



---

# PRACTICUS

pro praktické lékaře zdarma • č.7/2015 • ročník 14

---



TÉMA:

**Léčebné metody užívané u nemocných s chronickým  
žilním onemocněním a adherence pacientů  
k těmto metodám v běžné klinické praxi v ČR**

PLNOU VERZI ČASOPISU  
VČETNĚ INZERCE  
NALEZNETE V INTERNÍ SEKCI  
[WWW.SVL.CZ](http://WWW.SVL.CZ)

## INFO SVL

- 04 EDITORIAL
- 05 21. SVĚTOVÁ KONFERENCE WONCA
- 06 VÝUKA VE VŠEOBECNÉM PRAKTICKÉM LÉKAŘSTVÍ OVLIVŇUJE VŠECHNY BUDOUCÍ LÉKAŘE  
*doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D.*

## ODBORNÉ ČLÁNKY

- 08 EFEKTIVITA STŘEVNÍ PŘÍPRAVY – POROVNÁNÍ ROZTOKU SULFÁTOVÝCH SOLÍ A POLYETHYLENGLYKOLU  
*MUDr. Štěpán Suchánek, Ph.D.*
- 12 LÉČEBNÉ METODY UŽÍVANÉ U NEMOCNÝCH S CHRONICKÝM ŽILNÍM ONEMOCNĚNÍM A ADHERENCE PACIENTŮ K TĚMTO METODÁM V BĚŽNÉ KLINICKÉ PRAXI V ČR  
*Suchopár J, Prokeš M*
- 18 VŠEOBECNÝ PRAKTICKÝ LÉKAŘ A NÁVYKOVÉ LÁTKY  
*MUDr. Josef Štolfa, MUDr. Kristýna Kožoušková*
- 22 ESTETICKÁ MEDICÍNA V ORDINACI PRAKTICKÉHO LÉKAŘE  
*doc. MUDr. Roman Šmucler, CSc.*
- 24 JAK SE DÍVAT NA PSYCHOSOMATICKOU MEDICÍNU  
*Radkin Honzák*
- 26 FUNGUJE SPOLUPRÁCE DOMÁCIHO HOSPICE S PRAKTICKÝM LÉKAŘEM?  
*R. Koževnikovová, M. Jandová, M. Wichová, I. Koudelková*

## NAPSALI JSTE NÁM

- 28 JAK ROZŠÍŘIT REGISTR DÁRCŮ KOSTNÍ DŘENĚ  
*MUDr. Iva Trantinová*

## KAZUISTIKA

- 30 NAPADENÍ S TĚŽKÝM UBLÍŽENÍM NA ZDRAVÍ S NÁSLEDKEM SMRTI POŠKOZENÉHO  
*MUDr. Pavel Brejník*

## ZE SVĚTA MLADÝCH PRAKTIKŮ

- 32 MADRID

## AKTUALITY

- 34 PROJEKT ZDRAVÍ 2020: STRATEGIE NEJEN PRO PACIENTY

### 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](mailto:practicus.svl@cls.cz)  
[www.practicus.eu](http://www.practicus.eu)

### Redakce:

#### Šéfredaktor:

MUDr. Stanislav Konštacký, CSc.,  
[konstackys@seznam.cz](mailto:konstackys@seznam.cz)

#### Zástupci šéfredaktora:

MUDr. Dana Moravčíková  
[dana.moravcikova@medicina.cz](mailto:dana.moravcikova@medicina.cz),  
MUDr. Jana Vojtíšková  
[janav.doktor@volny.cz](mailto:janav.doktor@volny.cz)

#### Manažerka časopisu:

Hana Čížková  
[practicus.svl@cls.cz](mailto: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 1. 9. 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

Milé kolegyně a milí kolegové,

v letošním vpravdě tropickém létě pro vás připravila redakční rada malé překvapení. Život je změna a my jsme usoudili, že nazrál čas trochu změnit „omladit“ grafiku našeho časopisu. Pevně doufáme, že změna designu vás příjemně naladí a inspiruje k další spolupráci s redakcí. S potěšením konstatujeme, že se množí příspěvky z vašich řad, a to nejen od zkušených (starších) kolegů, ale i od mladých začínajících lékařů. Píšete nám zajímavé kazuistiky z praxí, poznatky a postřehy z konferencí, kongresů a studijních zahraničních pobytů a do redakce nám přichází čím dál více diskuzních příspěvků k uveřejňovaným článkům. I v tomto čísle vás čeká mnoho zajímavého čtení, mnohdy i s lehce kontroverzní tematikou, kterou můžeme společně diskutovat.

Vzhledem k tomu, že se stále častěji v našich praxích setkáváme s pacienty se závislostí na návykových látkách a ne vždy se v tom dovedeme orientovat, článek **Dr. Štolfy** a kolektivu je jistě dobrou informací získanou po dotazníkové akci, které se jistě mnozí z vás zúčastnili. Seznamuje s dostupností těchto služeb ale i absencí registru osob užívajících

substituční léčbu, který je v některých státech zaveden. Mediálně známý **docent Šmucler**, nám zaslal zajímavý článek týkající se estetické medicíny a pozice všeobecného praktického lékaře ve vztahu k tomuto lékařskému oboru. Rozhodně obohatí informace o této oblasti, případně bude vhodným doporučením, jak k problematice estetické medicíny přistupovat v našich ordinacích. Dozvíte se jakým způsobem lze rozšířit či získat zkušenosti v tomto oboru a jaké typy zákroků se v estetické medicíně nejčastěji provádějí. Článek **Dr. Honzáka** nás uvádí k připravovanému Doporučenému postupu psychosomatiky pro všeobecné praktické lékaře. Vysvětluje že s psychosomatikou se dostáváme k širšímu pohledu na pacientovu nemoc a zvláště se mi líbí termín: Uskřinuté emoce. V péči o nevléčitelně nemocné se stále hledají nové, nebo netradiční postupy, jedním z nich je jistě Domácí hospic představený **Dr. Jandovou**. Potřeba těchto zařízení narůstá a místo všeobecného praktického lékaře je zde nezastupitelné, protože spolu s hospicovým týmem a rodinou umírajícího, tvoří jednotný funkční tým. Výsledek dotazníkové akce mezi 320 všeobecnými praktickými lékaři týkající se léčebných metod u chronického žilního onemocnění naleznete ve článku **Dr. Suchopára** a **Dr. Prokeše** a především adherence pacientů, která je, jak bylo i tímto dotazníkem potvrzeno u pacientů i lékařů, především ve farmakoterapii před režimovými opatřeními a kompresní terapií. Rozhodně i další příspěvky jsou zajímavé a přinášejí nové informace a kazuistiky, aktuality a zprávy z kongresů a sympozií.

# 21. Světová konference WONCA



## V listopadu 2016 jedou praktičtí lékaři do Rio de Janeiro

2 roky po úspěšné světové konferenci WONCA 2013 zahajujeme marketing další velké mezinárodní akce, evropské konference WONCA, která se uskuteční v Praze začátkem července 2017. Připravujeme stánek do Istanbulu

(22.–25. 10. 2015), který podpoří desítky českých praktických lékařů. V červnu příštího roku se chystáme na evropskou konferenci WONCA do Kodaně, kde proběhne klíčová propagace naší akce.

Poslední velkou mezinárodní akcí, která předchází pražskou konferenci WONCA 2017 a je příležitostí k marketingu především směrem k mimoevropským kolegům, je 21. světová konference WONCA, která se koná ve dnech 2.–6. listopadu 2016 v brazilském Rio de Janeiro. Světové setkání praktických lékařů, v mimořádně atraktivní destinaci, 3 měsíce po olympiádě, působí jako velmi lákavá nabídka. Silná česká účast by byla dobrým marketingovým signálem.

**doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D.**

Předseda organizačního výboru evropské konference WONCA 2017

## 21. Světová konference WONCA I. – 7. II. 2016

Navštivte s námi konferenci rodinných a praktických lékařů v brazilském Rio de Janeiro. Studijní zájezd s možností zahrnutí do daňově uznatelných nákladů. Letecká doprava z Prahy, transfery, ubytování, polopenze, registrační poplatky, cestovní pojištění. Cena od 65 500 Kč. Podrobné informace si vyžádejte v cestovní kanceláři. Přihlášky k registraci „Early bird“ do 20. 10. 2015.

Cestovní kancelář  
PhDr. Stanislav Voleman  
Na hřebenech I/17  
147 00 Praha 4  
tel. + 420 261 227 903, mail: [info@voleman.cz](mailto:info@voleman.cz)

**Voleman**  
TRAVEL | CONFERENCES | INCENTIVES



**Wonca**

# Výuka ve všeobecném praktickém lékařství ovlivňuje všechny budoucí lékaře



**doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D.**

Přednosta Ústavu všeobecného lékařství 1. LF UK v Praze

V časopise JEDNIČKA, který vydává 1. lékařská fakulta UK, byly zveřejněny výsledky průzkumu o představě budoucí kariéry mezi studenty 6. ročníku. Otázky byly položeny studentům po absolvování poslední státní zkoušky v roce 2014. Dvě třetiny z 283 respondentů byly dívky. Jen lehce přes polovinu ze studentů absolvovalo studium během 6 let, ostatní prodlužovali, a to především z důvodu výjezdů do ciziny. 90% studentů sdělilo, že se chystá pracovat v České republice. 37% studentů si vybralo svůj obor až v posledním ročníku. Sjednané místo již mělo v době průzkumu 79% studentů.

Studentům byla položena otázka, v jakém oboru by měli zájem působit. Všeobecné praktické lékařství (VPL) bylo v průzkumu třetím nejžádanějším oborem, po interně a pediatrii. Dále se mezi deseti nejžádanějšími obory umístila psychiatrie, neurologie, chirurgie, zobrazovací metody, ORL, oftalmologie a gynekologie.

Průzkum potvrzuje, že VPL už není oborem druhé volby; naopak, podle zkušeností na 1. Lékařské fakultě je často kariérní volbou i nejlepších studentů v ročníku. To není jen důsledkem existence rezidenčního programu. Není lepšího vysvědčení pro náš obor a pro nás, kteří budujeme image oboru a podílíme se na výchově lékařů, než toto zjištění. Když hovořím o nás, nemám tím na mysli několik desítek akademických pracovníků, ale, jak vyplývá z dalšího textu, daleko širší obec praktických lékařů.

Za posledních 10 let absolvovalo zhruba 3000 studentů 1. lékařské fakulty UK v Praze v 6. ročníku 14-denní stáž v ordinaci všeobecného praktického lékaře. Zhruba polovina z nich zvolila smluvní školitele Ústavu všeobecného lékařství (ÚVL), působící v Praze, druhá polovina si vybrala svého praktického lékaře kdekoli v republice, nejčastěji v místě bydliště. Na ÚVL tak máme zprávy o stážích z více než 1 000 praxí České republiky. Jen na základě poznatků naší školy můžeme tvrdit, že na výuce budoucích lékařů se podílí pětina praktických lékařů v České republice. A podobné praxe organizují i ostatní fakulty. Žádný jiný lékařský obor u nás nemá v klinické praxi takový kontakt

s mediky, jako má všeobecné praktické lékařství. To je obrovská příležitost a zároveň odpovědnost.

Ukazuje se, že právě dvoutýdenní praxe v ordinaci VPL hraje často v následném rozhodnutí o volbě oboru klíčovou roli. Z hodnocení studentů vyplývá, že 14-denní stáž u praktického lékaře patří k nejprínosnějším během celého studia na fakultě. Možnost přímého kontaktu s pacientem a lékařem, účast při klinickém rozhodování a celém procesu péče, je v podmínkách pregraduálního studia jedinečná.

V roli všeobecných praktických lékařů, jako školitelů studentů lékařských fakult, vidím ještě mnoho prostoru pro zlepšení. Pro výuku v praxi nestačí nadšení školitele, je potřeba zajistit vysokou pedagogickou úroveň a obsah stáže standardizovat. Úkolem školitele není jen představit obor všeobecné praktické lékařství a nechat studenta nahlédnout na zdravotní systém z perspektivy primární péče, ale také přispět k jeho lékařskému vzdělání a odbornému růstu. Stáž ve VPL nesmíme vnímat jako náborový nástroj oboru, ale především jako součást studia, která musí zapadnout do kurikula lékařské fakulty.

V příložené tabulce je **výkaz aktivit**, s kterými medik 6. ročníku naší fakulty odchází na stáž do všeobecné praxe; s kterými by se měl při stáži setkat a které by měl praktický lékař školitel medikovi garantovat. Oba, školitel i školenc, pak podpisem stvrzují, že stáž v tomto rozsahu skutečně proběhla. Pokud studenti jiných fakult nemají podobný obsah stáže nastaven, pak silně doporučuji všem školitelům napříč Českou republikou, aby z tohoto obsahu vycházeli.

Jednou z největších slabín současného studia na českých lékařských fakultách je nízká úroveň praktické výuky a nedostupnost klinických výkonů pro studenty. Všeobecná praxe má tak šanci být atraktivním výukovým místem, kde si student pod vedením školitele základní praktické úkony vyzkouší nebo zopakuje. Jedná se zejména o následující výkony:

- Komunikace s pacientem
- Zjišťování anamnézy
- Základní zápis do dokumentace
- Celkové somatické vyšetření (preventivní prohlídka, pracovnělékařská prohlídka...)
- Měření fyziologických funkcí (TK, P, teplota)
- Základní ORL vyšetření (faryngoskopie, otoskopie, rhinoskopie)
- Vyšetřování zrakové ostrosti, barvocitu
- Základní (přístrojová) vyšetření (analýza moči, FW, CRP, INR; EKG, ABI-BOSO...)
- Odběry biologického materiálu (stolice, moči, krve)
- Parenterální aplikace léků

Praktický lékař školitel by měl přizpůsobit organizačně svou praxi tak, aby měl na medika vyhrazený čas. Je třeba se přípravě stáže věnovat. Lékař by měl studentovi poskytnout komentář ke konzultacím a prostor pro otázky. Velmi dobrou zkušenost mám se zapojením sestry do výukového procesu; sestra ovládá většinu výše popsaných klinických úkonů a je schopna podat kvalitní instruktáž. Nejcennější je samostatná klinická práce studenta s pacientem. Zkušený lékař dobře rozpozná, kterého svého pacienta může požádat o laskavost, aby se nechal vyšetřit studentem medicíny. Stejně tak zkušený lékař brzy vyhodnotí, kdy může medika nechat s pacientem pracovat.

Ústav všeobecného lékařství 1. LF UK přichází s iniciativou, která vyplývá z jeho celostátní působnosti, ale která může být určena pro všechna fakultní pracoviště oboru v České republice. Jde o vytvoření databáze školitelů pregraduální výuky ve všeobecném praktickém lékařství. Lékaře z této databáze bude možné nabízet studentům k absolvování 2-týdenní stáže. Zároveň bude možné tyto lékaře/praxe metodicky podporovat a přispívat ke standardizaci praktické výuky.

K přihlášení do databáze stačí poslat mail na adresu vselek@lf1.cuni.cz a uvést celé jméno, kontaktní údaje (poštovní adresa, telefon, e-mail) a krátkou charakteristiku praxe (max. 60 slov). Pokud byste chtěli studentům po dobu stáže nabídnout i ubytování, uveďte to. Připomínám, že za poskytování stáží medikům nelze aktuálně přislíbit žádnou odměnu.

Vážené kolegyně, vážení kolegové,

dovolte mně na závěr zdůraznit, že právě ti kolegové, kteří se na procesu vzdělávání mediků v praxích podíleli, nejvíce přispěli k renesanci našeho oboru v očích absolventů lékařských fakult a patří jim za to mimořádné poděkování.

**Tabulka č. 1.**

**Výkaz aktivit studenta 6. ročníku LF na stáži ve všeobecném praktickém lékařství**

Vedení všeobecné praxe

Základní podmínky pro zřízení a vedení praxe

Chod ordinace, organizace práce lékaře a sestry

Vedení zdravotnické dokumentace

Administrativa pro posudkové účely

Administrativa pro zdravotní pojišťovny

**Zdravotní a sociální problematika všeobecné praxe**

Spektrum prezentovaných obtíží a problémů

Návaznosti primární péče na péči sekundární a specializovanou

Řešení akutních stavů

Kontinuální péče o chronické pacienty, dispenzarizace

Spolupráce v komunitní péči, domácí péče

**Klinické znalosti a dovednosti**

Komunikační dovednosti

Odebrání anamnézy a identifikace klíčového problému

Fyzikální vyšetření interní

Orientační vyšetření neurologické, ORL, oční, kožní

Vyšetřovací metody v ordinaci praktického lékaře

Přístup k řešení běžných stavů a onemocnění

Doporučení pacienta na odborné vyšetření

Interpretace odborných zpráv a nálezů komplementu

Preskribce léků a pomůcek

Odběry laboratorních vzorků

Aplikace parenterálních farmak

Návštěvní služba



# Efektivita střevní přípravy – porovnání roztoku sulfátových solí a polyethylenglykolu



**Hlavní autor:**

**MUDr. Štěpán Suchánek, Ph.D.**

Interní klinika 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy  
a Ústřední vojenské nemocnice -  
Vojenské fakultní nemocnice, Praha

**Spoluautoři:**

RNDr. Ondřej Májek, Ph.D.<sup>2</sup>; MUDr. Tomáš Grega<sup>1</sup>;  
Mgr. Ondřej Ngo<sup>2</sup>; MUDr. Petra Mináriková, Ph.D.<sup>1</sup>;  
MUDr. Nagyija Brogyuk<sup>1</sup>; doc. MUDr. Bohumil  
Seifert, Ph.D.<sup>3</sup>; doc. RNDr. Ladislav Dušek, Ph.D.<sup>2</sup>;  
prof. MUDr. Miroslav Zavoral, Ph.D.<sup>1</sup>

**Pracoviště:**

<sup>1</sup>Interní klinika 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy  
a Ústřední vojenské nemocnice - Vojen-  
ské fakultní nemocnice, Praha

<sup>2</sup>Institut biostatistiky a analýz, Lékařská fakulta  
Masarykovy univerzity, Brno

<sup>3</sup>Ústav všeobecného lékařství 1. lékařské fakulty  
Univerzity Karlovy, Praha

## Úvod:

Česká republika (ČR) se řadí mezi státy s nejvyšší incidencí a mortalitou kolorektálního karcinomu (KRK) ve světě. V roce 2012 bylo toto zhoubné onemocnění diagnostikováno u 7940 osob a 3938 pacientů na tuto malignitu zemřelo [1]. Od roku 2000 probíhá v ČR Národní program screeningu KRK, jehož design byl upraven v roce 2009. Program je zaměřen na bezpříznakové jedince, kterým je ve věku 50–54 let nabízen test na okultní krvácení do stolice (TOKS), v současné době výhradně imunochemický (iTOKS, FIT), a to v jednoročním intervalu. V případě jeho positivity následuje TOKS-pozitivní kolonoskopie (TOKS+ KS). Od věku 55 let existuje možnost volby, buď pokračovat ve vyšetřování TOKS ve dvouletých intervalech, nebo absolvovat screeningovou kolonoskopii (SK), která může být po deseti letech zopakována v případě negativního nálezu [2, 3].

Základním předpokladem úspěšného programu založeného na preventivní kolonoskopii (TOKS+ KS a SK) jsou kvalitní vstupní i následná dispenzární vyšetření. Cílem je dostatečný záchyt adenomů, pokročilých adenomů a karcinomů. Z toho důvodu je zcela zásadní adekvátní střevní očista. Ta je dána volbou preparátu a správným načasováním jeho použití.

Dle Evropské gastroenterologické společnosti (ESGE) je doporučovaná dělená střevní příprava pro dosažení nejlepšího efektu a zmírnění nežádoucích účinků [4]. V současné době je k dispozici několik různých preparátů pro střevní očistu. Jde zejména o polyethylenglykol (PEG; Fortrans) v dělené dávce o celkovém objemu 4 litry. Od loňského roku je v ČR registrováno i osmotické laxativum Eziclen, které je složeno ze sulfátových solí (Na<sub>2</sub>SO<sub>4</sub>, MgSO<sub>4</sub>, K<sub>2</sub>SO<sub>4</sub>). V menší míře jsou využívány i další střevní přípravky, především pikosulfát sodný se síranem hořečnatým (Picoprep) a PEG v redukováném objemu potencevaný askorbátem (Moviprep) [5-7].

V loňském roce byla naší skupinou publikována v časopise Practicus pilotní studie, jejímž cílem bylo zjistit efektivitu v té době nového přípravku Eziclen. Do studie bylo zařazeno 100 jedinců, kteří podstoupili preventivní kolonoskopii. Přípravek byl vyhodnocen jako efektivní (adekvátní stupeň očisty u 90 % pacientů; 57 % kolonoskopií s diagnostikovanými adenomy), bezpečný (klinicky nevýznamné změny v iontogramu), dobře tolerovaný českou screeningovou populací (jednoduchá příprava pro 73 % vyšetřovaných) a využitelný v běžné klinické praxi, zejména v případě děleného dávkování [8].

