

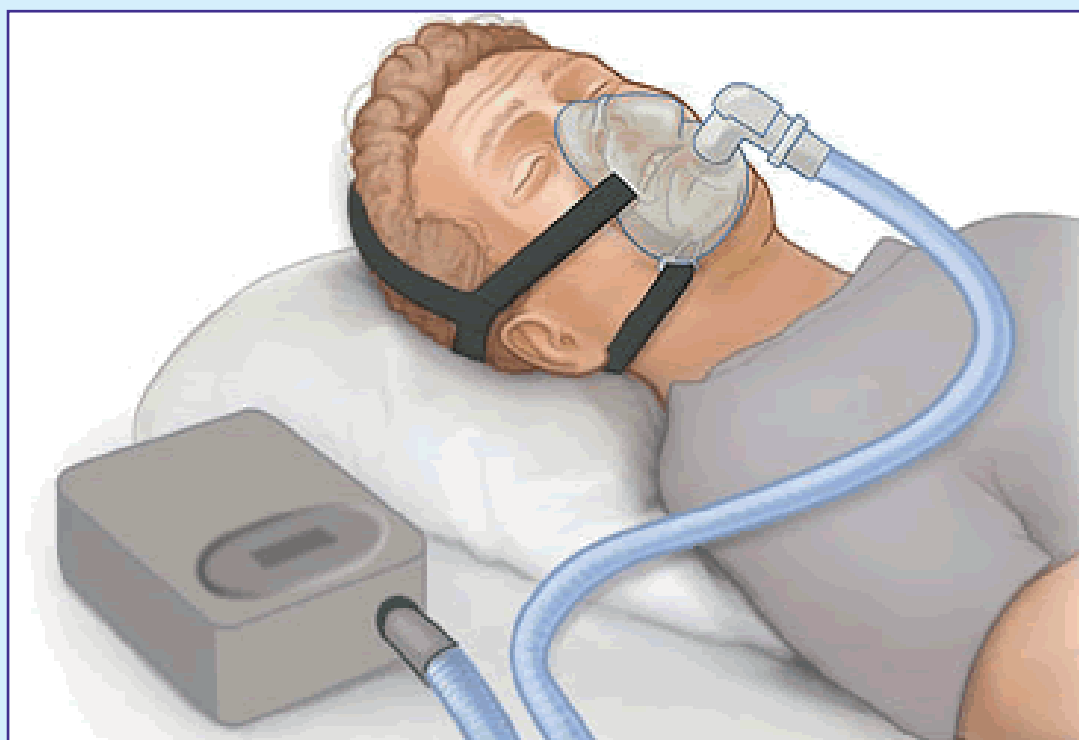


practicus

Odborný časopis Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP

tip tohoto čísla

Syndrom obstrukční spánkové apnoe v kostce



č. 3/2015

ročník 14

pro
praktické
lékaře
zdarma

Večer medicíny kvalifikovaného odhadu

**Konference Evropské kardiologické společnosti primární péče poprvé v Praze
17.–18. září 2015**

Syndrom obstrukční spánkové apnoe v kostce

Genotoxické riziko při výrobě cytostatik

Poznatky z praxe závodního a praktického lékaře

Zkušenosti z praxe v ordinaci olomoucké Charity pro bezdomovce a lidi v hmotné nouzi

Zkušenosti se stanovením INR a APTT metodou POCT

Meningokokové onemocnění v ambulanci praktického lékaře

Kazuistika z ordinace praktického lékaře

Kazuistika ze soudně lékařské praxe

Nový web www.svl.cz aneb jak být v obraze

Balintovská skupina v Dublinu pod česko–německým vedením

Elektronická pracovní neschopenka a PL, aneb když je cíl v neodhlednu

Vydává
Společnost
všeobecného
lékařství ČLS JEP

www.practicus.eu

PLNOU VERZI ČASOPISU
VČETNĚ INZERCE
NALEZNETE V INTERNÍ SEKCI
WWW.SVL.CZ

OBSAH

practicus

odborný časopis SVL ČLS JEP
3/2015, ročník 14

INFO SVL

- 04 | SLOVO ŠÉFREDAKTORA
MUDr. Stanislav Konštacký, CSc.
- 05 | BLAHOPŘEJEME A DĚKUJEME
- 06 | VEČER MEDICÍNY KVALIFIKOVANÉHO ODHADU
- 09 | KONFERENCE EVROPSKÉ KARDIOLOGICKÉ SPOLEČNOSTI
PRIMÁRNÍ PÉČE POPRVÉ V PRAZE 17.–18. ZÁŘÍ 2015

ODBORNÉ ČLÁNKY

- 11 | SYNDROM OBSTRUKČNÍ SPÁNKOVÉ APNOE V KOSTCE
MUDr. Milan Sova
- 15 | GENOTOXICKÉ RIZIKO PŘI VÝROBĚ CYTOSTATIK
POZNATKY Z PRAXE ZÁVODNÍHO A PRAKTICKÉHO LÉKAŘE
MUDr. Ivan Hutař, MUDr. Júlia Marečková
- 19 | ZKUŠENOSTI Z PRAXE V ORDINACI OLOMOUCKÉ CHARITY PRO
BEZDOMOVCE A LIDI V HMOTNÉ NOUZI
MUDr. Libor Kvapil
- 23 | ZKUŠENOSTI SE STANOVENÍM INR A APTT METODOU POCT
doc. MUDr. Petr Dulíček, Ph.D., Jiřina Vašátková
- 22 | MENINGOKOKOVÉ ONEMOCNĚNÍ V AMBULANCI PRAKTICKÉHO LÉKAŘE
doc. MUDr. Luděk Rožnovský, CSc.

KAZUISTIKY

- 26 | KAZUISTIKA Z ORDINACE PRAKTICKÉHO LÉKAŘE
MUDr. Norbert Král
- 27 | KAZUISTIKA ZE SOUDNĚ LÉKAŘSKÉ PRAXE
MUDr. Pavel Brejník

PC A DOKTOR

- 30 | NOVÝ WEB WWW.SVL.CZ ANEB JAK BÝT V OBRAZE
MUDr. Cyril Mucha

ZE SVĚTA MLADÝCH PRAKTIKŮ

- 30 | BALINTOVSKÁ SKUPINA V DUBLINU POD ČESKO-NĚMECKÝM VEDENÍM
MUDr. Martin Seifert

31 | AKTUALITY

PC A DOKTOR

- 32 | ELEKTRONICKÁ PRACOVNÍ NESCHOPENKA A PL,
ANEK KDYŽ JE CÍL V NEODHLEDNU
MUDr. Cyril Mucha

34 | ZNALOSTNÍ TEST

Vydavatel:

Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP

Adresa redakce:

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

Redakce:

Šéfredaktor:

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

Zástupci šéfredaktora:

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

Manažerka časopisu:

Hana Čížková
practicus.svl@cls.cz

Redakční rada: MUDr. Kamil Běrský, 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 **22. 3. 2015** 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



Editorial

MUDr. Stanislav Konšťacký, CSc.
Šéfredaktor časopisu Practicus

K tomuto číslu

Vážení kolegové,

jaro pomalu klepe na dveře. Věřím, že se zlepšováním počasí a s větším slunečním svitem jistě sníží počet pacientů, kteří budou trpět depresemi nebo přinejmenším pokleslou náladou, nespavostí a podobně. Vidím to sám na sobě, že současně s rašícími tulipány a dalšími cibulovinami se i mně lepší nálada. Zlepšení nálady bude i díky Jarní konferenci se symbolem sněženek ještě intenzivnější. Také už třetí letošní číslo Practicusu se bude o tento „terapeutický zásah“ pokoušet.

Přání k jubileu doc. MUDr. Seiferta, Ph.D., našeho vědeckého sekretáře, které zmiňuje **MUDr. Jana Vojtíšková**, jeho blízká spolupracovnice a zástupkyně šéfredaktora Practicusu, k tomu neodmyslitelně patří. Článek od autorů **MUDr. Hutaře, MUDr. Marečkové - Gerontotoxické riziko při výrobě cytostatik**, ukazuje na důležitost pracovního lékařství a soustavného sledování pacientů v riziku s cílem dosažení výsledku bez poškození zdraví. Poukazují rovněž na dílčí nedostatky, které by bylo vhodné odstranit. **MUDr. Sova** v článku **Syndrom obstrukční spánkové apnoe** popisuje patofyziologii tohoto onemocnění a doporučuje nám praktickým lékařům, že při odebrání anamnézy je vhodné se i na toto onemocnění ptát přímo pacientů, při podezření vyplnit skórovací systém a při pozitivitě pak pacienta objednat k dalšímu vyšetření ve spánkové laboratoři. Další příspěvek nás zavádí do prostředí, které zrovna není lákavé, ale rovněž důležité, a sice péče o lidi často na okraji společnosti. **MUDr. Kvapil** se podělil o **Zkušenosti z praxe v ordinaci olomoucké charity pro bezdomovce a lidi v hmotné nouzi**. Počítám, že zaujme většinu našich čtenářů, protože hovoří o práci s neshadnou skupinou naší populace při zabezpečování zdravotní péče. Poukazuje na úskalí, na rozsah a možnosti léčby, včetně kontaktů se sociálními službami. Jeho práce si nesmírně vážím, protože se jí věnuje i v době, kdy jeho vrstevníci dávno odpočívají v důchodu. V kazuistice **MUDr. Norberta Krále** se náš mladý kolega podělil o svůj případ, který nebyl jednoznačný v diagnóze ani v rozhodnutí. Myslím, že komentář soudního znalce, **MUDr. Brejníka** by kolegovi dala za pravdu. Dnes se věnuje jinému případu, který je opět jako vystřižený z učebnice a jen lze s povděkem konstatovat, že všeobecný praktický lékař při své činnosti nezanedbal své povinnosti.

Tedy Practicus číslo 3/2015 může odstartovat ke čtenářům.

Blahopřejeme a děkujeme

Vážená obci praktických lékařů,

prvního března 2015 oslavil své neuvěřitelné životní jubileum „krásných 60.,“ náš vážený kolega „Božan“, pan docent MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D. Po absolvování Fakulty dětského lékařství UK v Praze působil jako pediatr jen velmi krátce, neboť ho záhy (v roce 1985) zlákal obor pro dospělé. Po absolvování dvou atestací v oboru všeobecné praktické lékařství zahájil vzápětí velmi úspěšně svou dráhu pedagogickou. Jako učitel se skvěle osvědčil, takže byl osloven, aby od října roku 2003 vedl Ústav všeobecného lékařství 1. LF UK Praha.

Pan docent Seifert je bezesporu vůdčí osobností a díky jeho pracovitosti a neúnavné aktivitě se prestiž oboru výrazně zvýšila. Je také vizionářem a díky jeho vizím mají čeští praktičtí lékaři čím dál významnější postavení v oblasti rychle se rozvíjející mezinárodní spolupráce. Je výborným a nadšeným pedagogem a je to hlavně jeho zásluha, že máme konečně plnohodnotnou učebnici „Primární péče“. Pan docent také stál za mimořádným úspěchem světového kongresu „WONCA 2013,“ v Praze. A takhle bychom mohli dlouze pokračovat.

Já osobně si velmi cením toho, že zvýšením prestiže oboru přivádí konečně do řad praktických lékařů mladé, nadšené a schopné kolegy a tak se prokazuje svébytnost praktického lékařství.

Pana docenta většinou známe jako usměvavého kolegu, ochotného vždy poradit, stále s dobrou náladou. Je o něm známo, že rád a hodně cestuje, mimo jiné je nadšeným golfistou, lyžařem, chalupářem a velmi rád muzicíruje.



Ústav všeobecného lékařství 1. lékařské fakulty

Vážený pane docente, milý Božane,

dovol mi, abych Ti jménem redakční rady i všech našich čtenářů popřála pevné zdraví, hodně elánu, nadšení a neutuňající energie do další smysluplné práce. Přijmi prosím od nás všech nejen pomyslnou kytici, ale zejména velké DÍKY.

Za redakční radu: Jana Vojtíšková

Večer medicíny kvalifikovaného odhadu

Od historie praktického lékařství po cestu do nitra prakticky duše

Praktické lékařství se za posledních 20 let proměnilo ze specializace druhé volby v atraktivní obor, který láká i mladé lékaře. Jak v průběhu Přednáškového večera praktického lékařství, který se konal 18. března letošního roku v Lékařském domě v Praze, uvedl přednosta Ústavu všeobecného lékařství 1. LF v Praze, doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D., lze považovat za velký úspěch, že od roku 2009 do roku 2014 složilo atestaci 674 praktických lékařů, na jejichž specializační vzdělání věnoval stát 374 milionů korun. Praktické lékařství by mohlo sloužit jako model pro ostatní obory, které obtížně nacházejí konsenzus o základech specializačního vzdělávání. Na Přednáškovém večeru právem patřila hlavní pozornost nejen doc. Seifertovi, který zde oslavil významné jubileum, ale především mladým praktikům.

Přednáškový večer měl dva zkušené moderátory, MUDr. Janu Vojtíškovou a MUDr. Cyrila Muchu, který označil praktické lékařství za medicínu kvalifikovaného odkladu, protože praktický lékař musí umět přesně vyhodnotit, který stav odklad snese a který nikoli. K dalším bonmotům, které v průběhu večera zazněly, patřily: „Praktické lékařství je nejtěžší obor, když se dělá dobře, nejlehčí, když se dělá špatně,“ nebo „Pohled specialisty: pacienti odcházejí, nemoci zůstávají, pohled praktika: nemoci odcházejí, pacienti zůstávají.“

Ústav všeobecného lékařství

Nebylo by světlé budoucnosti bez trnité historie. Té byla věnována část večera. MUDr. Jana Vojtíšková představila historii Ústavu všeobecného lékařství od jeho založení v roce 1996 až do dnešních dob. Za milník ve vývoji

označila rok 2003, kdy se do vedení Ústavu dostaly nové osobnosti s novými vizemi a cíli. Prioritou se stalo zajištění kvalitní výuky praktického lékařství, a to v dimenzích reálného obrazu praktické medicíny. Uskutečněnou náplní pak bylo zavedení výuky praktického lékařství do pregraduální výuky (4. a 6. ročník), prosazení oboru v akademickém prostředí (o čemž svědčí více než 600 publikací), vybudování sítě kvalitních školitelů a účast ve vědecko-výzkumných projektech. V roce 2009 získal ÚVL nové prostory, kde bylo možné vybudovat (za iniciativní a obětavé pomoci široké obce praktických lékařů) zázemí pro výuku, včetně techniky a modelové ordinace. Světová konference WONCA v roce 2013 byla společným úspěchem SVL ČLS JEP a ÚVL 1. LF UK. Zúčastnilo se jí více než 3 600 odborníků z celého světa a lesk této události dodala přítomnost generální ředitelky WHO, Margaret Chan.

Priorita: primární péče

Docent MUDr. Svatopluk Býma pak shrnul historii Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP. Podnětem pro vznik společnosti byla konference WHO v Alma Atě v roce 1978, která určila praktické lékařství jako prioritu pro funkční zdravotní systémy. Proto byl v tehdejší ČSSR uzákoněn samostatný obor všeobecné lékařství s jasně definovaným obsahem a specializační přípravou zakončenou povinnou atestační zkouškou I. a II. stupně na nově založené Katedře všeobecného lékařství ILF Praha. Následně byla v lednu 1979 po radě ČLS JEP, projednána a schválena žádost obvodních lékařů o vznik samostatné odborné společnosti. Po roce 1989 došlo v primární péči k radikálním změnám, na kterých se SVL ČLS JEP aktivně podílela a postupně se začala naplňovat v souladu s doporučením WHO kritéria Charty praktického lékaře.

V současnosti se vyučuje všeobecné praktické lékařství na všech LF v ČR. Postgraduální specializační příprava



probíhá v souladu se směrnicí EU. Jako zlomové se ukázalo prosazení systému rezidenčních míst pro budoucí všeobecné praktické lékaře (v roce 2009), která jsou finančně dotovaná ministerstvem zdravotnictví. Ročně tak atestuje asi 150 až 200 praktiků.

Úroveň oboru by nebylo možné dosáhnout a zvyšovat bez systému celoživotního vzdělávání. SVL proto pořádá ročně přes 140 vzdělávacích seminářů po celé ČR, pravidelně organizuje dvě konference (Výroční a Jarní interaktivní), které navštíví zhruba 2 600 lékařů za rok. SVL má své internetové a intranetové stránky a zabezpečuje e-learning pro specializační i celoživotní vzdělávání.

Za posledních 15 let se více než zdvojnásobila členská základna. Aktivity SVL ČLS JEP naplňují reálný význam slov generální ředitelky WHO Margaret Chan, která na pražské mezinárodní konferenci WONCA prohlásila: „Pouze zdravotní systémy s personálně zabezpečenou a silnou primární péčí budou schopny poskytovat kvalitní a zaplatitelné zdravotní služby. I v zemích, které si mohou dovolit nejpokročilejší inovace, se zdravotní péče blíží k limitu, k bodu zvratu, kdy se stanou rostoucí náklady na neudržitelné.“ V současnosti již začínají přípravy na evropskou konferenci WONCA, která se bude v roce 2017 konat opět v Praze. Závěrem doc. Býma shrnul, že i přes všechny problémy v rámci zdravotnictví v ČR je SVL ČLS JEP obecně považována za dynamicky se rozvíjející odbornou společnost, která je schopná připravit i akce světového a evropského významu, a tak přispět k rozvoji svého oboru nejen v ČR, ale i v dalších zemích.“

Jací jsme lékaři?

Odpověď na tuto otázku hledaly dvě mladé lékařky, MUDr. Nela Šrámková a MUDr. Markéta Korcová v rámci projektu QUALICOPC (Quality and Costs of Primary Care in Europe). Stejný průzkum probíhal v 31 evropských zemích. Cílem bylo ověřit vícero parametrů, jako je dostupnost lékařské péče, spokojenost pacientů, ale i spokojenost lékařů a další. Bylo zhodnoceno celkem 219 odpovědních formulářů od praktických lékařů (z velkých i malých měst a venkova) a od 1980 pacientů (věkový průměr 50 let, 41,5 % mužů, 58,5 % žen). Z výsledků průzkumu vyplynulo, že průměrně má jeden praktický lékař ve své praxi 1950 pacientů, navštíví jej denně (průměrně) 33 pacientů, poskytne 11 telefonických konzultací za den, 54 % lékařů odesílá denně 1 – 5 mailů svým klientům, 42 % praktiků se svými pacienty mailem nekomunikuje. Obvyklá délka konzultace je 10 minut a lékař týdně vykoná v průměru 5 návštěv. Denní dostupnost ordinace je v průměru 8 hodin (medián 6 hodin), 34 % pacientů přichází po objednání (u 6 lékařů je 100 % objednávací systém). 88,5 % lékařů by poskytlo zdravotní péči bez nároku na finanční ohodnocení. U 46,6 % lékařů obsahuje dokumentace údaje o životní situaci pacienta a pouze u 8 % praktiků dokumentace obsahuje údaj o etnické příslušnosti pacienta. Práce zajímá a zajímala 95 % praktiků, 92 % uvádí, že jejich práce

je ztížena administrativou, 62 % udává nadměrný stres při práci, 77 % si myslí, že jejich práce je uznávaným povoláním a 53 % si myslí, že jejich odměna dobře vyvažuje vynaložené úsilí.

