

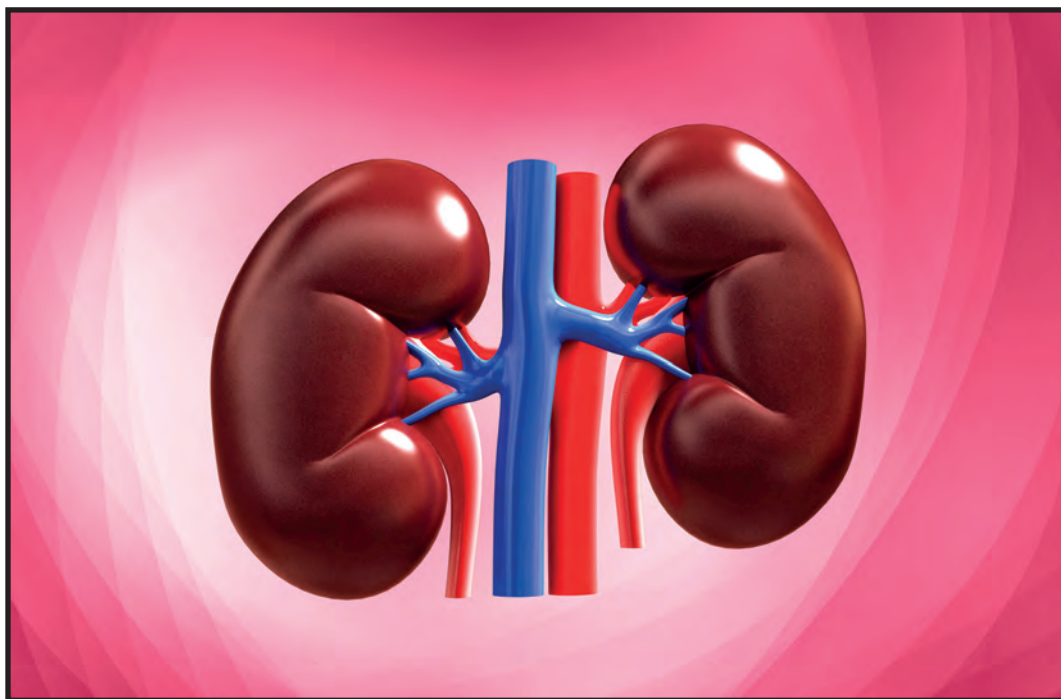


---

# PRACTICUS

pro praktické lékaře zdarma • č.3/2016 • ročník 15

---



TÉMA:

**Renální onemocnění**

# Vzdělávací semináře

v dubnu 2016



SVL ČLS JEP

## Hlavní témata

Alergická onemocnění v ambulanci praktického lékaře.

Léčba akutní pooperační bolesti.

Deprese v ambulanci praktického lékaře.

| den     | datum  | čas         | město a místo konání  |
|---------|--------|-------------|---|
| pondělí | 4. 4.  | 16.30–20.30 | Aula SZŠ, Příluky 372, Zlín                                     |
| čtvrtek | 7. 4.  | 16.30–20.30 | Hotel "U Šimla", Závodní 1, Karlovy Vary                        |
| čtvrtek | 7. 4.  | 16.00–20.00 | Clarion Grandhotel Zlatý Lev, Gutenbergova 3, Liberec 1         |
| čtvrtek | 7. 4.  | 16.00–20.00 | Clarion Congres Hotel, Špitálské náměstí 3517, Ústí nad Labem   |
| sobota  | 9. 4.  | 9.00–13.00  | Kancelář veřejného ochránce práv, Údolní 39, Brno               |
| sobota  | 9. 4.  | 9.00–13.00  | Aula Právnické fakulty UP Olomouc, tř. 17. listopadu 8, Olomouc |
| sobota  | 9. 4.  | 9.00–13.00  | Šafránkův pavilon, alej Svobody č. 31, Plzeň                    |
| sobota  | 9. 4.  | 9.00–13.00  | Lék. dům, Sokolská 31, Praha 2                                  |
| středa  | 13. 4. | 17.00–21.00 | presbytář Hotelu Gustav Mahler, Křížová 4, Jihlava              |
| středa  | 13. 4. | 16.00–20.00 | Hotel Zlatá Hvězda, Smetanovo nám. 84, Litomyšl                 |
| středa  | 13. 4. | 16.00–20.00 | Clarion Congress Hotel, Pražská třída 2306/14, České Budějovice |
| čtvrtek | 21. 4. | 16.00–20.00 | Nové Adalbertinum, Velké náměstí 32, Hradec Králové             |
| středa  | 27. 4. | 16.00–20.00 | Lék. dům, Sokolská 31, Praha 2                                  |
| čtvrtek | 28. 4. | 16.00–20.00 | Hotel Imperial, Tyršova č. 6, Ostrava                           |