Vzhledem k příznivým výsledkům preparátu Eziclen byla provedena srovnávací studie s přípravkem Fortrans, který je považován za zlatý standard a je nejpoužívanějším laxativem v ČR pro střevní očistu před kolonoskopií. Základní parametry (cíle, metodika, výběr pacientů) byly identické jako u pilotní studie.

## Cíle studie:

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

## Metodika:

### Výběr pacientů:

V období 06/2014–05/2015 byly do studie konsekutivně



zařazeny osoby indikované k preventivní kolonoskopii v jednom centru (Oddělení gastrointestinální endoskopie ÚVN Praha). Šlo o bezpříznakové jedince ve věku 50–75 let, s negativní osobní a rodinnou anamnézou kolorektální neoplázie. Všichni obdrželi časný termín kolonoskopie (2–4 týdny). Výběr preparátu nebyl nijak omezen a byl dán pouze preferencí vyšetřovaného nebo odesílajícího lékaře dle běžných zvyklostí.

#### Průběh střevní přípravy:

Všichni pacienti byli podrobně instruováni (ústně a pomocí letáku) o způsobu přípravy a použití přípravku s důrazem na rozdělení dávek. Dávkování preparátů bylo následující:

Eziclen: v čase mezi 18. až 20. hodinou vyšetřovaní nalili první lahvičku roztoku do odměrky a doplnili vodou (či jinou tekutinou dle preference pacienta) do 500 ml. Poté následoval 1 litr tekutiny. Druhá dávka byla připravena identicky, tak aby pacient vypil poslední tekutiny 4–6 hodin před kolonoskopií.

Fortrans: od 20. hodiny vyšetřovaní vypili 2 litry přípravného roztoku (1 sáček Fortrans do 1 litru vody), rychlostí 1 litr/hodinu. Další 2 litry užili tak, aby s přípravou skončili nejdříve 6 hodin a nejpozději 4 hodiny před začátkem vyšetření.

V obou případech byla doporučena pouze lehká snídaně den před vyšetřením a poté pouze tekutiny.

#### Laboratorní vyšetření:

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

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

#### Dotazník subjektivních pocitů:

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

#### Hodnocení střevní přípravy:

Kolonoskopie provádělo celkem 6 lékařů. Očista střeva byla hodnocena pomocí čtyřstupňové klasifikace (A–D), všichni lékaři jsou obeznámeni s definicí jednotlivých stupňů a hodnotili tak stupeň přípravy identicky. Pro praktické

účely byla rozlišena střevní příprava na adekvátní (stupně A–B) a neadekvátní (C–D).

#### Statistické hodnocení:

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

#### **Výsledky:**

Do studie bylo zařazeno 300 jedinců, kteří absolvovali střevní přípravu, krevní odběry a kolonoskopii a vyplnili dotazník subjektivních pocitů.

Přípravu preparátem Fortrans (skupina Fortrans) absolvovalo 138 osob (46% ze všech zařazených; průměrný věk 60 let; 65% mužů), 102 z nich (74%) dodrželo instrukce ohledně dělené přípravy.

Přípravu preparátem Eziclen (skupina Eziclen) absolvovalo 162 osob (průměrný věk 61 let; 54% mužů), 137 z nich (85%) dodrželo výše zmíněná doporučení.

V obou skupinách mírně převažovaly screeningové kolonoskopie (62% ve skupině Fortrans, 55% ve skupině Eziclen).

Hlavní výsledky (stupeň střevní očisty, základní patologické nálezy, subjektivní pocity) jsou uvedeny v tabulkách 1, 2 a 3.

#### **Diskuze:**

Dostatečná střevní očista před kolonoskopií je zcela zásadní podmínkou k provedení kvalitního vyšetření. Tento fakt je ještě zvláště v případě screeningu, kdy jsou vyšetřovány bezpříznakové osoby, a v případě negativního výsledku je další kolonoskopie doporučena za 10 let. Kvalitu přípravku ke střevní očistě lze hodnotit z několika pohledů. Měla by být zaručena alespoň adekvátní očista (stupeň A+B na čtyřstupňové škále), nadprůměrný záchyt patologických nálezů (kolorektální neoplázie), bezpečnost (bez minerálového rozvratu) a dobrá tolerance vyšetřovanými jedinci. V České republice byl v roce 2014 proveden pilotní projekt, který prokázal dobrou efektivitu střevní přípravy roztokem sulfátových solí (preparát Eziclen). Dalším logickým krokem bylo porovnání tohoto relativně nového přípravku s již zavedenou a v běžné klinické praxi nejvíce užívanou přípravou roztokem polyetylglykolu (Fortrans).

S cílem dosáhnout vyšší statistické síly studie byl do této studie zařazen třikrát větší počet jedinců.

U obou přípravků byla doporučena dělená příprava. Nicméně v obou skupinách se vyskytli jedinci, kteří toto doporučení nerespektovali (26% ve skupině Fortrans a 15% ve skupině Eziclen) přestože byli informováni jak ústně při objednání, tak i písemně (leták vydaný spolu s přípravou, speciálně vypracovaný pro účely studie). Menší procento u Eziclenu není zcela jasné, ale může být dáno formou balení a tedy tento přípravek je dodáván ve dvou lahvičkách a tedy více vybízí k rozdělení do dvou dávek. Porovnání obou přípravků ukazuje na nesignifikantně mírně lepší očistu v případě preparátu Fortrans a naopak mírně lepší záchyt kolorektální neoplázie při použití přípravku Eziclen, statisticky významný u adenomů.

Excelentní příprava (stupeň A) byla dosažena u 70% vyšetřovaných s přípravkem Fortrans, oproti tomu v případě Eziclenu u 58% jedinců. Nicméně dle Evropských doporučení je za směrodatný parametr považována příprava adekvátní (stupeň A+B), kde byly výsledky podobné jak u Fortransu, tak i Eziclenu (93%, respektive 90%, statisticky nevýznamný rozdíl). U obou přípravků byl statisticky významný rozdíl ve prospěch dělené oproti nedělené přípravě, a to zejména u stupně A (Fortrans: 80% versus 42%; Eziclen: 64% versus 24%). Tyto výsledky jednoznačně podporují doporučení publikovaná ESGE preferující dělenou přípravu.

Patologické nálezy byly častěji diagnostikovány ve skupině Eziclen oproti skupině Fortrans, a to jak v případě adenomů (57% vs. 41%,  $p=0,008$ ), tak i pokročilých adenomů (17% vs. 11%) a karcinomů (2% vs. 0%). Ani u jednoho přípravku nebyl u těchto parametrů pozorován signifikantní rozdíl mezi dělenou a nedělenou přípravou. Efektivitu obou přípravků v případě diagnostiky adenomů potvrzuje srovnání s výsledky celonárodního programu screeningu KKR, kde v roce 2014 dosáhl záchyt adenomů 41% u TOKS+KS a 28% u SK.

#### Literatura:

1. Dušek L, Mužik J, Kubásek M, Koptíková J, Žaloudík J, Vyzula R. Epidemiologie zhoubných nádorů v České republice [online]. Masarykova Univerzita, Česká republika, [2005], [cit. 2011-10-30]. <http://www.svod.cz>. Verze 7.0 [2007], ISSN 1802-8861.
2. Zavoral M, Suchanek S, Majek O et al. Colorectal cancer screening: 20 years of development and recent progress. *World J Gastroenterol* 2014 Apr 14; 20(14):3825-34.
3. Suchanek S, Majek O, Vojtechova G et al. Colorectal cancer prevention in the Czech Republic: time trends in performance indicators and current situation after 10 years of screening. *Eur J Cancer Prev* 2014 Jan; 23(1):18-26.
4. Hassan C, Bretthauer M, Kaminski MF, Polkowski M, Rembacken B, Saunders B, Benamouzig R, Holme O, Green S, Kuiper T, Marmo R, Omar M, Petruzzello L, Spada C, Zullo A, Dumonceau JM; European Society of Gastrointestinal Endoscopy. Bowel preparation for colonoscopy: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) guideline. *Endoscopy*. 2013;45(2):142-50.
5. Di Palma JA, Rodriguez R, McGowan J, Cleveland, M.A. randomized clinical study evaluating the safety and efficacy of a new, reduced-volume, oral sulfate colon-cleansing preparation for colonoscopy. *Am J Gastroenterol*. 2009 Sep;104(9):2275-84.
6. Rex DK, Di Palma JA, Rodriguez R, McGowan J, Cleveland, M.A. randomized clinical study comparing reduced-volume oral sulfate solution with standard 4-liter sulfate-free electrolyte lavage solution as preparation for colonoscopy. *Gastrointest Endosc*. 2010 Au;72(2):328-36.
7. Rex DK, Di Palma JA, McGowan J, Cleveland MV. A comparison of oral sulfate solution with sodium picosulfate: magnesium citrate in split doses as bowel preparation for colonoscopy. *Gastrointest Endosc*. 2014 Dec;80(6):1113-23.
8. Suchánek Š, Májek O, Grega T, Ngo O, Mináriková P, Brogyuk N, Seifert B, Dušek L, Zavoral M. Nová, efektivní a bezpečná střevní příprava. *Practicus*. 2014; 13(7): 15-19. ISSN 1213-8711.

Oba přípravky lze považovat za bezpečné, neboť hodnoty hlavních sledovaných laboratorních parametrů (natrium, kalium, magnesium) před a po střevní přípravě nebyly klinicky významné.

Také v případě subjektivních pocitů vyšetřovaných nebyl prokázán rozdíl mezi preparáty. U Eziclenu byla dokumentována častěji nauzea a dehydratace, na druhou stranu byla u větší části osob uvedena snadnější aplikace.

#### Závěr:

Dle výsledků této studie lze považovat sulfátové soli i polyetylen glykol za efektivní střevní přípravu před kolonoskopií, zejména v případě děleného dávkování. Oba přípravky poskytují dostatečnou a adekvátní střevní očistu, díky které lze diagnostikovat nadprůměrný počet kolorektálních neoplázií. Jde o přípravky bezpečné a dobře tolerované českou screeningovou populací. Tyto závěry plánujeme ověřit v randomizované studii.

#### Poděkování:

Autoři děkují Simoně Birtové a Barbaře Dvorské za administrativní podporu studie a dále všem odborníkům, kteří se na projektu podíleli (lékaři a endoskopické sestry provádějící kolonoskopie a praktičtí lékaři odesílající vyšetřované na screeningová vyšetření).

Práce byla podpořena grantem IGA MZ ČR číslo NT/13673

Tabulka 1 Stupeň střevní očisty						
	FORTRANS			EZICLEN		
	Dělená	Nedělená	CELKEM	Dělená	Nedělená	CELKEM
Počet pacientů	N=102	N=36	N=138	N=137	N=25	N=162
Stupeň A (%)	82 (80 %)	15 (42 %)	97 (70 %)	88 (64 %)	6 (24 %)	94 (58 %)
p-hodnota <sup>1</sup>	< 0,001			< 0,001		
p-hodnota celkem <sup>2</sup>	0,031					
Stupeň A nebo B (%)	100 (98 %)	28 (78 %)	128 (93 %)	131 (96 %)	15 (60 %)	146 (90 %)
p-hodnota <sup>1</sup>	< 0,001			< 0,001		
p-hodnota celkem <sup>2</sup>	0,538					

<sup>1</sup> Závislost stupně střevní přípravy na způsobu střevní přípravy (dělená/nedělená) zvlášť u FORTRANS a EZICLEN.

<sup>2</sup> Závislost stupně střevní přípravy na režimu střevní přípravy (FORTRANS, EZICLEN).

Tabulka 2 Základní patologické nálezy						
	FORTRANS			EZICLEN		
	Dělená	Nedělená	CELKEM	Dělená	Nedělená	CELKEM
Počet pacientů	N=102	N=36	N=138	N=137	N=25	N=162
Adenomy počet (%)	42 (41 %)	15 (42 %)	57 (41 %)	80 (58 %)	13 (52 %)	93 (57 %)
p-hodnota <sup>1</sup>	1,000		0,661			
p-hodnota celkem <sup>2</sup>	0,008					
Pokročilé adenomy počet (%)	10 (10 %)	5 (14 %)	15 (11 %)	21 (15 %)	7 (28 %)	28 (17 %)
p-hodnota <sup>1</sup>	0,538		0,150			
p-hodnota celkem <sup>2</sup>	0,137					
Karcinomy počet (%)	-	-	-	3 (2 %)	-	3 (2 %)

<sup>1</sup> Závislost přítomnosti daného patologického nálezu na způsobu střevní přípravy (dělená/nedělená) zvlášť u FORTRANS a EZICLEN.

<sup>2</sup> Závislost přítomnosti daného patologického nálezu na režimu střevní přípravy (FORTRANS, EZICLEN).

Tabulka 3 Subjektivní pocity					
	Parametr	Fortrans (N = 138)	%	Eziclen (N = 162)	%
Symptomy	žádné	106	77%	107	66%
	nauzea/dehydratace	25	18%	37	23%
	křeče/bolesti břicha	7	5%	18	11%
Aplikace	snadná	125	91%	157	97%
	obtížná	13	9%	5	3%
	neproveditelná	0	0%	0	0%
Chuť	výborná/příjemná	30	22%	35	22%
	snesitelná	91	66%	95	58%
	nepříjemná	17	12%	32	20%

# Léčebné metody užívané u nemocných s chronickým žilním onemocněním a adherence pacientů k těmto metodám v běžné klinické praxi v ČR



**PharmDr. Josef Suchopár**  
Infopharm, a. s., Praha

**MUDr. Michal Prokeš**  
Infopharm, a. s., Praha

## Úvod

Chronické žilní onemocnění (CVD, chronic venous disease) zahrnuje morfologické a funkční změny žilního systému, které se projevují subjektivními a/nebo objektivními příznaky. Tato onemocnění jsou, jak uvádí Kareto-ová et al, 2011<sup>1</sup>, přehlíženou kapitolou kardiiovaskulární medicíny. Prevalence žilních chorob se u dospělé populace odhaduje na 40–50 %, prevalence varixů na 5–30 %, s predominancí žen (2–3: 1). S výskytem varixů se přímo spojuje rozvoj chronické žilní insuficience (CVI, chronic venous insufficiency), i když varixy nejsou její jedinou příčinou. Nejtěžší forma nemoci – bércové vředy, aktivní nebo zhojené, jsou přítomny u 1–2 % populace. **Jde o onemocnění vleklé, více než polovina vředů se hojí déle než jeden rok. Základem léčby CVD jsou konzervativní metody: režimová opatření, kompresivní léčba a farmakoterapie.** U pokročilých stadií (tzn. CVI – stadia C3–C6) je často třeba radikálního přístupu – eliminace varixů i venózního refluxu. **Léčba je většinou celoživotní. Je velmi pravděpodobné, že časnější stanovení diagnózy a včasné zahájení léčby vede ke zmírnění fyzického i psychického utrpení a také ke snížení nákladů na zdravotní péči,** jak uvádí Vojtíšková J, 2012<sup>2</sup>. Vojtíšková ve své práci popisuje výsledky epidemiologického průzkumu provedeného v rámci mezinárodního průzkumu **Vein Consult Program**, který proběhl ve 22 zemích světa. V ČR se studie zúčastnilo 80 lékařů, každý z nich měl odeslat informace o dvaceti po sobě jdoucích vyšetřených pacientech ve věku 40 a více let. U 82 % pacientů byly zjištěny subjektivní příznaky žilních onemocnění a u 63 % byly zjištěny objektivní známky chronického žilního onemocnění. **Lékaři by doporučili léčbu vč. režimových opatření u 75 % pacientů, ve skutečnosti byla terapeutická opatření zavedena pouze u 50 % pacientů.** Byla vyslovena hypotéza, že některá nefarmakologická terapeutická opatření jsou u pacientů nepopulární, a proto je lékaři doporučují (předepisují) méně často než

by bylo zapotřebí. Bylo opakovaně prokázáno, např. auto-ry Kostats et al, 2010<sup>3</sup>, že ortostatická zátěž DK, obezita a kompresivní terapie jsou nezávislými rizikovými faktory pro progresi CVD. **Účinnost léčby je závislá na dostatečné adherenci pacientů k takovým léčebným opatřením, která výše uvedené rizikové faktory eliminují nebo alespoň snižují.**

Pro zjištění podrobnějších informací o charakteru používané léčby včetně adherence pacientů v ČR k různým léčebným metodám byla provedena **průřezová observační retrospektivní studie Hodnocení péče o nemocné s chronickým žilním onemocněním v podmínkách běžné klinické praxe**, jejíž hlavní cíle byly následující:

- I. **Identifikovat zdravotní péči o nemocné s chronickým žilním onemocněním v primární péči.**
- II. **Zjistit adherenci (compliance) pacientů k této péči.**

## Metodika

Údaje pro hodnocení všech sledovaných parametrů byly získány pomocí dvou vytištěných dotazníků: první dotazník byl určen k vyplnění lékaři a druhý dotazník vyplňoval pacient. **Vstupními kritérii** byl věk pacientů **18 let a více a přítomnost chronického žilního onemocnění**, dále pak podpis informovaného souhlasu pacientem. Kromě základních charakteristik pacienta byl zjišťován **popis příznaků a projevů CVD** v čase vyplnění dotazníku (kontrolní vyšetření u lékaře) a při zahájení léčby – tedy před cca 3 měsíci ( $\pm 1$ ). Dále byl zjišťován **vývoj intenzity obtíží pacienta, charakter terapie a spokojenost pacienta s léčbou**. Data byla z tištěného dotazníku převedena do elektronické databáze, která po kontrole správnosti sloužila k vyhodnocení dat. Data byla po kontrole správnosti v MS Excel zpracována pomocí statistického softwaru SYSTAT<sup>®</sup> 10 a prezentována pomocí tabulek a grafů. Ke statistickému zpracování dat byly použity následující prostředky a metody statistického zpracování: Použité metody: program SYSTAT<sup>®</sup> 10, Copyright © 2000 by SPSS Inc. (<http://www.systat.com>)

- základní statistické údaje (průměr, směrodatná odchylka, minimum, maximum, absolutní a relativní četnosti)
  - McNemarův test pro diskrétní proměnné
  - Wilcoxonův test pro spojité proměnné
- Všechny testy byly dvoustranné a hladina významnosti p menší než 5 % byla považována za statisticky významnou.

## Výsledky

Celkem bylo osloveno 320 **praktických lékařů v celé ČR**, z nichž **se do výzkumu zapojilo 293**, z toho zhruba polovina z Čech a polovina z Moravy. Tito lékaři v období **7. ledna 2013–27. února 2014** vyplnili údaje o celkem 8.083 pacientech. Po vyřazení údajů pacientů, kteří nesplňovali vstupní kritéria, bylo **do statistického zpracová-**

**Tabulka č. 1: Podíl pacientů (n=7.994) s jednotlivými příznaky před zahájením léčby a v čase kontrolního vyšetření**

Projevy a příznaky CVD (podíl pacientů)	před zahájením léčby (- 3±1 měsíc)	v čase kontrolního vyšetření	rozdíl (p) NcNemarův test
zcela bez příznaků	0,09 %	12,30 %	<0,001
bolest DK*	74,32 %	27,73 %	<0,001
pocit těžkých DK	85,76 %	31,01 %	<0,001
pocit otékání DK	72,49 %	23,41 %	<0,001
křeče v DK	63,67 %	16,78 %	<0,001
teleangiektázie	44,61 %	38,42 %	<0,001
křečové žíly	72,77 %	64,87 %	<0,001
otoky DK	53,35 %	16,26 %	<0,001
změny na kůži DK	32,67 %	27,76 %	<0,001
zhojený bérkový vřed	8,17 %	9,77 %	<0,001
aktivní bérkový vřed	4,62 %	1,94 %	<0,001

Poznámka: \*DK = dolní končetiny

**ni zařazeno celkem 7.994 pacientů** (z toho 2.039 mužů a 5.913 žen, tj. 74%). Průměrný věk pacientů činil 60,7 ± 16,1 let, průměrná tělesná hmotnost 81,4 ± 16,5 kg, průměrná tělesná výška 168,4 ± 8,5 cm a průměrný BMI 28,6 ± 5,4 kg/m<sup>2</sup>. Z uvedených 7.994 pacientů vyplnilo celkem 1.901 (z toho 466 mužů a 1.415 žen, tj. 74,4 %) pacientů též dotazník pro pacienty, charakteristiky této skupiny pacientů byly prakticky totožné s charakteristikami souboru všech pacientů.