Z hodnocení pacientů vyplynulo, že svému lékaři důvěřuje 95,2 % lidí (k naprosto stejnému číslu došla loni ve svém průzkumu agentura INRES), což kontrastuje s 34,5% důvěrou v jiné lidi. 93 % pacientů se nejdříve obrátí se zdravotním problémem na svého praktického lékaře. 77 % pacientů se po návštěvě lékaře lépe vypořádá se svým zdravotním problémem/nemocí a 95% pacientů by doporučilo svého lékaře příteli nebo příbuznému. Průzkum potvrdil, že praktičtí lékaři léčí podle doporučených postupů, dispenzarizují pacienty, rozšiřují spektrum přístrojového vybavení v ordinacích, zabývají se edukací pacientů.

Zkušenosti venkovského lékaře

Prezentace MUDr. Davida Halaty z Valašska představila povolání venkovského lékaře jako multidisciplinární profese, která zahrnuje nejen všechny medicínské specializace, ale občas také trochu veterinární praxe a rodinného poradenství. Venkovský lékař nemá ordinační hodiny od – do, ale své pacienty potkává celý den a všude. Musí mít dobrou fyzickou kondici, protože za svými klienty jezdí terémem na kole nebo běžkách. Umí šít, rodit, ošetřit chronickou ránu, edukovat diabetika, vyšetřit novorozence, poradit si s úrazy, bezvědomím a dalšími akutními stavy. Musí si poradit zkrátka se vším, protože nejbližší nemocnice je 20 minut jízdy autem, a tzv. plně vybavená nemocnice 35 minut. V důsledku restrukturalizace a centralizace zdravotnictví se zkrátka nemocnice lidem vzdalují. V tom lze spatřit dokonce i jeden pozitivní důsledek: venkovský lékař musí mít celostní přístup k pacientovi. Pokrok v praktickém lékařství totiž spočívá v prohlubování holistického a syntetizujícího přístupu na rozdíl od pokroku specializovaných oborů, které se díky atomizaci pohledu pacientovi vzdalují.

Venkovský doktor zná dobře rodinné i pracovní prostředí svých pacientů, což dává na mnoho zdravotních rizik a stavů zcela jiný náhled. Díky telemedicině však už není praktický lékař osamělý pěšák v poli, ale má ve své dlani kdekoli přístup do databází po celém světě i kontakt na své kolegy. Mobilní aplikace napomáhají i při edukaci pacientů, při vysvětlování jejich příznaků a informací o diagnosticko-léčebném postupu. Praktičtí lékaři toho umějí mnoho, již dávno nejsou „dispečeri“ pacientů po dalších oborech, ale stále se musejí učit své dovednosti „prodat“.

Nejen pacient, i lékař má duši

„Jaký je psychosomatický pacient?“ zeptal se v úvodu své přednášky MUDr. Martin Seifert (jr). Jistěže každý. Praktičtí lékaři mezi prvními odbornostmi aplikují ve své praxi, že nelze oddělovat duši (tedy psychiku) od těla. Pro mnoho nevysvětlitelných potíží, které nereagují na terapii, lze hledat původ v trpící psychice, přičemž se nemusí jednat

o psychiatrickou chorobu. Rodinné, osobní, pracovní trable a ztráty se velmi často projeví somatizací. A při jakémkoli neduhu trpí i duše. Člověk zpravidla nežije sám (a žije-li je to problém o to větší), takže se starosti a bolesti blízkých odráží jak na duši, tak těle samotného pacienta. Nemocného je nutné vnímat v jeho anamnesticko-společensko-environmentálním kontextu, přičemž jeho historie sahá až do prenatálního života.

Zkrátka, jak hovoří zkušenosti psychosomatické medicíny: Lékař je lék. Pro pacienta je velmi důležité, jakým způsobem lékař lék předepisuje a podává recept. Existují totiž nevědomé psychodynamické síly, které zprostředkovávají interakci mezi lékařem a pacientem. To je důvodem, proč se některý pacient „nechce uzdravit“ a proč i s nejlepším odborníkem nebude spokojeno 100 % pacientů a proč si lékaři některé pacienty „nosí v hlavě i domů“.

Povolání praktického lékaře je psychicky vyčerpávající. Neúspěchy trápí. Již v první polovině minulého století vymyslel maďarský psychoanalytik Michael Balint skupinovou terapii (balintovské skupiny), v nichž nacházejí lékaři (i jiné pomáhající profese) reflexi svých referovaných problémů na základě reakce kolegů a vedoucích terapeutů.

Zajímavé je, že v sousedním Německu je psychosomatika jediný povinný specializační kurz (50 hodin teorie a 30 hodin balintovské skupiny). V současnosti jsou i v ČR dostupné kurzy psychosomatiky.

Příběhy skutečných kazuistik

Ve čtvrtém ročníku se medicí poprvé setkávají s primární péčí. Chodí také do ordinace mladého lékaře MUDr. Norberta Krále, který jim nevypráví šedou teorii (ostatně té mají studenti za tři roky studia právě dost), ale diskutuje s nimi nad konkrétními fotografiemi svých nemocných (po získání souhlasu pacienta).

Praktický lékař totiž musí zvládnout celou šíři diagnóz všech oborů, musí mít stále prohlubující teoretické znalosti, musí být schopen přesného úsudku a rychlého uvažování. A navíc, musí umět nést odpovědnost za své rozhodnutí, i když nemá za zády komplement s možností specializovaných pomocných vyšetření.

Na konkrétních kazuistikách se studentům otevírá kouzlo praktické medicíny, která může být jakákoli, jen ne nudná.

Lékař – ohrožený druh

Čestný host večera, předseda Spolku lékařů českých, přednost Psychiatrické kliniky 1. LF UK a VFN v Praze, prof. MUDr. Jiří Raboch, DrSc., rozebíral duševní zdraví lékařů. Podle výsledků klinických průzkumů je v řadách lékařů vyšší výskyt duševních poruch (9 %), depresivní symptomatologie (23 %) i nadužívání psychoaktivních látek (17 %) v porovnání s výskytem jmenovaných diagnóz u běžné populace. Studie, která sledovala výskyt syndromu vyhoření u českých lékařů, prokázala, že klinicky významným syndromem vyhoření trpí jedna třetina lékařů a depresivní symptomatologií 10 %. Výsledky jsou srovnatelné se světovými studiemi. Nejvyšší výskyt syndromu vyhoření je pozorován u lékařů akutní medicíny (ARO, chirurgie), u praktických lékařů je zhruba v polovině žebříčku a nejnižší je

u očních lékařů a dalších specialistů neakutních oborů. V porovnání s celkovou populací je u lékařů významně vyšší suicidalita. K depresivitě a burn-outsyndromu přispívá zážitek profesního selhání.

Lékařská profese je extrémně psychicky vyčerpávající, a to z hlediska časové náročnosti, požadavku neustálého zvyšování kvalifikace ve smyslu celoživotního vzdělávání, pocitu zodpovědnosti za správné rozhodování v každodenní práci a mnohdy velmi složité a náročné komunikace s pacienty.

Proto je velmi důležité, aby lékař, který si chce udržet alespoň nedeprativní pohled na svět, když už ne optimistický, dodržoval zásady medicíny životního stylu. Jsou to ostatně ty samé principy, které radí téměř každý den svým klientům. Kdo přistoupil na myšlenku, že meditační techniky opravdu fungují, pak je pro něj relaxace snadnější. Velmi důležitá je fyzická aktivita: stačí nenáročný, ale pravidelný pohyb (třeba chůze), při níž se skutečně produkují stovky mediátorů (nejen v CNS, ale i ve svalech), které upravují jak psychický stav, tak metabolismus (prevence inzulinové rezistence). Podle doporučení amerického Centra pro kontrolu nemocí (Center for Disease Control and Prevention) je žádoucí, aby se lékař pohyboval minimálně 2,5 hodiny týdně. Výživa je základem nejen dobrého fyzického, ale i duševního stavu. Optimální je tradiční, čerstvá strava bez konzervovaných jídel a produktů rychlého občerstvení. Profesor Raboch uzavřel své vystoupení doporučením, že je nezbytné být nejen dobrým profesionálem v ordinaci, ale i ve svém životě.



Oceněný jubilant

Závěrem večera udělil předseda SVL ČLS JEP, doc. MUDr. Svatopluk Býma přednostovi ÚVL 1. LF UK a vědeckému sekretáři SVL ČSL JEP, doc. MUDr. Bohumilu Seifertovi na základě rozhodnutí výboru titul čestného člena SVL ČLS JEP.

Zpracovala MUDr. Marta Šimůnková

Konference

Evropské kardiologické společnosti primární péče poprvé v Praze 17.–18. září 2015

Již 8 let se pravidelně na podzim scházejí praktičtí lékaři z celé Evropy na konferenci, kterou pořádá Evropská kardiologická společnost primární péče, ve zkratce EPCCS. Členy této společnosti jsou kolegové praktičtí lékaři, kteří se více zajímají o komplexní kardiovaskulární problematiku v primární péči. Členství je bezplatné, je možné se kdykoliv zaregistrovat na stránkách této společnosti a bezplatně dostávat bulletin, obsahující informace a novinky z oblasti kardiologie. EPCCS je přidruženou zájmovou skupinou v rámci naší evropské organizace praktických lékařů WONCA Europe, a spolupracuje významně s Evropskou kardiologickou společností.

Poprvé se tedy na podzim bude konat tato jeden a půl denní konference ve východní a střední Evropě, tedy v Praze. Účast na ní může být pasivní nebo aktivní (poslat abstrakt nebo i odpřednášet přednášku v angličtině). Je to skvělá možnost setkání se s kolegy z jiných částí Evropy a vyměnit si s nimi zkušenosti o své práci a životě ve svých zemích.

Pro podrobnější informace můžete navštívit stránky www.epccs.eu.

MUDr. Rudolf Červený, Ph.D.
člen výboru EPCCS za SVL ČLS JEP

EUROPEAN PRIMARY CARE CARDIOVASCULAR SOCIETY

EPCCS

Where the fight against cardiovascular disease starts...!

8th Annual Scientific Meeting

**Cardiovascular Disease 2015
Clinical Master Class**

September 17–18, 2015, Prague, Czech Republic

www.epccs.eu

CLICK HERE TO REGISTER

PLNOU VERZI ČASOPISU
VČETNĚ INZERCE
NALEZNETE V INTERNÍ SEKCI
WWW.SVL.CZ



Syndrom obstrukční spánkové apnoe v kostce

MUDr. Milan Sova

Klinika plicních nemocí a tuberkulózy, Lékařská fakulta Univerzity Palackého v Olomouci a Fakultní nemocnice Olomouc

Úvod:

Zaznamenaná pozorování syndromu obstrukční spánkové apnoe (OSAS) jsou stará více než 2000 let. Nicméně až ve 20. století s rozvojem přístrojového vybavení bylo možné tuto poruchu dýchání ve spánku diagnostikovat a následně s rozvojem prvních terapeutických metod i léčit. První spánková laboratoř byla založena v 70. letech na Univerzitě ve Stanfordu profesorem Williamem Dementem. V roce 1981 profesor Sullivan publikoval v časopise Lancet přelomový článek, ve kterém poprvé popsal možnost léčby pacientů s OSA pomocí přetlakového dýchání metodou CPAP (continuous positive airway pressure). Postupně byly po celém světě zakládány další spánkové laboratoře a rostl počet diagnostikovaných i léčených pacientů. Zároveň od 70. let probíhá intenzivní výzkum vzniku a patofyziologických mechanismů syndromu obstrukční spánkové apnoe. V poslední době je věnována pozornost zejména kardiovaskulárním komplikacím OSAS, které se ukazují být pro další osud pacienta klíčové.

Definice OSAS

Dle platné klasifikace American Academy of Sleep Medicine³ je syndrom obstrukční spánkové apnoe (OSAS) definován jako klinický syndrom kombinace obstrukční spánkové apnoe nebo hypopnoe s dalšími příznaky viz tab. č. 1. Tíže spánkové apnoe je vyjadřována pomocí indexu apnoe- hypopnoe (AHI), který představuje počet apnoic- kých a hypopnoic- kých příhod za hodinu spánku (trvajících nejméně 10 sekund).

Výskyt OSAS je dle statistik asi u 5 % populace středního věku, nicméně tento výskyt je asi velmi podhodnocen.⁴ OSAS koresponduje s rekurentními epizodami částečného nebo úplného uzávěru horních cest dýchacích (faryngální oblasti) během spánku. Příčiny kolapsu jsou pravděpodobně multifaktoriální, hlavními mechanismy jsou asi anatomické poměry, vznik lokálního otoku, změny při uložení tuku při obezitě a možná faryngeální neuropatie. U obézních osob je výskyt OSAS výrazně vyšší než u osob hubených a obezita je zároveň spolu s genetickými vlohami nejvýznamnějším rizikovým faktorem vzniku OSAS.

Tabulka č. 1

Apnoe	Epizoda charakterizovaná úplným uzavřením dýchacích cest (reziduální průtok vzduchu < 20 %, tj. omezení průtoku > 80 %), trvající nejméně 10 vteřin
Hypopnoe	Epizoda charakterizovaná omezením průtoku vzduchu mezi 20 % a 70 %, trvající nejméně 10 vteřin.
RERA: Respiratory effort related arousal (Probouzení spojené s respiračním úsilím)	Epizoda charakterizovaná zvýšeným respiračním úsilím způsobeným omezením průtoku vzduchu v horních dýchacích cestách, která je zakončena probuzením. Tyto epizody nejsou většinou doprovázeny hypoxémií.
AHI: apnoe-hypopnoe index	Počet apnoí a hypopnoí za hodinu spánku. Lehká OSA: AHI 5-15 epizod/hodinu Středně těžká OSA: AHI 15-30 epizod/hodinu Těžká OSA: AHI > 30 epizod/hodinu
RDI: respiratory disturbance index (index poruch dýchání)	Součet AHI a RERA.
Chrápání	Zvuk vznikající vibrací horních dýchacích cest. Tento příznak svědčí pro omezení průtoku vzduchu v horních cestách dýchacích a je možné jej kvantifikovat.
OSAS: syndrom obstrukční spánkové apnoe	Kombinace nejméně 5 obstrukční epizod za hodinu spánku (apnoe, hypopnoe, RERA) + přítomnost některého z následujících příznaků A nebo B. A: Nadměrná denní spavost, která není jinak vysvětlitelná. B: Dva a více z následujících příznaků, které nejsou jinak vysvětlitelné: Dušení nebo lapání po dechu Opakované probouzení se Neosvěžující spánek Denní spavost Snížená schopnost koncentrace

Klinické projevy OSAS

Nejčastěji si projevů tohoto onemocnění všimá jako první partner/partnerka pacienta. Pozoruje chrápání, lapání po dechu a apnoe.⁵ Pacienti samotní nejčastěji udávají poruchu koncentrace, zhoršení výbavnosti paměti, snížení intelektuálních schopností a zhoršení pracovního výkonu, sklon k depresivnímu ladění, ranním bolestem hlavy a suchosti v ústech, bývá ranní únava s pocitem nevyspání, noční polyurie a pocení.⁶ Dalším příznakem je denní spavost a pocit neosvěžení spánkem.⁷ Pacienti často usínají při monotónních činnostech, sledování televize, v práci a podobně. Nebezpečným následkem neléčeného OSAS je výrazné zhoršení schopností řídit motorová vozidla. V celé řadě studií bylo prokázáno, že u pacientů s OSAS se s vzrůstajícím AHI zvyšuje riziko dopravních nehod.⁸ OSAS také negativně ovlivňuje sexuální život pacientů jak u mužů tak i u žen.⁹

Mnoho lékařů na diagnózu OSAS nemyslí a otázku na kvalitu spánku podává při odebrání anamnézy asi jen jedna desetina lékařů.¹⁰

OSAS a jeho následky

OSA je v noci doprovázena akutními změnami kardiovaskulárních parametrů, jako je krevní tlak (TK) nebo srdeční frekvence. Aktivace sympatiku, oxidativní stres a systémový zánět jsou hlavní mechanismy spojené se spánkovou apnoe a hypoxií.⁵

V uplynulých letech bylo prokázáno, že OSAS přímo způsobuje nebo alespoň významně zhoršuje celou řadu onemocnění, jako jsou choroby kardiovaskulárního systému, metabolický syndrom, porucha glukózového metabolismu atd.

OSAS je významným rizikovým faktorem rozvoje arteriální hypertenze a to zejména hypertenze noční a maskované.¹¹ U všech pacientů, kteří trpí farmakorezistentní hypertenzí by měl být OSAS vyloučen. Dále je OSAS výrazným rizikovým faktorem pro vznik ischemické choroby srdeční, cévní mozkové příhody a pro různé typy arytmií včetně fibrilace síní.¹²

OSAS a řízení motorových vozidel

Neléčený OSAS výrazně negativně ovlivňuje schopnost pacienta řídit motorová vozidla. OSAS patří do skupiny poruch spánku, závažně ovlivňujících bdělost, které jsou

dle platné vyhlášky 72/2011 Sb. řazeny mezi nemoci nebo vady vylučující nebo podmiňující zdravotní způsobilost k řízení motorových vozidel. Lékař spánkové laboratoře zhodnotí tíži OSAS, přítomnost klinických symptomů, jako mikrosnánek a nadměrné denní spavosti. Pokud pacient není schopen řízení motorových vozidel nebo je ho schopen s podmínkou pravidelné léčby přetlakovým dýcháním, je tato skutečnost lékaři spánkových laboratoří hlášena příslušnému městskému úřadu a praktickému lékaři. Po úspěšném zavedení léčby jsou pacienti schopni řízení za podmínky pravidelné léčby pomocí přetlakového dýchání. To je kontrolováno během pravidelných kontrol, při kterých jsou s přístrojů odečítána data, jako počet hodin užití, zbytkové AHI atd.

Diagnostika OSAS

První kontakt pacienta s lékařem probíhá zpravidla v ambulanci praktických lékařů. Zde je v rámci anamnézy důležité se zaměřit zejména na výše uvedené denní a noční příznaky. V určení rizika pacientů nám také pomáhají skórovací systémy, jako je Epworthská škála spavosti, viz příloha. Pomocí tohoto dotazníku můžeme posoudit míru nadměrné denní spavosti, což je jeden ze základních příznaků závažného OSAS. Doporučuje se odesílat k vyšetření do spánkové laboratoře pacienty, kteří dosáhli skóre 10 a více. Shrnutí je uvedeno v tab. č. 2.

V dnešní době existuje možnost skriningových systému (ApneaLink, Somnocheck...), které jsou již nyní rozšířené mezi některými internisty, kardiology i praktickými lékaři. Pokud je to možné, doporučuje se předvyšetřit pacienty touto metodou a odfiltrovat tak pacienty bez významného syndromu spánkové apnoe.

Ve spánkové laboratoři poté pacienti podstoupí základní pneumologické vyšetření, dále RTG hrudníku, vyšetření na ORL k vyloučení abnormit v oblasti faryngu a respirační polygrafii nebo polysomnografii. V rámci polysomnografie (viz obr. č. 1) jsou hodnoceny nejen spánkové parametry, ale i EEG, pohyby očí, nohou, EMG. Pro diagnostiku klasického OSAS je použití respirační polygrafie zcela dostačující. Seznam spánkových laboratoří je uveden a pravidelně aktualizován na stránkách www.sleep-society.cz.

