



PRACTICUS

pro praktické lékaře zdarma • č.8/2015 • ročník 14



TÉMA:

**Kardiovaskulární rizikový profil 40letých mužů
a 50letých žen v ordinacích praktických lékařů**

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

INFO SVL

- 04 EDITORIAL
- 05 TISKOVÁ KONFERENCE ČSL JEP
MUDr. Stanislav Konšťacký, CSc.
- 08 PRACOVNÍ SETKÁNÍ RADY EURACTU V PRAZE
23.–26. 4. 2015 & WORKSHOP S ČESKÝMI ŠKOLITELI 25. 4. 2015
MUDr. Jáchym Bednář
- 09 ZPRÁVA Z VÍKENDOVÝCH VZDĚLÁVACÍCH SEMINÁŘŮ
SVL ČLS JEP, ROK 2015

ODBORNÉ ČLÁNKY

- 15 KARDIOVASKULÁRNÍ RIZIKOVÝ PROFIL 40LETÝCH MUŽŮ
A 50LETÝCH ŽEN V ORDINACÍCH PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ
doc. MUDr. Michal Vrablík, Ph.D., PharmDr. Zdeněk Chmelík, RNDr. Věra LÁNSKÁ, CSc.
- 20 JAK SE NAUČIT ŽÍT S LÉKOVÝMI INTERAKCEMI
MUDr. Michal Prokeš, PharmDr. Josef Suchopár, Mgr. Ondřej Suchopár
- 26 DEMENCE V ORDINACI PRAKTICKÉHO LÉKAŘE
DEMENTIA IN GENERAL PRACTICE
prim. MUDr. Vanda Franková

PC A DOKTOR

- 30 WINDOWS 10 ANEB PŘEJÍT ČI NEPŘEJÍT, TO JE OČ TU BĚŽÍ
MUDr. Cyril Mucha

MLADÍ PRAKTICI

- 32 ZPRÁVA ČESKÉHO MLADÉHO PRAKTIKA O CESTĚ PO
SKOTSKÝCH VENKOVSKÝCH PRAXÍCH ANEB CO SPOJUJE
MUCHNIČKY, SINGLE MALT WHISKY A MUNRO-BAGGING?
MUDr. Martin Seifert

AKTUALITY

- 34 DEJTE SVÝM PACIENTŮM VITAMIN D3

Vydavatel:

Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP

Adresa redakce:

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

Redakce:**Šéfredaktor:**

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

Zástupci šéfredaktora:

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

Manažerka časopisu:

Hana Čížková
practicus.svl@cls.cz

Redakční rada: MUDr. Kamil Běrský, MUDr. Pavel Břejník, 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. Josef Štolfa

Spolupracovnice časopisu:

Andrea Vrbová, Romana Hlaváčková

Náklad 6 000 ks. • • • Vychází 10x ročně.
Pro praktické lékaře v ČR zdarma.
Roční předplatné pro ostatní zájemce
610 Kč. • • • Přihlášky přijímá redakce.
Toto číslo bylo dáno do tisku 23. 10. 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 neprocházejí jazykovými korekturami. Přetisk a jakékoliv šíření je povoleno pouze se souhlasem vydavatele. © SVL ČLS JEP, 2014

EDITORIAL



MUDr. Jana Vojtíšková
Lékařská ordinace Vyšehrad, s. r. o.

Proč nejsme první?

Dovolte mi krátkou reakci na článek docenta Seiferta o průzkumu mezi studenty 6. ročníku 1. lékařské fakulty v Praze z minulého čísla našeho časopisu. Všeobecné praktické lékařství je podle uváděných výsledků třetím nejžádanějším lékařským oborem na této fakultě. Je to pro náš obor jistě skvělá zpráva. Můžeme být spokojeni nebo, stejně jako Joseph Kennedy říkal svému synovi, když se chlubil druhým místem z plaveckého mistrovství, proč nejsme první?

Stoupající zájem a vzrůstající prestiž mezi studenty je výsledkem měnícího se obrazu všeobecného praktického lékařství, zejména díky změnám ve výuce na lékařských fakultách. Aktivita našich organizací a dobře fungující rezidenční program nepochybně sehrává také velmi významnou roli. Pozitivní je, že součástí kurikula všech osmi lékařských fakult v České republice je nyní stáž v ordinaci všeobecného praktického lékaře. Stáže probíhají ve stovkách ordinací praktických lékařů po celé zemi a je tak do nich zapojeno velké množství našich kolegů ve všech regionech. Všichni budoucí lékaři jsou, nejčastěji v šestém ročníku studia, exponováni prostředí primární péče a učí se chápat odlišnosti a nároč-

nost primární péče. Během absolvování stáže v našich praxích se naučí mnohé z organizace zdravotnictví, mezioborové spolupráce a pro ně to nejdůležitější – naučí se klinickým dovednostem. A to studenti dokáží ocenit. Z jejich hodnocení, alespoň na 1. LF UK Praha vyplývá, že 14-denní stáž u praktického lékaře patří k nejpřínosnějším během celého studia na fakultě. Ale pozor; medicí dokážou být i kritičtí; k tomu jak ordinace vypadá, jak jsou organizovány činnosti, jak se chová lékař nebo sestra. Umí nastavit přímé zrcadlo naší práci. Naštěstí převládají velice pozitivní hodnocení a studenti vyjadřují úctu a obdiv ke svým školitelům – praktickým lékařům. Proto všem našim kolegům- školitelům patří obrovský dík za jejich práci. Není jistě náhodou, že právě dvoutýdenní praxe v ordinaci VPL sehrává klíčovou roli v rozhodování studenta o volbě oboru.

Vážené kolegyně a kolegové - praktičtí lékaři, pro posílení postavení našeho oboru vycházejme z tohoto již pevného základu a zkusme ho dále rozvíjet. Nejde o to, abychom byli v nějakých průzkumech první, nebo jenom získávali další adepty. Důležité je, abychom přispěli k výuce medicíny jako takové s možnostmi, které nám praxe poskytuje. Žádný jiný lékařský obor nemá v klinické praxi takový kontakt s medikou jako všeobecné praktické lékařství. Budme tedy připraveni na stáž medika v ordinaci, standardizujme její obsah a snažme se být dobrými pedagogy. Čím lepší bude zpětná vazba studentů na fakultách, tím více poroste náš obor a naše prestiž.

Tisková konference

Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně, z.s.



MUDr. Stanislav Konšťacký, CSc.
Šéfredaktor časopisu Practicus

V úterý 21. 9. se konala již třetí tisková konference po nástupu prof. Svačiny do funkce prezidenta ČLS JEP. Byla převážně věnována elektronickému zdravotnictví. Přednášejícími byli Ing. M. Zeman, vedoucí skupiny pro elektronické zdravotnictví při ČLS JEP a praktické lékaře zastupoval MUDr. Cyril Mucha. Na konferenci také vystoupil a podal informaci o připravovaném zveřejnění spolupráce farmaceutického průmyslu se zdravotnickými odborníky a zařízeními Mgr. Jakub Dvořáček, výkonný ředitel Asociace inovativního farmaceutického průmyslu (AIFP).

Využívání výpočetní a komunikační techniky ve zdravotnictví musí být přínosem jak pro pacienty, tak i pro zdravotníky s cílem zlepšování kvality zdravotní péče a pokud je správně využíváno, také ekonomické úspory. ČLS JEP prosazuje v této oblasti následující principy:

- právo pacienta na zajištění odpovídající péče, ochranu osobní důstojnosti a osobních údajů
- zdravotničtí profesionálové musí být do procesu elektronizace zapojeni od stádia přípravy a tvorby návrhů řešení
- před zavedením nových nástrojů a služeb elektronického zdravotnictví do praxe musí být dostatečně ověřena a vyhodnocena kvalita, stabilita a její výkonnost
- při zavádění elektronického zdravotnictví je třeba využívat pozitivní motivace uživatelů a neprosazovat její povinné používání
- zavádění nových technologií musí probíhat postupně a uvážlivě, aby nedošlo k ohrožení plynulosti a bezpečnosti provozu, nebo ohrožení pacienta
- při tvorbě nových řešení je třeba využívat dostupné vědecko-výzkumné poznatky a ověřené technologie

ČLS JEP chce být v oblasti elektronického zdravotnictví strážcem kvality přípravy a realizace projektů v této oblasti, aby nebylo samoúčelné, ale prospívalo pacientům a pomáhalo zdravotníkům.

Dr. Mucha poukázal na nesprávné postupy při prosa-

zování elektronizace zdravotnictví-e-Neschopenka a reakce SVL ČLS JEP na její zavádění. V té formě která byla navrhována by nedošlo ke zlepšení v této oblasti, přidávala by práci lékařům a zvyšovala jejich náklady. Problematika elektronického předpisu, které se VPL nebrání, ale ne vždy jsou podmínky k její realizaci a tudíž apeloval, aby zůstala dvojkolejnost předepisování léků, jak E-předpisem, tak i jiným způsobem, protože lékař po vyšetření musí pacientovi pokud to zdravotní stav vyžaduje, předepsat potřebný léčivý prostředek. Stát by měl jasně stanovit systémového garanta celého řešení, protože do současnosti nejsou uspokojivě vyřešeny některé technologické aspekty projektu. Bude třeba dořešit stabilní a výkonné síťové připojení, aby bylo možné širší využití elektronických receptů lékaři i pacienty. Povinné vynucování zákonem zavádění elektronické preskripce nepovažujeme za správné.

V další části tiskové konference vystoupil Mgr. Jakub Dvořáček. Informoval o připravovaném zveřejnění spolupráce farmaceutického průmyslu se zdravotnickými odborníky a zařízeními v červnu 2016. Farmaceutické firmy dobrovolně zprůhlední vztahy s lékaři v rámci iniciativy Transparentní spolupráce. Projekt je podporován ČLS JEP i Ministerstvem zdravotnictví.

Od poloviny příštího roku budou na portálu www.transparentnispoluprace.cz zveřejněny celkové roční částky za veškeré platby a další plnění, která daný lékař nebo zdravotnické zařízení od farmaceutické společnosti obdržel. Zpracování a zveřejňování dat bude plně v souladu s předpisy na ochranu osobních údajů a v souladu se stanoviskem Úřadu pro ochranu osobních údajů. Celá směrnice byla jako příloha Medical Tribune č. 18/2015 a široká zdravotnická veřejnost se s ní bude moci seznámit podrobněji. Podle Mgr. Dvořáčka s uveřejňováním těchto údajů souhlasí 40 % doposud oslovených lékařů, ale s odmítavým stanoviskem se setkali například od České onkologické společnosti ČLS JEP.

Iniciativa Transparentní spolupráce je podporována Ministerstvem zdravotnictví (MZ) a ve svých důsledcích navazuje na novelu zákona o veřejném zdravotním pojištění, tak zvaná transparentní novela, která povede podle MZ ke zvýšení efektivity a zprůhlednění smluvních vztahů a finančních toků v systému veřejného zdravotního pojištění.

Informace z Národní imunizační komise

Zasedání Národní imunizační komise se konalo na Ministerstvu zdravotnictví 11. 9. tohoto roku. Komise projednávala návrh novely vyhlášky č. 537/2006 Sb. o očkování proti infekčním nemocem. Termín „vnímatel“ resp. „nevnímatel“ dítě bude zapracován do přípra-

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

vované novely vyhlášky č. 275/2010 Sb., kterou se mění vyhláška č. 473/2008 Sb., o systému epidemiologické bdělosti pro vybrané infekce. Očkování proti chřipce u zdravotnických pracovníků nebude součástí dané novely vyhlášky, ale bude uloženo ředitelům přímo řízených organizací MZ ČR toto očkování zajistit s přihlédnutím k vyhodnocení míry rizika šíření původce a předpokládané závažnosti klinického průběhu chřipky podle spektra pacientů. Do zvláštního očkování proti VHB bude přesunuto očkování osob v úzkém kontaktu s nemocným a nosičem HBsAg a očkování osob nově přijímaných do domovů pro osoby se zdravotním postižením a domovů se zvláštním režimem. V režimu pravidelného očkování proti VHB zůstane jen vakcinace osob zařazených do pravidelných dialyzačních programů a při rizikové expozici osob biologickému materiálu. Nově zařazený § 8, odst. 5, bude doplněn o polysacharidovou pneumokokovou vakcínu a v nadpise tohoto paragrafu bude doplněn text „dle schváleného očkovacího schématu“.

Stanovisko Ministerstva zdravotnictví k návrhu České lékárnické komory týkajícího se očkování proti chřipce v lékárnách.

Podle stanoviska věcně příslušných odborů Ministerstva zdravotnictví k dopisu České lékárnické komory adresovanému hlavnímu hygienikovi ČR ze dne 21. května 2015, kterým informovala o svém záměru podílet se na zajištění a zapojení speciálně proškolených lékárníků do vakcinačního programu „Očkování proti chřipce v lékárnách“, není umožnění očkování v lékárenských zařízeních za současně platných právních předpisů možné a tuto aktivitu nelze považovat za vhodnou ani v budoucnu.

Odškodňování nežádoucích následků očkování bude řešeno zvláštním zákonem po jednání zástupců Ministerstva zdravotnictví se zástupci Ministerstva spravedlnosti, Ústavu státu a práva AV ČR a Ligy lidských práv.

Vzdělávací semináře SVL ČLS JEP listopad 2015

Hlavní témata

**Možnosti farmakoterapie u dolního dyspeptického syndromu.
Konsenzus 2015: role kombinační léčby fenofibrátu se statinem
ve snižování KV rizika u pacientů s aterogenní dyslipidemií.**

den	datum	čas	město a místo konání
středa	4.11	17.00–21.00	presbytář Hotelu Gustav Mahler, Křížová 4, Jihlava
čtvrtek	5.11	16.30–20.30	Hotel "U Šimla", Závodní 1, Karlovy Vary
čtvrtek	5.11	16.00–20.00	Clarion Grandhotel Zlatý Lev, Gutenbergova 3, Liberec 1
čtvrtek	5.11	16.00–20.00	Best Western Hotel Vladimír, Masarykova 36, Ústí nad Labem 1
sobota	7.11	9.00–13.00	Aula Právnické fakulty UP Olomouc, tř. 17. listopadu 8, Olomouc
sobota	7.11	9.00–13.00	Šafránkův pavilon, alej Svobody č. 31, Plzeň
úterý	10.11	16.00–20.00	Hotel Zlatá Štika, Štrossova 127, Pardubice
čtvrtek	19.11	16.00–20.00	Nové Adalbertinum, Velké náměstí 32, Hradec Králové
čtvrtek	19.11	16.00–20.00	Hotel Imperial, Tyršova č. 6, Ostrava
čtvrtek	19.11	16.00–20.00	Lék.dům, Sokolská 31, Praha 2
sobota	21.11	9.00–13.00	Kancelář veřejného ochránce práv, Údolní 39, Brno
středa	25.11	16.00–20.00	Lék.dům, Sokolská 31, Praha 2
středa	25.11	16.00–20.00	Clarion Congress Hotel, Pražská třída 2306/14, České Budějovice

Pracovní setkání Rady Euractu v Praze

23.–26. 4. 2015 & workshop s českými školiteli 25. 4. 2015



MUDr. Jáchym Bednář

Reprezentant ČR v Radě Euractu
praktický lékař/školitel/učitel



Ve dnech 23.–26. 4. 2015 v Praze proběhlo mezinárodní pracovní setkání Rady Evropské akademie učitelů v primární péči (Euract).

Tato akce se řadí do mimořádně úspěšného období mezi 22. Světovou konferencí WONCA, konanou v Praze 2013 a nadcházející 20. Evropskou konferencí WONCA, plánovanou na rok 2017 znovu v Praze. Navíc v roce 2016 v Praze proběhne i pracovní setkání další odborné skupiny v rámci WONCA - EQuiPu (zaměřené na kvalitu a bezpečnost poskytování primární péče v Evropě). Mezi evropskými státy patří ČR k dlouhodobě aktivním členům

Euract (web - www.euract.eu) je spolu s EQuiPem jednou z klíčových odborných sítí evropské části organizace praktických a rodinných lékařů WONCA. Posláním Euractu je vytváření metodologie a zvyšování kvality ve vzdělávání v primární péči.

V rámci pracovního setkání Rady Euractu se v hotelu ILF v Praze dne 25. 4. 2015 uskutečnil společný dopolední seminář Rady Euractu s 60 českými školiteli a členy českého Euractu. Byla to mimořádná příležitost k setkání českých a evropských expertů. Na přípravě programu se podílelo vedení SVL ČLS JEP a zejména MUDr. Josef Štolfa, vedoucí Katedry všeobecného lékařství IPVZ.

Během dopoledne zazněly 3 přednášky, **profesor Janko Kersnik ze Slovinska promluvil o důležitosti výuky primární péče na lékařských fakultách, profesor Adam Windak z Polska načrtl perspektivy a rámec pro kontinuální vývoj ve vzdělávání školitelů v praktické medicíně v Evropě a profesorka Ruth Kalda z Estonska přednesla závěry srovnávací studie o systémech kontinuálního vzdělávání praktiků v evropských státech. Za českou stranu představili českou akademickou praktickou medicínu MUDr. Josef Štolfa a MUDr. Jáchym Bednář. Poté se rozproudila zajímavá diskuse.**

V neděli 26. 4. 2015 dopoledne přednesl svou druhou přednášku pro českou stranu nazvanou "**Komplexní**

péče o pacienta - od teorie k praxi" - prof. MUDr. Janko Kersnik, bývalý prezident Euractu, který přijal pozvání SVL ČLS JEP na Jarní interaktivní konferenci, konající se v Praze ve Slovanském Domě.

V tento den profesor Janko Kersnik, průkopník a mezinárodně uznávaný odborník na poli akademické všeobecné medicíny před zraky mnoha českých praktických lékařů převzal z rukou přednosty Ústavu všeobecného lékařství doc. MUDr. Bohumila Seiferta ocenění od 1. lékařské fakulty za zásluhy o rozvoj všeobecného praktického lékařství jako akademické disciplíny v České republice.

Tato slavnostní událost má s půlročním odstupem po setkání v Praze ještě větší vážnost a symbolický význam, jelikož profesor Janko Kersnik dne 16. 5. 2015 náhle zemřel ve věku 55 let a tento projev úcty a profesní ocenění od českých kolegů byl posledním v jeho profesně velmi aktivním životě. Euract bude nyní na dalším setkání, které se bude konat v bosenském Sarejevu, volit nového prezidenta.

Celé čtyřdenní setkání Rady Euractu bylo úspěšnou, zahraničními kolegy oceňovanou odbornou a společenskou událostí a uskutečnilo se zejména díky podpoře SVL ČLS JEP a jejího vedení, na uspořádání akce též partnersky spolupracoval a organizačně jí zajistil Garant International (www.garant.cz), partner SVL ČLS JEP při pořádání pražské WONCA konference 2013 i nadcházející pražské WONCA konference v roce 2017.

V Praze dne 14. 2. 2015



Zpráva z Víkendových vzdělávacích seminářů SVL ČLS JEP, rok 2015

*Na břehu řeky Svratky kvete rozrazil,
na břehu řeky Svratky roste nízká tráva,
rád chodil jsem tam denně, koupal se a snil,
na břehu řeky Svratky kvete rozrazil
a voda je tu těžká, chladná, kalná, tmavá.*

(Vítězslav Nezval)

... jsou básníkovy verše, které se určitě nejen mně vynořily z paměti ve vzpomínce na školní léta při návštěvě pro vás nově vybrané destinace Milovy – Devět Skal. Nádherná krajina Vysočiny má v sobě cosi nevidaného, kouzlo, které bylo, je a bude inspirativní nejen pro básníky, ale i malíře a hudební skladatele, a já věřím, že se i vám v tomto kraji líbilo.

Tradičně jsme naše "Víkendovky" – letos již 8. ročník – zakončili v Mikulově. Ale i ostatní lokality jsou pro vás mnohé již dobře známé – Jeseník ve stejnojmenném pohoří, Srní na Šumavě, Špindlerův Mlýn v Krkonoších, tedy místa, kde odborné semináře dlouhodobě organizujeme. Dovolte mi se s vámi podělit o svoje dojmy z těchto vydařených akcí v místech, která stojí za to vidět.

Možná by se mohlo zdát, že můj příspěvek vyznívá až nostalgicky, ale domnívám se, že jsme v rámci České republiky vybrali opravdu mimořádně atraktivní místa, kde se skutečně velmi dobře skloubil odborný program vzdělávacích seminářů s možností společenského setkání. O tom, že se v rámci "Víkendových vzdělávacích seminářů SVL ČLS JEP" jedná, moderní řečí 21. století, o "produkt" nesmírně oblíbený a pro naši praxi přínosný, svědčí jeho kapacitní naplněnost (cca 1200 účastníků).