Výčet příznaků a projevů CVD před zahájením léčby a v čase kontrolního vyšetření provedeného s odstupem 3 ± 1 měsíce je uveden v tabulce č. 1. Zdrojem těchto údajů je dotazník vyplněný lékařem.

### Terapie pacientů

**U celkem 6.776 pacientů (84,76 %) byla doporučena režimová opatření, respektive změna životosprávy, u 5.246 pacientů (65,62 %) terapie s použitím kompresivních pomůcek, u 7.208 (90,17 %) pacientů byla pro léčbu CVD předepsána farmakoterapie a u 716 pacientů**

(8,96 %) jiná než výše uvedená terapie. V tabulce č. 2 jsou porovnány podíly jednotlivých terapeutických intervencí tak, jak je uvedli lékaři u sledovaných 7.994 pacientů a tak, jak uvedlo 1.901 pacientů v dotaznících, které sami vyplnili. U prakticky každého pacienta bylo zpravidla doporučeno více léčebných metod. Z údajů lze usoudit, že ze **tří hlavních kategorií (režimová opatření, komprese a farmakoterapie) si pacienti nejčastěji zapamatovali předpis léků a nejméně často doporučení režimových opatření** (ze všech případů, kdy jim byly tyto intervence doporučeny).

### a) REŽIMOVÁ OPATŘENÍ

Lékaři u více než 50 % pacientů doporučovali polohovat nohy, pohybovat nohama, vybrat si správný sport, redukovat hmotnost a používat vhodné podpatky, celkem byla tato opatření doporučena u přibližně 60 % pacientů. Méně často lékaři doporučovali vyhýbat se zdrojům tepla a masírovat nohy. Průměrný počet doporučení režimových opatření připadajících na jednoho pacienta dosáhl

počtu 3,72. Podle vyjádření lékařů 51,6 % pacientů taková doporučení dodržovala zcela, 34,6 % dodržovala částečně a 6,0 % pacientů tato opatření nedodržovala. U 8 % pacientů se jejich lékaři k tomuto bodu nevyjádřili. Důvody pro nedodržování režimových opatření jsou uvedeny v tabulce č. 3.

**Tabulka č. 2: Frekvence jednotlivých intervencí podle vyjádření lékařů a podle vyjádření pacientů**

	podle vyjádření lékařů (n = 7994)	podle vyjádření pacientů (n = 1901)	podíl vyjádření pacientů/ lékařů
režimová opatření	84,76 %	49,82 %	58,78 %
kompresivní pomůcky	65,62 %	53,29 %	81,21 %
farmakoterapie	90,17 %	83,90 %	93,05 %
jiná léčba	8,96 %	2,26 %	25,22 %

**Tabulka č. 3: Podíl pacientů s jednotlivými důvody, proč režimová opatření nedodržovali**

	podle vyjádření lékařů	podle vyjádření pacientů
žádný důvod	20,67 %	67,48 %
nedostatek času	27,74 %	16,90 %
náročné změny	32,75 %	14,89 %
nedostatek efektu	11,82 %	7,29 %
lékař neznal důvody	16,47 %	N.A.
jiné důvody	3,29 %	0,95 %

Poznámka: N.A. = Not Available, nedostupné informace

Z tabulky č. 3 je patrné, že **lékaři nejčastěji hledali příčinu odmítnutí rad ohledně režimových opatření v tom, že změna by byla pro pacienta příliš náročná, pacienti si zpravidla nechali důvody takového odmítnutí pro sebe a raději příslušnou část dotazníku nevyplnili.**



## b) KOMPRESIVNÍ TERAPIE

Kompresivní terapie byla lékaři předepsána v rámci systému veřejného zdravotního pojištění u 65,62 % pacientů, přičemž se v 81,34 % jednalo o II. kompresní třídu (23–32 mmHg) a ve 12,87 % případů o I. kompresní třídu (15–21 mmHg). Podle vyjádření pacientů se nejčastěji jednalo o elastické punčochy v úrovni stehen (50,25 %) a pod kolenem (38,10 %), u 13,43 % pacientů byly předepsány elastické obvazy a u 1,18 % pacientů obvazy neelastické. Naprostá většina pacientů si předepsané kompresní pomůcky v lékárně skutečně vyzvedla (94,37 % podle údajů pacientů, 91,12 % podle údajů lékařů), avšak někteří nikoliv. Důvody nevyzvednutí pomůcky zpravidla pacienti neuváděli, v několika případech byla důvodem nevyzvednutí údajná vysoká cena doplátku nebo nebyla pomůcka k dispozici. V tabulce č. 4 je uvedena adherence ke kompresivní terapii tak, jak

**Tabulka č. 4: Adherence ke kompresivní terapii podle lékařů a pacientů**

	podle vyjádření lékařů	podle vyjádření pacientů
vůbec nenosí	7,74 %	4,15 %
přerušovaná aplikace pomůcek	22,15 %	35,74 %
většinou nosí	36,62 %	21,22 %
aplikuje přesně podle doporučení	31,32 %	36,23 %
neuvedeno	2,10 %	2,67 %

ji hodnotili lékaři a jak pacienti, a v tabulce č. 5 jsou uvedeny důvody pro non-adherenci.

**V době od doporučení kompresivní pomůcky do doby kontroly nosilo pomůcku pouze 31,3 % pacientů přesně podle doporučení,** dalších 36,7 % pacientů ji nosilo po dobu 4–6 dnů v týdnu, zbylá třetina pacientů nosila pomůcku méně než polovinu týdne a lze jí tak označit za non-adherentní. Z tabulky č. 5 vyplývá, že **důvody non-adherence jsou často nejasné.**

**Tabulka č. 5: Důvody pro nedodržování komprese podle lékařů a pacientů**

	podle vyjádření lékařů	podle vyjádření pacientů
žádný	48,15 %	52,22 %
pomůcky nevyhovují	9,23 %	9,77 %
těžko se nasazují	20,11 %	22,80 %
jsou neatraktivní	7,47 %	8,00 %
jsou nepohodlné	23,47 %	22,31 %
komprese není účinná	1,24 %	1,18 %
způsobuje kožní potíže	11,99 %	10,27 %
důvod není lékaři známý	4,59 %	N.A.
jiné důvody	2,27 %	4,24 %

**Tabulka č. 6: Dodržení doporučené doby užívání léků předepsaných lékařem**

	podle vyjádření lékařů	podle vyjádření pacientů
pacient dodržel doporučenou dobu užívání	94,96 %	89,99 %
pacient NEdodržel doporučenou dobu užívání	3,45 %	7,63 %
neuvedeno	1,58 %	2,38 %

## c) FARMAKOTERAPIE

Farmakoterapie byla podle vyjádření lékařů předepsána u 90,2 % pacientů a podle vyjádření pacientů v 83,9 % případů (i když ve skutečnosti byl předpis léčiva poskytnut 95,1 % z 1.901 pacientů vyplňujících patientský dotazník).

**Léčiva byla zpravidla předepsána na dobu delší než 4 týdny.** Tabulka č. 6 ukazuje, do jaké míry pacienti dodržovali dobu užívání předepsaných léčiv.

V převážné většině případů byly z farmak předepisována léčiva stabilizující kapiláry, a to fixní kombinace diosminu s hesperidinem (mikronizovaná purifikovaná flavonoidní frakce), oxerutin, kalcium dobesilát, tribenosid a escin. U 716 pacientů (tj. 9,0 %) byla předepsána také jiná farmakoterapie: u 203 pacientů se jednalo o statiny, dále se jednalo o naftidrofuryl, pentoxifylin a některé další léčivé přípravky. U 63 pacientů byl předepsán warfarin a/nebo protidestičkové léky. Lokální terapií bylo léčeno 158 pacientů a operační zákrok (většinou sklerotizaci) podstoupilo 69 pacientů.

## Kombinace různých léčebných metod

**Podle vyjádření lékařů byli pacienti průměrně léčeni 2,5 léčebnými metodami, podle vyjádření pacientů bylo lékařem indikováno pouze 1,9 léčebných metod, adherence k jednotlivým léčebným metodám byla velmi rozdílná.** Podle vyjádření lékařů byla trojkombinace intervencí (režimová opatření, kompresivní terapie a farmakoterapie) indikována u 50,1 % pacientů, avšak podle vyjádření pacientů převažovala dvojkombinace intervencí, kde základem byla terapie venofarmaky a ta byla prakticky stejnou měrou kombinována buď s režimovými opatřeními nebo s kompresivní terapií. Při použití jediné metody byla dotyčnému pacientovi zpravidla podávána samotná venofarmaka, méně často samotné doporučení režimových opatření a jen ojed-

**Tabulka č. 7: Podíl monoterapie a kombinací různých léčebných metod**

	podle vyjádření lékařů	podle vyjádření pacientů
použita pouze jedna léčebná metoda	10,86 %	32,86 %
- pouze režimová opatření	2,39 %	4,65 %
- pouze užívání venofarmak	8,22 %	22,89 %
- pouze kompresivní pomůcka	0,71 %	3,95 %
- pouze jiná metoda	0,19 %	0,70 %
kombinace dvou z uvedených metod	32,92 %	41,29 %
kombinace tří z uvedených metod	50,08 %	26,14 %
kombinace čtyř metod	5,49 %	0,38 %



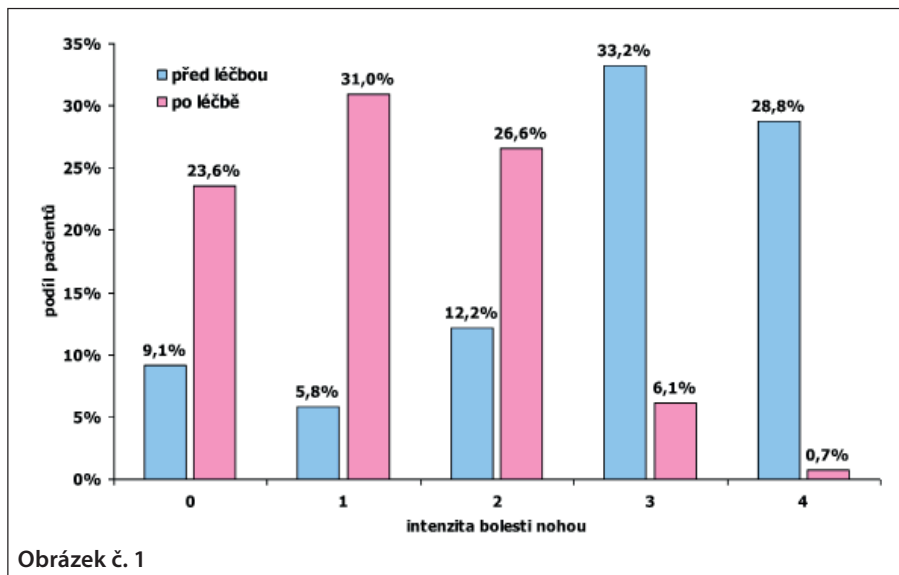
něle samotná kompresivní terapie. Tabulka č. 7 ukazuje počty jednotlivých kombinací podle vyjádření lékařů a podle vyjádření pacientů.

### Výsledky terapie pacientů

Podle hodnocení lékařů tříměsíční léčba výrazně zmírnila jednotlivé příznaky a pacienti byli zpravidla spokojeni. Obrázek č. 1 znázorňuje hodnocení bolestí nohou před

a po třech měsících léčby, podobné zlepšení bylo zaznamenáno ve smyslu pocitu těžkých nohou, pocitu otékání nohou a křečů v nohou.

Zatímco před zahájením léčby mělo obtíže vyjádřené jako bolesti nohou stupně 0 a 1 (hodnoceno na škále 0-4, kde 0 je žádná bolest, 4 nejsilnější bolest) jen 14,9 % pacientů, **po tříměsíční komplexní terapii to bylo 54,6 %, tedy více než 3x více pacientů bez bolesti.** U 10,9 %



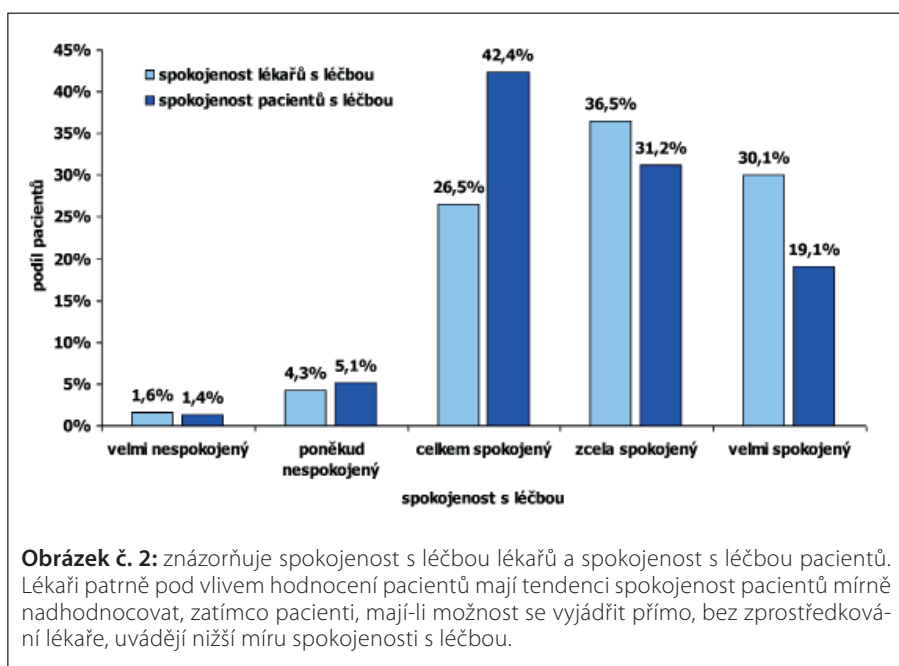
Obrázek č. 1

pacientů před léčbou, respektive 12,1 % pacientů po léčbě nebyly údaje o intenzitě bolestí nohou uvedeny.

### Diskuse

**Tříměsíční komplexní terapie CVD vedla k významnému ústupu obtíží a k významně převažující spokojenosti s léčbou.** Spokojenost s léčbou byla vyšší, pokud byla hodnocena lékaři, což ale s velkou pravděpodobností bylo dáno charakterem informací, které jsou lékařům ochotni dodat pacienti.

Primárním cílem studie bylo identifikovat zastoupení jednotlivých druhů poskytované péče a zjistit adherenci k této péči. **Zatímco lékaři nejčastěji kombinovali všechny tři hlavní léčebné metody – režimová opatření, kompresivní terapii a farmakoterapii – pacienti si zpravidla zapamatovali pouze dvě z těchto léčebných metod.** Ke shodě lékařů a pacientů došlo při stanovení míry adherence k jednotlivým léčebným metodám: nejvyšší adharenci měli pacienti k farmakoterapii, a to shodně podle vyjádření lékařů i pacientů přibližně v 90 %. Míra adharenci k režimovým opatřením byla nižší a činila přibližně 60 % a míra adharenci ke kompresivní terapii byla nejnižší a činila pouhých 30–40 %, což



Obrázek č. 2: znázorňuje spokojenost s léčbou lékařů a spokojenost s léčbou pacientů. Lékaři patrně pod vlivem hodnocení pacientů mají tendenci spokojenost pacientů mírně nadhodnocovat, zatímco pacienti, mají-li možnost se vyjádřit přímo, bez zprostředkování lékaře, uvádějí nižší míru spokojenosti s léčbou.

### Ize v souvislosti s účinností a významem komprese při terapii CVD za zcela neuspokojivé.

Doporučené postupy<sup>1</sup> jednoznačně zdůrazňují, že kompresivní léčba jedním ze základních léčebných prostředků pro CVD, přičemž bez účinné léčby lze předpokládat progresi nekomplikované CVD do vyšších stadií, jak např. dokládá Panier et al, 2012<sup>4</sup>. **Nízkou compliance s nošením kompresivních punčoch zjistili i další autoři** Ziaja et al, 2011<sup>5</sup> ve studii u 16.770 pacientů s CVD provedené v Polsku. Těmto pacientům byly kompresiv-

ní punčochy předepsány v 53,4 % případů, ale nosilo je pouze 25,6 % pacientů. Používání kompresivních punčoch bylo častější u pacientů s vyššími stupni CVD, frekvence jejich užívání se měnila od 10,5 % u pacientů se stupněm C0 (pacienti s pouze subjektivními potížemi) až do 52 % u pacientů se stupněm C6 (pacienti s aktivním bérčovým vředem). Naproti tomu venofarmaka užívalo 92 % pacientů CVD stupně C0 a 96,1 % stupně C6. Podobné výsledky přinesla studie autorů Raju et al, 2007<sup>6</sup>, kteří během osmi let v USA vyšetřili 3.144 pacientů s CVD, kteří byli předtím

PLNOU VERZI ČASOPISU  
VČETNĚ INZERCE  
NALEZNETE V INTERNÍ SEKCI  
[WWW.SVL.CZ](http://WWW.SVL.CZ)

léčení praktickými lékaři nebo i specialisty. **Pouze 21 % pacientů udávalo, že nosí punčochy denně**, 12 % po většinu dnů v týdnu a 4 % méně často, ostatní pacienti kompresivní punčochy vůbec neuzívali. **Příčina neužívání punčoch zpravidla nebyla pacienty udána (30 %), nebo punčochy nebyly údajně vůbec předepsány (25 %), nepomáhaly pacientovi (14 %), byly příliš „těsné“ (13 %), nebo nepohodlné v teplém počasí (8 %).** Dalšími důvody byla dermatitis, nevábny vzhled punčoch, neschopnost si navléknout punčochy (vždy po 2 %). Compliance přitom byla stejná u mužů i žen a nebyla závislá na věku pacientů. Mudge et al, 2007<sup>7</sup> z Cardiff University (Velká Británie) ve studii u 30 (z toho bylo 11 mužů a 19 žen) pacientů s otevřeným bérčovým vředem (tedy CVD stupně C6) průměrného věku 70 let během 6 týdnů indikovali kompresivní terapii a každý týden compliance i účinek léčby kontrolovali. Plná compliance byla zdravotními sestrami zjištěna u 80 % pacientů. Celkem 69,4% pacientů udávalo, že taková léčba je pohodlná a 92,6 % že je snadno aplikovatelná. Během šesti týdnů se zcela vyhojila jedna třetina vředů a u nezhojených vředů došlo v 85,1 % případů k redukci velikosti vředu. Andreozzi et al, 2005<sup>8</sup> prostřednictvím dotazníků MOS SF-36, CIVIQ-2, Euro-QoL 5D a pomocí vizuální analogové škály prokázali, že aplikace kompresivních punčoch u pacientů s CVD zvyšuje kvalitu života oproti pacientům s CVD, kteří punčochy neuzívali.

**V předložené studii bylo potvrzeno, že v podmínkách ČR mají pacienti ze všech hlavních léčebných metod nejnižší adhezenci bohužel právě ke kompresivní léčbě.** Každodenní aplikace kompresivní léčby je účinnou prevencí komplikací CVD včetně bérčového vředu a základem léčby otevřeného bérčového vředu. **Vzhledem k širokému rozšíření CVD v populaci lze považovat non-adhezenci k účinné léčbě za celospolečenský problém, který s odstupem času přináší pacientům fyzické u psychické utrpení a který**

**zvyšuje čerpání prostředků veřejného zdravotního pojištění<sup>2</sup>.** Proto je nutné pacienty při předpisu kompresivní terapie náležitě poučit a vysvětlit jim, že se zlepšení obtíží při pravidelném nošení kompresivních pomůcek obvykle dostaví rychle. Pacientům je třeba sdělit, že kompresivní terapie je nedílnou součástí komplexní léčby CVD, spolu s režimovými opatřeními a venofarmaky a nese s sebou nejen snížení symptomatologie onemocnění, ale především znamená zásadní prevenci rozvoje komplikací. Poučení je třeba provádět opakovaně a aktivně přítom s pacienty řešit jejich námítky a zkušenosti. Podobně v lékárně je nezbytné věnovat dostatečnou pozornost výběru vhodné pomůcky, pracovní lékární by měli být pacientovi nápomocni radou a současně by mu měli zajistit dostatek času na výběr a odzkoušení kompresivních pomůcek. Pacienti pravděpodobně nebudou nosit kompresivní pomůcky, které následně označují jako velmi těsné, obdobně nebudou pravděpodobně nosit kompresivní pomůcky, které nebudou moci snadno nasazovat.

