubech přim. vrzoty v pr. ramenním kloubu, jemná motorika v mezích.

stoj klidný, akcentace Th kyfosa, sinkonv. skoliosa L pát., šikmá pánev se sklonem doleva, PV kontraktury 0, AF trupu zkrácena o 5 cm, inklinace váznou ve středním Th úseku dx., v dol. L pát. bil., porucha PS chůze se zvýš. hrou pánye, po patách, špičkách svede, Lass.oboustr. negat., pružení citlivé nad střední Th páteří, Kibler.řasa vláčná v celém rozsahu, ochablá břišní stěna, břišní svaly 2.-, porucha PS flexe šíje, PS extenze v kyčlích, nosné klouby intaktní

RTG Th páteře 15. 01. 2014: akcentace Th kyfosa, pokročilá def.spondylosa dif. ve střední Th úseku až ankylosující

Závěr: VAS polytopní, t.č. s maximem v Th, L páteři, při pokročilých degenerat. změnách, poruše dynamiky, s účastí svalových dysbalancí, zlepšena

Doporučeno: pokračovat doma v LTV dle rhb instruktáže, prevence prochladnutí a přetěžování C, Th páteře, bez nošení těžších břemen na jednom rameni či v jedné ruce

vzhledem k RTG a obj. nálezu vhodná komplexní lázeňská léčba z indikace VII/9 navazující na dosavadní rehabilitační léčbu, předána do péče OL.

V dokumentaci registrující praktické lékařky byla zřetelně hodné následující skutečnosti.

OA: 82 hepatitida A, zlomenina nosu, 3x sekce, jinak dříve vážněji nestonala, od ledna 2013 navštěvovala ordinaci pro bolesti celé páteře, léčena myorelaxantii, NSA, RHB, vše bez efektu, předána do péče neurologa, kde další série RHB, v lednu 2014 opět recidiva, pac. bez kořenové symptomatologie předána do péče RHB ambulance, kde pokračuje v další sérii rehabilitační péče, po vyčerpání doporučena balneoterapie, která u revizního lékaře zamítnuta.

NO: v PN pacientka od 13. 1. 2014, 20. 8. 2014 přešetřena OSSZ po prostonaných 220 dnech – neodpovídá žádnému stupni invalidity, doporučeno dle zákona zkontrolovat stav ze závodním lékařem. Kontrola na RHB ambulanci za rok.

AA: procain PNC

FA: nyní bez trvalé medikace

TAT 31. 5. 1999

Nález L 08. 09. 2014

NO: od 1/2013 léčena v ordinaci registrujícího PL pro bolesti celé páteře, myorel, NSA, vše bez efektu, předána na neurologii, poté RHB, absolvovala RHB, od 1/2014 opět recidiva, bez kořen. symptomatologie, opět RHB péče, v 6/2014 ukončena RHB.

V PN od 13. 1. 2014, provedeno vyšetření OSSZ stran ID-nepříznán žádný stupeň.

Subj: Křeče v páteři, od obl. C do dolní Th, dostává křeče do lýtky PDK, lýtko pocit. slabší, opak. upadla.

V práci nosí cca 5 kg brašnu, v jedné ruce počítač, v druhé ruce si např. svítí.

Obj. chůze normální, pata/špička lze, slabší lýtko PDK oproti LDK cca o 2 cm, svalová síla normální, hybnost HKK, DKK normální

Diagnoza: VAS polytopní. při pokročilých degenerativních změnách, ankylozující změny Thp dle rtg

10. 9. 2014 – po doplnění informací od zaměstnavatele

Doplňující informace od zaměstnavatele – do terénu jde s brašnou o váze cca 2,9 kg.

Závěr: Pozbyla zdravotní způsobilosti jako odečítač.

Zaměstnavatel popsal pracovní funkce odečítač realizuje odečty a sběr dat neprůběhového měření v terénu podle přidělených odečtových jednotek a provádí kontrolu odběrného a předacího místa. K vybavení patří klíčky na otvírání rozvaděčů, šroubováky, kleště, čelovka, notýsek, tiskoviny, mobilní telefon 120 g, terminál na odečty 423 g, baterie 150 g, obranný spray, doklady, láhev s vodou 500 g, taška včetně terminálu je celková váha, co si bere nemobilní odečítač /nejezdí autem/ s sebou do terénu je 2,9 Kg včetně terminálu, který má pouze při přepravě do místa provádění odečtů. Při provádění odečtů tudíž brašna váží cca 2,5 kg. Odečítač je vybaven taškou a ledvinkou.

Znalec ve svém posudku konstatoval, že L ve svém posudku se odvolává na § 62 Zákona 187/2006 Sb. Tento paragraf hovoří o povinnosti zaměstnavatele po obdržení sdělení ošetřujícího lékaře podle § 61 písm. v) o ukončení dočasné pracovní neschopnosti zaměstnance, podle § 59 odst. 1 písm. b) s uvedením, že je předpoklad, že pojištěnec již nebude moci vykonávat dosavadní pojištěnou činnost a že tento předpoklad je důvodem pro lékařskou prohlídku poskytovatelem

pracovně lékařských služeb ze zdravotních důvodů, požádat neprodleně poskytovatele pracovně lékařských služeb o provedení této prohlídky s uvedením důvodů.

V odstavci 2 zmíněného paragrafu se dále praví:

Poskytovatel pracovně lékařských služeb je povinen na základě žádosti zaměstnavatele podle odstavce 1 provést lékařskou prohlídku ze zdravotních důvodů a vydat ve lhůtě do 7 dnů a v případě nutnosti došetření zdravotního stavu do 15 dnů posudek o zdravotní způsobilosti nebo nezpůsobilosti dočasně práce neschopného pojištěnce vykonávat dosavadní pojištěnou činnost a tento posudek zaslat nebo předat pojištěnci, jeho ošetřujícímu lékaři a zaměstnavateli, který požádal o provedení této prohlídky.

Z dokumentace dostupné zpracovateli tohoto posudku vyplývá, že by ošetřující lékaři, v tomto případě registrující praktická lékařka, neurolog či rehabilitační lékař konstatovali, že je předpoklad, že paní P již nebude moci vykonávat dosavadní pojištěnou činnost, tedy posudek L je v rozporu s odstavcem 1 § 62 Vyhlášky 187/2006 Sb. L nepovažoval za nutné došetření zdravotního stavu. Ve svém objektivním nálezu konstatuje, že chůze je normální, pata špička lze /zkouška na lumboischadiický syndrom na dráždění nervových zakončení L5/S1, L5/S2/, svalová síla normální, hybnost horních i dolních končetin normální. Jediná patologie jím popsaná je slabší pravé lýtko, které může svědčit pro pravostranný lumboischadiický syndrom, tedy lze konstatovat, že objektivní nález je chudý a patrně nebyl důvod k pracovnímu zařazení.