Tabulka č. 2

Koho odeslat do spánkové laboratoře

Pacient s nadměrnou denní spavostí, která není jinak vysvětlitelná
Pacient, u něhož byla pozorovaná noční dušení nebo lapání po dechu
Pacient, který se v noci opakovaně budí
Pacient s častým nočním močením bez urologické příčiny
Pacient se sníženou schopností se koncentrovat
Pacient s farmakorezistentní hypertenzí, s maskovanou hypertenzí, s non dippingem v noci na 24 hodinovém monitorování tlaku

Léčba OSAS

Terapie OSAS by měla být pokud možno komplexní a to s ohledem na všechny komorbidity, které se u daného pacienta vyskytují.

V první řadě to jsou **režimová opatření**. Vzhledem k tomu, že většina pacientů s OSAS je obézních a obezita je jedním z nejvýznamnějších rizikových faktorů OSAS, měla by redukce hmotnosti být součástí léčby každého pacienta s nadváhou. U některých jedinců může dokonce dojít i k normalizaci nálezu OSAS s vymizením apnoí. Bohužel většina našich pacientů není tohoto opatření schopná a většinou ani ochotná. Mírně lepší výsledky máme s různými skupinovými cvičeními, intenzivní rehabilitací, ale i tak je míra úspěšné redukce a hlavně následného udržení hmotnosti nízká.

Nejúčinnějším způsobem léčby pacientů se středně závažným a těžkým OSAS je **terapie přetlakovým dýcháním (viz obr. č. 2)**. Nejčastěji se používají dva základní režimy a to CPAP (continuous positive airway pressure) nebo BPAP (bilevel positive airway pressure). Tento přetlak je aplikován cestou nosní nebo celoobličejové masky. Při této terapii nejde o podávání koncentrovaného kyslíku, jak se někteří mylně domnívají. Pozitivní tlak vzduchu v dýchacích cestách tvoří jakousi „dlahu“ tak, aby nedocházelo ke kolapsu dýchacích cest.

Je nutné zdůraznit, že tato terapie je pouze symptomatická. V okamžiku, kdy pacient přestane přístroj používat, se apnoe vrací, a to včetně denních i nočních příznaků. Pacient je na léčbu nastavován přísně individuálně a účinnost terapie je průběžně sledována.

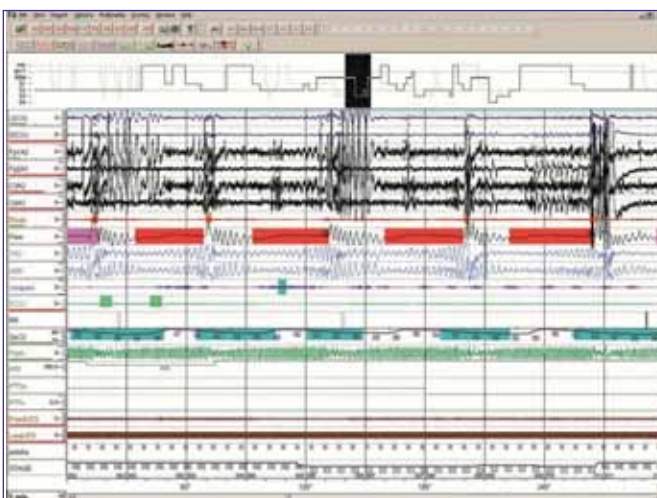
Zejména u lehčích případů OSAS je možné zvážit **chirurgickou terapii**, například uvulopalatoplastiku a jiné výkony. Indikace je plně v dikci ORL specialisty. Bohužel u těžkých OSAS je většinou efekt chirurgické léčby zcela nedostatečný a stejně musíme přistoupit k terapii přetlakovým dýcháním.

Závěr

Syndrom obstrukční spánkové apnoe je rozšířené onemocnění, které vede k častým komplikacím. Anamnestická otázka na kvalitu spánku by měla být nedílnou součástí vyšetření pacienta, při podezření na patologii je třeba pacienta odeslat k podrobnému vyšetření. Neméně důležitý je i druhý aspekt primární péče, a to důsledná terapie komorbidit, jako je arteriální hypertenze, diabetes mellitus atd. Tímto přístupem můžeme výrazně zlepšit prognózu těchto pacientů.

Shrnutí pro praxi:

Syndrom obstrukční spánkové apnoe je rozšířené onemocnění s vážnými následky. Je důležité znát základní příznaky tohoto onemocnění, pacienta vyšetřit (anamnéza a Epworthská škála spavosti) a pokud je podezření na OSAS opodstatněné, tak pacienta odeslat k dalšímu vyšetření do spánkové laboratoře. Aktualizovaný seznam spánkových laboratoří a center je možné nalézt na stránkách České společnosti pro výzkum spánku a spánkovou medicínu www.sleep-society.cz.



Obr 1:

Záznam polysomnografického vyšetření, červeně vyznačeny apnoické pauzy, modře korespondující pokles saturace krve kyslíkem.



Obr 2:

Detailní záběr na nosní masku CPAP ventilátoru.

Epworthská škála spavosti

Vyberte odpověď týkající se spánku v následujících situacích:

0	nikdy bych nedřímával / neusínal	1	slabá pravděpodobnost dřímoty / spánku
2	střední pravděpodobnost dřímoty / spánku	3	značná pravděpodobnost dřímoty / spánku

1.	Při četbě vsedě	
2.	Při sledování televize	
3.	Při nečinném sezení na veřejném místě (v kině, na schůzi)	
4.	Při hodinové jízdě v autě (bez přestávky) jako spolujezdec	
5.	Při ležení – odpočinku po obědě, když to okolnosti dovolují	
6.	Při rozhovoru vsedě	
7.	Vsedě, v klidu, po obědě bez alkoholu	
8.	V automobilu stojícím několik minut v dopravní zácpě	
Součet:		

< 8	bez denní spavosti	12–15	středně významná nadměrná denní spavost
8–11	mírná nadměrná denní spavost	16–24	významná nadměrná denní spavost

Literatura:

- Young T, Finn L, Peppard PE, Szklo-Coxe M, Austin D, Nieto FJ, Stubbs R, Hla KM. Sleep disordered breathing and mortality: eighteen-year follow-up of the Wisconsin sleep cohort. *Sleep*. 2008;31:1071-8.
- Sullivan CE, Issa FG, Berthon-Jones M, Eves L. Reversal of obstructive sleep apnoea by continuous positive airway pressure applied through the nares. *Lancet*. 1981 Apr 18;1:862-5.
- American Academy of Sleep Medicine: International classification of sleep disorders (ICD-2). 2nd diagnostic and coding manual. Westchester, American Academy of Sleep Medicine 2005.
- Lévy P, Tamisier R, Minville C, et al. Sleep apnoea syndrome in 2011: current concepts and future directions. *Eur Respir Rev* 2011; 121: 134-146.
- Šonka, K, Slonková, J. Spánková apnoe dospělého věku. *Česk Slov Neurol N* 2008; 6: 643-656.
- Hajduk IA, Strollo PJ, Jasani RR et al. Prevalence and prediction of nocturia in obstructive sleep apnea-hypopnea syndrome- a retrospective study. *Sleep* 2003;26:61-64.
- Kryger M, Roth T, Dement W. Principles and practice of SLEEP MEDICINE. Elsevier 2011;1:1206-1218
- Catarino R, Spratley J, Catarino I et al. Sleepiness and sleep-disordered breathing in truck drivers : risk analysis of road accidents. *Sleep Breath*. 2014;18:59-68. doi: 10.1007/s11325-013-0848-x
- Petersen M, Kristensen E, Berg S et al. Sexual function in female patients with obstructive sleep apnea. *J Sex Med*. 2011;8:2560-8.
- Sovová E, Hobzová M, Sova M, Kolek V, Buriánková I, Zmeškal P. Výskyt symptomů a rizikových faktorů syndromu obstrukční spánkové apnoe u pacientů vyšetřených pro srdeční arytmie pomocí Holterovy monitorace. *Praktický lékař* 2010; 90: 469- 471.
- Logan AG, Perlikowski SM, Mente A, et al. High prevalence of unrecognised sleep apnoea in drug resistant hypertension. *J Hypertens* 2001; 19: 2271-2277.
- Somers VK, White DP, Amin R, et al. Sleep apnea and cardiovascular disease: An American Heart Association/American College of Cardiology Foundation Scientific Statement from the American Heart Association Council for High Blood Pressure Research Professional Education Committee, Council on Clinical Cardiology, Stroke Council, and Council on Cardiovascular Nursing In Collaboration With the National Heart, Lung, and Blood Institute National Center on Sleep Disorders Research (National Institute of Health). *Circulation* 2008; 118: 1080-111.

I N Z E R C E

PV-AMBULANCE, s. r. o. s působ. v KV kraji přijme PL s atest. v ob. VPL, ev. vnitř. lékař. nebo s ukonč. zákl. kmen., rekval. zajist. v našich akredit. pracoviš. Nabíz. příj. prac. prostř. a ml. kolektiv, kvalit. mzd. ohod., možn. prof. růstu, nadstand. soc. fond a další zaměst. benefity, služ. byt v atrakt. lokal. Nástup v 2. ol.r. 2015. V příp. zájmu zašlete struktur. CV na e-mail pvajsejtl@seznam.cz.

Info o pracoviš. na www.pv-ambulance.cz.

Genotoxické riziko při výrobě cytostatik

Poznatky z praxe závodního a praktického lékaře

MUDr. Ivan Hutař, MUDr. Júlia Marečková

Ústav ochrany a podpory zdraví, LF MU Brno

Ve své praxi se praktický lékař často setkává s onkologicky nemocnými pacienty, kteří prodělávají, nebo prodělali chemoterapii cytostatiky. Někteří praktičtí lékaři mají ve své závodní péči i zaměstnance, kteří s cytostatiky přicházejí do kontaktu při výrobním procesu ve farmacii, nebo na onkologických odděleních a v lékárnách, kde tyto látky aplikují, nebo připravují k použití. Všichni tito pacienti, nebo pracovníci jsou vystaveni riziku poškození samotné DNA, jednotlivých genů a chromozomů.

Závažným projevem expozice cytostatik je jejich kumulativní účinek v organismu a dlouhá doba latence mezi expozicí a manifestací poškození organismu. Důsledkem expozice genotoxických látek v somatických buňkách je vyšší riziko aktivace onkogenů a z toho plynoucí zvýšené riziko nádorových onemocnění, vyšší riziko degenerativních onemocnění, aterosklerózy, negativní ovlivnění všech buněčných reparačních procesů a zásah do urychlení procesu apoptózy. Důsledkem postižení v gametických buňkách je snížení reprodukce až sterilita, embryoletalita, malformace a vývojové vady.

Klíčová slova: cytostatika, genotoxické riziko, komplexní preventivní péče

Základní typy poškození buněčného jádra a genetické informace

I. Poškození DNA

Čím větší je vazba, tím delší je setrvání cytostatik v organismu, tím je i větší poškození buněčné membrány, a tím i větší průnik do buněčného cytolozu, větší poškození buněčných membrán, buněčných organel a riziko poškození jaderné DNA, kde mohou vyvolat tyto typy poškození:

Alteraci jedné base.

Depurinaci – uvolnění purinové base. Deaminace cytosinu na uracil – odstranění aminoskupiny – NH₂ z cytosinu a jeho přeměna na uracil. Deaminace adeninu na hypoxantin – přeměna adeninu na hypoxantin. Alkylace base – přenos alkylové skupiny na basi. Inzerce nebo delece nukleotidu – vložení jiného nukleotidu nebo ztráta jednoho nukleotidu. Inkorporace analogické base.

Alterace dvou basí. Minový dimér – kovalentní spojení dvou molekul thiminu hlavně účinkem UV záření i vlivem některých cytostatik. Kovalentní můstek – vytvořený bifunkčním alkylačním cytostatikem – obsadí dva nukleofilní receptory.

Řetězové zlomy – porušení modifikovaných můstků – vlivem účinku cytostatika, nebo ionizačního záření.

Tvorba příčných spojení – cross – link

Mezi basemi téhož nebo protilehlého řetězce. Mezi molekulami DNA a jinými proteiny, např. histony.

II. Chromozomální aberace

Chromozomové aberace 1. Zlom chromozomu. 2. Zlom chromozomu a opětovné spojení dvou chromatid.

Chromatidové aberace (chromatida je 1 ze 2 vláken DNA z replikovaného chromozomu v G₂-fazi) 1. Zlom 1 nebo obou chromatid. 2. Zlom a opětovné spojení mezi chromatidami.

Endoreduplikace: po S-fazi nepřechází DNA do mitózy a začíná další S-fáze. Výsledkem jsou chromozomy ze 4,8 a více chromatidami.

Gap (otvor, trhlina) menší než šíře jedné chromatidy a s minimálním vybočením chromatid.

Numerické aberace – změna počtu chromozomů ve smyslu plus, nebo minus.

Polyploidie – změna počtu chromozomů oproti diploidnímu počtu (triploidní, tetraploidní.).

Strukturální aberace – změna chromozomové struktury ve stádiu metafáze (v mitóze).

Dělení strukturálních aberací

1. Strukturální nebalancované chromozomové aberace – chybí část genetického materiálu.

Duplikace – zdvojení úseku chromozomu. Na druhém párovém chromozomu je též úsek deletován.

Delece – chybění části chromozomu. Může být terminální (na konci raménka), nebo intersticiální (ve střední části raménka).

Dicentrický chromozom – vzniká jako důsledek zlomu dvou chromozomů a jejich fúzí zlomenými konci.

Izochromozom má jedno raménko duplikované a druhé deletované.

„Ring“ chromozom – vzniká delecí konců obou ramének, stočením a spojením dvou konců tak, že vznikne kruhový (prstencový – ring) chromozom.

Marker chromozom – chromozomální fragment, který má schopnost existovat samostatně, jako chromozom i v průběhu mitózy.

2. Strukturální balancované chromozomové aberace – mají zachované původní množství genetického materiálu.

Inverze – při inverzi dochází ke dvěma zlomům na jednom chromozomu, k přetočení segmentů a k následnému spojení s distálními segmenty. Inverze se vyskytují jako *pericentrické* – invertovaný úsek obsahuje centromeru, nebo *paracentrické*, invertovaný úsek chromozomu centromeru neobsahuje.

Translokace – výměna dvou odlomených segmentů, dvou chromozomů – reciproké.

Translokace mohou být i nebalancované (původní množství genetického materiálu není zachováno – Robertson-

ské translokace – dochází při nich k fúzi dvou akrocentrických chromozomů, po ztrátě krátkých ramének.

Inzerce – vzniká jako následek minimálně 3 a více chromozomálních zlomů, kdy dojde k začlenění vyštěpené části určitého chromozomu do jiného chromozomu.

Fragmentace – jedná se o krajní případ chromozomální aberace, vlivem silných mutagenů dojde rozpadu chromozomů na fragmenty – buňka se nemůže mitoticky dělit a vzniká apoptóza.

Všechny patologické chromozomální aberace možno detekovat cytogenetickou analýzou periferních lymfocytů (CAPL). Toto vyšetření provádí oddělení genetické toxikologie při Krajských zdravotních ústavech ČR.

V závodě na výrobu cytostatik se podařilo ve spolupráci s odbornými klinickými a genotoxickými laboratořemi pravidelně monitorovat zdravotní stav exponovaných pracovníků. Výsledky biologických expozičních testů hodnotících individuální i skupinové riziko na pracovištích výroby a vývoje cytostatik byly základem pro technická a organizační opatření; jejich účinnost se projevila dlouhodobým poklesem markerů genotoxické expozice, zejména počtu periferních lymfocytů s nálezem chromozomálních aberací pod 2 %, pokládaná za bezpečnou normu vyskytující se u profesně neexponované populace. Za období 10 let výroby cytostatik neonemocněl nikdo z rizikových provozů onkologickým onemocněním. Na komplexně pojaté primární i sekundární prevenci trvale spolupracovalo se závodním lékařem i vedením podniku.

V 80. letech začala v jednom závodě výroba prvního protinádorového přípravku – injekcí cisplatiny. Později přibyla výroba dalších cytostatik – methotrexatu, dakarbazinu, fluorouracilu a antiestrogenu tamoxifenu; kromě těchto preparátů se zde vyráběla antihypertenziva diltiazem, enalapril, virostatikum acyklovir a antikoagulans warfarin. Výroba cytostatik probíhala na několika úsecích: výroba injekcí, tablet, substancí, obor technické kontroly, úsek výzkumu a vývoje. Ve všech těchto provozech přicházeli tito pracovníci do styku s výše uvedenými cytostatiky. Z počátku bylo genotoxickému prostředí exponováno kolem 120 pracovníků každý rok, v letech 2005 – 2008 jejich počet vzrostl postupně až na dvojnásobek, v r. 2009 nastal útlum a počet exponovaných klesl na 140 osob.

V závodě se vyráběly i jiné léky: antihypertenziva diltiazem, enalapril, virostatikum acyklovir a antikoagulans warfarin.

Povinností závodního lékaře pro všechny pracovníky závodu, i praktického lékaře, v jehož primární péči se zaregistrovala řada zaměstnanců bylo bližší seznámení se s problematikou cytostatik a s mechanismy jejich účinků v buněčném cyklu, které mohou zasahovat nejen u nádorových, ale i u zdravých tkání a tím ohrožovat exponované pracovníky.

Různá cytostatika působí v různých fázích buněčného cyklu, jehož hlavním mechanismem je zdvojení genetického materiálu a ostatních funkčních kapacit buňky. U některých buněk lidského organismu trvá tento cyklus 20 až 24 hodin (např. T – lymfocyty), u jiných (např. u hepatocytů) půl roku, u buněk oční čočky a buněk CNS i několik let.

METODIKA

Šetření hygienické situace na pracovištích výroby a výzkumu cytostatik probíhala ve všech prostorách vždy po výrobní kampani, po mytí a asanaci pracovišť. Monitorování kontaminace cytostatiky byla prováděná metodou stěrů (šablona 10x 10 cm).

- a) Při vstupní lékařské prohlídce byla zjišťována anamnéza se zvláštním důrazem na rodinnou a osobní onkologickou zátěž, komplexní vyšetření praktickým lékařem, neurologem, gynekologem, laboratorní vyšetření (FW sedimentace, krevní obraz a diferenciál, bilirubin, ALT, AST, GMT, ALP, cholesterol, elfo bílkovin, urea, kreatinin, glykemie, moč + sediment, RTG plic a srdce).
- b) Při periodických prohlídkách se opakovala všechna vyšetření jako u vstupní prohlídky a byla doplněna cytogenetickou analýzou periferních lymfocytů (CAPL), RTG plic a srdce 1x za 3 roky a doplňkovými vyšetřeními specificky určenými ke včasné diagnostice nádorů.
- c) Výstupní prohlídky byly v rozsahu periodické prohlídky.
- d) U zaměstnanců, kteří již ve výrobě cytostatik nepracují, se jednou za 3 roky organizují následně prohlídky a pokud jsou nálezy hodnot 5 % a více buněk s chromozomálními aberacemi, jsou vyšetření opakována minimálně 1x ročně až do normalizace nálezu.