Vysoká adherence pacientů k venofarmakologické léčbě. **Vhodně zvolené venofarmakum může prokazatelně zpomalit progresi onemocnění,** jak bylo zdůrazněno i v posledních mezinárodních Doporučených postupech UIP/IUA/CEVF pro léčbu CVD z roku 2014<sup>9,10</sup>. Nejsilnější míra doporučení 1 B byla přidělena jedinému venofarmaku - mikronizované purifikované flavonoidní frakci. **Poslední důkazy navíc apelují na časné zahájení léčby CVD již od stadia C0s** (symptomy bez objektivních známek onemocnění), kdy sledované venofarmakum (mikronizovaná purifikovaná flavonoidní frakce) významně redukovalo tzv. tranzitorní přechodný reflux, který v případě neléčené choroby může přejít v reflux trvalý<sup>11</sup>.

Autoři článku děkují účastníkům průzkumu, neboť bez jejich aktivního a odpovědného přístupu by průzkum nemohl být objektivně realizován.

#### Literatura:

- 1 Karetová D, Seifert B, Vojtíšková J, et al: Chronická žilní onemocnění. Doporučené diagnostické a terapeutické postupy pro všeobecné praktické lékaře, první vydání 2011. <http://www.svl.cz/files/files/Doporučene-postupy-2008-2012/Chron-žilni-onemocneni.pdf>
- 2 Vojtíšková J: Czech Vein Program – výsledky epidemiologického programu. *Prakt Flebol* 2012; 21: 8-13
- 3 Kostas TI, Ioannou V, Drygiannakis I, et al: Chronic venous disease progression and modification of predisposing factors. *J Vasc Surg* 2010; 51: 900-907
- 4 Panier F, Rabe E: The relevance of the natural history of varicose veins and refunded care. *Phlebology* 2012; Suppl. 1: 23-26
- 5 Ziaja D, Kocelak P, Chudek J, Ziaja K: Compliance with compression stockings in patients with chronic venous disease. *Phlebology* 2011; 26: 353-360
- 6 Raju S, Hollis K, Neglen P: Use of compression stockings in chronic venous disease: patients compliance and efficacy. *Ann Vasc Surg* 2007; 21: 790-795
- 7 Mudge E, Ivins N, Simmonds W, Price P: Adherence to a 2-layer compression system for chronic venous ulceration. *Br J Nurs* 2007; 16: S4, S6, S8
- 8 Andreozzi GM, Cordova R, Scomparin MA, et al: Effects of elastic stocking on quality of life of patients with chronic venous insufficiency. An Italian pilot study on Triveneto Region. *Int Angiol* 2005; 24: 326-329
- 9 Nicolaidis A et al. Management of chronic venous disorders of the lower limbs: guidelines according to scientific evidence. *Int Angiol*. 2014; 33: 126-139
- 10 Perrin M, Ramelet AA: Efficacy of veno-active drugs in primary chronic venous disease: survey of evidence, synthesis, and tentative recommendations. *The Vein Book*. 2014; Oxford University Press; Second Edition:chapter 61: 514-527
- 11 Tsoukanov YT et al: Great saphenous vein transitory reflux in patients with symptoms related to chronic venous disorders, but without visible signs (C0s), and its correction with MPFF treatment. *Phlebolympology*. 2015; 22(1): 18-24

# Všeobecný praktický lékař a návykové látky



**MUDr. Josef Štolfa**  
IPVZ, Ruská 85, 100 05 Praha 10



**MUDr. Kristýna Kožoušková**  
Praktická lékařka Praha 1

## Souhrn

V České republice, na rozdíl od většiny zemí Evropské unie, není běžné, aby všeobecní praktičtí lékaři (VPL) a praktičtí dětské lékaři (PDL) poskytovali zvláštní péči osobám závislým na návykových látkách. Jediný výzkum, zaměřený na postoje všeobecných praktických lékařů, VPL, k osobám závislým na návykových látkách (NL) byl prováděn v roce 2004 Úřadem vlády ČR (Mravčík V) v Dotazníkové studii mezi praktickými lékaři, zaměřené na zkušenosti a postoje k substituční léčbě. Katedra všeobecného lékařství IPVZ v letech 2011 a 2012 realizovala retrospektivní dotazníkovou studii zaměřenou na lékaře akreditovaných školicích pracovišť oboru VPL, jejich zkušenosti s péčí o závislé osoby. Rovněž na jejich zkušenosti a případně možnosti poskytování substituční léčby těmto pacientům.

**Cílem** dotazníkového průzkumu, jehož výsledky k dané problematice v tomto článku prezentujeme, bylo získat data o informovanosti VPL v problematice drogových závislostí, o jejich vlastních zkušenostech s péčí o osoby závislé na NL, a jejich zkušenostech s poskytováním substituční léčby.

**Metodika:** Strukturovaný dotazník o rozsahu 19 otázek, rozesílaný obyčejnou poštou akreditovaným VPL, kteří aktivně školí mladé lékaře do oboru. K oslovení aktivně školících praxí bylo využito dat Katedry všeobecného lékařství IPVZ. Rozesláno bylo 195 dotazníků. Vráčeno bylo 133 vyplněných dotazníků. Míra response je 68,2%.

**Výsledky:** zkušenosti s poskytováním péče osobám závis-

lým na NL regionálně odpovídá údajům o rozložení a míře konzumace NL v jednotlivých krajích. Největší procento respondentů je z krajů Středočeského, Moravskoslezského, hlavního města Prahy, Ústeckého a Libereckého kraje. Průměrný věk respondentů je 55 roků. Portfolio zneužívaných NL je v jednotlivých krajích různé. Zkušenosti s poskytováním substituční péče má pouze 8% respondentů. Z lékařů, kteří mají zkušenost se substituční léčbou jich má 64% negativní nebo spíše negativní zkušenost s poskytováním této péče. Rovněž jsme se zajímali o hlavní důvody, které vedou VPL k tomu, že neposkytují substituční léčbu osobám závislým na NL.

## Úvod

Primární péče, reprezentovaná v ČR všeobecnými praktickými lékaři (VPL) a praktickými dětskými lékaři (PDL) v míře poskytuje zvláštní péči osobám závislým na návykových látkách. Ať už se jedná o způsoby léčby závislosti na NL v rovině dispensarizace a psychoterapie, tak zejména v rámci substituční léčby. Je zřejmé, že první kontakt s návykovou látkou získává potenciálně ohrožený jedinec zejména v adolescentním věku, někdy i před dosažením tohoto věku. Proto je v tomto směru velmi podstatná role praktických dětských lékařů. Navzdory malému uplatnění péče o závislé osoby je jejich dispensarizace v primární péči, potažmo poskytování substituční léčby, je jak zdravotně, tak socio-ekonomicky výhodnější, nežli model oddělené péče o závislé osoby specializovanými pracovišti. Substituční léčba je terapeutický postup, kdy osobě závislé na NL opiatového typu je pod lékařským dohledem, resp. v rámci lékařem vedené péče, poskytován jiný opiat. Tento náhradní opiat má bezpečnější profil, a to jak pro osobu toxikomana, tak pro jeho okolí, resp. pro společnost. Podávaný opiat má většinou delší poločas, menší toxicitu a hlavně způsob jeho podání je, na rozdíl od nelegálně distribuovaných opiátů, perorální, resp. sublinguální. Tím je akcentována preventivní složka, zaměřená na ochranu společnosti. Nelegálně užívané opiáty jsou aplikovány nejčastěji intravenózně. S touto formou aplikace jsou spojena zdravotní rizika. Jednak ve smyslu možné intoxikace nesprávně dávkovanou látkou nebo koncentrovanější substancí, ale také intoxikací například z příměsí, jimiž je aktivní opiatová substance naředěna. Významným rizikem jsou pak infekční onemocnění, spojená s intravenózní aplikací NL za non lege artis podmínek. Jde zejména o přenos virových infekcí typu hepatitidy B a C, ale i HIV. Z bakteriálních agens, komplikujících zneužívání NL, se uplatňuje běžná flora jako *Staphylococcus aureus* a *Streptococcus pyogenes*. Vegetace těchto mikrobiálních agens vedou k poškození struktur myokardu, zejména trikuspidální chlopně. Zřídka jde i o přenos tuberkulózy. Úkolem substituční léčby je zachování co nejlepšího

zdravotního stavu uživatele. Optimálně dovést jej ze stavu závislosti na nelegálním opiátu prostřednictvím substituce až k trvalé abstinenci nebo alespoň ke dlouhodobému užívání substituční terapie. Ta ve svém důsledku vede ke zlepšení kontaktů substituované osoby se zdravotnickými službami, výraznému zlepšení vztahů s partnery, rodinou a k minimalizaci komplikujících stavů. Setrvání na substituční léčbě, případně až dlouhodobá abstinence, vede rovněž ke snížení kriminálního jednání uživatele. Kriminální činností se toxikoman snaží získat finanční prostředky na nelegální NL. Užíváním perorální formy je zároveň minimalizováno riziko přenosu infekčních nemocí vlivem intravenózní aplikace, a to nejen riziko samotného toxikomana, ale i dalších osob, zejména dětí, které mohou přijít do styku s použitými stříkačkami a jehlami.

Preparáty užívané k substituční léčbě jsou především metadon a buprenorfin. Užívání metadonu je omezeno na kontrolované podávání ve specializovaných centrech. Nevýhodou je jeho liquidní forma, obtížně jej lze klientovi poskytnout na delší období. Perorální forma buprenorfinu je pro rozšíření do ambulantní péče VPL vhodná. Buprenorfin je v perorální formě sublinguální tablety. V preparátu Subutex nebo Subuxone, kde je kombinován s antagonistou opioidních receptorů naloxonem. K zavedení této kombinované formy vedla zkušenost se zneužíváním preparátu Subutex, který byl uživateli převáděn do solubilní formy a aplikován intravenózně. Stal se pak čtvrtou nejzneužívanější substancí na české drogové scéně! Širší zavedení substituční péče do lékařských praxí v primární péči, ať už do ordinací VPL nebo PDL, by ve svém důsledku mělo vést ke zlepšení compliance mezi toxikomanem a lékařem a ke snížení zdravotních i společenských komplikací. Kontakt mezi PDL nebo VPL a jeho pacientem – klientem na substituční léčbě – je výrazně těsnější, osobnější a snáze lze kontrolovat efekt léčby i dodržování či nedodržování léčebného režimu.

Zkušenosti s podáváním substituční terapie ve formě perorálních tablet obsahujících buprenorfin jsou v zemích EU velmi dobré. Ve Francii poskytuje tuto péči 21 % VPL a s touto praxí vyjadřují spokojenost. Ve Francii také není zaznamenán významný únik buprenorfinu na černý trh. Zatímco severské země Norsko a Švédsko tento únik zaznamenaly. Ze zemí v našem sousedství je poskytování substituční léčby lékaři primární péče realizováno zejména v Německu a Rakousku, tedy ze zemí, které jsou nám kulturně blízko.

Legislativně se poskytování substituční péče osobám závislým na opiátech poskytuje podle Metodického pokynu MZČR. V současné době je již plně funkční a dostupný internetový registr, kde jsou vedena všechna pracoviště poskytující substituční péči, včetně ambulancí VPL a PDL, kam se poskytování péče konkrétní osobě hlásí. Povinné

hlášení do registru se nevztahuje na lékaře, kteří předepisují buprenorfin jednorázově, resp. výjimečně. Předpis opioidních látek je v ČR vázán na recepty s modrým pruhem. Medikamenty obsahující buprenorfin nejsou hrazeny ze solidárního zdravotního pojištění. Rovněž poskytování substituční péče běžně není hrazeno jako výkon zdravotními pojišťovnami. Od roku 2011 existuje kód výkonu poskytování substituční péče, ale výhradně pro specializovaná pracoviště v oboru psychiatrie.

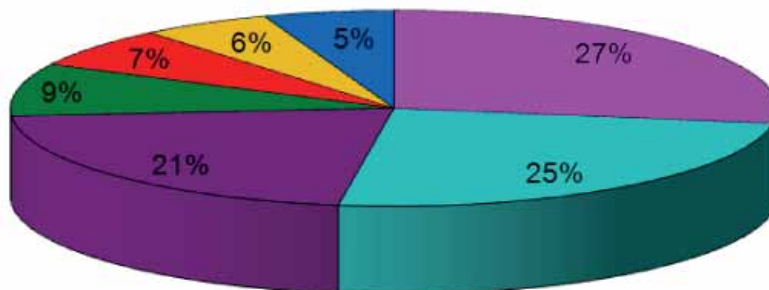
V ČR je substituční léčba dosud poskytována především prostřednictvím krajských substitučních center, kterých je v současné době 11, včetně 2, která poskytují substituční péči ve vazební věznici v Praze Ruzyni a ve věznici v Příbrami. Tato pracoviště jsou sice regionálně rovnoměrně rozmístěna, ale vzdálenost do těchto specializovaných pracovišť je přece jen větší než vzdálenost lékařů primární péče. VPL i PDL, jsou naopak všude dobře dostupné. Pokud by tedy byli ve větší míře zapojeni do systému poskytování substituční péče, byla by tato mnohem dostupnější, lépe kontrolovaná a ve svých důsledcích i mnohem efektivnější. Záměrem našeho dotazníkového průzkumu bylo zjistit, zda u VPL existuje potenciál pro zavedení substituční terapie. Vzorek 195 akreditovaných praxí VPL sice není početně velký, ale odpovídá regionálním i demografickým kritériím. Kromě toho akreditované školící praxe jsou praxemi lékařů oboru VPL, kteří v regionech většinou odborně vedou a jsou aktivní i v rámci jiných aktivit nežli je vedení běžné praxe VPL.

### Metodika

Strukturovaný dotazník o rozsahu 19 otázek, resp. dvou a půl stránky byl z Katedry všeobecného lékařství Institutu postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví (KVL IPVZ) poštou zaslán 195 VPL, kteří jsou akreditováni a reálně poskytují vzdělávání lékařům, kteří jsou zapsáni do oboru VPL a připravují se na složení specializační atestace z tohoto oboru. Byla využita databáze akreditovaných VPL, kterou disponuje IPVZ, z té byli vybráni pouze lékaři, kteří v době sbírání dat aktivně školili mladé lékaře ve specializační přípravě do oboru VPL. Základním souborem byl počet 195 oslovených lékařů. Dotazníky byly lékařům odeslány v listopadu 2011, jejich návrat byl forsírován v březnu 2012 na pravidelném metodickém semináři, který pro akreditované VPL 2x ročně pořádá právě KVL IPVZ. Tímto pravidelným kontaktem a vazbou akreditovaných školících praxí na KVL IPVZ lze vysvětlit poměrně vysokou návratnost dotazníků. Poslední dotazníky byly doručeny do 30. 4. 2012 a tím byl jejich sběr ukončen. Navráceno bylo 133 dotazníků, což je 68,2 %.



### Užívané substance



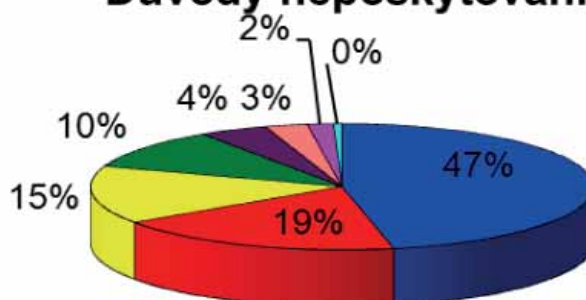
■ Sedativa, hypnotika ■ Pervitin ■ Marihuana ■ Heroin ■ Těkové látky ■ Extáze ■ jiné stimulační látky

### Výsledky

Bylo analyzováno 133 vyplněných dotazníků. Průměrný udávaný počet registrovaných pacientů v praxích respondentů je 2019 osob. Z toho jako minimální počet registrovaných byl uveden počet 1000 a jako maximální byl uveden počet 4360 registrovaných pacientů. Průměrný věk lékaře – respondenta je 55 roků. To přibližně odpovídá průměrnému věku VPL v ČR. Průměrná délka praxe respondenta je 28 roků. Takto poměrně dlouhá praxe je dána charakterem školící praxe. Odpovědělo 51 mužů, což je 42%, a 71 žen. Což je 58%. Zkušenosti se substituční léčbou má pouze 8% respondentů. Jejich zkušenosti jsou spíše negativní,

Jako nejdostupnější místa, která mají poskytovat substituční péči osobám závislým na NL se respondentům jeví psychiatrické ambulance. To odpovídá předchozímu dotazníkovému výzkumu Úřadu vlády z r. 2004, (autor Mravčík V.). Méně již specializované ambulance specializované na léčbu alkoholismu a jiných toxikomanií. Dostupnost a využitelnost specializovaného centra poskytujícího výhradně substituční péči je relativně nízká a odpovídá reálnému počtu substitučních center. Spádové lůžkové zařízení uvádí jen 1 respondent. Poměrně vysoké je číslo lékařů, kteří zřejmě substituční léčbu sporadicky poskytují, ale pacienty dále nedispensarizují a nesměřují nebo nevě-

### Důvody neposkytování péče



- Necítím poptávku ze strany pacientů
- Mám ve svém okolí dostatečné množství specializovaných pracovišť poskytujících tento typ léčby
- Nejssem dostatečně obeznámen/a s principy této léčby
- Tento typ léčby napatří do rukou všeobecných praktických lékařů
- Nemám pro tento typ léčby vhodné prostory



dí kam je směřovat. Mnoho lékařů sporadicky poskytují akutní péči nebo výjimečně předepíše chybějící a požadovaný preparát k substituci, ale stálou péči neposkytuje.

Jako nejčastěji zneužívané substance, a to nejen vlastní NL, ale též léčebné prostředky, u svých registrovaných pacientů uvádějí respondenti látky, které zobrazuje graf č. 1: Tento graf se dále regionálně liší. Významný podíl spatřují oslovení lékaři i ve zneužívání sedativ a hypnotik, a to i přes značné omezení hypnotik benzodiazepinového typu po stažení flunitrazepamu z českého trhu. Tato skutečnost je zajímavá a měla by jí být věnována pozornost v separátní práci.

Nejčastější důvody, proč respondenti ve větší míře neposkytují substituční terapii jsou znázorněny v grafu č. 2.

Téměř polovina respondentů, 47 %, uvádí, že necítí poptávku ze strany pacientů. Zde je možno spatřovat rozpor v deklarované potřebě specializovaných pracovišť, která substituční péči poskytují, a to právě po rozšíření substituční péče do terénu. Otevírá se zde velký prostor pro práci s klienty, jimž by mohla a měla být nabídnuta substituční péče v primární péči, resp. jejich registrujícím VPL nebo PDL. Celých 19 % respondentů necítí potřebu z důvodu saturace jejich okolí specializovanými pracovišti. 15 % udává, že není pro tuto práci dostatečně erudováno, resp. že nemá dostatek informací. Významná část, 10 %, se domnívá, že tato péče nepatří do rukou VPL nebo PDL, resp. do primární péče vůbec. Informovanost lékařů ve všech specializačních oborech medicíny v ČR se bude nepochybně postupně zvyšovat, a to zejména proto, že ve Vzdělávacích programech všech odborností je obsažen povinný specializační kurz „Prevence škodlivého užívání návykových látek a léčba závislosti“.

## Diskuse

Z dotazníkového výzkumu vyplývá, že dostupnost specializovaných pracovišť, poskytujících substituční péči, není zcela uspokojivá. Většinou tuto činnost vykonávají psychiatrické ambulance, a to jako vedlejší činnost při své specializaci. Zajímavý je údaj téměř poloviny respondentů, kteří naprosto necítí poptávku po substituční léčbě ze strany potenciálních klientů. To je v rozporu s údaji ze substi-

tučních center a pracovišť poskytujících substituční péči, která naopak tuto potřebu u svých klientů spatřují. Stejně tak je pozoruhodný rozpor ve způsobu poskytování substituční péče v České republice a okolních zemích. Německo a Rakousko má zaveden fungující systém poskytování substituční léčby v primární péči s fungujícím registrem dostupným na internetu. V ostatních zemích v našem sousedství – v Maďarsku registr nefunguje, substituční léčba v primární péči rovněž ne. V Polsku je registr v posledních letech teprve zaváděn, na Slovensku rovněž.

Pokud jde o regionální rozložení praxí, které mají zkušenosti se substituční terapií, pak toto odpovídá prevalenci problémového užívání heroínu v ČR, a to zejména v regionech Střední Čechy, Praha a pak v krajích příhraničních a krajích s vysokou nezaměstnaností, jako je kraj Ústecký a Liberecký.

## Závěr

Dotazníkový průzkum ukázal, že poskytování péče osobám závislým, resp. poskytování substituční péče všeobecnými praktickými lékaři je v ČR dosud vnímáno jako málo důvodné a poptávané. Praxe, které mají zkušenosti se substituční léčbou, ji uvádějí v mírně většině jako problematickou a zkušenosti spíše negativní. Informovanost a připravenost lékařů na případné poskytování substituční terapie se zlepšuje u mladých lékařů, kteří vstupují do oboru VPL po zavedení povinného kurzu „Prevence škodlivého užívání návykových látek a léčba závislosti“ v r. 2009 do Vzdělávacích programů všech specializací.