## INFO SVL

## 04 EDITORIAL

## 05 INFORMACE Z X. KONGRESU PRIMÁRNÍ PÉČE

*MUDr. Stanislav Konšťacký, CSc.*

## 06 AMBASADOR

*MUDr. Josef Štolfa*

## ODBORNÝ ČLÁNEK

09 DIAGNOSTIKA A LÉČBA CHRONICKÉHO ZÁNĚTU NOSU  
A VEDLEJŠÍCH NOSNÍCH DUTIN. SOUČASNÉ MOŽNOSTI  
LÉČBY CHRONICKÉ RINOSINUSITIDY /CRS/*MUDr. Jiří Hoza*13 JAKÉ PŘÍZNAKY BY MĚLY PRAKTICKÉHO LÉKAŘE UPOZORNIT NA  
RENÁLNÍ ONEMOCNĚNÍ, KDY ODESLAT PACIENTA KE SPECIALISTOVÍ*MUDr. Mariana Wohlfahrtová, PhD.*18 URGENTNÍ PŘÍJEM VELKÝCH NEMOCNIC, NOVÝ FENOMÉN  
V MEDICÍNĚ PRVNÍHO KONTAKTU*MUDr. Jiří Šoupal*

## 20 PŘEHLED KOŽNÍCH NÁDORŮ

*MUDr. Barbora Daňová, Prof. MUDr. Alena Pospíšilová, CSc.,  
MUDr. Olga Faustmannová, Ph.D., MBA*

## AKTUALITY

## 25 AKTUÁLNÍ GYNEKOLOGIE A PORODNICTVÍ

## 27 PROFESOR: OČKOVÁNÍ Z DĚTSTVÍ V DOSPĚLOSTI UŽ NECHRÁNÍ

## 28 INFORMACE Z TISKOVÉ KONFERENCE O IDIOPATICKÉ PLICNÍ FIBRÓZE

*prof. MUDr. Martina Vašáková, Ph.D.*

## 29 VZÁCNÉ NEMOCI MÁ ASI 350 MILIÓŇŮ LIDÍ

## 29 LÉKOVÝ ÚSTAV NEDOPORUČUJE POUŽÍVAT SPREJ BIOPAROX

## KAZUISTIKA

## 30 KAZUISTIKA – VSTUPNÍ PROHLÍDKA DO ZAMĚSTNÁNÍ S ODVOLÁNÍM

*MUDr. Lucie Rausová*

## 32 ODPOVĚĎ NA KAZUISTIKU MUDR. LUCIE RAUSOVÉ

*MUDr. Pavel Brejník*35 CHRONICKÁ ŽILNÍ INSUFICIENCE V ORDINACI PRAKTICKÉHO LÉKAŘE  
A JEJÍ LÉČBA*MUDr. Kateřina Hrabáková*

## ZÚČASTNILI JSME SE

37 JEDEN SUBJEKTIVNÍ POHLED NA 1. PRAKTICKOU KONFERENCI  
OČIMA ÚČASTNÍKA*MUDr. Martina Kettnerová*

## Vydavatel:

Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP

## Adresa redakce:

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

## Redakce:

## Šéfredaktor:

MUDr. Stanislav Konšťacký, CSc.,  
[konstacky@seznam.cz](mailto:konstacky@seznam.cz)

