

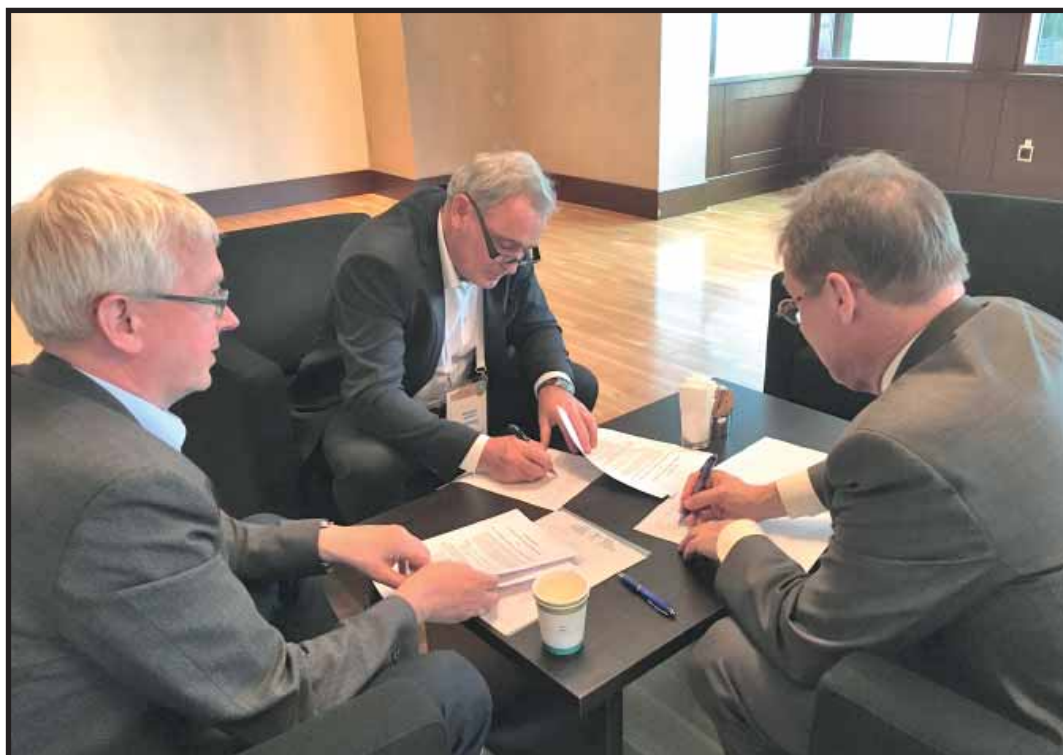


---

# PRACTICUS

pro praktické lékaře zdarma • č.9/2015 • ročník 14

---



TÉMA:  
**WONCA 2015 Istanbul**

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

## INFO SVL

- 04 **EDITORIAL**
- 05 **EVROPSKÁ KONFERENCE WONCA 2015 ISTANBUL**
- 06 **ODSOUHLESENÁ STANOVISKA PRAKTICKÝH LÉKAŘŮ  
K AKTUÁLNÍ PROBLEMATICE PRIMÁRNÍ PÉČE**
- 08 **NOVÉ DOPORUČENÉ POSTUPY PRO RESUSCITACI  
ERC 2015 JSOU TADY!**  
*MUDr. Rudolf Červený, Ph.D.*

## ODBORNÉ ČLÁNKY

- 14 **MYASTHENIA GRAVIS**  
*MUDr. Jiří Piřha*
- 19 **MODERNÍ TRENDY V LÉČBĚ FOKÁLNÍ SPASTICKÉ PARÉZY  
PO ZÍSKANÉM POŠKOZENÍ MOZKU**  
*MUDr. Michal Řířha, Ph.D., MBA, MUDr. Petra Dvořáková, Mgr. Tereza Sádlová*
- 24 **OBEZITA A BARIATRICKÉ VÝKONY**  
*MUDr. Martin Hrubý*

## ROZHOVOR

- 28 **MÝTY KOLEM OČKOVÁNÍ PROTI CHŘIPCE**  
*Prof. MUDr. Petr Pazdiora, CSc.*

## KAZUISTIKY

- 29 **STRES JAKO PŘÍČINA VĚTŠINY NEMOCÍ**  
*MUDr. Milan Kozlík*

## MLADÍ PRAKTICI

- 32 **ZPRÁVA ZE ZAHRANIČNÍ CESTY**

## ZŮČASTNILI JSME SE

- 37 **TISKOVÁ KONFERENCE NA TÉMA OBEZITA,  
GENETIKA A ZÁZRAČNÉ DIETY**  
*MUDr. Jana Vojtíšková*
- 38 **ZDRAVOTNÍ GRAMOTNOST V ČR JE NÍZKÁ**  
*MUDr. Alena Šteřlová, Ph.D.*

## AKTUALITY

- 42 **ADHD – HLAVOLAM PRO DOSPĚLÉ**  
*MUDr. Marta Šimůnková*

### Vydavatel:

Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP

### Adresa redakce:

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

### Redakce:

#### Šéfredaktor:

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

#### Zástupci šéfredaktora:

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

#### Manažerka časopisu:

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

**Redakční rada:** MUDr. Kamil Běřský, MUDr. Pavel Brejník, MUDr. Jiří Burda, doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc., MUDr. Rudolf Červený, Ph.D., 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 25. 11. 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 člancích. Texty neprochází jazykovými korekturami. Přetisk a jakékoliv šíření je povoleno pouze se souhlasem vydavatele. © SVL ČLS JEP, 2015

# EDITORIAL



**MUDr. Stanislav Konšťacký, CSc.**  
Šéfredaktor časopisu Practicus

Milé kolegyně, vážení kolegové.

Ve dnech 22.–25.10.2015 se konala konference Wonca Europe 2015 v Tureckém Istanbulu. Zúčastnilo se jí celkem 3600 lékařů z 80 zemí. Motem tohoto setkání bylo: „Být mlád a zůstat mlád.“, přesně podle písně našeho nepřekonatelného Slavíka. Konference se zúčastnil velký počet mladých praktiků, což dokazovalo, že náš obor má mladou krev, která bude pokračovat v práci starších kolegů. Organizátoři vyjádřili uspokojení, že i přes složitou vnitropolitickou situaci - nedávný atentát v Ankaře, přijelo na evropské setkání takové množství účastníků. Během konference vedle odborného programu byla představena publikace „*The World Book of Family Medicine*“. Evropská edice na které se podíleli autoři především z evropských států. Za zmínku stojí, že rovněž i naše republika byla zastoupena autory Radkinem Honzákem a Bohumilem Seifertem. Velmi důležitým aktem bylo podepsání smlouvy o konání WONCA Europe 2017 v Praze o kterém se podrobněji zmíní v tomto čísle **dr. Vojtíšková** a **doc. Seifert**. Tento zásadní okamžik je zachycen rovněž na fotografii na titulní straně našeho časopisu. Exekutiva WONCA a TAHUD (turecká organizace) vydaly prohlášení k „**Rovnému přístupu a dosažitelnosti kvalitní zdravotní péče uprchlíkům v celé Evropě.**“ Celý text je uveřejněn na stránkách svl,

<http://www.svl.cz/zpravy/wonca-europe-2015-istanbul-statement.html>. Prohlášení vzniklo vzhledem k tomu, že některé evropské státy nevládají migrační vlnu po zdravotní stránce zvládat. Nás se v celém rozsahu dokument netýká, protože naše země se nestává často cílem emigrantů. V současné době je to méně než 100 zájemců o azyl u nás, a to množství, které v České republice přechodně pobývá, má zdravotní péči zajištěnou v plném rozsahu podle naší platné legislativy. V tomto čísle bych rád upozornil na některé články, které určitě i vás zaujmou. Jedním z nich je příspěvek, který nám zaslal **dr. Hrubý**. Týká se obezity a bariatrických výkonů, jako jednoho ze způsobů léčby obezity. Myasthenia gravis je sice vzácné onemocnění, přesto se s ním v našich praxích můžeme setkat. Jak postupovat, kdy na ni pomýšlet, které léky mohou být rizikové pro pacienty s tímto onemocněním nás seznámil odborník na slovo vzatý **MUDr. Jiří Piřha** z Centra pro diagnostiku a léčbu myasthenia gravis. Opět se můžete seznámit se zkušenostmi z cest mladých praktiků, tentokrát do Glasgow o kterém se zmiňuje **dr. Petra Kánská**. Obezita je námětem článku autorek **dr. Vojtíškové** a **dr. Šimůnkové**, které se zúčastnily odborného semináře na toto téma. Druhá z autorek také zaslala příspěvek týkající se ADHD v dospělosti. Součástí tohoto čísla je kazuistika, kterou nám poslal kolega z Tachova, **dr. Milan Kozlík**. Rovněž nemůžeme opomenout informaci z Evropské konference Evropské rady pro resuscitaci 2015-ERC 2015, která vydala nové **Doporučené postupy ERC 2015**, které nám prezentuje v tomto čísle **dr. Červený**. Není to výčet všech příspěvků v tomto čísle, ale věřím, že každý ze čtenářů si najde témata, která ho zaujmou.

# Evropská konference WONCA 2015 Istanbul



**MUDr. Jana Vojtíšková**

Lékařská ordinace Vyšehrad, s. r. o.

Jubilejní 20. evropská konference praktických a rodinných lékařů WONCA proběhla ve dnech 22.–25. 10. 2015 ve 14 milionové turecké metropoli Istanbulu – v místě, kde se Evropa setkává s Asií. Evropská konference se konala právě tam, zejména proto, že předchází konference konaná v roce 2008 byla velmi úspěšná a také proto, že TAHUD (turecká organizace praktických lékařů) slavila 25 výročí svého vzniku.

Současné Turecko je rychle se rozvíjející země s posilující ekonomikou profitující ze své strategické polohy na rozhraní dvou světadílů i kultur. Tato poloha přináší ovšem také problémy a rizika, které jsou právě teď aktuální a dosti výrazně ovlivňují atmosféru i v jinak turisticky atraktivním a přátelském Istanbulu. Navíc vrcholila předvolební kampaň – volby se konaly 1. listopadu a bylo to cítit a vidět na každém kroku.

Celkově rozjitřená situace v Evropě i jistě i nedávná tragická událost v Ankaře ovlivnily účast Evropanů na konferenci. Organizační výbor ohlásil přes 3500 účastníků, ale bylo zřejmé, že podstatnou část tvořili samotní Turci. V tomto ohledu jsme Turky litovali, protože přípravě konference, zejména odbornému programu, věnovali velké úsilí. Na druhou stranu jsme sledovali průběh a organizaci konference kritickým okem organizátorů a shledali jsme řadu nedostatků, které bychom v Praze nedopustili. Úvodní ceremoniál byl hlučný a spíše nudil, catering také nijak neosnil, ale noční můrou všech účastníků konference byla doprava z kongresového centra v Haliči do města, kde jsou všechny ubytovací kapacity.

Konferenci předcházelo jednání Rady WONCA Europe, které mimo jiné přijalo prohlášení k roli

evropských lékařů v primární péči o utečence (*Refugees should have access to equitable, affordable and high-quality health care services in all Europe, viz [www.woncaeurope.org](http://www.woncaeurope.org)*). Prohlášení bylo vydáno zejména s ohledem na zkušenosti tureckých praktických lékařů, pro které péče o migrující představuje významnou zátěž.

Odborný program kombinoval nejrůznější modalita, od plenárních přednášek, přes panelové diskuze, symposia, workshopy až po sekce s krátkými prezentacemi. Probíhal v 17 paralelních sekcích. Málolokteré sály v Istanbulském konferenčním centru byly ovšem plné. Postery byly prezentovány digitálně, což se nám nezdálo být až takovou výhodou. Novinkou na konferenci bylo uvedení tzv. Brite (Bring your Thoughts and Experiences). Brite si může přihlásit jeden autor a má k dispozici 30 minut, aby sdělil svoji zkušenost, ať už klinickou, organizační nebo edukační, kladl otázky a hledal na ně odpovědi. Úspěch brite hodně záleží na osobnosti autora. Evropa by se v tomto mohla učit od Američanů, kteří brite valí.

Tak jako každý rok proběhla i prekonference mladých lékařů v rámci organizace Vasco da Gama Movement. Prekonference se těší velké oblibě a účastnili se jí i čeští zástupci z řad spolku Mladí praktici. Program prekonference je interaktivní, založen na výměně zkušeností mladých lékařů, vzájemném poznání a navázání spolupráce v následujících evropských projektech. V roce 2017 bude prekonference mladých lékařů i součástí hlavní konference WONCA 2017 Prague.

Pro českou výpravu bylo klíčovým okamžikem podepsání smlouvy mezi ČLS JEP, kterou reprezentoval předseda organizačního výboru konference WONCA 2017, Bohumil Seifert, a WONCA Europe, reprezentovanou předsedou, Holanďanem Jobem Metsemakerem. Příjemným výstupem jednání bylo zjištění, že se těšíme absolutní důvěře a že v organizaci konferencí máme vysoký kredit. Naši účast doplňoval stánek, který propagoval nejen konferenci WONCA v roce 2017, ale také konferenci o Bezpečí pacientů v primární péči, kterou v Praze pořádáme v dubnu 2016.



# Odsouhlasená stanoviska praktických lékařů k aktuální problematice primární péče



**doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc.**  
předseda SVL ČLS JEP

Počátkem listopadu t. r. proběhla ve Zlíně největší konference praktických lékařů v České republice, které se zúčastnilo 1250 účastníků. V rámci programu účastníci konference přijali následující stanoviska, která jsou určena MZ ČR, zdravotním pojišťovnám a SÚKLu.

Stanovisko XXXIV. výroční konference Společnosti všeobecného lékařství České lékařské společnosti JEP (SVL ČLS JEP) k rozvolnění preskripce pro pacienty s diabetes mellitus 2. typu (DM2T) léčených u všeobecných praktických lékařů.

Na základě dat zdravotních pojišťoven z roku 2014 je v ordinacích všeobecných praktických lékařů (VPL) již léčeno a dispenzarizováno přes 100 tisíc pacientů s DM2T a tento počet stále meziročně narůstá. Vzhledem k tomu, že diabetici v péči VPL nemají přístup k moderní antidiabetické terapii a zdravotním pomůckám, jak to je běžné v ordinacích specialistů, jedná se o diskriminující realitu, která je za tichého souhlasu zdravotních pojišťoven tolerována. Účastníci konference žádají kompetentní orgány MZ ČR, SÚKL a zdravotní pojišťovny k rozvolnění preskripce pro všechny lékaře pečující o pacienty s DM2T a tím k odstranění diskriminace pacientů v péči VPL. Uvedené opatření je i obsaženo v Národním diabetologickém programu (NDP), který je podporován jak odbornými společnostmi, tak i MZ ČR. Rozvolněním preskripce i na VPL by došlo k dostupné a kvalitní péči u všech pacientů s DM2T, kteří tuto léčbu potřebují a došlo by i k narovnání parametrů péče tak, jak je to zcela běžné v celém světě.

Druhé stanovisko se týká organizace lékařských pohotovostních služeb a podpory jednání Sdružení praktických lékařů ČR (SPL ČR) v této oblasti.

Stanovisko XXXIV. výroční konference SVL ČLS JEP k lékařské pohotovostní službě (LPS).

Účastníci výroční konference konstatují, že v současné podobě je LPS zastaralá služba, která je pozůstatkem socialistického zdravotnictví a neodpovídá standardům medicíny 21. století. Hlavním problémem je absolutně nedostatečné vybavení ambulancí LPS, které umožňuje poskytování péče pouze na samé hranici lege artis a tím vystavuje pacienty i lékaře neúměrnému riziku. Také využívání této služby pacienty je minimální. Východisko z tohoto stavu vidíme v zavedení systému odborné i organizačně odpovídajícímu rozvoji současné medicíny a potřebám nemocných. Navrhujeme začlenit pracoviště LPS do systému urgentního příjmu jednotlivých nemocnic, které disponují zázemím s laboratorními a zobrazovacími technologiemi, s rychlou návazností na další konziliární vyšetření, lůžka a operační jednotky.

Z uvedených důvodů účastníci výroční konference SVL ČLS JEP, z odborného, organizačního i ekonomického hlediska, plně podporují stanovisko SPL ČR v otázce zabezpečení LPS, aby tato služba byla v budoucnosti součástí akutních příjmů nemocnic.

Cílem navrhovaných požadavků je přiblížení se rozsahu a spektru činností vykonávaných VPL v zemích EU, vyšší kvalita péče a omezení cirkulace pacienta systémem, resp. redukce kontaktů pacienta se zdravotnickým zařízením a zlepšení zdravotního stavu pacientů.

# Vzdělávací semináře

v červnu 2015



SVL ČLS JEP

## Hlavní témata

### Celecoxib v ordinaci praktického lékaře

den	datum	čas	město a místo konání
čtvrtek	3.12	16.30–20.30	Hotel "U Šimla", Závodní 1, Karlovy Vary
čtvrtek	3.12	16.00–20.00	Clarion Grandhotel Zlatý Lev, Gutenbergova 3, Liberec 1
čtvrtek	3.12	16.00–20.00	Hotel Imperial, Tyršova č. 6, Ostrava
sobota	5.12	9.00–13.00	Aula Právnické fakulty UP Olomouc, tř. 17. listopadu 8, Olomouc
sobota	5.12	9.00–13.00	Šafránkův pavilon, alej Svobody č. 31, Plzeň
pondělí	7.12	16.30–20.30	Aula SZŠ, Příluky 372, Zlín
úterý	8.12	16.00–20.00	Hotel Zlatá Štika, Štrossova 127, Pardubice
středa	9.12	17.00–21.00	presbytář Hotelu Gustav Mahler, Křížová 4, Jihlava
středa	9.12	16.00–20.00	Clarion Congress Hotel, Pražská třída 2306/14, České Budějovice
čtvrtek	10.12	16.00–20.00	Nové Adalbertinum, Velké náměstí 32, Hradec Králové
čtvrtek	10.12	16.00–20.00	Lék.dům, Sokolská 31, Praha 2
čtvrtek	10.12	16.00–20.00	Best Western Hotel Vladimír, Masarykova 36, Ústí nad Labem 1
sobota	12.12	9.00–13.00	Kancelář veřejného ochránce práv, Údolní 39, Brno
středa	16.12	16.00–20.00	Lék.dům, Sokolská 31, Praha 2

# Nové doporučené postupy pro resuscitaci ERC 2015 jsou tady!



**MUDr. Rudolf Červený, Ph.D.**  
ordinace PL, nám. Republiky 27, Plzeň

Dny 29. 10.–31. 10. 2015 byly pro všechny lékaře zabývající se neodkladnou péčí velkým svátkem. V Praze se totiž konala evropská konference Evropské rady pro resuscitaci 2015 – ERC 2015. Na ní byly poprvé v Evropě představeny nové doporučené postupy pro resuscitaci, platné od roku 2015. Tyto byly oficiálně uvolněny 15. 10. 2015 v 7.03 hodin.

Na třídní kongres s jednacím anglickým jazykem se sjelo několik stovek kolegů z Evropy i zámoří. Pro české kolegy uspořádala Česká rada pro resuscitaci, která tuto činnost pro ERC zaštiťuje v rámci České republiky, ve čtvrtek dopoledne představení těchto doporučených postupů v češtině v rámci V. odborného sympozia České resuscitační rady. Evropskou část potom otevřela předsedkyně Evropské rady pro resuscitaci Dr. Maaret Castrén. Vzpomínkovou přednášku na zakladatele resuscitačních postupů profesora Safara přednesla Katarina Bohmová ze Švédska. Celkem zaznělo několik desítek přednášek a byla možnost shlédnout bohatou posterovou sekci. Celkem 27 států Evropy je členem Evropské rady pro resuscitaci. Pokrývá populaci 172 miliónů lidí.