Pro odbornou veřejnost na straně specializovaných pracovišť poskytujících substituční léčbu, resp. pro odborníky v oboru adiktologie, ale i pro VPL se otevírá prostor k vytvoření systémové platformy, na které by bylo možno substituční péči u VPL poskytovat, včetně případného sdílení kódu výkonu péče o osobu závislou na NL. Samozřejmostí by měl být přímý a snadný kontakt na helplinku, která by VPL pomohla řešit nastalé problematické stavy.

Autoři tímto dodatečně děkují všem lékařům, kteří vyplnili a odeslali vyplněné dotazníky.

Zvláštní dík patří panu Lukáši Vejražkovi za zpracování a systematizaci dat.

## Literatura:

- MRAVČÍK, V. COUFALOVÁ, M. POPOV, P. ZÁBRANSKÝ, T. PROCHÁZKA, R. Dotazníková studie mezi praktickými lékaři zaměřená na zkušenosti a postoje k substituci opioidy, in: *Epidemiologie, mikrobiologie, imunologie*, 2005, č. 1
- KALINA, K. – MIOVSKÝ, M. – BARTOŠÍKOVÁ, I. Et al. Drogy a drogová závislost, Vydání první, Úřad vlády ČR 2003
- HOBSTOVÁ, J. – VITOUŠ, A. Infekční komplikace uživatelů drog v ČR, in: *Časopis lékařů českých*, 2007, č. 2, s. 137 – 143
- NEŠPOR, K. 2004 Alkohol a jiné návykové látky u dětí, *Prevence v rodině*, in: *Časopis lékařů českých* 2004, č. 8, s. 561 – 564

ŠTOLFA, J. HOBSTOVÁ, J. BENCKO, V. Návykové látky v primární péči, in: *Praktický lékař*, 2009 č. 3

Autor: MUDr. Josef Štolfa

Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, IPVZ, Katedra všeobecného lékařství, vedoucí katedry MUDr. Josef Štolfa

Univerzita Karlova, 2. Lékařská fakulta, Výukové pracoviště praktického lékařství, vedoucí MUDr. Josef Štolfa

Štolfa – praktik sr.o, Šimůnkova 1596/4, Praha 8 Vedoucí lékař MUDr. Josef Štolfa

# Estetická medicína v ordinaci praktického lékaře



**doc. MUDr. Roman Šmucler, CSc.**

Společnost pro estetickou a laserovou medicínu ČLSJEP, předseda ASKLEPION-Lasercentrum Praha, přednosta Stomatologická klinika 1.LF UK, zástupce přednosty

Ať se to praktickým lékařům líbí či ne, estetická medicína se valí na jejich ordinace. V posledních deseti letech stoupl počet "zkrášlených" pacientů v České republice stokrát. V USA za stejnou dobu počet ošetřených v tomto oboru narostl desetinásobně<sup>1</sup>. Slyším jistě logický argument, že za tímto bezmála exponenciálním růstem stojí nanejvýš moderní medicína, jež umí lépe naplnit představu o kráse a nestárnutí těl duším pacientů. Osobně však vidím jako hlavní hnací motor tohoto fenoménu v posledních letech spíše snahu více a více lékařů vymanit se ze závislosti na zdravotně–pojišťovnických systémech. Ty slibují, na co nemají prostředky a financují vše i díky nižším mzdám zdravotníků. No a ti hledají jiné možnosti výdělků. Důkazem je pro mně fakt, že zatímco se v posledních deseti letech takřka nezměnil počet plasticko–chirurgických výkonů, jež jsou časově náročné, riskantní a jimž není snadno se přiučit, dramaticky akceleroval počet ošetření botulinumtoxinem, výplněmi či deriváty krve, jež zdánlivě kdokoli zvládne během pár hodin výuky a které přinášejí tisíce korun za jednotky minut pracovního času. Estetická medicína vyrostle v nejbližších několika letech někam k 20% celé medicíny. Ať už praktičtí lékaři chtějí či nechťejí být zapojeni, bude se muset každý praktik rozhodnout, kterou z rolí v celém tom kolotoči bude nadále hrát.

## Praktický lékař jako oběť

Nepochybně role nyní nejčastější. Pacienti přicházejí a vyžadují preskripci medikamentů, předoperační vyšetření a vystavení pracovních neschopností spojených s plánovaným průběhem výkonu estetické medicíny nebo jeho komplikacemi. Příjmy jsou pro ordinaci nulové, zato výdaje času a limitů daných pojišťovnami nikoli. Nežádá navíc pacient požaduje jakési "second opinion", neplacenou konzultaci plánovaného ošetření, jež je pro v daném ošetření neškoleného praktika neskutečně poskytnout. Tím, že vidí toliko odvrácenou tvář estetic-

kého třeštění, hraje nežádoucí jako jediný pozitivní roli při rozhodování pacienta jako jakýsi pochybovačný advocatus diaboli.

## Praktický lékař jako spolupracovník

Spolupráce mezi specialisty v estetické medicíně a praktickými lékaři je asi nejlépe rozvinuta ve Velké Británii. Ale první vlaštovky už můžeme vidět i u nás. Řada pacientů za ošetřením dojíždí. Pokud je praktický lékař edukován, je nejenom schopen pacientovi do značné míry poradit před samotným ošetřením, ale je kvalifikován řešit i nastalé komplikace. Ty jsou vesměs málo závažné a je s výhodou, když se pacient bez velkého cestování může poradit v místě bydliště s tím, že eventuálně další postup konzultuje praktik s odborníkem. Tato práce je, samozřejmě, honorovaná. Někdy dostává praktický lékař již před samotnou operací procento z prováděného ošetření, jindy si pacient tyto kontroly sám hradí podle potřeby. Ve Velké Británii již dokonce existují řetězce praktických lékařů, kteří pro určité geografické oblasti tyto služby nabízejí. Obvykle pracují v týmu s kvalifikovanými chirurgickými sestrami, které často provádějí převazy a drobné výkony, včetně vyjmutí sutur, přímo v bydlišti pacienta, popřípadě v ordinacích praktiků. Podmínkou je samozřejmě vzdělání v oboru ve smyslu znalosti jednotlivých procedur s výskytem nejčastějších komplikací s edukací, jak se k nim postavit. Jistě lze doporučit účast na odborných akcích, například Společnosti estetické a laserové medicíny, která je interdisciplinární a některé praktické lékaře už má ve svých řadách.

## Praktický lékař jako poskytovatel estetické medicíny

Zdánlivá jednoduchost některých ošetření, typicky aplikace botulinumtoxinu, injekčních výplní či derivátů krevní plasmy svádí již docela početnou obec praktických lékařů i u nás přímo k samotnému ošetřování pacientů. I když se na ně specialisté z jiných oborů mračí, žádná legislativa jim v poskytování takových služeb vysloveně nebrání. Aplikace třeba botulinumtoxinu je de facto intramuskulární injekcí, která vyžaduje značné znalosti z anatomie obličeje, přesný trénink, ale je umožněna lékařům jakékoli specializace po řádném zaškolení. Není jasné, zda u nás, podobně jako v USA by mohla technicky ošetření vykonat dokonce zdravotní sestra pod přímým osobním dozorem a za indikace a plné zodpovědnosti lékaře. Jisto je, že samostatně se zdravotní sestry být s magisterským či doktorským titulem do ničeho takového pouštět nesmí, ač to občas vidáme, včetně příslušných komplikací. Před rokem se podařilo zavést v Evropské Unii normativně regulaci estetických výkonů chirurgických. Od 1. 1. 2016 snad vstoupí v platnost technická norma EN 168442, která velmi přesně upravuje, kdo a co smí provádět a za jakých podmínek v oblasti nechirurgické estetické

medicíny. Týká se tedy i praktických lékařů, pokud se rozhodnou sami léčit, neboť ji automaticky převezme náš právní řád. Jednotlivá ošetření dělí do kategorií stupně rizika A–E (E je nejriskantnější) a regulovány jsou ve čtyřech kategoriích 1–4 (1-nejbezpečnější). Podle toho se řídí vše – od konzultace (u nejléčších lze ošetřovat ihned, u riskantních musí mít pacient aspoň týden na rozmyšlenou), přes vybavení ordinace až po vyžadovanou kvalifikaci ošetřujícího. Nejobvyklejší výkony, zejména aplikace botulinumtoxinu patří do kategorie, kde je vybavení i potřebné školení v možnostech praktického lékaře. Norma praví, že školení musí být od autorizované osoby, kterou jsou v ČR specializované odborné společnosti ČLS JEP. Jistě do nich patří Společnost estetické a laserové medicíny, ale školí i třeba Společnost dermatovenerologická (zejména sekce korektivní dermatologie). Možnosti na tomto poli mají i univerzity, ale málo je využívají. Odborné společnosti mají stanoveny podmínky kvalifikace. Například Společnost estetické a laserové medicíny vyžaduje pro nechirurgický absolvování kurzu na kadaverech, který je optimální z hlediska poznání anatomie i nácviku ošetření s následným školením na pacientech. V programu je několik dní školení tak, aby i člověk, který dosud nikdy neoperoval v oblasti jemných a riskantních anatomických struktur mohl léčit bezpečně. Školení jsou prováděna ve spolupráci s 1. lékařskou fakultou v Praze. Důležité je školení průběžně opakovat, aby dotyčný zachytil vývoj v oboru. Z hlediska forenzního je vždy dobré, když se lze prokázat nejenom účastí na předepsaných školeních, ale i třeba publikační aktivitou, kde vyhodnotil úspěšnost vlastních ošetření a měl tak zpětnou vazbu.

Nejednoznačnou je a bude občansko–právní zodpovědnost. Tedy například odškodňování skutečných či domnělých křivd. Pozice praktického lékaře, byť se značnou zkušeností v těchto ošetřeních, bude vždy před soudem slabší proti specialistům řekněme z plastické či obličejové chirurgie či dermatologům. Vzdělávání se však celosvětově přesouvá od atestací pokrývajících velké obory spíše k funkčním specializacím na výkony, které člověk reálně vykonává. Nezbytné je však (a bude to brzo i povinné) mít sjednanu příslušnou pojistku na tento typ ošetření, aby se uhradila eventuálně vzniklá škoda bez finančního ruinování praktického lékaře.

### Nejčastější ošetření, jejich komplikace a role praktického lékaře

**Aplikace botulinumtoxinu.** Cílem je způsobit dočasnou parézu mimických svalů, čímž se „vyhladí“ dynamická vráska, typicky na dobu čtyřech měsíců. Nejčastější komplikací je paréza jiného, než zamýšleného, mimického svalu. Typicky horního víčka, která u špičkových ošetřujících nastává u 0,1 %, běžně však u 1–5 % ošetření. Tedy velmi často.

Smysluplná léčba není. Často je pacient zbytečně odeslán k neurologovi. Vesměs odezní v jednotkách dní, ale může přetrvávat i tři měsíce.

**Aplikace vstřebatelných výplňových materiálů nejčastěji na bázi kyseliny hyaluronové.** Materiál „vyplňuje“ vrásky a typicky třeba i lící krajinu obličej. Nejčastější komplikací je nadměrný otok, neboť kyselina hyaluronová váže vodu až ve stonásobku svého objemu a efekt není snadné odhadnout. Samostatně odezní během jednotek dní a tento proces nejde smysluplně urychlit. Aplikace kyseliny hyaluronové má i životohrožující komplikace, ty však nastávají okamžitě u ošetřujícího a praktik se s nimi přímo neseťká. Aplikují se též nevstřebatelné výplňové materiály, které jsou pro mnoho komplikací odbornými společnostmi nedoporučené a chystá se jejich zákaz.

**Aplikace krevních derivátů (plasma; plasma bohatá destičkami; fibrin bohatý destičkami atd.).** Cílem je vyvolat regeneraci v kůži. Metoda je dosud málo prozkoumaná ale o to hojněji používaná pro zdánlivou snadnost. Nejčastější komplikací je nulový efekt. Mohou být i záněty v místě aplikace ale jen zcela výjimečně.

**Použití vysokovýkonných laserů nebo radiofrekvence.** Cílem je odstranit jednotlivé patologie z kůže (viditelné cévy, pigmentace, benigní útvary atd.). Mechanismem je koncentrovaná energie. Komplikace jsou obvykle ve smyslu popálenin až po ulcerace. Praktik může pomoci lokálním ošetřováním ve smyslu popálenin první nebo druhé třídy.

**Biostimulační (biomodulační) lasery.** Přesná dávka záření o určité vlnové délce zvyšuje, popř. snižuje funkce tkání. Komplikace prakticky nejsou.

**Plasticko–chirurgické výkony.** Cílem je obvykle posun či odstranění tkání za cílem kýženého vzhledu. Praktický lékař provádí předoperační vyšetření, vystavuje pracovní neschopnost, může léčit lehčí komplikace. Těmi obvykle jsou otoky a hematomy. Ve složitějších případech krvácení, popřípadě dehiscence tkání. V obojím případě lze pomoci resuturou, je však dobré konzultovat operatéra. Pacienti u mnoha ošetření musí po zpravidla několik týdnů používat elastickou bandáž.

**Liposukce a Lipomodulace.** Cílem je odstranit „nadbytečnou“ tukovou tkáň odsátím (liposukce), nebo typicky zmrazením s následnou masáží (lipomodulace). U operačních technik může být stav komplikován otoky, hematomy, popřípadě krvácením. Úloha praktika je podobná všem chirurgickým výkonům. U lipomodulace se můžeme setkat s omrzlinami první a druhé, dokonce i třetí třídy.

#### Literatura:

1. ISAPS, Statistic of Aesthetic Procedures 2005–2014, 2015, New York
2. EN 16844 – Evropská norma, návrh únor 2015, Brusel

# Jak se dívat na psychosomatickou medicínu



MUDr. Radkin Honzák, CSc.

Ústav všeobecného lékařství 1. LF UK v Praze

Usilujeme-li o návrat psychosomatického, tedy bio-psycho-sociálního přístupu na důstojné místo v současné medicínské praxi, nečiníme tak ze staromilství, ani z potřeby naplnit deklarace WHO (kterých mají všichni plná ústa, ale skutek utek), ale proto, že jsme přesvědčeni, že je dobrý a v mnoha případech nenahraditelný.

Sám pojem psychosomatický měl od svého vzniku v roce 1818 několik náplní. Skutečnost, že od roku 1939 existuje a prosperuje časopis Psychosomatic Medicine svědčí o tom, že hledání souvislostí mezi psychickými a somatickými faktory a zdravím a nemocí je stále aktuální. Především bychom rádi upozornili, že psychosomatický přístup **není alternativou** – ve smyslu buď a nebo – k současné vědecké medicíně (EBM), ale rozšířením pohledu v situacích, v nichž jednoduchý lineárně kauzální pohled biologicky zakotveného modelu se jeví jako nedostačující. Jsou to především funkční (somatizační) poruchy, v literatuře vedené jako MUS (Medically Unexplained Symptoms), kde se EBM mívá s účinkem. A pacientů, kteří jimi trpí, je v ordinacích PL něco kolem 25 % – tedy celá čtvrtina.

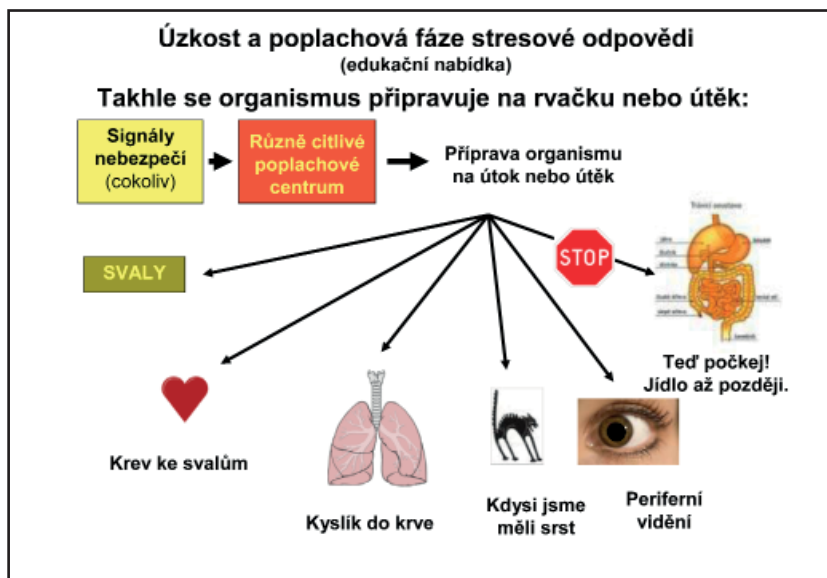
Psychosomatický pohled se liší od EBM tím, že kromě toho, že plně bere v úvahu a vůbec nepodceňuje patologickoanatomický nálezný, se věnuje také subjektivní stránce nemoci, v angličtině tradovaná jako *illness* česky *stonání* (na rozdíl od medicínského konstruktů – poruchy – označovaného jako *disease*). Již profesor Thomayer před více než stoletím napsal, že lékař nahlíží na nemoc jinak než jeho pacient. „**Lékař učí se znáti hlavně také známky nemoci, jaké jsou po stránce diagnostické a terapeutické nejdůležitější... Nemocný posuzuje nemoc podle nesnáží, jaké mu nemoc jeho způsobuje. Nemoc, třeba smrtelnou, nerespektuje, nepůsobí-li mu hrubších nesnáží...**“

Jestliže za Thomayerových dob nemoc-

ní vyhledávali lékaře, až se smrtí na jazyku, dnes přispěchájí do ordinace s každým dyskomfortem věrní Descartovu odkazu o porouchaném stroji. A když jim přátelsky vysvětlíte, že tachykardie je opravdu jen projevem úzkostného stavu, namítnou: Vy byste měl taky úzkost, kdyby vám srdce jelo 110 za minutu. A žádají kardiologické vyšetření. Tohle je poměrně snadný případ a bohužel jeho jednoduchým řešením bývá Lexaurin (pane doktore, ten růžovej!)

Funkční poruchy, které se objevují nejčastěji, mívají v MKN-10 dva kódy: jeden podle orgánu nebo jeho příslušného systému, druhý psychiatrický. Přitom je může řešit nejlépe praktický lékař. Plnou kompetenci mu k tomu nabízí psychosomatický přístup, díky kterému může pootočit svůj pohled a místo řešení „poruchy organismu“ (často tak zobecněné a zprůměrované, že ji na nikoho nelze aplikovat) hledat a najít problém jednoho konkrétního člověka, který se manifestuje jako stonání. Ti lidé nejsou simulanti a objektivně trpí. Za jejich trápením ale nejsou mikroorganismy, intoxikace, karence, ani různé *-ázy*, jež je třeba chemicky blokovat, atd., nýbrž komplikované uskřínuté emoce, jimiž se EBM vůbec nezabývá. Emoce – řídicí systémy starší a účinnější než celý slavný rozum, které zůstaly stranou zájmu, protože je Platon a po něm Descartes umístili do duše, tedy „psyché“. O tu EBM zaměřená na porouchaný biologický stroj zatím neprojevila zájem, tudíž – a to dá rozum – je marné hledat zde pomoc.<sup>1</sup>

Stresová odpověď běží automaticky bez ohledu na to, zda byla spuštěna infekcí, úrazem, zásadním nedostatkem významného prvku nebo stresorem z psychosociální oblasti (= životní události, zátěže, dlouhodobé emoční strádání, atd.). Pochopitelně, že patofyziologie je tou oblastí, kde tohle probíhá; pro lékaře je však těžko uchopitelná pro svou komplexnost a pro pacienta nezajímavá, protože ten chce



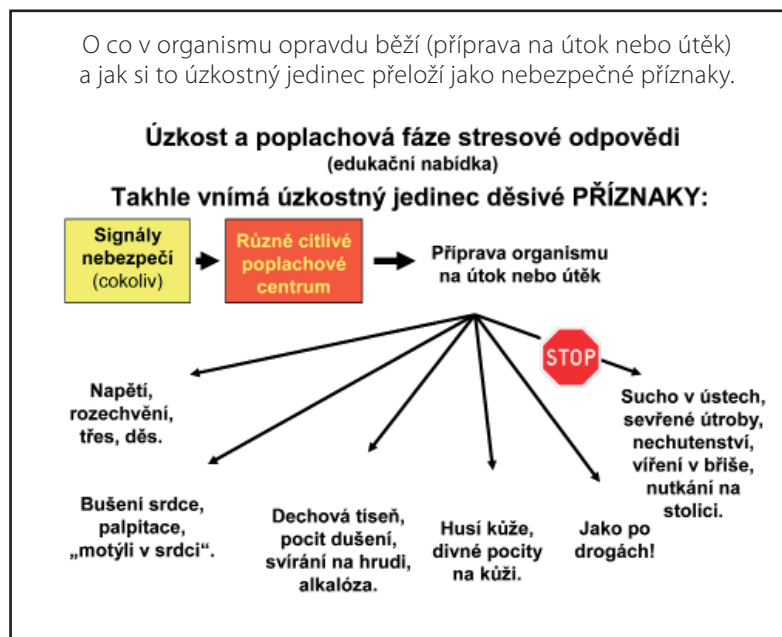
pro svoji „nemoc“ (a on opravdu nemůže a neumí si z toho pomoci sám) nějaké jméno a účinnou léčbu.