Cytogenetickou analýzu periferních lymfocytů provádělo autorizované oddělení genetické toxikologie KHS. Vyšetření bylo vždy vyhodnoceno jak pro expozici jednotlivce, tak i skupiny pracovníků daného provozu; tímto způsobem byla kontrolována účinnost preventivních opatření technického i organizačního charakteru zaměřených ke snížení expozice, ale i odhalení jedinců se zvýšenou vnímavostí a těch, kteří nedodržovali režim ochranných opatření při expozici genotoxickým látkám. Krátkodobé testy genotoxicity jsou pokládány za důležité honocení expozice a mají predikční význam pro ohrožení exponovaných osob především zhoubným bujením, ale i jinými degenerativními onemocněními (účinky nefrotoxické, hemotoxické a neurotoxické) a urychlením procesu aterosklerózy (především vlivem peroxidace LDL částic). Proto byla všeobecně přijata kritéria, která pokládají nálezy markerů genotoxického poškození ve více jak 2 % vyšetřených buněk (periferních lymfocytů) za varovný signál zvýšeného onkogenního rizika, ale i výskytu jiných degenerativních procesů a urychlení onemocnění aterosklerózy.

Z možných metod cytogenetického vyšetření zaměstnanců byly opakovaně používány:

- (1) procento nalezených chromozomálních aberací;
- (2) počet jednoduchých chromozomálních zlomů (Z1);
- (3) počet dvojtých zlomů chromozomů (Z2);
- (4) počet výměn (translokací) chromozomů (V1);
- (5) dicentrické chromozomy ringchromozomy (V2);
- (6) počet zlomů na buňku (Z/B);
- (7) procento aberací s gapy na buňku (% AB.B).

Pokud soubor vyšetřovaných pracovníků byl menší než 20 osob, bylo vyšetřováno u každého jednotlivce 200 buněk; u početnějších souborů bylo vyšetřováno 100 buněk. Za fyziologický nález byl pokládán výskyt maximálně 2 % buněk s chromozomálními aberacemi.

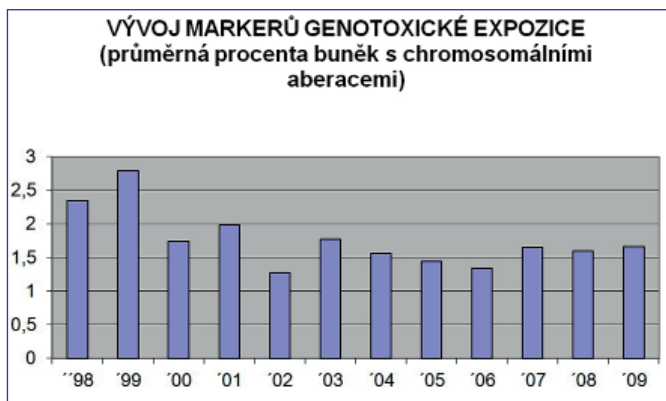
VÝSLEDKY

Hodnoty skupinových genotoxických testů na jednotlivých pracovištích výroby cytostatik v letech 1998 až 2009 jsou přehledně uvedeny v následných tabulkách:

docházet ke zhoršení jejich stávajícího zdravotního stavu. K provedení této prohlídky byl nezbytný podrobný výpis ze zdravotní dokumentace od registrujícího praktického lékaře. Vyloučení z práce na riziku museli být uchazeči se všemi chorobami, které podléhají dispenzarizaci dle vyh. Č386/207Sb.: nebylo možné přijmout uchazeče s jakýmkoliv postižením funkce jater, krvetvorby, CNS a periferního nervového systému, kůže (s výjimkou krátkodobého bakteriálního nebo mykotického onemocnění po přeléčení), zažívacího traktu s výjimkou eradikovaného infektu Helikoba-

Tabulka se skupinovým, cytogenetickým, biologickým expozičním testem za období 1998 až 2009 - středisko injekce.

Rok odběru	Počet pracovníků	Počet hodnocených buněk	Æ % AB.B.	Z1	Z2	V1	V2	Z/B	% AB.B. †(††)
1998	38	3800	2,00	50	21	3	8	0,024	10(2)
1999	33	3400	2,80	55	28	6	11	0,035	19(5)
2000	37	4100	1,91	61	19	1	4	0,021	12(2)
2001	35	3600	2,31	48	18	1	20	0,030	16(5)
2002	32	3200	1,10	24	23	1	14	0,020	7
2003	24	2500	2,10	33	8	0	16	0,027	7(1)
2004	30	3300	1,90	36	26	0	10	0,026	11
2005	33	3700	1,78	38	21	0	13	0,023	10(1)
2006	38	3800	1,13	14	17	4	13	0,017	7(1)
2007	58	5800	1,36	43	29	4	8	0,016	13
2008	76	7600	1,71	93	29	7	6	0,019	20(2)
2009	57	11400	1,69	109	56	4	27	0,020	11(1)



Ve sledovaném období byl na všech sledovaných rizikových pracovištích ustálený počet pracovníků, který se změnil po roce 2007, kdy došlo k podstatnému zvýšení exponovaných osob (s výjimkou pracoviště „Tablety“). Průměrné procento buněk s nálezem chromozomálních aberací v jednotlivých souborech bylo na všech pracovištích zvýšené v letech 1998 – 1999, resp. 2001, poté byly každoročně hodnoty nižší než 2 %.

Velký důraz v rámci preventivních opatření byl v tomto konkrétním případě kladen na vstupní lékařskou prohlídku. Jejím hlavním úkolem bylo zjistit všechny zdravotní informace u uchazečů o zaměstnání na úseku výroby cytostatik, u kterých by vlivem expozice cytostatik mohlo

cter pylori a soustavně léčeného gastroesofageálního refluxu. Ze skupiny kardiovaskulárních onemocnění bylo možné přijmout uchazeče pouze s kompenzovanou esenciální hypertenzí I. stupně. S metabolickými chorobami mohli být přijati pouze uchazeči s nekomplikovanou a plně korigovanou dyslipidémií, hyperurikémií a hypothyreosou, ale ne diabetici. Zcela vyloučeny z rizika byly gravidní a kojící ženy.

Zaměstnanci v riziku cytostatik trvale užívali: Simepar 1x1 denně (silymarin + vitamíny skupiny B), vitamín A 1x týdně 1 tobolek, vitamín E 200 mg 2x týdně 1 tobolek, Celaskon (300 mg) denně. Při zvýšených hodnotách chromozonárních aberací byla těmto zaměstnancům ordinována zvýšená dávka antioxidantů: vitamíny A, E, C, koenzym Q10, selén a Simepar (silymarin + vitamíny skupiny B). Po 3 měsících se u těchto zaměstnanců provedl kontrolní CAPL, do poklesu hodnot pod 3 %. Tyto všechny preparáty podnik zaměstnancům plně hradil.

Zaměstnanci s počtem 5 a více procent chromozomálních aberací byli ihned dočasně po dobu nejméně tří měsíců přeřazeni na práci mimo riziko cytostatik. Zaměstnanci s přechodným zvýšením hodnot jaterních testů byli (po vyloučení infekční etiologie) po intenzivní terapii hepatoprotektivy monitorováni v týdenních až jednoměsíčních intervalech a sonograficky vyšetřeni. Tito zaměstnanci byli přechodně přeřazováni na práci mimo riziko, nebo trvale z rizika vyřazeni.

U zaměstnanců s projevy útlumu krvetvorby (leukocytů a trombocytů), byl v lehčích případech podáván Pyrido-

xin a nejméně v dvoutýdenních intervalech byly prováděny kontroly krevního obrazu a diferenciálu. U těžších forem útlumu kostní dřeně, nebo při přetrvávání nepříznivých výsledků byli tito zaměstnanci dočasně nebo trvale vyřazováni z práce v riziku a neprodleně odesláni k odbornému hematologickému vyšetření.

Dále byli důsledně monitorováni zaměstnanci s hypertenzí I. stupně. U hypertenze II. stupně mohli v riziku nadále pracovat jen kmenoví zaměstnanci, s plně kompenzovanými hodnotami krevního tlaku a se změnami na očním pozadí jen do stupně angiophathia retinae hypertonica, bez dalších orgánových změn (především hypertrofie levé srdeční komory, nefropathie, proteinurie, nebo se změnami na očním pozadí angiosclerosis retinae hypertonica). Pokud se u zaměstnanců tyto orgánové změny projeví, byli tito zaměstnanci vyřazeni z práce v riziku cytostatik. Kmenoví zaměstnanci s nekomplikovanou a kompenzovanou dyslipidemií, hyperurikemií a hypothyrosou byli pravidelně minimálně 2x ročně biochemicky vyšetřeni.

Zaměstnanci s opakovanými infekty, hlavně horních a dolních cest dýchacích s četností více jak 3x ročně, byli odesláni k vyšetření do Ústavu klinické imunologie FN Brno, Pekařská, U Sv. Anny. V případě zjištěného imunodeficitu v oblasti protilátkové, nebo buněčné imunity byli tito zaměstnanci z rizika vyřazeni. Zaměstnanci s opakovanými hodnotami urey nad 8,3 umol/l a kreatininu u žen nad 104 a mužů nad 110 umol/l a s proteinurií nad 150 mg/24 hodin, byli odesláni k urologickému a nefrologickému vyšetření, kde při zjištění chronických patologických změn na urogenitálním systému a při hodnotách glomerulární filtrace pod 1,2 ml/s byli tito zaměstnanci trvale z rizika vyřazeni. Dobrá znalost pracovního prostředí a pracovních podmínek je rovněž důležitá pro přiznávání a ukončení krátkodobé pracovní neschopnosti: po odeznění akutních příznaků onemocnění následuje různě dlouhá doba rekonvalescence, během které může organizmus poškodit nepřiměřené pracovní zatížení. Proto další nezbytnou činností závodního lékaře byly pravidelné návštěvy všech provozů minimálně 2x ročně, spojené i s kontrolami všech hygienických zařízení a lékárníček první pomoci. Návštěvy na pracovištích probíhaly vždy za vzájemné, velmi pozitivně a konstruktivně laděné komunikace s bezpečnostním technikem, vedoucími jednotlivých provozů i s řadovými zaměstnanci. Součástí primárně preventivních opatření bylo poskytování vhodných osobních ochranných pomů-

cek: brýle, rukavice, ochranné oděvy, ručníky, mýdla, ochranné masti na kůži, dále nákup vitamínu a hepatoprotektiv, které zaměstnanci pravidelně užívali po jejich důsledné edukaci jak praktickým lékařem, tak i vedoucími jednotlivých úseků.

Po dobu 10 letého sledování (od roku 1998 až 2009) žádný zaměstnanec v riziku cytostatik onkologicky ne onemocněl; v následujících 4 letech onemocněli zaměstnanci registrovaní u závodního lékaře v důchodovém věku.

Hlavním nedostatkem na úseku sekundární prevence byla skutečnost, že řada zaměstnanců v riziku cytostatik byla registrována u jiného praktického lékaře, a tak nebyla možnost důsledného monitorování jejich zdravotního stavu v intervalech kratších než 1 rok od povinné preventivní prohlídky. Také další vyšetřování markerů genotoxické expozice po opuštění práce bylo možné především u zaměstnanců, registrovaných u praktického lékaře vykonávajícího rovněž funkci závodního lékaře.

O bývalých zaměstnancích v riziku cytostatik registrovaných u jiných praktických lékařů proto nejsou informace, takže nelze zjistit, zda incidence či úmrtnosti na onkologická onemocnění je u pracujících při výrobě cytostatik jiná než v běžné populaci. Pokud v registru zhoubných nádorů nebude zjišťována celoživotní profesní anamnéza, nebude možno asociace mezi profesní expozicí a výskytem zhoubných nádorů hodnotit.

ZÁVĚR

Komplexní přístup k preventivní péči o pracovníky s expozicí genotoxickým látkám byl založen na detailním seznámení se s možnými vedlejšími účinky jednotlivých cytostatik na organizmus a zahrnutí širokého spektra kontrolních biochemických a genotoxických vyšetření do náplně preventivních prohlídek. Při individuálním hodnocení výsledků byla data využívána pro zvýšení nespecifické odolnosti, pro nasazení včasné léčby, případně pro dočasné nebo trvalé vyřazení z rizikového pracoviště. Skupinové hodnocení výsledků umožnilo porovnání hygienické úrovně jednotlivých pracovišť a ověření účinků přijatých technických a organizačních opatření. Těmi se podařilo redukovat míru genotoxického rizika na úroveň profesionálně neexponované populace.

Jako určitý nedostatek se jeví ne vždy optimální spolupráce ošetřujících lékařů, u nichž se někteří pracovníci z rizikového prostředí registrovali, se závodním lékařem.

Literatura:

- Šmerhovský, Z., Kauppinen, T.: CAREX – International information system on occupational exposure to carcinogens: Occupational exposure to carcinogens in the Czech Republic, Report of Finnish Institute of Occupational Health, Helsinki,(2000).
- Šmerhovský, Z., Landa, K., Rössner, P., Jůzová, D., Brabec, M., Zudová, Z., Holá, N., Pokorná, Z., Marečková, J., Hurýchová, D.: Risk of cancer in an occupationally exposed cohort with increased level of chromosomal aberrations. Environ. Health Perspect. 109 (2001) 41-45.
- Černá, M., Rössner, P.: Využití krátkodobých metod k monitorování genotoxických účinků faktorů životního a pracovního prostředí. Čs. Hyg. 33, 1988, 105-109.
- Rössner, P., Černá, M.: Monitorování genotoxických účinků faktorů prostředí. Příloha Acta Hyg. Epidem. Microbiol. 14, 1988, 120-127.
- Rössner, P., Černá, M., Bavorová, H., Pastorková, A., Očadlíková, D.: Monitoring of human exposure to occupational genotoxicants. Centr. Europ. J. Hlth. 3, 1995, 219-223.
- Rössner, P.: Cytogenetická analýza lidských periferních lymfocytů v systému

biologického monitorování expozice osob genotoxinům. Hygiena 41, 1996, č. 3, 159-166.

- Šrám, R. J., Rössner, P., Černá, M., Koudela, K., Landa, K., Samková, I., Dobiáš, L., Paulíková, H., Janča, L.: Genetické poškození při profesionální expozici mutageny. Příloha Acta Hyg. Epidem. Microbiol. 1, 1981, 1-14.
- Carrano, A. V., Natarajan, A. T.: Considerations for population monitoring using cytogenetic techniques. Mutat. Res. 204, 1988, 379-406.
- Sorsa, M., Wilbourn, J., Vainio, H.: Human cytogenetic damage as a predictor of cancer risk. Mechanism of carcinogenesis in risk identification. IARC Scientific Publ., No.16, 1992, 543-554.
- Albertini, R. J., Anderson, D., Douglas, G. R., Hagmar, L., Hemminki, K., Merlo, F., Natarajan, A. T., Norppa, H., Shuker, D. E., Tice, R., Waters, M.D., Aitton, A.: IPCS guidelines for the monitoring of genotoxic effects of carcinogens in humans. Mutat. Res. 463, 2000, 111-172
- Šmerhovský, Z., Landa, K., Rössner, P., Jůzová, D., Brabec, M., Zudová, Z., Holá, N., Zarska, H., Nevsimalova, E.: Increased risk of cancer in radone exposed miners with elevated frequency of chromosomal aberrations. Mutat Res. 514, 2002,165-176.



Zkušenosti z praxe v ordinaci olomoucké Charity pro bezdomovce a lidi v hmotné nouzi

MUDr. Libor Kvapil

Ordinace praktického lékaře pro lidi bez domova, praktický lékař, Olomouc

Zkušenosti z praxe v ordinaci olomoucké Charity pro bezdomovce a lidi v hmotné nouzi.

Ordinace praktického lékaře pro bezdomovce, otevřená v roce 2007, byla a svým způsobem zatím patrně i je v ČR ojedinělou, stojí proto snad za to pokusit se shrnout několik postřehů ze sedmiletého působení v tomto zařízení.

Během své praxe jsem pracoval jako praktický lékař jak v městském, tak venkovském či smíšeném obvodu, dokonce i v závodní ordinaci kombinované s územním obvodem. Měl jsem zkušenost i ze služeb LSPP i RZP, tak jak se jejich organizace časem měnila. Řadu let jsem byl školitelem pro obor praktické lékařství.

Teprve však až jako praktik v důchodovém věku jsem byl osloven olomouckou Charitou, zda bych nenastoupil v nově zřizované ordinaci, určené pro bezdomovce a lidi v hmotné nouzi. Přijal jsem to jako osobní a zajímavou výzvu k práci, kterou dosud nikdo nedělal a s kterou dosud nebyly žádné zkušenosti. Do té doby fungovala ordinace pro bezdomovce pouze v Praze, ale ta sloužila většinou jen jako pohotovostní pro akutní případy, zatímco záměrem Charity bylo poskytovat služby praktického lékaře v plném rozsahu.

Od začátku bylo zřejmé a počítalo se s tím, že ordinace nebude zisková a že „na sebe nevydělá“. Úkolu zajistit její provoz materiálně se ujala olomoucká Charita. Na mně bylo, abych pouze ordinoval, bez ohledu na to, zda to přinese nebo nepřinese ordinaci hmotný zisk, což jsem přijal s povděkem.

I tak bylo nutné začít „z ničeho“. Vynikající službu v tom odvedla zdravotní sestra, kterou Charita získala mezi řádovými sestrami. Ta brzy ovládla nejen nutnou administrativu včetně kontaktu s pojišťovnami, ale velmi se angažovala při vybavování ordinace a naučila se jak disponovat s finančními prostředky, tak i jednat s firmami, dodávajícími potřebný materiál. Naštěstí se i po jejím odchodu mimo Olomouc podařilo najít na její místo další schopnou sestru, se zkušeností práce home-care, stejně obětavou a nadšenou pro tuto práci, která posunula pomyslnou laťku snad ještě výše.

Podmínky ordinace byly zpočátku velmi skromné – začínala pouze v jedné místnosti bez sociálního zařízení, místo čekárny se po dobu ordináčnických hodin vynášely z ordinace 2 židle na chodbu, ve které byla teplota blízká té venkovní. I za této situace se klienti brzy naučili služeb ordinace využívat. Dostávalo se jim zde chápavého přijetí s respek-

tem k lidské důstojnosti, zatímco jinde jim často dávali najevo despekt až odpor k tomu, jak vypadají, jak jsou špinaví, nebo dokonce jak páchnou. Opláceli to tím, že ačkoliv byli zvyklí na drsnou mluvu i drsné chování, chovali se v ordinaci většinou slušně. Ovšem byly výjimky, kdy pod vlivem alkoholu i drog tomu tak nebylo a pak nám museli pomoci také jedince pacifikovat povolání soc. pracovníci.

Přesto, že šlo a dosud jde o ordinaci praktického lékaře pro dospělé, přece se od těch běžných v něčem liší. Především je to typem pacientů. Jsou to lidé v hmotné nouzi, většinou bez domova. Rozdíl není jenom v tom, že nemají peníze a jsou bez prostředků, ale jsou to lidé bez budoucnosti.