## Zástupci šéfredaktora:

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

## Manažerka časopisu:

Hana Čížková  
[practicus.svl@cls.cz](mailto:practicus.svl@cls.cz)**Redakční rada:** MUDr. Kamil Běrský, MUDr. Pavel Brejník, MUDr. Jiří Burda, doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc., MUDr. Rudolf Červený, 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 10× ročně.  
**Pro praktické lékaře v ČR zdarma.**  
Roční předplatné pro ostatní zájemce  
**610 Kč.** • • • Přihlášky přijímá redakce.  
Toto číslo bylo dáno do tisku 31. 3. 2016 MK  
ČR E13477, ISSN 1213-8711.

Vydavatel a redakční rada upozorňují, že za obsah a jazykové zpracování inzerátů a reklam neodpovídá výhradně inzerent. Redakce neodpovídá za správnost údajů uvedených autory v odborných článcích. Texty neprochází jazykovými korekturami. Přetisk a jakékoliv šíření je povoleno pouze se souhlasem vydavatele. © SVL ČLS JEP, 2016

# EDITORIAL



**Josef Štolfa**

IPVZ, Ruská 85, Praha 10

Vážení čtenáři, čas, ve kterém dostáváte do rukou toto číslo *Practicusu*, je z mnoha pohledů obdobím, ve kterém je většina důležitých záležitostí vyřešena, procesy probíhají, a jen málokterá věc je na svém počátku. Pro mě, jako představitele institucí zabývajících se vzděláváním v oboru všeobecné praktické lékařství, VPL, je to naopak čas, kdy mnoho důležitých věcí začíná. V první řadě právě v této době byly podány žádosti o Rezidenční místa, RM. Na pracovních MZ ČR teď bude vytřídit žádosti po formální stránce tak, abychom se na květnovém zasedání Akreditační komise mohli zabývat již jen doporučením přidělení RM těm akreditovaným pracovištím, která jsou podle nás nejlepší zárukou výchovy nových všeobecných praktických lékařů. Dále je tento čas začátkem zkoušení praktických částí atestačních zkoušek, na které již koncem dubna naváže zkoušení teoretické. Mám radost, že i v tomto jarním zkušebním období bylo na naší katedru všeobecného praktického lékařství IPVZ k atestační zkoušce z VPL podáno více než 110 přihlášek. Je to opakovaným potvrzením faktu, že obor všeobecné praktické lékařství zůstává nadále oborem, o který je velký zájem. Je to jistě také tím, že specializační příprava do našeho oboru, přestože v minulých letech procházela různými peripetiemi, dospěla do stadia stabilizace. Systém podpory specializačního vzdělávání formou RM na tom nepo-

chybně má svůj podíl. Všichni, kdo jste se v tomto systému angažovali, jste si jistě vědomi nejen kladů, ale také problémů, které jsou s vedením agendy RM spojeny. Věřte, že Akreditační komise, MZ ČR, IPVZ a SVL ČLS JEP spolu se SPL ČR, vyvíjejí v současné době iniciativu, která by agendu RM zjednodušila. Jednání jsou na začátku a jejich výsledek do značné míry ovlivní finální podoba novely Zákona 95/2004 Sb., která v současné době leží v Poslanecké sněmovně Parlamentu ČR. O přesné podobě novely zmíněného zákona, jakož i o následných výsledcích jednání o příští podobě finanční podpory specializačního vzdělávání do oboru VPL, vás budeme informovat.