Teoreticky je možné, že se snažil vyhovět pacientce P, která své subjektivní potíže rozhodně neminimalizovala – udala, že nosí brašnu 5 kg/ x 2,9 kg udaném zaměstnavatelem/, křeče v páteři od krční po dolní hrudní, dostává křeče do lýtky PDK, pravé lýtko pocitově slabší. Nelze vyloučit, že paní P předpokládala, že jí bude přiznána nějaká invalidita. Poté, co rozhodnutím příslušné OSSZ žádná invalidita přiznána nebyla, patrně vyhodnotila situaci vlastní způsobilosti k práci jinak a v době podání odvolání se jako odečítač cítila schopna. Znalec s více než 30 letou praxí v posuzování způsobilosti k práci konstatuje, že práce odečítače elektroměrů, plynoměrů, vodoměrů patří k žádaným profesím a předčasně či z vlastní iniciativy ji zaměstnanci neopouštějí. Zátěž brašny nepřevyšuje malý nákup, pracovníci si mohou svůj pracovní rozvrh plánovat. Problematické je, že v zimních měsících mohou být vystaveni chladu, někdy musí lézt do štol či sklepů po úzkých schodech, ale obecně lze hodnotit tuto profesi jako lehkou a z pacientů registrovaných u znalce ji vykonávali částeční důchodci po operacích páteře či starobní důchodci.

Znalec odpověděl na otázky zadavatele následovně:

1. Je správné, že L vydal LP, podle kterého P pozbyla dlouhodobě zdravotní způsobilosti pro pracovní činnost odečítač ve smyslu platných předpisů?

Posuzování pracovní způsobilosti je zatíženo značným subjektivním pohledem posuzujícího. L na straně jedné nezohlednil skutečnost, že ošetřující lékaři – praktická lékařka, rehabilitační lékař a neurolog nekonstatovali, že

je předpoklad, že paní P již nebude moci vykonávat dosavadní pojištěnou činnost, a tím konal v rozporu odstavcem 1 § 62 Vyhlášky 187/2006Sb, tedy v rozporu s právními předpisy. Na druhé straně ošetřující lékaři znají méně náplň pracovní profese posuzovaného než smluvní lékař pracovně lékařských služeb, tedy postup v rozporu § 62, kdy ošetřující lékař nesdělí lékaři pracovně lékařských služeb předpoklad neschopnosti vykonávat dosavadní pojištěnou činnost, v praxi nemusí být často medicínskou chybou. V době vydání posudku, vydaného L, byla posuzovaná více než 8 měsíců v PN, při prohlídce udávala značné subjektivní potíže /křeče v páteři od oblasti C do dolní Th páteře, křeče lýtká PDK, opakované pády. Tedy postup L byl medicínsky správný v den vydání posudku a odpovídající subjektivním steskům pacientky. S ohledem na změnu postoje pacientky, která se do 8/2014 necítila pracovat, nyní se cítí pracovat jako odečítač lze připustit nové posouzení zohledňující aktuální nález CT, z pohledu znalce. Práci odečítačky nutno hodnotit jako lehkou, tedy pouze významný nález indikovaný k operaci by byl důvodem k negativnímu závěru práci odečítačky. I v posudku se hovoří o pozbytí dlouhodobě zdravotní způsobilosti, nikoli o zdravotní nezpůsobilosti.

2. Byl postup L, na jehož základě vydal napadený LP, podle kterého pozbyla P dlouhodobě zdravotní způsobilosti pro pracovní činnost odečítač, správný, v souladu s právními předpisy?

- Nebyl v souladu s § 62 ods. 1 Vyhlášky 187/2006 ve znění pozdějších předpisů, protože ošetřující lékař-registrující PL, rehabilitační lékař a neurolog nesdělili posuzujícímu skutečnost, že je předpoklad, že pojištěnec nebude moci vykonávat dosavadní pojištěnou činnost / § 61 v/ a § 59 odr. 1 b/.

a) Byly provedeny všechny lékařské prohlídky, které stanoví právní předpisy nebo které indikoval posuzující lékař?

- Při vydání jiného závěru, tj. o pozbytí dlouhodobě zdravotní způsobilosti chybí součinnost s postupem PL, která nevyslovil předpoklad dlouhodobého pozbytí způsobilosti k poslední pojištěnému povolání.

b) Byl zdravotní stav posuzované osoby pro účely zdravotního posouzení zjištěn úplně?

- Lze připustit skutečnost, že pro posudkový závěr, kdy při vyšetření je popisováno slabší lýtko, je vhodnější zohlednit i nález z CT.

c) Odpovídá závěr posouzení zdravotního stavu aktuálně zjištěnému zdravotnímu stavu posuzované osoby (dle podkladů předaných L)?

- Závěr posouzení, kdy jedinou patologií je popsáno slabší pravé lýtko, přičemž není popisováno kořenové dráždění z útlaku nervu /Lasegue- napínací manévry/, chůze a hybnost končetin je hodnocena jako normální, nejsou popisovány patologie na páteři/ kontraktury, blokády, skoliosa apod/, nutno hodnotit jako spíše neodpovídající aktuálně zjištěnému zdravotnímu stavu.

d) Je na základě předložené zdravotnické dokumentace správné konstatování, že P pozbyla dlouhodobě zdravotní způsobilosti pro pracovní činnost odečítač? Konstatování o pozbytí dlouhodobě zdravotní způsobilosti pro pracovní činnost odečítač hodnotí znalec jako nesprávné a to zejména s odlišným postupem, než říká § 62 ods. 1 zákona 187/2006 ve znění dalších předpisů a minimálnímu popisu patologií při klinickém vyšetření dne 10. 9. 14

3. Je opodstatněná námitka P, že LP trpí nedostatkem vyšetření,

- Lze připustit názor, že neprovedení CT během mnohaměsíční pracovní neschopnosti v případě nesouhlasných názorů / paní P x L / možno hodnotit jako nedostatek.

Co říci závěrem?

V době napsání posudku znalec neznal odpověď krajského úřadu odvolávající se P.

S téměř totožnou situací se znalec setkal u městského soudu v 5/2014, kdy právní zástupce žalobce, v tomto případě pacienta- zaměstnance, napadl výpověď zaměstnavatele. Výpověď byla dána z důvodu, že pacient zaměstnanec pozbyl dlouhodobě pracovní způsobilost k profesi operátora na základě lékařského posudku lékaře pracovně lékařských služeb a podnik neměl pro zaměstnance odpovídající úlevové zaměstnání. Advokát žalobce v žalobě o neplatnost výpovědi v důsledku nesprávného LP upozornil na skutečnost dodržování § 62 ods.1 Vyhlášky 187/2006. V soudním sporu došlo ke smíru před vynesením rozsudku, žalobce stáhl žalobu a žalovaný zrušil výpověď.

Příští kazuistika bude o sporu po posudku PL o pozbytí zdravotní způsobilosti k řízení motorových vozidel a držení zbrojního průkazu jiného lékaře.

Diagnostikovaných případů HIV v Česku stále přibývá

První prosinec tradičně probíhá ve znamení boje proti AIDS. Letos mu předcházela Evropský týden testování na HIV. Státní zdravotní ústav ve spolupráci s Českou společností AIDS pomoc, z. s. uspořádala po celé České republice řadu osvětových akcí, při nichž se mohli nechat zájemci i otestovat. MUDr. Veronika Šíkolová, manažerka Národního programu HIV/AIDS v ČR Státního zdravotního ústavu tvrdí, že se tento projekt setkal se zájmem veřejnosti. Stovky lidí se daly otestovat.

Podle statistik Státního zdravotního ústavu počet nakažených HIV rok od roku stoupá. Česko sice stále patří k oblastem s nízkým výskytem této infekce, ale bude tomu tak jen do té doby, pokud budou lidé informováni o závažnosti problematiky HIV a onemocnění AIDS. Nejde o „starou“ záležitost, ale zcela aktuální nebezpečí, které souvisí i s podceněním rizika pohlavně přenosných chorob. Nedávný výzkum společnosti SC&C jednoznačně prokázal, že Češi vědí o HIV/AIDS zhruba polovinu toho, co by měli znát.