Témata odborných přednášek byla pestrá a podnětná do každodenní praxe všeobecného praktického lékaře. Novinkou v odborném programu byl „Kurz neodkladné péče“, který velmi erudovaně vedl MUDr. Jiří Pokorný PhD. (POMAMED, s. r. o.) Pro velký úspěch a zájem se budeme snažit jej v dalších ročnících opakovat. Znovu jsme také zařadili workshop MUDr. Igora Karena „Využití přístrojové techniky u pacientů s diabetem mellitus v ordinaci VPL“, kterému předcházela přednáška „Jak zefektivnit léčbu pacientů s DM a komorbiditami“. I tento workshop byl kapacitně naplněný, což svědčí o stálé přitažlivosti tohoto tématu. Do odborného programu jsme začlenili přednášky „Moderní léčba alergické rýmy“ (doc. MUDr. Jaromír Bystroň, CSc., MUDr. Irena Krčmová, CSc., MUDr. Ester Šeberová), „Tyreopatie v ordinaci VPL“ (doc. MUDr. Zdeňka Líma-

nová, PhD., doc. MUDr. Jan Jiskra, PhD.), „Péče o revmatického pacienta v ordinaci VPL“ (MUDr. Jan Šmejkal, MUDr. Stanislav Macháček, MUDr. František Šenk, MUDr. Andrea Smržová). „Průjemová onemocnění se zaměřením na klostridiové kolitidy z pohledu mezioborové spolupráce“ nám odpřednášel MUDr. Michal Konečný, PhD. a MUDr. Otakar Klein nám nejen erudovaně, ale i velice vtipně sdělil novinky v přednášce „Úloha VPL v přípravě na kolonoskopii“. Další neméně zajímavé přednášky jsme si mohli vyslechnout od doc. MUDr. Petra Němce, PhD. „Dna a kardiovaskulární riziko“, dále od MUDr. Igora Karena „Racionální použití ATB v léčbě respiračních onemocnění, kůže a močových cest v primární péči“. Velmi zaujaly i přednášky „Význam a současné možnosti léčby krátkodobých poruch spánku v ordinaci VPL“ (MUDr. Milan Sova, MUDr. Sylva Racková) a „20 let, které otřásly sexem v ČR“ v nezaměnitelném přednesu MUDr. Zlatka Pastora, PhD.

Oslovili jsme naše přednášející a ti nám napsali krátká sdělení ze svých přednášek.

Moderní léčba alergické rýmy

doc. MUDr. Jaromír Bystroň, CSc.

Odd. alergologie a klinické imunologie, Fakultní nemocnice Olomouc

Alergická rýma patří k nejčastějším alergickým onemocněním a její prevalence stále stoupá. V různých regionech České republiky postihuje asi 5–25 % populace, u které velmi významně ovlivňuje kvalitu života, školní i pracovní výkonnost i společenské uplatnění. Navíc nejsou zanedbatelné náklady, které jsou na její léčbu vynakládány. Včasnou a komplexní léčbou však můžeme výrazně redukovat potíže způsobené tímto onemocněním.

U pacientů s alergickou rýmou se klinicky manifestuje genetická dispozice tvořit ve zvýšené míře specifické protilátky ve třídě IgE (tato vlastnost je označována jako **atopie**) na alergeny v okolí alergika. Navození tvorby specifických protilátek opakovaným kontaktem s konkrétním alergenem, u geneticky disponovaných jedinců, se označuje jako **senzibilizace**. U takto senzibilizovaných jedinců vzniká ve sliznici nosu, oční spojivky anebo nosohltanu působením alergenů bílkovinné povahy **specifický alergický zánět**. Ten se ve své časně fázi projevuje aktivací žírných buněk s uvolněním mediátorů časného alergického zánětu – nejvýznamnějším je v této fázi hlavně **histamin**. Postupně pak dochází k rozvoji chronického alergického zánětu, který je charakterizován hlavně zvýšeným zastoupením aktivovaných eozinofilních granulocytů a lymfocytů v postižené tkáni.

Alergická rýma se projevuje svěděním až palčivým pocitem v nose, narůstající nosní obstrukcí, vodnatou sekrecí z nosu, salvami kýchnutí, často i poruchou čichu. Příznaky mohou být u jednotlivých pacientů různě intenzivně vyjádřeny. K nosním příznakům se mohou přidávat i podobné projevy na sliznici spojivek (zarudnutí sliznice, svědění, pocit pálení, řezání a slzení), na sliznici nosohltanu (svědění patra, pálení až bolest v hrdle, pocit cizího tělesa v krku, dráždění k suchému kašli) i v oblasti středních dýchacích cest s projevy dráždivého kašle až počínajících astmatických symptomů.

Základní diagnózu alergické pylové rýmy provádí praktický lékař na základě anamnézy, která se opírá o rodinnou a osobní alergickou zátěž, typické sezónní klinické potíže a fyzikální vyšetření. Období klinických potíží je dobré porovnat s informacemi místní Pylové informační služby o koncentraci pylů v ovzduší. Na základě těchto informací je možno již téměř přesně stanovit diagnózu.

Při medikamentózním ovlivnění alergického zánětu rozlišujeme léčbu úlevovou, léčbu protizánětlivou a specifickou alergenovou imunoterapii. Toto rozdělení je však spíše pomocné, umožňující lépe rozumět hlavnímu efektu konkrétního léčiva, protože velká část léčebných prostředků se uplatňuje více či méně jak účinkem úlevovým, tak i protizánětlivým a mnohdy i preventivním.

Správně, včas a dostatečně léčená alergická rýma, která je pod léčebnou kontrolou, umožňuje pacientovi vykonávat veškeré činnosti bez potřeby jakýchkoliv omezení a navíc je i prevencí rozvoje jiných závažnějších alergických onemocnění, jakým je průduškové astma. Proto se v současné době v léčbě alergické rýmy uplatňují především léky, které působí celkově protizánětlivě – moderní antihistamika cetirizin, loratadin, levocetirizin, desloratadin, fexofenadin, bilastin, rupatadin nebo lokální antihistaminika azelastin, levocabastin, antileukotrieny (montelukast) a hlavně topické steroidy (beclometason, budesonid, fluticason, mometason) nebo jejich kombinace (fluticason + azelastin = Dymistin nosní sprej).

Na základě podrobné anamnézy, fyzikálního vyšetření a základního laboratorního vyšetření může praktický lékař téměř jistě stanovit diagnózu alergické rýmy. Pokud jsou projevy alergické rýmy mírné a dobře reagují na základní léčbu, je takový postup dostačující a není potřebné vyšetření a léčba v odborných ambulancích.

Vyšetření specialistou – alergologem/klinickým imunologem nebo ORL specialistou – je potřebné v těch případech, pokud jsou klinické projevy rýmy středně těžké až těžké anebo základní protialergická léčba není dostatečně účinná. Rovněž je indikováno vyšetření specialistou při podezření na mechanickou či organickou překážku nebo chronický zánět v nosních průchodech či paranasálních dutinách (ORL specialista) nebo při podezření na možný rozvoj průduškového astmatu anebo při nejasné diagnóze (vyšetření alergologem/klinickým imunologem).

Tyreopatie v ordinaci všeobecného praktického lékaře

doc. MUDr. Jan Jiskra, Ph.D.

3. Interní klinika

1. LF a UK Praha

V letošním roce byla připravena novelizace doporučeného postupu (DP) pro všeobecné praktické lékaře „Diagnostika a léčba tyreopatií“ (autoři: doc. MUDr. Z. Límanová, CSc., doc. MUDr. J. Jiskra Ph.D., MUDr. D. Moravčíková a MUDr. I. Karen). Série víkendových přednášek byla věnována pro praxi nejdůležitějším bodům tohoto DP.

HYPOTYREÓZA

Hypotyreóza může být periferní (častá) a centrální (vzácná). Periferní hypotyreózu klasifikujeme na rozvinutou (manifestní), u které je zvýšený TSH a snížený FT4 (TT4) a subklinickou, u které je trvale zvýšený TSH tyreoidální etiologie a normální FT4 (TT4). Rizikové faktory pro rozvoj v praxi nejčastější periferní hypotyreózy jsou: tyreopatie v osobní a rodinné anamnéze; hmatná struma; autoimunitní/imunopatologické onemocnění v osobní anamnéze; současná/předchozí léčba některými léky (amiodaron, cytokiny, lithium, sunitinib, ipilimumab, analoga gonadoliberinu aj.); pozitivní protilátky proti tyreoidální peroxidáze a/nebo tyreoglobulinu; nadměrný přísunu nebo dlouhodobý nedostatek jódu; předchozí ozáření krku a horní poloviny těla; předchozí léčba radiojodem 131I; předchozí operace štítné žlázy; chromozomální aberace (Turnerův, Downův a Klinefelterův syndrom); ženy > 50 let.

Pro správnou diagnostiku hypotyreózy je zásadní definovat normální hodnoty TSH v séru, které jsou následující: dolní hranice: 0,4–0,5 mIU/l; horní hranice: 4,0–5,0 mIU/l. Horní hranice TSH však závisí na věku a od 30 let stoupá každých 10 let o 0,3 (při horní hranici 5,0 je v 80 letech 6,4 mIU/l!!!). Normy jsou také odlišné v graviditě (viz dále). Kromě hypotyreózy může být zvýšení TSH v séru způsobeno i jinými netyreoidálními příčinami: individuální „setpoint“ (inter-individuální variabilita); intra-individuální variabilita: diurnální variabilita; ↑ v noci, ↓ odpoledne; vyšší věk; obezita; rezistence na tyreoidální hormony; TSH-secernující adenom hypofýzy; inaktivační mutace TSH-receptoru; některé léky, které vedou ke změně reaktivity TSH (např. clomifen, neuroleptika, metoclopramid, kortikoliberin, gonadoliberin a jeho analoga, amiodaron, látky obsahující jod, spironolakton).

Podstatou léčby hypotyreózy je substituce levotyroxinem. Plná dávka u dospělého je 1,6 ug/kg/den a většinou se postupně titruje, výjimkou je gravidita, zahájení substituce po tyreoidektomii, přerušování léčby na dobu kratší než 2–3 měsíce a myxedémové kóma kdy se podává plná dávka bez titrace. U plně rozvinuté (manifestní) hypotyreózy je indikace k léčbě jasná, u subklinické hypotyreózy je postup individuální a závisí na řadě faktorů, které jsou v DP podrobně rozebrány.

HYPERTYREÓZA

Hypertyreóza může být periferní (relativně častá) a centrální (raritní). Periferní hypertyreózu klasifikujeme na rozvinutou (manifestní), při které je snížený TSH a zvýšený FT4 (TT4) a/nebo FT3 (TT3) a subklinickou, při které je trvale snížený TSH tyreoidální etiologie a normální FT4 (TT4). Nejčastější příčiny periferní hypertyreózy jsou Gravesova-Basedowova choroba, tyreoiditidy, tyreoidální uzly a léky (amidaron, nálož jodu včetně RTG kontrastních látek, předávkování tyreoidálními hormony). Od periferní subklinické hypertyreózy je třeba odlišit nespecifickou netyreoidální supresi TSH vlivem různých chorob a léků, která se většinou specificky neléčí. Ta se může vyskytnout v následujících případech: v 1. polovině gravidity vlivem hCG; u celkových akutních a chronických onemocnění (vyskytuje se až u 25 % hospitalizovaných pacientů); vlivem diurnální variability (↑ v noci, ↓ nižší odpoledne); vlivem léků (kortikoidy, dopa agonisté – cabergolin); u centrální hypotyreózy.

Léčba hypertyreózy je plně v kompetenci endokrinologa. VPL by však měl být informován o nežádoucích účincích tyreostatik, které lze rozdělit na 2 skupiny: časté, ale málo závažné (cca u 5–10 % pacientů) a vzácné, ale život ohrožující (méně než 0,5 % pacientů). Málo závažné nežádoucí účinky jsou kožní alergie, dyspepsie a mírná neutropénie (pokles absolutních neutrofilů do $1,5 \times 10^9 /l$). Při jejich výskytu se nedoporučuje přerušovat léčbu a postupuje se symptomaticky (protialergické léky, užívání léku s jídlem, monitorování krevního obrazu). Pokud přetrvávají, lze změnit léčbu na propylthiouracil, avšak s vědomím rizik možné závažné hepatopatie či zkřížené reakce. Závažné nežádoucí účinky jsou agranulocytóza, hepatopatie a vzácná ANCA vaskulitida. Pokud se objeví, je nutno léčbu přerušit a pacienta odeslat na specializované pracoviště. Pro praxi je důležité, aby pacient, který užívá tyreostatika, byl poučen, že má v případě horečnatého onemocnění (např. hnisavé anginy), které nereaguje na běžnou terapii, nebo v případě žloutenky či dalších GIT příznaků, přerušit tyreostatickou terapii a vyhledat lékařskou pomoc.

DIFERENCIÁLNÍ DIAGNOSTIKA TYREOIDÁLNÍCH UZLŮ

V managementu pacienta s tyreoidálními uzly je důležitá anamnéza, klinické vyšetření a ultrazvuk, na jejichž základě indikujeme biopsii tenkou jehlou (FNAB) s následným cytologickým vyšetřením, které umožní v 70–90 % spolehlivý odhad biologické povahy uzlu a rozhodnutí o operaci nebo konzervativním postupu. Klinické rizikové faktory malignity tyreoidálního uzlu jsou: anamnéza radiační expozice; karcinom štítné žlázy v osobní a rodinné anamnéze; zvýšená hladina kalcitoninu nad 100 pg/ml, MEN 2 syndrom; palpační nález na krku a/nebo příznaky suspektní z malignity (např. chrapot, patologické lymfatické uzliny na krku, struma s hrozícím útlakem okolních struktur); zvýšené vychytávání ^{18}F FDG v dané lokalizaci při PET vyšetření (i když většina pozitivních nálezů je u benigních lézí); „letitá struma“ na dlouhodobé terapii tyreostatiky; věk < 20 let (věk > 70 let??); jakékoliv jiné podezření z malignity.

Zásadní význam v diagnostickém postupu u tyreoidálních uzlů má ultrazvuk (UZ), který by měl identifikovat suspektní uzly, které jsou indikovány k biopsii tenkou jehlou (FNAB) s následným cytologickým vyšetřením. UZ rizikové faktory maligního uzlu jsou: solidní uzel (nejedná se o koloidní uzel nebo pseudonodul); zřetelná hypoechogenita; nižší než krční svaly (odlišit od cystoidů a koloidních uzlů); nepravidelný nebo mikrolobulární okraj (tvar) uzlu; přítomnost tkáňových mikrokalcifikací; nutno odlišit od koloidních agregací a hyperechogenních sept v cystoidních uzlech; vyšší než širší v transverzální rovině.

Užitečnou se jeví tzv. „TIRADS“ klasifikace tyreoidálních uzlů, která je snahou o určitou systemizaci a standardizaci UZ nálezů (<http://radiopaedia.org/articles/thyroid-image-reporting-and-data-system-tirads>). Indikaci k FNAB by měl stanovit sonografista (v praxi radiolog nebo endokrinolog) na základě UZ a klinických rizikových faktorů. Je třeba zdůraznit, že u nerizikových benigních uzlů u eutyroidních pacientů se dříve hojně rozšířená supresní léčba levotyroxinem nedoporučuje a pacienti se jen sledují.

ŠTÍTNÁ ŽLÁZA A GRAVIDITA

Rizika neléčených tyreopatií v graviditě jsou spojena nejen s hypotyreózou, ale i s pozitivními tyreoidálními protilátkami (TPOAb) u eutyroidních žen. V těhotenství jsou odlišné normy pro TSH. V 1. trimestru je horní hranice snižena na hodnotu 2,5 mIU/l a TSH může být fyziologicky snižena pod dolní pásmo normy vlivem choriového gonadotropinu. V 2. trimestru je horní hranice snižena na 3,0 mIU/l a ve 3. na 3,5 mIU/l. Normy pro pozitivitu TPOAb závisí na metodě, v graviditě se za signifikantně pozitivní považuje vzestup alespoň na 2násobek horní hranice normy. FT4 je v těhotenství nejméně spolehlivý parametr a při jeho hodnocení bychom měli používat normy specifické pro laboratorní metodu a jednotlivé trimestry těhotenství. Všem těhotným a kojícím ženám, kromě těch, které jsou léčeny pro floridní hypertyreózu, se doporučuje suplementace jodem v dávce 100–200 ug denně, nejlépe ve formě tablet nebo např. minerální vody Vincentky v dávce 20 ml denně. Vzhledem k vysoké prevalenci a významným rizikům neléčených tyreopatií v graviditě panuje shoda, že je potřebný screening. Není však v současnosti dosaženo shody, zda má být screening plošný, nebo cílený na rizikové ženy. Mezi tyto rizikové faktory patří: věk nad 30 let; autoimunitní tyreopatie či hypotyreóza v rodinné anamnéze; struma; pozitivní tyreoidální protilátky, především TPOAb; příznaky tyreoidální hypofunkce; diabetes mellitus 1. typu nebo jiné autoimunitní onemocnění; infertilita; potrat nebo předčasný porod v anamnéze; ozáření hlavy a/nebo krku v anamnéze; žena žije v oblasti s jodovým deficitem; ženy s BMI $\geq 40 \text{ kg/m}^2$.

Nežádoucí účinky NSA v klinické praxi

MUDr. Jan Šmejkal

soukromá interní a revmatologická ambulance,
České Budějovice

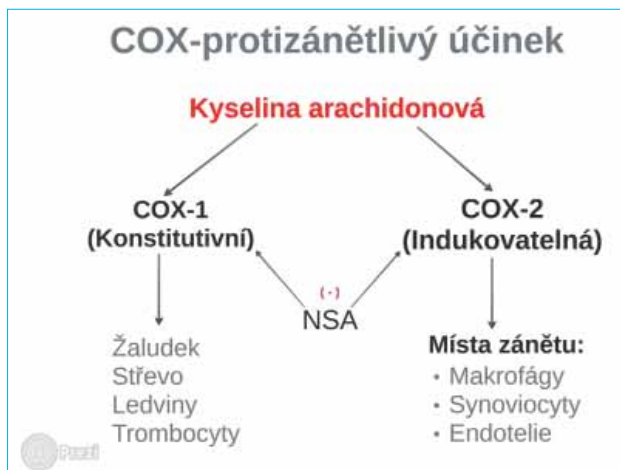
Nesteroidní antirevmatika /NSA/ patří v současné době k nejvíce předepisovaným lékům.

Jejich účinek je protizánětlivý, analgetický a antipyretický. Jejich výhodou je většinou dobrá a rychlá účinnost a dobrá snášenlivost pacientem. Opomíjené ovšem jsou možné závažné nežádoucí účinky na gastrointestinální trakt, nefrotoxická a možné krvácivé projevy, v důsledku snížení agregace krevních destiček.

Nežádoucí účinky na GIT můžeme rozdělit dle četnosti projevů:

1. dyspepsie, nauzea, zvracení, bolesti břicha, průjem a zácpa
2. stomatitida, gastritida, povrchové eroze v proximální části GIT s možností anemizace
3. vředová choroba gastroduodena až možná gastrointestinální perforace, která, pokud je pozdě rozpoznána, může vést až k úmrtí

Mechanismus účinku NSA:



Složka COX 1 se tvoří i bez podávání NSA a má vysloveně protektivní efekt, který právě NSA blokují, zatímco složka COX 2 je indukovatelná - tzn. tvoří se v místě zánětu.

Pacienti, kteří užívají dlouhodobě NSA jsou ohroženi výskytem vředové choroby až v 50 % případů a klinicky významnými komplikacemi (krvácení a perforace vředu) až ve 4 % případů ročně.

Asymptomatickým vývojem těchto GIT komplikací jsou postiženi pacienti až v 81 % případů. Typické pro tyto závažné komplikace je náhlý výskyt.

Jedná se o velmi závažný problém, což dokládají statistiky ze Spojených států amerických, kde je ročně léčeno NSA 2 milióny lidí s revmatoidní artritidou (RA), 3 milióny lidí s pravděpodobnou RA a 8 miliónů lidí léčených s osteoartrózou (OA). Z tohoto počtu je hospitalizováno ročně 107 000 pacientů a oficiálně uváděný počet úmrtí v souvislosti s léčbou NSA je 16 500/rok - statistiky jsou uváděny vždy po delší době sledování a důkladné analýze.

Pokud bychom provedli jen prostý přepočítání na populaci v České republice, toto provedl u nás profesor MUDr. Pavelka z Revmatologického ústavu v Praze, tak lze očekávat minimálně 5 000 hospitalizací a 800 úmrtí ročně v důsledku závažných komplikací NSA indukované gastropatie. Zajímavostí je, že popsaná mortalita na GI komplikace NSA vs. jiné příčiny úmrtí v USA je vyšší než úmrtí na melanom, karcinom děložního čípku nebo asthma bronchiale, které jsou v současnosti v popředí veřejného zájmu a o kterých slyšíme velmi často i ve veřejnoprávních prostředcích.

Průměrná praxe praktického lékaře v ČR má 2000 pacientů, z toho více jak 200 pacientů s degenerativním onemocněním pohybového aparátu, více jak 100 pacientů na dlouhodobé (trvalé) léčbě NSA, více jak 100 pacientů na antitrombotické léčbě, 20–40 na antikoagulační terapii a více jak 50 na antidepresivech SSRI. Riziko GI krvácení při léčbě SSRI je 3,6 %, ale pokud pacient užívá kombinaci SSRI a ASA (kyselina acetylosalicylová), pak riziko stoupá na 5,2 % a kombinace SSRI a NSA znamená nárůst rizika krvácivých komplikací až na 12,2 %.

Nesmíme při léčbě NSA zapomenout na výskyt Helicobakter pylori, vzhledem k tomu, že Helicobakter pylori a NSA jsou nezávislé rizikové faktory pro vznik peptických vředů. Dle Maastrichtské studie z r. 2002 je doporučena u osob dlouhodobě léčených NSA eradikace Helicobakter pylori. Dle doporučení České gastroenterologické společnosti jsou k eradikaci indikováni pozitivní pacienti Helicobakter pylori užívající dlouhodobě NSA, kteří mají v anamnéze peptický vřed nebo krvácení do GIT. Klinické projevy bývají až v 81 % náhlé, bez předchozích symptomů v anamnéze. Proto nikdy nepodceňujte nespecifické příznaky pacienta, který je dlouhodobě léčen NSA a důsledně trvejte na provedení endoskopického vyšetření (fibroskopie) k vyloučení krvácivých projevů.