Předsedou České rady pro resuscitaci je MUDr. Anatolij Truhlář, který byl zároveň spolupředsedou organizačního výboru kongresu v Praze, otevřel českou část kongresu pod názvem Nová doporučení pro KPR 2015. V sekci přednášel celý tým zdravotnických odborníků na resuscitaci – Radek Mathauser, Eduard Kasal, Renata Černá Pařízková, Pavel Rozsival, Roman Škulc a Karel Štěpánek.

První doporučení pro KPR vznikali v roce 1966 v USA na konferenci National Academy of Health Sciences. V roce 1967 se touto problematikou zabývala National Conference on Emergency Resuscitation v Oslu. Americká AHA vydala Standards and Guidelines on CPR and ECC v letech 1974, 1980, 1986 a 1992. Rok 1992 se v resuscitaci bere jako rok, od kterého se datuje založení doporučujících postupů, kdy na 5. národní konferenci o KPR v Dallasu (USA) vznikl základ univerzálních doporučení na základě mezinárodní diskuze. V témže roce vznikla z 5 nadnárodních společností na 1. kongresu ERC v Brightonu (Velká Británie) respektovaná organizace, která vydává doporučení k provádění resuscitace pro celý svět. Již tehdy se mluvilo v doporučeních o nám známém řetězu přežití. V současnosti ILCOR tvoří několik nadnárodních společností.

## Členy ILCOR jsou:

Evropská rada pro resuscitaci – ERC  
American Heart Association – AHA  
Heart and Stroke Foundation  
InterAmerican Heart Foundation  
Resuscitation Council of Southern Africa  
New Zealand Resuscitation Council  
Australian Resuscitation Council  
Resuscitation Council of Asia



Další mezinárodní konsenzuální konference ILCOR se konaly vždy v Dallasu v letech 2005, 2010 a 2015. Výsledkem bylo konsenzuální stanovisko k resuscitaci, na které navazují léčebná doporučení.



Doporučené postupy resuscitace jsou výsledkem zpracování vědeckých poznatků (stanoviska ILCOR, rešerše literatury). Zkoumají se v nich i výuková hlediska a jejich proveditelnost. Zjišťují se náklady vs. přínos (cost-effectiveness) pro tuto činnost. Hledá se konsenzus i v oblasti socio-kulturních souvislostí (USA vs. Evropa). V Dallasu na konferenci ILCOR 2015 byly vytvořené tyto expertní skupiny pro řešení těchto oblastí:

- **Basic life support (BLS) – Základní podpora života**
- **Advanced life support (ALS) – Rozšířená podpora života**
- **Pediatric life support – Pediatrická podpora života**
- **Neonatal life support – Novorozenecká podpora života**
- **Acute coronary syndromes (ACS) – Akutní koronární syndromy**
- **Education, implementation and teams – Vzdělávání, implementace a týmy**
- **First Aid – První pomoc**
- **Skupina pro metodologii: webová aplikace SEERS**

**ERC Guidelines 2015 mají proti doporučením z roku 2010 nové kapitoly – témata: Po-resuscitační péče, Specifické situace a První pomoc.**

V celkovém kontextu nám naštěstí doporučení přinášejí minimum změn v klíčových postupech. Nová doporučení se snaží o individuální přístup, ale přinášejí taky řadu nezodpovězených otázek.

#### Základní neodkladná resuscitace dospělých (BLS)



Doporučení Základní neodkladná resuscitace dospělých (BLS) mají snahu zlepšit koordinovanost akcí, vyzvedlo význam operátorů tísňové linky u telefonicky asistované neodkladné resuscitace – TANR. Vyvolávají tlak na efektivitu rozhodování operátora a na zlepšení kvality interakce mezi volajícím a operátorem. V rámci záchranné akce na místě je dobré využít u mobilních telefonů volajícího hlasitý odposlech. Potvrzují, že algoritmus BLS/AED může provádět vycvičený záchránce. Doporučení se zabývají více i obstrukcí dýchacích cest cizím tělesem.

Zdůrazňují **úlohu operátora dispečinku ZZS**, aby kvalitně rozpoznal situaci, kdy vzniká srdeční zástava, kde hraje např. významnou roli naučení se, jak vyhodnotit přítomnost lapavých dechů nebo křečí. TANR zvyšuje

počet zahájených KPR, významně zkracuje čas do zahájení KPR, zlepšují výsledky resuscitace – outcome (u dospělých i dětí), zhodnocuje možnost provádění resuscitace jen s masáží srdce nebo provedení plné resuscitace (masáž s dýcháním a AED). Novinkou je i možnost zjistit operátorem výskyt nejbližšího AED k místu resuscitace a jeho vyslání na místo akce. U BLS – základní neodkladné resuscitace nadále platí, že musíme dbát o svou bezpečnost, a provést kontrolu vědomí u postiženého, zprůchodnit mu dýchací cesty, kontrolovat dýchání a aktivovat ZZS/AED. Dále dávat 30 kompresí srdce, 2 vdechy, pokračovat v KPR 30:2, hned jakmile bude k dispozici AED připojit ho a pokračovat dle jeho instrukcí.

**U BLS – základní neodkladné resuscitace - dbát o svou bezpečnost, provést kontrolu vědomí u postiženého, zprůchodnit mu dýchací cesty, kontrolovat dýchání a aktivovat ZZS/AED.**

**Dávat 30 kompresí srdce, 2 vdechy, pokračovat nepřerušovaně v KPR 30:2, jestli je k dispozici AED připojit ho a pokračovat dle jeho instrukcí.**

**Srdeční masáž** se provádí v dolní polovině hrudní kosti, hloubka kompresí má být přibližně 5 cm, ale ne více než 6 cm (nejvyšší šance přežití je mezi 4,5–5,5 cm), ve frekvenci 100–120 stlačením za minutu (ne více než 120 za minutu), je nutné minimalizovat přerušování masáže a hlídat si úplné uvolnění hrudníku. V doporučeních je povolena varianta pro případ špatného přístupu k postiženému v nehostinném terénu, a to provádění masáže, kdy je záchránce nakloněný ne z boku, ale přes hlavu, nebo obkročmo, nebo ve stoje. Benefit desek, co se někdy pokládají pod postiženého, nebyl potvrzen.

**Kvalita srdeční masáže není často optimální. Velký význam má nepřerušovaná maximálně účinná srdeční masáž. Přerušování masáže může mít katastrofální následky.**

Většinu zákroků lze provést bez přerušování srdeční masáže. Pokud je určen vedoucí týmu, měl by sledovat kvalitu resuscitace a měnit záchránce, pokud je to možné.



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

Umělé dýchání má a může provádět vyškolený a schopný zachránce. Provede běžný nádech a plynulý výdech. Musí být viditelný zdvih hrudní stěny. Provede 2 vdechy za ne více než 10 sekund. Dávkuje se 6–7 ml/kg váhy postiženého, nebo cca 500–600 ml dechu.

**Provádění jenom masáže bez dýchání – „Hands only CPR“** může provádět i nevyškolený zachránce, nebo zachránce, který nemůže provádět umělé dýchání z jakéhokoliv důvodu. Provádí nepřerušované stlačování hrudníku 100–120/min. Důležitá je při tom TANR.

**Defibrilátory** můžeme mít poloautomatické – kdy ho částečně obsluhuje zachránce, nebo plně automatizované AED (bez nutnosti obsluhy). AED mohou použít laici i vyškolení zachránci. V KPR musíme pokračovat i během nalepování elektrod a co nejvíce zkrátit dobu přerušování srdeční masáže. Zachránce postupuje podle hlasové nebo vizuální nápovědy AED. Během analýzy a dodání výboje se nedotýkáme postiženého. Masáž nepřerušujeme na více než 10 sekund. AED mohou mít dvě programovatelné hlasové nápovědy – jedna je pro vyškolené zachránce – 30:2 a druhá pro laiky „Hands only CPR“. Existují softwarové programy veřejně přístupných AED – lokální registry, i s navigací k nejbližšímu AED.

**Doporučení 2015 u obstrukce dýchacích cest** se proti doporučením 2010 nemění. Léčba závažné obstrukce DC u dospělých a dětí nad 1 rok, projevujících se neschopností mluvit, dýchat a kašlat, je kombinací úderů mezi lopatky a rázných stlačení nadbříšku. Jakmile postižený přijde o vědomí, zahájíme KPR.

### Rozšířená neodkladná resuscitace dospělých (ALS)

Rozšířená neodkladná resuscitace dospělých (ALS) – doporučení 2015. Změny jsou tak malé, že dosavadní klinická praxe, tj. postup při provádění KPR podle Guidelines 2010 neznámá, že by postup nebyl bezpečný a účinný. Jsou zde vypracovány doporučení pro prevenci srdeční zástavy v nemocnici – systém péče a jeho úspěšnost závisí na: vzdělávání zdravotnického personálu, sledování a monitorace pacientů, sledování varovných známek, úprava volacích kritérií a algoritmu přivolání pomoci. Prevenci náhlé srdeční smrti mimo nemocnici zajistit specializovanou péčí s cílem předejít srdeční zástavě u rizikových skupin, vytvořit screeningové programy nebo identifikovat jednotlivce s predispozicemi k srdeční zástavě. Je snaha, aby personál ZZS uměl provádět vysoce kvalitní resuscitaci, aby neodkládal defibrilaci při resuscitaci v přednemocniční neodkladné péči.

**Pravidla pro ukončení resuscitace v podmínkách ALS:** bylo vytvořeno „univerzální“ pravidlo pro ukončení resuscitace i záchranářem (převzato z BLS): záchranář může ukončit KPR, pokud nelze obnovit oběh, nebyly indikace pro defibrilaci a zástava oběhu nebyla zastížená.

### Provádění srdeční masáže u pacientů s funkčním oběhem tyto pacienty pravděpodobně nijak nepoškodí. Naopak, opožděná diagnostika a prodleva v zahájení resuscitace u osob se srdeční zástavou ohrožuje jejich přežití!

Při ALS u léčby srdeční zástavy vzniklé za zvláštních okolností jsou indikovány některé další speciální intervence, jako sonografie (ECHO), použití mechanické hrudní komprese, koronární angiografie nebo mimotělního oběhu.

**Zajištění dýchacích cest** – nejlepší způsob jejich zprůchodnění závisí na stavu pacienta, fázi resuscitace (během KPR, po obnovení spontánního oběhu) a na zkušenostech zachránců. Existuje ale málo důkazů na podporu sofistikovaných způsobů zprůchodnění dýchacích cest během ALS. Tracheální intubace (OTI) je nejspolehlivější způsob zajištění průchodnosti dýchacích cest ale může jí provádět pouze zkušený proškolený zdravotnický pracovník (tedy ne praktický lékař). Pokud se zavádí OTI, může se zavést při probíhající srdeční masáži, krátké přerušování masáže bude pouze k zavedení tracheální rourky, přerušování nepřesáhne dobu 5 sekund. Intubace nesmí oddálit provedení defibrilace. Zavádějící pracovník musí dbát na správnou polohu tracheální rourky a její fixaci! K ověření správnosti intubace dle doporučení ILCOR je potřebné klinické vyšetření, kapnometrie, nejsou-li k dispozici jako možné alternativy jsou bezkřivkový detektor CO<sub>2</sub>, jícnový detektor, ultrazvuk. Při nedostupnosti OTI se použijí supraglotické pomůcky nebo obličejová maska.

**Ohledně používání léků** je v současnosti taková strategie, že se doporučuje neměnit dosavadní praxi do doby, než budou k dispozici kvalitní data zaměřená na dlouhodobé léčebné výsledky. V současnosti nejsou důkazy o větší škodlivosti podání vasopresinu oproti adrenalinu. Nebyl prokázán při KPR rozdíl v léčebných výsledcích při obnově spontánní cirkulace krevního oběhu (Restore of Spontaneous Circulation – ROSC), nebo vzhledem k délce přežití po propuštění anebo ve výsledném neurologickém stavu, mezi podáním vasopresinu nebo adrenalinu jako vasopresoru první volby. Doporučení ERC 2015 je, při KPR vasopresin místo adrenalinu nepodávat. Tam, kde je již vasopresin používán, může se v jeho podávání pokračovat.

### Adrenalin je základní lék KPR.

Adrenalin je tedy základní lék KPR, dává se 1 mg každých 3–5 minut. Přispívá k obnovení spontánního oběhu. Nebyl prokázán jeho vliv na přežití nemocných do propuštění z nemocnice. Je možné, že zhoršuje dlouhodobý neurologický léčebný výsledek, ale je třeba si počkat na další data.

Amiodaron se podává 300 mg po třetím výboji a další dávka 150 mg může být zvažena po pátém výboji.

Důležité je myslet na tzv. zapláchnutí podané dávky a elevaci končetiny na 10–20 sekund.

Z ostatních pomůcek se nedoporučuje **rutinní používání mechanických resuscitačních přístrojů**. Vhodné je použít tam, kde je obtížně proveditelná masáž, ohrožení bezpečnosti zachránce, provádění KPR v jedoucím voze záchranné služby, při protražované KPR, při KPR během speciálních léčebných zákroků (např. koronarografie nebo příprava nemocného k eCPR). Algoritmus léčby tachykardie a bradykardie se proti Guidelines 2010 nezměnil.

**Přestože se léky a metody definitivního zajištění dýchacích cest stále během rozšířené neodkladné resuscitaci používají, mají až druhořadý význam. Absolutní priority má včasná defibrilace a vysoce kvalitní nepřerušovaná srdeční masáž.**

Optimální doba jednoho cyklu KPR není známá. Existují algoritmy, používající delší cykly KPR (3 minuty) s odlišným schématem pro dávkování adrenalinu.

Defibrilace – její strategie je shodná s Guidelines 2010. **Je nutné omezit dobu mezi přerušением kompresí hrudníku a podáním výboje (preshock pause). Přerušением masáže trvající 5–10 sekund už snižuje šanci na úspěšnost podaného výboje! Okamžitě po výboji je nutné pokračovat v KPR, dojde tím ke zkrácení doby po defibrilaci (postshock pause).** Strategie podání léků po 3 výboji je nezměněna. Kontrolu pulzu je možné provádět pouze tehdy, pokud je patrný organizovaný srdeční rytmus.

Pokud máme monitorovanou (spatřenou) zástavu oběhu následkem komorové fibrilace VF/pVT, lze zvážit použití strategie tří výbojů rychle po sobě, ale neexistují data podporující tuto strategii tří výbojů. Je málo pravděpodobné, že by srdeční masáž zlepšila již tak vysokou šanci na obnovení spontánního oběhu defibrilací.

Rozšířená neodkladná resuscitace u nedefibrilovatelných rytmů je stejná, jako v Guidelines 2010. Adrenalin se má podat co nejdříve a opakovat po 2 cyklech KPR. Kontrolujeme rytmus po 2 minutách.

### Obnova spontánní cirkulace krevního oběhu nebo Restore of Spontaneous Circulation = ROSC.

**Na co bychom mohli myslet při různých situacích při KPR?** Pokud se objeví klinické známky života, nemusí být projevem ROSC, ale mohou se objevit i při účinné masáži. Tep na velkých tepnách nemusí být hmatný při nízkém srdečním výdeji a hypotenzi. Během KPR při optimální srdeční masáži je snaha o dosažení cílové hodnoty dTK většího nebo rovného než 25 mmHg (dá se ale změřit jen IPB – invazivním měřením krevního tlaku). Laboratorní testy z krve slouží k identifikaci potenciálně léčitelných reverzibilních příčin při náhlé zástavě oběhu (glykemie apod).

Anatolij Truhlář je za ERC hlavním odpovědným autorem Guidelines ERC 2015 za kapitolu Srdeční zástava ve specifických situacích. Je rozdělena do třech částí:

- A) Specifické příčiny** – nám známé 4H a 4T: hypoxie, hypo/hyperkalémie a jiné elektrolytové poruchy, hypo/hypertermie, hypovolemie, tenzní pneumotorax, tamponáda, trombóza, toxiny.
- B) Specifická prostředí** – náhlá zástava oběhu (NZO) ve zdravotnickém prostředí, NZO v dopravních prostředcích, NZO během sportovních činností, Záchrana z vody a tonutí, Akutní stavy v divočině a venkovním prostředí, Hromadné neštěstí.
- C) Specifické skupiny** – NZO při závažných komorbiditách: Astma, Pacienti s mechanickou podporou oběhu, NZO při neurologických onemocněních, Obezita, NZO v těhotenství, Pacienti ve vyšším věku.

**Čtvrtou nedílnou částí řetězce přežití je popresuscitační péče.** Kdy má začít? Ihned po ROSC! Důležitá je systematická organizace následné péče a rehabilitace po přežití. Je kladen důraz na aktivní vyhledávání kognitivních a emočních poruch zachráněných.



V Guidelines ERC 2015 je kladen důraz na využití urgentní koronarografie a PCI při mimonemocniční srdeční zástavě s předpokladem kardiální příčiny.

Dále se na kongresu probíraly sekce týkající se neodkladné resuscitace dětí, resuscitace a podpora novorozenců po porodu, problematika úvodní léčby akutních koronárních syndromů, nově zavedená kapitola první pomoci. Úkolem provedení správné první pomoci je záchrana života, zmírnění utrpení postiženého a prevence zhoršení trvalých následků po NZO. Poskytovatelem první pomoci by měl být kdokoliv a v jakékoliv situaci, a ten, kdo by měl umět rozpoznat, vyhodnotit a stanovit priority, poskytnout pomoc s využitím odpovídajících dovedností a byl by schopen rozpoznat vlastní limity.

**Kapitola - První pomoc – First Aid.** V rámci první pomoci se používá tzv. **zotavovací poloha postiženého**, který je v bezvědomí a který normálně dýchá. Nebyly zjištěny

rozdíly mezi různými způsoby polohy. V některých situacích, např. při srdeční zástavě s agónií dýcháním nebo při bezvědomí následkem úrazu, není ale otáčení postiženého na bok do zotavovací polohy správné.

Nebo poloha při šoku. Je vleže na zádech, pasivní zvednutí dolních končetin je možné jen, pokud nejsou známky úrazu, může zajistit přechodné zlepšení základních životních funkcí, jeho klinický význam ale nebyl potvrzen.

Podávání kyslíku při první pomoci dle nových guidelines není tak jednoduché – zde neexistují žádné absolutní indikace. Může mít potenciálně nežádoucí účinky. Podávat kyslík může pouze proškolený poskytovatel, který může účinky monitorovat.

V rámci první pomoci pro **rozpoznání cévní mozkové příhody (CMP)** existuje skórovací systém – **FAST**:

F – face – obličej, pokles svalů

A – arm – oslabení paže

S – speech – řeč, obtížné mluvení

T – time – čas volat ZZS

Dalším skórovacím systémem je CPSS – Cincinnati Pre-hospital Stroke Scale.

V rámci první pomoci je **při podezření na infarkt (bolesti na hrudi)** co nejdříve možné podat 150 – 300 mg kyseliny acetylosalicylové. Nesmí se podat při známé alergii nebo kontraindikaci, při bolestech nejasné etiologie, a nesmí zpozdit toto podání transport do nemocnice. V diskuzi ale zaznělo, jak může vůbec laik podávat kyselinu acetylosalicylovou, jak vyhodnotí, že to je infarkt, a co když má dotyčný vředovou chorobu a vznikne krvácení do GIT. Jednou z odpovědí bylo, že ze statistik je více ohrožený postižený infarktem než krvácením z GIT.