Protože mám rovněž tu krásnou příležitost podílet se na výuce studentů medicíny, mohu na vlastní oči vidět, že ze strany studentů je o obor všeobecné praktické lékařství opravdu velký zájem. Při výuce praktického lékařství již na lékařské fakultě jsme vedeni snahou předvést studentům náš obor v nejlepším možném světle. Chtěl bych tímto poděkovat vám všem, kteří se podílíte na přijímání studentů medicíny do svých praxí, a to nejen studentů z mé domovské 2. Lékařské fakulty Univerzity Karlovy, ale ze všech lékařských fakult v ČR. Jste to především vy, kteří našim studentům, mnohdy budoucím praktikům, vtiskujete ty nejlepší zkušenosti a dojmy z praxe v našem oboru. Stejně tak můj dík patří vám všem, kteří vzděláváte nebo jste vzdělávali mladé lékaře do oboru VPL, ať již v rámci RM nebo prostřednictvím jiné formy podpory. Prosim buďte si nadále vědomi zodpovědnosti, kterou jste vzděláváním budoucích praktiků na sebe vzali. Na úsilí, které do výchovy mladých lékařů vložíte, závisí budoucí úroveň, ale také prestiž našeho oboru. Přeji vám k této záslužné činnosti hodně sil, trpělivosti a brzy i lepší finanční ohodnocení.

# Informace z X. Kongresu primární péče



**MUDr. Stanislav Konšťacký, CSc.**

Šéfredaktor časopisu Practicus

Ve dnech 26.–27. února tohoto roku se konal v Top Hotelu Praha již X. kongres primární péče organizovaný Sdružením praktických lékařů ČR, Sdružením praktických dětských lékařů a Odbornou společností praktických dětských lékařů České lékařské společnosti JEP.

Kongresu se zúčastnilo 1500 lékařů a sester, a kongresový sál byl oba dny plně obsazen. Zajímavé byly přednášky v bloku Kazuistiky– aneb praktici sobě, ve stejnou dobu probíhal blok věnovaný Sestrám v ordinaci. Workshopy vedle specificky pediatrických, týkající se výživy nedonošených dětí a kojenců, byly věnovány chirurgickému zabezpečení dýchacích cest–Koniopunkci.

Komentovat všechna vystoupení by bylo nad rámec sdělení a rozhodně nemůže nahradit přímou účast na kongresu, přesto bych rád zmínil některé z nich. Profesor Kolář, známý jako odborník pečující o vrcholové sportovce, hovořil na téma Sportem ku zdraví a velmi zaujal svou přednáškou. Doc. Marešová měla sdělení týkající laboratorních nálezů, které nejsou nemocí a snad největší potlesk sklidil prof. Palička, když hovořil o Chybách a omylech v moderní diagnostice po X letech, protože při prvním kongresu se zabýval rovněž touto problematikou a zajímavou formou ukázal co se změnilo, a co ne v této oblasti.

Kongres byl realizován za velké podpory nejen farmaceutických firem, ale i firem zajišťující dětskou výživu, zdravotnickou techniku a další. Z pohledu účastníka nelze než popřát organizátorům za realizaci tohoto setkání, které přilákalo tak velký počet účastníků a do dalších let popřát stálý elán v pokračování užitečných a zajímavých akcí.

# Ambasador



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

Čtvrtek dne 12. 11. 2015, byl nejen dnem, kdy se plnou parou rozjela Konference SVL ČLS JEP ve Zlíně, ale také dnem, kdy se v pražském hotelu Ambassador za účasti mnoha významných osobností českého politického života a zdravotnictví konala konference Zdravotnictví 2016. Dovolte mi, abych Vás zevrubně informoval o jejím průběhu a obsahu.

Dopoledním blokem konference, který probíhal formou sálové konference s prezentacemi účastníků a následnou řízenou diskusí, profesionálně prováděl redaktor ČT Jakub Železný. Z vystoupení účastníků vyjímám jen ty nejpodstatnější, možná nejvýraznější, body.