Vždy mne zajímaly osudy lidí, o některých životních příbězích pacientů jsme se dovídali již během prvního vyšetření, jiné vyšly najevo až časem, nebo zůstaly utajeny. Nenaléhali jsme. Pacienti se většinou svěřovali jen velmi obecně a neradi, jak se do dané situace dostali. A byly to osudy velmi zajímavé, mnohdy i pohnuté. Můj zájem o ně byl osobní, o každý případ zvlášť a nevedl k žádným statistickým číslům podloženým závěrům a oprávněné generalizaci. Situaci bezdomovců mají jistě mnohem kvalifikovaněji zpracovanou sociální pracovníci Charity, kteří se tím zabývají včetně hledání cesty, jak těmto lidem pomoci.

Bezdomovci se objevovali občas již dříve, pamatuji některé dokonce ještě před tím, než se jim tak začalo říkat, teprve po roce 1989 se však stali závažným obecným sociálním problémem.

Stát se bezdomovcem je údajně velmi snadné a rychlé a příčin je mnoho. Určitě patří k takovým příčinám životní krachy – ztráta zaměstnání, rozpad rodiny, vyhazov z bytu, gamblerství, alkohol a drogy, návrat z vězení, někdy opakovaného, a mnohé další. Bezdomovci ale netvoří jednotnou skupinu, najdou se mezi nimi všichni od primitivních jedinců na hranici gramotnosti až po vysokoškolsky vzdělané lidi s akademickým titulem. Společné jim je to, že většinou již ztratili snahu se ze situace, v které se ocitli, dostat. Je pro ně neřešitelná, proto ji ani nijak neřeší a žijí ze dne na den. Nejednou se stalo, že do ordinace přišel někdo, kdo neměl vůbec nic, opravdu a doslova nic, jen to, co měl na sobě a i to bylo v takovém stavu, že jsme to vyhodili do kontejneru a pacient odešel v tom, co mu poskytla Charita z darů, které dostala, nebo ze zásob SOS.

Na ordinaci nyní bylo poskytnout jim co nejlepší v daných podmínkách možnou zdravotní péči. Hned na začátku bylo

nutné nastavit nějaká pravidla, nějaký systém. Záměrem bylo poskytovat plnou péči praktického lékaře pro dospělé. Mělo to jeden háček. Drtivá většina klientů neměla pro nás dostupnou předchozí zdravotní dokumentaci, mnozí nebyli několik let u lékaře a často se pohybovali po celé republice. Museli jsme většinou začínat od začátku, dávat dohromady anamnestická data, často velmi nepřesná a neúplná. Při tom mnozí trpěli velmi závažnými nemocemi nebo měli za sebou těžké operační výkony, nechyběli ani těžce postižení po operaci srdce, nebo takoví, co se pohybovali o berlích.

Rozhodně byl od počátku zřejmý rozdíl od běžné ordinace a to nejen tím, že nebyla komerčně zaměřena, ale hlavně skladbou pacientů a poměrem zastoupených diagnóz. Převažovaly kožní defekty, často velmi zanedbané a znečištěné. Mnohokrát se v defektech pohybovaly i larvy masařek. Naštěstí sestra, kromě svých administrativních schopností, bravurně ovládala převazovou techniku a velmi obětavě a trpělivě se péčí o tyto defekty věnovala. Převazy byly velmi náročné na odbornost, převazový materiál i na čas. Nebyly výjimkou převazy, kterým předcházela celková sprcha a oplachy defektů vhodným roztokem, zabírající více než 40 minut. Také jiné, v běžné ordinaci rutinní ošetření, dostávalo v ordinaci jiný rozměr – například dilema, jak poskytnout nutnou domácí péči v klidu a teple lidem, kteří žádné „doma“ nemají? Vyžádalo to mnohé vyjednávání a pokusy o zajištění klidu, léků někdy i jídla a podobně. Poměrně časté bylo onemocnění svrabem, u mnohých se objevovaly vši a to jak ve vlasech, tak i vši šatní, se kterými jsem za celou dobu praxe setkal až zde, a to poměrně často. U takto postižených bylo třeba kromě ošetření sehnat i výměnu oblečení. Některé pacienty bylo pro nemožnost dodržení hygieny při léčení nutno odeslat k přijetí do nemocnice.

Paleta nemocí však byla pestřejší. Vyskytovaly se chronické choroby, nedostatečně léčené hypertenze, poruchy jater, často způsobené alkoholem, neléčená epilepsie, chronická onemocnění průdušek i srdeční choroby, často ve velmi vážném stavu. Některé choroby se se způsobem života bezdomovce těžko slučovaly – například diabetes mellitus s nutností aplikace insulínu a samozřejmě i s dietou, kterou nebyli schopni dodržet. Docházelo proto k častým dekompenzacím stavu, kdy jsme si pacienty s nemocnicí vzájemně na různě krátkou dobu „půjčovali“. Nešlo ani spolehlivě zajistit léčbu jiných chorob při nepořádku užívání léků nebo dodržování lhůt kontrol. Výjimkou nebyla ani nádorová onemocnění.

Zřízení ordinace znamenalo velmi brzy velkou úlevu odd. urgentu FN, kam se bezdomovci většinou do té doby obra-

celi se svými potížemi a znamenali pro ně značné zatížení nejen svými chorobami, ale i chováním a těžko řešitelnými stavy. Bylo však třeba vzájemně si ujasnit možnosti, které ordinace má. Docházelo poměrně často k situacím, že byli bezdomovci i v těžkém stavu odvezeni po ošetření na urgentu do azylového domu k další péči, kterou azylový dům nemohl zajistit. Poskytuje pouze ubytování jinak soběstačným jedincům bez trvalého zdravotního dohledu i bez stravy. Ordinace je sice umístěna v prostorách azylového domu, ale je pouze ordinací, bez možnosti celodenního sledování, zajištění diety, podávání léků a dalších požadovaných úkonů. Po opakovaných kontaktech s vedoucím lékařem urgentu se situace vyjasnila a až na ojedinělé výjimky byla oboustranně respektována dohodnutá dobře fungující spolupráce.

Nejen s urgentem, ale i s ostatními klinikami bylo často nutné jednat a domlouvat hospitalizaci i takových stavů, které by v jiných podmínkách bylo možné zvládnout ambulantně. Bezdomovci jako pacienti nebyli většinou pro svůj vzhled, špínu, zápach a často i chování přijímání s otevřenou náručí. Pro méně urgentní, ale v terénu těžko řešitelné stavy jsme navázali kontakt s LDN v Pasece, Mor. Berouně i v Červené Vodě a dá se říci, že nám tam po vysvětlení důvodů našich žádostí vycházeli podle možnosti vstříc a v mnohém nám práci usnadnili.

Stejně velmi dobrou spolupráci se nám podařilo navázat s Vojenskou nemocnicí v Olomouci i s ambulantními odbornými lékaři, ať už v zařízení SPEA nebo soukromými. Časem se ustálila představa o tom, co můžeme po odborných lékařích nebo hospitalizaci požadovat a naopak jak dalece jsme schopni jejich doporučením vyhovět, tedy co můžeme od sebe navzájem očekávat.

Pro bezdomovce nebývá jednoduché zabezpečit základní léčbu ani běžných, nezávažných chorob, které v jiných podmínkách nečiní žádné potíže. Například u horečnatých onemocnění a běžných viróz bývá doporučováno kromě léků „vyležet“ je v teple. Je to jednoduché tam, kde lidé mají kde se vyležet. Ale co s těmi, kdo tuto možnost nemají? Přitom nejde o závažný stav, vyžadující hospitalizaci. Dalším důvodem jsou úrazy dolních končetin, omezující chůzi.

Díky pochopení sociálních pracovníků Charity se podařilo zařídit, aby byl takovým pacientům po dobu několika dnů umožněn celodenní pobyt na nocležně, kam bývají vpouštěni bezdomovci jen na noc a ráno musejí nocležnu opustit. Brzy se mezi klienty pro toto opatření ujalo pojmenování „leženka“. Navrhoval ji lékař, ale povolit ji musel koordinátor azylového domu a počet takových míst byl omezený,

většinou jen pro 2-3 pacienty najednou. Zajímavým poznatkem bylo, že ti, kdo bývali k „ležence“ doporučení pro vysokou teplotu, zpravidla sami po 3-4 dnech nocležnu opustili, zatímco ostatním, sporně přiznaným, se ji ukončit příliš nechtělo. O „leženky“ byl brzy velký zájem, pro mnohé to bylo pohodlnější, než být ve špatném počasí někde venku. Rozhodování o nutnosti celodenního pobytu v teple není pro lékaře jednoduché, protože nikdo nemůže s klidným svědomím ani o zcela zdravém člověku prohlásit, že v teple být nemusí a že může pobývat celý den v jakékoliv počasí a snášet „děšť, zimu či mráz“.

Překvapením pro nás bylo, že těch chorob z nachlazení se vyskytovalo méně, než by se dalo při způsobu života bezdomovců očekávat.

K správné léčbě patří jako samozřejmost ordinace adekvátních léků. Ani to nebylo jednoduché, protože majetkové poměry pacientů nedovolovaly paletu léků s velkými doplatky. Tam, kde se jim nešlo vyhnout, vzala doplatek na sebe Charita a v určité roční částce i lékárna „U Sv. Josefa“. Jistota, že pacienti berou léky tak, jak je mají doporučeno, nebyla velká, pacienti nebyli zvyklí na podřízení se jakékoliv kázní. Dodržení dietních opatření bylo již předem nejisté, zde kromě nekázně hrály roli i jejich možnosti koupit si to, co bylo potřebné. Podstatnou částkou jejich výdajů představoval alkohol a cigarety, na doplatky nebo dietu jim peníze nezbyvaly.

Že jsou léky lidmi často zneužívány a že někomu slouží jako droga, je obecně známé a bezdomovci v tom nejsou výjimkou, spíše naopak. Mnoho z nich se domáhalo léků na bolesti nebo na nespavost, při tom bylo zřejmé, že jde o zneužívanou drogu. Bývá však nesnadné jednoznačně a spravedlivě rozhodnout, zda pacient trpí takovým stupněm bolesti, na kterou zabírá pouze požadovaný lék, nebo zda bez jiného léku neusne, zejména když objektivní nález není jednoznačný. Vedlo to často k nepříjemnému dohadování a bylo i zde nutné nastavit nějaká pravidla. Pacienti si museli zvyknout, že dostanou pouze léky, které určí lékař a ne ty, které sami požadují jako drogu. Často jsme se při ordinaci psychofarmak setkali s tvrzením, že pacient recept, případně vyzvednutý lék, ztratil, nebo že mu byl i s jinými věcmi ukraden a podobně, takže byl požadován duplikát. Taková tvrzení se dají těžko ověřit. Podezření, že jde o snahu získat nadměrné množství zneužívaných léků, nám nejednou potvrdila lékárna, která nás upozornila na to, že určitý pacient, u kterého jsme měli podezření na narkomanií, přichází s recepty na stejný lék od různých lékařů, z kterých recept vymámil. (Z požadovaných a zneužívaných léků šlo nejčastěji o Rivotril a Tramal.)

Až na nevelké množství důchodců jsou bezdomovci většinou nezaměstnaní, často i mnoho let. Mají se hlásit v určených termínech na PÚ, a pokud tak neučiní, přijdou na půl roku o podporu v nezaměstnanosti nebo o sociální dávky. Dobu musejí dodržet velmi přísně. Stává se, že se v daném termínu nedostaví a pak žádají lékařské potvrzení, často na doporučení úřednic PÚ, že se ze zdravotních důvodů dostavit nemohli a že tím budou omluveni. Řešení nebývá snadné, zejména když v době, na kterou žádají omluvu, v ordinaci vůbec nebyli. Je také nebezpečí precedentu, aby se omlouvání nestalo zvykem a snadným řešením, které si mezi sebou jako možnost dostat se z nepříjemného opomenutí nezaměstnaní velmi rychle sdělí. Na druhé straně člověk, který žije ze dne na den, může snadno nevědět, jaké je zrovna datum. Odmítnutí takové omluvy, byť i neoprávněné, znamená pro nezaměstnaného půlroční ztrátu podpory, což je pro ně často existenční postih. Ojedinele přiznal takový žadatel, že byl tak „ opilý“, že na úřad prostě nemohl. Byl alespoň upřímný a nevymýšlel si. Přistupovali jsme k „ omluvenkám“ případ od případu individuálně s ohledem na situaci.

Bezdomovci, registrovaní na ÚP, dostávali vždy na měsíc tzv. „Potvrzení o hmotné nouzi“, které je osvobozovalo od regulačních poplatků u lékaře, v nemocnici i v lékárnách. Ne všichni toto potvrzení měli. V naší ordinaci jsme s tím nedělali problém, ale pokud jsme museli pacienta odeslat na odborná vyšetření nebo k hospitalizaci, pak poplatek uhradit musel. Často jej pak uhradila Charita. Naštěstí od 1. 1. 2015 jsou poplatky zrušeny, snad natrvalo.

Řada pacientů však nebyla pojištěna vůbec. Byli to cizinci, žijící dlouhodobě v ČR, kteří si žádné pojištění neplatili. Patřili mezi ně Slováci, Poláci, Ukrajinci a další. Poskytovali jsme jim péči zdarma, horší to bylo s léky, ty zaplatit museli. I zde často šly náklady na léčbu na vrub Charity. Ještě horší to bylo, když potřebovali odbornou péči, vyšetření v komplementu nebo dokonce když byla nutná hospitalizace. Bývalo na odbornících nebo na nemocnici, zda je ošetří zdarma nebo zda je odmítnou. Ve zcela ojedinělých případech, ve kterých šlo o vážné onemocnění nepojištěných Slováků, vyžadující dlouhodobou a nákladnou léčbu, byli tito pacienti převezeni na náklady Charity na Slovensko.

Úsměvné bylo, když takoví nepojištění pacienti poslali do ordinace kamaráda, který měl předstírat jejich potíže a naordinované léky by pak dostal na kamarádovo pojištění.

Většina bezdomovců bývá nepořádná, mnozí z nich nemají v pořádku ani osobní doklady. Bylo nám proto divné, že byli zaregistrovaní u různých zdravotních pojišťoven a že tyto pojišťovny často měnili. Když jsme pátrali po tom, proč přiznali se, že podepisovali přeregistrování někde venku

nějakému agentovi. Zda za to něco dostali nebo ne, většinou neprozradili. Pro nás byla potíž v tom, že ordinace neměla se všemi pojišťovkami smlouvu, takže jsme nemohli své úkony u některých pacientů nikomu účtovat. Ostatně pro mnohé z toho, co jsme dělali, by se těžko našel nějaký kód výkonnosti. Postupně smluv s pojišťovkami přibývalo, jen pojišťovna 207, jejichž agenti se podle počtu nově zaregistrovaných v poslední době dosti soustředili na získávání klientů z řad bezdomovců, s naší ordinací smlouvu neuzavřela.

Občas jsme se z oznámení pojišťovny dozvídali, že se někteří pacienti nově registrovali do péče u jiných lékařů, nejčastěji „Mojí ambulance“. Část z nich si na to, že se někde registrovali, nepamatovali, dokonce někteří ani nevěděli, kde se ordinace „Mojí ambulance“ nachází a nadále chodili se svými potížemi k nám. Mohli jsme jenom tušit, v jakém byli stavu, když registraci někde venku, v Globusu nebo někde jinde podepisovali.

Každý praktický lékař musí být tak trochu i psychologem a právníkem. V ordinaci pro bezdomovce to platí obzvláště. Podíl psychologických, sociálních a právních problémů na úkor zdravotních je zde větší, než kde jinde. K tomu, aby mohla ordinace tuto svou funkci dobře plnit, musí mít vhodné zázemí. To našla ve výborném a vysoce kvalifikovaném týmu zkušených sociálních pracovníků střediska Samaritán. Všichni nám ochotně vycházejí vstříc a pomáhají řešit sociální problémy, na které jsme nestačili sami. Dokáží sehnat pacienta, který se nedostavil na kontrolu, v případně nutnosti ho doprovodí do nemocnice, do laboratoře nebo k odbornému lékaři, na druhé straně se i oni obrazejí na nás, pokud najdou v terénu někoho se zdravotními problémy, přivezou ho do ordinace často ve vážném stavu a pomohou tím tak takového pacienta zachránit. Díky této spolupráci mohla ordinace dosáhnout úrovně, budící důvěru nejen pacientů, ale i kliniků a veřejnosti.

Mezi bezdomovci je řada těch, kdo nejsou ze zdravotních důvodů schopni práce a kdo nejsou při tom schopni si sami požádat o invalidní důchod. Také v tomto případě zasáhnou na náš popud sociální pracovníci a pomohou pacientům žádost podat. Podařilo se tak docílit přiznání důchodu, ať už plného nebo jen částečného, řadě pacientů, kteří by jinak důchod, který znamená někdy podstatné zlepšení jejich sociální situace, neměli.

Jen velmi málo našich pacientů mělo řádné zaměstnání, takže jsme mívali ve stavu práce neschopných jen ojedí-

nělé případy a jistě nepřekvapí, že jsme vzhledem k jejich majetkovým poměrům a možnostem nevystavili dosud ani jeden návrh na lůžkovou péči, byť indikovanou.

Za těch několik let působení ordinace došlo i k řadě úmrtí bezdomovců. U některých šlo o následek úrazu, náhlé úmrtí nebo nešťastnou náhodu, u jiných však šlo o logické vyústění vážné choroby přes všechnu adekvátní léčbu. Tak tomu bývá ve většině zdravotnických zařízení a bude tomu tak nepochybně i nadále.

Pro nás však byli velmi stresující pacienti, u kterých jsme zjistili vážnou, podle nás však snad léčitelnou chorobu, ale kteří přes všechna vysvětlení a varování o vážnosti stavu důrazně odmítali léčbu, odeslání k vyšetření nebo k hospitalizaci. Přemáhal nás pocit bezmoci, když jsme sledovali postup choroby až do nevyhnutelného konce. Ve snaze najít způsob, jak pomoci, například zásahem proti vůli pacienta, jsme konsultovali psychiatra, který nám vysvětlil, že pacient má právo o sobě rozhodovat, že může léčbu odmítnout a že takový námi popsaný případ není oprávněným důvodem pro postup proti vůli pacienta, ani když je svým způsobem nebezpečný sobě. Nebezpečný sobě je vlastně i každý kuřák. Pokusili jsme se u jednoho takového pacienta o zbavení svéprávnosti, soud ale rozhodl, že nesvéprávný není a pokud jsme ho po velkém úsilí do nemocnice dostali, ihned se vracel po podepsání negativního reversu.

Ordinace za těch 7 let odvedla kus práce a prokázala snad dostatečně svou užitečnost i přesto, že není výdělečná a že je odkázána na dotace či nečetné sponzory. Proto díky těm, kdo se o její zřízení zasloužili a umožňují její další existenci. Jejím největším úspěchem, kromě řady vyřešených i obtížných stavů je to, že je.

Když jsme cítili někdy nedostatečnost svých možností, byla pro nás povzbuzením chápavá slova vedoucího střediska Samaritán: „děláte to, co můžete, je to mnohem více, než měli doposud“.

Po skromných začátcích je ordinace již několik let moderně vybavena, má malou teplou čekárnu, sociální zařízení pro personál i pro pacienty, pro které je k dispozici často ještě před vyšetřením hodně využívaný sprchový kout. Nicméně sice vybaveněji, ale stejně jako na začátku se snaží poskytovat co nejkvalitnější zdravotní péči včetně sociálního zázemí.