Dále v rámci **první pomoci při anafylaxi**, pokud má postižený autoinjektor s adrenalinem, může se podat jedna dávka adrenalinu 300 ug i.m., druhá dávka pokud není ústup anafylaxe do 5–15 minut nebo při znovuoživení příznaků. V současnosti je možné se setkat a autoinjektory, kde jsou v balení dvě dávky. Úmrtí po anafylaxi může nastat i po 6 hodinách, proto je po zvládnutí situace následně nutná observace za hospitalizace.

Při podezření na hypoglykémii s příznaky, jako pocit hladu, bolesti hlavy, neklid, svalový třes, pocení, poruchy chování či vědomí, je možné v rámci první pomoci podat glukózu v dávce 15–20 g v tabletách, nebo cukr p. o. Jen postižený nesmí být v bezvědomí, kdy je riziko aspirace.

Důležitá v rámci první pomoci je rehydratační léčba při námaze. Při zasažení oka chemikáliemi je nutný okamžitý výplach čistou tekoucí vodou – velkým množstvím.

**Při zástavě krvácení** v rámci první pomoci se použije přímý tlak v ráně, pokud nelze, použijeme hemostatický obvaz nebo zaškrcovadlo. Hemostatický obvaz se ale hlavně používá v armádě. Guidelines 2015 již nepoužívají tlakové body. Dále se v rámci první pomoci řeší pomoc při zlomeninách, otevřených poraněních hrudníku.

Při imobilizaci krční páteře je důležitá podpora fixace hlavy rukama, **rutinní používání krčního límce není v rámci první pomoci nadále doporučováno**. Mohl by mít možné nežádoucí účinky na zvýšení intrakraniálního tlaku (ICP). Při otřesu mozku je potřebné vyšetření profesionálním zdravotníkem. V současné době není k dispozici jednoduchý skórovací systém k rozpoznání otřesu mozku.

**U popálenin v rámci první pomoci** se doporučuje okamžitě aktivní chlazení popálené plochy – co nejdříve, vodou, alespoň 10 minut. Pozor na podchlazení (hypotermii). V současnosti není důkaz pro rozhodnutí, jaký typ popáleninového obvazu je nejúčinnější (vlhký vs. suchý). Doporučené je volné sterilní krytí.

**Cílem medicínského myšlení by mělo být, předcházet co nejvíce stavům vedoucím k náhlé zástavě oběhu, protože nejlepší resuscitací je žádná resuscitace. A pokud je to již potřeba, platí to – nebát se a resuscitovat!**

Kdyby měl někdo z vás zájem o další informace o novinkách v resuscitaci - v příštím roce se bude konat 2.–3. 6. 2016 VI. odborné symposium České resuscitační rady v Praze.

Kompletní přehledy nových doporučených postupů ERC 2015 můžete najít na stránkách [www.erc.edu](http://www.erc.edu) nebo na stránkách České resuscitační rady.

# Myasthenia gravis



**MUDr. Jiří Piřha**

Centrum myasthenia gravis při Neurologické klinice  
1. LFH UK a VFN Praha

Motto: „Jsem myastenik od roku 2001 a mám bohužel negativní zkušenosti se svým obvodním lékařem, který si vzhledem ke vzácnosti této choroby nevěděl rady a nazval mě simulantem... Chápu, že je to vzácná choroba, ale celou dobu mě léčil na mononukleózu, protože jsem měl mírně zvýšené jaterní testy... Neustále se mi nabalovaly nejrůznější příznaky jako podlamování nohou při chůzi, nezvedl jsem ruce výše než k pupíku, špatná řeč a mimika, přivírání očí a padání jednoho koutku oka a nakonec dvojité vidění. Až po tomto, kdy jsem navštívil oční lékařku, tak ta mě okamžitě odeslala na neurologii do nemocnice a tam si mě ihned nechali na pozorování, našli podezření na tuto chorobu. Jistotu však neměli tak jsem putoval přes krajskou nemocnici až do speciálního dispenzáře ve VFN v Praze. Ihned jsem podstoupil léčbu kortikosteroidy a odstranění brzlíku. Poté jsem dlouhodobě užíval Mestinon a při výkyvech znovu krátkodobě kortikosteroidy. Měl jsem i období cca 3–4 roky, kdy jsem neužíval nic, ale nyní zase musím pravidelně užívat Mestinon. Snažím se sportovat, nyní bohužel již jen rekreačně a nikoli závodně, ale to není mnohdy možné. Snažím se žít normální život, ale někdy jsem touto chorobou limitován.“ Diskusní internetové fórum (1).

## Úvod

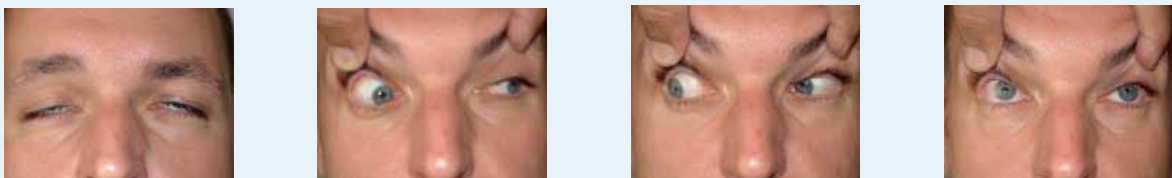
Myasthenia gravis (MG) patří mezi vzácnější neurologická onemocnění, v praxi se však s touto nemocí může setkat každý lékař. Lékař první linie může velmi rychle odhalit první příznaky a odeslat pacienta ke speci-

alizovanému vyšetření. V některých případech bohužel i dnes trvá stanovení diagnózy několik let. Časná diagnostika umožňuje nasazení adekvátní léčby a zlepšení prognózy této choroby. Prevalence se pohybuje kolem 200/1 milión, výskyt je nejčastější v zemích mírného pásma. Častěji onemocní mladší ženy a starší muži, v poslední době narůstá manifestace onemocnění u starších pacientů.

Patofyziologicky dochází k destrukci a poruše funkce acetylcholinových receptorů (AChR) na postsynaptické membráně nervosvalové ploténky a tím i omezení přenosu nervového impulzu z nervu na sval. Hlavní roli v poškození AChR mají protilátky, které se vážou na cílový antigen, při čemž důležitou úlohu má komplement za účasti membrány atakujícího komplexu. V posledních letech byly nalezeny i další antigenní cíle. Svalově specifická tyrozin kináza (muscle-specific tyrosine kinase - MuSK) která shlukuje AChR a umožňuje jeho správnou funkci. Nízkodenzitní lipoproteinový receptor (low density lipoprotein receptor-related protein 4 - LRP4), je receptorem pro agrin, derivovaný periferijním nervem, který je odpovědný za organizaci proteinů na postsynaptické membráně. Struktura nervosvalové ploténky je patrná na obr 1.

Za rozvoj a udržování autoimunitního zánětu je odpovědná dysregulace T i B buněk. Důležitou se ukazuje disproporce Th1, Th2, Th17 a T reg buněk, které stimulují za účasti prozánětlivých cytokinů autoreaktivní B buňky, které vyžívají v plazmatické buňky, produkující patologické autoprottilátky. U mladších pacientů hraje v imunopatogeneze zásadní roli thymus, kde se tvoří lymfatické folikuly. Zde dochází imunopatologickým změnám, které jsou zodpovědné za tvorbu prottilátek. Tzv. myoidní thymické buňky jsou totiž zdrojem antigenních epitopů, které jsou předkládány na povrchu antigen prezentujících buněk T buňkám a jsou rozpoznávány jako cizorodé. Na rozdíl od mladších pacientů, kde dochází k folikulární hyperplazii thymu, je u starších pacientů brzlík atrofický a k imunopatologickým pochodům dochází mimo thymus. Zcela odlišnou imunopatogenezi má MG asociovaná s thymomem, který se vyskytuje u 13 % nemocných (2).

**Obrázek 1: Schéma nervosvalové ploténky**



## Klinická charakteristika myasthenia gravis

Typické klinické rysy jsou patrné z tab. 1. Klinický průběh je zřejmý z tab. 2. Provokujícími faktory onemocnění nebo jeho zhoršení jsou převážně respirační infekty, psychický stres či podání rizikových léků, jejichž výčet a možnosti adekvátní náhrady je uveden v tab. 3. Pro klinickou praxi je vhodné ozřejmit klinické projevy jednotlivých svalových skupin.

Oční projevy se projevují poklesem jednoho nebo obou víček (asymetricky) a/nebo diplopií. Nemocní udávají obtíže zejména odpoledne a večer. Obtíže se zvyrazňují po oslnění sluncem nebo při jízdě autem

**Tabulka 1: Klinické rysy myasthenia gravis**

- svalová slabost a unavitelnost
- zhoršení po fyzické zátěži
- zlepšení po odpočinku
- kolísání příznaků
- přenos svalové slabosti po zátěži jiné svalové skupiny
- není bolest, porucha čítí, jsou normální šlachookosticové reflexy
- zlepšení po podání ICHE

**Tabulka 2: Klinický průběh**

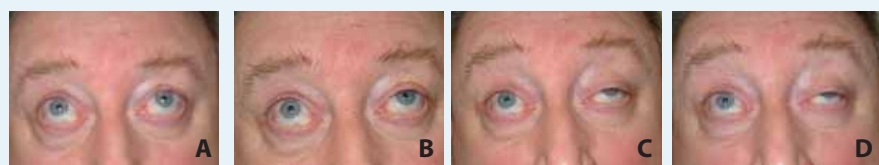
<b>Iniciální příznaky</b>	MG obvykle začíná fokálními příznaky z postižení jedné svalové skupiny. Během několika týdnů, měsíců či dokonce několika let se svalová slabost šíří do dalších svalových skupin. <ul style="list-style-type: none"> <li>• v 75 % případů je iniciálním příznakem slabost extraokulárních svalů</li> <li>• v 15 % oslabení svalstva kraniálního a šijového,</li> <li>• v 10 % svalů pletencových</li> </ul>
<b>Predilekční postižení</b>	Svaly extraokulární, mimické, orofaryngeální, šijové, pletencové svaly horních i dolních končetin a svaly respirační
<b>Průběh během 1. roku</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 70 % pacientů s generalizovanou formou MG objeví slabost orofaryngeálních nebo šijových či pletencových svalů,</li> <li>• u 67 % pacientů dosahuje v této době onemocnění svého maxima.</li> <li>• Až u 20 % nemocných se může projevit myastenická krize.</li> </ul> 20 % nemocných trpí fokální formou, nejčastěji tzv. okulární myastenii

**Tabulka 3: Diagnostická kritéria definitivní myasthenia gravis podle AAN (5).**

Anamnéza svalové slabosti a unavitelnosti a klinické vyšetření, které je normální, kromě slabosti, která neodpovídá anatomické lokalizaci parézy jednoho, nebo více periferních nervů	a alespoň 1 ze dvou následujících kritérií: <ul style="list-style-type: none"> <li>• pozitivní protilátky proti AChR nebo MuSK</li> <li>• dekrement při RSMN nebo zvýšený jitter při SF EMG bez elektrofyziologických známek neurogení či myogenní léze</li> </ul>
nebo 3 z následujících kritérií: <ul style="list-style-type: none"> <li>• anamnéza svalové slabosti a unavitelnosti, která se akcentuje po zátěži a zlepšuje se po odpočinku</li> <li>• pozorované změny v lokalizaci svalové slabosti v průběhu choroby</li> <li>• pozorované zlepšení po odpočinku či v chladu, zhoršení po fyzické zátěži</li> <li>• zlepšení objektivního nálezu (např. ptózy, artikulace, elevace HK) po podání ICHE parenterálně, nejlépe i. v. aplikací Syntostigminu</li> <li>• evidentní zlepšení po podání perorálních ICHE</li> <li>• pozorované zlepšení po VPF, IVIG, kortikoidech nebo IS</li> </ul>	

Vysvětlivky: AChR: acetylcholinový receptor, MuSK: muscle-specific tyrosine kinase, RSMN: repetitivní stimulace motorického nervu. SF EMG: single fibre elektromyografie, HK: horní končetiny, ICHE: inhibitory cholinesterázy VPF: výměnná plazmaferéza, IVIG: intravenózní imunoglobulin, IS: imunosupresivum

**Obrázek 2: Postižení vícečetných extraokulárních svalů: A: Již v klidu oboustranná ptóza, B: při pohledu doleva se pravý bulbus stáčí distálně, C: při pohledu doprava se pravý bulbus stáčí distálně, D: při pokusu o pohled vzhůru vážne pohyb obou bulbů**



v noci. Diplopie se projevuje parézou vícečetných okohybných svalů. Oslabení uzavření víček může způsobovat zatékání šamponu do očí.

Příznaky z oslabení orofaryngeálního svalstva jsou typické poruchou příjmu potravy. Je oslabené kousání, zbytky jídla zůstávají v dutině ústní, je zřejmá porucha polykání, tekutiny mohou vytekat nosem. Porucha artikulace se projevuje kolísající rhinolalií, nebo šišláním. Rizikem je tichá aspirace. Někdy lze pozorovat oslabení mimiky.

Oslabení šijového svalstva se může projevovat poklesem hlavy. Extenzory šíje jsou postiženy mnohem častěji než flexory. Pacienti mohou někdy zaměnit slabost za bolest v oblasti šijového svalstva.

Pletencové svaly jsou svalovou slabostí postiženy daleko častěji, než svaly akrální. Je obtížné vykonávat činnost s elevací paží, např. při česání, holení, věšení záclon apod. Méně často jsou postiženy svaly dolních končetin. Může se objevit narůstající slabost při chůzi, někdy dokonce s náhlými pády.

Oslabení respiračního svalstva může vyústit až do myastenické krize s nutností umělé plicní ventilace. Je postiženo spíše inspirium se zhoršením v poloze vleže. První projevy onemocnění manifestované dušností jsou vzácné, ale mohou se objevit např. po celkové anestezii (3).

## Diagnostika

Důkladná anamnéza je u této nemoci nesmírně důležitá. Pacienta můžeme zastihnout v období klidu, kdy jeho obtíže nemusí být manifestované. Ptáme se zejména na souvislost jeho obtíží s fyzickou zátěží a denním režimem. Samotná únava bez svalové slabosti není pro chorobu typická, i když nemocní mohou udávat nadměrnou potřebu odpočinku a dokonce i spánku.

Vzhledem ke kolísání příznaků můžeme i během základního vyšetření pozorovat manifestaci některých příznaků. Orientační neurologické vyšetření bývá zcela normální. Klinické vyšetření je založeno na provedení zátěžových testů. Pokud vyzveme pacienta k usilovnému pohledu vzhůru, můžeme pozorovat postupný pokles víček, většinou asymetricky (obr. 2). Pasivním zdvihnutím spadlého víčka můžeme docílit poklesu víčka na druhé straně. Přiložením kostky ledu v gáze cca 1–2 min můžeme docílit zvednutí víčka (ice pack test). Při

vyšetření očí lze pozorovat buď strabismus nebo oslabení extraokulárních svalů. Jde většinou o kombinaci postižení více svalů, pro MG je typická zejména slabost svalů zevních. Testujeme sílu uzávěru víčka proti odporu. U pacienta s oslabením orofaryngeálního svalstva je možné při počítání ozřemít poruchu artikulace (Seemanův test). Nemocný s oslabením respiračního svalstva je schopen velmi slabě odkašlat. Vleže na lůžku lze testovat elevaci hlavy v 45 stupních, měla by být možná minimálně 100 sec. Zdravý člověk by měl zvládnout abdukcí paží minimálně 240 sec a elevaci dolních končetin ve 45 stupních 120 sec.

U pacienta s podezřením na MG vyšetřujeme protilátky proti AChR nebo MuSK. AChR protilátky bývají pozitivní v 80 % případů. Specialista může konfirmovat diagnózu elektrofyziologickými testy. Při nízkofrekvenční repetitivní stimulaci lze při elektromyografickém vyšetření po aplikaci 4. stimulu periferního nervu nalézt pokles sumačního akčního potenciálu v odpovídajícím svalu o více než 10 %. Senzitivnější je vyšetření „single fibre EMG“ (4). CT vyšetřením hrudníku lze vyloučit přítomnost thymomu. Spirometrické event. bodypletyzografické vyšetření nám ozřejmí typ ventilační poruchy, u MG jde o restriktivní typ. Videofluorosko-

pie může specifikovat dysfagii. Americká neurologická akademie navrhla diagnostická kritéria, která jsou uvedena v tab. 3. (5).

## Terapie

Léčba MG je zaměřená symptomaticky, orientovaná patogeneticky, ovlivňující onemocnění dlouhodobě či ke zvládnutí akutního stavu.

Terapie první volby jsou léky ze skupiny inhibitorů cholinesterázy, které zvyšují nabídku acetylcholinu na nervosvalové ploténce. První volbou je pyridostigmin (Mestinon®), dávkovaný v době fyzické aktivity, tedy přes den, většinou 3–5× denně. Mezi nejčastější nežádoucí účinky patří průjem nebo svalové křeče. Tento způsob léčby je vhodný pro lehčí formy onemocnění.

Základní léčbou, zaměřenou na ovlivnění imunopatogeneze jsou kortikosteroidy (KS), často v kombinaci s imunosupresivy. Vzhledem k riziku náhlého zhoršení klinického stavu se KS zvyšují postupně na dávku 1 mg/kg hmotnosti, minimální doba této dávky je 6 týdnů a pak se postupně dávka snižuje na dávku udržovací (5–10 mg denně). Při potřebě dlouhodobého podávání KS je výhodné kombinace s imunosupresivy, nejčastěji s azathioprimem v dávce cca 1 mg/kg hmotnosti.

**Tabulka 3: Rizikové léky (podle 7)**

	Léky se zvýšeným rizikem	Příklady adekvátní náhrady
<b>Periferní myorelaxancia</b>	nedepolarizující: Obecně volíme preparáty s krátkým poločasem a rychlou eliminací: atrakurium, vecuronium, mivacurium. CAVE: u nemocných léčených ICHE může být ovlivněna degradace mivacuria cholinesterázami.	depolarizující succinylcholinjodid (SCHJ): je lépe tolerován, jeho účinek může být dokonce menší než u zdravých jedinců. Přesto se většinou doporučuje jeho dávku redukovat. Opakované podání hrozí protrahovanou II. fází blokády. CAVE: u nemocných léčených inhibitory cholinesterázy může být ovlivněna degradace SCHJ cholinesterázami.
<b>Centrální myorelaxancia</b>	guaifenesin, baclofen...	
<b>Antibiotika, chemoterapeutika, antivirotika</b>	Zejména aminoglykosidy, ciprofloxacin, imipen, makrolidy, chinolony, amoxicilin, trimethoprim, tetracykliny (telitromycin je absolutně kontraindikován)	cefalosporiny, z rizikovějších možné podat ampicilin, azithromycin, imipenem, acyklovir
<b>Analgetika</b>	guajacuran, centrální myorelaxancia	téměř všechna analgetika – NSA, paracetamol + kodein, tramadol, paracetamol
<b>Hypnotika</b>	midazolam, diazepam	zolpidem
<b>Anxiolytika</b>	téměř všechna – bromazepam, alprazolam, nandrolon apod.	tofisopam, hydroxyzin, chlorprothixen
<b>Psychofarmaka</b>	lithium, risperidon, chlorpromazin, perfernazín, thioridazin, dogmatil	na neklid opatrně haloperidol, nízká dávka tiapridu
<b>Antidepresiva</b>	benzodiazepiny, barbituráty, tricyklická antidepresiva, inhibitory MAO	SSRI – fluoxetin, tianeptin, sertralin, citalopram a další, SARI, SNRI, NRI
<b>Ionty</b>	magnesium v dávce vyšší než 1 gr	kalcium, kalium
<b>Oční léky</b>	timolol, betaxolol	
<b>Dispepsie</b>	carbo adsorbens, metoklopramid, thietylperazin – zhoršení ale výjimečně	antipropulsiva, loperamid, ondasetron, ranitidin, omeprazol a další léky této skupiny
<b>Na dýchací cesty</b>	guaifenesin, pozor u astmatiků – může dojít k náhlému zhoršení dýchání, vhodné podání β2 mimetika fenoterol, ipratropium bromid před nástupem účinku ICHE	ambroxoli hydrochloridum
<b>Interní léky</b>	antirevmatika (penicilamin, chlorochin), procainamid, blokátory kalciových kanálů, betablokátory, antiarytmika, statiny	ACE inhibitory, fibráty
<b>Antiepileptika</b>	fenytoin, fenobarbital, diazepam, karbamazepin, ethosuximid	gabapentin a pregabalin jsou rizikovější, ale občas se používají při neuropatické bolesti
<b>Anticholinergika</b>	biperiden, oxybutinin, propiverin	
<b>Anestetika</b>	prokain	mesokain, novokain
<b>Očkování</b>	obecně až na výjimky nedoporučeno, zejména živými vakcínami	při dobré stabilizaci stavu – očkování u rizikové populace proti tetanu



U mladších pacientů (cca do 45–50 let věku) je indikována thymektomie, v současnosti většinou prováděná endoskopicky. Operace zlepšuje prognózu onemocnění, zvyšuje šanci k navození klinické remise. Indikací k operaci bez ohledu na věk je nález thymomu.