„Od roku 2002 je v ČR zaznamenáván každoročně výrazný nárůst výskytu infekce HIV,“ říká RNDr. Vratislav Němeček, CSc., vedoucí Národní referenční laboratoře pro HIV/AIDS Státního zdravotního ústavu. V roce 2002 bylo u občanů ČR a cizinců s dlouhodobým pobytem (rezidentů) nově zjištěno 50 případů infekce HIV, v roce 2013 to bylo již 235 případů. V letošním roce za období od 1. 1. do 30. 10. 2014 bylo zachyceno 208 nově zjištěných pacientů s infekcí HIV. Za stejnou dobu bylo v roce 2013 zjištěno 197 nových případů a v roce 2012 pouze 183 případů. Setrval vzestupný trend výskytu HIV v ČR se tak jednoznačně potvrzuje. Za nárůstem počtu případů stojí především přenos HIV mezi muži majícími sex s muži (MSM), který představuje v letošním roce téměř 71 % nových případů HIV.

Kolik z nás je vlastně HIV pozitivních?

MUDr. David Jilich (Klinika infekčních, tropických a parazitárních nemocí Nemocnice Na Bulovce, Praha) k tomu dodává, že homosexuální muži o riziku dobře vědí, a proto se dávají testovat opakovaně. Můžeme se domnívat, i když statistické údaje zatím nemáme k dispozici, že za nepoměr mezi pohlavími může do jisté míry podcenění rizika mezi heterosexuálními partnery. Mladí lidé (podle průzkumu do 30 let) mají často nedostatečné informace o HIV, riziko nákazy podceňují a neabsolvují testy na HIV, i když se chovají rizikově. „Pokud se vyskytují v heterosexuální majoritě jiné sexuálně přenosné nemoci, lze předpokládat, že je zde prostor i pro HIV pozitivitu. Je otázkou, jestli pouze prostor, nebo i vyšší počet neodhalených osob,“ říká dr. Jilich. Podle jeho slov by měli myslet i praktičtí lékaři na možnost HIV infekce u pacientů, u nichž se v krátké době opakují infekční choroby, například pásový opar, pneumonie, kožní infekce a další.

Stoupá počet uživatelů pervitinu, ale převažují legální drogy: alkohol a tabák

Podle Výroční zprávy o stavu ve věcech drog v ČR v roce 2013, kterou vydalo Národní monitorovací středisko a kterou projednala i vláda ČR přibývá uživatelů pervitinu, ale nejzávažnějším problémem je pití alkoholu a kouření tabáku, a to zejména u dětí a mladistvých.

Za rizikové konzumenty alkoholu lze označit více než 1,5 milionů dospělých osob (17–20 % populace), ve vysokém riziku vzniku závislosti, nebo přímo závislých na alkoholu je přibližně 600 000 lidí (5–8 % dospělé populace). Denně kouří zhruba 2 milióny (23,1 %) Čechů starších 15 let. Nejzávažnější však je, že klesá věk, kdy děti získávají zkušenost s alkoholem a tabákem. Ve věku 14–15 let má zkušenost s pitím 77,7 % dětí a 15 % přiznává pravidelnou konzumaci piva. Alespoň jednou týdně pije alkohol 5,5 % dotázaných žáků. Nadměrné dávky alkoholu pije pravidelně 10,1 % chlapců a 6,5 % dívek. Kouří 24,1 % žáků, každý den pak 12 procent.

Počet problémových uživatelů nelegálních drog (pervitinu a opiátů) v roce 2013 dosáhl počtu 44,9 tisíc (o 8,7 % více než v roce 2012).

Tramadol zvyšuje riziko hypoglykémii

Časopis JAMA uveřejnil výsledky případové studie, která hodnotila počet hospitalizací pro hypoglykémii po začátku léčby tramadolem a kodeinem. Data pro porovnání byla získána z databází receptů a nemocničních záznamů. Celkem bylo hodnoceno 330 000 dospělých, kteří v letech 1998 až 2012 užívali pro nenádorovou bolest tramadol, nebo kodein. V tomto souboru bylo nalezeno celkem 1100 pacientů, kteří byli přijati do nemocnice pro hypoglykémii. Užití tramadolu bylo spojeno s 52 % nárůstem rizika vzniku hypoglykémie v porovnání s kodeinem. Nejvíce příhod bylo zaznamenáno v prvních 30 dnech užívání.

Bisfenoly v nápojích způsobují zvýšení krevního tlaku

Podle časopisu Hypertenze bisfenoly (BPA), které obsahují nápoje v plechovkách, vedou k zvýšení systolického krevního tlaku. BPA se nalézají i v plastových lahvích, obalech potravin a v materiálech, jimiž je potažen vnitřní povrch plechovek. V pilotní studii šedesát probandů v průběhu tří návštěv pilo dvě dávky nápoje podávané buď v plechovce, nebo ve sklenici. Lidé, kteří pili nápoj z plechovky, měli vyšší hladiny BPA v moči a o 4,5 mmHg vyšší systolický tlak než ti, kteří pili nápoj ze sklenice.



Od strukturované dokumentace ke klinickému informačnímu systému

MUDr. Tomáš Nosek, Ph.D.

Ordinace praktického lékaře, Telč

Autor se dlouhodobě

věnuje problematice efektivního využití ICT ve zdravotnictví, jak ve vlastním provozu, tak v souvislosti s výukou. V současnosti mimo lékařskou praxi pracuje jako externí konzultant na poli ambulantních informačních systémů a e-learningu.

Souhrn

Článek se snaží přinést praktický pohled na současné možnosti informačních systémů v primární péči. Vysvětluje pojem strukturování zdravotnické dokumentace a jeho principy. Objasňuje potřebu tvorby strukturované dokumentace pro snížení rostoucí administrativní zátěže. Seznamuje s možností dalšího využití strukturovaně uložených dat pro podpůrné diagnostické systémy a vysvětluje pojem klinický informační systém.

Úvod

Valná většina praktických lékařů dnes již běžně využívá nějaký lékařský software – informační systém. Sáhne si ale do svědomí, umíme jako lékaři využít potenciál našeho software, či je to pro nás stále jen lepší psací stroj? První informační systémy pro ambulantní sféru, tedy z dnešního pohledu přes dvacet let zpět, byly řešeny spíše jako účetní systémy pro zdravotnictví a jejich hlavním přínosem bylo účtování zdravotním pojišťovnám. Postupně byly do těchto systémů implementovány i prvky, které mohou sloužit jako podpora klinického rozhodování (lékové interakce, připomínání pravidelných prohlídek a očkování...). Smutnou skutečností je, že rozvoj podpory klinických procesů v lékařském software, který byl nastartován na konci devadesátých let minulého století, byl postupně utlumen až zastaven (podrobný rozbor důvodů by vystačil na samostatný článek) a situace, kterou ve svých přednáškách z počátku roku 2006 popisuje Dr. Seiner (1), se příliš neliší od dnešní každodenní praxe. Situace obzvláště na západ od našich hranic je však zcela někde jinde a dostupné informační systémy mají možnost ovlivňovat nejen efektivitu, ale i kvalitu lékařské péče (2). Takový software je pak označován jako klinický informační systém. Základem pro tyto pokročilé funkce je však mít lékařskou dokumentaci dostupnou ve strukturované podobě.