Zkušenosti se stanovením INR a APTT metodou POCT

doc. MUDr. Petr Dulíček, Ph.D., Jiřina Vašátková
IV. interní klinika FN a LF v Hradci Králové

Úvod: Aktivovaný parciální tromboplastinový čas (aPTT) a protrombinový čas (PT) patří mezi základní skupinové testy vyšetření hemostázy.

APTT se v klinické praxi používá v následujících situacích (1).

1. jako test k monitorování antikoagulační léčby nefrakcionovaným heparinem (UFH)
2. jako záchytný test k průkazu protilátky typu lupus anti-koagulans (LA) či specifického inhibitoru (např. proti F VIII - získaná hemofilie)
3. jako záchytného test deficitu některého z koagulačních faktorů tzv. z „vnitřní cesty: F VIII, FIX, FXI, XII, prekalkreinu a vysokomolekulárního kininogenu

4. Dnes lze využít aPTT při terapii dabigatranem
Při současně prodlouženém PT pak detekujeme i deficit F II, F X.

Princip testu: Žilní krev se odebere do zkumavky citrát (3,8% citrát sodný, poměr citrátu a krve - 1:9). Přidáním parciálního tromboplastinu (kefalinu) a Ca^{2+} dochází k aktivaci koagulačního systému vnitřní cestou. K urychlení aktivace se přidává aktivátor (kaolin, křemičitany, kyselina elagová). Výsledkem je čas, za který dojde ke sražení plazmy. U normálního vzorku se tato doba pohybuje mezi 30-45 s. Za patologické se pokládá prodloužení o více než 10 sekund ve srovnání s kontrolou. Výsledek se udává také jako poměr času srážení vyšetřované plazmy a plazmy normální, normální poměr je 0,8-1,2.)
Pro klinickou praxi je nezbytné připomenout fakt, že ne každé prodloužení aPTT je spojeno s rizikem krvácení (takto je to v praxi bohužel velmi často vnímáno), ale že prodloužení aPTT naopak může být spojeno s vyšším rizikem trombózy a to v případě přítomnosti protilátky typu LA či kongenitálním deficitu F XII.

PT se v klinické praxi používá v následujících situacích:

1. Jako test k záchytu deficitu F VII
2. jako test k průkazu a hodnocení tíže jaterní léze
3. udávaný jako INR pro monitorování antikoagulační terapie warfarinem.

Princip testu: Žilní krev se odebere do zkumavky citrát (3,8% citrát sodný, poměr citrátu a krve - 1:9). Nesrážlivá a dekalciifikovaná krev je poté promíchána, centrifugována, a z oddělené vrstvy plazmy se provede vyšetření. Vzorek plazmy se analyzuje v koagulometru. Po přidání tromboplastinové reagensie (ta obsahuje tkáňový faktor) a Ca^{++} se měří čas do vzniku koagula, které analyzátor zjistí opticky nebo mechanicky. Výsledky se vydávají jako: poměr (protrombinový čas pacienta) dělený protrombinovým časem normální plazmy) nebo jako INR (International Normalized Ratio- mezinárodní normalizova-

ný poměr). Takto se výsledek udává výhradně při monitorování antikoagulační terapie warfarinem (2). Dříve se výsledek udával i jako % aktivita snížení koagulačních faktorů protrombinového komplexu. Normální hodnota protrombinového testu je obvykle 12-15 s; normální rozsah INR je 0,8-1,2.(3). Každý výrobce určí ke svému tkáňovému faktoru hodnotu ISI (Mezinárodní index citlivosti) a tato hodnota informuje o tom, jak je určitá šarže tkáňového faktoru srovnatelná s mezinárodně standardizovaným vzorkem. ISI má obvykle hodnotu mezi 1,0 a 1,5. INR se vypočte jako poměr protrombinového času pacienta a času normálního vzorku, který je umocněný na hodnotu ISI podle použitého analytického systému.

Cíl práce: Cílem práce bylo porovnání hodnot INR a aPTT získaných standardně v laboratoři a pomocí POCT. Cílem bylo si udělat představu o spolehlivosti měření těchto parametrů POCT pro běžnou klinickou praxi.

Vlastní soubor: K tomuto účelu jsme stanovili oba parametry u 40 jedinců na ambulanci centra pro trombózu a hemostázu naší kliniky.

Metodika: INR a aPTT pomocí POCT bylo provedeno přístrojem qLabs® ElectroMeter Plus. Po vpichu do prstu získáme 10 μ l kapilární krve. Výsledek měření PT (INR) dostaneme za 2 minuty a aPTT za 7 minut. V laboratoři bylo aPTT měřeno pomocí reagensie PTT Automate (Diagnostika Stago) a protrombinový čas Neoplastinem CI plus (Diagnostika Stago). Stanovení obou parametrů POCT bylo provedeno u každého jedince ihned po odběru krve, tak aby byly hodnoty časově porovnatelné. Všichni jedinci jsou pacienti IV. Interní kliniky Fakultní nemocnice v Hradci Králové.

Výsledky:

Hodnocení rozdělíme na 2 skupiny dle využitelnosti jednotlivých testů pro klinickou praxi.

1. skupina

Srovnání výsledků INR u 27 nemocných na antikoagulační terapii warfarinem s cílem INR v terapeutickém rozmezí 2-3.

A) V době stanovení bylo INR v terapeutickém rozmezí u 21 pacientů (p). V této skupině jsme u 7 p. získali naprosto stejnou hodnotu INR s přesností ne jedno desetinné místo. U 8 p. byla hodnota INR v laboratoři > POCT a to v 4 případech pouze o 0,1, v 2 p. o 0,2 a ve 2 případech o 0,3. Naopak u 6 p. byla hodnota INR POCT > laboratoři. V 3 případech o 0,3, ve 2 případech o 0,2 a v jednom o 0,1.

PLNOU VERZI ČASOPISU
VČETNĚ INZERCE
NALEZNETE V INTERNÍ SEKCI
WWW.SVL.CZ

B) V době stanovení bylo INR u 6 p. mimo terapeutické rozmezí (u 4 nemocných bylo INR < 2,0, naopak u 2 p. bylo INR > 3,0. V této skupině bylo INR opět srovnatelné (+ - 0,2), v 1 případě hodnota diskrepantní o 0,6 (při INR 4,5 v laboratoři).

2. skupina

Srovnání výsledků aPTT ve skupině 40 jedinců.

- A) při porovnání hodnot aPTT jsme zhotovili skupinu 27 jedinců na terapii warfarinem (současně s měřením INR). Hodnoty aPTT byly srovnatelné, metodu POCT se pohybovaly do 5 sekund (s.) ve smyslu + i - proti laboratornímu stanovení.
- B) u 5 zdravých kontrol byly výsledky u 3 p. srovnatelné s přesností rozdílu 3 s., u 2 do 5 s.
- C) u 2 nemocných s hemofilií A, kde jsme dostali výsledky aPTT srovnatelné v rozmezí 2 sekund. V 1. případě se jednalo o těžkou hemofilii na substituci, v 2. případě o mírnou formu hemofilie.
- D) u 2 pacientů bylo měření provedeno na antikoagulační terapii dabigatranem, kde výsledky byly srovnatelné s přesností 5 s.
- E) u 2 p. s protilátkou typu LA. V obou případech nebyl rozdíl v aPTT > 3 s. při časech 63,6, resp. 62,6 s. F, u 2 na terapeutické dávce LMWH. Ani zde nebyl rozdíl v změřeném aPTT signifikantní

Diskuze: Po mnoho let se tyto koagulační testy prováděly jen v laboratoři, ze žilní krve. V posledních 15 letech se rozšířilo i v naší republice stanovení INR pomocí POCT. To umožní rychlé získání výsledku, možnosti monitorování INR samotným pacientem (4,5). Výhodné je také pro nemocné se špatným stavem periferních žil. Předpokladem monitorování je však spolehlivost a reprodukovatelnost výsledků. Na základě našich výsledků INR POCT přístrojem qLabs@ElectroMeter Plus jsme prokázali

využitelnost toho stanovení pro monitorování antikoagulační terapie warfarinem. Z klinického hlediska by nedošlo ani v jednom rameni k rozdílnému dávkování warfarinu. Pouze jedna hodnota byla o 0,6 rozdílná, ale v obou ramenech by došlo ke snížení dávky warfarinem.

Měření aPTT v laboratoři je velmi závislé na preanalytické fázi (více než stanovení PT) a to ve smyslu nutnosti atraumatického odběru krve a včasného dodání vzorku do laboratoře. Plazma na vyšetření by měla být získána do 2 h po vlastním odběru. Stanovení aPTT je také pro klinickou praxi složitější, protože ani jedna reagenie nesplňuje ideálně všechny parametry (citlivost na heparin, na deficit koagulačních faktorů, detekci protilátky typu LA). Proto v naší laboratoři používáme různé typy reagenií. I z těchto důvodů jsme byly velmi zvědaví na získané hodnoty. Ve skupině jedinců s warfarinem (běžně se aPTT samozřejmě u monitorování léčby warfarinem neprovádí) jsme aPTT měřili samozřejmě z důvodu porovnání hodnot laboratorních a POCT. Nicméně i při monitorování antikoagulační léčby warfarinem pomocí INR se v klinické praxi může jevit stanovení aPTT také výhodné. Existují jedinci, kteří na terapii warfarinem reagují výrazným poklesem FIX a tudíž výrazným prodloužením aPTT, které neodpovídá prodloužením INR. Podobně diskrepantní hodnoty INR a aPTT můžeme získat i u nemocných na warfarinu při přítomnosti protilátky typu LA.

I v ostatních - méně početně zastoupených skupinách se měření aPTT POCT prokázalo jako užitečné pro praxi a to ve skupině zdravých jedinců, při detekci LA či deficitu koagulačního faktoru.

Závěr: Stanovení aPTT a INR pomocí POCT se jeví na základě našich výsledků využitelné pro klinickou praxi v ambulanci jak praktického lékaře, tak ambulantních specialistů.

Literatura:

- 1) M. Penka, A. Bulíková, M. Matýšková J. Zavřelová. Hematologie I, Grada Praha, 2001, str. 178
- 2) L. Poller, M. Keown, N. Chauhan. European Concerted Action on Anticoagulation. Correction of displayed international normalized ratio on two point-of-care test whole-blood prothrombin time monitors (CoaguChek Mini and TAS PT-NC) by independent international sensitivity index calibration. British Journal of Hematology, roč. 122, čís. 6/ 2003, str. 944-949.
- 3) C.M. Jackson, M.P. Esnouf. Has the time arrived to replace the quick prothrombin time test for monitoring oral anticoagulant therapy?. Clinical Chemistry, roč. 51, čís. 3/2005 str. 483-485.
- 4) World Health Organ Tech Rep Ser. [s.l.] : [s.n.], 1983. Kapitola 33: Expert Committee on Biological Standardization. Requirements for thromboplastins and plasma used to control oral anticoagulant therapy, s. 81-105.
- 5) World Health Organ Tech Rep Ser. [s.l.] : [s.n.], 1983. Kapitola 33: Expert Committee on Biological Standardization. Requirements for thromboplastins and plasma used to control oral anticoagulant therapy, s. 81-105.



Kazuistika z ordinace praktického lékaře

MUDr. Norbert Král

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

Anamnéza pacienta:

RA: otec + v 77 l. generalizace ca neznámé lokalizace, matka + ICHS, obesita, cholelithiasis, dcera zdravá

OA: běžná dětská onemocnění

Arteriální hypertenze

DM 2. typu na PAD, BHP, St.p. CHCE

Skvamozní karcinom trachey 2009, stp RT, stp CHT s renálním selháním
dispensarizován

AA: pylová alergie, nyní bez potíží po vakcinaci

FA: Berodual, Atrovent, Pulmozyme, Metformin XR 750 0-0-1, Prestarium Neo 5 1-0-0, Godasal 100 0-1-0, Erdomed 1-0-0

Abusus: exkuřák, alkohol - příl., káva - 2x denně

PSA: vzdělání SŠ, ženatý, důchodce, 1 dcera

TAT: 2009

NO: Pacient přichází do ordinace v doprovodu manželky v ranních hodinách, od večerních hodin včerejšího dne pociťuje tlak v epigastriu, domnívá se, že po dietní chybě (k večeři měl topinky s česnekem a míchaným vajíčkem). Z dalších obtíží nausea, ale nezvracel. Dle pacienta úleva po Espumisanu a Rennie, které užil cca po hodině trvá ní obtíží. Bolest měla charakter tupého tlaku. V noci moc dobře nespál, budil se, cítil stále tlak v epigastriu, potil se. Brzy ráno znovu užil výše zmíněnou medikaci bez efektu, přetrvává tlak v epigastriu a nausea. V době příchodu do ordinace opět zmírnění obtíží.

První dojem lékaře:

1. Pacient pravidelně dochází do ordinace - viz výše, ale nikdy nepřišel v doprovodu manželky...
2. Pravděpodobně se jedná o dyspepsii po dietní chybě.
3. Proč se tak potí?

Subj: tlak v epigastriu, který nyní menší, pozoruje více vleže, nausea, potí se

- zvracení, dušnost, palpitace, stenokardie, vertigo, bolesti hlavy, dysurie - neguje

- na zhoršení dechu si nestěžuje (viz zákl. dg.)

TK 145/80, TF 88/min, SatO2:96%

eupnoe, afebrilní, bez cyan. a ikteru, opocení, výživa vyšší, hlava + krk bpn, dýchání s vedlejšími poslech fenomény, prodloužené expirium, AS 88/min, reg, oo, bez šelestu, břicho měkké, prohmatné, nebolestivé, peristaltika +, H+L O, bez zn. NPB, DKK bez otoku a zn. zánětu

Bezprostředně v ordinaci:

Moč: bpn.

CRP: méně než 8 (POCT)

EKG: SR 88/min, PQ 0,160 QRS 0,09, ST-T izoelektrické, negativní vlna P ve V1, vlna T plochá ve V1, bez vývoje oproti starším křivkám

Provedeny odběry, které odeslány do Lab:

Na, K, Cl, Urea, Krea, glykemie, ALT, AST, GMT, AMS, Bilirubin, KO + dif, TnT, CK, CKMB

Pacientovi byl aplikován Torecan 1 amp a Algifen 1 amp. i.m.

Následně byl pacient odeslán v doprovodu manželky domů, telefonicky bude vyrozuměn, dle výsledků laboratoře a stavu pacienta budeme postupovat dále. Edukovan stran symptomatických a režimových opatření, včetně diety (zůstane nalačno). Bydlí v pěší vzdálenosti od ordinace (cca 200–300 m).

Laboratorní výsledky (cca 12:00) – hlášeno telefonicky – AST S 4,07 μ kat/l (0,1-0,63), ALT S 0,95 μ kat/l (0,18-0,63), Troponin T S 28 μ g/l (0-0,04), Myoglobin S 266 μ g/l (28-72), Kreatinkináza MB S 231 μ g/l (0,34-4,99),

Průšvih!!!

Sestra informuje pacienta o domácí návštěvě v následujících minutách. Volám RZP pro suspekci na akutní koronární syndrom (AKS) v.s. NSTEMI, dále se snažím dovolat na koronární jednotku a avizovat příjezd pacienta (především z důvodu převozu rovnou na koronární jednotku a ne na centrální příjem). Přes počáteční úskalí při telefonickém spojení s lékařem se i to podařilo. Pacient v době mé návštěvy v bytě kardiopulmonálně stabilní, beze změny oproti ranním hodinám (situace mu přijde zábavná, tvrdí, že mu infarkt ještě chyběl do sbírky, myslel, že má větry). RZP přijela bez lékaře, divím se, nějak jsem si myslel, že při ohlášení AKS přijede lékař. Není tomu tak, lékař přijede pouze pokud o něj vysloveně požádám. Při otázce, zda pacient dojde do vozu sám, prosím o sedačku.

Koronární jednotka:

Subakutní NSTEMI – uzávěr RMS 2, PCI RMS 2 / 1x des. Ve 2. době 70% stenosa RIA PCI/DES, TnI více než 100 μ g/l

Návštěva v ordinaci po propuštění:

Subj: bez obtíží

Obj: TK 145/80, TF 80/min, SatO2:96%

eupnoe, afebrilní, bez cyan a ikteru, výživa vyšší, hlava + krk bpn, dýchání s vedlejšími poslech fenomény, dýchání čisté, AS 80/min, reg, oo, bez šelestu, břicho měkké, prohmatné, nebolestivé, peristaltika +, H+L O, bez zn. NPB, DKK bez otoku a zn. zánětu

FA: Berodual, Atrovent, Pulmozyme, Metformin XR 1000 0-0-1, Prestarium Neo 5 1-0-0, Trombex 75 1-0-0, Erdomed 1-0-0, Concor 5 1-0-0, Godasal 100 1-0-0, Atoris 20 0-0-1, Controloc 40 1-0-0, Furon 0-1/2-0

Dispensarizace plicní a kardiologická

Dispensarizace diabetika cestou PL

Dle mých starších a zkušenějších kolegů jsem udělal dvě zcela zásadní chyby: pokud jsem se rozhodl nabrat TnT, neměl jsem pacienta nechat opustit ordinaci a za druhé jsem neměl dopustit odvoz pacienta sanitním vozem bez lékařského dohledu (měl jsem jet s ním). Z forenzního hlediska, pokud by se pacientovi něco stalo, bych byl vinen. A na otázku, co kdybych to TnI nenabral, uzavřel obtíže např. jako dyspepsii po dietní chybě a pustil ho domů a on zemřel? Z forenzního hlediska bych obstál či neobstál?



Kazuistika ze soudně lékařské praxe

MUDr. Pavel Brejník

Praktický lékař pro dospělé, Kladno

Tato kazuistika se zabývá postupem lékaře na LSPP, který se mohl dostat do problémů hlavně zásluhou organizace zdravotních služeb, které však nemohl žádným způsobem ovlivnit.

Žalobce se prostřednictvím advokáta obrátil na soud. Svoji žalobu měl podpořenou názorem autority v oboru všeobecného praktického lékařství. Tento posudek však nebyl znaleckým posudkem, tedy neměl pro soud příslušnou legislativní vážnost.

V navrhované žalobě bylo konstatováno, že dne 21. 6. v přibližně 14. hod. se žalobce dostavil dva dny po extrakci dvou horních zubů vpravo k ošetření na lékařskou pohotovost (LSPP) žalovaného. Důvodem byl otok pravé horní poloviny obličeje, zejména v oblasti očníce. Otok narůstal od rána, v době návštěvy LSPP progredoval natolik, že již nebyl žalobce schopen pravé oko otevřít.

Službu konající lékař žalobce vyšetřil pohledem a pohmatem. Otok byl lékařem zhodnocen jako tuhý, nebolestivý, se zarudlou kůží. Subjektivně žalobce udává, že cítil silný tlak, který byl až nesnesitelný. Lékař dále telefonicky konzultoval stomatologickou pohotovost.

Stomatolog doporučil podání antibiotik a kontrolu následující den. Lékař LSPP určil diagnózu:

Zánětlivá reakce po extrakci zubů. Lékař předepsal antibiotika perorálně (ústí) a odeslal pacienta domů. V dokumentaci lékař uvedl, že pacienta poučil, aniž by uvedl jak. Žalobce si vzpomíná pouze na poučení o tom, že má navštívit stomatologickou pohotovost až druhý den a že má užívat antibiotika podle rozpisu.