Profylaxí gastropatie jsou inhibitory protonové pumpy, což jsou bezpečné a dobře tolerované léky, které snižují riziko duodenálních i žaludečních vředů a také krvácivých komplikací při léčbě NSA.

Seznam literatury u autora článku

Terapie krátkodobých poruch spánku v ordinaci praktického lékaře

MUDr. Milan Sova

Klinika plicních nemocí a tuberkulózy,
Fakultní nemocnice Olomouc

Úvod:

Insomnie neboli nespavost je závažný klinický problém, se kterým se nejméně několikrát za život setká každý z nás. V současné době je nespavost definována v International Classification of Sleep Disorders (ICSD). Diagnostická kritéria nespavosti obsahují tři základní body:

1. Potíže s iniciací, konsolidací nebo trváním spánku.
2. Tyto potíže se vyskytují navzdory adekvátní příležitosti spát.
3. A tyto výše zmíněné potíže vedou k určité úrovni postižení denních funkcí pacienta.

Dle ICSD se nespavost rozděluje do 3 skupin dle délky trvání potíží (krátkodobé, střednědobé a chronické onemocnění nespavostí).

Dle etiologie se nespavost dělí do následujících skupin: a) psychofyziologická insomnie, b) paradoxní insomnie, c) akutní insomnie, d) insomnie z nesprávné spánkové hygieny.

Diagnostika:

V rámci diagnostiky je nutné se nejprve zabývat anamnézou se zaměřením na trvání a podobu nespavosti, dále se lékař musí zaměřit na chování pacienta večer, na vlastní charakteristiku spánku (doba uléhání, latence usnutí, kvalita spánku (počet probuzení, latence opětovného usnutí, důvod probuzení, prodloužené latence usnutí), na probuzení, denní aktivity a celkový režim pacienta. Významným pomocníkem je spánkový deník, který si každý lékař může stáhnout z internetu.

V případech závažnějších forem nespavosti nebo dlouhodobějšího trvání je možné pacienta odeslat do některé ze spánkových laboratoří. Jejich seznam je k dispozici na www.sleep-society.cz. Základním diagnostickým přístupem zde je noční monitorace polysomnografií, kdy je možné zhodnotit kvalitu a trvání spánku pacienta a vyloučit jiné poruchy spánku.

Terapie:

Základem léčby je zlepšení spánkové hygieny a ovlivnění životního stylu. Většina potíží se tímto přístupem daří odstranit. V opačném případě je nutné přistoupit k farmakoterapii, která by měla trvat po co nejkratší dobu.

Základem terapie jsou zde nebenzodiazepinová hypnotika neboli z anglického názvosloví Z-drugs. Zde je nejpoužívanějším zástupcem zolpidem. (např. Sanval). Tento preparát snižuje latenci usnutí, počet nočních probuzení a prodlužuje dobu spánku. Výhodnou je poměrně dobré zachování architektury spánku a nízká míra nežádoucích účinků. Negativem zde je možný rozvoj závislosti a intolerance u některých pacientů.

Druhou možností jsou klasické benzodiazepiny, které však zvyšují podíl N2 stádia spánku a zkracují REM fázi. Také se často vyskytuje tzv. „rebound“ insomnie a reziduální sedace v denních hodinách.

Doporučení do praxe:

Pokud léčíte pacienta s příznaky insomnie, edukujte jej o zásadách spánkové hygieny a zvažte možnost krátkého spáče. Pokud potíže trvají, vylučte jiné spánkové poruchy (hlavně syndrom obstrukční spánkové apnoe). Pokud i přes výše zmíněné kroky trvají potíže, zahajte krátkodobou farmakoterapii, přednostně hypnotiky III. generace (zolpidem).

25 let, které otřásly sexem v České republice

MUDr. Zlatko Pastor, Ph.D.

Nestátní zdravotnické zařízení GONA, s. r. o., Praha
Gynekologicko-porodnická klinika 2.LF UK a FNM, Praha
Sexuologický ústav 1. LF UK a VFN, Praha
Národní ústav duševního zdraví, Klecany

Na pozadí změn, které proběhly v uplynulých létech ve společenském prostředí, byla probána tematika, jež se týkala nejčastějších mužských sexuálních dysfunkcí. Erektilní dysfunkce (ED) je definována jako trvalá neschopnost dosáhnout a udržet erekci umožňující uspokojivý sexuální styk, která trvá minimálně šest měsíců. K jejímu rozvoji přispívají vyšší věk, různá onemocnění, špatný životní styl, životospráva a kouření. Příčiny erektilní dysfunkce jsou v naprosté většině případy organického původu (80 %), zhruba v 20 % se jedná o čisté psychogenní příčiny. Podle průzkumu agentury STEM/MARK z roku 2004 provedeném na české populaci uvedl některou z forem poruch erekce každý druhý muž ve věku 35–65 let. Léčba erektilní dysfunkce by měla být bezpečná, efektivní, jednoduchá, s rychlým nástupem účinku a dlouhodobým efektem. Metodou první volby terapie ED jsou perorální léčivé přípravky blokující aktivitu enzymu fosfodiesterázy 5. typu (iPDE5), které působí relaxaci hladké svaloviny v kavernózních topořivých tělesech a pozitivně ovlivňují hemodynamiku erekce. Jedná se o léčivé přípravky obsahující sildenafil, tadalafil, vardenafil a avanafil. Jejich účinek je závislý na dobrém přenosu vzruchů intaktním periferním nervovým systémem, na přítomnosti dostatečného množství NO v tkáni topořivých těles a na adekvátní sexuální stimulaci. Účinnost a bezpečnost iPDE5 jsou dány jejich molekulárním účinkem, selektivitou k fosfodiesterázám a dalšími farmakokinetickými a farmakodynamickými vlastnostmi. Ovlivňování ED doplňky stravy je sice populární, masivně propagované, z komerčního hlediska asi úspěšné, ale účinnost se rovná maximálně placebo efektu. Přednáška shrnovala základní informace o používaných účinných léčebných přípravcích, které jsou založeny na principu evidence-based medicine a poskytla jejich srovnání. Spokojenost s vlastní sexualitou je důležitá součástí pocitu celkového zdraví. Sexuální problémy bychom měli řešit ve všech multikauzálních a interpersonálních souvislostech.
Literatura u autora článku.

Poděkování: firmě Target – MD, s. r. o. a MUDr. Martinu Doležalovi za spolupráci při uspořádání již 8. ročníku Víkendových vzdělávacích seminářů SVL ČLS JEP, všem našim přednášejícím, vám všem účastníkům a farmaceutickým firmám Sandoz, Berlin-Chemie, Teva, Quick-Seal, Takeda, Ipsen.

Dobrý pocit, pohoda a rovněž penzum získané odbornosti, prezentace nových medicínských poznatků, to je směr, kterým bychom se rádi dále ubírali a vedli naše semináře určené pro vás!

MUDr. Dana Moravčiková

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

Kardiovaskulární rizikový profil 40letých mužů a 50letých žen v ordinacích praktických lékařů



doc. MUDr. Michal Vrablík, Ph.D.¹
PharmDr. Zdeněk Chmelík¹
RNDr. Věra LÁNSKÁ, CSc.²

²3. interní klinika 1. LF UK a VFN, Praha, U nemocnice 2, Praha 2
¹IKEM, Praha

SOUHRN

Postupy preventivní péče umožňují identifikovat rizikové skupiny pacientů, kteří jsou vhodní k další intervenci. Mezi významné parametry kardiovaskulárního (KV) rizika rozhodující o aktuálním celkovém KV riziku i prognóze patří například LDL cholesterol a rodinná anamnéza. V průzkumu provedeném v ordinacích praktických lékařů vyšlo najevo, že zvýšená hladina LDL cholesterolu patří k častým nálezům. U vyšetřené skupiny 1812 osob byla dyslipidemie nově diagnostikována u 20 % mužů i žen, přičemž prevalence byla 39 % u mužů a 41 % u žen. I další rizikové faktory KVO (diabetes mellitus 2. typu, arteriální hypertenze) byl častý. Analýza rodinné anamnézy potvrdila genetickou determinaci pro arteriální hypertenzi, diabetes mellitus 2. typu i dyslipidemii. Důsledný screening KV rizika v rámci preventivních prohlídek a včasná intervence je prostředkem k dalšímu zlepšení statistiky kardiovaskulární mortality a morbidity.

Klíčová slova: prevence, kardiovaskulární riziko, screening, LDL-cholesterol, arteriální hypertenze, diabetes mellitus, rodinná anamnéza.

ÚVOD

Kardiovaskulární choroby (KV) patří mezi hlavní příčiny úmrtí v dospělé populaci, přičemž se zároveň významnou měrou podílejí i na její nemocnosti. Závažným problémem je i zvyšování nákladů na zdravotní péči o pacienty s KV postižením. Ordinace praktického lékaře může být místem jejich prvního záchytu (např. při preventivní prohlídce) (1).

Ačkoli rizikových faktorů a markerů neustále přibývá, nejdůležitějšími zůstávají ty, používané rutinně ke stanovení rizika asymptomatických nemocných již delší dobu – moderní (a často velmi drahé) laboratorní ukazatele poskytují často pouze minimál-

ní zpřesnění rizikové stratifikace (2). Zvláštní pozornost zasluhují nositelé více RF najednou. Kombinace rizikových faktorů je považována z hlediska rozvoje KV onemocnění za velice významnou, neboť jejich efekt se nesčítá, nýbrž násobí. V mnohokrát citované studii INTERHEART riziko infarktu myokardu přítomnost samotné hypertenze či diabetu zvyšovala přibližně 2,5krát. Současný výskyt diabetu, hypertenze, dyslipidemie u kuřáka však staví takového nemocného do rizika zvýšeného více než 40x ve srovnání s osobou s optimální konstelací rizik (3). Navíc si stále častěji uvědomujeme problém související s nedostatečnou kontrolou již odhalených a léčených rizikových faktorů – v této situaci hovoříme v poslední době o tzv. reziduálním riziku. Pacient tak dodržuje léčebné změny životního stylu (nebo spíše má dodržovat) a užívá léky (přesněji řečeno jsou mu předepisovány), přičemž ale není dosaženo cílových hodnot, což v konečném důsledku prakticky anulují důvody, proč jsou léky předepisovány a následně může vést k dalšímu prodražování zdravotní péče v důsledku komplikací, které se při nedostatečné kontrole hypertenze, dyslipidemie či hyperglykemie mohou vyskytnout (4). Multifaktoriální podstata vzniku KV onemocnění a řada nových poznatků v této oblasti vedly k vytvoření a periodické novelizaci Evropských doporučení pro prevenci kardiovaskulárních onemocnění v klinické praxi (5). Ta jasně stanovují, že prioritou zůstává vyhledávání jedinců s vysokým rizikem, u kterých mají preventivní opatření nejvyšší účinnost. Jako vhodné období pro zhodnocení kardiovaskulárního rizika u asymptomatických osob stanovují věk 40 let u mužů a 50 let u žen. Neméně důležitou prioritou doporučených postupů představuje snaha ovlivnitelné rizikové faktory kontrolovat a hodnotit dosahování terapeutických cílů. Z tohoto vyplývají hlavní cíle prezentovaného šetření, kterými byl popis a zhodnocení výskytu rizikových faktorů KV onemocnění u osob vyšetřených všeobecným praktickým lékařem v uvedených věkových kategoriích podle pohlaví a diskutovat účinnost snah o kontrolu ovlivnitelných rizikových faktorů. Zvláštní pozornost byla věnována sledování incidence a prevalence poruch lipidového metabolismu, porovnat distribuci hladin LDL cholesterolu jednak ve vztahu k vypočtené úrovni rizika podle systému SCORE. Následně na podkladě těchto dat byly diskutovány možnosti preventivního působení v ordinaci praktického lékaře.

METODIKA

Data pochází z epidemiologického průzkumu, jehož metodologie a výsledky byly publikovány dříve (6). Do epidemiologického průzkumu bylo zařazeno 1812 osob, které se dostavily k prohlídce a splňovaly věkové kritérium (muži 40 a ženy 50 let) v období od října 2013 do dubna 2014. Sběr údajů probíhal ve 167 ordinacích všeobecných praktických lékařů ze všech regionů České republiky. Nyní prezentovaná analýza se zaměřila na incidenci a prevalenci poruch lipidového metabolismu a dále na data popisující distribuci hladin LDL cholesterolu ve vztahu ke stratifikaci KV rizika založené na algoritmu SCORE. Pacienti s hraničním nálezem byli vždy zařazeni do skupiny s vyšším rizikem. Za dobře kompenzovaného byl považován pacient/ka se systolickým tlakem pod 140 mmHg, LDL cholesterolem pod 2,5 mmol/l a glykemií pod 5,6 mmol/l v čase vyšetření v rámci průřezového šetření.

VÝSLEDKY A DISKUZE

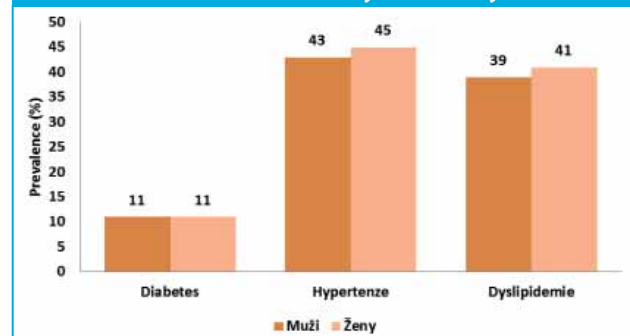
Demografická charakteristika

Kohorta mužů zahrnovala 961 osob, přičemž průměrný věk byl $42,9 \pm 4,7$. Kohorta žen zahrnovala 851 osob, přičemž průměrný věk byl $51,2 \pm 3,6$. Věk determinující pacienty pro zařazení do studie byl stanoven na základě doporučení pro provádění screeningu rizikových faktorů KV onemocnění (5). Věk sám o sobě patří mezi neovlivnitelné rizikové faktory s největším významem pro modifikaci celkového KV rizika. Snaha o časnou identifikaci rizikových je tedy jistě správná. Na druhou stranu plošné provádění screeningu výrazně zatěžuje zdravotní systém a jeho efektivita není příliš vysoká, neboť se zachytí jen malé procento skutečně rizikových. Musíme si připomenout skupinu osob s geneticky podmíněnými riziky, jejichž celkové KV riziko je zvýšeno prakticky od narození (typicky například osoby s familiární hypercholesterolemií, těžkou arteriální hypertenzí apod.). U těchto specifických skupin pacientů SCORE tabulky nepoužíváme a klasifikujeme je jako vysoce nebo velmi vysoce rizikové.

Prevalence diabetu, arteriální hypertenze a dyslipidemie

Ve sledované populaci byla zjištěna v přítomnost dyslipidemie u 39% mužů a 41% žen. Arteriální hypertenze se vyskytovala u 43% mužů a 45% žen a diabetes 2. typu u 11% procent mužů a stejného procenta žen.

Graf č. 1: Prevalence sledovaných rizikových faktorů



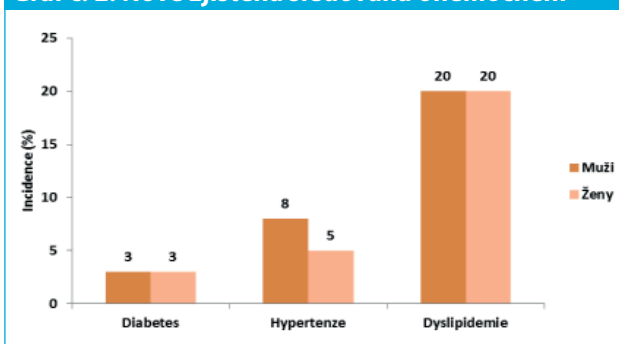
Prevalence dyslipidemie byla 39% u mužů a 41% u žen. Při srovnávání údajů o výskytu dyslipidemie v populaci je nutno věnovat pozornost použité definici. Cílové a doporučené hodnoty LDL-cholesterolu se totiž liší podle míry celkového KV rizika. Definice dyslipidemie použitá v předmětném průzkumu byla shodná s definicí použitou v rámci epidemiologických studií MONICA. Z prezentovaných dat je patrné, že prevalence dyslipidemie zůstává vysoká i přestože se průměrné hladiny celkového a LDL-cholesterolu v posledních 20 letech významně snížily (7).

Prevalence arteriální hypertenze byla 43% u mužů a 45% u žen, což je mírně vyšší hodnota, než kterou uvádí Česká společnost pro hypertenzi. Ta udává průměrný výskyt pro obě pohlaví ve věkové skupině 25–64 let okolo 40% (8). Vyšší zastoupení lze nejspíše vysvětlit faktem, že osoby ve sledovaných věkových kategoriích léčené pro arteriální hypertenzi, se k vyšetření dostavovaly s větší pravděpodobností než zdraví k běžné preventivní prohlídce.

Relativně vyšší prevalence diabetu mellitu 2. typu, který byl známou diagnózou v době provedení prohlídky u 11% mužů i žen oproti 8%, které uvádí Ústav zdravotnické statistiky (9), lze opět vysvětlit vyšší četností návštěv těchto nemocných v ordinacích praktických lékařů a tedy celkově vyšší pravděpodobností zařazení takových pacientů do kohorty sledovaných.

Incidence diabetu, arteriální hypertenze a dyslipidemie
 V rámci prezentovaného šetření KV rizik byla dyslipidemie nově diagnostikována 20% mužů a stejnému procentu žen. Incidence arteriální hypertenze (tedy četnost nově zjištěných případů) byla 8% u mužů a 5,4% u žen. Diabetes mellitus 2. typu byl nově diagnostikován u 3,2% mužů a 2,8% žen.

Graf č. 2: Nově zjištěná sledovaná onemocnění



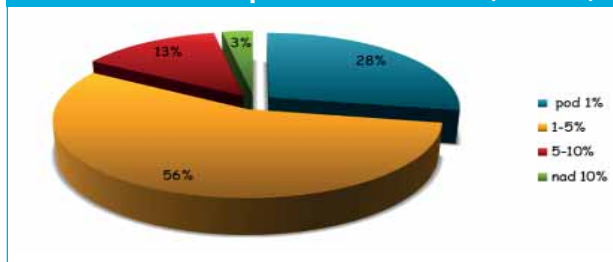
Nově diagnostikovaná onemocnění zvyšující kardiovaskulární riziko patří mezi nejvýznamnější zjištění provedeného šetření. Nejčastějším z nich byla dyslipidemie zachycená u pětiny vyšetřených obou pohlaví. Tento nález potvrzuje, že i přes již výše popsany příznivý trend vývoje LDL-cholesterolemie v populaci, zůstává dyslipidemie významným problémem. Incidence diabetu 2. typu a arteriální hypertenze byla ve srovnání s incidencí dyslipidemie řádově nižší. Obecně ale můžeme

spekulovat, že zjištěná data mohou ještě optimisticky podhodnocovat skutečný výskyt onemocnění. Vyslovení diagnózy totiž v hraničních případech vyžaduje opakované měření či využití zátěžového testu, což v rámci jednorázového sběru dat použitého v tomto projektu nebylo možno uskutečnit.

Analýza distribuce LDL cholesterolu ve vztahu ke kategorii KV rizika podle SCORE

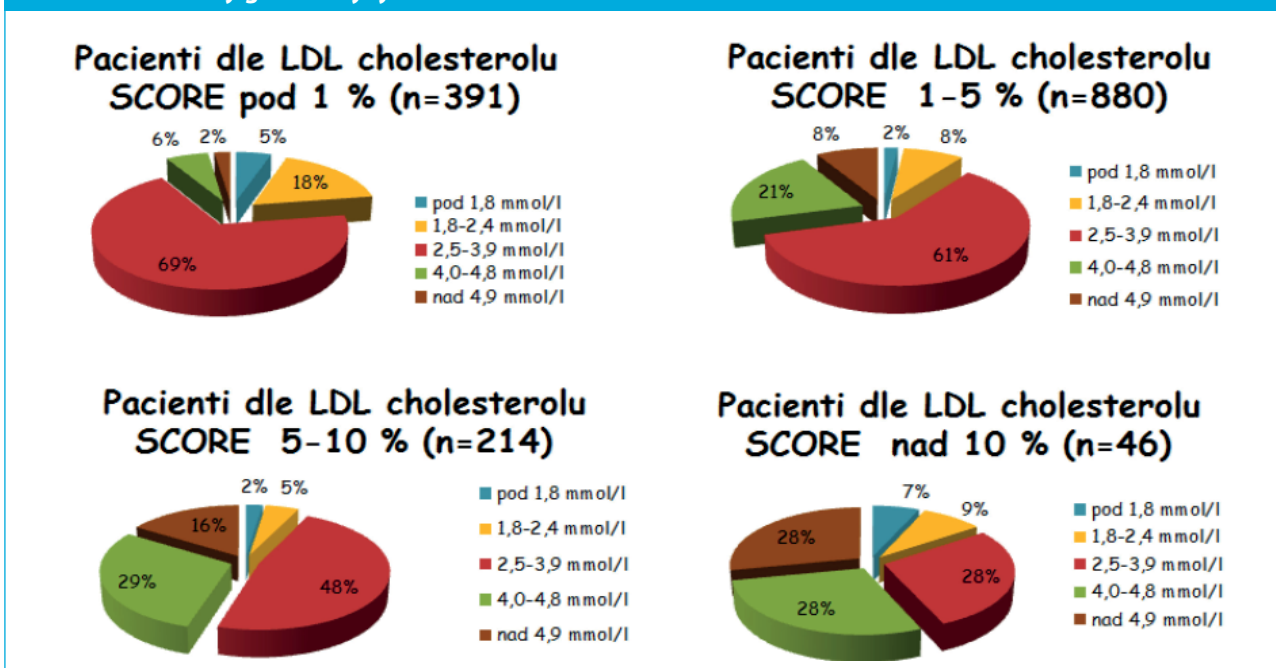
Rozdělení pacientů dle SCORE ukazuje graf č. 3. 56% pacientů mělo SCORE 1–5%, 28% pacientů mělo SCORE pod 1%, 13% pacientů mělo SCORE 5–10% a 3% pacientů měla SCORE nad 10%.