Psychosomatický přístup se liší od biomedicínského ve třech základních oblastech:

- zjištěné skutečnosti nejsou redukovatelné na fyziologickou (bio) úroveň, ale vyžadují širší (bio psycho socio) pojetí;
  - model nevystačí s úrovní lineární kauzality, je nutné uvažovat spíše o kauzalitě cirkulární se zpětnovazebnými mechanismy, kdy následek není konečným výstupem, ale může být příčinou dalšího děje;
  - Vztah lékař – pacient hraje v procesu diagnostiky, léčby a prevence podstatnou roli, obdobně jako v psychoterapii, které se tento přístup blíží (ale nepřekrývá se s ní).
- Přestože snem a touhou otců zakladatelů i strýců pokračova-

telů bylo rozšíření psychosomatického přístupu do všech oborů a na všechny nemocné, akceptujeme reálné možnosti a nabízíme model praktickým lékařům k využití při léčení pacientů s MUS – funkčními poruchami bez závažnějšího patologicko–anatomického nálezu. Připojujeme se tím k dalším evropským zemím, jejichž zkušeností chceme využít. Pracovní rozdělení těchto klinických jednotek na **somatický distres** (např. únavový syndrom, low back pain) a **somatizovanou úzkost** (třes, palpitace, polakisurie, dechová tíseň) považujeme za výhodné jak z hlediska klinického přístupu, tak z hlediska pochopení a přijetí pacientem.

Z vrozené a celoživotně kultivované skromnosti si nedovolují své edukační karty nazvat pastýřskými listy; jsou tedy pojmenovány listy pasteveckými. Zde nabízím jeden jako materiál pro edukaci pacientů:



**Literatura:**

1 Je docela zajímavé, že v USA začínají vědecké společnosti akceptovat některé „nevědecké“ postupy; ne že by náhle prozřely jsouce osvíceny vesmírnou moudrostí, ale zjistily, že tímto směrem tečou velké peníze, protože pacienti zklamaní EBM postupy houfně hledají pomoc u alternativců.



# Funguje spolupráce domácího hospice s praktickým lékařem?



**MUDr. Renata Koževnikovová, MUDr. Marcela Jandová,**  
(Hospice Dobrého Pastýře Čerčany)

**MUDr. Michaela Wíchová**  
(PL Kamenice u Prahy),

**MUDr. Iva Koudelková**  
(PL Říčany u Prahy)

Téma paliativní a domácí (či mobilní) hospicové péče se prolíná různými obory a je stále častěji tématem diskusí. Také přibývá zařízení, které hospicovou péči poskytují. Jako lékařka pohybující se roky jak v onkologii, tak v paliativní medicíně, jsem se opakovaně setkala s tím, že často pacienti ani lékaři nemají jasnou představu, co to je domácí hospic. Tento problém je navíc zvýrazněn tím, že mobilní/domácí hospicová péče dosud nemá jasné postavení v systému zdravotní a sociální péče ČR.

Domácí hospic tvoří tým pracovníků, kteří pomáhají s péčí o člověka v poslední fázi nevléčitelné nemoci v domácím prostředí. Práce domácího hospice vychází ze základních principů a filozofie paliativní péče. Cílem je zachování co možná nejvyšší kvality života a důstojnosti člověka až do jeho poslední chvíle, bez umělého zkracování či prodlužování života. V případě domácích/mobilních hospiců je cílem poskytovat tuto péči v domácím prostředí pacienta ve spolupráci s pečujícími laiky – rodinami, příbuznými nebo blízkými. Celodenní péče o umírajícího pacienta zůstává v jejich rukou s pomocí praktického lékaře a případně pracovníků domácí péče. Domácí hospic poskytuje specializovanou paliativní péči včetně nepřetržité pohotovostní služby (výjezd sestry 24 hodin denně/7 dnů v týdnu 365 dnů v roce). Kromě řešení obvyklých symptomů terminální fáze je zdravotnický tým domácího hospice schopen reagovat i na dramatické zvraty v průběhu umírání (např. hyperaktivní delirium, neztišitelné zvracení apod.), zahájit paliativní sedaci či postarat se o vyčerpané blízké osoby. Vedle medicínské péče zajišťuje domácí hospic také psychologickou a duchovní péči, pomoc v řešení sociálněprávních problémů a koordinaci všech výše jmenovaných oblastí. Navíc se tým domá-

cího hospice stará o doprovázející a přímo pečující blízké i v době po úmrtí pacienta.

Hospicový tým tedy spojuje různé odbornosti napříč medicínou i mimo ni (sociální, psychologická a duchovní péče, péče o doprovázející a pozůstalé). V oblasti zdravotnické je především v úvodu nutná spolupráce s odborným ošetřujícím lékařem, který pacienta de facto indikuje do paliativního režimu. Spolupráce s praktickým lékařem je nezbytná po celou dobu péče – praktický lékař obvykle pacienta i rodinu dlouhodobě zná a zajišťuje paliativní péči před zahájením specializované paliativní péče poskytované domácími hospicem. Navíc je to právě praktický lékař, na kterého je nutné se obrátit s žádostí o preskripci léků a pomůcek. Toto omezení vyplývá z nevyřešeného postavení domácích hospiců v rámci zdravotního systému, a tedy nemožnosti vlastní preskripce, ačkoliv lékaři v hospicích jsou zkušenými odborníky.

Na Čerčansku má domácí hospicová péče dlouhou tradici. Zakladatelka Hospice Dobrého Pastýře (MUDr. T. Dvořáková) začala Mobilní Hospic Dobrého Pastýře provozovat v roce 2004 a tato služba pokračovala i po otevření lůžkového HDP v roce 2008. Za devět let působení domácího hospice se měnilo složení týmu, částečně i způsob práce, nastavovala se komunikace s praktickými lékaři, nemocnicemi a léčebnami dlouhodobě nemocných. V posledních pěti letech se postavení mobilního hospice stabilizovalo, stal se stálou součástí terénních služeb v regionu.

Pacienti se do péče Domácího hospice dostávají třemi cestami:

- osloví nás přímo pacient nebo příbuzní na základě zkušenosti příbuzného nebo známého,
- pacient je odeslán z nemocnice,
- pacientovi/rodině doporučí naši péči registrující praktický lékař.

Zastoupení jednotlivých skupin je téměř srovnatelné, asi jedna třetina pacientů k nám přichází nebo se o nás dovídá od praktického lékaře. Vzhledem k tomu, že vzájemná spolupráce je pro dobré fungování domácí hospicové péče nezbytná, zeptali jsme se praktických lékařů z okolí na jejich zkušenosti a důvody spolupráce, případně nevýhody nebo problémy, které v domácí hospicové péči nalézají. Na naše otázky odpověděly dvě praktické lékařky, se kterými dlouhodobě spolupracujeme.



---

**MUDr. Michaela Wichové**, praktická lékařka v Kamenici u Prahy a zároveň lékařka ZZS:

---

### **V čem vidíte hlavní přínos hospicové péče v domácím prostředí právě pro praktického lékaře?**

Péče o pacienty v terminálním stadiu není jednoduchá, pokud jim máme zajistit komfort, který potřebují. Málo z laiků má zkušenosti v tomto směru. Opakovaně se mě jako lékařky ptají, jak to bude ještě dlouho trvat, co mají dělat v různých nepředvídaných situacích. Nejvíce je stresuje pocit nejistoty a obava, že by nemohli pomoci, pokud přijde nějaká komplikace. Možnost spolupráce s hospicem (zvláště pak mobilním) je velkou výhodou, nejen v rámci trvalé dostupnosti, ale také možnosti poradit po telefonu.

### **V minulosti bylo běžné, že lidé umírali v domácím prostředí obklopeni rodinou a blízkými. Myslíte si, že rodiny pečující o nevléčitelně nemocné jsou schopné péči zvládnout do úplného konce v domácím prostředí bez potřebného zdravotního vzdělání?**

Jako lékařka ZZS mám v tomto směru zkušenosti z výjezdů, kdy rodina volá, když je bezradná. Oni sice dobře pečují o své blízké, ale často přijde moment zlomu, kdy již rodina situaci nezvládá. Je dobré také hospic kontaktovat včas. Odchod z tohoto světa nás čeká všechny a je potřeba na to myslet. Před mnoha lety jsme byli na tuto realitu připraveni lépe, od dětství jsme slyšeli, že smrt patří k životu. V dnešní době si mnozí myslí, že si koupí nesmrtelnost a o odchodu z tohoto světa nepřemýšlí.

---

**MUDr. Iva Koudelková**, praktická lékařka Říčany u Prahy

---

### **V čem vidíte hlavní přínos hospicové péče v domácím prostředí právě pro praktického lékaře?**

Pokud se mohu se svými zkušenostmi vyjádřit, je pro mne mobilní hospicová péče pravou rukou. Mohu se spolehnout na vysoce odbornou specializovanou paliativní péči v kteroukoliv denní dobu. Je pro mne oporou především pro schopnost flexibilně reagovat na měnící se potřeby pacienta a pečující rodiny. Jak ve formě telefonických konzultací, tak poskytnutím kvalitní zdravotní, psychologické a sociální péče na místě. Pro praktického lékaře je mobilní hospic nejen partnerem v péči o konkrétního pacienta, ale i rádcem díky jejich znalostem a zkušenostem na poli paliativní medicíny.

### **V minulosti bylo běžné, že lidé umírali v domácím prostředí obklopeni rodinou a blízkými. Myslíte si, že rodiny pečující o nevléčitelně nemocné v domácím**

### **prostředí jsou schopné péči zvládnout do úplného konce bez potřebného zdravotního vzdělání?**

Navázat na historický model umírání v domácím prostředí je velmi obtížné. Do poloviny 90. let minulého století převládal v našem státě institucionalizovaný model péče o umírající. Přesto pokud je přáním nemocného zůstat v domácím prostředí, je nutno domácí, laickou péči podpořit. K tomuto je třeba komplexní spolupráce praktického lékaře, agentur domácí péče a mobilních hospiců. Domnívám se, že zázemí domova a přítomnost svých nejbližších, přispívá k dobrému psychickému stavu nemocných v jejich posledních chvílích života v porovnání s odchodem v nemocničním prostředí.

### **Kde vidíte hlavní úskalí domácí hospicové péče a postrádáte nějakou konkrétní pomoc v rámci této péče?**

Úskalím může být nedostatečné vzdělání v paliativní péči mezi zdravotníky a také nedostatečná informovanost veřejnosti. Dalším problémem provozování mobilní hospicové péče je absence zázemí a domácích podmínek, kvalita a nosné vztahy v rodině.

### **Závěr:**

Paliativní medicína stojí stále na začátku cesty k uznání rovnoprávným medicínským oborem. Specifické postavení i v rámci paliativní péče má péče domácí, poskytovaná v prostředí pacienta. Velkým úskalím je její faktická neexistence v rámci systému, přestože poptávka ze strany pacientů i lékařů stoupá. Jestliže nám všem jde o pacienta, zachování jeho důstojnosti a maximálního komfortu i v době, kdy klasická „vítězná“ medicína nemá co nabídnout, je vzájemná spolupráce zřejmě jedinou cestou. Terminální péči můžeme vnímat jako trojúhelník kolem pacienta, jehož vrcholy tvoří praktický lékař, hospicový tým a rodina. Teprve spojením vrcholů dosáhneme kompletního tvaru a všestranného pokrytí potřeb člověka v závěrečné fázi života. Praktický lékař zná pacienta i prostředí, hospicový tým umí zvládat situace kolem progredující těžké nemoci a umírání, navíc je v trvalé pohotovosti. Pečující blízcí tvoří třetí vrchol pomyslného trojúhelníku terminální péče.

Zájem o služby domácích hospiců v regionech stoupá. Nezbyvá než doufat, že vzrůstající poptávka za strany pacientů a vzájemná spolupráce lékařů přesvědčí zástupce ministerstev a plátců péče, že domácí hospice skutečně existují.

za tým Domácího Hospice Čerčany

**MUDr. Renata Koževniková**

klinický onkolog, paliativní lékař

vedoucí lékařka Onkocentra

Medicon Services, s. r. o., Praha 4

vedoucí lékařka Domácího Hospice Čerčany

# Jak rozšířit Registr dárců kostní dřeně

**MUDr. Iva Trantinová**  
České Budějovice

Před nedávnem jsem vstoupila do Registru dárců kostní dřeně (dále jen Registr). Znamenalo to pro mě jedno vyhledání na internetu, jeden telefonát, za týden na to jednu půlhodinovou informační schůzku a odběr jedné zkumavky krve. Od té doby zvyšují šanci na přežití pacientům určeným k transplantaci kostní dřeně a mohou tak jednou zachránit lidský život. (V současné době se stále asi ¼ pacientů nedočká svého dárce.) Seděla jsem pak doma a přemýšlela, proč už v Registru dávno nejsem. Na nic moc jsem nepřišla - moc jsem o tom nevěděla, neměla jsem čas, nevěděla kam zavolat, zapomněla jsem na to... nic zásadního. Možná by stačilo, kdyby mě někdo popostrčil, kdyby mi to někdo připomněl, kdyby mi někdo ušetřil čas s hledáním informací.

V tu chvíli jsem si uvědomila, že tohle je přece přesně naše parketa - informovat, působit preventivně, jít napříč obory. Naše ordinace jsou místem, kde lidé mohou mimo jiné najít informace, odpovědi na případné dotazy, konkrétní kontakty. Podle mého názoru by nebylo obtížné např. v rámci preventivní prohlídky lidí ve vhodném věku 18-35 let upozornit, že se mohou stát dárce kostní dřeně. Jistě by bylo dobré mít po ruce i nějaký leták s informace-

mi o Registru a jeho fungování, o způsobech odběru apod. Vůbec nejlepší by bylo mít možnost objednávat na spádové pracoviště k pohovoru a odběru krve přímo z ordinace. Svěřila jsem se svým nápadem starším zkušeným kolegům a přiznám se, že trochu k mému překvapení, jsem se setkala s pozitivním ohlasem. Jistě, proč ne?

Podle mě lze začít hned zítra. Nejsme v tomto oboru odborníky a pro základní informaci myslím úplně stačí informace na [www.kostnidren.cz](http://www.kostnidren.cz) - pro dárce. Podrobněji mají dárce možnost se vyptat příslušných specialistů před vstupem do Registru. Letáky, časopisy apod. se dají objednat na [nadace@kostnidren.cz](mailto:nadace@kostnidren.cz).

Pokud se má myšlenka ujme, líbilo by se mi zařadit informace o této problematice do cyklu přednášek SVL. U nás v Českých Budějovicích už přednášku chystáme. Časem by se doporučení informovat o možnosti dárcovství krve a kostní dřeně mohlo dostat třeba i do našich preventivních programů stejně jako krátká intervence o kouření apod.

Ale zatím úplně postačí, řekneme-li zítra těm, kterým ještě nebylo 36, že mají úžasnou šanci - šanci zachránit lidský život.

S úctou  
MUDr. Iva Trantinová

## 3. NÁRODNÍ KONGRES O KOLOREKTÁLNÍM KARCINOMU

**11.-12. 12. 2015**  
**Clarion Congress Hotel Prague**

**[www.crc2015.cz](http://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](mailto:crc2015@guarant.cz)

Společnost Dopravní zdravotnictví, a. s. provozuje 6 zdravotnických zařízení, které ve svých regionech zajišťují léčebně preventivní péči ambulantního typu, vykonávanou praktickými lékaři a ambulantními specialisty. Dále provozuje laboratoře, centra zobrazovací diagnostiky, léčebnu dlouhodobě nemocných, lékárny a Centrum jednodenní péče. Je součástí skupiny AGEL, která je největším privátním provozovatelem zdravotnických služeb.

### **Pro POLIKLINIKU AGEL v Ostravě hledáme PRAKTICKÉHO LÉKAŘE, INTERNISTU a DERMATOVENEROLOGA**

se specializovanou způsobilostí v daném oboru dle zákona č. 95/2004 Sb., případně před ukončením specializačního vzdělávání. Nabízíme zázemí silné a dynamicky se rozvíjející společnosti, nadstandardní mzdové ohodnocení, náborový příspěvek a další benefity, práci na částečný úvazek, do budoucna úvazek 1,0. Nástup možný ihned nebo dle dohody.

**Kontakt:**

MUDr. Bogna Jiravská-Godula, ředitel polikliniky

**e-mail:** bogna.jiravska-godula@pol.agel.cz, **tel:** 595 002 601; **mobil:** 702 214 443

### **Pro POLIKLINIKU AGEL v Nymburce hledáme PRAKTICKÉHO LÉKAŘE ČI LÉKAŘKU, INTERNISTU, ORTOPEDA A NEUROLOGA**

se specializovanou způsobilostí v daném oboru dle zákona č. 95/2004 Sb., případně s ukončeným základním kmenem. Nabízíme zázemí silné a dynamicky se rozvíjející společnosti, nadstandardní mzdové ohodnocení, náborový příspěvek a další benefity, práci na částečný či plný pracovní úvazek. Nástup možný ihned nebo dle dohody.

**Kontakt:**

MUDr. Tomáš Pospíšil, lékařský ředitel

**e-mail:** tomas.pospisil@pol.agel.cz, **tel.:** 221 087 402, **mobil:** 725 847 370

### **Pro v POLIKLINIKU AGEL v Plzni hledáme PRAKTICKÉHO LÉKAŘE ČI LÉKAŘKU a UROLOGA**

se specializovanou způsobilostí v daném oboru, případně před ukončením specializačního vzdělávání. Nabízíme zázemí silné a dynamicky se rozvíjející společnosti, nadstandardní mzdové ohodnocení, práci částečný či plný pracovní úvazek, náborový příspěvek a další benefity. Nástup možný ihned nebo dle dohody.

**Kontakt:**

Mgr. Jiří Fojtík, MBA, ředitel polikliniky,

**e-mail:** jiri.fojtik@pol.agel.cz, **tel:** 601 353 382,



# Napadení s těžkým ublížením na zdraví s následkem smrti poškozeného



**MUDr. Pavel Brejník**

Praktický lékař pro dospělé, Kladno

V této kazuistice je řešen případ napadení seniora s těžkým ublížením na zdraví s následkem smrti. Pachatel činu se svým obhájcem měli na průběh události jiný názor, proto se soud obrátil na znalce.

Podle usnesení Krajského soudu je obžalovaný A. B. stíhán pro zvláště závažný zločin loupeže podle § 173 odst. 1, odst. 4 tr. zákoníku, kterého se měl dopustit tím, v městě C dne 07. 07. 2014 v době okolo 10.20 hod. si na pobočce České Pošty, s. p. v C, vyhlédl poškozeného D. E. 1931, který si zde vyzvednul svůj důchod, a v úmyslu zmocnit se této finanční hotovosti jej sledoval od budovy pošty po celé cestě k domovu poškozeného v ul. F, kde jej ve vchodě domu u poštovních schránek v době kolem 11.30 hod. fyzicky napadl tak, že jej úmyslně úderem do hlavy zezadu srazil k zemi, následkem čehož poškozený upadl na zem na záda a přitom mu vytrhl příruční tašku v hodnotě 250 Kč, s peněženkou a finanční hotovostí ve výši 10.265 Kč, občanským průkazem a osobními věcmi poškozeného, vše v celkové hodnotě 10.515 Kč, a poté z místa činu utekl, když v důsledku úderu a následného pádu poškozený utrpěl tržnou ránu na hlavě, otřes mozku, krvácení pod měkké pleny mozkové ve spánkově-temenně-týlní krajině hlavy vlevo, tříštivou zlomeninu kyčelní jamky vlevo, zasahující do levé lopaty kyčelní, zlomeninu dolního raménka kosti stydké vlevo bez posunu, zlomeninu kosti křížové vlevo bez posunu, zlomeninu těla 12. hrudního obratle se snížením o polovinu své výšky, výrazný krevní výron v zapobříšnicovém prostoru malé pánve vlevo s posunem močového měchýře doprava, když v důsledku připoutání poškozeného na nemocniční lůžko po vzniklých poraněních došlo u něj k rozvoji oboustranného zápalu plic, jemuž nebylo možno ani při nejlepší zdravotnické péči možné zabránit, na následky něž poškozený D. E. dne 19. 10. 2014 zemřel.