Zubní lékař ihned žalobce odeslal k hospitalizaci do FN, kde se pan žalobce podrobil neodkladnému zákroku. Podle vyjádření ošetřujících lékařů byl pan žalobce v ohrožení života. Přes veškerou péči se nepodařilo u žalobce funkci oka zachovat a došlo proto ke ztrátě zraku způsobené pozdním provedením operačního zákroku.

Podle odborného vyjádření lékaře autority působícího v oboru všeobecné praktické lékařství, lze v postupu lékaře shledat nedostatky. Nedostatky viděl specialista z oboru VPL v neprovedení CRP, FW, nezměření teploty, TK a pulsu a neprovedení očního vyšetření, zejména vyšetření předního segmentu očního. Neprovedení těchto vyšetření mohlo ovlivnit rozhodnutí lékaře LPS o optimálním postupu a péči o pacienta, tedy došlo ke ztrátě šancí na uzdravení. /toto vyjádření však nebylo znaleckým posudkem - poznámka znalce/

Znalci byly pro vypracování posudku k dispozici záznam z vyšetření na LPS dne 21. 6. 14.48 hod., příjmová zpráva 22. 6. 13.32 hod, operační zpráva 24. 6. 2009 10.50 hod.

Ve zprávě o vyšetření na LSPP dne 21. 6. 14.48 hod/ neděle pozn. znalce/

NO: Pacient přichází pro otok pravé horní poloviny obličeje. V pátek byla provedena extrakce dvou zubů vpravo nahoře, pacient neví jistě, ale v.s. 3 a 4. Včera bez potíží, dnes ráno po probuzení výrazný otok vpravo periorbitálně s postupnou progresí. Momentálně není schopen oko otevřít. Teplotu si neměřil.

AA: negativní

Objektivní nález: Pacient lucidní, kardiopulmonálně kompenzovaný, abdomen/břicho a dkk/ dolní končetiny/ bpn. Vpravo periorbitální edém, palpačně tuhý, nebolestivý, zarudnutí kůže v tomtéž místě.

Telefonicky konzultován lékař stomatologické pohotovosti, doporučena ATB, zítra kontrola dentistou.

Ošetření: Dalacin 300 mg tbl co 8 hod. (vydán Rp)

Doporučení: - ATB dle rozpisu a zítra kontrola stomatologem. Pacient odeslán domů.

Diagnózy: K052 Zánětlivá reakce po extrakci zubů

B: příjmová zpráva z Kliniky ústní, obličejové a čelistní chirurgie ze dne 22. 6. 13.32

RA: bezvýznamná

PA: řidič kamiomu

AA: lékovou alergii neguje

FA: Indap 1-0-0, Bisocard 1-0-0

OA: léčí se s hypertenzí, jiné onemocnění neguje, operace: 0, úrazy: fractura horních i dolních končetin v minulosti, Abusus: kouří cca 10 denně. alkohol příležitostně, FF: stolice, moč pravidelně

NO pacient přijat na naše odd. pro flegmonózní zánět obličeje, masivní otok horního víčka a obličeje vpravo, stav po extrakci zubů 13, 11 před 3 dny, dnes extr 12, i.o./intraorálně- ústy pozn. znalce/ incize a dilatace píštěle horního víčka, gum. drény. Užívá Dalacin 300 mg od včera.

Závěr: muž, orientovaný, lucidní, spolupracuje, TK:158/94, P:68/min, výška: 180 cm, váha: 100 kg,

Status somaticus:

Extraorální vyšetření: Aspekce: Hlava normocefalická, symetrie obličeje porušena masivním otokem obličeje a horního i dolního víčka vpravo, spontánně oko neotvírá, na horním víčku píštěl s gum. drénem, kůže zarudlá, po rozevření oční štěrbinu oční bulby ve středním postavení,

zornice izokorické, skléry anikterické, fotoreakce v normě, visus neporušen, pohyblivost bulbů volná všemi směry, diplopie není. Funkce n.VII neporušena.

Palpace: Hlava pokleповě nebolestivá, výstupy hlavových nervů palpačně nebolestivé, senzitivní inervace neporušena, kůže normální teploty. Skelet obličeje pevný, bez krepitace a patologických deformit. Lymfatické uzliny nezvětšené, palpačně nebolestivé. štítná žláza nezvětšená.

Intraorální vyšetření:

Aspekce: Otevírání úst neomezeno bez stranové úchytky, sliznice dutiny ústní extr rány zubů 13,12, 11, chrup zbytkový, intraorální incize v oblasti 13-11, gum. drén. Jazyk s fyziologickým povlakem, plazí, symetrický, volně pohyblivý. Vývody velkých slinných žláz bez patologického nálezu, slina čirá, v dostatečném množství. Hrdlo klidné, tonzily nezvětšeny. Polykací obtíže nejsou.

Palpace: Zuby pokleповě nebolestivé, pevné, viklavost v obl. 47, horní i dolní čelist pevná, bez patologických deformit. Měkké tkáně ústní beze změn.

OPG/ ortopantomograf- druh RTG vyšetření stomatologa, pozn. znalce/: susp radix relictá v obl. 14 /zadržžený kořen 4. zuby vpravo nahoře-pozn. znalce/, extrakční. rány zubů 13, 11, radixy zubů 35, 34, 33, periapikální. nález v obl. 47

Diagnózy:

L03.2 – Flegmóna obličeje l.dx.

K12.2 – Celulitida a absces úst

K04.5 – Chronická apikální periodontitida

K08.3 – Zadržžený zubní kořen

C: Operační zpráva

Operace zahájena: 24. 06. 09 v 10.50 hod.

Operace ukončena: 24. 06. 09 v 11.06 hod.

Doba trvání oper.: 00.16

Urgentnost operace: Plán.

Klasifikace: neurčena Typ anestezie: celková

Operační diagnózy:

K122 - Absces, flegmona očnice vpravo

Operační výkony: 1x zevní incise, 1x ošetření kolemčelistního zánětu a drenáž

Popis operace:

Po zavedení celkové anestezie a OT intubaci jsme provedli extraorální incisi abscesu očnice v oblasti horního i dolního víčka, ve vnitřním koutku při laterálním okraji. Hnisu dosaženo z horní a mediální incise. Zavedeny rukavicové drény.

Znalec v diskusi v posudku uvedl, že žalobce měl provedenou extrakci zubů 11/ střední řezák vpravo nahoře/ a 13/ špičák vpravo nahoře/ dne 19. 6. Dochází k progresi stavu, zánětlivé reakci po extrakci zubů. Pro tyto potíže vyhledává LSPP. Službu konající lékař pacienta vyšetřuje, konstatuje vpravo periorbitální edém/ otok kolem očnice-pozn. znal-

ce/pohmatově tuhý nebolestivý, zarudnutí kůže v tomtéž místě. Stav telefonicky konzultuje s lékařem zubní pohotovosti, ten doporučuje antibiotikum Dalacin 300 mg po 8 hodinách a zítra kontrolu stomatologem.

Stomatolog žalobce viděl patrně dne 22. 6. ráno a doporučuje přijetí na Klinikou ústní, čelistní a obličejové chirurgie. Je provedena extrakce zuby 12/ postranní řezák vpravo nahoře/ incise a dilatace píštěle horního víčka s drenáží gumovým drénem. Z dokumentace, kterou má znalec k dispozici není zřejmé, zda tento zákrok provedl ambulantní stomatolog či byl proveden na klinice. Zákrok byl proveden dne 22. 6. 2009 před 13.32 hod., tedy méně než 23 hod po ošetření na LSPP. Příjmová diagnóza byla flegmona obličeje vpravo, absces a celulitida úst, chronická apikální celulitis.

Při přijetí na klinice je konstatováno, že při přijetí jsou bulvy ve středním postavení, pohyblivost bulbu volná všemi směry, zornice isokorické, visus/ vidění/ neporušen, kůže normální teploty.

!!! Z klinického vyšetření dne 22. 6. 13.32 hod jednoznačně vyplývá, že v době přijetí na kliniku neměl pacient absces či flegmonu očnice. V případě zánětu očního nervu by musela být porucha vidění, při flegmoně či abscesu orbity by pacient neměl pohyblivost bulbu volnou všemi směry, ta by musela být bolestivá a omezená. Při abscesu je obvykle zvýšená teplota kůže v postižené krajině, ta nebyla popsána. Vyšetření bylo provedeno cca za 22.5 hodiny po ošetření na LSPP.

Zákrok, který řešil proces v očnici byl proveden 24. 6. v 11.06, tedy cca 46 hodin po přijetí na kliniku a 69 hodin po ošetření na LPS. Zákrok byl plánovaný, nikoli urgentní. Urgentní zákrok by musel být proveden do maximálně 6 hodin od přijetí, v praxi se některé urgentní zákroky dělají i do 30 minut / porod Císařským řezem, zákroky na cévách/. Z přehledu je zřejmé, že 46 hodin po ošetření na LSPP specialisté z oboru stomatochirurgie nepředpokládali postižení očního nervu, z toho lze dovodit, že postižení nemohl předpokládat ani službu konající lékař na LSPP.

Jak říká název –LSPP (lékařská služba první pomoci), je na LSPP úkolem lékařské ošetření, tzv. cílené, směřující k rychlé diagnostice a rozhodnutí o dalším lékařském postupu. To znamená učinit rozhodnutí, zda půjde o definitivní ošetření, zda pacient bude předán následující den ošetřujícímu lékaři či jinému specialistovi, či zda bude odeslán k hospitalizaci. Vyšetření teploty či pulzu mohlo být provedeno, ale dne 21. 6. by nic nezměnilo na diagnóze zánětlivé reakce po extrakci zubů. Nasazení ATB a konkrétně Dalacinu je ve stomatologické praxi obvyklé. Obvykle se nevyšetřuje na LPS ani CRP ani FW. / že měly být na LPS vyšetřeny FW a CRP uvedla autorita z oboru VPL/ V praxi praktických lékařů se CRP převážně používá jako indikátor akutního zánětu při diagnostických rozpacích před nasa-

zením ATB, zde byla diagnóza zřejmá a indikace k nasazení ATB jednoznačná. Stejná úvaha platí i pro provedení resp. neprovedení FW /sedimentace/. K otázce vyšetření předního segmentu očního, /opět názor autority z oboru VPL/ mohl být proveden, vzhledem k nálezu na klinice o 22 hodin později, kdy byl nález přiměřený, lze předpokládat, že dne 21. 6. při ošetření na LSPP byl nález v normě.

Z teoretického hlediska se flegmóna tváře vyskytuje velmi vzácně. Infekce vycházející častěji z horních zubů se rychle šíří řídkým vazivem a tukovou tkání tváře. Ke kolikvaci nedochází ani ve větším rozsahu, ani na ohraničeném místě, nýbrž vniká mnoho drobných abscesů, difusně v tváři roztroušených. Šíření zánětu do okolí, ať přímo či žilní cestou je mnohem rychlejší než u abscesů. Kliniky se obraz perimaxilární phlegmony podobá abscesu, jenom jsou tu všechny příznaky vystupňovány. Otok tváře je rozsáhlý a difusní, sahá až do spánkové krajiny, na oční víčka, horní ret a zpravidla přestupuje na druhou stranu obličeje, je vysoká teplota provázená třesavkou a zimnicí, tep je zrychlen, nemocný je malátný, schvácený a spavý. Komplikací perimaxilární phlegmony, též vzácnou, může být absces nebo phlegmóna očnice./ Toman: Stomatologická chirurgie 1984- dle znalce stále platné/.

Weber Memorix zubního lékařství 2012 hovoří o tom, že známkami kolemčelistního šíření infekce je alterace stavu, regionální lymfadenitida a zvýšená teplota. Vzhledem k tomu, že při přijetí na kliniku příjmový stomatolog píše, že lymfatické uzliny nezvětšené, pohmatově nebolestivé. lze usuzovat, že míra závažnosti infekce měkkých částí nebyla při přijetí dne 22. 6. v 13.32 hod. vysoká a tedy o den dříve, v době ošetření na LSPP, musela být ještě nižší.

Z praxe / výroky v tomto odstavci byly konzultovány se zkušeným stomatologem/ byl nepochybně určitý zánět v oblasti kořenů zubů 11 a 13 v pátek 19. 6. byla provedena extrakce zubů 11, 13, podle stomatologických doporučených postupů se v této fázi ATB nedávají. V případě žalobce došlo ke komplikaci, šíření zánětu patrně jednou ze 3 možností: 1) venosní cestou-vena angularis-vv ophtalmicae-plexus pterygoideus nebo 2) periostálně/okosticí/ periostem alveolárního výběžku až k dolnímu okraji očnice-absces dolního víčka-přestup okraje očnice-absces či flegmona očnice nebo 3) šířením Parinaudovými kanálky-intaosseálně/nitrokostně/ z horních řezáků a špičáku. Od kořenů řezáků 11, 12 či špičáku 13 cestou fossa canina

projevujícího se otokem v nasolabiální rýze, infiltrací nosního křídla, dolního víčka, později horního víčka v průběhu několika dnů. Zde se obvykle nasazují ATB/ nejčastěji Dalacin/ a provádí incise.

Poté zánět postupoval do hloubky a došlo k postižení očního nervu, to však bylo až při hospitalizaci na Klinice ústní, čelistní a obličejové chirurgie, neboť při přijetí 22. 6. příjmový lékař píše o normálním visu a normální hybnosti bulbu.

Je nutně si položit otázku, zda mohl lékař LPS předpokládat takovou progresi stavu a ohrožení očního nervu. Znalec se domnívá, že nikoli. Jak bylo výše uvedeno je flegmóna obličeje vzácná a flegmóna a absces očnice ještě vzácnější komplikací infekcí kolem kořenů zubů. V době, kdy po primární extrakci uplynuly 3 dny, po ošetření na LSPP uplynul 1 den, nepředpokládal existenci této komplikace ani příjmový lékař kliniky, protože není uvedena v příjmových diagnózách a stav nebyl považován na klinice za rizikový, když k operačnímu zákroku, který byl označen za plánovaný, nikoli urgentní, došlo za 46 hodin po přijetí na kliniku.

V odpovědích na otázky zadavatele znalec z oboru zdravotnictví, specializace všeobecné lékařství se domníval, že všeobecný praktický lékař postupoval obvyklým způsobem na LSPP jak rozsahem vlastního cíleného vyšetření, tak nasazením ATB léčby a doporučením návštěvy stomatologa následující den. Neprovedení orientačního očního vyšetření praktikem se znalostí post rei lze uvažovat jako chybné, avšak v té době nebylo postižení zrakového nervu, vzhledem k nálezu na Klinice ústní, čelistní a obličejové chirurgie dne 22. 6. 13.32 hod. Provedení či neprovedení pomocných vyšetření tj. pulsu, teploty by zpřesnilo aktuální stav, ale nemělo by s velmi vysokou pravděpodobností žádný vliv na jiný scénář nemoci pana žalobce.

V závěru posudku bylo konstatováno, že postup lékaře LPS byl shodný s obvyklými postupy praktických lékařů, tedy nebyl non lege artis. Amaurosa /slepota / pravého oka žalobce nenastala v důsledku postupu službu konajícího lékaře LPS.



Balintovská skupina v Dublinu pod česko-německým vedením

MUDr. Martin Seifert

Praktický lékař v předatestační přípravě, člen sdružení Mladí praktici

Ve dnech 20.–21. února 2015 se konala v irském Dublinu druhá konference mladých evropských praktických a rodinných lékařů - 2nd VdGM Forum. Organizační úroveň byla opravdu vysoká, a to jak z hlediska zázemí, tak odborného. Nechyběli ani vážení hosté jako třeba prezident WONCA Europe Job Metsemakers. V programové nabídce byla sdělení o stavu primární péče v evropských zemích, prezentace výzkumných projektů mladých lékařů, bohatá posterová sekce a v neposlední řadě velký výběr workshopů. Farmaceutické firmy na setkání zcela chyběly. Já jsem prezentoval dva postery s návrhy výzkumných projektů, ke kterým jsem dostal mnoho podnětných poznámek a užitečných kontaktů.

Společně s německou praktickou lékařkou Solveig Carmienke jsem pak také vedl 80minutový workshop s názvem „Balint groups as a tool in general practice“ (**Balintovské skupiny jako nástroj ve všeobecném praktickém lékařství**). O workshop byl velký zájem, maximální počet účastníků se naplnil. Vždyť také jedno z hlavních témat konference, které se opakovalo v oficiálních diskuzích i v kuloárech, byla frustrace praktického lékaře. Frustrace z nedostatečného vzájemného porozumění s pacienty a z pocitu neuspokojivé komunikace s kolegy. Lékaři si často nejsou vědomi při kontaktu s pacientem své citové účasti v dané situaci a vydávají tak mnoho své vnitřní energie tam, kde není zapotřebí a kde se nedostaví kýžený efekt. Tím se nevědomky hodně vyčerpávají a ženou se tak rychle do syndromu vyhoření. Při balintovské skupině si lékaři navzájem pomáhají nahlédnout své emocionální zaujetí na problému. Balintovská skupina tedy slouží mimo jiné také jako prevence syndromu vyhoření, nástroj k zekonomičtění diagnostických a terapeutických procesů při kontaktu s pacientem a ke kultivaci vlastních psychologických nástrojů. Zakladatel této metody Michael Balint tvrdil, že **lékař je lék**. Musíme si však uvědomit, že každý lék má také své možné nežádoucí účinky...

Zpátky k workshopu. Já sám nemám speciální výcvik k tomu, abych mohl vést balintovské skupiny. Nemá ho ani má německá kolegyně. Oba se však o tuto metodu, stejně jako o interpersonální psychodynamické děje dlouhodobě zajímáme. Workshop měl sloužit pouze jako úvod do historie a principů metody ve spojení s kratší skupinovou sebezkušeností a následnou diskuzí o aktuálnosti a využitelnosti metody. Myslím, že svůj účel splnil. Odpovídaly tomu alespoň ohlasy všech 22 účastníků. Většina z nich o balintovských skupinách slyšela, osobní zkušenost však neměla. Nepouštěl bych se do toho, kdybych neměl za sebou dva roky psychoterapeutického výcviku a kdybych nedostal intenzivní průpravu od vyškolené balintovské lektorky MUDr. Romany Hronové, čímž jí tímto ještě jednou děkuji.

O balintovských skupinách se na konferenci mluvilo hodně. Ukázalo se, že nabídka je ve většině zemí, snad kromě Holandska, Dánska a Německa, silně nedostačující. Stejně jako je nedostačující příprava mediků a začínajících lékařů na psychodynamické děje odehrávající se mezi pacientem a lékařem. Při tom právě zde může pravidelná či alespoň občasná účast na balintovské skupině hodně pomoci. V Čechách je několik míst, kde se konají pravidelné, volně přístupné skupiny. Za Prahu mohu jmenovat Psychosomatickou kliniku na Břevnově, kde skupiny vede doktorka Hronová či Středisko psychoterapeutických služeb Břehová.

Workshop budeme jistě opakovat, ne-li dřív, tak na třetím setkání evropských mladých praktiků, které se uskuteční v Jeruzalémě v září roku 2016. Vřele doporučuji stát se aktivním členem úžasné rodiny, která si říká Vasco da Gama Movement!