Graf č. 3: Rozdělení pacientů dle SCORE (n=1712)



Výsledky analýzy distribuce SCORE dle LDL cholesterolu jsou uvedeny na souhrnném grafu č. 4, ze kterého vyplývá, že ve skupině SCORE pod 1% mělo 8% pacientů LDL cholesterol nad 4 mmol/l, ve skupině SCORE 1–5% jich bylo 29%, ve skupině SCORE 5–10% 45% a ve skupině SCORE nad 10% 56%.

Graf č. 4: Souhrnný graf analýzy distribuce LDL cholesterolu dle SCORE



Celkové KV riziko je komplexní v čase dynamicky se měnící veličina, což znesnadňuje jeho kategorizaci. Model SCORE byl odvozen z epidemiologických studií a vyjadřuje absolutní riziko fatální KV příhody během deseti let. Při preventivních opatřeních je však nutno mít na mysli i příhody nefatální, které ovšem mohou mít zásadní vliv jak na kvalitu života pacienta, tak i na ekonomické ukazatele léčebně preventivní péče. LDL cholesterol je významným prediktorem KV rizika. Podle některých je právě LDL cholesterol hlavním spouštěčem i „hnacím motorem“ aterosklerotických cévních změn (10). Z tohoto pohledu a vezme-li zároveň do úvahy cílové hladiny LDL cholesterolu pro různé rizikové skupiny, jistě nemůžeme být zcela spokojeni s prezentovanými výsledky. Již bylo naznačeno, že mechanický přístup k používání tabulek SCORE může vést k dojmu, že osoby nízkého věku mají téměř vždy velmi nízké riziko. Toto omezení SCORE si musíme připomínat při hodnocení výsledků prezentované-

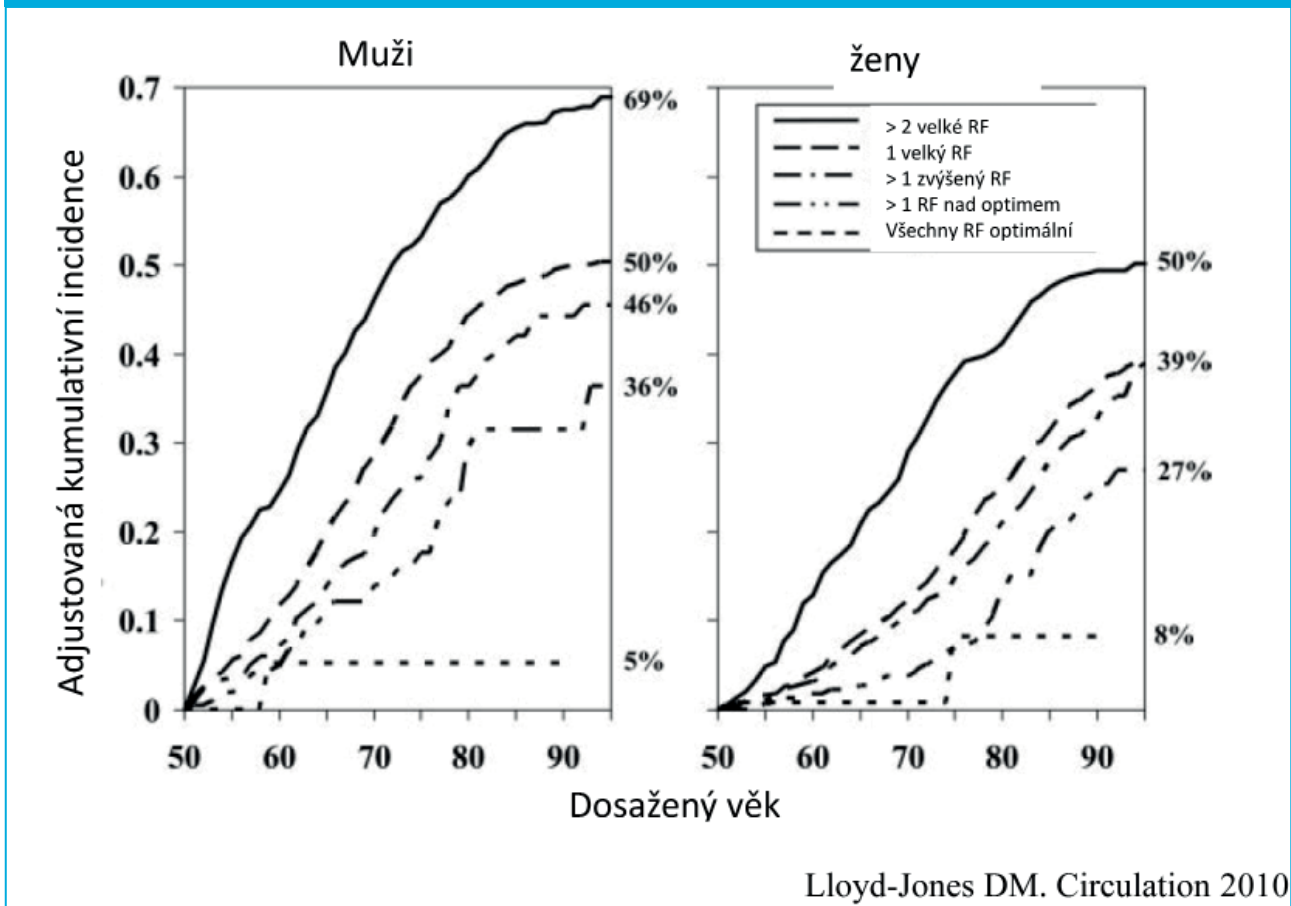
ho průzkumu. Zařazování byli vyšetřeni v nízkých věkových skupinách, u nichž krátkodobé KV riziko stanovené podle SCORE má být nízké. Proto výsledky našeho průzkumu nelze vnímat jako příznivé. Dokonce většina z takto kategorizovaných osob má alespoň jeden rizikový faktor a vyžadují přinejmenším intenzivní nefarmakologickou intervenci. Jak doložila studie amerických autorů, i přítomnost jednoho rizikového faktoru zvyšuje podstatně dlouhodobé (celoživotní) kardiovaskulární riziko, což ilustruje graf č. 5.

Graf č. 5. Vztah přítomnosti rizikových faktorů KV onemocnění a dlouhodobého rizika KV příhody u mužů a žen (podle 11).

Analýza vlivu pozitivní rodinné anamnézy na výskyt onemocnění

Pozitivní rodinná anamnéza byla hodnocena u obou pohlaví pro arteriální hypertenzi, diabetes mellitus 2. typu a dyslipidemii. Výpočtem bylo zjištěno, že muži

Graf č. 5: Vztah přítomnosti rizikových faktorů KV onemocnění a dlouhodobého rizika KV příhody u mužů a žen (podle 10).



s pozitivní rodinou anamnézou arteriální hypertenze mají 2,7× větší riziko trpět touto chorobou než muži bez rodinné zátěže, u žen pak je šance 3,6násobně větší. Výskyt diabetes mellitus 2. typu v rodině zvyšuje mužům šanci na onemocnění touto chorobou 5× a ženám dokonce 5,7krát. Nález dyslipidemie v rodině představuje pro muže 3,5× a pro ženy 2,3násobně větší šanci na rozvoj tohoto onemocnění než u těch bez rodinné zátěže. Tento nálezn potvrzuje recentní studie Piřha a spolupracovníků, kteří ukázali, že pozitivní rodinná anamnéza a kouření byly nejsilnějšími prediktory předčasného výskytu akutní koronární příhody (12).

SHRNUTÍ PRO PRAXI

Použití tabulek SCORE nesmí být dogmatické, u mladších lidí s významným zvýšením některého z rizikových faktorů výpočet neodráží skutečné riziko. Navíc SCORE hodnotí krátkodobou prognózu v následujících

10letech. Osoby s nízkým rizikem je potřebné opakovaně edukovat, jak si tento nízkorizikový status udržet. Naopak u pacientů s diabetem, manifestním KV onemocněním či chronickým onemocněním ledvin se SCORE nepoužívá, neboť jde automaticky o jedince s vysokým rizikem vyžadujících intenzivní péči s cílem těsné kontroly všech ovlivnitelných KV rizikových faktorů. Znalost rodinné anamnézy je „levné“ a zároveň účinné „vyšetření“ genetické komponenty kardiovaskulárního rizika i jednotlivých onemocnění, která jej podmiňují a musí být zohledňována při hodnocení rizikovosti. Umožňuje například doporučit odeslání dětí z rodin postižených familiární hypercholesterolemii k včasnému vyšetření do specializovaných center MedPed.

Poděkování: Autoři děkují zúčastněným lékařům za sběr dat. Poděkování za podporu organizaci průzkumu patří společnosti Richter-Gedeon Česká republika, s. r. o.

Literatura:

1. Fait T, Vrablík M, Češka R et al. Preventivní medicína 2. vyd. Praha: Maxdorf Jesenius 2011: 162.
2. Zethelius B, Berglund L, Sundström J et al. Use of multiple biomarkers to improve the prediction of death from cardiovascular causes. *N Engl J Med* 2008; 358(20):2107-16
3. Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S; INTERHEART Study Investigators. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet*. 2004; 364(9438):937-52.
4. Fruchart JC, Sacks FM, Hermans MP et al. The residual risk initiative: a call to action to reduce residual vascular risk in dyslipidemic patients. *Diabetes Vasc Dis Res* 2008, 5: 319-335
5. Perk J, De Backer G, Gohlke H, et al. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012); The Fifth Joint Task Force of the ESC and other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts): *Eur Heart J* 2012 doi:10.1093/eurheartj/ehs092.
6. Vrablík M, Chemlík Z, Lánská V. Kardiovaskulární rizikový profil u 40letých mužů a 50letých žen v České republice: výsledky průřezové studie. *Vnitřní lékařství* 2014, 60(11): 980-986.
7. Cífková R, Škodová Z, Bruthans J et al. Longitudinal trends in cardiovascular risk factors in the Czech population between 1985 and 2007/8. *Czech MONICA and Czech post-MONICA. Atherosclerosis* 2010, 211; 676-681.
8. Filipovský J, Widimský J Jr., Ceral J et al. Diagnostické a léčebné postupy u arteriální hypertenze – verze 2012. Doporučení České společnosti pro hypertenzi. *Vnitřní Lékař* 2012;58:785-801.
9. Ústav zdravotnické statistiky. Péče o nemocné cukrovkou 2012. Dostupné na www.uzis.cz
10. Genest J, Frohlich J, Fodor G, McPherson R. Working group on hypercholesterolemia and other dyslipidemias. Recommendations for the management of dyslipidemia and the prevention of cardiovascular disease: summary of the 2003 update. *Can Med Assoc J*. 2003;169:921-4.
11. Lloyd-jones DM, Leip EP, Larson MG, et al. Prediction of lifetime risk for cardiovascular disease by risk factor burden at 50 years of age. *Circulation*. 2006;113(6):791-8.
12. Piřha J, Lesná K, Sekerková A et al. Menopausal transition enhances the atherogenic risk of smoking in middle aged women. *Int J Cardiol* 201, 168:190-6.

Jak se naučit žít s lékovými interakcemi



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

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

Mgr. Ondřej Suchopár

Množství informací, které lékaři potřebují ke kvalitnímu rozhodování při předpisu léků je obrovské a jejich kvantum stále narůstá, přičemž informace se v průběhu času mění. Na lékařských kongresech i v odborných časopisech se většinou dozvídáme, jaké nové léčebné metody máme k dispozici a že dotyčný lék lze s výhodou použít opět u další indikace, avšak rizika podávání léků již nebývají tak zdůrazňována. Na základě jedné studie ve Velké Británii, kterou publikovali Pirmohamed et al, 2004 (1), lze odhadnout, že v ČR léky svými nežádoucími účinky každoročně způsobí stovky úmrtí a zapříčiní desítky tisíc hospitalizací. Mezi problematické oblasti patří podávání léků v těhotenství a při kojení, podávání léků ve stáří, lékové interakce a lékové duplicity. U lékových interakcí je třeba řešit tři klíčové otázky:

- Jak zjistit, že pacient užívá dva léky, o nichž je známo, že spolu interagují?
- Jak získat co možná nejvíce objektivních informací o zjištěné lékové interakci?

- Jak získané poznatky interpretovat pro konkrétního léčeného pacienta tak, aby přijatá opatření byla v dané situaci adekvátní?

Přitom je třeba mít na mysli, že tento proces probíhá v reálném čase, přičemž čas začíná být čím dál tím vzácnějším zbožím a každý z nás si přeje co nejvíce z něj věnovat přímo pacientům. Tento článek ukazuje možnosti, jak racionálně přistupovat k informacím o lékových interakcích v běžné klinické praxi. Základní informace o problematice lékových interakcí je možno získat na webových stránkách SÚKL (2), ke je uveden i seznam nejčastějších substrátů jednotlivých isoenzymů cytochromu P450, jako je např. CYP3A4, CYP2D6 atd. a také seznam jejich inhibitorů a induktorů.

Terminologické poznámky: Pojem „léková interakce“ by se správně měl užívat v případech, kdy při podání dvou nebo více léků došlo ke klinické příhodě (např. krvácení, nevolnost, závratě, spavost), nebo ke změně laboratorních nebo jiných ukazatelů (INR, TK, plazmatické koncentrace léčiva, jaterní testy, atd.). Pro situaci, kdy k takové příhodě (zatím) nedošlo a kdy bylo zjištěno pouze současné podávání dvou léků, o kterých je známo, že spolu mohou interagovat, by se měl spíše užívat pojem „potenciální léková interakce“ (dále „PLI“). Tradičně užívaný pojem „výrobce“, který užíváme i v našem článku, je v dnešní době poněkud nepřesný, nový pojem „držitel registračního rozhodnutí“ však ještě není v běžné lékařské literatuře dostatečně rozšířen.

Třídění lékových interakcí

Protože existují desítky tisíc různých PLI, je třeba je třídit, aby bylo možno se v takovém množství vyznat. Z pregraduálního studia si pamatujeme, že interakce se dělí na farmakokinetické, kdy jeden lék mění plazmatické koncentrace léku druhého, a na farmakodynamické, což jsou všechny ostatní. Pro lékaře v praxi je však klíčo-

Tabulka 1: Třídění potenciálních lékových interakcí podle jejich celkového významu

1	Zcela minimální význam, není třeba upravit dávkování ani přijímat žádná jiná opatření.
2	Malý význam, takže běžně není třeba upravovat dávkování, v některých případech je však třeba posunout dobu podávání jednoho z léků (např. současné podávání tetracyklinů nebo cefalosporinů současně s antacidy nebo mlékem snižuje jejich účinnost).
3	Středně velký význam, u menší části pacientů bude potřeba změnit dávkování na základě výsledků klinického a/nebo laboratorního vyšetření. Příkladem je současné podávání spironolaktonu a ACE-inhibitorů, kde je třeba sledovat kalémii, neboť u určitého procenta pacientů dochází k hyperkalémii.
4	Velký význam, u větší části pacientů bude potřeba změnit dávkování na základě výsledků klinického a/nebo laboratorního vyšetření. Příkladem je současné podávání warfarinu a antiarytmika amiodaronu, kde je třeba znovu vytitrovat dávku warfarinu, protože u většiny pacientů dochází k výraznému vzestupu účinku warfarinu.
5	Velmi závažné PLI, kdy je třeba zvážit, zda takovou kombinaci vůbec podávat; v případě, že se lékař rozhodne pro podání takové kombinace, bývá zapotřebí změna dávkování léků podle klinického a laboratorního vyšetření. V některých případech výrobci považují takovou kombinaci za kontraindikovanou, což je třeba (pokud možno) respektovat. Příkladem je současné podávání simvastatinu a verapamilu (které není kontraindikované) a simvastatinu a klarithromycinu (které kontraindikované je).

vé zjistit, zda a do jaké míry interakce ohrožuje zdraví pacienta, respektive jak naléhavý problém představují. Podle významu PLI tyto rozdělujeme do pěti skupin, jak je uvádí tabulka 1.

Jak zjistit, že pacient užívá dva léky, o nichž je známo, že spolu interagují?

Existují speciální počítačové programy, které ve spolupráci s programem pro vedení dokumentace pacienta „hlídají“ to, co lékař předepisuje. V případě, že je identifikována PLI, lékaře upozorní speciální hláška. Tímto tématem se zabývá práce Prokeš et al, 2010 (3). Na lékovou interakci mohou upozornit zdravotní pojišťovny. Pravidelně takové informace poskytuje lékařům Zaměstnanecská pojišťovna Škoda a v poslední době i jiné pojišťovny, v letech 2010–2011 provedla pilotní studii i VZP ČR, která je popsána v práci Prokeš et al, 2014 (4). Na lékové interakce nás mohou upozornit i lékárníci a nově i samotní pacienti, neboť Asociace farmaceutického průmyslu na svých webových stránkách provozuje poradnu „Známe své léky?“ (5). Podobnou (i když méně navštěvovanou) poradnu pro pacienty provozuje SÚKL (6) a každý anglicky mluvící člověk s přístupem na internet získá informace na webu www.drugs.com (7). Výhodné by též bylo, kdyby po odeslání pacienta na konziliární vyšetření k internistovi tento specialista vždy vyhodnotil celou preskripci u vyšetřovaného pacienta na možný výskyt lékových interakcí a duplicit tak, jak to již dnes někteří internisté činí.

Základní přístup k potenciální lékové interakci

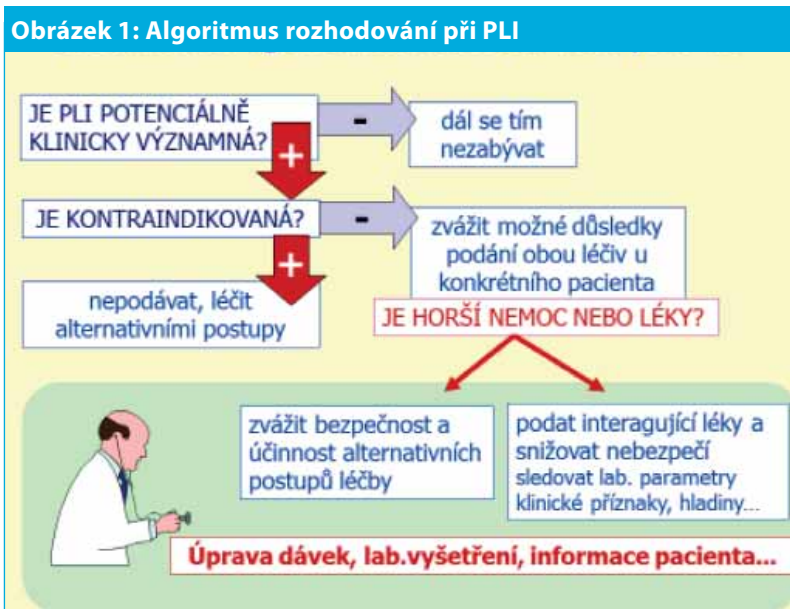
V prvé řadě je třeba si uvědomit, že předpis interagujících léků je zcela běžnou záležitostí a nelze jej a priori označit za pochybení. Lékových interakcí se využívá například při kombinaci léčbě hypertenze, kdy jeden lék potencuje účinek léku druhého. Přesto by se měl lékař blíže seznámit alespoň s těmi PLI, které se u jeho pacientů vyskytují, zpravidla se jedná o několik málo opakujících se situací. Strohá informace, že dva léky spolu interagují, ale lékařům v klinické praxi příliš nepomůže. Aby lékař mohl adekvátně reagovat, měl by se snažit získat odpověď na následující otázky: Jedná se o klinicky významnou PLI? Pokud bylo v „interakční“ studii zjištěno, že se plazmatické koncentrace či jiné laboratorní parametry jednoho z přípravků zvýšily pouze o 10 %, klinická významnost takového zjištění je nulová. Protože pokud PLI není klinicky významná, nemá smysl se jí zabývat s výjimkou případů, kdy rozptýl hodnot u jednotlivých zkoumaných pacientů byl značný a u některých z nich byly hodnoty klinicky významně zvýšeny nebo sníženy. Takové rozdíly mohou být způsobeny rozdílnou genetikou výbavou pacientů a s takovými pacienty se můžeme setkat v reálné praxi.

Jedná se o PLI kontraindikovanou? Pokud výrobce (respektive držitel registračního rozhodnutí) stanoví, že podání léku X a léku Y je kontraindikované, tak je třeba toto respektovat, neboť překročení takového zákazu by mohlo mít nepříznivé důsledky nejen pro pacienta, ale i pro lékaře. Kontraindikaci zjistíme z SPC (souhrn údajů o přípravku), tento dokument lze stáhnout z webové stránky SÚKL (viz níže). Pro to, abychom kombinaci dvou léků považovali za kontraindikovanou stačí, když takovou PLI za kontraindikovanou považuje alespoň jeden z dvojice výrobců. Pokud kombinace léčiv je PLI klinicky významná, ale nikoliv kontraindikovaná, pak je vhodné se zeptat, zda je možno místo jednoho z léků předepsat jiný, který má podobné účinky, ale který je bezpečnější. Například při kombinaci verapamil – simvastatin bychom se interakci mohli vyhnout tím, že lze simvastatin zaměnit za rosuvastatin, fluvastatin nebo pravastatin, které s verapamilem neinteragují.