Proč strukturovat lékařskou dokumentaci, co to znamená?

S narůstajícími administrativními nároky se lékař mnohdy dostává do situace, kdy více času tráví administrativou než s pacientem. Každý z nás jistě zná vypisování zcela identických údajů do různých formulářů, jen aby byl nakrmen úřední šiml. Se všemi těmito repetitivními úkony může velmi efektivně pomoci počítač. Zpracování přirozeného jazyka lékařských zpráv u nás není reálně dostupné, ale pokud informaci rozdělíme definovaným způsobem do významových bloků, jejichž vlastnosti jsou pro počítač srozumitelné a ví, jak s nimi nakládat, jinými slovy dáme informaci strukturu, není již problém, aby s nimi naložil podle daného algoritmu.

Zcela běžné dostupné prakticky ve všech ambulantních informačních systémech je strukturované ukládání numerických hodnot, jako jsou laboratorní výsledky, hodnoty krevního tlaku, antropometrické údaje, ze kterých software sám počítá různé indexy, umožňuje zobrazit vývojový trend změny v čase, hlídá fyziologické rozmezí měřených hodnot a upozorní, pokud jsou meze překročeny. Z nenumerných hodnot jsou to pak osobní data pacienta, trvale užívané léky, data o očkování, či pracovních neschopnostech. Rovněž běžně dostupné, ale v praxi podstatně méně užívané, je strukturování anamnestických dat či trvalých diagnóz pacienta včetně možnosti přidat data o časovém vývoji té které diagnózy. Věcí, která je v našich končinách smysluplně využívána spíše raritně, je strukturovaný zápis vlastního klinického vyšetření.

Teoreticky umí software využít všechna strukturovaně uložená data, což je vlastní podstatou pokročilých funkcí klinických informačních systémů. Nevýhodou celého tohoto procesu je vlastní tvorba strukturovaných dat. Většina u nás dostupných lékařských programů používá k vytvoření strukturovaných dat zápisu do speciálních tabulek a polí mimo hlavní psaný text záznamu. K vyvolání těchto zadávacích prvků je třeba klávesové zkratky či kliknutí myši na ikonu na ovládacím panelu. Tvorba takového dokumentu klade na uživatele vyšší nároky, jak z hlediska časové náročnosti, tak z hlediska orientace v systému, než při psaní běžného textu. Pokročilejší systémy, které ovšem zatím nejsou zcela běžně dostupné, umožňují uživatelsky příjemnější kontextové strukturování na základě klíčových slov a klasických formátovacích prvků textu (nadpisy, odstavce, oddíly...), kdy software automaticky reaguje na psaný text a nabízí vkládání strukturních prvků, které následně umožňují podstatně vyšší úroveň automatického zpracování klinických informací.

V praxi je dnes možné využít strukturovaně uložených dat právě pro snížení administrativní zátěže při vyplňování výpisů z dokumentace, lázní, formulářů OSSZ, pojistek, posudků, kdy vhodně připravená šablona minimalizuje práci lékaře.

Jaká data má smysl ukládat strukturované?

Obecně pouze taková, která vám váš informační systém dovolí dále efektivně využít. Dodavatelé informačních systémů vždy říkají, že strukturovat je možné cokoli. To je zcela jistě pravda, ale pokud s těmito daty systém neumí dál efektivně pracovat, je to zcela zbytečná práce.

Co konkrétně lze v dostupných ambulantních programech strukturovat?

Laboratorní výsledky, antropometrická data, anamnézu, diagnostický souhrn, trvalou medikaci, alergie a rizika, specializovaná vyšetření a závěry z vyšetření, údaje o očkování, pracovní neschopnosti. Zcela jistě jsem zde neuvedl kompletní přehled, nicméně uvedené položky jsou zajímavé z hlediska dalšího možného využití.

Klinický informační systém (KIS) - pomocník budoucnosti?

Co si představit pod pojmem „Klinický informační systém“? Obecně je nutno říci, že nejde pouze o izolované informační technologie, ale je to vždy soustava, která kromě informačních technologií obsahuje i organizační opatření, postupy apod. Teprve budování takového celku tvoří funkční systém. V užším smyslu slova je však pojmem klinický informační systém mnohdy označován hlavně vlastní počítačový systém.

Pokud vyjdeme z definice uváděné biomedicínskou informačnickou komunitou (3), je klinickým informačním systémem označován počítačový systém navržený pro sběr, uchovávání, manipulaci a zpřístupňování medicínských informací důležitých pro poskytování zdravotní péče. Tedy nejde pouze o úložiště zdravotnické dokumentace, ale na základě způsobu uložení informací umožňují tyto systémy poskytovat lékařům potřebná data tak, aby mohl rychle a efektivně rozhodnout o pacientově stavu, možnostech léčby a následné rehabilitace. Rovněž umožňují podat rychlé a přesné odpovědi na dotazy ohledně probíhající a proběhlé péče.

O tom, že klinický informační systém může být dobrým pomocníkem každodenní klinické praxe, svědčí i výsledky tříleté studie, která byla v listopadu 2011 publikována v časopise *Journal of Hospital Medicine* (2). V této studii byly porovnávány americké nemocnice integrující znalostní databázi UpToDate do svých systémů s nemocnicemi, které ji nepoužívají. Ukazatele kvality péče (délka hospitalizace a mortalita pro sledovaná onemocnění) vycházely lépe ve prospěch zařízení, která používala klinický informační systém se systémem podpory klinického rozhodování. Nutno ovšem podotknout, že tato studie byť nezávislého designu byla sponzorována provozovatelem znalostní databáze UpToDate.

Hlavní oblasti použití KIS

- **EMR – elektronická dokumentace (electronic medical records)** – data pacientů jsou uložena ve strukturované podobě a systém tak umožňuje podat odpovědi na cílené dotazy (od např. trvalé léčby v daném období, přes závěry rutinních návštěv u daného specialisty až po výpis hlavních operací).
- **CDS – systém podpory klinického rozhodování (clinical decision support)** – je nástrojem, který umožňuje na základě nashromážděných klinických, zobrazovacích a laboratorních dat učinit správná, včasná a důkazy podložená (evidence-based) rozhodnutí.
- **Vzdělávání a výzkum** – statistické zpracování nashromážděných anonymizovaných dat pacientů umožňuje detailní vhled do obecného průběhu chorobných stavů a následné nalezení optimální strategie k jejich řešení na základě dostupných prostředků.

Hlavní přínos využití KIS

- Jednoduchý a rychlý přístup k potřebným datům, který je díky internetu a vzdálenému přístupu dostupný téměř odkudkoli.

- Strukturování informací a dobrá organizace dat uložených v KIS umožňuje snadné a rychlé nalezení relevantní informace. Rovněž se snižuje pravděpodobnost vnesení chyb opakovaným přepisováním identické informace.
- Racionalizace a kontrola ordinované medikace – KIS umožňuje upozornění na lékové interakce, relativní a absolutní kontraindikace podání léku a další rizikové stavy, rovněž jsou schopny doporučit dávkování léku na základě dostupných antropometrických a laboratorních údajů.