Aktuality ze světa medicíny

Poradenství v lékárnách

Světový trend v posledních dvaceti letech znamená ústup od paternalistické lékařské péče vůči pacientovi. Je zcela jasně doloženo, že adherence k léčbě je vyšší, když pacient ví, co a proč užívá a proč musí dodržovat léčebný režim. Informace v tomto smyslu mají terapeutický efekt. Ne však všechny informace. V době internetu si nemocní vyhledají „zkušenosti“ spolupacientů, dočtou se o zkorumpovanosti lékařů „bezohlednou farmaceutickou lobby“, takže raději padnou do osidel alternativních léčitelů, kterým za „terapii“ zaplatí nemalé sumy. A to v přesvědčení, že dobře „investovali“ do svého zdraví.

Dvě velké přednosti léčitelé proti lékařům mají – čas a umění komunikovat. Čas na detailní a opakované vysvětlování v denní praxi není a umění vést rozhovor není dáno každému (a na školách se učí nedostatečně – zdali vůbec).

Proto by měl být podporována snaha lékárníků, kteří mohou převzít část edukační role. Tento koncept, o němž se mluví jako o lékárenské péči, klade důraz na posílení adherence k léčbě, na vysvětlení účinků léku a na jejich správné užívání. Lékárník však může poskytnout další konzultační služby v oblasti prevence, včasného záchytu onemocnění i odhalení duplicitní terapie (stejně léky pod jinými názvy ordinované lékaři různých odborností).

V zahraničí již byly definovány tři oblasti, v nichž může lékárenská intervence výrazně snížit riziko morbidit a mortality. Jsou to: obezita, kouření a nadměrný příjem alkoholu. Významným benefitem je blízkost a dostupnost lékáren i odborná erudice farmaceutů. V ČR jsou vypracovány (nebo ve fázi přípravy) ve spolupráci s odbornými lékařskými společnostmi školící programy pro lékárníky v poradenství pro odvykání kouření, screening hyperglykémie v lékárnách a poradenství pro snižování hmotnosti.

Seznam proškolených farmaceutů, kteří již tato poradenství poskytují, je na www.lekarnici.cz

Diskuze kolem očkování lidskému papilomaviru

Očkování patří k nejučinnější a nejbezpečnější prevenci (nejen) infekčních chorob. Ve vývoji jsou i vakcíny proti nádorům. Kombinací obojího je očkování proti lidskému papilomaviru (HPV), který je spouštěčem rakovinného procesu, a to nejen na zmíněném čípku, ale i zevních rodidlech, ve vagíně, rakoviny konečníku a penisu. Stejně viry jsou odpovědné za některé nádory hlavy a krku a za tzv. papilomatózu hrtanu. Další velmi nepříjemným projevem infekce HPV jsou genitální bradavice, jejichž výskyt stoupá.

Odpůrci očkování argumentují poměrně starými informacemi, například přítomností adjuvans ve vakcínách, které se již nepoužívají.

Jen na okraj, v USA nyní došlo k masivní epidemii spalniček mezi neočkovanými dětmi (nazývají ji Disneyland epidemie, protože k šíření došlo kontaktem v zábavním parku) a postihla téměř celé západní pobřeží Kalifornie. V internetové diskuzi matky píší: „Nechci neočkované děti v blízkosti těch mých,“ což nahrává lékařské komunitě k zesílení provokacinačních aktivit. Je tomu tak i v případě očkování proti HPV?

Mělo by! Koncem roku se konala 7. konference Sekce kolposkopie a cervikální patologie, kde bylo očkování proti HPV jedním z hlavních témat. Na základě australského modelu, kde je proočkováno 80 % dívek a proto došlo k 65% poklesu výskytu infekce HPV, se odborníci shodli, že očkování má zcela nezpochybnitelný význam. Existuje navíc mnoho důvodů, proč dát naočkovat nejen dcery, ale i syny. Ti jsou totiž přenašeči HPV infekce a dokonce mohou i sami onemocnět (rakovina penisu a konečníku, nádory hlavy a krku, genitální bradavice).

Studie uveřejněná v časopise Journal of American Medical Association nyní vyvrací tvrzení, že očkování proti HPV narušuje imunitní systém, konkrétně říká, že není souvislost mezi vakcinací a vznikem roztroušené sklerózy, což byl jeden z argumentů odpůrců jakéhokoli očkování. Vakcíny proti HPV patří k těm nejbezpečnějším očkovacím látkám, které jsou vyráběny.

Některé běžné infekce mohou snížit riziko vzniku revmatoidní artritidy

Autoimunní onemocnění revmatoidní artritida (RA) už po desetiletí vzbuzuje podezření, že jejím spouštěčím faktorem mohou být infekční agens. Nyní časopis Annals of Rheumatology uveřejnil populační případovou studii ze Švédska, jejíž autoři sledovali 2831 případů RA a porovnávali se stejně stratifikovanou populací (podle věku, pohlaví, bydliště i rasy). Hlavním cílem byl výskyt infekcí po dva roky před začátkem RA. Ukazuje se, že gastroenteritida, infekce močových cest a genitálu mohou mít protektivní účinek před RA, zatímco respirační infekce vznik RA neovlivňují. Limitací studie je fakt, že byla navržena, aby odhalila „spouštěcí“ infekce, nikoli protektivní faktory. Je však možné, že mikrobiom (a jeho změny při gastroenteritidě) má na rozvoji RA svůj díl především z důvodu značného vlivu na imunitní systém. Toto pozorování může být námětem pro další výzkum.

Ann Rheum Dis 2015 Feb 5; [e-pub ahead of print].

Zpracovala MUDr. Marta Šimůnková



Elektronická pracovní neschopenka a PL, aneb když je cíl v neodhlednu

MUDr. Cyril Mucha
Praktický lékař, Praha

Vážené kolegyně a kolegové, někdy mně připadá, že cokoliv co má předponu „e“ ve zdravotnictví je jako ten pověstný Yetti: Všichni o něm mluví, ale nikdo ho nikdy neviděl. Jeden zásadní rozdíl mezi nebohým sněžným mužem a elektronizací zdravotnictví tu však je: Zatímco ten první se nikdy neobjeví a jen tu a tam po sobě zanechá stopu, ale nikomu neškodí, „e cokoliv“ se naopak tu a tam objeví, napáchá více či méně škod, rožčílí většinu zúčastněných a na čas pak beze stopy zmizí, aby se po čase se stejným efektem opět objevil. Odborná společnost se s různým efektem snaží soustavnou mravenčí prací alespoň minimalizovat škody na psychice i ekonomice. Nejinak je tomu i u projektu elektronická pracovní neschopenka.

Když před téměř dvěma roky byl jistě chvályhodný, ale nedotažený projekt povinných (!) elektronických neschopenek nakonec pozastaven, odložilo se jejich povinné používání o 2 roky (do 1. 1. 2016). Nicméně bylo v té době (a nejen tehdy) lékařům podsouváno, že jsou zkostratělí odpůrci všeho pokroku a zejména elektronizace. Přitom neprávem: lékařská veřejnost jenom odmítala projekty nedotažené, zesložňující administrativu a zejm. projekty, kde tunel do financí ve zdravotnictví z nich přímo čísel. I u projektu e PN je naše odborná společnost lídrem v boji za jeho racionálnost a smysluplnost.

Dovolte několik zásadních tezí ze kterých při posouvání tohoto projektu vycházíme:

- 1) Více než 90% posudkové činnosti v medicíně provádějí lékaři – „nezaměstnanci“ ČSSZ. Většinu této činnosti provádějí praktičtí lékaři.
- 2) Odborná posudková činnost (tedy rozhodnutí schopen x neschopen práce) je zatěžována mnoha nemedicínskými činnostmi: nutnost znalosti přesného jména a sídla zaměstnavatele, měnění míst pobytu pacienta atd.
- 3) Původní návrh e PN nebyl elektronickou (jednalo se pouze o elektronické zaslání jednoho z pěti formulářů elektronicky, zbývající čtyři papírové zůstávaly). Paradoxně ordinaci administrativně zatěžoval více než jen „papírová neschopenka“.
- 4) Direktivní příkazy k užívání neprodiskutovaných, neoponovaných a nedostatečně předem připravených projektů vedou k odmítání nejen jednotlivých projektů, ale následně i celé „e“ platformy ve zdravotnictví.
- 5) Elektronizace a modernizace medicínských ale zejména nemedicínských činností musí vést k usnadnění, zjednodušení a zrychlení těchto činností – nikoli naopak. Neustálé přidávání administrativy a nemedicínské práce výrazně zvyšuje nároky na lidské zdroje v medicíně, které jsou dlouhodobě nedostatečné (odhaduje se, že více než 30 % času stráví lékař těmito činnostmi a situace se spíše zhoršuje).

Na základě zkušeností a analýz přišla naše odborná společnost s originálním návrhem řešení, které by výrazně zrychlilo a zjednodušilo administrativu spojenou s neschopenkami (zdůrazňuji, že se jedná pouze návrh se kterým se musí dale pracovat a který jsme předložili ČSSZ). Návrh jsme nezvali pracovní „letenka“ nebo též „šatnový lístek“, neboť podobně jako u těchto dokladů znamená malý kus papíru, resp. jednoduchý kód mnoho (třeba norkový kožich v šatně nebo cestu na dovolenou).

Návrh řešení – e PN:

- Musí být zachována možnost obou způsobů vystavení potvrzení o DPN (s preferencí elektronické, ale i „papírová“ vzhledem k možným výpadkům systému, návštěvní službě atd).
- K používání nové metody musí být zdravotník přesvědčen zejména výhodností (úspora času, jednoduchost, finanční výhodnost), nikoli pouze příkazy.
- Lékař/zdravotník provádí jen odborné medicínské úkony (schopen x neschopen pojištěné činnosti)
- Lékař odesílá elektronicky (šifrovaně) na portál ČSSZ datovou větu obsahující základní identifikační údaje pacienta (jméno, příjmení, identifikační/rodné číslo) a datum počátku DPN. Zpětně mu je zasláno evidenční číslo DPN ČSSZ (potvrzovací kód). Pacient dostává tento kód do ruky papírově (viz na konci článku) nebo/i např. do mobilního telefonu, aj.
- Pacient „informuje“ – elektronicky, telefonicky nebo papírově o PN zaměstnavatele (předá mi identifikační kód e PN). Zaměstnavatel po připojení k portálu ČSSZ vše ověřuje a dále sleduje průběh DPN.
- Po připojení k portálu ČSSZ obdobně postupují i kontrolní orgány.
- Lékař odesílá datové věty o průběhu/ukončení DPN a v případě potřeby elektronicky, papírově nebo osobně komunikuje s posudkovým lékařem.
- Veškerá „nemedicínská“ komunikace (tedy adresa zaměstnavatele, místo bydliště atd.) probíhá přímo mezi zaměstnavatelem a ČSSZ a nezatěžuje zdravotnického pracovníka.

A jak by mohl doklad o PN („letenka“ / „šatnový lístek“ po vytištění vypadat?

1) Varianta č. 1

Informační lístek o vystavení pracovní neschopnosti

Karel Horák r. č. 565656171 Začátek pracovní neschopnosti 6. 6. 2014 Kontrola 14. 6. 2014



Další údaje:

Vystavil: MUDr. Josef Novák 656565

Evidenční číslo pracovní neschopnosti ČSSZ: 2014 - 777 777 515 (ev. číslo PN neprodleně sdělte svému zaměstnavateli)

2) Varianta č. 2

Informační lístek o vystavení pracovní neschopnosti

Karel Horák r. č. 565656171 Začátek pracovní neschopnosti 6. 6. 2014 Kontrola 14. 6. 2014



Další údaje:

Vystavil: MUDr. Josef Novák 656565

Evidenční číslo pracovní neschopnosti ČSSZ: 2014 - 777 777 515 (ev. číslo PN neprodleně sdělte svému zaměstnavateli)

Vážené kolegyně a kolegové, přál bych si, aby e PN přinesla užitek a prospěch všem zúčastněným.

3. NÁRODNÍ KONGRES O KOLOREKTÁLNÍM KARCINOMU

11.–12. 12. 2015**Clarion Congress Hotel Prague****www.crc2015.cz**Pořádá:
**Společnost pro
gastrointestinální
onkologii ČLS JEP****Sekretariát kongresu:****GUARANT International**, Na Pankráci 17, 140 21 Praha 4
Tel.: +420 284 001 444, fax: +420 284 001 448
E-mail: crc2015@guarant.cz

Vážení čtenáři a řešitelé testů, dle nového Stavovského předpisu České lékařské komory č. 16, podle § 5 přílohy č. 1, jsou od 1. 7. 2012 všechny znalostní testy v odborných časopisech hodnoceny jednotně, a to 2 kredity. Za správné vyřešení testu budou řešitelům přiděleny **2 kredity ČLK**. Podmínkou ČLK pro přidělení kreditů je zaslání odpovědi v písemné podobě na odpovědním lístku nebo elektronicky na www.svl.cz, a **to nejpozději do 20. 4. 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 2/2015: 1a, 2abc, 3bc, 4b, 5a, 6c, 7c, 8c, 9c, 10bc

1. Syndrom obstrukční spánkové apnoe se projevuje:

- a) Nadměrnou denní spavostí
- b) Apnoickými pauzami
- c) Hubnutím

2. Tíže syndromu obstrukční spánkové apnoe se vyjadřuje indexem

- a) Apnea- hypopnea index
- b) Sokolow- Lyon index
- c) Indexem NASDAQ Composite

3. Syndrom obstrukční spánkové apnoe je považován za nezávislý rizikový faktor rozvoje

- a) Arteriální hypertenze
- b) Ischemické choroby srdeční
- c) Fibrilace síní

4. Jakému riziku poškození jsou vystaveni pracovníci při cházející do kontaktu s cytostatiky?

- a) Jsou vystaveni poškození samotné DNA, jednotlivých genů a chromozomů
- b) Genotoxickému riziku
- c) V podstatě žádnému riziku při dobré organizaci práce

5. Jak je možné detekovat všechny patologické chromozomální aberace?

- a) Cytogenetickou analýzou periferních lymfocytů (CAPL)
- b) Podrobnou anamnézou se zvláštním důrazem na onkologickou zátěž a komplexním vyšetřením včetně rtg plic a srdce 1x/3roky.
- c) Doplnková vyšetření specificky určená k včasné diagnostice nádorů

6. Kteří uchazeči o zaměstnání na pracovištích výroby cytostatik jsou vyloučeni z práce na rizika?

- a) Diabetici, hypertonici III. st., zaměstnanci při zjištění chronických patologických změn na urogenitálním systému a při hodnotách glomerulární filtrace pod 1,2 ml/s
- b) Gravidní a kojící ženy
- c) Pacienti po eradikaci infektu Helikobacter pylori

7. V klinické praxi se APTT používá

- a) K monitorování antikoagulační terapie warfarinem
- b) Lze využít i při terapii dabigatranem
- c) K monitorování antikoagulační léčby nefrakcionovaným heparinem

8. Při vyšetření APTT platí

- a) Každé prodloužené APTT je spojeno s rizikem krvácení
- b) U normálního vzorku se doba srážení plazmy pohybuje mezi 30–45 s
- c) Měření APTT v laboratoři je velmi závislé na preanalytické fázi

9. Při vyšetření PT platí

- a) Normální hodnota vyšetření je obvykle 30-45 s
- b) Normální rozsah INR je 0,8 – 1,2
- c) Lze vyšetřit jako test k průkazu a hodnocení tíže jaterní léze

10. Vyšetření INR pomocí POCT

- a) Používá se vzorek žilní krve
- b) INR POCT lze využít pro monitorování antikoagulační terapie warfarinem
- c) Výsledky měření jsou srovnatelné s hodnotami získanými standardně v laboratoři

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. 3/2015

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 |

Vzdělávací semináře

v dubnu 2015

Hlavní témata

Výhody kombinovaných analgetik

den	datum	čas	město a místo konání
čtvrtek	2.4.	16.30–20.30	Karlovy Vary, Hotel "U Šimla", Závodní 1
čtvrtek	2.4.	16.00–20.00	Liberec, Clarion Grandhotel Zlatý Lev, Gutenbergova 3
středa	8.4.	16.00–20.00	Litomyšl, Hotel Zlatá Hvězda, Smetanovo nám. 84
středa	8.4.	16.00–20.00	Praha 2, Lék. dům, Sokolská 31
středa	8.4.	16.00–20.00	České Budějovice, Clarion Congress Hotel, Pražská třída 2306/14
čtvrtek	9.4.	16.00–20.00	Ústí nad Labem 1, Best Western Hotel Vladimír, Masarykova 36
čtvrtek	9.4.	16.00–20.00	Ostrava, Hotel Imperial, Tyršova č. 6
sobota	11.4.	09.00–13.00	Brno, Kancelář veřejného ochránce práv, Údolní 39
sobota	11.4.	09.00–13.00	Olomouc, Aula Právnické fakulty UP Olomouc, tř. 17. listopadu 8
pondělí	13.4.	16.30 - 20.30	Zlín, Aula SZŠ, Příluky 372
středa	15.4.	17.00–21.00	Jihlava, presbytář Hotelu Gustav Mahler, Křížová 4
čtvrtek	16.4.	16.00–20.00	Hradec Králové, Nové Adalbertinum, Velké náměstí 32
čtvrtek	16.4.	16.00–20.00	Praha 2, Lék. dům, Sokolská 31
sobota	18.4.	09.00–13.00	Plzeň, Šafránkův pavilon, alej Svobody č. 31

v květnu 2015

Hlavní témata

Nové fixní kombinace v léčbě hypertenze. Neurologická problematika v ordinaci PL.

den	datum	čas	město a místo konání
pondělí	4. 5.	16.30–20.30	Zlín, Aula SZŠ, Příluky 372, 760 01
čtvrtek	7. 5.	16.00–20.00	Liberec, Clarion Grandhotel Zlatý Lev, Gutenbergova 3
sobota	9. 5.	09.00–13.00	Olomouc, Aula Právnické fakulty UP Olomouc, tř. 17. listopadu 8
úterý	12. 5.	16.00–20.00	Pardubice, Hotel Zlatá Štika, Štrossova 127
středa	13. 5.	17.00–21.00	Jihlava, presbytář Hotelu Gustav Mahler, Křížová 4
čtvrtek	14. 5.	16.00–20.00	Hradec Králové, Nové Adalbertinum, Velké náměstí 32
čtvrtek	14. 5.	16.30–20.30	Karlovy Vary, Hotel "U Šimla", Závodní 1
čtvrtek	14. 5.	16.00–20.00	Praha, Lék.dům, Sokolská 31
středa	20. 5.	16.00–20.00	Praha, Lék.dům, Sokolská 31
středa	20. 5.	16.00–20.00	České Budějovice, Clarion Congress Hotel, Pražská třída 2306/14
čtvrtek	21. 5.	16.00–20.00	Ostrava, Hotel Imperial, Tyršova č. 6
čtvrtek	21. 5.	16.00–20.00	Ústí nad Labem, Best Western Hotel Vladimír, Masarykova 36
sobota	23. 5.	09.00–13.00	Plzeň, Šafránkův pavilon, alej Svobody č. 31
sobota	23. 5.	09.00–13.00	Brno, Kancelář veřejného ochránce práv, Údolní 39

PLNOU VERZI ČASOPISU
VČETNĚ INZERCE
NALEZNETE V INTERNÍ SEKCI
WWW.SVL.CZ