Pokud taková záměna není možná nebo pokud by byla pro pacienta nevýhodná, je třeba se ptát:

- Jakým způsobem lze riziko vyplývající z PLI snížit? Zpravidla je třeba monitorovat určité laboratorní nebo klinické parametry. V určitých případech je doporučeno dávky léku zvýšit nebo snížit, nemá se zapomínat na vhodné poučení pacienta. Například interakci simvastatinu s verapamilem se nemusíme vyhýbat, neboť stačí dodržet upozornění výrobce, že při kombinaci s verapamilem nemá být překročena dávka 20 mg simvastatinu denně.
- Lze očekávat, že ohrozí pacienta víc léková interakce nebo vysazení jednoho z dvojice interagujících léků? Vysadit potřebné antibiotikum u závažné infekce zřejmě nebude optimálním řešením, naopak totéž antibiotikum u banálního respiračního onemocnění nahradíme zpravidla bez problémů, pokud bude vůbec nezbytné ATB podávat.

Schéma postupu je zkratkovitě uvedeno na obrázku 1.



Co by měl lékař o potenciální lékové interakci znát

Pokud není interakce evidentně nevýznamná a pokud není kontraindikovaná, měli bychom hledat další informace, které potřebujeme pro rozhodování o dalším léčebném postupu:

Klinická závažnost PLI: Do jaké míry se plazmatické koncentrace léků zvyšují nebo snižují, jak silný nežádoucí účinek (NÚ) může nastat? Lékaři takové kritérium potřebují, aby nebyli zahlcováni informacemi o nepodstatných záležitostech a většina odborných publikací interakce z tohoto hlediska třídí. V severských státech Evropy se užívá třídění „FASS“ na interakce A,B,C a D, kdy A znamená interakce klinicky nevýznamné, B kde nebyla významnost zatím stanovena, C jsou klinicky významné a D jsou interakce nejvyššího významu. Na americké webové stránce Drugs.com (7) jsou interakce označovány jako „minor“, „moderate“ nebo „major“, které jsou nejvýznamnější. V programu lékových interakcí Infopharm (8) jsou PLI tříděny od 1 do 5 (viz výše). Přes veškerou snahu o objektivní přístup nehodnotí různé zdroje klinickou závažnost zcela stejně, a je třeba si uvědomit, že náš konkrétní pacient nemusí reagovat na podání léků přesně tak, jak činil průměr pacientů (či zdravých dobrovolníků) ve studii, ze které čerpáme informace pro naše rozhodování.

Kvalita dokumentace: Jak silné důkazy máme, že interakce existuje? Zpravidla lze čerpat z výsledků klinických studií, nebo máme informace ze studií populačních, v řadě případů však jsou k dispozici pouze kazuistiky nebo informace od výrobce. Pokud byla publikována jen jedna kazuistika, je vhodné se ptát, zda se skutečně jedná o interakci nebo o bias. Pokud je takto anekdoticky popsána PLI léků, které jsou desítky let hromadně užívány, je možno se přiklonit k názoru, že se nejspíše jednalo o zcela výjimečnou shodu okolností, pokud však jde o interakci nového léku, může se jednat o prvý varovný signál oznamující závažný lékový problém.

Dosud neprokázané lékové interakce: Zvláště u novějších léků bývá problém v tom, že je provedeno jen malé množství klinických studií na zjištění lékových interakcí a poznatky pro ostatní, nezkoumané léky výrobce prostě odvodí za použití určitých myšlenkových konstrukcí, jako je následující: „Když je náš lék X metabolizován na CYP3A4 a když je prokázáno, že jiný lék Y je inhibitor CYP3A4, tak lze předpokládat, že podání léku Y s naším lékem X povede ke zvýšení plazmatických koncentrací našeho léku X“. Takový předpoklad je sice správný, ale těžko se odhaduje, nevíme, do jaké míry budou plazmatické koncentrace léku našeho léku X stoupat, o 30% nebo o 300%? Jistě je to ale důvod pro dodržování opatrnosti při vzájemném podávání obou léků, což zpravidla výrobce doporučuje. V řadě jiných případů však není zřejmé, proč výrobce v SPC interakci uvádí, může to být i na základě interního sledování hlášení NÚ či jiných neveřejných zdrojů. Znalostní databáze, které obsahují pouze informace založené na důkazech, takové interakce neuvádí a proto je vhodné brát v potaz oba zdroje informací, jak SPC, tak i počítačové programy, které obsahují i znalostní databázi.

Důsledek interakce: Jaký je charakter výsledného NÚ? Je pacient ohrožen krvácením, nebo srdeční arytmií, poruchou vědomí, nebo hrozí snížení TK? Od toho se odvíjí další způsob sledování pacienta.

Jaká je **frekvence** takového NÚ? Nastane u všech pacientů, kteří užívají příslušnou kombinaci léků, nebo u 10% z nich, nebo u 1%, nebo ještě méně? Například metronidazol prakticky u všech lidí zvýší účinek warfarinu a proto je třeba dávky warfarinu snížit, kdežto tetracykliny zvyšují účinek warfarinu jen ojediněle a proto dávky warfarinu upravujeme až v případech, že se INR zvýší. Při současném podávání citalopramu a amiodaronu se arytmie torsade de pointes vyskytuje vzácně, přesto se takové kombinaci vyhýbáme, protože tato arytmie je spojena s vysokou úmrtností. Ostatně citalopram lze jistě nahradit jiným, v tomto směru bezpečnějším anti-depresivem. Vzácným projevem lékové interakce je i rhabdomyolýza vyvolávaná zvýšením plazmatických koncentrací statinů, i tak ale výrobci doporučují nepodávat u takových kombinací maximální dávky statinů (např. simvastatin – verapamil). U řady PLI frekvenci vzniku poškození pacienta neznáme. Pokud u hromadně užívaných léků bylo během desítek let jejich užívání popsáno jen několik kazuistik, frekvence výskytu nežádoucí příhody je zřejmě velmi nízká.

Jaký je **mechanismus vzniku PLI**? To může být důležité v případech, když hodláme zaměřit interagující lék za jiný. Pokud při interakci klarithromycinu se simvastatinem (kde klarithromycin inhibuje CYP3A4, na kterém je metabolizován simvastatin) místo klarithromycinu podáme klindamycin, nedojde k žádné interakci, protože ten nemá na CYP3A4 žádný vliv. Pokud bychom však vybrali telithromycin, dosáhli bychom interakci ještě silnější, protože telithromycin inhibuje CYP3A4 ještě silněji než klarithromycin. V některých případech však není přesný mechanismus lékové interakce znám.

Jaká zvláštní opatření by měl lékař přijmout?

Pokud plnohodnotná náhrada interagujícího léku neexistuje a nemoc je třeba léčit, měl by lékař spolu s pacientem usilovat o snížení rizik, která PLI přináší. Typický příklad je kombinace amiodaronu s warfarinem, kdy prakticky u všech pacientů amiodaron zvyšuje účinnost warfarinu. Tuto kombinaci je zapotřebí u řady pacientů podávat, neboť amiodaron se dosud nepodařilo nahradit bezpečnějším antiarytmikem a nová anti-koagulancia (NOAC) též s amiodaronem do jisté míry interagují, jak je popsáno v článku Prokeš et al, 2015 (9). Na rozdíl od warfarinu je monitorování jejich účinku problematické. U kombinace warfarinu s amiodaronem bylo prokázáno, že pokud se dávky warfarinu znovu pečlivě vytitrují, je současné podávání obou léků bezpečné (jen nesmíme zapomenout opět dávky warfarinu znovu vytitrovat po vysazení amiodaronu). Podobně u jiných PLI sledujeme jiné laboratorní parametry (např. plazmatické koncentrace kalia, kreatininu, glykémie) nebo EKG, v jiných případech výskyt určitých klinických příznaků nebo plazmatické koncentrace určitých léčiv (lithium, antiepileptika, a jiné). Také je třeba paci-

enty i jejich pečovatelé poučit o možných nežádoucích účincích, při jejichž výskytu má pacient navštívit lékaře. Pacienti dosud nebývají informováni tak, jak se obecně předpokládá, v jednom průzkumu bylo v ČR dokonce zjištěno, že pouze 50 % pacientů užívajících warfarin ví, že warfarin zvyšuje krvácivost a že v případě výskytu krvácivých příznaků by měli vyhledat lékaře.

Zdroje informací o potenciální lékové interakci

Souhrn údajů o přípravku

Základním zdrojem spolehlivých údajů by měl být Souhrn údajů o přípravku (SPC), který je součástí registrační dokumentace, kterou předkládá výrobce (přesněji držitel registračního rozhodnutí) a schvaluje Státní ústav pro kontrolu léčiv (SUKL). Přečíst takový dokument a zapamatovat si alespoň nejdůležitější informace je náročné, průběžně sledovat změny v textu SPC u všech léků, které lékař předepisuje, může být velmi obtížné.

SPC pro příslušný přípravek vyhledat na této adrese: <http://www.sukl.cz/modules/medication/search.php>.

Po zadání názvu přípravku (nebo účinné látky, nebo ATC) získáme tabulku léčivých přípravků, ve které je SPC je zpravidla připraveno ke stažení ve sloupci „SPC“. V některých případech, kdy se jedná o léky registrované centrálně v EU, však SUKL odkazuje na webové stránky Evropské lékové agentury (EMA) <http://www.ema.europa.eu/ema>, ze kterých lze (při využití návodu SÚKLu) stáhnout SPC v češtině. Čtenář, který dává přednost slovenskému jazyku před anglickým, najde uživatelský mnohem snazší spojení prostřednictvím www.sukl.sk: Klikne na „Databázy a servis“ a poté „Databáza liekov a zdravotníckych pomocok“. Alternativním řešením je požádat o poskytnutí dotyčného SPC přímo výrobce tohoto léku v ČR.

V každém případě je vhodné SPC stáhnout na svůj počítač a v klidu je prostudovat. Kontraindikace jsou uvedeny v části 4.3, zvláštní doporučení v části 4.4 a lékové interakce v části 4.5.

Pokud je v bodě 4.3 Kontraindikace přímo uveden název léčivé látky, se kterou dotyčný přípravek X (např. simvastatin) interaguje, například „klarithromycin“, je vše jasné a je třeba nalézt alternativní léčbu. V některých případech však SPC uvádí pouze obecnou informaci „současné podávání účinných inhibitorů CYP3A4 ke kontraindikované“ nebo „kontraindikované je současné podávání jiných přípravků, které prodlužují QT interval“, pak je vhodné nahlédnout do bodu 4.5. Lékové interakce. Někdy ani tam není výčet úplný a informace zní „přípravky, které prodlužují QT interval, například cisaprid, terfenadin a astemizol“. Jisté to byla pouhá náhoda, když si dotyčný výrobce vzpomněl pouze na tři léky, které již léta nejsou v ČR registrovány, a na žádný ze šestnácti dalších léků prodlužujících QT, které na našem trhu k dispozici jsou.

V části 4.4 jsou uvedena zvláštní upozornění a opatření, kde někdy lze nalézt informaci ve smyslu „současné podávání léku X a léku Y se nedoporučuje“, což je z hlediska právníka totéž co kontraindikace (ale zní to

lépe), a nejrozsáhlejší informace zjistíme v části 4.5. Interakce.

Řada výrobců zde poskytuje přesné informace ve smyslu „při podávání simvastatinu a verapamilu nebo diltiazemu se doporučuje nepřekračovat dávku 20 mg simvastatinu denně“ nebo „během podávání simvastatinu je třeba se vyvarovat požívání grepové šťávy“, a to je přesně to, co lékař v klinické praxi potřebuje a proč je třeba SPC studovat. V jiných případech se pouze dozvíme, že při podávání léku X a Y je třeba „postupovat s opatrností“, pak je vhodné prostudovat i části 4.4 a 4.8 (nežádoucí účinky), abychom věděli, jaké příznaky by se mohly vyskytnout.

Publikace pojednávající o lékových interakcích

V zásadě lze rozeznávat dva typy knih o lékových interakcích:

- Příliš stručné publikace, kde sice interakci nalezneme a kde jsou podány základní údaje (např. že se plazmatické koncentrace léku X zvyšují), ale nezjistíme žádné podrobnosti (například o kolik se zmíněné koncentrace zvyšují). V češtině vyšla publikace autorů Zieglmeier a Hein, 2006 (10) a ve slovenštině publikace autorů Magulová L et al, 2004 (11).
- Příliš rozsáhlé publikace, kde sice lze k interakci nalézt všechny potřebné údaje včetně odkazů na literaturu i abstrakty z primární literatury, ale pro klinického lékaře bývá obtížné se v takové publikaci orientovat, klíčová fakta nalézt a potřebné údaje si zapamatovat. Za zlatý standard lze považovat Stockley's Drug Interactions (12), jiní doporučují podobnou publikaci autorů Hansten a Horn, Drug-Reax system firmy Micromedex, nebo jiné.

V dnešní době je zřejmé, že lékař v klinické praxi potřebuje přehlednou elektronickou publikaci, která na vyžádání poskytne potřebnou podrobnou informaci ihned a ve strukturované podobě bez toho, že by člověk zdlouhavě listoval v tlusté knize. Na internetu je možno bezplatně využívat americký Drugs.com (7), kde lze z patientského režimu vstoupit do režimu pro zdravotnické profesionály a získat i podrobnější informaci, ale:

- lze dohledat pouze informaci týkající se léků, které jsou dostupné v USA
- zdroj informací uváděných na této stránce je neznámý, odkazy na literaturu jsou v řadě případů irelevantní a validita zde poskytovaných informací je nejistá
- význam lékových interakcí je v některých případech nadhodnocený

V ČR je běžně dostupná elektronická publikace Kompendium lékových interakcí INFOPHARM (10), která je dílem autorů tohoto článku. Uživatelsky ještě přívětivější jsou počítačové programy, pomocí kterých lékaři vedou dokumentaci svých pacientů, tisknou recepty, účtují zdravotní pojišťovně a které obsahují modul lékových interakcí INFOPHARM. I když ovládání není složité, lékař se s tím musí naučit pracovat i ve smyslu aby nebyl programem příliš zdržován řešením nepodstatných věcí (stejně jako se musil naučit zacházet s EKG,

interpretovat laboratorní vyšetření, popis RDG a další potřebné dovednosti). Je třeba si uvědomit, že se jedná o znalostní databázi, kde nejsou zpravidla přítomny údaje o interakcích, které dosud nebyly objeveny a popsány (viz výše), proto je vhodné seznámit se s SPC příslušného přípravku, ve kterém výrobce hypotetické interakce zpravidla zmiňuje. Jedinou výjimkou jsou případy, kdy výrobce stanovuje kontraindikaci takové interakci, tyto případy Kompendium uvádí. Důležité je, že jak ze samotného Kompendia, tak i z modulů lze získat i vytisknout celou informaci o příslušné lékové interakci, která kromě významu uvede všechny potřebné údaje včetně abstraktů z literatury a odkazů na tuto literaturu. Aby tuto informaci lékař získal, nemusí tedy lékař mít vlastní program, ale musí znát kolegu, který tento program má a který je ochoten údaje o konkrétní interakci mu vytisknout. Podobně je možné se obrátit na (spřáteleného) lékárníka, neboť zmíněný program (respektive podobný modul) užívají i lékárníci. Kdo nezná ani kolegu, ani lékárníka s takovým programem a který potřebuje detailní informace o určité PLI, ten se může obrátit na prvního autora tohoto článku.

Z dalších zdrojů informací je třeba zdůraznit úlohu doporučených postupů popisujících užívání interagujících léků, jako je např. materiál Krvácivé komplikace při léčbě warfarinem (13), který by měli znát všichni lékaři, kteří warfarin předepisují.

Vytvoření vlastního názoru na lékovou interakci

Bylo by vhodné, aby lékaři o „svých“ lékových interakcích potřebné poznatky včas získali, utřídili si je a vytvořili si vlastní názor na konkrétní PLI. U jednotlivých pacientů s PLI pak snáze určí správný postup než když by lékař začínal u každého pacienta znovu od začátku. Největší riziko vzniku nežádoucí příhody zpravidla hrozí na začátku, kdy je ke stávající medikaci nasaženo nové, interagující léčivo. V průběhu delšího podávání PLI může být nežádoucí příhoda vyvolána dalšími faktory, jako je zvýšení dávky jednoho z interagujících léčiv, nerovnováha elektrolytů (typicky hypo- nebo hyperkalémie), snížení renálních funkcí či celková deteriorace zdravotního stavu. Za rizikové pacienty jsou pokládáni senioři, diabetici a pacienti s polypragmazií a také pacienti, jejichž metabolizace léků je výrazně odlišná, tedy pomalí nebo utra-rychlí metabolizéři isoenzymů P-450 (například CYP2D6). Takové pacienty však lze identifikovat pouze speciálním vyšetřením, jinak lze pouze pamatovat na to, že každý desátý až dvacátý pacient bude určité léky, které jsou substráty CYP2D6, CYP2C9, CYP2C19 a dalších isoenzymů, metabolizovat výrazně odlišně.

V tabulce 2 jsou uvedeny nejčastěji se vyskytující PLI, které byly zjištěny v databázích zdravotních pojišťoven v ČR, nebo v jiných studiích. Z tabulky je zřejmé, že řešení jsou zpravidla jednoduchá a že není třeba se lékových interakcí obávat více než jiných nežádoucích účinků léků nebo jiných lékových problémů.

K interakci warfarin-amiodaronu je třeba dodat následující:

Lu et al, 2008 (14) doporučují dávky warfarinu snížit ihned po nasazení amiodaronu o 35–65 % (podle dosavadních měření INR) a v prvních 12 týdnech současného podávání měřit INR jednou až dvakrát týdně. Nedávno byly publikovány dvě studie z klinické praxe: V jedné z nich byli pacienti sledováni na speciální klinice a žádné riziko nebylo zjištěno (Brazílie), ve druhé studii bylo riziko hospitalizace pro velkou krvácivou příhodu v prvních 30 dnech od nasazení amiodaronu zvýšeno 2,45 krát a 7 z 56 pacientů hospitalizovaných pro velkou krvácivou příhodu zemřelo (Kanada). Z toho vyplývá, že stále je co zlepšovat.

Zajímavá je tzv. „trojitá“ interakce, kdy současné podávání NSA, furosemidu a ACE-inhibitoru (nebo antagonistů angiotenzinu II) může způsobit selhání ledvin, nejvíce jsou ohroženi senioři. V anglosaské literatuře tuto PLI nazývají „triple whammy“, což lze volně přeložit jako „trojitá facka“.

Kromě lékových interakcí bývají pacienti ohroženi lékovými duplicitami, kdy jsou jednomu pacientovi současně předepsány dva nebo více léků obsahujících tutéž léčivou látku nebo látku se stejným mechanismem účinku (např. dva beta-blokátory, ACE-inhibitory, NSA, atd.). V řadě případů jde o omyl, ke kterému napomáhá velké množství různých nazývaných přípravků s obsahem těžké léčivé látky. Kromě počítačových programů k odhalení nechtěných duplicit může přispět lékárník a zejména pacient, který si pečlivě vede záznamy léků, které užívá. Proto je třeba pacienty povzbuzovat k takové činnosti a k tomu, aby si četli příbalové letáčky přípravků, které užívají. První ze zdravotních pojišťoven začala na duplicitu upozorňovat Zaměstnanecská pojišťovna Škoda, v pilotní studii VZP snížila četnost duplicit ve dvou krajích téměř o 30 % (4), z čehož je patrné, že takové informování lékařů by bylo vhodné rozšířit. Ve zmíněné studii byly nejčastěji spolu předepisovány dvě NSA, přičemž kombinování dvou či více NSA se vyloženě nedoporučuje. Lze předpokládat, že v některých případech lékaři pacienta poučili, že mají využívat nejprve jedno NSA a teprve poté druhé, ale řada pacientů „ví“, že jeden lék se užívá pravidelně a druhý lék navíc, když bolest není dostatečně tlumena. Pak fakticky dochází k předávkování NSA se všemi negativními důsledky: gastrotoxická, městnání tekutin, snižování účinnosti antihypertenziv a případně i porucha funkce jater nebo ledvin. Z dalších duplicit bylo zaznamenáno současné podávání dvou a více beta-blokátorů, statinů (rekord: čtyři různé přípravky) a ACE-inhibitorů.

Závěr

Lékové interakce i lékové duplicity patří k nejčastěji se vyskytujícím lékovým problémům. Lékaři by měli umět vyhodnotit přínosy a rizika u běžně se vyskytujících lékových interakcí svých pacientů a v případě potřeby by měli konzultovat se specialisty, s nimiž pak naleznou optimální způsob léčby pro konkrétního nemocného. Přínosem je i spolupráce s lékárníky, kteří mohou na interakci upozornit a mohou i zprostředkovat přístup k podrobnější informaci o charakteru lékové interakce.