U relapsu onemocnění včetně myastenické krize je indikována plazmaferéza, nebo podání intravenózního imunoglobulinu. U farmakorezistentních forem onemocnění se používají účinnější imunosupresiva, nebo biologická léčba (rituximab, ve fázi klinických zkoušek je eculizumab a další léky) (6).

Řada léčiv může příznaky MG zhoršit, některé z nich

dokonce způsobí manifestaci prvních příznaků. Výčet těchto léků je uveden v tab. 4 (7). Prognóza onemocnění je uvedena v tab. 5.

### Režimová opatření

Někteří pacienti s MG mohou mít plnohodnotný život, jiní mají residuální svalovou slabost a unavitelnost, která je v běžném a pracovním životě limituje. Řadě z nich je někdy po určitých peripetiích přiznán invalidní důchod. Někteří nemocní mohou využít trénink nádechových respiračních svalů, jiní využívají pomoc logopedů při nácviu správné techniky polykání.

### Doporučení pro praxi

- Každá blíže neobjasněná kolísající svalová slabost a unavitelnost je podezřelá z MG.
- U MG je normální neurologický nález, nejsou patologická laboratorní vyšetření.
- V případě podezření na MG je možné provést orientační zátěžové testy.
- Při podezření na MG je doporučeno neurologické vyšetření.
- Včasná diagnostika výrazně zlepšuje prognózu onemocnění.
- Až 80 % mladých žen se stanovením diagnózy do 1 roku, které byly indikovány k thymektomii dospěje do 2 let ke klinické remisi bez farmakologické podpory.
- I u těžkých farmakorezistentních forem MG lze dosáhnout na specializovaném pracovišti stabilizaci onemocnění.

### Tabulka 5: Prognóza

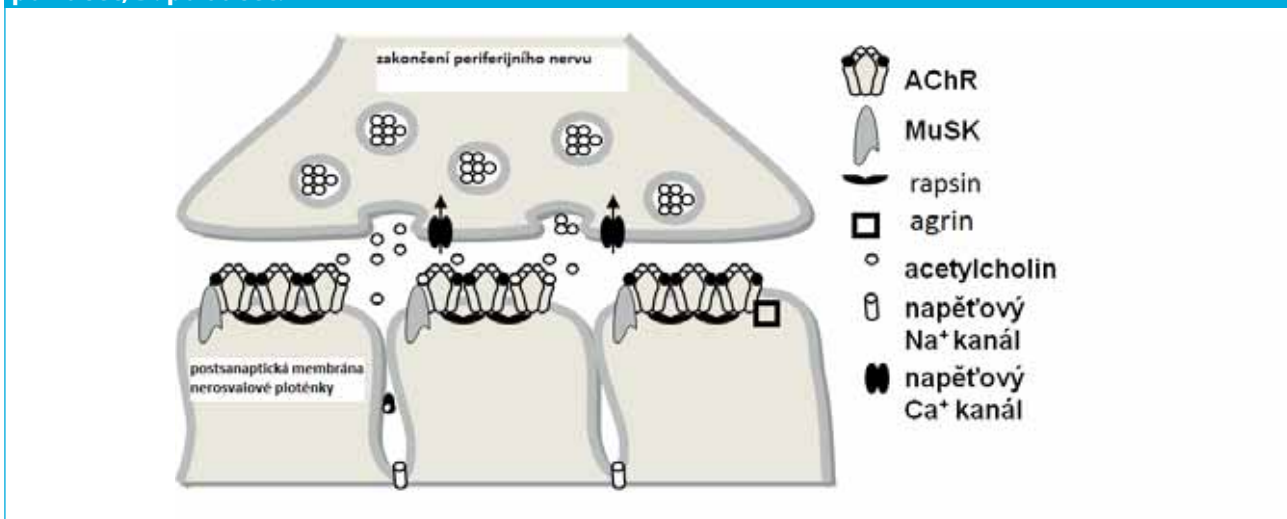
Kolem 20 % pacientů dosáhne během prvních 2 let kompletní klinické remise bez farmakologické podpory. Pravděpodobnost výskytu další exacerbace nedosahuje ani 1 %. Většina těchto pacientů spadá do skupiny mladých jedinců po thymektomii s nálezem folikulární hyperplasie).

U 50–60 % nemocných lze dosáhnout klinické remise s farmakologickou podporou, s možností občasných sporadických exacerbací.

U části nemocných zůstává trvalé klinické residuum, závislost na trvalé medikaci, které může významně snižovat kvalitu života.

Cca 5% pacientů je refrakterních ke klasické léčbě s častými exacerbacemi a vysokým rizikem myastenické krize.

**Obrázek: Simpsonv test - Provokace ptózy usilovným pohledem vzhůru: A: počátek testu, B: po 20 sec, C: po 40 sec, D: po 60 sec.**



### Literatura:

1. Dostupné z <http://myasthenia-gravis.zdrave.cz/onemocneni-myasthenia-gravis>
2. Meriggioli MN, Sanders DB. Autoimmune myasthenia gravis: emerging clinical and biological heterogeneity. *Lancet Neurol.* 2009; 8: 475–490.
3. Piřha J a kol. Myasthenie gravis a ostatní poruchy nervosvalového přenosu. Praha, Maxdorf Jessenius, 2010, 367 s.
4. Špalek P. Myasténia gravis – autoimunitné spektrum a imunopatogenetická klasifikácia. *Neurológia*, 2009, 4, s. 25–30.
5. Sanders DB. Generalised myasthenia gravis: Clinical presentation and diagnosis. In: Kaminski HJ. *Myasthenia gravis: Diagnosis and Treatment*. Education program syllabus American Academy of Neurology. 56th Annual Meeting. San Francisco: 2004: 10–17.
6. Gilhus NE, Verschuuren JJ. Myasthenia gravis: subgroup classification and therapeutic strategies. *Lancet Neurol.* 2015; 14(10): 1023–1036.
7. Piřha J. Farmakologické ovlivnění nervosvalového přenosu u myasthenia gravis. *Remedia* 2004, 14 (6): 485–494.

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

# Moderní trendy v léčbě fokální spastické parézy po získaném poškození mozku



MUDr. Michal Říha, Ph.D., MBA<sup>1,2</sup>

MUDr. Petra Dvořáková<sup>1</sup>

Mgr. Tereza Sádlová<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Oddělení rehabilitační a fyzikální medicíny

<sup>2</sup>Neurochirurgická a neuroonkologická klinika

1. LF UK a ÚVN, Ústřední vojenská nemocnice - vojenská fakultní nemocnice Praha

## Úvod

Spasticita je projevem syndromu centrálního motoneuronu. Různí autoři uvádějí prevalenci v rozmezí až řádu procent a shodně zdůrazňují nutnost časného zachytu a léčby (1). V roce 2013 došlo k rozšíření spektra indikací pro botulotoxin A, tím se otevřela možnost poskytovat tuto léčbu i pro rehabilitační pracoviště, podobně jako je tomu v zahraničí. Dosud byl botulotoxin typu A v této indikaci určen výhradně do rukou neurologa. V léčbě projevů fokální spasticity, konkrétně spastické dystonie jde o lék první volby (2,3). Rehabilitační pracoviště jsou však reálně limitována lékovými pašály. Pokud nejsou v rámci zdravotnického zařízení součástí centra pro léčbu spasticity nebo alespoň iktového centra, je problémem naplnění jistých odborných, organizačních a technických požadavků. Botulotoxin typu A v obou na našem trhu běžně používaných ekvivalentech je vyhrazen pro použití v centrech, pro rehabilitační lékaře pro užší spektrum pacientů po ischemické cévní mozkové příhodě nejdříve 2 měsíce po příhodě pro horní i dolní končetinu. Stran personálního a přístrojového vybavení je aktuálně platné doporučení extrapyramidové sekce české neurologické společnosti. Legislativní podmínky a nevhodný systém financování rehabilitační péče zejména o hospitalizované pacienty v tomto případě znamená navýšení přímých nákladů na léčbu. Prakticky to znamená, že dle UZIS udávaný celkový počet lůžek v oboru rehabilitační a fyzikální medicíny není dostatečný, respektive kapacita není využívána pro nesoběstačné pacienty s kombinovaným postižením motorických a kognitivních funkcí. Zahrnutí veškerých nákladů do hospitalizačního případu vede rehabilitační pracoviště, pokud nejsou součástí spádových zdravotnických zařízení, k upřednostňování přijímání pacientů po plánovaných ortopedických výkonech před pacienty komplikovanými

vanými hypomobilitou, komorbiditami a vyžadujícími multidisciplinární péči.

## Metoda

Komplexní léčba pacientů s projevy syndromu centrálního motoneuronu (4) - parézou, svalovou hyperaktivitou a zkrácením měkkých tkání je v současné době poskytována na rehabilitačních pracovištích Všeobecné fakultní nemocnice Praha, Fakultní nemocnice Motol a Ústřední vojenské nemocnici Praha (dále ÚVN).

Právě tým Neurologické kliniky 1. LF UK pod vedením prof. Jecha vyučuje koncept prof. Jeana-Michela Gracise „Guided Self-rehabilitation Contract“, který je vhodný pro pacienty v chronickém stadiu (5). Koncept klade velký důraz na každodenní autoterapii, cílená léčba zahrnuje všechny uvedené projevy léze centrálního motoneuronu komplexně (6). Zkrácení s rizikem rozvoje kontraktur je léčeno metodou statického progresivního strečinku, případně dlahováním. Svalová hyperaktivita cílenou nitrosvalovou aplikací botulotoxinu typu A pod EMG nebo sono kontrolou. Následně je možné paretické svaly posilovat.

Stejně jako včasný záchyt rozvoje spasticity je důležitá aplikace cílené léčby. Přítomnost spastické dystonie v podobě např. typického Wernicke-Mannova držení hemiparetiků po iktu je jednoznačně stav vyžadující léčbu. Rozvoj kontraktur je v současnosti považován za výsledek souhry nežádoucích faktorů spíše než standardní obraz chronického pacienta s těžším postižením (obr. 1).

Pacienti v chronickém stadiu jsou pravidelně dispenzarizováni neurologem, nicméně i praktický lékař, který má zpravidla k pacientovi nejvřelejší vztah, může v tomto případě rehabilitační léčbu indikovat stejně jako např. u vertebropata. Cílem může být některá konkrétní dovednost spojená např. s funkcí horní končetiny (úchopové funkce, zmírnění bolestí hemiparetického ramene atd.). U dolní končetiny lze očekávat např. zlepšení stability chůze. Stanovení konkrétních reálných cílů rehabilitace prokazatelně zlepšuje léčebný efekt. Opakovaná institucionální léčba není zpravidla podmínkou pro zlepšení soběstačnosti, pokud chápeme rehabilitaci jako resocializaci.

Obrázek 1



V ÚVN poskytujeme komprehensivní neurorehabilitační léčbu dospělým pacientům po získaném poškození mozku, zejména po CMP v rámci multiprofesionálního týmu ve složení rehabilitační lékař, neurolog, elektromyografista, ergoterapeut, fyzioterapeut a případně klinický neuropsycholog nebo logoped. Bezproblémová komunikace a mezioborová spolupráce zaručuje dobrou kontinuitu péče. Konkrétně u pacientů po CMP provádíme depistáž u všech nově akutně přijatých pacientů a neprodleně v návaznosti na managementu akutní fáze plánujeme další léčbu včetně vhodné formy rehabilitace ústavní či ambulantní formou.

S novinkami ve strategii akutní léčby pacientů po ischemickém iktu, kdy se do popředí dostávají radiointervenční metody, lze těžko predikovat počty pacientů do budoucna. Ke změnám dojde v průběhu letošního roku nepochybně i v doporučených postupech ESO (European Stroke Organization) a následně i v národních standardech. Rovněž nová připravovaná kritéria pro cerebrovaskulární centra a organizaci péče mají zaručit indikovaným pacientům vedle IVT nejen mechanickou rekanalizaci, ale i adekvátní rehabilitaci.

Za rozhodující pro výsledný léčebný efekt považujeme řádnou diagnostiku a klasifikaci dle standardizovaného vyšetřovacího protokolu a následně cílenou aplikaci léčiva za podpory pohybové terapie. Základem vyšetření je zhodnocení spastické parézy dle konceptu prof. Graciese "Five-step clinical assessment in spastic paresis" (6). Hodnocení spasticity provádíme dle modifikované Tardieu škály. Má nesporné výhody oproti tradičně využívané Aschwortově modifikované škále (7). Z pohledu neurofyzologie a biomechaniky, respektive reologie, lépe vystihuje hodnocení spasticity dle vlastní definice – tedy hodnocení hypertonu svalu v závislosti na rychlosti pohybu. Pro objektivní zhodnocení funkce paretické horní končetiny používáme Modifikovaný Frenchayův test - založen na provedení deseti manuálních činností, hodnocen na škále 0-10 (žádný pohyb až kvalitně provedená činnost). K subjektivnímu zhodnocení funkce horní končetiny využíváme specifickou funkční škálu COPM (Canadian Occupational Performance Measure), v jejímž provádění máme vyškoleného ergoterapeuta. Hodnocení je zaměřené na individualizované vnímání obtíží pacienta. V čase posuzujeme dynamiku výkonů činností v oblasti sebeobsluhy, produktivity a volného času. U dolní končetiny využíváme test rychlosti chůze na 10m (pomalá, rychlá chůze, s obuví, bez obuvi, případně s a bez pomůcek). Po provedení testů vyhodnocujeme parézu, zkrácení svalů a zvýšenou svalovou aktivitu, včetně přítomnosti spastické dystonie, kokontrakcí a spastických synkinéz. Míru shody mezi terapeutem a pacientem při stanovení cílů terapie nám umožňuje hodnocení dle GAS (Goal Attainment Scaling) (8, 9). Jedná se o velmi sofistikovaný způsob, který je založen na úzké spolupráci a porozumění pacienta a terapeuta a schopnosti predikce a stanovení reálných cílů. Stanovení cílů a hodnocení efektu léčby považujeme za nezbytné u všech rehabilitačních programů (10).

Na základě provedených vyšetření vytipujeme klíčové

svaly k cílené terapii. Racionální je soustředit se na konkrétní segment nebo funkci dle preferencí pacienta. Pacient například upřednostní léčbu ke zmírnění bolesti v ramenním kloubu před uvolněním spastické dystonie akra, která by se jevila terapeutovi nezbytně k řešení. Výjimkou nejsou ani pacienti nespoluterapeutující s těžšími kognitivními deficity nebo v perzistujícím vegetativním stavu. Tato indikace je k diskusi, ale pokud u nich lze zajistit alespoň pasivní formu léčby, rozumným cílem je zmírnění bolesti, prevence komplikací z hypomobility a usnadnění ošetrovatelské péče.

Koncept léčby spastické parézy je založený na spolupráci lékaře, fyzioterapeuta, ergoterapeuta, případně dalších odborností a zejména pacienta (obr. 2). Nejprve probíhá vstupní vyšetření spastické parézy dle již zmíněného postupu. Vzhledem k tíži postižení a preferencím pacienta se zaměříme na horní nebo dolní končetinu. Po prvním sezení pacient odchází seznámen s postupem plánované terapie, systémem kontrol, vytipovanými svaly k případné aplikaci botulotoxinu a poučen o nutnosti denní autoterapie v podobě protahovacích cvičení více spastické skupiny antagonistů tzv. progresivně s výdrží v krajní poloze a případně posilováním více oslabených agonistů opakovanými rychlými pohyby. Zpravidla je léčba cílena na dva až tři svaly v preferovaných segmentech.

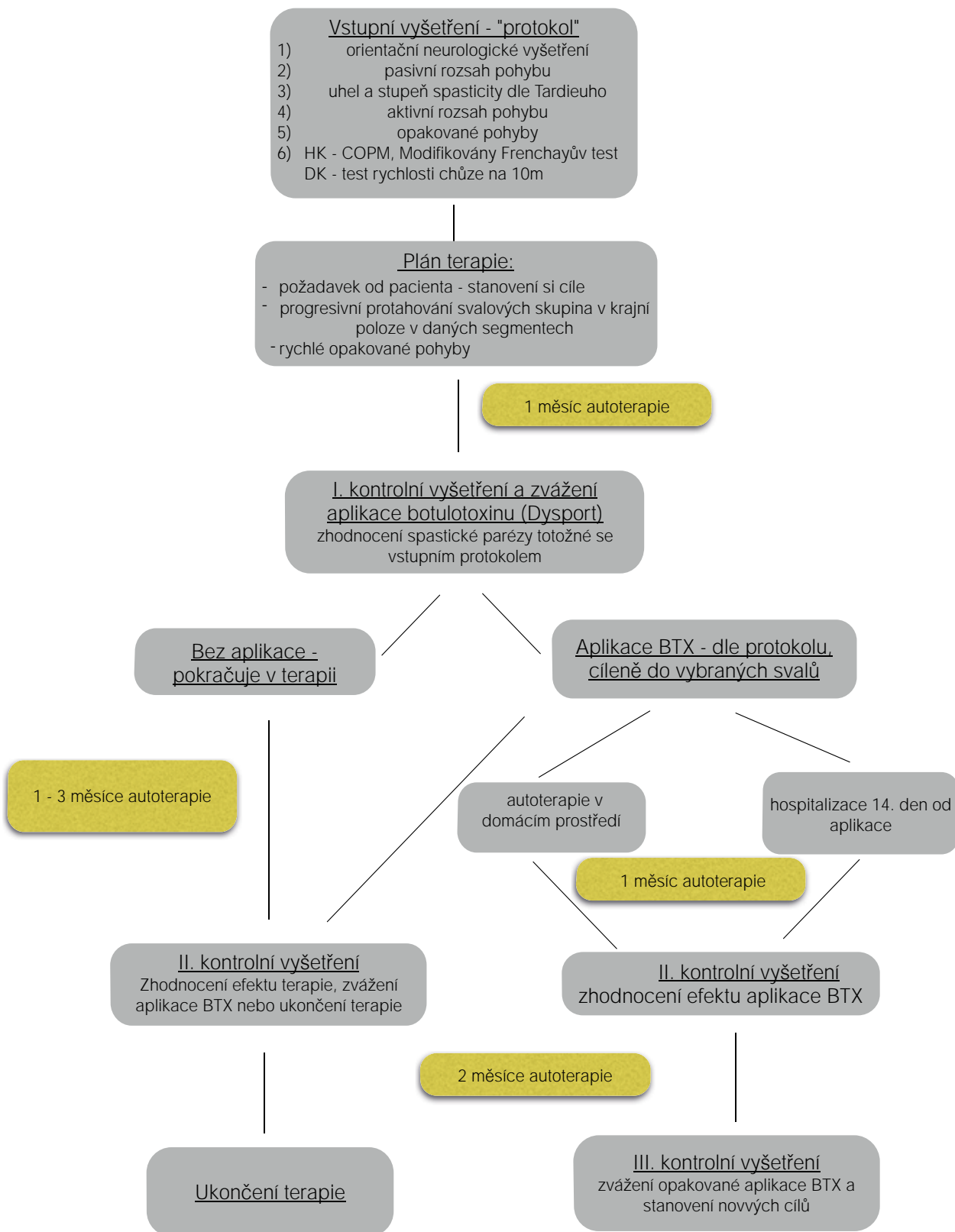
S odstupem jednoho měsíce provádíme kontrolní vyšetření v rámci rehabilitační konference za účasti indikujícího a aplikujícího lékaře, fyzioterapeuta a ergoterapeuta. Dle protokolu znovu testujeme vytipované svaly a následuje samotná aplikace botulotoxinu pod EMG kontrolou, respektive s využitím EMG stimulace (obr. 3). Pacienti, vyžadující ošetrovatelskou péči, jsou takto léčeni za hospitalizace na lůžkovém rehabilitačním oddělení. Na pracovišti neurorehabilitace provádíme dle klinického stavu redukaci autoterapie, individuální fyzioterapii na neurofyzilogickém podkladě, ergoterapii i terapii kognitivních funkcí. Využíváme moderních přístrojů se zpětnou vazbou pro horní končetinu i chůzi, pro které už dnes máme evidenci, moderní technologie i tradiční pomůcky pro léčbu motorických i kognitivních funkcí. Důraz klade me na aktivizaci pacienta, nácvik běžných denních činností, zlepšení sebeobsluhy a mobility. Přístupy fyzioterapie založené na neurofyzilogickém podkladě mají nezastupitelné místo v momentě, kdy je snahou prevence diaschízy navý-

Obrázek 3



Obrázek 2

Schéma vyšetřovacího postupu u pacienta se spastickou parézou



šením aference v akutní pseudochabé fázi onemocnění. V momentě rozvoje prvních příznaků spasticity je nutné ale strategii léčby změnit a postupovat striktně dle protokolu.