Vzhledem ke skutečnostem, které vyplynuly z obhajoby obžalovaného a vyjádření pozůstalých po poškozeném D. E. / i pozůstalí se domnívali, že poškozený byl léčen nedostatečně a neerudovaně a proto zemřel/, v řízení vyvstala otázka, zda léčba poškozeného v Krajské nemocnici v C ode dne 7. 7. 2014 do dne 19. 10. 2014 probíhala standardním a adekvátním způsobem, tedy lege artis, zda příčinou zdravotních komplikací poškozeného po 7. 7. 2014 byla toliko zranění poškozeného utrpěná dne 7. 7. 2014, nebo

jeho neadekvátní léčba. Tato otázka nebyla v dosavadním řízení dostatečně vyjasněna ani výsledkem jiné znalkyně. Úlohou znalce tak je mimo jiné posoudit, zda léčba poškozeného probíhala lege artis, zda příčina úmrtí poškozeného spočívala toliko v gradaci jeho zranění, která utrpěl dne 7. 7. 2014, či v selhání zdravotnického zařízení v průběhu léčebného procesu. K objasnění a objektivizaci těchto skutečností je zapotřebí odborných znalostí, a proto byl přibrán soudní znalec. Zjištění a závěry znalce jsou pak pro soud předpokladem pro správné závěry ohledně právní kvalifikace jednání obžalovaného.

Soud proto přibral k objasnění skutečností, které jsou důležité pro trestní řízení znalce z oboru zdravotnictví, odvětví různá, specializace všeobecné lékařství, a uložil mu vypracovat znalecký posudek.

Dne 4. 12. 2014 obviněný A. B. vypověděl, že chtěl říci, že údajně došlo k pádu pana D. E. v nemocnici, tak by chtěl vyslovit domněnku, zdali tato okolnost nemohla ovlivnit příčinu jeho smrti. Dále by chtěl uvést, že pan D. E. zemřel na zápal plic a domnívá se, že to mohlo být způsobeno pozdním odhalením této choroby a vlivem nedostatečného postupu při léčbě. Nesouhlasí s tím, že by pana D. E. udeřil do hlavy, zranění se pravděpodobně způsobilo pádem na zem poté, co mu vytrhnul příruční tašku. Vlastně ani nevěděl, že upadl, protože když mu vytrhával tašku, byl otočený směrem, kterým utíkal pryč, ani neslyšel žádnou ránu.

Ze zdravotní dokumentace poškozeného D. E. bylo zjištěno, že byl hospitalizován na Traumatologicko ortopedickém centru Krajské nemocnice v C 7. 7. –28. 7. 2014

Osobní anamnesa: stav po QIM diafragmatickém 1983, hypertenze, hyperlipoproteinemie, hypacuse, hiátová hernie, stav po krvácení z jícnového vředu s melénou 2002

Léková anamnesa: Amiclon, Orcal, Zoxon, Ipaton, Prestarium, Medostatin, Gasec, Ipaton, Enelbin.

Nynější onemocnění: dnes (7. 7. 14- pozn. znalce) napaden druhou osobou, poranění na hlavě, stěžuje si na bolesti hlavy, kde tržná rána, dále zlomenina acetabula vlevo, nejasný nález na páteři, patrně zlomenina 12. hrudního obratle, přijat k pozorování.

Ambulance neurochirurgie 7. 7. 14- pacient po napadení GCS 14, bez lateralizace, na CT nález traumatického SAK /krvácení pod plenu mozkovou- pavučnici/ v temenní spánkové krajině, cisterny volné, celkově bez známek nitrolební, doporučena bedlivá observace neurologického stavu, kontrolní CT zítra nebo dle kliniky.

Ambulance ARO- předanestetické vyšetření před osteosyntézou pro zlomeninu levého acetabula- vzhledem k bronchopneumonii a známkám levostranné kardiální insuficienci schopen pouze z vitální indikace, JIP vhodná již v přípravě k výkonu.

RTG 7. 7. 14 nelze vyloučit fracturu acetabula vlevo, proto provedeno CT, kde popsána tříštivá zlomenina levého acetabula s postižením předního a zadního pilíře, bez výraznější dislokace, zlomenina dolního raménka kosti stydké vlevo zlomenina kosti křížové vlevo bez disloka-



ce, zlomenina těla 12 hrudního obratle se snížením na 1/2 výšky, zasahující do oblasti přední a zadní hrany, prolomení horní krycí lišty, výrazný retroperitoneální hematoma v malé pánvi vlevo s dislokací močového měchýře doprava.

Skiagram srdce plíce, proveden 11. 7., 15. 7., 19. 7., 22. 7. 14 Na 1. snímku zmožená až splývající bronchovaskulární kresba v obou dolních polích, kde incipientní zánětlivé změny vyloučit nelze, zároveň známky incipientního perihilosního edému.

15. 7. podezření na menší fluidothorax, celkově zvětšené srdce se známkami intersticiálního plicního městnání.

19. 7. regrese městnání, oboustranně zánětlivé změny v kombinaci s hypoventilací.

7. 7., 9. 7., 11. 7., 24. 7. a 29. 7. kdy sledovány potřebné funkce vnitřního prostředí, ledvin, jater, hladiny cukru, parametry zánětu.

V terapii a průběhu konstatováno, že pacient přijat po napadení s poraněním hlavy a pánve, předoperační příprava k osteosyntéze pánve, před výkonem rozvoj bronchopneumonie s nutností překladu na JIP, kde incipientní městnání, nasazena diuretická terapie, krvácení do scrota, po celou dobu hospitalizace zmatený, nespoupracující, postupné zlepšování poslechového nálezu, poklep zánětlivých parametrů. zmatenost přetrvává, nutná dočasná výživa nasogastrickou sondou, kterou si vytáhl, od operace upuštěno, již pouze konzervativní terapie, ve stabilizovaném stavu přeložen na LDN.

Léčba Amiclooton. Verospiron, Prestarium, Simvastatin. Ambrobene, Agen, Enelbin. Sortis, Helicid, Actiferin, Ciplox, Clexane, Novalgín, Geratam.

Ve zprávě o ambulancním ošetření konstatováno, že ošetřen 7. 7. 14 15,08 na ambulanci neurochirurgie s diagnózou S0630 ložiskové poranění mozku, neotevřená rána.

Ve vyšetření konstatováno, že pacient po napadení, GCS 14, bez lateralizace, na CT náleží SAK vysokoparietálně a parietotemporálně, střední struktura bez dislokace, cisterny volné, celkově bez známek nitrolební hypertenze, kontrolní CT zítra nebo dle kliniky, naše konzultace dle potřeby Neurologické vyšetření 7. 7. 2014 15,56.

NO: Pacient dnes napaden u domu, svědkyně zazvonila na zvonky, policistka, která v daném domě bydlela vyšla, pacient prý byl jakoby omráčený, ale ne bezvědomí, cca po 5 min udával, že byl napaden. S pacientem velmi obtížná domluva pro těžkou hypacusi, bolí ho uši a hlava.

Objektivně lucidní, snaží se spolupracovat, bez jasné fatické poruchy.

Hlava zornice iso, foto+, bulby volně hybné všemi směry, bez nystagmu, cení symetricky.

Mingazzini bez poklesu, na taxi se nedomluvíme. LDK zahýbe akrálně, PDK elevuje, reflexy L2/4 nevybavné vlevo, vpravo vybavné tonus nelze posoudit, iritační jevy a taxi bilat nelze.

**Závěr:** Z anamnesy komoce mozková, objektivně kvadrusymptomatologie, bez jasné lateralizace či poruchy hybnosti či léze mozkových nervů, fractura Th12, CT mozku small vessel disease, doporučeny kontroly vědomí a hybnosti a 1 hod, při zhoršení stavu neurologická kontrola kdykoli.

**b/ Hospitalizace na Odd. následné péče 28. 7. –19. 10. 2014**  
Anamnestické údaje stejné jako při hospitalizaci na Traumatologicko–ortopedickém oddělení Krajské nemocnice  
Nynější onemocnění: 83letý přeložen z traumatologie, kam

přijat po napadení s poraněním hlavy a pánve. Při přijetí afebrilní, dušnost 0, dysurie 0, pacient je inkontinentní, má permanentní katetr, plenkové kalhotky. Je dezorientovaný, těžká hypacuse, bez jasné fatické poruchy, bez icteru a cyanozy, klidové eupnoe, hydratace snížená, hematoma na zadní části šíje, levé paži, na břichu.

Na hrudníku dýchání emfysematozní, bez venostázy, oslabeno vlevo bazálně.

Biochemická vyšetření krve 1. 8. 14 glu 5,8, ura 5,7, kreatinin 66, CRP 23,8, Na 133, K 4,7, Cl 100 Fe 4,8, leuko 8,5, Hb 109

12. 8. 14 CRP 11,43, leu 5,0 Hb 88

2. 9. 14 CRP 4,8

9. 9. 14 CRP 3,4, leu 5,1, Hb 86

8. 10. 14 CRP 6,9, leu 5,8, Hb 99, osmol 286, GFR 1,448

Průběh hospitalizace:

Po stabilizaci stavu přeložen na ONP, kde pokračováno v zavedeném postupu. Pacient plně ležící, zmatený, nespoupracující, zajištěna komplexní ošetrovatelská péče, dne 19. 10 febrilie, alterace stavu, vs. rozvoj bronchopneumonie, nasazen Unasyn 1,5 g a 12 hodin, antipyretika. Manželka informována o špatné prognóze u imobilního, polymorbidního pacienta. Rapidně zhoršení stavu, terapie bez efektu, dne 19. 10. 2014 ve 21.20 nastává exitus letalis.

Terapie Prestarium, Agen, Tiaptidal, Clexane, od 19.10 Unasyn 1,5 g a 12 hodin, čípky Paralén a 6 hodin.

Závěr: Pneumonie

ICHS chronická dekompenzovaná

Napadení tělesnou silou

Haemorrhagia subarachnoidalis

Fractura acetabuli I sin., fractura Th12

**c/ soudně lékařské shrnutí**

1) Bezprostřední příčinou smrti D. E byla hnisavá bronchopneumonie.

Při pitvě je popis pravá plíce 710 g, levá plíce 405 g, poplicnice – fibrinosně hnisavá pleuritis, povrch nerovný, okraje ostré, lobace obvyklá, tkáň nařezu červenofialová, překrvená, prosáklá, vzdušnost nadměrně zvýšená- emfysem

Základní onemocnění:

Stav po napadení (7. 7. 2014, dle klin. zprávy):

• Vulnus lacerum capitis

• Otřes mozku

• Haemorrhagia subarachnoidalis = Krvácení pod měkké pleny mozkové (omozečnice) ve spánkově–temenně– týlní krajině hlavy vlevo

• Fractura acutabuli lat. sin. = Tříštivá zlomenina kyčelní jamky vlevo, zasahující do levé lopaty kyčelní

• Fractura dolního raménka kosti stydké vlevo bez posunu

• Zlomenina kosti křížové vlevo bez posunu

• Zlomenina těla 12. hrudního obratle se snížením o polovinu své výšky

• Výrazný krevní výron v zapobřišnicovém (tzv. retroperitoneálním) prostoru malé pánve vlevo s posunem močového měchýře doprava.

**Komplikace:**

Imobilita.

Akutní hnisavá bronchopneumonie. Reaktivní fibrinózně– hnisavá pleuritis bilat., navíc vpravo charakteru cirkumskriptní pleuritidy (v pravém bráničním úhlu).

Septická aktivace sleziny.

**Vedlejší nálezy:**

Generalizovaná ateroskleróza III. stupně. Sklerotické stenó-

zy koronárních tepen a spodinových tepen mozku. Hypertrofie srdce (370 g). Disperzní myofibróza a lipomatóza srdeční svaloviny. Jizva po infarktu myokardu v zadní stěně levé komory srdce.

Atrofie mozku. Postmalatická pseudocysta v bazálních gangliích vlevo (0,6 cm) a temporálně vpravo (1 cm).

Chronická rozedma a atrofie plic.

Benigní hyperplazie prostaty. Kompenzatorní hypertrofie svaloviny močového měchýře. Senilní osteoporóza kostí. Sinistrokonvexní thorakolumbální kyfoskolióza.

Podváha (BMI 18,07).

Pokročilý věk (83 let).

Stav po appendektomii a střední laparotomii v minulosti.

2) Mikroskopické vyšetření potvrzuje makroskopický nález v celém rozsahu. Histologické vyšetření (23 preparátů) bylo provedeno v nezbytně nutném rozsahu dle charakteru posuzovaného případu.

V plicích akutní hnisavá bronchopneumonie, antrakóza, bronchiektázie, emfýsém, v ojedinělém místě zastiženy útvary upomínající na hýfy.

Ve slezině chronická venostáza, zmnožení bílé pulpy s tvorbou germinálních struktur.

V játrech chronická venostáza s dráhami městnání.

3) Konverze na pitvu zdravotní pro trauma – st.p. napadení.

4) Shrnutím výše uvedeného vyplývá, že v tomto konkrétním případě, se jednalo ze soudně-lékařského hlediska o smrt násilnou, z příčin zevních – traumatických, s pouházovým rozvojem komplikací, vedoucích ke smrti jmenovaného.

K případu se vyjádřila i manželka poškozeného. Dne 7. 8. 2014 vypověděla, že pokud jde o zdravotní stav mého manžela, tak byl celkově zdravý, když mu bylo 52 let, tak měl infarkt, asi před 6 lety měl neprůchodnost střev, ale z toho se rychle vyléčil, žádné vážnější problémy nikdy neměl, je velice vitální, pohyblivý, pouze je silně nedoslýchavý, má 25% sluchu v levém uchu, na pravé ucho neslyší vůbec, takže používá naslouchadlo, nikdy se neléčil na psychiatrii, nikdy neměl žádné psychické potíže. Pokud jde o dotaz na požívání alkoholu, tak uvádí, že vypil 2 piva denně, chodil si pro lahvové pivo každý den do Tesca, nic jiného nepil, nikdy se neopíjel. Byl to děsně hodný a dobrý chlap, úplně mi odchází před očima, je to pořád horší.

V den, kdy byl manžel přepaden, byl dopoledne u své obvodní lékařky pro recepty, vrátil se domů asi v 10 h a potom si měl jít pro důchod na hlavní poštu.

V diskusi nad případem znalec konstatoval, že pacient D. E. byl přijat na traumatologické odd. 7. 7. 14, kde popsána tržná rána hlavy, krvácení do mozku, zlomenina obratle, acetabula, kosti stydké, kosti křížové, hematom pánve, to vše v den přijetí 7. 7. 2014.

Dále byla provedena vyšetření krve, RTG plic, neurologické, neurochirurgické konzilium.

Z výčtu je zřejmé, že diagnostický proces byl úplný, maximální, tedy lege artis.

Během hospitalizace na traumatologickém odd. 7. 7. –28. 7. 14 bylo celkem 5x provedeno vyšetření krve, 5x proveden RTG plic a srdce. Lze tedy konstatovat, že sledování bylo dostatečné.

K otázce léčby znalec konstatuje, že byla obvyklá, plně v souladu s dnešními poznatky a postupy, tedy lege artis. Rentgenologicky zjištěná a vyšetřením krve podpořená diagnóza zánětu plic byla přeléčena antibiotiky, léčba byla

úspěšná, na kontrolním RTG snímku 19. 7. 14 byla regrese nálezů, biochemický nález 24. 7. byl normální – hodnota leukocytů v krevním obraze. Stejně tak správně bylo provedeno léčení městnání v malém krevním oběhu diuretiky, na kontrolním RTG snímku již městnání nebylo popsáno.

Ústup od operace zlomeniny acetabula pro městnání na plicích a zánět je plně v souladu s doporučenými postupy. Operace acetabula trvá v průměru 2 hodiny, což se hodnotí jako velká operace a narkóza pro pacienta ať celková či epidurální by byla vysoce riziková z důvodu selhání kardiopulmonálního systému. V tomto stavu se operace provádí pouze z vitální indikace – to znamená, že kdyby operace nebyla bezprostředně provedena, pacient by zemřel. Stejný závěr měl anesteziolog v předanestetickém vyšetření dne 11. 7. 14.

Nitrolební poranění s krvácením pod mozkovou plenu pavučnici je vysoce závažným zraněním, které zejména u starších pacientů velmi často vede k nevratné poruše mozkových funkcí. Stejně tak tomu bylo v případě pana D. E. kde došlo k postupnému úbytku kognitivních funkcí projevujících se progresí zmatenosti, až ztrátou kontaktu zejména při následné hospitalizaci. Obvyklá léčba v tomto případě Geratam, Buronil, Sortis byla nasazena, ale efekt byl minimální až žádný. Postup při léčbě byl lege artis.

Při hospitalizaci na oddělení následné péče byl stav relativně stabilizovaný. Pacient s poruchou kognitivních funkcí, nastartovanou zraněním, nespolupracující, je obtížně rehabilitovatelný a potřebuje hlavně ošetrovatelskou péči. Četnost laboratorního sledování – 4x během hospitalizace – hodnotí znalec jako dostatečnou. Těž medikamentózní léčbu během hospitalizace hodnotí znalec jako správnou. Antihypertenzní léčba, léčba zmatenosti, prevence tromboembolické nemoci nízkomolekulárními hepariny – Clexanem byla správná. Při popisované alteraci stavu s febriliemi dne 19. 10. 2014 byla ihned nasazena injekční antibiotická léčba Unasynem, který je kombinovaným preparátem ampicillinum/sulbactamum, je lékem první volby u léčby bronchopneumonií. Zavedení injekční léčby nastaví hladinu antibiotik podstatně rychleji než při podávání ústy, tedy opět postup lege artis.

Bronchopneumonie u dlouhodobě ležících, polymorbidních pacientů je jednou z nejčastějších příčin úmrtí. K podobnému scénáři došlo po zranění pana D. E. Kombinací nitrolebního krvácení s následnou poruchou kognitivních funkcí, dlouhodobou imobilitu v důsledku polytraumatu pohybového ústrojí – zlomenina acetabula, obratle, křížové kosti, stydké kosti a recidivující bronchopneumonie při věku 83 let hodnotí znalec jako léčebně nezávládnutelnou. Postup při diagnostice, ošetřování a léčení na Oddělení následné péče hodnotí znalec jako lege artis.

Vzhledem k tomu že obviněný pan A. B. se domnívá, že k úmrtí mohlo dojít pozdním odhalením a vlivem nedostatečného postupu při léčbě, podává znalec následující rozbor.

Histologický nález u pneumonií má 4 stadia – zánětlivé překrvení, červená hepatizace, šedá hepatizace, hojení. Při provedení pitvy makroskopický i histologický nález odpovídá akutní zánětu, tak je popisován patologem a stejný je i jeho závěr. Při delším trvání bronchopneumonie by musel být histologický nález jiný – stadium šedé hepatizace na plicích měly by být chronické zánětlivé změny na játrech a slezině – jsou popisovány změny pouze akutní. Lze tedy jednoznačně konstatovat, že onemocnění plic – bronchopneumonie, které bylo bezprostřední příčinou úmrtí, probíhalo akutně, tedy trvalo popsáný 1 den. Jak bylo výše



uvedeno, též léčba okamžitě zahájená injekčním kombinovaným antibiotikem/ tzn. 2 antibiotika v jednom/ pro léčbu bronchopneumonií doporučeným jako lékem I. volby byla dostatečným postupem.

Znalec se vyjadřuje i k dalšímu tvrzení obviněného A. B. že pana D. E. neudeřil do hlavy, že si zranění způsobil sám. Z lékařského hlediska, pokud neexistuje přímý anamnestický údaj od poškozeného pana D. E. nebo anamnestický údaj osoby přítomné při vzniku zranění nelze tvrzení vyvrátit. Zranění mohlo vzniknout úderem /popisovaná tržná rána/, ale i pádem v důsledku působení silou při vytržení tašky pana D. E. Z etiologického hlediska jde o působení násilí v obou uvažovaných případech, tedy jednoznačně přímou souvislost vzniku zranění hlavy.

Senioři bývají označováni v literatuře jako křehcí pacienti, tedy i malá změna zdravotního stavu např. běžnou infekcí či malým úrazem vede velmi často k nevratnému zhoršení zdravotního stavu. V tomto případě došlo v důsledku zrychleného pádu po vytržení tašky ke kombinaci těžkých zranění - nitrolebnímu krvácení s rozvojem poruchy kognitivních funkcí, ke vzniku několika zlomenin, kdy zejména zlomeniny acetabula a stydké kosti vedly ke ztrátě hybnosti. Ztráta hybnosti u 83 letého pacienta byla disponujícím faktorem ke vzniku 2 bronchopneumonií, z nichž bronchopneumonie vzniklá 19. 10. 2014 byla příčinou úmrtí pana D. E.