Tabulka 2: Vybrané lékové interakce a jejich řešení

PPI a klopidogrel	Omeprazol, esomeprazol a lansoprazol snižují účinek klopidogrelu, proto by měl raději být podáván pantoprazol.
Warfarin a amiodaron	Amiodaron zvyšuje plazmatické koncentrace a antikoagulační účinek warfarinu tím, že inhibuje jeho metabolismus na CYP2C9 a CYP3A4. Oba léky však zle bezpečně podávat současně s tím, že když je amiodaron nasazen u pacienta, který užívá warfarin, je třeba dávku warfarinu znovu vytitrovat. Když je nejprve započato podávání amiodaronu a poté nasazen warfarin, při pečlivě provedené titraci dávek warfarinu by nebezpečí nemělo hrozit. Po vysazení amiodaronu bude třeba též správné dávky warfarinu vytitrovat, tentokrát směrem vzhůru.
Warfarin a peniciliny nebo cefalosporiny (s výjimkou cefalokloru a cefiximu)	V-PNC neinteraguje, u aminopenicilinů může být účinek warfarinu v ojedinělých případech zvýšen, na takovém zvýšení se zřejmě podílí též samotná infekce. Nedoporučuje se automaticky měnit dávky warfarinu, INR je třeba vyšetřit při alteraci celkového stavu pacienta nebo při podezření na krvácivou komplikaci.
Warfarin a makrolidy, cefaklor, cefixim a tetracykliny	Účinek warfarinu může být v některých případech zvýšen a další zvýšení účinku může způsobit infekce. Nedoporučuje se ale automaticky snížit dávku warfarinu, je vhodné s odstupem 3–5 dnů provést vyšetření INR a teprve poté případně dávku warfarinu upravit.
Warfarin a kotrimoxazol	Účinek warfarinu je zvyšován kotrimoxazolem (sulfamethoxazol a trimetoprim), doporučuje se od počátku snížit dávku warfarinu o 10–20 % podle poslední hodnoty INR a INR pečlivě monitorovat.
Warfarin a metronidazol	Účinek warfarinu je zvyšován metronidazolem průměrně o 60 %. Doporučuje se od počátku snížit dávku warfarinu o 35 % a INR pečlivě monitorovat.
Warfarin a karbamazepin	Karbamazepin může snížit účinek warfarinu, proto je třeba při nasazení nebo při vysazení karbamazepinu dávku warfarinu znovu vytitrovat.
Amiodaron a sotalol	Současné podání je kontraindikované, neboť oba léky prodlužují interval QT a mohou vyvolat potenciálně fatální arytmii torsade de pointes.
Amiodaron a beta-blokátory (např. metoprolol)	Možnost vzniku bradykardie nebo jiných poruch vedení vzruchu, přesto může být tato kombinace pro vybrané pacienty výhodná, je-li jejich stav průběžně sledován. Amiodaron zvyšuje plazmatické koncentrace metoprololu.
Amiodaron a statiny	Amiodaron inhibicí CYP3A4 zvyšuje plazmatické koncentrace simvastatinu o 70 % a podobně jsou zvýšeny i plazmatické koncentrace atorvastatinu. Lze očekávat vyšší frekvenci nežádoucích účinků těchto statinů včetně myopatie. Dávka simvastatinu nesmí překročit 20 mg denně a před podáváním maximálních dávek atorvastatinu s amiodaronem varuje i výrobce atorvastatinu, doporučená je opatrnost a pečlivé sledování pacientů. Lze očekávat, že podobně interaguje i lovastatin.
Amiodaron a citalopram, escitalopram	Současné podání je kontraindikované, neboť oba léky prodlužují interval QT a mohou vyvolat potenciálně fatální arytmii torsade de pointes, viz též Prokeš et al, 2014 (14).
Spironolakton a ACE-i nebo ARB	Možnost vzniku hyperkalémie. Při nasazení spironolaktonu je třeba vyšetřit K ⁺ do 72 hodin, poté za 4 týdny a pak pravidelně každé 3 až 4 měsíce. Totéž při změně dávek spironolaktonu. Překročí-li kalémie 5,5 mEq/l, snížit dávku spironolaktonu a nad 6,0 mEq/l spironolakton vysadit, následně je možno jej podávat až při poklesu kalémie pod 5,0 mEq/l. Současné podávání furosemidu nebo thiazidových diuretik není bezpečnou pojistkou před hyperkalémií, i v takových případech je třeba kalémií monitorovat.
Sotalol a verapamil	Současné podání je kontraindikované, neboť může dojít k hypotenzi, bradykardii a zhoršení levostranné srdeční nedostatečnosti.
Statiny a verapamil a diltiazem	Zvýšení plazmatických koncentrací simvastatinu, atorvastatinu a lovastatinu. Nejsilněji interaguje simvastatin s verapamilem, kdy plazmatické koncentrace simvastatinu stoupají na čtyřnásobek, dávka simvastatinu nesmí překročit 20 mg denně. Zvýšený výskyt nežádoucích účinků lze očekávat i v ostatních případech, proto je vhodné podávat nižší maximální dávku statinů a pacienty pečlivě klinicky sledovat.
Statiny a makrolidy	Zvýšení plazmatických koncentrací simvastatinu, atorvastatinu a lovastatinu s klarithromycinem. Nejsilněji interaguje simvastatin s klarithromycinem, kdy plazmatické koncentrace simvastatinu stoupají na desetinásobek, podávání této PLI je kontraindikováno. Zvýšený výskyt nežádoucích účinků lze očekávat i v ostatních případech, proto je vhodné podávat nižší maximální dávku statinů a pacienty pečlivě klinicky sledovat. I když je azithromycin považován za bezpečnější variantu léčby, i u něj zaznamenán vyšší výskyt myopatií v případě, že byly současně podávány výše uvedené statiny. Fluvastatin s makrolidovými ATB neinteraguje.
Nesteroidní antirevmatika (NSA) a antidepresiva typu SSRI	Antidepresiva typu SSRI zvyšují četnost krvácení do GIT, která NSA působí. Negativní účinky NSA lze zmírnit buď současným podáváním inhibitorů protonové pumpy (např. omeprazol, pantoprazol), nebo užíváním COX-2 selektivních NSA (jsou ale hrazeny pouze v případě, že je předepíše revmatolog nebo ortoped u rizikových pacientů), u zvláště rizikových pacientů lze s výhodou podávat COX-2 selektivní NSA a současně i inhibitory protonové pumpy.
Nimesulid a potenciálně hepatotoxická léčiva	Výrobce považuje za kontraindikované jeho současné podávání spolu s jinými potenciálně hepatotoxickými látkami. Mezi tyto patří methotrexát, jiná NSA jako je diklofenak, leflunomid, atd. a samozřejmě alkohol.

Literatura:

- Pirmohamed M, James S, Meakin S, et al: Averse drug reactions as cause of admission to hospital: prospective analysis of 18820 patients. *BMJ* 2004; 326: 15-19, <http://www.bmj.com/cgi/reprint/329/7456/15>
- SUKL: Farmakoterapeutické informace 11/2011, 12/2011 (<http://www.sukl.cz/sukl/obsah-2011>) a 1/2012 (<http://www.sukl.cz/sukl/obsah-2012>)
- Prokeš M, Suchoň S: Spolehlivost počítačových programů poskytujících elektronickou podporu preskripce v oblasti lékových interakcí. *Klin Farmakol Farm* 2010; 24(4): 190-196 http://www.klinickafarmakologie.cz/artkey/far-201004-0007_Spolehlivost_pocitacovych_programu_poskytujících_elektronickou_podporu_preskripce_v_oblasti_lekovych_interakcí.php
- Prokeš M, Pechánek P, Soharová T, et al: Vliv intervence VZP ČR na preskripční potenciálních lékových interakcí lékaři Královéhradeckého a Středočeského kraje. *Klin Farmakol Farm* 2014; 28(1): 8-13 http://www.klinickafarmakologie.cz/artkey/far-201401-0003_Vliv_intervence_VZP_CR_na_preskripční_potencialnich_lekovych_interakcí_lekari_Kralovehradeckeho_a_Stredoceskeho.php
- AIFP: <http://www.aifp.cz/cs/online-poradny/znam-sve-leky/>
- SUKL: <http://www.olecich.cz/zeptejte-se>
- Drugs.com: http://www.drugs.com/drug_interactions.html
- Kompendium lékových interakcí INFOPHARM, podrobnější informace www.drugagency.cz
- Prokeš M, Suchoň J: Lékové interakce nových orálních antikoagulancií. *Practicus* 2015; 14 (6): 14-21
- Ziegelmeier M, Hein T: Lékové interakce. *Farmakoterapie v klinické praxi*. Triton 2006, Praha.
- Magulová L, Božeková L, Křiška B, a kolektiv. *Interakce léčiv v klinické praxi*, 2. vydání. Slovak Academic Press, Bratislava 2004.
- Stockley's Drug interactions, 10th edition, Pharmaceutical Press 2013, London.
- Gumulec J, Kessler P, Penka M, et al: Krvácivé komplikace při léčbě warfarinem. Doporučení pro klinickou praxi. *Webová stránka Spolku pro trombozu a hemostázu*: <http://www.thrombosis.cz/>
- Lu Y, Won KA, Nelson BJ, et al: Characteristics of the amiodarone-warfarin interaction during long-term follow-up. *Am J Health Syst Pharm* 2008; 65 (10): 947-952
- Prokeš M, Suchoň J: Prodloužení intervalu QT způsobené léky. *Medicína pro praxi* 2014; 11(1): 34-39

Demence v ordinaci praktického lékaře

Dementia in General Practice



prim. MUDr. Vanda Franková
Psychiatrická nemocnice v Dobřanech

Souhrn

Praktický lékař bývá mnohdy prvním odborníkem, který se setkává ve své ordinaci s pacientem s demencí. Jeho úkolem je poruchu včas odhalit a zajistit posouzení specialistou (psychiatr, neurolog, geriatr). Ve spolupráci s ním se pak provádějí nezbytná vyšetření k odhalení potenciálně léčitelných stavů, které mohou demenci vyvolávat nebo ji komplikovat. Více než 60 % případů demence je způsobeno Alzheimerovou chorobou. V současné době Alzheimerovu chorobu neumíme vyléčit, umíme ale částečně oddálit její progresi a prodloužit lehčí stadia na úkor pokročilejších. To může významně přispět ke zlepšení kvality života jak nemocného tak jeho pečujících. Je ale třeba, aby se s léčbou začalo co možná nejdříve. Léčba musí být komplexní a zahrnovat biologickou, psychologickou i sociální složku. Ve farmakoterapii se používají kognitiva, některé studie prokázaly efekt extraktu ginkgo biloby EGb 761.

Klíčová slova

Praktický lékař, demence, Alzheimerova choroba, inhibitory cholinesteráz, memantin, EGb 761

Demence je syndrom, který vzniká v důsledku onemocnění nebo poškození mozku, většinou dlouhodobého či trvalého charakteru. Vyznačuje se zhoršením kognitivních funkcí (paměť, učení, myšlení, řeč, počítání, orientace aj.), které narušuje vykonávání běžných denních aktivit (pracovní, sociální, péče o sebe). Vědomí není zastřené. Zhoršení kognitivních funkcí je obvykle doprovázeno, někdy také předcházeno, zhoršením kontroly emocí, sociálního chování nebo motivace.

Demence je onemocnění převážně vyššího věku. Ve věkové skupině nad 65 let je postiženo zhruba 5–11 % populace, se stoupajícím věkem procento narůstá. Ve věku nad 80 let je postižena polovina lidí. Existují i případy demence s časným začátkem (3.–6. dekáda, výjimečně mladší jedinci). Odhaduje se, že v současné době žije v České republice 150.000 lidí s demencí.

Nejčastější příčinou demence je Alzheimerova choro-

ba, která představuje více než 60 % případů. Dalšími příčinami jsou vaskulární léze mozkové, nemoc s Lewyho tělísky, frontotemporální lobární degenerace, demence u Parkinsonovy choroby a další vzácnější nemoci. Obraz demence může být ale způsoben i jinými stavy: některými endokrinopatiemi, orgánovou dekompenzací, poúrazovými stavy mozkovými, expanzivními procesy, užíváním nevhodných léků, nadužíváním alkoholu, depresivními stavy, schizofrenií aj.

Alzheimerova choroba má nenápadný začátek a trvale progredující průběh. Trvá většinou 7 – 15 let od prvních příznaků až k smrti (familiární případy s časným začátkem progredují rychleji). V mírném stadiu jsou v popředí poruchy kognitivních funkcí, zapomnětlivost, poruchy orientace, poruchy řeči, zhoršení schopnosti plánování a řešení složitějších úkolů apod. Ve středním stadiu se rozvíjí selhávání v základní sebeobsluze (pacient dělá chyby v oblékání, zanedbává hygienu apod.), časté jsou i behaviorální příznaky. V nejtěžších stadiích pacient ztrácí schopnost řeči, chůze, je zcela inkontinentní, nepoznává ani své nejbližší, stává se plně závislým na kompletní ošetrovatelské péči. V terminálním stadiu se objevují poruchy polykání, zastřené vědomí. Alzheimerova choroba je základní příčinou smrti, bezprostřední příčinou bývá bronchopneumonie.

V časných **diagnostice** demence a Alzheimerovy choroby je klíčová role praktického lékaře. Za ním většinou přichází pacient nebo jeho rodina, že „něco není v pořádku“. Praktický lékař by měl rozpoznat základní příznaky kognitivní poruchy a odeslat pacienta k specializovanému vyšetření. Důležité jsou informace od rodiny: Ptá se dokola na to samé, zapomíná, co se stalo nedávno, žije v minulosti, stále něco hledá, vypráví opakovaně stejný příběh, ztratil se při nákupu, zapomněl na domluvenou schůzku, nemůže se vyjádřit, nakupuje věci v nadměrném množství, opakovaně při vaření nedal do jídla sůl či jinou ingredienci, změnil se, přestal se zajímat o své koníčky, ukládá věci na nepřílehavá místa apod. Sám pacient si příznaky nemoci většinou uvědomuje jen v počátečních stadiích, pak náhled ztrácí, má tendence nedostatky skrývat, racionalizovat („nešla jsem na domluvenou schůzku, protože jsem měla právě něco důležitějšího“, „neztratila jsem se, šla jsem tam úmyslně, protože jsem se měla sejít se svojí kamarádkou“ apod.). Naopak zdůrazňování poruch paměti a dalších selhávání může souviset s depresí (tzv. depresivní pseudodemence), která se dá dobře léčit a stav se může upravit. V lehkém stadiu Alzheimerovy choroby může člověk působit zcela nenápadně, vést společenskou konverzaci. Porucha se odhalí až při cílené otázce mimo běžnou rutinu („o čem konkrétně byl pořad, který jste včera sledovala v televizi?“, „jaký tlak vám naměřila sestřič-

ka?“). Musíme sami znát správnou odpověď, protože pacienti s Alzheimerovou chorobou často přesvědčivě konfabulují. Ptáme se na události posledních několika dnů, dlouhodobé obsahy paměti (autobiografická data, příběhy z mládí) bývají většinou zachované až do pokročilých stadií choroby. Příznaky se mohou demaskovat při určité zátěži či změně (ztráta partnera, hospitalizace, změna domácího spotřebiče, potřeba provedení složitějšího úkonu apod.).

Důležitá je detailní (objektivní) **anamnéza**: rodinná zátěž, rizikové faktory, tělesná či duševní nemoc, začátek a průběh onemocnění aj. Nutná je kontrola veškeré užívané medikace a posouzení compliance s léčbou (správné užívání léků). Jako rizikové se jeví např. léky s anticholinergním účinkem, benzodiazepiny, a zejména kombinace rizikových léků. Praktický lékař by měl mít vždy přehled o veškeré užívané medikaci a apelovat na pacienta (jeho rodinu) předkládat aktuální seznam léků při všech lékařských vyšetřeních.

Kognitivní funkce lze jednoduše otestovat **MMSE** (Mini Mental State Examination). V časných stadiích Alzheimerovy choroby, zejména u vzdělaných osob, a u jiných typů neurodegenerace může ale pacient skórovat vysoko i v přítomnosti demence. Jako varovné se jeví skóre 26 a méně bodů. Dá se použít **Test hodin**: „Nakreslete ciferník hodin, do něj všechny číslice a ručičky nastavte na 11 hodin a 10 minut“. Jakákoliv chyba v tomto testu by měla vést k detailnějšímu vyšetření. Citlivější je Moca test (www.mocatest.org) a Addenbrookský kognitivní test (www.kognice.cz). Jejich administrace je časově náročnější a většinou je využívají specialisté.

Má-li praktický lékař podezření na kognitivní poruchu, provede tělesné vyšetření (orientační interní a neurologické), laboratorní náběry (biochemický a hematologický screening, vyšetření moči, TSH a fT4), EKG, případně RTG plic. Pacienta směřuje k podrobnějšímu testování k psychologovi nebo specialistovi, který se zabývá kognitivními poruchami (neurolog, psychiatr, geriatr). Ten již pak většinou ve své režii indikuje zobrazovací vyšetření mozku (CT nebo magnetickou rezonanci), ev. další dle obrazu choroby a zjištěné patologie (tab. 1). Vyšetření slouží k odhalení případných léčitelných příčin poruchy nebo komorbidit, které mohou zhoršovat celkový obraz nemoci. Nález na CT/MRI mozku může podpořit diagnózu neurodegenerace. Definitivní diagnóza je neuropatologická.

Při pobočkách České alzheimerovské společnosti (ČALS) probíhá již několik let projekt **Dny paměti**, v rámci kterého si senior může nechat vyškolenou pracovníci zhodnotit své kognitivní funkce (termín se domlouvá telefonicky). Seznam poboček je na stránkách ČALS (www.alzheimer.cz). Pobočka má k dispozici seznam lékařů, ke kterým může seniora v riziku kognitivní poruchy poslat k vyšetření.

Léčba demence a Alzheimerovy choroby musí být komplexní a zahrnovat péči o celkový tělesný stav, racionální výživu, korekci smyslových poruch atd. V současné době neexistuje kauzální léčba, ale pouze symptomatická. Ve farmakoterapii Alzheimerovy choroby se používají **kognitiva**: inhibitory cholinesteráz (donepezil,

rivastigmin, galantamin) a memantin (nekompetitivní antagonist NMDA receptorů). Neumí chorobu vyléčit, ale umí přechodně zlepšit příznaky a tak oddálit progresi a prodloužit mírnější stadia na úkor těžkých. Čím dříve se s léčbou začne, tím je efektivnější, tím větší má potenciál pro udržení uspokojivé kvality života nemocného i jeho nejbližších. Bohužel více než 50 % případů demence je diagnostikováno až ve středním či těžkém stadiu a nasazená léčba má pak jen omezené možnosti. Preskripce kognitiv je vázaná na odbornosti neurologie, psychiatrie a geriatric. Zároveň musí být splněny podmínky zdravotní pojišťovny pro jejich úhradu.

Několik dvojitě slepých studií prokázalo pozitivní efekt extraktu ginkgo biloby **EGB 761** (Tanakan, Tebokan) na kognitivní fungování pacientů s demencí u Alzheimerovy choroby, vaskulární i smíšené demence. EGB 761 je indikován i u jiných poruch paměti, např. u mírné kognitivní poruchy (objektivně prokazatelná lehká deteriorace kognitivních funkcí při ještě zachované soběstačnosti), která může být iniciálním stadiem Alzheimerovy choroby a přejít v dalším období do demence. Na rozdíl od potravinových doplňků s ginkgo bilobou jsou preparáty EGB 761 léky, u kterých je garantován stálý obsah účinné látky. Aktuálně nemají úhradu pojišťovny a jsou volně prodejné v lékárnách. Doporučuje se podávání 240 mg/den ve dvou denních dávkách ráno a v poledne (do 15 hodin, aby nedošlo k nežádoucímu narušení usínání) po dobu minimálně 3 měsíců. Podávání ale může být dlouhodobé. EGB 761 se může kombinovat s kognitivou.

Podávání nootropik (piracetam aj.) u Alzheimerovy choroby je neúčelné. Nootropika navíc mohou zhoršovat chování nemocných, vést k úzkostem a agitovanosti.

Důležitou součástí léčby všech demencí je **psychosocioterapie** zaměřená jednak na pacienta (vhodné aktivity duševní i tělesné, sociální kontakty, vlídný přístup, optimální prostředí aj.), jednak na pečujícího (edukace, podpora a pomoc v péči).

V režii praktického lékaře je řešení **sociální problematiky** demence – mapování dostatečnosti péče poskytované rodinou, navrhování další péče (pečovatelky, home care, denní stacionáře, domovy se zvláštním režimem), kontakty na ČALS, na svépomocné skupiny aj., otázka příspěvku na péči (při zachované dobré mobilitě nemocného hrozí odchody z domova, vlivem kognitivní poruchy a chybějícího náhledu na ni bývá pacient často svéhlavý a péče o něj velice náročná a obtížná), invalidního důchodu u pacientů s demencí s časným začátkem, držení řidičského průkazu aj.

Závažnou součástí obrazu demence jsou **poruchy chování a další psychiatrické příznaky**. Mnohdy jde o maladaptivní vyjádření potřeb nemocného či důsledek nepochopení situace – chorobná podezřívavost (zapomene, kam uložil předmět a obviňuje okolí z krádeže či úmyslného schování), neklid – agitovanost (bývá podmíněna úzkostí), agresivita (bránění se péči), halucinace (hlavně zrakové halucinace lidí nebo zvířat), bludy (paranoidní – okrádají mě, chtějí se mě zbavit aj.; bývají zaměřené vůči blízkým lidem), apatie (ztráta

zájmu o aktivity, lhostejnost k okolí). Tyto stavy významně komplikují péči o nemocného a jsou nejčastější příčinou jeho institucionalizace.