Výhodou je využití individuálně zhotovených dlah pro statický progresivní strečink (obr. 4). Jejich význam vedle individuální autoterapie v domácím prostředí vidíme zejména v přínosu pro usnadnění ústavní péče. Jejich aplikace dvakrát denně na dobu 30 minut dle tolerance tak může probíhat i v rámci rehabilitačního ošetřování, které provádějí proškolené zdravotní sestry. U některých segmentů zejména dolních končetin je strečink, respektive jeho aplikace na více pacientů v průběhu dne, velmi náročný i pro samotného terapeuta. Naše zkušenost a komentář k vlastnímu rehabilitačnímu ošetřování – provádění asistence u strečinku, aplikace některých přístrojových cvičení se stává pro vyškolené zdravotní sestry stejně rutinní, jako např. správné polohování.

Pacienti soběstační rehabilitují v domácím prostředí edukováni k autoterapii, případně docházejí na tzv. kruhové tréninky zaměřené na aerobní aktivity. Další kontroly probíhají na konci prvního a třetího měsíce od aplikace.

### Závěr

Moderní léčebné přístupy pacientů se spastickou parézou zahrnují kombinaci každodenní cílené rehabilitace např. formou autoterapie v kombinaci s nitrosvalovou aplikací botulotoxinu typu A.

Neurorehabilitace založená na spolupráci terapeuta a pacienta má prokazatelný efekt při dosahování stanovených konkrétních cílů léčby.

Praktický lékař může při rozpoznání evidentních projevů spasticity (spastické dystonie, asociované reakce, kokontrakce) pacienta odeslat do specializovaného rehabilitačního centra za účelem zlepšení konkrétní funkce, mobility nebo soběstačnosti. Výsledky jednotlivých léčebných přístupů jsou měřitelné a porovnatelné.

Obrázek 4



### Literatura:

1. WISSEL, J., MANACK, A., BRAININ, M.: Toward an epidemiology of poststroke spasticity. *Neurology*, 80, 2013, s.13-19.
2. JOST, W.H., HESTER, H., REISSIG, A., KOLLEWE, K., WISSEL, J.: Efficacy and safety of botulinum toxin type A (Dysport) for the treatment of post-stroke arm spasticity: Results of the German–Austrian open-label post-marketing surveillance prospective study. *Journal of the Neurological Sciences*, 337, 2014, s. 86-90.
3. WISSEL, J. et al.: European consensus table on the use of botulinum toxin type A in adult spasticity. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 41, 2009, S.13-25.
4. GRACIES, J.M.: Pathophysiology of spastic paresis I: Paresis and soft tissue changes. *Muscle Nerve*, 31 (5), 2005, s.535–551.
5. HOSKOVCOVÁ, M., GÁL, O.: Rehabilitace a spasticita. In: Štětkařová I, Ehler E, Jech R (Eds.): Spasticita a její léčba. Maxdorf, 2012, s. 177–212.
6. GRACIES, J.M. et al.: Five-step clinical assessment in spastic paresis. *European Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, 46, 2010, s.411-421.
7. PATRICK, E., ADA, L.: The Tardieu Scale differentiates contracture from spasticity whereas the Ashworth Scale is confounded by it. *Clinical Rehabilitation*, 20, 2006, s. 173-182.
8. KIRESUK, T.J., SHERMAN R.E.: Goal attainment scaling: A general method for evaluating comprehensive community mental health programs. *Community Mental Health Journal*, 4 (6), 1968, s. 443-453
9. TURNER-STOKES, L.: Goal attainment scaling (GAS) in rehabilitation: a practical guide. *Clinical Rehabilitation*. 23 (4), 2009, s. 362-370.
10. WARD, A.B. et al.: Functional goal achievement in post-stroke spasticity patients: The Botox® economic spasticity trial (BEST). *Journal of Rehabilitation Medicine*, 46, 2014, s. 504–513.

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

# Obezita a bariatrické výkony



**MUDr. Martin Hrubý**

chirurgické oddělení nemocnice Turnov  
Krajská nemocnice Liberec, a. s.

## Úvod

Obezita představuje čím dál zásadnější problém jak zdravotní, tak sociální a ekonomický. Počet obézních lidí ve světě trvale roste, a proto se otevřeně hovoří o epidemii-pandemii obezity. Podle odhadů World Obesity Federation bude do roku 2025 2,7 miliardy lidí s nadváhou a 177 milionu lidí s těžkou obezitou. Obezita je doprovázena řadou dalších chorob se závažným dopadem na celkový stav pacientů a často ohrožujících jejich život. Zde máme na mysli zejména cukrovku 2. typu, hypertenzi, ale např. i syndrom spánkové apnoe.

Konservativní léčba obezity je doménou obezitologů. V jejich zbrojnici však v současné době chybí medikamenty, které by zásadnějším způsobem léčbu ovlivnily. Kromě několika magistraliter připravovaných směsí je nyní na trhu pouze orlistat, a jeho výsledky nejsou dostatečné. Hlavní zbraní obezitologů tedy zůstávají dietní a režimová opatření. Proto je nejbližším spolupracovníkem obezitologa dietolog. Kombinaci dietních a behaviorálních opatření užívá organizace STOB, kde základem je skupinový přístup k problému. Nicméně celkově jsou výsledky konzervativních postupů neuspokojivé, zatížené vysokým procentem recidiv, často probíhajících typickým jo-jo efektem.

Ekonomické a sociální dopady obezity v řadě zemí vedly k tvorbě preventivních programů na národní úrovni s cílem změnit náhled populace na obezitu a vést populaci ke zdravějšímu životnímu stylu. Bohužel, ani tyto programy zatím nepřinášejí očekávaný efekt.

V současnosti je nejspěšnějším léčebným postupem pro pacienty s obezitou III. stupně bariatrická chirurgie. Její výsledky dominují nad výsledky konzervativní léčby, a to zejména z pohledu dlouhodobých výsledků. V současné době již rovněž existuje dobrá evidence o současně dobrém efektu na léčbu komorbidit, zejména na cukrovku 2. typu (2,3,5).

## Chirurgická léčba obezity

Chirurgická léčba obezity není mladou chirurgickou specializací a je používána již několik desítek let. V průběhu doby se ale měnily typy chirurgických zákroků a zejména velký význam má změna operační techniky na minimálně invazivní – laparoskopické výkony. Laparoskopicky provedené výkony představují pro obézní pacienty menší zátěž a v pooperačním období přinášejí menší riziko raných komplikací jako rané infekce či kýla v jizvě.

Obezita, přestože má multifaktoriální genezi, je v zásadě závislá na vztahu mezi energetickým příjmem a energetickým výdejem daného jedince. Chirurgický zákrok by proto měl přinést snížený energetický příjem u pacienta. Toho je možné dosáhnout buď omezením energetického příjmu restrikcí příjmu potravy, nebo zásahem do vstřebávání potravy, tedy omezením absorpce – navozením iatrogenní malabsorbce. Proto se řadu let chirurgické zákroky dělily na obstrukční, tedy bránící v příjmu potravy, a malabsorbční. V poslední době, tak jak roste význam léčby cukrovky a Hypertenze, se rozdělují na výkony bariatrické (tedy převažuje efekt na váhový úbytek) a metabolické (kdy hlavní efekt je spatřován v ovlivnění cukrovky a Hypertenze- komorbidit). Nicméně obě dělení mají jen omezený význam, neboť prakticky všechny výkony vykazují oba efekty. Mění se do určité míry poměr, což je předpokládáno různým efektem na hormonální změny.

## Typy operačních výkonů

Chirurgická léčba obezity přes svoji historii několika desítek let stále hledá ideální chirurgický výkon. Charakteristiky takového výkonu jsou poměrně jednoduché, ideální výkon by měl být chirurgicky technicky jednoduchý, s maximálním efektem, s minimem komplikací a měl by to být výkon reprodukovatelný a pokud možno standardizovatelný. Výkon, který by tato kritéria beze zbytku splňoval, jsme zatím nenašli. Proto můžeme v historii vysledovat šest výkonů, které pro svůj význam můžeme označit jako dominantní.

### Jejunoileální bypass

je prvním z těchto výkonů. Byl používán zejména v 60. a 70. letech minulého století. V zásadě jednoduchá operace spočívající ve vytvoření anastomosisy mezi jejunem a ileem, část tenkého střeva tedy byla exkludována. Nicméně v důsledku příliš častých a někdy až fatálních metabolických komplikací po těchto zákrocích byl tento výkon zcela opuštěn.



### **Vertikální bandážovaná gastroplastika**

spočívá ve vytvoření krátké tubulizované části žaludku od kardií distálně, kde ve vzdálenosti cca 5–8 cm od Hisova úhlu byl přechod do žaludku bandážován obtočeným pruhem Marlexové sítky. Tato metoda si získala rychle na oblibě v 80. letech, nicméně se s odstupem objevovalo velké množství selhání. V 80 a 90. letech v severní Americe sváděla tato metoda souboj s R–Y žaludečním bypase, postupně byla opuštěna.

### **Roux-Y žaludeční bypass (Roux-Y Gastric Bypass, RYGB)**

Tato metoda se objevuje v pozdních 70 a zejména 80. letech, kdy postupně nabývá na výrazné oblibě. Metoda byla původně zamýšlena jako kombinace dvou efektů – obstrukčního a malabsorbčního. Obstrukci zajišťuje malý žaludek, který je v prvním kroku oddělen z horní části žaludku, a který má typicky objem cca 30–50 ml. Druhým krokem je přepojení tenkého střeva



do Y. Typ přepojení popsany původně Rouxem, kdy vzniklá volná klička střeva (tzv. alimentární) je anastomosována na malý žaludeční pouch. Jedno rameno Y, tzv. alimentární, tedy vede potravu, druhé tzv. biliopankreatické vede trávicí šťávy ze žaludku, pankreatu a žlučových cest. Teprve po jejich spojení dojde k natrávení potravy a absorpci. Přes nesporně dobré výsledky v prvních letech po operaci dlouhodobé výsledky přinášejí určité zklamání a proto dnes existuje velká řada modifikací této operace, které se liší tvarem malého žaludečního pouče, délkou jednotlivých ramen tenkého střeva, či dokonce bandážováním malého žaludku.

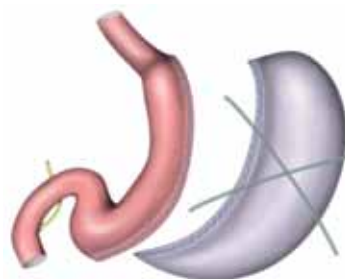
### **Biliopankreatická diverse (biliopnaeatic diversion, BPD)**

je koncipována jako čistě malabsorbční výkon, tedy obstrukce s omezením pacienta v příjmu potravy prakticky chybí a účelem je zabránit vstřebání potravy. Opět je zde použit systém bypassu tenkého střeva, jako u RYGB, avšak společné rameno po spojení má délku (v původní formě dle prof. Scopinara) pouhých 50 cm. Se značným zjednodušením tedy můžeme říct, že potravě zbývá pouhých 50 cm střeva pro vstřebání. Výsledky na váhový úbytek jsou excelentní, rovněž efekt na cukrovku 2. typu, ale tato radikální operace přináší těžké nedostatky vitamínů, stopových prvků a někdy i bílkovin, což potom vede k jejich parenterálnímu podávání. Právě metabolické komplikace po těchto výkonech jsou důvodem proč jejich podíl na všech bariatrických výkonech činí dlouhodobě cca 2 %. Opět existuje řada modifikací se snahou zachovat efekt a snížit komplikace, jako např. biliopankreatická diverse s duodenálním switchem (BPD–DS).

### **Žaludeční bandáž (adjustable gastric banding – AGB)**

představuje v naší krajině asi mediálně nejznámější bariatrickou operaci. Jedná se o typického představitel odstupující operace. Žaludeční bandáž byla zprvu prováděna jako tzv. fixní. Při této operaci byla oddělena malá část žaludku pod kardií a poté byl žaludek podvázán nejčastěji pruhem z cévní protězy, později byl u nás vyráběn i speciální pruh na bandáž. Nevýhoda této operace spočívala v příliš malém „zeleném pásu“, ve kterém bandáž fungovala. Velmi často bylo podvázání příliš těsné (potom pacient zvracel a bandáž musela být uvolněna), nebo příliš volné (potom bandáž neměla dostatečný efekt). V 90. letech se potom objevuje tzv. adjustabilní bandáž, moderní implantát, tvořený silikonovým kroužkem, který se nasazuje kolem horní části žaludku, který má navíc na svém vnitřním obvodu dokola balonek, který je spojen spojovací hadičkou s komůrkou (portem) která je uložena v podkoží. Do portu je možno aplikovat speciální jehlu na stříkačce a přes spojovací hadičku plnit balonek na bandáži a tím regulovat míru seškrcení žaludku. Je tedy možné u každého pacienta individuálně nastavit ideální sevření bandáže pro optimální funkci. Pro svoji jednoduchost a minimální frekvenci časných komplikací si získala velkou oblibu na přelomu tisíciletí, později se však začalo objevovat velké množství selhání a také pozdních komplikací, a tak obliba v první dekádě postupně klesala a tento trend pokračuje i nadále.

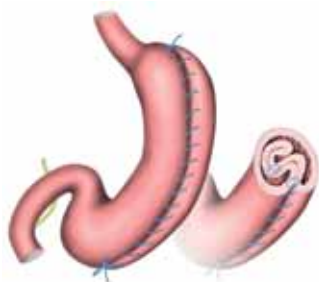
### **Tubulizace žaludku (Sleeve gastric resection – SG)**



získává čím dál větším oblibu v posledních 10 letech. Tento výkon se objevil nejdříve jako součást malabsorbční operace biliopankreatické diverse s duodenálním switchem. Při této operaci byl žaludek zúžen podélnou

resekcí. Když byla tato operace prováděna u superobézních pacientů (BMI více než 60), byla operace pro větší bezpečnost rozdělena do dvou zákroků – při první operaci bylo provedeno zúžení žaludku (tubulizace), poté byl pacient ponechán, aby zhubl, a následně při druhé operaci byla provedena malabsorbční část operace, přepojení tenkého střeva. K překvapení velká část pacientů dosáhla tak dobrých výsledků po pouhé tubulizaci žaludku, že k druhé fázi operace již nepřišla. Proto vznikla myšlenka použít tubulizaci jako samostatný výkon. Následně řada autorů dobré výsledky potvrdila a poté se stala tubulizace žaludku samostatnou bariatrickou operací. Splňuje totiž řadu výše zmíněných vlastností pro ideální operační výkon. Navíc, kromě výrazného obstrukčního efektu, prokazuje i dobré výsledky metabolické, tedy dobrý efekt na cukrovku 2. typu a hypertenzi. Přitom nemá nevýhody malabsorbčních výkonů, tedy výrazné karence vitamínů a stopových prvků.

### Žaludeční plikace (Laparoscopic great curvature plication, LGCP, gastric wrap)



Patří mezi nejmladší operační metody a zatím své místo hledá. Jejím principem je opět obstrukce, způsobená zmenšením objemu žaludku. Toho je dosaženo „vycpáním“ žaludku sebou samým, kdy žaludek je zahrnut do sebe

a následně je výsledný tvar zajištěn přešitím podél celého žaludku. Záměrem bylo zejména snížení invazivity ve srovnání např. s tubulizací žaludku a tím snížení rizika komplikací, spojených s resekcí části žaludku. Tento záměr se, zdá se, daří naplnit. Krátkodobé výsledky jsou horší, než u tubulizace, dlouhodobých výsledků zatím není dostatek a proto je stále tato metoda považována za experimentální.

### Výsledky bariatrických operací

Výsledky jsou nejčastěji v očích veřejnosti posuzovány podle váhového úbytku. Nejčastěji je vyjadřována procentuálním úbytkem nadváhy, %EWL - % Excess Weight Loss. Z medicínského pohledu je však možná mnohem zajímavější efekt na komorbiditu, zejména cukrovku 2. typu, hypertenzi, spánkovou apnoe či hypercholesterolemii.

Z pohledu váhového úbytku se zdá být efekt ve vzestupné řadě (%EWL) bandáž 47,5% –bypass 61,6% – biliopankretická diverse 70,1%. Tato čísla přinesla starší, ale velmi rozsáhlá metaanalýza Buchwalda (2). Tubulizace žaludku 60% a plikace 55% v té době ještě prakticky nebyly prováděny. Ve stejné metaanalýze jsou i zásadní výsledky na komorbiditu, kdy cukrovka se zlepšuje či zcela mizí až v 86%, Hypertenze v 78,5%, spánková apnoe 85,7%(2,3). Přes značný časový odstup od této metaanalýzy novější statistiky zásadnější změny v těchto výsledcích nepřinášejí. Samozřejmě přibývá prací s nejvyšším stupněm evidence, které tyto výsledky potvrzují. Shrnuto, chirurgická léčba prokazuje významně lepší dlouhodobé výsledky v ovlivnění obezity proti konzervativní léčbě. Současně tyto výkony výrazně pozitivně ovlivňují komorbiditu, jako cukrovka 2. typu, Hypertenze a spánková apnoe. Tato skutečnost vede k tomu, že chirurgická léčba se objevuje jako alternativa v guidelines pro léčbu cukrovky 2. typu.