Překážky a rizika při využití KIS

- Dostupnost a pořizovací cena. Bohužel v našich končinách není v současnosti běžně dostupný žádný ambulantní software s podporou klinického rozhodování na podkladě integrace komplexních znalostních databází typu UpToDate (4) či eMedicine (Medscape) (5).
- Ochrana osobních a důvěrných informací – navzdory dostupnosti komplexního zabezpečení přináší univerzální internetový přístup a rychlost získání potřebných informací z KIS vysokou možnost jejich zneužití a klade velmi vysoké nároky na obsluhující personál, co se týče bezpečného uchovávání přístupových údajů (komplexní hesla, jejich časté měnění, přístup na základě dvojité autentizace a biometrických údajů).
- Rezistence lékařů – Interakce s KIS musí být časově nenáročná a intuitivní. Pokud práce s KIS zabírá lékař více času, než je nezbytné, odmítá ho používat.
- Integrace lokálního právního rámce je mnohdy obtížně překonatelnou výzvou.

Závěr

Situace, kdy praktickému lékaři přijde internetovým kanálem komplexní propouštěcí zpráva, ze které mu jeho software zobrazí na první náhled pouze diagnostický souhrn a doporučení pro další léčbu, je teoreticky možná i s dnes používanými systémy. Vzhledem k uživatelské náročnosti při tvorbě strukturovaných dat a nízkém povědomí o možnostech strukturování mezi lékaři je však v dohledné době nerealná.

Pokud by se ovšem více rozšířila implementace kontextové tvorby strukturované dokumentace, která je z uživatelského hlediska přívětivější, myslím, že při současném stavu věcí je zcela reálné, aby přijímající informační systém nejen na první náhled zobrazil diagnostický souhrn a doporučení včetně medikace, ale na základě těchto informací navrhl i změnu v dlouhodobé medikaci pacienta a doplnění diagnostického souhrnu v kartě pacienta. Navíc by tvorba zpráv na základě předávaných strukturovaných dat podstatně eliminovala chyby vzniklé při neustálém přepisování dokumentace.

Budoucnost může slibovat snížení administrativní zátěže díky jednodušší tvorbě strukturované dokumentace, nicméně efektivní využití alespoň základního, nepříliš zatěžujícího strukturování, je možné i nyní. Minimálně jde o automatické předvyplnění mnoha různých formulářů, se kterými je praktický lékař každodenně konfrontován, což vede ke značné časové úspoře.

Reference

1. Seiner, Miroslav. Klinické informační systémy. Infomed - nezávislý server o zdravotnické informatice. [Online] 1. 11.2006. [Citace: 14. 9. 2014.] <http://www.infomed.cz/ps/article.php?arid=68>.
2. Use of UpToDate and outcomes in US hospitals. Thomas Isaac MD, MBA, MPH, Jie Zheng PhD and Ashish Jha MD, MPH. 2, místo neznámé: Wiley Subscription Services, Inc., A Wiley Company, 11. Listopad 2011, *Journal of Hospital Medicine*, Sv. 7, stránky 85 - 90. 1553-5606.
3. Biohealthmatics.com. Clinical Information System. Biohealthmatics.com - serving the biomedical informatics community! [Online] 10. 8. 2006. [Citace: 14. 9.2014.] <http://www.biohealthmatics.com/technologies/his/cis.aspx>.
4. UpToDate. [Online] Wolters Kluwer. [Citace: 14. 9. 2014.] <http://www.uptodate.com/>.
5. LLC, WebMD. Medscape Drugs & Diseases. Medscape. [Online] [Citace: 14. 9. 2014.] <http://emedicine.medscape.com/>.

Výroční konference praktických lékařů ve Velké Británii

(Royal College of General Practitioners - Annual Primary Care Conference 2014)

MUDr. Martin Ficker

Když jsem letos v srpnu prostřednictvím sdružení Mladých praktiků dostal nabídku zúčastnit se říjnové výroční konference Královské společnosti praktických lékařů (Royal College of General Practitioners) v anglickém Liverpoolu, příliš dlouho jsem neváhal. Jako lékař pracuji 6 let, před rokem jsem složil atestaci z všeobecného praktického lékařství a z naší rodinné brněnské ambulance jsem se cestou za novými poznatky doposud dostal nejdále na stáž do nemocnice v rodném Frýdku-Místku a na výroční konferenci do Zlína a Karlových Varů. První zahraniční zkušenost byla pro mne tedy velkou výzvou. Konference se mohli účastnit delegáti z ostatních zemí díky hnutí Vasco da Gama sdružující evropské mladé praktiky.

Do Liverpoolu jsem dorazil odpoledne v pondělí 29. září a mohl si tak před večerním neformálním setkáním s ostatními evropskými delegáty vychutnat atmosféru kdysi druhého nejvýznamnějšího přístavu britského impéria a později například domovského města legendární skupiny The Beatles. Součástí výměnného programu byla i jednodenní stáž v ordinaci britského praktického lékaře, což pro mne bylo možná ještě více zajímavé než vlastní konference v dalších dnech. Předpokládám, že fungování zahraniční praxe bude zajímat i čtenáře, a proto mu v mém příspěvku vyhražuji nejvíce prostoru.

Každý z delegátů dostal přiděleného jednoho lékaře, k němuž se vydal hned další den. Já jsem jel do malého městečka Helsby asi 40 km od Liverpoolu, kde mne přivítal velmi přátelský Dr. Shuvam Roy. Samotná ordinace Dr. Roye nebyla rozlohou příliš velká, nicméně vybavením se příliš nelišila od těch našich v České republice. Také britští pacienti jsou svými nemocemi a stesky pochopitelně podobní těm našim a lékař jim ordinuje stejné léky, vyšetření a dává podobná doporučení. V něčem se zde však práce praktika přece jen odlišuje.

Základním rozdílem je fungování tzv. rodinného lékaře, kdy zdravotní péče o populaci není rozdělena mezi pediatra a praktika pro dospělé. Britský praktický lékař tedy musí zvládnout péči o pacienta od narození až do smrti, což na jedné straně klade větší nároky na kvalifikaci, na straně druhé to dává lékaři výhodu znalosti celé rodiny o kterou se stará.

Dalším rozdílem je množství podpůrného personálu, který se podílí na chodu zdravotnického zařízení. Po příchodu na středisko se pacienta nejprve ujme recepční, která jej správně nasměruje do ordinace lékaře či pracovny sestry. Zdravotní asistent (health care assistant) má v náplni práce odběry krve a moče, měření krevního tlaku a natáčení EKG. Ambulantní sestra zajišťuje management chronických nemocí (Astma, CHOPN, DM, hypertenze) a také má kvalifikaci ke zvládnutí některých nekomplikovaných nemocí – dle výčtu v informačním letáku střediska např.: akutní bolest zad, plané neštovice, průjem, zvržení, antikoncepce (včetně předpisu!), infekce horních cest dýchacích, některá drobná zranění, močové infekce – což

značně ušetří čas lékaře. Návštěvy u pacientů doma vykonává sestra k tomu speciálně určená (district nurse). Těhotné pacientky a čerstvé matky krátce po porodu si mohou domluvit konzultaci s porodní asistentkou (midwife) rovněž s možností návštěvy doma. Zdravotní středisko disponuje také sekretářkou, která mimo jiné obstarává korespondenci jejíž text jí lékař nahraří na diktafon a odeslala po interní počítačové síti. Mírně odlišnou náplň práce mají 2 administrativní managerky, například důkladně prostudují propouštěcí zprávy, domluví telefonicky s pacientem další potřebné kontroly, či doporučené úpravy medikace a důležité pasáže textu označí pro lékaře zvýrazňovačem. Mimo jiné mě také zaujala organizace telefonických konzultací. Pokud pacient potřebuje pouze telefonickou konzultaci s lékařem, či sestrou, tuto si předem objedná u recepční a v dohodnutý čas mu personál zavolá. Zcela tak odpadá u nás běžný jev, kdy sestra přepojí lékaři hovor, zatímco má v ordinaci jiného pacienta.