Při vzniku problémového chování je vždy třeba pátrat po příčině (nebolí ho něco? nebojí se něčeho? není mu zima? netrpí nějakou infekcí? rozumí, co po něm chci? nenudí se? necítí se zbytečný? neužívá nevhodnou medikaci? apod.) a tu se dle možností snažit odstranit (bezpečné a příjemné prostředí, vhodná aktivizace, vlidný přístup, vysazení rizikového léku, léčba případné bolesti či nemoci apod.) (tab. 2). Pozitivní vliv na poruchy chování u Alzheimerovy choroby mohou mít kognitiva. Častou příčinou problémového chování je úzkostná a depresivní symptomatika a v léčbě se osvědčují anti-depresiva ze skupiny selektivních inhibitorů zpětného vychytávání serotoninu (SSRI). V seniorské populaci jsou nejvhodnější escitalopram, sertralin a citalopram. Mají minimální riziko lékových interakcí a jsou dobře tolerovány. Začíná se vždy nízkou dávkou (5 mg escitalopramu, 25 mg sertralínu, 10 mg citalopramu) po snídani (pro snížení rizika gastrointestinálních nežádoucích účinků). Po cca 6 dnech se dávka může zvýšit na plnou terapeutickou dávku (10 mg escitalopramu, 50 mg sertralínu, 20 mg citalopramu). Léky lze kombinovat s nízkou dávkou tiapridu či melperonu (často stačí 1 tbl večer). Efekt SSRI se může projevit již do jednoho týdne, podávání je pak dlouhodobé. Alternativou je serotoner-

gní trazodon (25 – 75 mg večer), který má i pozitivní vliv na nespavost. Pokud tato léčba nemá efekt, je vhodná konzultace psychiatra. Rizikové chování s agresivitou a/nebo psychotickými příznaky je často nutné řešit hospitalizací na psychiatrii. Prostá demence a nesoběstačnost pacienta s potřebou ošetrovatelské péče není důvodem psychiatrické hospitalizace a pomoc je nutné hledat v sociální sféře, ev. zajistit umístění nemocného do domova se zvláštním režimem či specializovaného centra pro lidi s demencí.

V terminálním stadiu demence je doporučován **paliativní přístup**.

Shrnutí pro praxi:

Demence je častou nemocí vyššího věku, je třeba na ni myslet a aktivně pátrat po jejích příznacích. Nejčastější příčinou demence je Alzheimerova choroba. Pečlivě objektivní anamnéza a nezbytná vyšetření slouží k odhalení jiných stavů, které mohou Alzheimerovu chorobu připomínat nebo komplikovat. V léčbě Alzheimerovy choroby se užívají kognitiva, umožňují prodloužit časnější stadia choroby na úkor pokročilejších. Jejich preskripce je vázána na odbornosti psychiatrie, neurologie a geriatricke. Některé studie prokázaly efekt extraktu ginkgo biloby EGb 761 v dávce 240 mg/den. Tento lék je volně prodejný.

Tabulka 1: Vyšetření při podezření na demenci

Anamnéza, včetně objektivních informací (anamnéza tělesné či duševní poruchy, začátek příznaků, průběh zhoršování, trvání poruchy)
Psychiatrické vyšetření (přítomnost deprese, úzkosti, psychotických příznaků), hodnocení kognitivních funkcí (MMSE, Test hodin aj.)
Fyzikální vyšetření (interní a neurologické), hodnocení sluchu a zraku
Laboratorní screening (biochemie, hematologie, vyšetření moči), TSH, fT4
EKG
RTG plic
CT či MRI mozku
Další vyšetření dle zjištěné patologie: vyšetření neurologem, internistou, SPECT mozku, EEG, likvor, vitamín B 12 a kyselina listová, sérologie syfilis, HIV, toxikologické vyšetření, saturace kyslíkem aj.
Neuropsychologické vyšetření (u počínající či atypické kognitivní poruchy)

Tabulka 2: Základní postup v léčbě problémového chování pacienta s demencí

Zajištění bezpečí nemocného a jeho okolí
Zklidnění vlastních emocí (nevyčítat, nenapomínat)
Uklidnění nemocného, navození pocitu bezpečí (klidný hlas, vlidný dotek, „vše je v pořádku, nic se neděje, jsem tady s tebou“ apod.)
Odvedení pozornosti („mohl bys mi pomoci?“ apod.)
Vhodná aktivita (známé činnosti, bezpečné, nemocného musí těšit)
Psychoterapeutické techniky (aromaterapie – levandule/meduňka, relaxační techniky, multisenzorická stimulace aj.)
Behaviorální přístup: Analýza chování, eliminace stresorů, vytvoření vhodného bezpečného a přiměřeně stimulačního prostředí, zajištění příjemných aktivit a sociálních kontaktů, maximální využívání zachovaných kognitivních schopností nemocného, vhodná reakce na chování - nevyčítat, odvést pozornost atd., intenzivní „péče“ o pečující
Farmakoterapie dle příčiny stavu a při zohlednění všech rizik

Literatura:

- Franková V, Hort J, et al. Alzheimerova demence v praxi: konsenzus psychiatricko-neurologicko-geriatrický. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2011.
- Hort J, O'Brien JT, et al. EFNS Scientist Panel on Dementia. EFNS guidelines for the diagnosis and management of Alzheimer's disease. Eur J Neurol 2010;17(10):1236-48.
- Jiráček R. Gerontopsychiatrie. 1. vyd. Praha: Galén 2013.
- Raboch J, Uhlíková P, et al., eds. Psychiatrie: Doporučené postupy psychiatrické péče IV. Praha: Psychiatrická společnost ČLS JEP 2014.
- Rusina R, Rusinová K, et al. Léčba pokročilé demence – paliativní přístup. Neurol pro praxi 2010;11(1):16-19.
- Volicer L. Treatment of behavioural disorders. In: Sinclair AJ, Morley JE, Vellas B, eds. Pathy's principles and practice of geriatric medicine. 5th ed. Vol 2. UK: John Wiley & Sons, Ltd 2012;961-975.

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

Windows 10 aneb přejít či nepřejít, to je oč tu běží



MUDr. Cyril Mucha
Praktický lékař, Praha

Vážené kolegyně a kolegové,

také se vám dole na liště počítače co chvíli objevuje hláška, která vás nabádá k přechodu na nový operační systém Windows 10? Také se vám nabízí „neodmítnutelná“ nabídka, že je zadarmo? Také medituji nad hamletovskou otázkou moderní doby v nadpisu? Toto pokračování rubriky PC a doktor by vám mělo pomoci při jejím řešení (ale podobně jako původní ani tato hamletovská otázka nemá jednoznačné řešení).

Na úvod dovoluji několik možná samozřejmostí: Windows – ať již jakákoli verze – je tzv. operační systém (OS). Je to tedy základní program, nebo chceme-li software, který vlastně oživuje pověstné železo – tedy hardware. Řídí celý počítač tak, abychom s ním mohli komunikovat, aby věděl, že má obrazovku, klávesnici, že je v něm nějaký procesor, paměť, také umožňuje používat a vlastně i instalovat nejrůznější programy (ať už je to nějaká hra, textový editor nebo ambulantní software lékaře). Windows patří suverénně mezi nejrozšířenější operační systémy na světě (i když zlí jazykové tvrdí, že není zdaleka nejlepší: že vlastně jen slavný Bill Gates byl ve správnou chvíli na správném místě a pak již nebylo cesty zpět). OS Windows se samozřejmě stále vyvíjí a vznikají nové a nové verze. Jsou občas číslovány (např. W 7, 8), občas mají jména (např. Vista, XP, apod.). Každá další verze má být logicky lepší než ta minulá, leč ne vždy to platí – na čemž se shodne téměř celá „počítačová veřejnost“. (Co platí téměř sto procentně je, že každá další verze potřebuje výkonnější počítač s větší pamětí). Nicméně díky faktickému monopolu Windows není vlastně téměř s čím srovnávat,

takže jsou tyto úvahy vlastně jen akademické. Některé verze byly vyloženě nepovedené a počítačovou veřejností ve velké většině zatracované (např. Vista i původní Windows 8), jiné (XP, W7) byly naopak zdařilé a tedy oblíbené). Podle počtu pravděpodobnosti (a i prvních ohlasů) by Windows 10 (neboli Desítky, jak se jim familiárně říká) měly patřit mezi ty zdařilejší.

A jaká jsou tedy fakta o novém systému Windows 10?

- Je k dispozici od 29. července 2015 (zatím jeden rok)
- V tuto chvíli je zdarma pro uživatele Windows 7, 8 a 8.1, kteří jsou přihlášení k odběru novinek
- V tomto období se jedná pouze o zkušební verzi, která primárně určena k testování a ne k běžnému provozu. Nicméně je dle ujišťování firmy Microsoft plně funkční.
- Instalace běžně trvá cca 1–2 hodiny
- Pokud systém uživateli z jakéhokoli důvodu nevyhovuje, může se do jednoho měsíce vrátit k původní verzi, kterou měl na svém zařízení instalovanou (návrat je většinou bez větších problémů)
- Je 100 % nutné si před instalací udělat zálohu dat, kdo někdy o data přišel, ví co je to za problém, když o ně přijde. Nemusíte zálohovat programy, které máte koupené (jsou umístěné v adresářích C:\Program Files (x86) a C:\Program Files), ty je možné v případě problému znovu nainstalovat z původních medií. Přesvědčte se však, zda od nich máte iniciační kódy a hesla. Podobně si ohlídejte i ostatní zařízení, která máte připojena k počítači (nejde ani tak o tiskárny, scanery apod, ale v ordinaci zejména EKG, spirometry a podobné přístroje). Vzhledem k tomu, že systém je opět mírně náročnější na hardware, je vhodné/nutné si nejdříve ověřit (nejlépe na stránkách výrob-





ce počítače), zda je váš stroj schopný nové Windows „utáhnout“ (nejde jen o procesor popř. paměť, ale i např. kompatibilitu grafické karty, ovladačů periférií apod.) Vhodnost instalace W 10 je možné ověřit i na stránkách Microsoftu a také na stránkách většiny výrobců HW

A co se o systému Windows 10 „povídá“?

- Většina počítačové veřejnosti se shoduje v tom, že patří opravdu k těm zdařilejším, je výrazně stabilnější, přehlednější, přátelštější, logičtější, umožňuje ovládat (dotykovou) obrazovku prstem i myší apod.
- Často se hovoří o „vítězném návratu tlačítka Start“, které se u Windows 10 opět objevilo a které mnoha uživatelům W 8 chybělo.
- Hodně se hovoří též o snaze firmy Microsoft představit se veřejnosti v obecně přátelštějším světle a napravit tak trochu pošramocenou reputaci za minulé systémy a hlavně za aroganci při jejich prosazování na trhu.
- Dobré renomé W 10 však po prvních instalacích pokazily zkazky o tom, že náš systém na každém kroku sleduje (mluví se např. o fociení integrovanou

kamerou, zjišťování telemetrických dat či dokonce sledování každého úderu na klávesnici) a následné odesílání těchto citlivých informací do centrály. Problém je v tom, že tyto zprávy nelze spolehlivě potvrdit ani vyvrátit, drtivá většina automatizované komunikace Windows se servery firmy Microsoft je totiž (naštěstí) šifrovaná. (V Rusku se dokonce hovoří o zákazu instalace W10 z důvodu obavy o národní bezpečnost.)

- Jisté je, že mnoho informací W10 opravdu odesílá (ale to odesílaly i předchozí verze), některé z nich jde vypnout, některé omezit, ale celkové vypnutí „kanálu“ do firmy Microsoft není možné už z důvodu celkové filozofie systému a možnosti určité personalizace nastavení). Odpovědní činitelé Microsoftu se ovšem dušují, že data jsou anonymizovaná, že jsou určena jen a jen pro individualizaci popř. vylepšování systému a nejsou přístupná žádné třetí straně. Nicméně kdo ví...

A jaké je tedy z výše uvedeného doporučení?

Rada není jednoduchá, ale: Pokud máte doma počítač na maily, internet, hry a podobné aplikace a máte chuť zkusit něco nového a (snad) lepšího, jděte do toho a W10 si nainstalujte. Pokud máte ale v ordinaci počítač, který vám slouží jako „výrobní prostředek“, máte na něj nainstalovány dokonce další periférie (EKG, spiro, ABI...) dobře si instalaci W 10 rozmyslete, protože vám může způsobit velké potíže a dokonce ani návrat k původní verzi „Woken“ nemusí být bezproblémový. W 10 jsou v tuto chvíli prostě pouze zkušební verzi – nic víc a nic míň. Pokud byste do toho přece jen chtěli jít, vzneste předem dotaz na připravenost nejen na výrobce vašeho ambulantního softwaru, ale i na výrobce jednotlivých periférií.

Zpráva českého mladého praktika o cestě po skotských venkovských praxích

aneb Co spojuje muchničky, single malt whisky a munro-bagging?



MUDr. Martin Seifert

Praktický lékař v předatestační přípravě, Praha

Můj sen se stal skutečností. Spojilo se cestovatelské a profesně studijní uspokojení. Poznat práci britského praktického (tedy rodinného) lékaře v systému NHS (National Healthcare System), a to v nádherných kulisách divoké skotské Vysočiny a odlehlých ostrovů. Vše se uskutečnilo v rámci oficiálního programu VdGM Movement Hippokrates exchange, který zatěžuje všechny zúčastněné značnou administrativou, výsledek však stojí za to.

Dva srpnové týdny jsem poznával práci a život skotských lékařů i ostatních pracovníků v NHS. Prvních 8 pracovních dní jsem strávil v Dollar Health Centre v malém městečku Dollar na úpatí kopců porostlých vřesem a spásaných vseudypřítomnými ovciemi. Dollar Health Centre představuje typické skotské, dobře fungující centrum primární péče. Centrum provozují dva praktičtí lékaři a dvě lékařky (partners), kteří si budovu pronajímají od NHS. Všechny platby také jdou od NHS. Pacienti neplatí ve Skotsku vůbec nic. Přímými zaměstnanci centra jsou practice manager, sestry různého stupně vzdělanosti a kompetencí, recepční, sekretářky, locum GP (zastupující doktorka na volné noze) a healthcare assistant (zajišťuje náběry krve, točičky EKG apod.). V ordinacích překvapivě chybí přístroje POCT. Dále v centru působí a s personálem úzce spolupracují komunitní sestry (district nurses), fyzioterapeut, midwife (porodní asistentka, která se stará o těhotné ženy a supluje tak české gynekology a také o novorozeňata do 10. dne od narození), health visitor (zodpovědná za preventivní a základní kurativní péči dětí od 10. dne do 5 let věku) a podiatr se zvláštním odborným vzděláním.

Celý tým úzce spolupracuje. Každé ráno od 8:45 do 9:00 si například vypijí obligátní černý čaj s mlékem komunitní sestry s přítomnými doktory a proberou aktuálně řešené pacienty. Hlavní náplň práce komunitních sester je zajišťovat zdravotnickou nelékařskou péči

u pacientů doma, ale také mají vyhrazený čas a prostor na klinice, kde pečují o chronické rány, vymývají uši, aplikují injekce apod. Practice nurses a školenější advanced nurse practitioners si zvou pacienty nezávisle na lékařích. Provádí očkování, běžnou dispenzarizaci pacientů s chronickými nemocemi včetně změny medicíny, zavádí antikoncepční implantáty, pomáhají pacientům s odvykáním kouření, ale také přijímají akutní pacienty. Některé sestry mají v podstatě stejné preskripční kompetence jako lékaři.

Každý z lékařů má tak trochu sféru svého zájmu, i když všichni sdílí všechny pacienty registrované v health centre. Moje hlavní hostitelka Helen píchá ráda steroidní intraartikulární injekce, stejně jako akupunkturou jehly, což se naučila na oficiálně uznávaném kursu pro praktické lékaře. Zavádí nitroděložní tělíška, vede pacienty při domácí kůře odvykání od závislosti na alkoholu a jako všichni členové týmu se ráda stará o pacienty v preterminálním stádiu ve spolupráci s komunitními sestrami a místním hospicem.

O duševní zdraví občanů se stará Community mental health team, na který může praktik vždy své pacienty odkázat, když už si sám neví rady, a to pomocí tzv. Single point of referral. To znamená, že se doporučující dopis elektronicky odešle do místního centra péče o duševní zdraví a tam už se psychiatr, psycholog, psychiatrická sestra a další jeho pracovníci společně rozhodnou, co si počnout s pacientem, a ozvou se mu s konkrétní nabídkou či pozváním na vyšetření. Podobně to funguje i s odesláním k ostatním specialistům. Pacient nedostane do ruky vůbec žádný papír. Jen čeká, až ho z nemocnice pozvou na základě elektronického doporučení, které odeslal praktik. Někdy toto čekání může trvat až měsíce.

Také jsem strávil jednu noc v ordinaci out-of-hours service, tedy obdobě naší LSPP. Sloužil tam jeden lékař, který měl ku pomoci jen recepční a řidiče pro případ, že by musel na návštěvu. V ordinaci neměl ani EKG, ani žádné možnosti POCT. Zajímavé je, že vidí v regionálně integrovaném počítačovém systému jen ty nejdůležitější informace o pacientech, tzv. key information. Onu kolonku key information musí ale vyplnit pacientův praktik, aby tam pak sloužící lékař něco viděl... Všichni pacienti, a to jak ve dne, tak i v noci, se musí dopředu telefonicky nebo po e-mailu objednávat. Noční telefonáty na LSPP (linka 111) vyřizuje zkušená sestra na centrále (hub) pokrývající několik ordinací LSPP v regionu a provádí tzv. triage. Mnohým volajícím jen poradí sama, někteří potřebují telefonickou radu lékaře, někte-

ří návštěvu u lékaře a někteří návštěvu lékaře u sebe doma. Akutní, život ohrožující případy, přeměruje na centrálu linky 999, tedy emergency, kdy k pacientovi ihned vyjíždí sanitka s paramediky.

Na poslední tři dny stáže jsem se přesunul na Orkneje, což jsou malé ostrůvky na sever od skotské pevniny. Místní praxe rodinných lékařů v hlavním městě Orkneji Kirkwall (asi 9000 z celkových 21000 obyvatel ostrovů) fungovala velmi podobně jako klinika v Dollaru. Jen s tím rozdílem, že lékaři musí asi 2 dny v týdnu létat či se plavit na další menší ostrůvky, kde mají své pacienty. V Kirkwallu je malá nemocnice se základní chirurgií, interní a gynekologickou péčí. Mají CT, nejbližší MR jakož i všechny ostatní vymoženosti moderního zdravotnictví najdeme však až v Aberdeenu, vzdáleném

8 hodin plavby lodí. Z Aberdeenu také pravidelně přijíždějí na Orkneje lékaři specialisté, avšak např. pediatři přijíždí jednou za 3 měsíce na 2 dny. S ostatními obory je to ještě horší... Nejbližší helikoptéra parkuje právě v Aberdeenu.

Orkneje, kde vítr neutichá, ale mají své kouzlo, stejně jako celé Skotsko. Už víte, co zabírá na muchničky a co je to midge hood? Jaký je rozdíl mezi blended a single malt? A co to znamená munro a munro-bagging? Odpovědi na všechny tyto otázky se dozvíte brzy po příjezdu do Skotska. Přeji hodně kuráže při odborném vzdělávání a štěstí na počasí!

3. NÁRODNÍ KONGRES O KOLOREKTÁLNÍM KARCINOMU

11.–12. 12. 2015
Clarion Congress Hotel Prague

www.crc2015.cz



Pořádá:
**Společnost pro
gastrointestinální
onkologii ČLS JEP**

Sekretariát kongresu:
GUARANT International, Na Pankráci 17, 140 21 Praha 4
Tel.: +420 284 001 444, fax: +420 284 001 448
E-mail: crc2015@guarant.cz

Dejte svým pacientům vitamin D3

Společnost pro metabolická onemocnění skeletu ČLS JEP (SMOS) ve spolupráci se Spoločnosťou pre osteoporózu a metabolické ochorenia kostí SLS uspořádaly v Brně ve dnech 10. až 12. září 2015 velmi úspěšný XIII. Mezinárodní kongres českých a slovenských osteologů, jehož se neúčastnili jen osteologové. Pozvání přijali i zubní lékaři, gynekologové, radiologové, ortopedi a dokonce onkologové. Kongresový sál hotelu Voroněž zaplnilo po tři dny přes 360 účastníků, aby vyslechl více než 90 sdělení. Významnou událostí bylo jmenování nefroložky prof. MUDr. Sylvie Dusilové Sulkové, DrSc., čestnou členkou SMOS.

Osteologie je důležitý obor, protože osteoporóza postihuje téměř tolik lidí jako diabetes. V důsledku patologické osteoporotické fraktury zemře zhruba tolik nemocných jako na karcinomu prsu. A přitom, jak v úvodu zmínil prezident kongresu, profesor Vladimír Palička, v ČR není dostatečná podpora oboru osteologie ze strany organizátorů zdravotní péče, ministerstva i politiků. V Česku je velký rozdíl mezi počtem léčených a počtem pacientů, kteří léčbu potřebují. Tento „treatment gap“ řadí ČR k nejhorším zemím v Evropě.

Systém sekundární prevence

Příkladem může být v Česku neexistující celoplošná organizace sekundární prevence osteoporotických zlomenin, jejíž koncepci navrhlo Mezinárodní fórum pro osteoporózu (IOF, International Osteoporosis Foundation). O významu cíleného vyhledávání pacientů v riziku fraktury a péče o ně (Fracture Liaison Services, FLS) hovořila na kongresu ortopedka Kristina Akesson (Malmö, Švédsko). IOF spustila kampaň Capture the Fracture®. V Česku již je několik pracovišť, která FLS poskytují (Zlín, FN Olomouc, FN Plzeň, Uherské Hradiště, Klatovy).