### Volba chirurgického výkonu

Bariatricko-metabolické operace nejsou operace kosmetické. Jsou považovány za výkony zdravotní, a jejich indikace je poměrně jasně dána evropskými guidelines, na jejichž tvorbě se výrazně podíleli odborníci z českých pracovišť. ([http://obesitas.cz/download/interdisciplinari\\_evropska\\_doporuceni\\_metabolicke\\_a\\_bariatricke\\_chirurgie.pdf](http://obesitas.cz/download/interdisciplinari_evropska_doporuceni_metabolicke_a_bariatricke_chirurgie.pdf)).

Zde je potřeba říct, že v České republice je výkon u pacienta – účastníka všeobecného zdravotní-

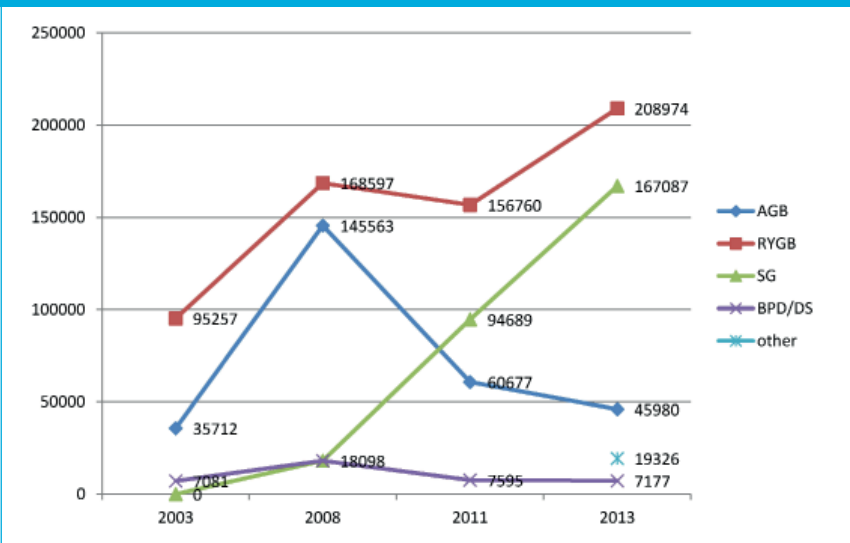
ho pojištění při splnění těchto indikačních kritérií hrazen ze všeobecného zdravotního pojištění. Existuje cca 10 pracovišť, které se této problematice systematicky věnují. Vzhledem ke stávající filosofii úhradového mechanismu je však celkový počet výkonů poměrně stabilní, neboť prakticky všechna tato centra jsou v celkové úhradě limitována. Vlastní volba či preference jednotlivých výkonů v těchto centrech je samozřejmě dána jak všeobecnými, tak i osobními zkušenostmi. Z celkového pohledu je možné říct, že v současné době dominují ve světě dva výkony – tubulizace žaludku a žaludeční bypass. Přitom počet tubulizací má vzestupný trend, počet bypassů stagnuje, resp. relativně se snižuje. Řada nových srovnávacích studií totiž prokazuje, že vliv na váhový úbytek mají tyto operace prakticky stejny. Bypass má lepší výsledky na cukrovku 2. typu, ale současně bypass vykazuje vyšší frekvenci komplikací. V posledních letech klesá užití adjustabilní žaludeční bandáže, zejména pro vysoký výskyt pozdních komplikací, které si vynucují reoperace. Frekvence výkonů viz graf č. 1(12). Podíl čistě malabsorbčních výkonů, jako BPD či BPD-DS zůstává po dlouhou dobu stejný. Přestože výsledky jsou po těchto operacích výborné, současně jsou velmi časté metabolické komplikace při karenci vitamínů, stopových prvků a někdy i bílkovin. Proto jsou tyto výkony indikovány většinou u pacientů supersoboběžných, kde BMI je výše než 60. Velmi často je potom zejména BPD-DS prováděna jako výkon dvoudobý – při první operaci je pacientovi provedena tubulizace žaludku, poté pacient hubne, a s odstupem i řady měsíců je poté provedena malabsorbční část, bypasování tenkého střeva. Tento postup vykazuje méně komplikací, než když se celá operace provede v jedné době. Takový dvoudobý postup se začíná používat čím dál více i pro pacienty s nižším BMI, a někdy je označován jako „postupný přístup“. Vysoké procento pacientů po primární tubulizaci totiž další výkon nepotřebuje, a u pacientů, kde sama tubulizace nestačí můžeme po 2–3 letech doplnit malabsorbční část operace.

### Vlastní zkušenost

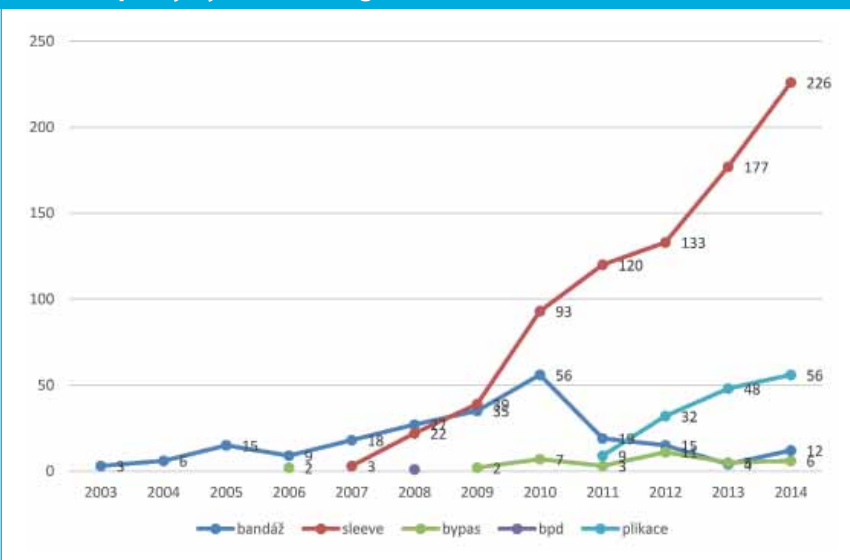
Program bariatrické a metabolické chirurgie jsme začali systematicky rozvíjet v roce 2003 a do pololetí 2015 jsme provedli kolem 1500 primárních operací a reoperací. V našich začátcích jsme prováděli zejména adjustabilní bandáž žaludku, od roku 2007 jsme zavedli tubulizaci žaludku, jejíž počty začaly strmě stoupat. V menším množství potom je zastoupen žaludeční bypass, který používáme převážně při reoperacích. Od roku 2011 potom provádíme i plikaci žaludku (graf č. 2).

Dominantním výkonem v naší sestavě je tubulizace žaludku. Těchto výkonů jsme již provedli více než 1000 a potvrdili jsme si, že se jedná o výkon chirurgicky přiměřeně obtížný, dobře reprodukovatelný a s akceptovatelným počtem komplikací. Výsledky jsou potom velmi dobré - %EWL dosahuje až 70 % ve třetím roce po operaci. Dobrý efekt na cukrovku 2. typu jsme potom zaznamenali až v 80 %. Proto se v současné době přikláníme k filozofii tzv. „postupného přístupu“.

Graf č. 1: počet výkonů ve světě



Graf č. 2: počty výkonů chirurgie Turnov



## Diskuse

Bariatrická chirurgie v současné době představuje nejúčinnější léčbu obezity z pohledu dlouhodobých výsledků. Současně představuje i velmi zajímavou cestu pro léčbu pacientů s cukrovkou 2. typu a velmi dobrý efekt prokazuje i na hypertensi. Přesto, jako každá chirurgie, je

zatížena určitým rizikem komplikací. Proto je neustále vyvíjena snaha po nalezení méně invazivní cesty, s nižším rizikem komplikací. Existují endoskopické metody – intragastrický balon, či „Endo-barrier“, které vykazují uspokojivé výsledky, avšak jejich efekt je limitován nutností odstranění těchto implantátů po 6, resp. 10 měsících.

Nepochybně dobré výsledky při zlepšení cukrovky 2. typu jistě zaslouží pozornost ze strany diabetologů, neboť nejlepší efekt je dosažen u pacientů s krátkou anamnezou diabetu. Bariatričtí chirurgové jsou proto připraveni k ještě intenzivnější spolupráci s praktickými lékaři a diabetology nad těmito pacienty.

Žádný z operačních výkonů nevykazuje 100% výsledky. Je to pochopitelné, neboť zejména dlouhodobé výsledky jsou výrazně závislé na pacientovi, resp. na tom, zda dokáže po bariatrické operaci trvale změnit svůj životní styl – stravovací návyky, ale i celkovou tělesnou aktivitu. Pokud totiž v této oblasti pacient selže, může opět dojít k váhovému přírůstku. Nejčastějším důvodem je postupné zvyšování energetického příjmu, tedy porušování doporučených stravovacích režimů. Dalšími důvody jsou chyby ve skladbě stravy či útlum v tělesné aktivitě. Tedy obecně stejné chyby, které vedly i k předoperační obezitě.

## Literatura:

- M.Fried, V.Hainer, A.Basdevant, et al, Inter-disciplinary European guidelines on surgery of severe obesity, International journal of Obesity 2007, 1-9
- Henry Buchwald, MD, PhD, Yoav Avidor, MD, Eutene Braunwald, MD, et al, Bariatric surgery A Systematic Review and Meta-analysis, JAMA 2004, 292:1724-1737
- Henry Buchwald, MD, PhD, Rhonda Stok, RN, BSN, Kyle Fahrbach, PhD, et al, Weight and Type 2 Diabetes after Bariatric Surgery: Systematic Review and Meta-analysis, The American journal of medicine 2009, 122:248-256
- Holeczy P, Bolek M, Fojtík P, Ševčíková J. Laparoskopická tubulizace žaludku-dvouleté zkušenosti, Endoskopie 2008, 17(3-4): 55-58
- Lars Sjöström, M.D., Ph.D., Kristina Narbro, Ph.D., C. David Sjöström, M.D., Ph.D., et al, Effects of Bariatric Surgery on Mortality in Swedish Obese Subjects, The new England journal of medicine 2007, 357:741-752
- Lars Sjöström, M.D., Ph.D., Anna-Karin Lindroos, Ph.D., Markku Peptonen, Ph.D., et al, Lifestyle, Diabetes, and Cardiovascular Risk Factors 10 Years after Bariatric Surgery, The New England journal of medicine 2004, 352:2683-2693
- Roger Ackroyd, MB, ChB, MD, FRCS, Jean Mouiel, MD, FACS, Jean-Marc Chevalier, MD, PhD, Frederic Daoud, MD, Msc., Cost-Effectiveness and Budget Impact of Obesity Surgery in Patients With Type-2 Diabetes in Three European Countries, Obesity Surgery 2006, 1488-1503
- Kasalický M. Tubulizace žaludku (chirurgická léčba obezity), 1.vyd. Praha-Kroměříž:Triton, 2007
- Martin Fried, Moderní chirurgické metody léčby obezity, Grada Publishing, 2005
- Dumonceau JM. Evidence-based review of the Bioenterics intragastric balloon for weight lost, Obes.Surg 2008, 18(12):1607-1611
- Klára Owen, Moderní terapie obezity, průvodce pro každodenní praxi, MaxdorfJessenius 2012
- Bariatric Surgery Worldwide 2013: L. Angrisani, A. Santonicola, P. Iovino, G. Formisano, H. Buchwald, N. Scopinaro Obesity Surgery, October 2015, Volume 25, Issue 10, pp 1822-1832

# Mýty kolem očkování proti chřipce



**Prof. MUDr. Petr Pazdiora, CSc.**

přednosta Ústavu epidemiologie LF UK v Plzni a FN Plzeň,  
vedoucí protiepidemického odboru KHS  
Plzeňského kraje se sídlem v Plzni.

**Kolem očkování proti chřipce se každoročně vyrojí spousta nepřesných či nepravdivých informací. Nejčastější z nich uvádí na pravou míru prof. MUDr. Petr Pazdiora, CSc., epidemiolog z Fakultní nemocnice v Plzni.**

**Jím zdravě, otužuji se, sportuju a беру vitamíny. Mně chřipka nehrozí.**

Určitě pokračujte ve vašem způsobu života, pro obecnou prevenci děláte maximum. Bohužel virus chřipky napadá i zdravé, trénované sportovce (viz epidemie u fotbalistů, hokejistů, házenkářů). Průběh chřipky může být lehčí, ale rekonvalescence si vyžaduje dalších 7–14 dní omezených aktivit.

**Chřipka přece není tak nebezpečná.**

Nebezpečí chřipky je podceňováno, často bývá zaměňována s pouhým nachlazením. Každoročně jsou kvůli chřipce hospitalizovány milióny lidí na celém světě, jen v ČR v souvislosti s chřipkou ročně umírá až 1 500 lidí.

**Po očkování můžu stejně chytit chřipku.**

Po očkování lze „chytit“ pravou chřipku zcela výjimečně. A pokud ano, bude její průběh mírnější. Bohužel očkování proti chřipce je znevažováno tím, že různá nachlazení, onemocnění horních dýchacích cest jsou označována mylně jako chřipka – ve skutečnosti tyto mírnější klinické průběhy způsobují desítky jiných mikroorganismů. A vakcína proti chřipce může opravdu chránit jenom proti pravé chřipce, která je způsobena virovými původci chřipky.

**Očkování proti chřipce není bezpečné.**

Používání všech léčiv nese s sebou určitá rizika, nežádoucí účinky. Bezpečnost chřipkových vakcín je ale doložena řádnými klinickými studiemi. Případné mírné nežádoucí účinky, vesměs lokálního charakteru, nemohou přebít užitečnost vakcinace.

**Chřipku jsem nikdy neměl/a, takže očkování nepotřebuji.**

Pravděpodobnost, že se s chřipkou setkáte, roste každým rokem.

**Bojím se vedlejších příznaků.**

Vedlejší účinky se ojediněle mohou vyskytnout, ale benefity očkování proti chřipce jsou mnohem vyšší.

**Nechal/a jsem se očkovat loni, takže letos očkování nepotřebuji.**

Bohužel virus chřipky neustále mutuje, takže je třeba provádět očkování nově připravenými vakcínami každoročně.

**Ještě mám doma zbylá antibiotika po angíně, když tak si je vezmu.**

Pozor! Antibiotika nepůsobí na viry, lze je použít jen na případné bakteriální komplikace chřipky.

**Očkování nemá smysl, nikdo neví, jaký typ viru pak udeří.**

Na základě celosvětového sledování cirkulace virů chřipky je odhad kmene chřipky, který bude cirkulovat v nadcházející sezóně, velmi vysoký.

**Očkování má smysl jen pro starší lidi a chronicky nemocné.**

Smyslem jejich očkování je zabránit komplikacím a úmrtím v důsledku chřipky, což je potvrzeno řadou studií. U mladších lidí a lidí bez chronického onemocnění je ale důležitá i prevence pracovní neschopnosti, nemožnosti chodit do školy apod. Smysl má i kolektivní ochrana, kdy očkování jedince chrání nejen sebe, ale i své blízké.

# Stres jako příčina většiny nemocí

Na příkladě onemocnění jedné mé pacientky vám chci ukázat, jaký zásadní vliv má stres na naše zdraví a zároveň dokládám na několika laboratorních hodnotách, co udělá zklidnění pacienta s jeho patologickou laboratoří. Moje pacientka, ročník 1968, štíhlá žena zdravě se stravující, pracuje v pojišťovně jako OSVČ v čistě provizním systému odměňování. V předešlých letech často navštěvovala mojí ordinaci s častými záněty průdušek. Nikdy však nic vážného, při pravidelných laboratorních kontrolách však neustále měla vyšší cholesterol, a to jak celkový (neustále se pohybující mezi 6–7,5), tak LDL (pohybující se mezi 3,5–4). Při rozboru jídelníčku neměla žádná tučná jídla, což dokládala i její štíhlá postava. Loni na podzim se však určité věci začaly měnit. Náhle přišla s tím, že jí začínají bolet a otékat PIP klouby obou rukou. Tyto klouby byly prakticky všechny skutečně mírně oteklé a palpačně bolestivé, DIP klouby zcela bez patologie. Navíc měla bolestivý příčný stisk obou rukou. Udělali jsme laboratoř viz obrázek 1, kde kromě standardně vyššího cholesterolu měla vyšší CRP a lehce vyšší sedimentaci. Sama udávala, že její matka má revmatoidní artritidu. Jako správný "hmoťák" a psychosomatickou medicínou nezašazený lékař bych měl pacientku poslat na revmatologii k dovyšetření a vyloučení revmatoidní artritidy. Ale protože "hmoťák" nejsem, začali jsme s pacientkou rozebírat její život a přišli jsme na to, že je již léta v permanentním stresu, především v práci, kde na ní neustále tlačí nadřízení na zvýšení počtu uzavřených pojistek, dále s manželem musejí splácet dům, živit děti na školách. Manžel dělá stejnou práci jako ona, tudíž nemají nikdy žádnou jistotu, zda každý měsíc vydělají dostatek financí, aby vše utáhli. Do toho se ode mě dozvěděla, že podle toho, jak to nyní vypadá, se jí zřejmě začíná rozvíjet revmatoidní artritida, vzhledem k tomu, že její matka tuto nemoc má v pokročilém stadiu již s deformitami kloubů, moc dobře věděla, co nemilého tato diagnóza znamená.

Vzhledem k tomu, že se jedná o inteligentní ženu, jsem jí položil základní triviální otázky. Chcete se uzdravit? Nebo chcete zbytek života navštěvovat všemožné ordinace, navštěvovat

množství odborných lékařů, kteří i při nejlepší snaze vám stejně příliš nepomohou? Jen budou mírnit vaše bolesti a zpomalovat chorobu, která vám možná zdeformuje prsty stejně jako vaší matce. Chcete do svého těla dostávat léky s množstvím nežádoucích účinků? Nepřekvapila mě, zvolila první možnost. Jasně jsem jí řekl, že však musíme něco udělat s permanentním stresem, dále pomocí autosugesce změnit určité věci v podvědomí a to vše musíme začít dělat hned...