Dalším rozdílem oproti naší zemi je poněkud delší pracovní doba lékaře. Začíná o něco později – většinou v 9 h ráno – dopolední ordinace končí variabilně mezi 12 a 13 h, následují návštěvy u pacientů, krátká pauza na oběd v podobě sendviče narychlo snědeného v ordinaci během čtení lékařských zpráv a výsledků a také telefonní konzultace. Mezi 14 a 15 h začíná odpolední ordinace, která dle počtu pacientů obvykle končí mezi 17–18 h. Tím však pracovní den ještě končit nemusí, často následují ještě telefonické konzultace a zdouhavé administrativní záležitosti, protože, byť disponuje lékař sekretářkou, řadu odbornějších úkonů jí lékař svěřit nemůže. Den mojí návštěvy patřil k těm volnějším, s doktorem Royem jsme se rozloučili krátce po 17h, ale stihl si postěžovat, že běžně tráví v práci kolem 11 h a když přijde domů, jeho malé děti už dávno spí.

Středeční dopoledne jsem měl volné a věnoval jej návštěvě nejstarší čínské čtvrti v Británii a největší ostrovní katedrály. Odpoledne se konala prekonference, takže jsme se konečně sešli, byť zatím jen v omezeném počtu, v Liverpoolské Echo aréně (ACC Liverpool – Arena and Convention Centre). Většina britských lékařů přijela až ve čtvrtek, takže na několika středečních přednáškách tvořili mezinárodní delegáti poměrným zastoupením výraznou skupinu. Asi nejpůsobivější bylo pojednání prof. Dr. Baronessy Ilory Finlay o tom, jak hovořit s terminálně nemocnými pacienty a jejich rodinami o smrti, při kterém jsem zavzpomínal na hodiny lékařské etiky a sociálního lékařství na naší fakultě.

Vlastní konference byla zahájena v hlavním sále ACC ve čtvrtek ráno proslovem prof. Dr. Michaela Pringlea presidenta RCGP (Royal College of General Practitioners) a ministra zdravotnictví Rt Hon Jeremy Hunta. Mohl jsem se tak dozvědět, že některé problémy britského zdravotnictví nám nemusejí být příliš cizí

a budou podobné i jinde v Evropě. Populace stárne a s rostoucím průměrným věkem narůstá i poptávka po zdravotní péči. Během příštích 5ti let se zvýší počet Britů nad 70 let o 1 milion zatímco počet GP (General practitioner – praktický lékař) z nynějších cca 35 000 pravděpodobně adekvátně nenaroste. Navíc se Británie potýká ještě s problémem masivního přistěhovalectví z rozvojových zemí.

V dalším průběhu pak byla konference většinou rozdělena do osmi menších poslucháren, kde současně probíhaly přednášky s různou tematikou. Téměř vždy byla zastoupena oblast klinická, vědecká – výzkumná, strategie poskytování zdravotní péče a administrativní. Každý si tak mohl vybrat, co jej nejvíce zaujalo. Rozhodně musím podotknout, že klinická témata řešící konkrétní diagnosticko – terapeutický postup u jednotlivých onemocnění byly v menšině a na konferenci se řešily oblasti mnohem širší. Tedy zatímco z konferencí praktických lékařů v České republice si obvykle odnáším zejména poučení o tom, že například pacientovi s hypercholesterolemii je nutné okamžitě nasadit statin, a to pokud možno v co nejvyšší gramáži..., z Liverpoolu si spíše přináším podněty, jak lépe komunikovat s nemocným, jak přistupovat k pacientům pocházejícím z odlišných kultur, co se můžeme naučit od okolních zemí a jejich zdravotnických systémů, jak zlepšit organizaci a chod vlastní ordinace. Za zmínku možná stojí i drobný fakt, že žádný z přednášejících nezakročil svůj výklad promítnutím loga firemního lékového preparátu, jako se někdy stává u nás. Je to pochopitelně proto, že lékař ve Velké Británii předepisuje pacientovi na recept pouze účinnou látku a příslušné dávkování. Díky tomu jej veřejnost nemůže podezírat z korumpovatelnosti farmaceutickými firmami a nemusí se při práci zdržovat probíráním zástupů generik.

Liverpoolská konference však nebyla jen o přednáškách a nových medicínských vědomostech. Podobně, jako na našich

konferencích, se zde večer konaly společenské akce a všichni účastníci tak měli spoustu možností se navzájem poznat a dozvědět se něco o životě (a nejen o tom profesním) za hranicemi vlastních zemí. Díky společenským večerům jsem poznal, jaké to je, když na tanečním parketu jednoho Liverpoolského hotelu spolu „křepčí“ lékaři původem z asi 20ti různých zemí, při kvízové soutěži v indické restauraci si prověřil znalosti ze světového zeměpisu a na japonském večíрку jsem se ujistil, že naše moravská slivovica spolehlivě boří veškeré kulturní i jazykové bariéry.

Co říci závěrem? Účast na zahraniční konferenci byla pro mne rozhodně přínosnou zkušeností, za níž jsem velmi vděčný, a každému bych využití této možnosti doporučil. (Přestože zhlédnutí několika dílů populárního sitkomu v anglickém originále během cesty autobusem do Británie se ukázalo jako nedostačující jazyková příprava, vybízím k překonání obav i své kolegy, jejichž angličtina podobně jako ta moje není zrovna excelentní). A co by pro nás mohlo být z britského zdravotnického modelu inspirací? Kvalita vlastní zdravotnické péče je myslím obdobná – erudice lékařů a dostupnost léků je stejná jako u nás. Rozdíl je v celkovém „servisu“, jenž je pacientovi nabízen tedy např. perfektně fungující on-line internetový objednávací systém, možnost diskretní uzavřené místnosti i při pohovoru s recepční u vstupu do zdravotnického zařízení, klidná atmosféra v ordinaci nerušená zvoněním díky ochotné telefonistce, možnost ordinovat potřebná vyšetření a laboratorní odběry beze strachu z přítomných regulací a penalizací pojišťoven, atd... To vše je bohužel z velké části otázkou peněz vyčleněných pro oblast primární péče. Proto prosím, kolegové, bojujme za lepší podmínky pro naše praktické lékařství. Stejně dobře poskytované zdravotnické služby jako v Anglii, Walesu, Skotsku a Severním Irsku si totiž zaslouží i pacienti v Čechách na Moravě a ve Slezsku.

Brněnské dny Praktického lékařství

MUDr. Emmanuela Fernandová, MP Brno

Ve dnech 26.–27. září se konaly již XXII. Brněnské dny praktického lékařství pořádané Lékařskou fakultou Masarykovy univerzity. Letošním tématem bylo „O čem se nepřednáší.“ Co si máme pod tímto názvem představit? Jsou to témata, kterým se naše tradiční konference moc nevěnují. Na úvod zazněla slova čestných hostů, na které navázalo vystoupení členek Filharmonie Brno. Jako první zahájil odborný blok doc. Býma s novinkami VPL v roce 2014. Následovala již tradičně fantastická přednáška dr. Honzáka na téma emoce. Zbytek bloku byl věnován ortopedickým tématům. Druhý den byl co do témat

pestřejší – zazněly přednášky na téma nemocný s nehojící se ránou DKK, kolopatie, poruchy výživy ve stáří, tyreopatie či anémie. Přednášku na téma „Poruchy krevní srážlivosti a nová antikoagulační“ měla připravenou paní prof. Kubešová, která stojí za organizací celé této konference a patří jí velké poděkování. Ráda bych též zmínila, že se na konferenci přijeli poprvé podívat i naši kolegové MP z Prahy a Domažlic. A tak věřím, že se jim v Brně zalíbilo a nebude to jejich poslední účast na naší konferenci.