Vzhledem k tomu, že pan D. E. byl do 7. 7. 2014 aktivní senior samostatně jednající a samostatně chodící na poštu, k lékaři, do Tesca apod./ anamnestická výpověď manželky D. E./, po vzniku četných zranění dne 7. 7. 2014 se již nepostavil, postupně ztratil komunikační schopnosti, v důsledku ztráty hybnosti, omezených možností rehabilitace, vznikly opakovaně bronchopneumonie, z nichž bronchopneumonie vzniklá 19. 10. 2014 vedla k letálnímu konci pana D. E., lze jednoznačně z pohledu znalce z oboru zdravotnictví konstatovat, že existuje přímá souvislost mezi zraněním vzniklým 7. 7. 2014 násilným jednáním obviněného A.B. a úmrtím D. E. dne 19. 10. 2014.

Na konkrétní otázky soudu znalec odpověděl:

1) Zda léčba poškozeného D. E. v Krajské nemocnici v C, ode dne hospitalizace do dne úmrtí byla adekvátní jeho zdravotnímu stavu, zda probíhala lege artis či nikoliv?

Léčba poškozeného D. E. v Krajské nemocnici v C jak na Traumatologicko ortopedickém centru ve dnech 7. 7. –28. 7. 2014, tak na Oddělení následné péče ve dnech 28. 7. –19. 10. 2014 byla adekvátní jeho zdravotnímu stavu a byla lege artis. Rozbor diagnostických a léčebných postupů byl podrobně proveden v diskusi.

2) V případě, že léčba poškozeného neprobíhala lege artis, tak v jakém směru a jak se tento případný nedostatek v léčbě odrazil ve zdravotním stavu nebo v následku v podobě úmrtí poškozeného D. E.?

Znalec hodnotí postup léčby v Krajské nemocnici v C jako lege artis, nedostatky v léčbě neshledal.

3) Zda v době léčení poškozeného došlo k nějaké mimořádné události, která negativně ovlivnila zdravotní stav poškozeného D. E. a prognózu jeho uzdravení, pokud ano, popište tuto událost a sdělte, jak se projevila na jeho zdravotním stavu a jaký měla vliv na jeho léčbu a uzdravení?

Z dostupné dokumentace pro zpracování posudku znalec nenašel žádnou mimořádnou událost, která by negativně ovlivnila zdravotní stav poškozeného a prognózu jeho uzdravení.

Polytrauma utrpená po pádu D. E. v důsledku násilím vyvolaného pohybu vedla k imobilizaci poškozeného, ztrátě kognitivních funkcí a vzniku opakované bronchopneumonie s letálním koncem. Tento vývoj znalec nehodnotil jako mimořádnou událost.

4) Další případná zjištění znalce?

Jak bylo uvedeno v diskusi, byl poškozený D. E. do 7. 7. 2014 aktivní senior samostatně jednající a samostatně chodící na poštu, k lékaři, na nákupy. Po vzniku četných zranění / tržná rána hlavy, nitrolební krvácení pod měkké pleny mozkové. tříštitvá zlomenina kyčelní jamky vlevo zasahující do lopaty kyčelní, zlomenina dolního raménka stydké kosti vlevo bez posunu, zlomenina kosti křížové, zlomenina těla 12. hrudního obratle, výrazný krevní výron v zapobřišnicovém prostoru malé pánve vlevo s posunem močového měchýře doprava/ dne 7. 7. 2014 způsobených pádem v důsledku násilí způsobeného obviněným A. B. se již nepostavil, byl upoután na nemocniční lůžko, postupně ztratil komunikační schopnosti, v důsledku ztráty hybnosti, omezených možností rehabilitace vznikly opakovaně bronchopneumonie, z nichž bronchopneumonie vzniklá 19. 10. 2014 přes okamžitě zahájenou obvyklou léčbu vedla k letálnímu konci poškozeného D. E.

Znalec z oboru zdravotnictví konstatuje, že existuje přímá souvislost mezi zraněním vzniklým 7. 7. 2014 násilným jednáním obviněného A. B. a úmrtím poškozeného D.E.

K osobě pachatele jako informaci pro čtenáře Practicusu lze dodat, že šlo o drogově závislého 23 letého jedince v podmínce za 3 přeapadení s odcizením tašky, 1x přítom došlo ke zranění okradené, 2x šlo o mladé ženy, 1x o seni- ora. Při jednání soudu byl obviněný astenického habitu, odhadem maximálně 165 cm vysoký a do 50 kg vážící.

Při jednání soudu kromě skutečností popsaných v kazuistice byla řešena i otázka položená státním zástupcem k otázce mechanismu poranění hlavy- nitrolebnímu krvácení pod měkké pleny mozkové / soud se při zadání znaleckého posudku na toto neptal/, tj zda bylo způsobeno úderem spíše předmětem do hlavy D.E., nebo pouze pádem poškozeného. Znalec se přiklonil k názoru, že k poranění hlavy došlo spíše kinetickou energií mozku při pádu zaviněného obviněným. Při přímém úderu předmětem na hlavu by měl být popsán hematoma lbi a krvácení nitrolební jsou spíše epidurální a subdurální.

Závěrem lze říci, že soud neuznal připomínky obhajoby ke smrti D.E. a přijal závěry ve znaleckém posudku.

# Madrid

Na konci března jsme se jako členové Mladých praktiků zúčastnili výměnného pobytu ve španělské metropoli - Madridu. Již delší dobu jsme sledovali emaily od Mladých praktiků nabízející výměnné pobyty v různých evropských zemích. Jednoho sychravého lednového odpoledne, kdy sněhová vánice bičovala republiku, přišla nabídka jednoho z nich - nabízející týdenní výměnu v Madridu. Bylo lákavé spojit poznání a prohřátí zimou prokřehlého organismu v jedné z nejživějších evropských metropolí, a tak jsme se přihlásili.

Již několik dní před akcí byly všem účastníkům zaslány podrobné propozice a technické pokyny, takže všichni věděli, do čeho jdou. Týdenní exchange pobyt sestává z 4 dnů strávených v hostitelské ordinaci, které následuje den konferenční, kde každý účastník prezentuje poznatky, které nastřádal během pobytu ve španělské ordinaci praktického lékaře a zároveň oblažuje ostatní účastníky detaily z primární péče své mateřské země.

Ve Španělsku je v podstatě státní zdravotnictví a tomu odpovídá i dobře organizovaná prostorová struktura jednotlivých pracovišť. Praktičtí lékaři jsou sdružení ve skupinách v tzv. centru zdraví (Centro de salud), kde je vždy více praktických lékařů, obklopených houfem dychtivě se učících rezidentů a jiných tzv. kolečkářů z příbuzných oborů, několika samostatně pracujících sester, pediatra a laboratoře.

Ordinační doba praktického lékaře ve Španělsku začíná v 8.30, pac. se objednávají v cca 6 minutových intervalech, které se dají v případě potřeby prodloužit. Končí se cca v 14.30, poté následují návštěvy podobně jako u nás. Spektrum pacientů bylo podobné jako u nás, řešení jejich problémů bez fatálních rozdílů. Nejvýraznějším rozdílem proti naší práci je taková lehkost, vzdušnost. V ordinaci se



všude po stolech nepovalují stohy papírů, v ordinaci nezáclání žádné monstrózní kartotéky. Místní praktik si také nemusí lámat hlavu nad tím, jestli může předepsat oční kapky či mirtazapin (za pár korun), schvalovat k preskripci musí pouze dražší léky nad 60 €.

Rozdílný je například i postup u pacientů žádajících o invalidní důchod a různé sociální výhody. Praktický lékař zde vůbec nepřipravuje podklady pro sociální úřad. Pacienti, kteří si podají žádost jdou rovnou před posudkovou komisí se zprávami o vyšetřeních, které mají.

Za zmínku také stojí, že ve Španělsku již kompletně funguje elektronické zdravotnictví. Každý lékař má možnost ve speciální internetové aplikaci vyhledat pacientovy zprávy z nemocnice, laboratorní výsledky, nálezy ze zobrazovacích vyšetření. Běžně se zde již také vystavují e-recepty. Lékař předá v ordinaci pacientovi pouze výpis léků, které užívá. Pacient si je pak následně vyzvedne v lékárně na svou kartičku pojištěnce, která obsahuje elektronický čip.

Po náročném dopoledním stáždování v ordinaci praktického lékaře byl na každé odpoledne a večer připraven program od místního sdružení mladých praktiků – během týdne jsme tak absolvovali prohlídku památek města s průvodcem, návštěvu flamenca – tradičního španělského tance a návštěvu trhu s typickými španělskými specialitami jako je třeba výborná tortilla espanola a nebo různé druhy paell. Vše bylo samozřejmě potřeba zapít výbornou španělskou sangrií.

Za jediný nedostatek pobytu se dá považovat, že probíhal zrovna v době, kdy se v Madridu nehrál žádný fotbalový zápas a my jsme tak nemohli naživo okusit atmosféru na stadionu Santiago Bernabéu.

MUDr. Tomáš Hlavička  
Pelhřimov

MUDr. David Kupka  
Frýdek-Místek



PLNOU VERZI ČASOPISU  
VČETNĚ INZERCE  
NALEZNETE V INTERNÍ SEKCI  
[WWW.SVL.CZ](http://WWW.SVL.CZ)

# Projekt Zdraví 2020: strategie nejen pro pacienty

**Vláda České republiky přijala 8. ledna 2014 Usnesení k vypracování Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí, Zdraví 2020. Následně byl dokument podpořen i Poslaneckou sněmovnou a od poloviny roku 2014 začalo fungovat 16 pracovních skupin (PS) pro vypracování akčních plánů pro klíčové oblasti podpory zdraví a prevence nemocí.**

Obsáhlý dokument, který popisuje strategické cíle Zdraví 2020, vychází z doporučení WHO a ze Zprávy o zdraví obyvatel České republiky, kterou vydalo Ministerstvo zdravotnictví České republiky. Veřejnosti byla Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí představena v červenci 2014 a vbrzku bylo ustanoveno 16 pracovních skupin, které mají za úkol vypracovat dílčí akční plány k zlepšení zdravotního stavu obyvatel ČR.

Češi žijí v důsledku lepší zdravotní péče déle než předchozí generace, ale na rozdíl od například skandinávských zemí, prožijí „prodlouženou délku života“ nikoli ve zdraví, ale v nemoci. Za posledních dvacet let se průměrná délka života u mužů prodloužila o 7,7 roku, u žen o 5,5 roku. Expertizy však hovoří o progresivním prodloužování délky lidského života až k hranici sta let v horizontu 2050. Jde o to, v jakém stavu se svých sta let lidí dožijí, zda jako „Stoletý stařík, který vyskočil z okna a již ho nikdo neviděl“, nebo upoutání na invalidní vozík a odkázání na pomoc okolí.

Pokud by se snížil výskyt civilizačních nemocí o 5 %, uspořilo by to ročně 10 miliard korun v samotném zdravotním systému a dalších 10 miliard korun by byl příspěvek zvýšené produktivity práce zdravější populace do HDP.

Národní strategie obsahuje 16 prioritních témat, která v současnosti zpracovávají do akčních plánů (nyní ve stadiu připomínek) jednotlivé PS.

1. Dostatečná pohybová aktivita
2. Správná výživa a stravovací návyky populace, bezpečnost potravin
3. Zvládnání stresu a duševní zdraví
4. Omezení zdravotně rizikového chování
5. Snižování zdravotních rizik ze životního a pracovního prostředí
6. Zvládnání infekčních onemocnění, zejména nových a znovu se objevujících infekcí, infekcí spojených s poskytováním zdravotní péče, opatření proti antimikrobiální rezistenci a vakcinační programy
7. Screeningové programy, jejich sledování a vyhodnocování jejich efektivity, identifikace nových možností
8. Zlepšení dostupnosti a kvality zdravotní péče včetně následné a dlouhodobé
9. Zajištění kvality a bezpečí poskytovaných zdravotnických služeb

10. Celoživotní vzdělávání zdravotnických pracovníků
11. Elektronizace zdravotnictví
12. Zdravotní gramotnost
13. Snižování nerovnosti ve zdraví
14. Evidence-based přístupy
15. Podpora zdraví během celého života, zdravé stárnutí
16. Ekonomika zdraví

## E-Health má prioritu

Ambici zprůhlednit a zefektivnit systém zdravotní péče a zajistit pro občany relevantní a spolehlivý systém zdravotních informací není ničím novým a v zahraničí tyto systémy fungují a přinášejí úspory. Česku je dáván za příklad dánský [www.sundhed.dk](http://www.sundhed.dk).

Konkrétní plány a dokonce technické zpracování na zavedení e-health existovaly již v roce 2008.

V současnosti nám však nezbyvá nic jiného, než zopakovat preambuli projektu MZ ČR z roku 2008: „Komplexní zdravotní informační systém pro občany v ČR neexistuje (je řada dílčích informačních systémů různých provozovatelů včetně MZ ČR).“

České internetové prostředí postrádá evaluaci a vědeckou verifikaci správnosti zdravotních a medicínských informací a mnoho základních funkcí, které se od e-health očekávají.

## Cíle e-health

Národní strategie elektronického zdravotnictví v rámci Zdraví 2020 si klade za cíl zejména:

- poskytnout pacientům aktivní roli v péči o vlastní zdraví,
- vytvořit zdravotníkům podmínky pro rozvoj kvality zdravotních služeb,
- zpřístupnit manažerům ve zdravotnictví přesné a včasné informace pro rozhodování.

## Co jednotliví účastníci v systému zdravotní péče mohou od moderního e-health čekat?

Občané:

- Relevantní informace o podpoře zdraví a prevenci nemocí,
- zásady zdravého životního stylu (pohyb, výživa),
- zásady zvládnání stresu a péče o duševní zdraví,
- zásady prevence rizikového chování (návykové choroby, sexuální rizikové chování apod.),
- informace o prevenci nemocí (vakcinace a prevence infekcí, screeningové programy, cestovní medicína, hygienické návyky),
- informace o zdravém stárnutí,
- zásady snižování rizik životního a pracovního prostředí.

**Pacienti:**

- Snadný a rovný přístup k potřebným zdravotním službám,
- přesné informace o zdravotním stavu, léčebných plánech a metodách,
- dostatek informací, nezbytných k správnému rozhodování o životním stylu a čerpání zdravotní péče.

**Zdravotníční profesionálové:**

- Dostupné, přesné a včasné informace o pacientech,
- úplné a uspořádané přehledy o jejich zdravotním stavu a léčbě,
- možnost snadné týmové komunikace a kooperace,
- silnou informační podporu při rozhodování,
- souhrnné a přehledně strukturované kolekce poznatků a výukových pomůcek k zajištění odborného růstu.

**Zdravotníční manažeři a orgány státní správy a místní samosprávy**

- Věcné přehledy o parametrech a výkonech příslušné části zdravotnického systému,
- nezbytné podmínky pro další rozvoj spravovaných subjektů nebo procesů,
- podklady pro účelné plánování a distribuci zdrojů v souladu s potřebami a očekáváním pacientů a zdravotníků.

Jde o velmi ambiciózní, avšak nikoli neuskutečnitelné cíle. Nebude záležet na technickém řešení (fungují i složitější systémy), ale na schopnosti domluvy všech zainteresovaných.

MUDr. Marta Šimůnková

# Vzdělávací semináře SVL ČLS JEP

## říjen 2015

### Hlavní témata

#### Praktické aspekty léčby duševních chorob

den	datum	čas	město a místo konání
sobota	3. 10.	9 - 13	Olomouc, Aula Právnické fakulty UP Olomouc, tř. 17. listopadu 8
pondělí	5. 10.	16.30 - 20.30	Zlín, Aula SZŠ, Příluky 372
čtvrtek	8. 10.	16.30 - 20.30	Karlovy Vary, Hotel "U Šimla", Závodní 1
čtvrtek	8. 10.	16 - 20	Ústí nad Labem, Best Western Hotel Vladimír, Masarykova 36
sobota	10. 10.	9 - 13	Brno, Kancelář veřejného ochránce práv, Údolní 39
středa	14. 10.	17 - 21	Jihlava, presbytář Hotelu Gustav Mahler, Křížová 4
středa	14. 10.	16 - 20	Litomyšl, Hotel Zlatá Hvězda, Smetanovo nám. 84
čtvrtek	15. 10.	16 - 20	Praha, Lék. dům, Sokolská 31
čtvrtek	15. 10.	16 - 20	Liberec, Clarion Grandhotel Zlatý Lev, Gutenbergova 3
sobota	17. 10.	9 - 13	Plzeň. Šafránkův pavilon, alej Svobody č. 31
úterý	20. 10.	16 - 20	Ostrava, Hotel Imperial, Tyršova č. 6
středa	21. 10.	16 - 20	Praha, Lék. dům, Sokolská 31
středa	21. 10.	16 - 20	České Budějovice, Clarion Congress Hotel, Pražská třída 2306/14
čtvrtek	22. 10.	16 - 20	Hradec Králové, Nové Adalbertinum, Velké náměstí 32



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](http://www.svl.cz), a to nejpozději do 14. 9. 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.

**Správné odpovědi z čísla 6/2015:** 1c, 2abc, 3b, 4b, 5a, 6b, 7ac, 8b, 9a, 10ab

### ZNALOSTNÍ TEST JE HODNOCEN 2 KREDITY ČLK

#### 1. Procento komplikací u aplikace botulinumtoxinem je:

- a) běžně 1–5 %
- b) 10 %
- c) výkon je bez rizika

#### 2. Prakticky bez komplikací je výkon:

- a) při použití vysokovýkonných laserů a radiofrekvence
- b) při použití biostimulačních (biomodulačních) laserů
- c) aplikace botulinumtoxinem

#### 3. Substituční léčba je:

- a) Terapeutický postup směřující optimálně k dosažení úplné abstinence toxikomana
- b) Terapeutický postup směřující k dosažení alespoň dlouhodobé abstinence toxikomana
- c) Způsob léčby závislosti na návykových látkách všemi medikamentózními prostředky včetně psychoterapie

#### 4. Preparát s účinnou látkou buprenorfin:

- a) Může všeobecný praktický lékař předepisovat na opiátové recepty
- b) Nemůže všeobecný praktický lékař předepisovat ani na opiátové recepty
- c) Je léčebný prostředek ve formě sublinguální tablety

#### 5. Subuxone je:

- a) Opiát
- b) Kombinovaný preparát agonisty opiátových receptorů s jejich antagonistou
- c) Benzodiazepin se středně dlouhým účinkem určený k podpůrné léčbě závislosti

#### 6. Termín "psychosomatika" se v lékařské literatuře poprvé objevil:

- a) 1818 v díle německého lékaře Heinrotha
- b) 1930 v díle amerického zakladatele psychosomatiky psychoanalytika Franze Alexandra
- c) 1945 v deklaraci WHO

#### 7. Pro psychosomatický přístup platí:

- a) Lékař musí dobře znát a ovládat psychoanalýzu
- b) Je to léčení sedmi psychosomatických nemocí (hypertenze, hypertyreóza, astma, atd.)
- c) Vztah lékař-pacient zde hraje podstatnou roli

#### 8. Jaké terapeutické přístupy jsou doporučovány v konzervativní léčbě chronického žilního onemocnění (UIP Guidelines 2014, Doporučení SVL ČLS JEP 2011)?

- a) Komprese
- b) Venofarmaka
- c) Režimová opatření

#### 9. Dostatečná adherence pacientů ke komplexní léčbě CVD je důležitá, protože:

- a) Léčba CVD by měla být dlouhodobá, chronická
- b) Chrání pacienta před komplikacemi onemocnění
- c) Vede prokazatelně k ústupu obtíží pacienta

#### 10. Z doporučených konzervativních léčebných přístupů v terapii CVD mají čeští pacienti nejnižší adherenci:

- a) Ke změně životního stylu a úpravě režimu
- b) K použití kompresivních punčoch a obinadel
- c) K farmakologické léčbě

*Správné mohou být 1–3 možnosti.*  
Využijte tři platné pokusy o vyřešení tohoto testu elektronickou cestou na adrese [www.svl.cz](http://www.svl.cz).

### ODPOVĚDNÍ LÍSTEK – TEST Č. 7/2015

Jméno a příjmení \_\_\_\_\_

Adresa pracoviště \_\_\_\_\_

Členské číslo SVL (povinný údaj)  
(bez tohoto čísla nemohou být kredity přiděleny)

Zakroužkujte 1–3  
správné odpovědi:

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