Nejvíce rizikovi jsou pacienti, kteří již jednou osteoporotickou zlomeninu prodělali (50 % pacientů s frakturou proximálního femuru). Proto je prioritou cílené, aktivní a organizované vyhledávání pacientů, kteří již osteoporotickou frakturu utrpěli. Součástí projektu je pak přístup nemocného s osteoporózou k účinné léčbě, která v současnosti v ČR není běžnou realitou. Podrobnosti o FLS najdete na www.ceva-edu.cz

Opalování nepomůže, aneb význam substituce vitamínem D

V bloku věnovaném vitamínu D se utkaly dvě velmi svižné prezentace Jiřího Jenšovského (ÚVN, Praha) a profesora Petra Arenbergera (FNKV, Praha). Dr. Jenšovský shrnul všechna pozitivní působení vitamínu D na lidský organismus, včetně kosti. Upozornil, že světová populace, českou nevyjímaje, trpí hypovitaminózou, což se neblaze projevuje na jejím zdravotním stavu. Optimální je volit vhodnou substituci vitamínem D3 (cholekalciferol).

Sdělení profesora Arenbergera obsahovala pádné argumenty, proč se nespolehat na sluníčko, jako zdroj vitamínu D. V kůži se pod vlivem UV záření v našich podmín-

kách tvoří dost vitamínu D jen v létě a u mladých jedinců. Doporučit postmenopauzální ženě, aby se opalovala, není postup lege artis. Svě tvrzení doložil i kazuistikou ženy (nar. 1958), která si hladiny cholekalciferolu doplňovala opalováním, až se objevil na jejím trupu melanom.

Primář Richard Pikner (Klatovy) pak přednesl fakta o metabolismu vitamínu D, přičemž v budoucnosti se bude spíše hovořit o volné frakci vitamínu D, která je velmi obtížně měřitelná, ale právě ona představuje účinnou látku mezi všemi metabolity.

Ve vyšším věku není v kůži dost prekurzoru vitamínu D, protože dehydrogenáza jej metabolizuje na cholesterol. Cholekalciferol putuje po absorpci ve střevě do jater, kde se přeměňuje na 25-hydroxyvitamin D3 a další hydroxylaci v ledvinách vzniká 1,25-OH D3 (1,25-dihydroxykalciiferol).

Hladiny vitamínu D3 při jeho substituci jsou ovlivněny mnoha faktory. Jde například o přítomnost žlučových kyselin ve střevě (související příjem D vitamínu s jídlem), na distribučním prostoru konkrétního člověka a poměru tukové ke svalové tkáni, přičemž více tukové tkáně působí nižší koncentrace vitamínu D v séru.

Významnou roli hraje vitamin D binding-protein, který představuje transportní mechanismus pro D vitamín, a tedy ovlivňuje i jeho biologickou dostupnost. Účinky vitamínu D také závisí na přítomnosti a expresi receptorů pro vitamin D v jednotlivých tkáních. Existuje ještě mnoho faktorů, z nichž mnohé neznáme, které ovlivňují metabolismus a účinky vitamínu D.

Avšak nejdůležitějším faktorem účinků vitamínu D je dávkování a adherence k léčbě u samotného pacienta. Podle provedených studií je lépe podávat vitamin D denně, nebo jednou týdně. Vysoké dávky jednou za tři měsíce nejsou schopny udržet dostatečnou koncentraci vitamínu D v séru po celé sledované období. Podle mezinárodních doporučených postupů je prahovou koncentrací vitamínu D 75 nmol/l. Mortalitní studie na velkém počtu pacientů prokazují, že prospěšné nejsou ani příliš nízké, ani příliš vysoké koncentrace vitamínu D.

Při dlouhodobém sledování bylo zjištěno, že denní dávka 800–1600 IU cholekalciferolu je dostatečná. U obézních se doporučuje dávku zdvojnásobit. Existují i protokoly tzv. loading dose, pro které existují v literatuře patřičné vzorce: příkladem u těžkého deficitu (20 nmol/l) u člověka s hmotností 80 kg činí loading dose 170 000 IU.

Podávání vápníku? Všem v přiměřené dávce!

Další nedílnou součástí prevence i léčby osteoporózy je vápník, který však zasahuje do všech metabolických funkcí a ovlivňuje také neuromuskulární funkce. V kostech je obsaženo 99 % vápníku, pouze 1 % v plazmě. Vápník člověk potřebuje od dětství až po senium. V různých věkových kategoriích je však míra vstřebávání různá. U dospívajících se až 50 % přijatého vápníku uloží do kostí. Většina literárních doporučení hovoří o nutnosti podání 1000 až 1200 mg vápníku denně spolu s 800 IU vitamínu D. (V. Vyskočil, Plzeň). Jsou však data, která hovoří o bezpečnosti dávků kolem 600 mg/den.

V dalších diskuzích zaznělo, že jakákoli léčba osteoporózy musí zahrnovat jak vápník, tak vitamin D. Pro předpis těchto základních léčivých přípravků však pacienti nemusí do ordinace osteologů, ale může jim je předepsat praktický lékař. Ten by měl v rámci preventivních prohlídek na hypovitaminózu D a nedostatek vápníku zejména u starších jedinců myslet, aktivně po těchto stavech pátrat a pak předepsat vitamin D a doporučit užívání vápníku ve vhodné formě.

Souvislost s diabetem, onemocněním ledvin a výživou

Peter Jackuliak (Bratislava) poukázal na nezdědkavou komorbiditu diabetu – osteoporózu. Osteoporotické faktory diabetiků mají vícero příčin. Diabetes ovlivňuje mikroarchitekturu kostí bez výraznější změny BMD (kostní hustoty). Negativní vliv mají i některé léky (glitazony, sulfonyl-urea), naopak metformin pozitivně ovlivňuje kostní metabolismus (stimuluje osteoprotegerin, snižuje expresi RANKL na osteoblastech, inhibuje diferenciaci osteoklastů a působí i preventivně na BMD u postmenopauzálních žen). Pozitivně působí i inkretinová analoga (stimulují vývoj osteoblastů a inhibují osteoklasty). U gliflozinů zatím neexistují data, ale předpokládá se neutrální vliv na BMD. Negativní vliv má nedostatek inzulínu. Vyšší počet fraktur u pacientů léčených inzulínem může souviset s pády při případných hypoglykemiích i s pokročilejšími cévními změnami v rámci základního onemocnění. Z uvedeného vyplývá, že i kosti diabetiků vyžadují pozornost.

V podobném smyslu vyznělo i sdělení olomouckých autorů (Martin Žurek a kol.). Dr. Žurek upozornil na vliv mikroangiopatií při vzniku osteoporotických fraktur u diabetu 1. i 2. typu a nutnost správné kompenzace diabetu i v ohledu na kostní zdraví.

Stavem výživy a kvalitou stravy jako základní podmínkou kostního zdraví se zabýval profesor Antonín Kazda (1. LF UK a VFN, Praha). Jeho přednáška shrnula základní poznatky této velmi obsáhlé problematiky, která by zasloužila samostatnou monografii. Ve stručnosti: výživou lze do jisté míry ovlivnit negativní „genetické programování“. Je nutné dodržet optimální složení stravy, přičemž velmi důležitá je dostatečný příjem bílkovin. Denní příjem pod 0,7 g/kg hmotnosti u zdravých žen zvyšuje koncentraci parathormonu i 1, 25 dihydrokalciferolu. Při příjmu 1,0 až 2,1 k tomuto jevu nedochází. Už neplatí, že vyšší příjem bílkovin vede k metabolické acidóze, která demineralizuje kost. Naopak bílkoviny jsou důležité pro dostatečnou produkci inzulín-like growth faktoru, jehož působením dochází ke zvýšení sérové koncentrace kalcia a anorganického fosforu, což podporuje mineralizaci kostí. Ve stáří klesá potřeba příjmu energie, ale nikoli bílkovin. Dříve doporučovaných 0,8 g/kg hmotnosti nestačí, vhodný je přívod 1,2 až 1,8 g/kg hmotnosti.

Význam mají i tuky a to dvojí, pozitivní a negativní. Zmnožení tukové tkáně bývá spojeno s vyšší BMD, ale zánětlivé faktory původem z tukové tkáně negativně ovlivňují (nejen) kostní metabolismus. Zvýšené koncentrace LDL-cholesterolu a lipoproteinu jsou spojené se snížením BMD. Vliv jednotlivých typů polynenasycených mastných kyselin je předmětem intenzivního výzkumu.

Vliv ovoce a zeleniny je prospěšný. Většina studií prokazuje při jejich konzumaci snížené vylučování vápníku.

Podvýživa je nezávislým prediktivním faktorem nízké

BMD a fraktur. V riziku jsou i obézní pacienti v redukčním režimu (také po bariatrické operaci), nebo u jedinců s normálním příjmem energie, ale při extrémně zvýšeném výdeji (sportovci).

Vegetariánství může být spojeno s mírně nižší BMD, zvýšením příjmu bílkovin lze stav zlepšit. Veganství však vede k 30% zvýšení fraktur oproti lidem s přirozenou pestrou stravou.

Elektronické zdravotnictví z pohledu praktického lékaře

Primárním cílem rozvoje elektronického zdravotnictví musí být přínos pro pacienty a zlepšení kvality zdravotní péče. Tisková konference, na níž zástupci Pracovní skupiny pro elektronické zdravotnictví ČLS JEP vyjádřili své stanovisko, se konala 22. září 2015 v Lékařském domě. Kromě medií se konference zúčastnilo mnoho významných hostů.

„Česká lékařská společnost JEP si je vědoma nesmírné náročnosti procesu rozvoje elektronického zdravotnictví, který s sebou přináší i nové problémy a rizika. Ta je nutno znát a snažit se jim aktivně předcházet,“ řekl Ing. Martin Zeman, vedoucí Pracovní skupiny pro elektronické zdravotnictví.

Česká lékařská společnost JEP považuje za účelné se do tohoto procesu aktivněji zapojit, proto zřídila v roce 2013 Pracovní skupinu pro elektronické zdravotnictví. Jejím posláním je pomáhat racionálnímu a efektivnímu rozvoji elektronického zdravotnictví především tím, že bude koordinovat, prezentovat a prosazovat při odborné diskusi názory lékařů a odborných společností při zohlednění primárního cíle: přínosu pro pacienty a zvýšení kvality poskytované péče.

ČLS JEP prosazuje v této oblasti následující principy:

- Právo pacienta na zajištění odpovídající péče, ochranu osobní důstojnosti a ochranu osobních údajů nesmí být oslabeno, ale naopak posilováno.
- Zdravotníci profesionálové musejí být do projektů zapojeni již ve stadiu přípravy záměrů, při plánování a tvorbě návrhů řešení. Lékařská veřejnost nesmí být postavena do role pasivního příjemce těchto technologií.
- Před zavedením nových nástrojů a služeb elektronického zdravotnictví do praxe musí být vždy dostatečně ověřena a vyhodnocena jejich kvalita, stabilita a výkonnost.
- Při zavádění elektronického zdravotnictví je třeba využívat především pozitivní motivaci uživatelů, prosazení na základě plošné povinnosti není akceptovatelné.
- Zavádění nových technologií musí probíhat postupně a uvážlivě tak, aby nedošlo k ohrožení plynulosti a bezpečnosti provozu, ohrožení pacienta nebo zhoršení podmínek práce zdravotníků.
- Při tvorbě nových řešení je třeba využívat veškeré dostupné vědecko-výzkumné poznatky a ověřené technologie, včetně standardů pro výměnu a zobrazování zdravotnických informací.

ČLS JEP chce proto být především strážcem kvality přípravy a realizace projektů elektronického zdravotnictví tak, aby elektronické zdravotnictví nebylo samoúčelné, ale prospívalo pacientům a pomáhalo zdravotníkům.

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

Elektronizace z pohledu praktického lékaře

MUDr. Cyril Mucha se podělil o své praktické zkušenosti s elektronickou preskripcí, která, kdyby naplňovala všechna očekávání, by byla velmi užitečným praktickým nástrojem, který by například vyloučil chyby v preskripci, usnadnil by logistiku, zvýšil komfort pacientů. Elektronický recept funguje, ale má své rezervy. ČLS JEP proto zpracovala a nabídla Státnímu ústavu pro kontrolu léčiv vlastní odbornou analýzu projektu a navrhla kroky, které by mohly k úspěšnému zavedení elektronické preskripce přispět. ČLS JEP usiluje především o to, aby stát jasně stanovil systémového garanta celého řešení a vybavil jej i příslušnými pravomocemi a zdroji.

Podobným, avšak do praxe zatím nezavedeným případem je elektronická neschopenka. ČLS ve svém odborném stanovisku (2014) označila tento projekt za příklad nesprávného postupu prosazování elektronizace zdravotnictví, a to nikoli kvůli záměru samotnému, ale pro nesprávně zvolený způsob komunikace se zdravotnickou veřejností a pro nevhodnou koncepci řešení, která jednostranně a nevyváženě řešila pouze jeden aspekt celého problému. Odborná společnost všeobecného lékařství připravila alternativní návrh řešení této problematiky – tedy komplexní a vyváženou elektronizaci agend pracovní neschopnosti, který byl v letošním roce projednán s Ministerstvem práce a sociálních věcí ČR, kde byl velmi pozitivně přijat. Existuje nyní tedy určitá šance na to, aby byla elektronická neschopenka v budoucnu řešena tak, že bude přínosem nejen pro konkrétní státní úřady, ale i pro zdravotníky, pacienty a zaměstnavatele.

Základem jsou vždy sdílená data

V závěru tiskové konference vystoupil ředitel Ústavu zdravotních informací a statistiky, doc. RNDr. Ladislav Dušek. „Bez elektronické identifikace lékaře, elektronické identifikace poskytovatele zdravotní péče a elektronické identifikace provedení výkonu jsou podle všechny úvahy o e-Health jakousi pomyslnou nástavbou, které chybí základy. Pro tyto základy však bude nutné vytvořit i legislativní podmínky a ustanovit odborného garanta,“ doporučil doc. Dušek.

Obezita v dětství – infarkt a mrtvice v mladém věku

Děti nemívají srdečně-cévní onemocnění, ale těžká obezita v dětství je vážným rizikem pro tyto choroby v rané dospělosti. Bylo sledováno více než 8 500 obézních dětí od 3 do 19 let, a to v období mezi lety 1999 a 2012. Kromě hmotnosti byla sledována hladina cholesterolu, dalších krevních tuků, krevního tlaku a cukru v krvi. U obézních (jakéhokoli stupně a u obou pohlaví) byly zjištěny vyšší hladiny krevních tuků, včetně „zlého“ LDL-cholesterolu, vyšší hladiny cukru i vyšší hodnoty krevního tlaku, což jsou významné rizikové faktory pro výskyt srdečně-cévních chorob. U těchto jedinců byla pozorována srdečně-cévní onemocnění v relativně nízkém věku, nikoli v seniorším. Cestou ke zlepšení stavu je zvýšení pohybové aktivity a omezení konzumace sladkých nápojů, vysokoenergetických drinků a potravin rychlého občerstvení.

Naopak opakovaně bylo prokázáno, že tzv. středomořská dieta (ovoce, zelenina, ryby) snižují nejen kardiovaskulární riziko, ale i výskyt onkologických chorob.

Léčba zhoubného onemocnění v těhotenství se nemusí projevit na novorozenci

Prestížní časopis New England Journal of Medicine uveřejnil pozorování u 130 dětí (až do věku 3 let), které se narodily ženám, které byly v těhotenství léčeny pro zhoubnou chorobu. Výsledky sledování byly porovnány se skupinou dětí, jejichž matky byly v graviditě zcela zdravé. Ve skupině nemocných bylo 74 % dětí vystaveno nitroděložní chemoterapii a 9 % radioterapii. Celkem 61 % dětí z nádorové skupiny se narodilo předčasně, v kontrolní zdravé skupině to bylo jen 7 – 8 %. Avšak ve 3 letech věku nebyly shledány žádné rozdíly mezi dětmi zdravých a nemocných žen. Týkalo se to jak zdravotního tak psychického stavu a vývoje. V komentáři studie autoři upozorňují, že je lépe se vyhnout protinádorové léčbě v prvních třech měsících gravidity, ale terapie v druhém a třetím trimestru plod neohrožuje.

Jezte vápník! Ano, s mírou a ve vhodné formě!

Suplementace vápníkem, tedy užívání léků a potravních doplňků s vápníkem s cílem podpořit zdraví kostí zejména u starších lidí, nemusí přinést vždy očekávaný efekt – snížení rizika zlomenin. Pokud rozumné doplnění vápníku není provázeno dalšími léčebnými opatřeními (zanechání kouření, omezení příjmu alkoholu, více pohybu, zdravá strava a dostatek vitamínu D), pak se vliv doplnění vápníku na kostní zdraví neprojeví. Existují i studie, že přemíra přípravků s vápníkem může urychlit rozvoj srdečně cévních chorob, zejména u osob nad 50 let. Ve sledování 14 000 osob, které užívaly potravní doplňky s vápníkem, došlo v minimální míře k zlepšení kostní denzity a snížení rizika zlomenin.

Je dávno známou zkušeností, že vápník se lépe vstřebává z přírodních zdrojů, mléčných výrobků (jogurty a tvrdé sýry), což je činí optimálním a bezrizikovým zdrojem vápníku.

Raději bez paniky

Před testováním na genetickou mutaci spojenou se zvýšením rizika karcinomu prsu (BRCA1 a BRCA2) je nutné zapátrat po výskytu této choroby u příbuzných. Mnoho žen totiž po mediální kampani vyžaduje testování, aniž by uvedly rizikové faktory, jako je výskyt onemocnění u blízkých příbuzných v útlém věku. Dokonce jde až o jednu třetinu žen, které se domáhají tohoto vyšetření, uvádí časopis JAMA Oncology. Autoři sledování upozorňují, že před genetickým vyšetřením by měla být provedena pečlivá genetická anamnéza. Teprve potom má test na geny BRCA1 a BRCA2, které jsou spojeny s 80–90 % rizikem výskytu rakoviny prsu a vaječníků, význam.

MUDr. Marta Šimůnková

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 odpovědí v písemné podobě na odpovědním lístku nebo elektronicky na www.svl.cz, a to **nejpozději do 20. 11. 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 7/2015: 1a, 2b, 3ab, 4 b, 5b, 6a, 7c, 8abc, 9abc, 10b

ZNALOSTNÍ TEST JE HODNOCEN 2 KREDITY ČLK

1. K prvním typickým příznakům Alzheimerovy choroby patří:

- a) paranoidita
- b) zapomnětlivost
- c) stavy neklidu

2. V léčbě Alzheimerovy choroby existují důkazy pro efekt:

- a) inhibitorů cholinesteráz a memantinu
- b) extraktu ginkgo biloby EGb 761
- c) piracetamu

3. Problémové chování u pacientů s demencí bývá důsledkem:

- a) nevhodné medikace
- b) neschopnosti pacienta vyjádřit své potřeby či obtíže
- c) úzkostné či depresivní poruchy

4. Mohou středně významné interakce (tedy 3. stupeň závažnosti) způsobit závažné poškození zdraví a event. i smrt, pokud nejsou přijata příslušná opatření?

- a) Ne, změny plazmatických koncentrací nejsou u žádného z pacientů tak výrazné.
- b) Ano, u určitého malého procenta pacientů, pokud nejsou přijata příslušná opatření (např. měření kalémie).
- c) Ano, zhruba u 40 % pacientů.

5. U pacienta dlouhodobě léčeného warfarinem začínáme podávat antimikrobiální lék. U kterého z níže uvedených se doporučuje hned od prvního dne snížit dávku warfarinu?

- a) metronidazol
- b) klarithromycin
- c) deoxyomykoin

6. Amiodaron zvyšuje účinek warfarinu, jedná se o interakci klinicky závažnou. Jaké níže uvedené tvrzení je nejspornější?

- a) Klinicky závažné lékové interakce mohou pacienta poškodit, proto se nemají nikdy podávat, tedy se nemá ani podávat amiodaron spolu s warfarinem.
- b) Klinicky závažné lékové interakce mohou pacienta

poškodit, kombinaci amiodaronu spolu s warfarinem podáme jen tehdy, když pacient podepíše informovaný souhlas.

- c) Klinicky závažné lékové interakce sice mohou pacienta poškodit, ale pokud od počátku podávání amiodaronu dávky warfarinu znovu pečlivě vytitrujeme, je současné podávání obou léků bezpečné. Pokud oba léky podáváme dlouhodobě a pak amiodaron vysadíme, je opět vhodné dávky warfarinu vytitrovat, neboť v tomto případě hrozí poddávkování warfarinu.

7. Souhrn údajů o přípravku (SPC) – která tvrzení jsou pravdivá?

- a) SPC obsahuje informace i léčivém přípravku, zejména pokud se týká dávkování, kontraindikací, nežádoucích účinků, lékových interakcí a dalších informací nezbytných pro předepisujícího lékaře.
- b) Je zbytečné SPC číst, protože důležité informace lékař nalezne v odborné literatuře, a to v nezkrácené podobě.
- c) SPC si lze zdarma stáhnout z www.sukl.cz, nejčastěji přímo, v některých případech nás web SUKLu odkáže na web Evropské medicínské agentury.

8. Jaké riziko dle SCORE má pacient s diagnózou DM 2?

- a) Nízké-je-li dobře kompenzovaný
- b) Záleží na ostatních rizikových faktorech
- c) Nepoužívá se, je automaticky ve vysokém riziku

9. Rizika se u jednoho pacienta

- a) Sčítají
- b) Násobí
- c) Vykrátí

10. Model SCORE vyjadřuje

- a) Absolutní riziko fatální KV příhody během deseti let
- b) Relativní riziko fatální KV příhody během deseti let
- c) Absolutní riziko fatální KV příhody během pěti let

Správné mohou být 1–3 možnosti.
Využijte tři platné pokusy o vyřešení tohoto testu elektronickou cestou na adrese www.svl.cz.

ODPOVĚDNÍ LÍSTEK – TEST Č. 8/2015

Jméno a příjmení _____

Adresa pracoviště _____

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

Zakroužkujte 1–3
správné odpovědi:

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