Vážení čtenáři a řešitelé testů,

dle nového Stavovského předpisu České lékařské komory č. 16, podle § 5 přílohy č. 1, jsou od 1. 7. 2012 všechny znalostní testy v odborných časopisech hodnoceny jednotně, a to 2 kredity. Za správné vyřešení testu budou řešitelům přiděleny **2 kredity ČLK**. Podmínkou ČLK pro přidělení kreditů je zaslání odpovědi v písemné podobě na odpovědním lístku nebo elektronicky na www.svl.cz, a **to nejpozději do 15. 1. 2015**.

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

1. Nerovnoměrné zatížení dolních končetin při stoji poznáme:

- a) Pouze testem na dvou vahách
- b) Pohledem – stojná noha má napjatý triceps surae a vyhlazenou
- c) podkolenní jamku
- d) Pohledem – odlehčená noha má napjatější achillovu šlachu

2. Tíha velkého poprsí způsobuje:

- a) Přetěžování bederní a krční páteře
- b) Tah hrudníku dopředu, který je vyrovnáván hýždovými svaly
- c) Oploštění bederní lordózy

3. Při oslabených fixátorech lopatek:

- a) Zároveň bývají zkrácené a spastické prsní svaly
- b) Mění se postavení ramen do retrakce
- c) Změnami i v okolních svalových skupinách se rozvíjí horní zkřížení
- d) syndrom

4. Mezi základní indikace pro užívání inhibitorů protonové pumpy

- a) nepatří:
- b) léčba infekce *Helicobacter pylori*
- c) léčba akutní pankreatitidy
- d) léčba vředové choroby gastroduodena

5. Při dlouhodobém užívání inhibitorů protonové pumpy je třeba

- a) věnovat pozornost současnému užívání:
- b) antibiotik
- c) klopidoogrelu
- d) kortikoidů

6. Nově uvedeným inhibitorem protonové pumpy v letošním roce je molekulou pantoprazolu s:

- a) hořčíkem
- b) draslíkem
- c) vodíkem

7. Indikace NOAC:

- a) prevence tromboembolie u pacientů po náhradě kolenních a kyčelních kloubů,
- b) prevence cévní mozkové příhody a plicní embolie u pacientů s nevalvulární fibrilací síní s jedním či více rizikovými faktory
- c) léčba a prevence hluboké žilní trombózy (HŽT) a plicní embolie po akutní HŽT u dospělých

8. Monitorování NOAC

- a) monitorujeme 1x za měsíc
- b) monitorujeme dle průběžných hodnot
- c) nemonitorujeme

9. Pro NOAC platí

- a) nehrozí krvácivé komplikace
- b) kontrola renálních parametrů před nasazením a 1-2 měsíce po nasazení je vhodná
- c) dávka léku je fixní

10. V případě poleptání oka hraje hlavní roli:

- a) okamžitý transport poraněného k očnímu lékaři
- b) okamžitý a důkladný výplach spojivkového vaku proudem tekutiny a odstranění zbytků leptavé látky v everzi víček
- c) okamžitá aplikace širokospektrých antibiotik lokálně i celkově a pamatujeme i na zabezpečení proti tetanu

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. 9–10/2014

Jméno a příjmení

Adresa pracoviště

Členské číslo SVL (povinný údaj)

(bez tohoto čísla nemohou být kredity přiděleny)

**Zakroužkujte 1–3
správné odpovědi:**

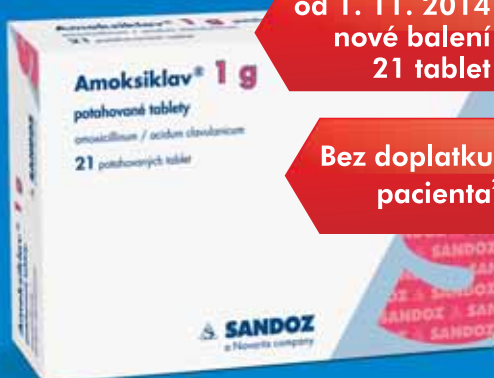
- | | | | |
|----------|-------|-----------|-------|
| 1 | a b c | 6 | a b c |
| 2 | a b c | 7 | a b c |
| 3 | a b c | 8 | a b c |
| 4 | a b c | 9 | a b c |
| 5 | a b c | 10 | a b c |

NOVÉ VELKÉ BALENÍ

BEZ OMEZENÍ PRESKRIPCE

Amoksiklav® 1g

amoxicilin a kys. klavulanová



od 1. 11. 2014
nové balení
21 tablet

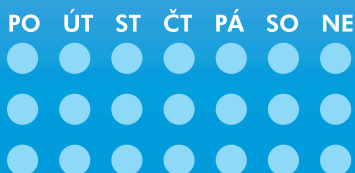
týden
3x
denně

Bez doplatku
pacienta²



21 tablet

3x
denně



Vyšší dávka¹

Amoksiklav® 1g x 21 tablet využijete v léčbě infekcí, kde je možné, respektive doporučené, dávkování 3x denně.

Zejména u infekcí, jako je otitis media, sinusitida, infekce dolních dýchacích cest a infekce močových cest.

Mommox®

0,05 mg/dávku nosní sprej



Obsahuje
glycerol¹



Bez doplatku
pacienta²



Od 1. 8. 2014 byla pro
praktické lékaře uvolněna
preskripce přípravku
Mommox® 0,05 mg/dávku,
intranazálního glukokortikoidu
s účinnou látkou mometason.

Zkrácená informace o přípravku Amoksiklav 1 g, potahované tablety:

Název přípravku: Amoksiklav 1 g. **Složení:** Amoxicillinum 875 mg (amoxicillinum trihydricum) a acidum clavulanicum 125 mg (kalii clavulanat) v poměru 7:1 v 1 potahované tabletě. **Indikace:** K léčbě následujících infekcí u dospělých a dětí: akutní bakteriální sinusitida, akutní otitis media, akutní exacerbace chronické bronchitidy, komunitární pneumonie, cystitida, pyelonefritida, infekce kůže a měkkých tkání, zejména zvláště, pokročilý zvláště, těžké dentální absces s postupující celulitidou, infekce kostí a kloubů, zejména osteomyelitida. **Dávkování a způsob podání:** Dospělí a děti >40 kg: standardní dávka (ve všech indikacích): 875 mg/125 mg 2x denně; vyšší dávka (zejména u infekcí, jako je otitis media, sinusitida, infekce dolních dýchacích cest a infekce močových cest): 875 mg/125 mg 3x denně. Děti <40 kg: 25 mg/3,6 mg/kg/den - 45 mg/6,4 mg/kg/den podáváno ve dvou dílčích dávkách; u některých infekcí (jako je otitis media, sinusitida a infekce dolních dýchacích cest) lze zvážit až 70 mg/10 mg/kg/den, podáváno ve dvou dílčích dávkách. Děti do 2 let: nejsou k dispozici žádné klinické údaje ohledně dávek vyšších než 45 mg/6,4 mg/kg/den pro formulaci amoxicilinu/kys. klavulanové 7:1. Děti do 2 měsíců: nejsou k dispozici žádné klinické údaje ohledně formulací amoxicilinu/kyseliny klavulanové v poměru 7:1. Při poruše funkce ledvin (clearance kreatininu ≤30 ml/min) se používání nedoporučuje. Porucha funkce jater: podávejte opatrně, v pravidelných intervalech sledujte jaterní funkce. Podávejte na začátku jídla. Další informace viz plná verze SPC. **Kontraindikace:** Přecitlivělost na léčivé nebo pomocné látky nebo na kterýkoli z penicilinů. Těžká bezprostřední hypersenzitivní reakce (např. anafylaxe) na jiná beta-laktamová antibiotika (např. cefalosporin, karbapenem nebo monobaktam) v anamnéze. Žloutenka/zhoršení jaterních funkcí v důsledku užívání amoxicilinu/kyseliny klavulanové v anamnéze. **Zvláštní upozornění:** Podávat opatrně pacientům s hypersenzitivitou na penicilin v anamnéze a atopikům. Nepoužívat při vysokém riziku rezistence patogenů na beta-laktamy. Nepoužívat k léčbě S. pneumoniae rezistentního na penicilin. Nepoužívat v případě podezření na infekční mononukleózu. Současné podávání s alopurinolem může zvýšit pravděpodobnost alergických kožních reakcí. Ihned vysadit, objeví-li se kožní reakce související s antibiotiky nebo generalizovaný erytém s výskytem pustul. Při testování glukosy v moči je nutno používat enzymatické glukosoxidázové metody, protože u neenzymatických metod se mohou objevit falešně pozitivní výsledky. Možnost falešně pozitivního Coombsova testu. **Interakce:** Probenecid, methotrexát, perorální antikoagulační, mifepriston, mykofenolát. **Nežádoucí účinky:** Příjem, nauzea, zvracení, kandidóza sliznic a kůže. **Doba použitelnosti:** 2 roky. **Uchovávání:** do 25 °C v původním obalu. **Druh obalu a velikost balení:** Blistry (A/Al) v krabičkách, 14 nebo 21 potahovaných tablet. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Lek Pharmaceuticals d.d., Slovinsko. **Registrační číslo:** 15/496/00-C. **Datum registrace/prodloužení registrace:** 18. 10. 2000/19. 2. 2014. **Datum poslední revize textu:** 8. 8. 2014. Pouze na lékařský předpis. Přípravek je hrazen z veřejného zdravotního pojištění, výši a podmínky úhrady naleznete v aktuálním Seznamu léčiv a PZLÚ hrazených ze zdravotního pojištění na www.sukl.cz. Před předepsáním léku se, prosím, seznámte s podrobnými informacemi v platném Souhrnu údajů o přípravku nebo na adrese společnosti Sandoz.

Odrazy: 1) Plná verze SPC přípravku Amoksiklav® 1 g; 2) Číselník SÚKL platný k 1. 11. 2014.

Zkrácená informace o přípravku Mommox® 0,05 mg/dávku nosní sprej, suspenze:

Název přípravku: Mommox 0,05 mg/dávku. **Složení:** 1 odměřená dávka obsahuje 0,05 mg mometasonu furoas. **Indikace:** K léčbě symptomů sezónní alergické nebo celoroční alergické rinitidy. K symptomatické léčbě nosních polypů u dospělých od 18 let věku. **Dávkování a způsob podání:** Obvyklá doporučená dávka je 2 vstřiky (0,05 mg /vstřik) do každé nosní dírky 1x denně (celková dávka 0,2 mg). Dávku lze zvýšit na maximální denní dávku 4 vstřiky do každé nosní dírky 1x denně (celková dávka 0,4 mg). K udržovací léčbě 1 vstřik do každé nosní dírky (celková dávka 0,1 mg). Děti ve věku 6 až 11 let: obvyklá doporučená dávka je 1 vstřik (0,05 mg /vstřik) do každé nosní dírky 1x denně. **Kontraindikace:** Neléčená lokalizovaná infekce nosní sliznice. Úraz nebo chirurgický zákrok na nose do zhojení. **Zvláštní upozornění a opatření pro použití:** Zvláště užívat při infekcích dýchacích cest, plísňových, bakteriálních, systémových virových infekcí, herpes simplex postihující oko. Při dlouhodobém užívání vyšetřovat změny sliznice. Po použití intranazálních kortikosteroidů byly velmi vzácně hlášeny případy perforace nosní přepážky nebo zvýšeného nitroočního tlaku. **Interakce:** Žádné klinicky relevantní. **Těhotenství a kojení:** Užívání přípravku v průběhu těhotenství a kojení se nedoporučuje. **Účinky na schopnost řídit a obsluhovat stroje:** Žádný nebo zanedbatelný vliv. **Nežádoucí účinky:** Epistaxe, podráždění hrdla, podráždění nosu, pálení v nose a ulcerace v nose, bolesti hlavy, hypersenzitivita. **Uchovávání:** Chránil před mrazem. **Druh obalu a velikost balení:** Bílá HDPE plastová lahvička s PE/PP nosním mechanickým rozprašovačem obsahující 18,0 g nosního spreje (140 dávek). **Doba použitelnosti:** 2 roky. Po prvním otevření lahvičky: 2 měsíce. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Sandoz s.r.o., Praha, ČR. **Registrační číslo:** 69/693/12-C. **Datum registrace:** 12. 12. 2012. **Datum poslední revize textu:** 7. 10. 2014. Pouze na lékařský předpis. Přípravek je hrazen z veřejného zdravotního pojištění, výši a podmínky úhrady naleznete v aktuálním Seznamu léčiv a PZLÚ hrazených ze zdravotního pojištění na www.sukl.cz. Před předepsáním léku se, prosím, seznámte s podrobnými informacemi v platném Souhrnu údajů o přípravku nebo na adrese společnosti Sandoz.

Odrazy: 1) SPC Mommox® 0,05 mg/dávku; 2) Číselník SÚKL platný k 1. 11. 2014.

Sandoz s.r.o., Nagano III, U Nákladového nádraží 10, 130 00 Praha 3
telefon: +420 221 421 611, fax: +420 221 421 629
web: www.sandoz.cz, e-mail: office.cz@sandoz.com

SANDOZ
a Novartis company

POUČIT PACIENTY SE ZVÝŠENÝM CHOLESTEROLEM NENÍ NIC JEDNODUCHÉHO. FLORA PRO.ACTIV VÁM POMŮŽE!



STAŇTE SE NAŠÍM PARTNEREM V BOJI O ZDRAVÁ SRDCE!
DODÁME VÁM EDUKAČNÍ MATERIÁLY O PROBLEMATICE CHOLESTEROLU A JEJÍM
ŘEŠENÍ PRO VAŠE PACIENTY, DÍKY KTERÝM JIM SNADNO VYSVĚTLÍTE ZÁSADY
PESTRÉ VYVÁŽENÉ STRAVY A ZDRAVÉHO ŽIVOTNÍHO STYLU.

VŠE JE ZDARMA!

OZVĚTE SE NÁM PRO VÍCE INFORMACÍ NA INFOLINKA@UNILEVER.COM,
ANEBO NA TELEFON 844 222 844.

WWW.FLORA.CZ

Odborná společnost
praktických lékařů
doporučuje
Flora pro.activ