V reálu to znamenalo toto. Jako hlavní příčina jejích současných i budoucích potíží byl jednoznačně identifikován stres v práci. Bude muset stávající práci opustit, nebo si práci zařídit tak, aby jí práce přestala stresovat. Dále bude muset snížit svoje permanentní napětí sympatického nervového systému, které se projevuje neklidným spánkem s častým probouzením. Dále budeme muset ovlivnit podvědomí pomocí autosuges-

Obrázek 1

Název metody	23. 12. 2014 7.00	Jednotky	Hodnocení	Ref. meze
<b>SÉRUM_arteriální_KREV</b>				
S_Urea	5.0	mmol/l	1*	2.8 - 7.2
S_Kreatinin	93.3	umol/l	1*	44.0 - 80.0
S_Bilirubin	10.3	umol/l	1*	2.0 - 21.0
S_ALT	0.34	ukat/l	1*	<= 0.57
S_AST	0.73	ukat/l	1*	0.00 - 0.52
S_Cholosterol	6.00	mmol/l	1*	3.10 - 5.20
S_Cholosterol HDL	1.79	mmol/l	1*	>= 1.15
S_Cholosterol LDL-výp.	3.45	mmol/l	1*	0.00 - 3.88
S_Triacylglycerol	2.06	mmol/l	1*	<= 2.30
qS_Index aterogenity K	2.4	1	1*	0.0 - 3.0
S_Glukóza	5.01	mmol/l	1*	3.60 - 5.60
qS_GF-MDRD 4	0.93	ml/s/1.7	1*	1.00 - 2.30
qS_GF CKD-EPI	1.553	ml/s/1.7	1*	1.580 - 2.670
S_C-reaktivní prot. IT	12.85	mg/l	1*	0.00 - 5.00
S_Tyroidální stim.h	2.19	mUit	1*	0.40 - 4.00
S_T4 - volný	16.1	pmol/l	1*	11.5 - 22.7
<b>CLEARÉNCI_KREATININU</b>				
S_Kreatinin	93.3	umol/l	1*	44.0 - 80.0
<b>KQ=OFF_arteriální_KREV</b>				
<b>Krevní obraz</b>				
B_Leukocyty pf. [WBC]	8.6	10 <sup>9</sup> /l	1*	4.0 - 10.0
B_Erytrocyty pf. [RBC]	4.29	10 <sup>12</sup> /l	1*	3.80 - 5.20
B_Hemoglobin [HGB]	121.0	g/l	1*	120.0 - 160.0
B_Hematokrit [HCT]	0.396	1	1*	0.350 - 0.470
B_Sit.obj.eryt. [MCV]	92	f	1*	82 - 98
B_Barivo eryt. [MCH]	30.7	pg	1*	28.0 - 34.0
B_Sif.barev.kon.[MCHC]	332.0	g/l	1*	320.0 - 360.0
B_Trombocyty pf. [PLT]	353	10 <sup>9</sup> /l	1*	150 - 400
B_Tromb.stf.obj. [MPV]	7.0	f	1*	7.8 - 11.0
B_Erytr.křivka [RDW]	11.5	%	1*	10.0 - 15.2
<b>Diferenciální strojový</b>				
B_Neutrofyly	0.588	1	1*	0.450 - 0.700
B_Lymfocyty	0.300	1	1*	0.200 - 0.450
B_Monocyty	0.058	1	1*	0.020 - 0.120
B_Eozinofyly	0.017	1	1*	0.000 - 0.050
B_Bazofyly	0.007	1	1*	0.000 - 0.020
<b>EV_arteriální_KREV</b>				
B_Sedimentary 1	10	mm	1*	7 - 13
B_Sedimentary 2	32	mm	1*	25 - 28

ce, aby podvědomí vyslalo signály imunitnímu systému a zklidnilo ho a imunitní systém přestal atakovat klouby.

Výsledek? Pacientka opustila své tehdejší pracovní místo. V pojišťovně však zůstala, šla však na jinou pozici, sice finančně hůře honorovanou, ale naprosto klidnou, kde jí práce vůbec nestresuje. Dále jsem jí doporučil, aby užívala Mučenku pletní, což je bylina, která zklidňuje napětí sympatiku, aniž by dotyčného uspávala. A jako poslední věc jsem jí doporučil, aby si koupila a přečetla knihu *Moc podvědomí II* od Josepha Murphyho, což je naprosto zásadní kniha, která jí více ozřejmí příčinu jejích potíží a naučí jí pomocí autosugesce ovlivnit děje v organismu tak, jak ona sama chce – naučí se pomocí ducha ovládat hmotu.

Pacientka skutečně splnila vše, na čem jsme se spolu dohodli a pozitivní výsledek na sebe nenechal dlouho čekat. Klouby rukou jí přestaly bolet a otékat již po 2 měsících a dodnes jí nezačaly znovu bolet. V laboratoři v květnu 2015 již bylo CRP ve fyziologických mezích viz obrázek č. 2. Jen cholesterol se stále držel výše. Uklidňoval jsem jí po této laboratoři, že zvýšená výroba cholesterolu v játrech má větší setrvačnost a trvá delší dobu, než se srovná k normálu. Což jsem si naprosto v tu chvíli vymyslel, ale chtěl jsem jí naladit na pozitivní notu, aby nebyla smutná, že ten zpropadený cholesterol je stále vyšší. Má slova se naštěstí potvrdila. V laboratoři v říjnu 2015 viz obrázek č. 3 je již cholesterol prakticky v normálu a klesla již i sedimentace.

To, co je však nejpodstatnější je to, že pacientka se cítí naprosto skvěle. Za celý rok nebyla ani jednou nemocná, což v minulých letech vůbec nezažila.

Praktický lékař by měl být především dobrým pozorovatelem. Já pozoruji, že stres stojí za naprostou většinou všech chorob, se kterými se v ordina-

ci setkávám. Stresová reakce, která pomáhala v pravěku člověku přežít třeba půlhodinu či hodinu, když utíkal před mamutem či jinou šelmou a poté ustala, dnes trvá u mnoha jedinců měsíce až roky. Dlouhodobě aktivovaný systém renin–angiotensin–aldosteron společně s dlouhodobě aktivovaným sympatikem a nadledvinami dokážou během několika let natolik měnit fungování organismu, že náhle je z funkční poruchy porucha strukturální. V této fázi je již velice těžké a mnohdy i nemožné vrátit organismus do původního zdravého plně funkčního stavu. Jako jeden z projevů dlouhodobého stresu je i vyšší cholesterol. Velice markantní je to u štíhlých a nízkotučně se stravujících jedinců. Vše je logické. Co je cholesterol? No přece tkáňové lepidlo! Kdy začne organismus produkovat více reparačního tkáňového lepidla? No tehdy, kdy bude cítit, že na jeho těle dojde k újmě. A to probíhá nejčastěji kdy? No přece když bojuje o život. A v tuto chvíli v tomto boji mu pomáhá stresová reakce těla. Kruh se uzavírá.

Naši pacienti dlouhodobě vystavení stresu uvnitř svého těla vlastně neustále bojují o život, akorát, že při tom třeba sedí v kanceláři nebo doma v obýváku. Ten neustálý nárůst kardiovaskulárních chorob, autoimu-

Obrázek 2

Název metody	13. 10. 2015 6:54	Jednotky	Hodnocení	Ref. meze
<b>SÉRUM_prim.mat.KREV</b>				
S_ALT	0,23	ukat/l	(*)	<= 0,57
S_Cholesterol	5,46	mmol/l	(*)	3,10 - 5,20
S_Cholesterol HDL	1,82	mmol/l	(*)	>= 1,15
S_Cholesterol LDL-vyp.	3,21	mmol/l	(*)	0,00 - 3,88
S_Triacylglycerol	1,15	mmol/l	(*)	<= 2,30
qS_Index aterogenity K.	2,0	l	(*)	0,0 - 3,0
S_C-reaktivní prot. IT	3,12	mg/l	(*)	0,00 - 5,00
<b>FW_prim.mat.KREV</b>				
B_Sediment.ery 1	6	mm	(*)	7 - 13
B_Sediment.ery 2	20	mm	(*)	26 - 28
Laboratorní čísla: 13. 10. 2015 1013.TC-0009, 1013.TB-0009, 1013.TH-0009				
13. 10. 2015 1013.TB-0009	Uvolnil:	Kubín Pavel Ing.		
13. 10. 2015 1013.TH-0009	Uvolnil:	Kubín Pavel Ing.		

nitních chorob, zhoubného bujení je jen a jen následek dlouhodobého stresu. Nemoci prostě nepadají z nebe. Každý z nás si v sobě neseme geneticky určitou slabost pro něco. Máme prostě sklon k určité chorobě. Za normálních okolností se tato slabost formou onemocnění neprojeví. Projeví se až tehdy, když budeme oslabeni. Buď fyzicky, nebo psychicky. Psychika totiž ovlivňuje imunitní systém, a to velice silně. Pokud psychika pod vlivem stresu bude narušena, vymkne se i imunitní systém kontrole.

Jakákoliv nemoc našich pacientů či naše nás informuje o tom, že s naším životem není něco v pořádku. Stres jako příčina ční vysoce nad všechny ostatní příči-

ny nemoci. Naše těla jsou vlastně dokonalá, reparační a samoúdržavné schopnosti našich těl jsou naprosto fantastické. Když je ale něčeho moc, tak ani tyto naše reparační schopnosti nemohou nápravu zvládnout. Proto se snažme dlouhodobý intenzivní stres u našich pacientů odhalovat a pomáhejme jim si zhoubné působení stresu uvědomit, protože jen toto je ta opravdová primární prevence.

**MUDr. Milan Kozlík**  
praktický lékař, Tachov

**Obrázek 3**

Anamnéza		Tisk dne: 14.10.2015 v 8:15:24		
Klinická laboratorie Praktický Tachov pracoviště Státního ústavu Václavská 1500 34701, Tachov		Kuzm Paveš, s.r.o. IČP: 48317801 Odb: 001 Telefon: 374 718 236		
Jméno: Schweinerová Zuzana		Zároveň: Tachov, Praktický lékař		
ID: 6854046486	F, Věk: 47	Tachov, Státní ústav 383		
Diagnóza: E79C		Lékař: Kozlík Milan MUDr		
ZP: 207		IČP: 49000001	Odb: 001	
Telefon: 374 723 518				
Dobrá: 14. 8. 2015 7:10:00	Příjem: 14. 8. 2015 7:11:00	Výše: 14. 8. 2015 8:00:00		
Název metody	Tit	Jednotky	Hodnota	Ref. rozsah
<b>SRUM_aminokyseliny</b>				
S_Cholésterol	7,09	mmol/l	0,11 *	0,10 - 0,20
S_Cholésterol HDL	1,48	mmol/l	1,14 *	1,16
S_Cholésterol LDL vpp	5,23	mmol/l	1,17 *	0,90 - 1,89
S_Triacylglycerol	1,12	mmol/l	1,14 *	< 2,30
SR_Protein albuminy K	3,9	g/l	0,18 *	0,1 - 0,2
S_Skúria	4,82	mmol/l	1,14 *	0,80 - 0,80
S_Creatinin pred. IT	2,38	mg/l	1,14 *	0,20 - 0,20
<b>SRUM_aminokyseliny</b>				
Kreatinin				
R_Laktololol (BNC)	2,7	10 <sup>12</sup> /l	1,14 *	4,0 - 10,0
R_Erytrocyty (BNC)	4,28	10 <sup>12</sup> /l	1,14 *	3,80 - 5,20
R_Hemoglobin (BNC)	103,0	g/l	1,14 *	100,0 - 160,0
R_Hematokrit (BNC)	0,389	l/l	1,14 *	0,350 - 0,470
R_Sifitolyty (BNC)	91	g/l	1,14 *	80 - 98
R_Sifitolyty (BNC)	31,1	g/l	1,14 *	28,0 - 34,0
R_Sifitolyty (BNC)	342,8	g/l	1,14 *	300,0 - 380,0
R_Trombocyty (BNC)	330	10 <sup>9</sup> /l	1,14 *	150 - 400
R_Trombocyty (BNC)	7,2	g/l	1,14 *	7,6 - 11,2
R_Erythritol (BNC)	12,0	%	1,14 *	10,0 - 10,2
Bilirubin celkový				
R_Bilirubin	0,028	g/l	1,14 *	0,400 - 0,700
R_Bilirubin	0,222	g/l	1,14 *	0,200 - 0,400
R_Monosyl	0,116	g/l	1,14 *	0,000 - 0,100
R_Bilirubin	0,019	g/l	1,14 *	0,000 - 0,050
R_Bilirubin	0,000	g/l	1,14 *	0,000 - 0,020
<b>SRUM_aminokyseliny</b>				
R_Sediment ary 1	12	mm	1,14 *	7 - 12
R_Sediment ary 2	30	mm	1,14 *	20 - 28
Laboratorní data: 14. 8. 2015 7:10:00 14. 8. 2015 8:00:00 14. 8. 2015				

**Obrázek 4**

Anamnéza		Tisk dne: 14.10.2015 v 8:15:29		
Klinická laboratorie Praktický Tachov pracoviště Státního ústavu Václavská 1500 34701, Tachov		Kuzm Paveš, s.r.o. IČP: 48317801 Odb: 001 Telefon: 374 718 236		
Jméno: Schweinerová Zuzana		Zároveň: Tachov, Praktický lékař		
ID: 6854046486	F, Věk: 47	Tachov, Státní ústav 383		
Diagnóza: Z00		Lékař: Kozlík Milan MUDr		
ZP: 207		IČP: 49000001	Odb: 001	
Telefon: 374 723 518				
Dobrá: 14. 8. 2015 7:00:00	Příjem: 14. 8. 2015 7:00:00	Výše: 14. 8. 2015 8:00:00		
Název metody	Tit	Jednotky	Hodnota	Ref. rozsah
<b>SRUM_aminokyseliny</b>				
S_Cholésterol	6,43	mmol/l	1,11 *	0,10 - 0,20
S_Cholésterol HDL	1,62	mmol/l	1,14 *	1,16
S_Cholésterol LDL vpp	4,02	mmol/l	1,14 *	0,90 - 1,89
S_Triacylglycerol	2,11	mmol/l	1,14 *	1,0 - 2,0
SR_Protein albuminy K	3,0	g/l	1,14 *	0,1 - 0,2
S_Skúria	3,48	mmol/l	1,14 *	0,80 - 0,80
<b>SRUM_aminokyseliny</b>				
Kreatinin				
R_Laktololol (BNC)	7,8	10 <sup>12</sup> /l	1,14 *	4,0 - 10,0
R_Erytrocyty (BNC)	4,28	10 <sup>12</sup> /l	1,14 *	3,80 - 5,20
R_Hemoglobin (BNC)	136,0	g/l	1,14 *	100,0 - 160,0
R_Hematokrit (BNC)	0,390	l/l	1,14 *	0,350 - 0,470
R_Sifitolyty (BNC)	91	g/l	1,14 *	80 - 98
R_Sifitolyty (BNC)	31,1	g/l	1,14 *	28,0 - 34,0
R_Sifitolyty (BNC)	342,8	g/l	1,14 *	300,0 - 380,0
R_Trombocyty (BNC)	330	10 <sup>9</sup> /l	1,14 *	150 - 400
R_Trombocyty (BNC)	6,9	g/l	1,14 *	7,6 - 11,2
R_Erythritol (BNC)	11,5	%	1,14 *	10,0 - 10,2
Bilirubin celkový				
R_Bilirubin	0,046	g/l	1,14 *	0,400 - 0,700
R_Bilirubin	0,288	g/l	1,14 *	0,200 - 0,400
R_Monosyl	0,007	g/l	1,14 *	0,000 - 0,100
R_Bilirubin	0,013	g/l	1,14 *	0,000 - 0,050
R_Bilirubin	0,000	g/l	1,14 *	0,000 - 0,020
<b>SRUM_aminokyseliny</b>				
R_Sediment ary 1	10	mm	1,14 *	7 - 12
R_Sediment ary 2	30	mm	1,14 *	20 - 28
Laboratorní data: 14. 8. 2015 7:00:00 14. 8. 2015 8:00:00 14. 8. 2015				

# Zpráva ze zahraniční cesty

Na přelomu září a října tohoto roku proběhla v Glasgow výroční konference primární péče pod patronátem Royal College of General Practitioners (RCGP Annual Conference of Primary Care) s ústředním tématem "Rozšiřování horizontů péče" (Expanding horizons of care). S touto konferencí byl spojen výměnný pobyt v rámci programu Vasco de Gama Movement (VdGM) určený pro mladé praktické lékaře. Výměny se zúčastnilo celkem 14 delegátů.

Ve Skotsku jsem strávila celkem týden, během kterého proběhla návštěva ordinace praktického lékaře, prekonference, hlavní RCGP konference a doprovodný kulturní program.

Vzhledem k státnímu svátku se návštěva ordinace omezila pouze na jeden den, což je skutečně málo a osobně bych to označila spíše jako "ochutnávku".

Prekonference byla určená zejména školícím se praktickým lékařům a lékařům do 5let od dokončení specializace. Společně jsme diskutovali postřehy z návštěvy místního praktického lékaře a zároveň se snažili podchytit nejvýraznější pozitiva a negativa v organizaci primární péče v jednotlivých – mateřských státech. Mně osobně tento workshop připadal jako jeden z nejintenzivnějších a nejprínosnějších. Co se týče konkrétně Skotska, jako velice dobře fungující a potenciálně inspirující bylo vyhodnoceno následující:

- telefonická triage pacientů před samotnou návštěvou ordinace (provádí vyškolená sestra)

- flexibilita a variabilita práce PL (např. možnost práce ve více ordinacích, v ordinaci a nemocnici zároveň, bohaté příležitosti pro akademickou a výzkumnou činnost atd.)
- efektivní multioborová spolupráce
- dobrá časová organizace dne a rozložení povinností

### Samozřejmě došlo i na negativa:

- neúnosně dlouhé čekací doby ke specialistům
- nedostatek času pro konzultaci/vyšetření pacienta (10 min)

Následující 3 dny byly plně věnované hlavní RCGP konferenci primární péče, kde byly prezentovány největší klinické poznatky z oblasti primární péče i globálního zdraví. Zároveň byla živě diskutována aktuální vládní strategie, omezení a nařízení, která se přímo dotýká primárního sektoru ve Spojeném Království.

Celý výměnný program i samotná hlavní konference byly špičkově zorganizované. Svým kolegům bych účast na VdGM výměnách a programech jednoznačně doporučila – z mého pohledu se jedná o velice inspirující a motivující setkání.

**MUDr. Petra Kánská**  
OPL s.r.o., Hrochův Týnec.





# Tisková konference na téma obezita a zázračné diety

Tisková konference na téma obezita, genetika a zázračné diety proběhla 8. 10. 2015 za účasti významných českých specialistů v Akademickém klubu 1. Lékařské fakulty UK Praha. Konferenci moderoval prim. MUDr. Sucharda, CSc. a jako prvního v programu uvedl profesora Svačinu - předsedu České lékařské společnosti JEP, která si mimo jiné ve svém programu předsevzala boj proti nevědeckým metodám a takzvanému šarlatánství. Vzniklá nová komise ČLS JEP, v jejímž čele stojí profesor Beneš se bude snažit také o zvýšení zdravotní gramotnosti českých občanů (v současné době se nacházíme dle proběhlého šetření na jednom z posledních míst v Evropě spolu s Bulhary). Jako další vystoupil profesor Haluzík, který hledal odpověď na otázku smysluplnosti genetického vyšetřování obézních osob a následně vysokých finančních nákladů a plateb pacientů. Nárůst obezity v posledních desetiletích není důsledkem změněných genetických dispozic, ale změnou životního stylu s neomezenou dostupností energetické stravy a výrazným snížením fyzické aktivity. Dědičnost obezity je daná kombinací desítek, snad až stovek různých genů a jejich vzájemným působením s vlivy prostředí. Je tudíž velmi obtížné určit význam jednotlivých genů při vzniku obezity a jejích komplikací. Genetické vyšetřování obézních osob a určení variant různých genů má v současné době význam vědecký, ale chybí důkazy pro účinnost doporučení založených na konkrétních genetických variantách. Dle profesora Haluzíka je současná obezitologie více než jiné lékařské obory opředena nevědeckými postupy.

Jako další se ujala slova PhDr. Iva Málková (STOB, Praha) která se věnovala tématu „Zázračné“ diety a realita. Jídlo dnes přestalo sloužit k uspokojování hladu, ale stalo se modlou či postrachem, slouží k umocňování pohody či řešení stresu. Dle doktorky Málkové se nestačí zabývat pouze chováním člověka (co jíst a nejíst a jak se hýbat), ale také myšlením a emocemi, které vedou k nevhodným stravovacím a pohybovým návykům. Není třeba volit žádné „módní“ diety, ale naučit se přístup, který vede pomalými krůčky k trvalé životní změně. Řešení obezity nevidí Dr. Málková ani tak v samotné redukci váhy, jako v trvalém udržení váhových úbytků.

Závěrem tiskové konference vystoupil profesor Fried z Centra pro léčbu obezity a metabolických onemocnění se zásadními novinkami v chirurgické léčbě obezity a cukrovky. Chirurgická léčba se posunula od původního zaměření operovat proto, aby nemocný redukoval svou hmotnost ke zcela nové koncepci nazvané „metabolická“ chirurgie, tj. operace s cílem léčit s obezitou spojená závažná (zejména metabolická) onemocnění např. cukrovku 2. typu. Operace má významný přínos i u vybraných diabetiků, kteří nemají vysokou hodnotu BMI, tj. nejsou těžce obézní. Vede k dramatickému zlepšení i nezávisle na změně váhy, léčebný efekt přetrvává řadu let i desetiletí. Česká republika patří mezi vyspělé a progresivní země, kde jsou již tyto operace hrazeny z veřejného zdravotního pojištění.

**MUDr. Jana Vojtíšková**  
redaktorka časopisu Practicus

# Zdravotní gramotnost v ČR je nízká

Reprezentativní výzkum zdravotní gramotnosti v České republice proběhl na přelomu let 2014/2015. Na tiskové konferenci, která proběhla za přítomnosti a pod záštitou Hlavního hygienika ČR a náměstka ministra zdravotnictví, MUDr. Vladimíra Valenty a spoluautora výzkumu profesora Jürgena Pelikana (Vídeň) dne 15. října 2015, byly zveřejněny jeho výsledky. Nejsou pro české obyvatelstvo příliš lichotivé. Ve srovnání devíti evropských zemí dopadlo hůře jen Bulharsko.

„Rozvoj zdravotní gramotnosti patří mezi prioritní témata v rámci Národní strategie Zdraví 2020,“ uvedl na tiskové konferenci Vladimír Valenta. Existence a schválení Národní strategie Zdraví 2020 na úrovni vlády je nezbytnou podmínkou pro využívání finančních prostředků z evropských fondů pro celé české zdravotnictví v období let 2014–2020. Aby tato podmínka byla splněna zcela, byly vytvořeny implementační dokumenty – akční plány – podle stanovených prioritních témat. Cílem akčního plánu číslo 12 je zlepšit zdravotní gramotnost v ČR vcelku i ve vymezených cílových skupinách, doložit její zvýšení v měřitelných jednotkách a přípravou Národního plánu rozvoje zdravotní gramotnosti položit základy pro její další soustavný růst.

Aby bylo možné situaci průběžně monitorovat a posuzovat účinnost implementovaných opatření ke zvýšení zdravotní gramotnosti, navrhl PhDr. Zdeněk Kučera, člen pracovní skupiny rozvoje zdravotní gramotnosti využít již existující metodiky a provést sociologické šetření, které by bylo reprezentativní pro ČR. Studie byla realizována Státním zdravotním ústavem v rámci spolupráce Ministerstva zdravotnictví ČR a Kanceláře WHO v ČR.

## Výsledky průzkumu

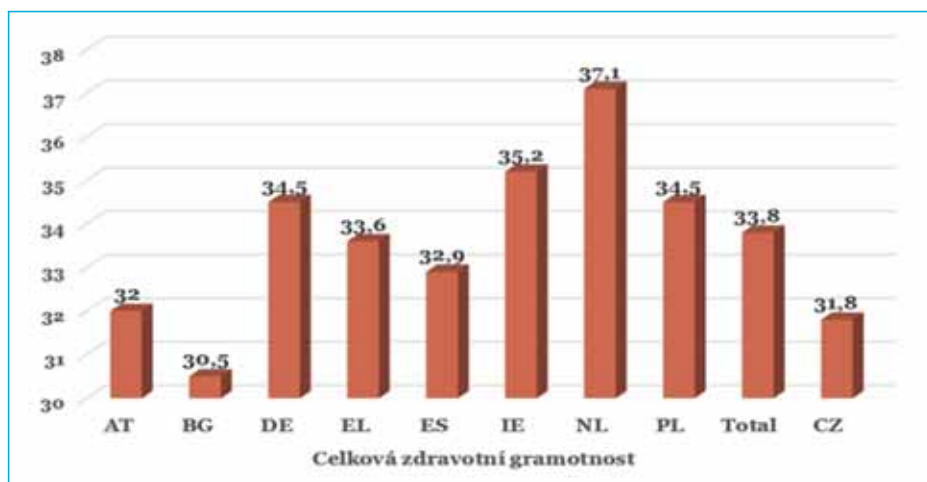
Úroveň zdravotní gramotnosti obyvatel České republiky zaostává za průměrem zemí Evropské unie, které se zúčastnily mezinárodního srovnávacího výzkumu. Mezi devíti sledovanými zeměmi zaujímá Česká republika předposlední místo, za ní se umístilo pouze Bulharsko. Většina respondentů dotazovaných v České republice vykazovala podprůměrnou úroveň zdravotní gramotnosti.

Zdravotní gramotnost byla zjišťována ve třech oblastech: (a) v oblasti **zdravotní péče**, tedy schopnosti orientovat se v systému zdravotní péče a adekvátně jej využívat, (b) v oblasti **prevence nemocí**, tedy schopnosti nalézt a využívat účinné způsoby předcházení konkrétním onemocněním a (c) v oblasti **podpory zdraví**, tedy poznání, jak rozvíjet a posilovat vlastní zdraví. Zkoumány byly především schopnosti **získat informace, vyhodnotit je**, a nakonec **přijmout rozhodnutí**. Z těchto dílčích údajů byl nakonec vytvořen skór **celkové zdravotní gramotnosti**.

Z výzkumu, v němž byl dotazován soubor 1037 respondentů z celé ČR, vyplynulo, že téměř **60 % (59,4 %)** dospělých obyvatel ČR vykazovalo **neadekvátní nebo problematickou úroveň celkové zdravotní gramotnosti**. Převaha omezené zdravotní gramotnosti byla zaznamenána rovněž v oblasti **prevence nemocí** (54,1 %) a zejména u **podpory zdraví** (64,1%); pouze pokud jde o orientaci v oblasti zdravotní péče, mírně převažovala nadprůměrná úroveň zdravotní gramotnosti (50,5 %).

Nepříznivá situace je patrná i v mezinárodním srovnání. Z devíti zemí EU, v nichž zatím proběhlo šetření, zaujímá Česká republika předposlední místo, jak je patrné z grafu.

Česká republika zaostává především za zeměmi, které v této oblasti představují špičku, tj. za Nizozemskem, Irskem, Německem a Polskem.



AT = Rakousko; BG = Bulharsko; D = Německo (Severní Porýní – Vestfálsko); EL = Řecko; ES = Španělsko; IE = Irsko; NL = Nizozemsko; PL = Polsko; Total = Průměr EU-8 (bez České republiky); CZ = Česká republika

Úroveň zdravotní gramotnosti, podle našich zjištění, je podmíněna především **finančními problémy** respondenta, jeho **věkem**, úrovní **vzdělání** a **sociálním statusem**. Zjednodušeně můžeme říci, že osoba s nízkou úrovní zdravotní gramotnosti bude mít s vyšší pravděpodobností finanční problémy, bude se jednat o starší osobu s nižším vzděláním a s pocitem nižšího postavení

v sociální hierarchii. Na druhé straně vede nižší úroveň zdravotní gramotnosti k horšímu hodnocení vlastního zdravotního stavu a vyšší spotřebě zdravotní péče, uvádí realizátor průzkumu v ČR PhDr. Zdenek Kučera.

MUDr. Marta Šimůnková

MUDr. Jana Vojtíšková

## Zdravotní gramotnost

Zdravotní gramotnost (health literacy) je relativně nový pojem. V odborné literatuře se začal objevovat v 70. letech minulého století, zvýšená pozornost mu je věnována posledních 20 let. Dobrá zdravotní gramotnost je předpokladem dobré péče o vlastní zdraví, čím se sníží riziko výskytu preventabilních chorob, prodlouží se život populace ve zdraví a sníží se nárůst výdajů na zdravotní péči u stárnoucí populace ve vyspělých zemích celého světa.

Zdravotní gramotnost lékařů a dalších zdravotnických pracovníků spočívá zejména v dobré komunikaci s pacientem. U pacientů lze za zdravotní gramotnost označit schopnost orientovat se v systému zdravotnictví, docenit přínos preventivních opatření, pochopit význam svého podílu na léčbě a získávat i využívat potřebné informace.

Potřebujeme zdravotně gramotné politiky, lékaře, učitele, novináře, další odborníky i všechny občany. Základem zdravé společnosti by se měly stát zdravotně gramotné rodiny, školy, média, organizace a instituce, vstřícný zdravotnický systém a orgány veřejné správy soustavně rozvíjející zdravotní gramotnost a plně respektující hodnotu zdraví pro jedince i společnost. Zvýšení zdravotní gramotnosti lze označit za důležitý medicínský, sociální, ekonomický i politický úkol.

prof. MUDr. Jan Holčík, DrSc., předseda pracovní skupiny pro zdravotní gramotnost Zdraví 2020

## WHO podporuje rozvoj zdravotní gramotnosti

Zdravotní gramotnost je pojmem, kterému věnuje WHO v posledních letech rostoucí pozornost, ať už ve svých strategických dokumentech jako je Zdraví 2020, v monografické publikaci (The Solid Facts) nebo na nedávném Regionálním výboru Evropské kanceláře v Litvě.

V rámci Evropského Parlamentu byl v červenci 2015 pořádán workshop na téma zdravotní gramotnosti v Evropě s cílem otevřít téma na evropské úrovni, a umístit jej i do tvorby politik EU jako důležitý koncept, který podporuje přístup ke zdraví a staví občany a pacienty do centra zdravotní péče. Tento koncept je zaměřen také na podporu lepšího pochopení zdravotní gramotnosti mezi tvůrci politik a klíčovými zúčastněnými stranami s cílem, aby se zasadili k prosazování iniciativ na toto téma.

MUDr. Alena Šteflová, reditelka kanceláře WHO v ČR

# ADHD – Hlavolam pro dospělé

Psychiatrická nemocnice Kosmonosy uspořádala 1. října již po sedmé mezioborové sympozium tradičně nazývané Hlavolam. Jediným letošním tématem byla diagnóza: porucha pozornosti s hyperaktivitou (ADHD, attention deficit - hyperactivity disorder).

Pravděpodobně jsou i mezi pacienty praktických lékařů nemocní, které ADHD trápí a trápí také jejich okolí. Tito lidé jsou nikoli svévolně zapomětliví, nedůslední, „nespolehliví“, impulsivní, nedokončují včas práci, prokrastinují, chodí pozdě, nebo nepřijdou vůbec. Určitě stojí za úvahu na tuto diagnózu myslet a doporučit suspektním nemocným psychiatrické vyšetření a následnou léčbu, která je již i v ČR pro dospělé k dispozici. Je však lépe na ADHD vyslovit podezření, protože jde o diagnózu u dospělých poměrně novou, a ani zkušený psychiatr její přítomnost nemusí docenit.  
Více na [www.adhd.cz](http://www.adhd.cz) a [www.nepozorní.cz](http://www.nepozorní.cz).

Úvodní slovo Hlavolamu patřilo hlavní organizátorce a hlavní odborné garantce sympózia, prim. MUDr. Veronice Kotkové, která zdůraznila, že mnohé psychiatrické diagnózy jsou v současnosti považovány za celoživotní. Michal Goetz vysvětlil, že ADHD je geneticky podmíněná neurovývojová porucha, která vzniká v raných vývojových obdobích a často (ve více než 50 %) zůstává přítomna do dospělosti. Časem ubývá neklidu, ale porucha pozornosti, soustředění a vnitřní neklid přetrvává. Až v 75 % případů bývají přítomné další psychiatrické komorbidity (specifické poruchy učení – dysgrafie, dyslexie a další, deprese, úzkost, návykové choroby, poruchy osobnosti).

Dětská ADHD je už docela dobře známa. Problém s diagnostikou a léčbou mohou činit jen delší objednací lhůty dětských psychiatrů. Dříve se tato porucha označovala jako lehká mozková dysfunkce (LMD) a soudilo se, že se jedná o poškození mozku v době nitroděložního vývoje, v průběhu porodu či velmi raném dětství, ze kterého dítě „vyroste“. Nyní je prokázáno, že se jedná o tzv. neurovývojovou poruchu - odlišné vyžívání mozku, které má z největší části vrozený/genetický podklad.

## Neurobiologie ADHD

Dr. Španiel uvedl, že je v CNS u ADHD magnetickou rezonancí prokázána redukce celkového objemu mozku, nucleus caudatus, globus pallidum, předního cingula a mozečkového vermis, což odpovídá klinickým projevům: deficitu pozornosti, kognitivní kontroly, motoriky a pracovní paměti. Tyto změny jsou jak u dětské, tak dospělé formy ADHD. Porušena je i vývojová trajektorie prefrontálního kortexu a strukturální integrita bílé hmoty (porušené spojení mezi prefrontálním kortexem a basálními ganglii a dalšími podkorovými centry).

U části dětských pacientů mozek v průběhu dospívání dozraje, ale u přibližně poloviny jedinců tyto mozkové změny a problémy přetrvávají až do dospělosti, byť již nikoli v tak expresivní formě.

Vlivy z okolí (konzumace alkoholu, drog a kouření matky v těhotenství, poranění při porodu, škodlivé rodinné prostředí a negativní životní události) však k rozvoji ADHD také přispívají.

## Důsledky ADHD

Z epidemiologických studií vyplývá, že pacienti s ADHD jsou častěji účastníky dopravních nehod, mají více úrazů, častější nezaměstnanost, nižší dosažené vzdělání, vyšší rozvodovost a taktéž se u nich často (až v 75 % případů) vyskytují další psychiatrické problémy (deprese, úzkosti, návykové choroby, asociální chování, poruchy osobnosti apod.). Primář Marian Koranda upozornil, že návykové choroby se častěji vyskytují i pacientů s ADHD, u nichž je přítomna alespoň ještě jedna psychiatrická komorbidita.

## Komplexní terapie

Jan Čermák se pak zabýval farmakoterapií, kde jsou v současnosti pro dospělé dvě možnosti: pokud jsou léčeni od dětství, pak je pro ně schválen metylfenidát s prodlouženým uvolňováním, pro nově diagnostikované je to atomoxetin (nejde o stimulant).

Petra Uhlíková podrobně rozebrala, jak léčit děti i dospělé nemocné nefarmakologickými cestami, což je vždy nedílnou a spíše základní částí terapie.

## O ADHD v kostce

V dětství obvykle převažuje hyperaktivita, ale hyperaktivita zpravidla s věkem ubývá a k výrazným znakům dospělé ADHD patří:

- problémy s udržení pozornosti,
- vnitřní neklid,
- impulzivní chování,
- výkyvy nálad, výbuchy vzteku, popudlivost,

- denní snění,
- neefektivní organizování času,
- potíže dokončovat práci, prokrastinace,
- selhávání v práci a v sociální oblasti,
- problémy s plánováním budoucnosti.

#### Co nemocné trápí:

- vnitřní neklid,
- snížené sebevědomí pro opakované neúspěchy,
- frustrace,
- bezmoc,
- úzkost a deprese,
- chaotický a neuspokojivý osobní život,
- zneužívání návykových látek.

#### Diagnostika ADHD

ADHD diagnostikuje po pečlivé anamnéze psychiatr. Při pohovoru se důkladně rozebere pacientova minulost, průběh jeho potíží a příznaků ADHD od dětství (včetně školního prospěchu) do současnosti a zhodnotí se,

nakolik tyto příznaky ovlivňují fungování jedince a zda úroveň jeho fungování odpovídá jeho schopnostem. Neexistuje žádný další specifický objektivní test, laboratorní vyšetření nebo rentgenový snímek, který by toto onemocnění potvrdil a „objektivizoval“. Diagnóza se stanoví splněním diagnostických kritérií v psychiatrické klasifikaci, stejně jako je tomu na příklad u deprese anebo u dalších psychických poruch.

Lidé trpící nepozorností selhávají zejména v monotónních činnostech náročných na přesnost a systematickosti. Mohou ale naopak excelovat v kreativních a nesystematických činnostech, často v počítačových oborech, v umění anebo ve sportu. Znam však několik profesorů medicíny, velmi úspěšných ve svém oboru, kteří ADHD mají.

MUDr. Marta Šimůnková

## 3. NÁRODNÍ KONGRES O KOLOREKTÁLNÍM KARCINOMU

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

[www.crc2015.cz](http://www.crc2015.cz)



Pořádá:  
Společnost pro  
gastrointestinální  
onkologii ČLS JEP

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

Vážení čtenáři a řešitelé testů,

dle nového Stavovského předpisu České lékařské komory č. 16, podle § 5 přílohy č. 1, jsou od 1. 7. 2012 všechny znalostní testy v odborných časopisech hodnoceny jednotně, a to 2 kredity. Za správné vyřešení testu budou řešitelům přiděleny **2 kredity ČLK**. Podmínkou ČLK pro přidělení kreditů je zaslání odpovědi v písemné podobě na odpovědním lístku nebo elektronicky na [www.svl.cz](http://www.svl.cz), a to **nejpozději do 20. 12. 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 8/2015:** 1b, 2ab, 3abc, 4b, 5a, 6c, 7ac, 8c, 9b, 10a

### ZNALOSTNÍ TEST JE HODNOCEN 2 KREDITY ČLK

**1. Mezi klinické příznaky myasthenia gravis nepatří:**

- a) Bolesti
- b) Kolísající svalová slabost a unavitelost
- c) Poruchy citlivosti

**2. Mezi základní vyšetření, které vzbuzují podezření na myasthenia gravis patří:**

- a) Vyšetření protilátek
- b) CT mediastina
- c) Anamnéza a provedení zátěžových testů

**3. Lékem první volby je u myasthenia gravis:**

- a) pyridostigmin
- b) kortikosteroidy
- c) plazmaferéza

**4. Které dva bariatrické výkony jsou ve světě nejčastější:**

- a) Adjustabilní bandáž žaludku
- b) Roux-Y žaludeční bypass
- c) Tubulizace žaludku

**5. Jaký je dle guidelines minimální BMI požadovaný u jinak zdravého pacienta pro indikaci k bariatrické operaci:**

- a) BMI 33
- b) BMI 35
- c) BMI 40

**6. Je důležité očkování proti chřipce, když i přesto mohu chřipkou onemocnět?**

- a) Ano, je důležité protože ve větší míře chrání proti

chřipce a případným komplikacím

- b) Ano, vakcína chrání proti chřipce i ostatním virovým infekcím.
- c) Ne, vedlejší účinky po očkování mohou být horší než chřipka, proto bych se nenechal očkovat

**7. Které z následujících klinických projevů jsou důsledkem poruchy horního motoneuronu?**

- a) hyperreflexie, hyperestésie, fascikulace svalu
- b) paréza, hypertonus, zkrácení měkkých tkání
- c) meningeální příznaky

**8. Spasticitu lze vyšetřit:**

- a) pohledem
- b) vyšetřením pohybu v segmentu různou rychlostí
- c) vyšetřením rozsahu pohybu v segmentu

**9. U rozšířené neodkladné resuscitace mají absolutní prioritu:**

- a) včasná defibrilace
- b) zotavovací poloha na boku
- c) vysoce kvalitní nepřerušovaná srdeční masáž

**10. Poresuscitační péče začíná:**

- a) převozem postiženého z místa nehody
- b) převzetím postiženého na emergency příjmu
- c) po obnovení spontánní cirkulace krevního oběhu

**Správné mohou být 1–3 možnosti.**

Využijte tři platné pokusy o vyřešení tohoto testu elektronickou cestou na adrese [www.svl.cz](http://www.svl.cz).

### ODPOVĚDNÍ LÍSTEK – TEST Č. 9/2015

Jméno a příjmení \_\_\_\_\_

Adresa pracoviště \_\_\_\_\_

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

Zakroužkujte 1–3  
správné odpovědi:

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