Avizovaná účast pana premiéra Sobotky byla nahrazena přednesením jeho zdravice, protože pan premiér musel odcestovat na setkání představitelů EU na Maltu. Ministr zdravotnictví, MUDr. Svatopluk Němeček, ve svém vystoupení zmínil realizovaný nárůst mezd ve zdravotnictví za jeho působení, 2x o 5%, chválil úhradovou vyhlášku a také stabilizaci hospodaření v rezortu zdravotnictví, které je nastaveno jako vyrovnané. Zmiňoval snahu o „restart“ systému DRG. Prezident Hospodářské komory ČR, Ing. Vladimír Dlouhý, mimo jiné zmínil, že řešením finančních obtíží pražského zdravotnictví by mohla být redukce sítě nemocnic, a to zrušením jedné velké nemocnice. Nicméně toto by bylo výsadně politické rozhodnutí a pak se nabízí otázka, proč takto významný krok nebyl realizován již v době, kdy byl sám představitelem exekutivy. Jedním ze dvou nejbouřlivějších vystoupení na konferenci byl projev pana MUDr. Milana Kubka, prezidenta ČLK. Jeho slovy řečeno, vše, co bylo učiněno za posledních 25 let, je ukázkou zmaru a promarněného času. Jako zlatá nit se jeho vystoupením neslo téma nedostatečného ohodnocení lékařské práce v ČR. O tom se lze samozřejmě dlouze bavit a nalézt mnoho shod. Ztotožnit se lze také s tvrzením, že legislativa, která ve zdravotnictví vzniká, je nekvalitní a problémy zdravotnictví prakticky neřeší. Rovněž je možné souhlasit s problematickým propojením jedné ze ZP s ostravským kapitálem. Krátce zmínil i malou účast pacienta na péči o své zdraví. K řešení neutěšené situace ve zdra-

votnictví vidí v podstatě dvě cesty. Tou hlavní a jednoduchou je podle něho okamžité přijetí Eura a navýšení mezd lékařů na evropskou úroveň. Druhou cestou, která ke kroku prvnímu bude vést, je okamžité navýšení zdanění OSVČ, které jsou v ČR hlavními příživníky systému. Následující vystoupení odborového předáka Josefa Středuly se neslo ve stejném duchu, také s požadavkem na výrazné zdanění OSVČ. Shodli se s prezidentem ČLK na navýšení odvodů za státní pojištěnce a na požadavku vzniku jedné zdravotní pojišťovny. (Protože jsem v praxi přes 25 let, pamatuji jak systém unitární, tak systém desítek zdravotních pojišťoven, stejně tak jako období, kdy měla jedna pojišťovna vládnoucí roli, a nejsem přesvědčen, že práce pod praktickým diktátem jedné ZP je tím, co náš systém právě potřebuje.) Ing. Jiří Mrázek, ředitel odboru úhrad zdravotní péče VZP ČR, připomněl 13procentní bonifikaci lékařům, kteří začnou pracovat v odlehklých oblastech ČR. Ing. Ladislav Fridrich, CSc., prezident Svazu zdravotních pojišťoven ČR a nyní již emeritní GR OZP, ve svém vystoupení odmítl řešit nárůst financování zdravotní péče prostřednictvím úhradové vyhlášky, kterou si tolik pochvaloval ministr Němeček. Vyslovil lítost nad tím, že prezident ČLK Dr. Kubek se nehlásil k podílu pacienta tehdy, když se řešilo zrušení regulačních poplatků. Také nechápe proč by měla být lázeňská péče v ČR zachraňována úhradovou vyhláškou.

Odpolední blok byl veden v 5 sekcích. Zúčastnil jsem se podstatné části dvou sekcí, z nichž vyjímám: Odborná sekce na téma dlouhodobá péče v ČR MUDr. Anna Kubešová, Odbor zdravotních služeb MZ ČR, představila 12 principů, které by MZ ČR rádo realizovalo v průběhu let 2016–2020. V zásadě jde o obecné prohlášení, které jsou obsaženy již v dokumentech týkajících se dlouhodobé péče od r. 2011 a v programu Zdraví 2020. Zlepšení přístupu k výstupům a výsledkům testů sledujících kapacitní možnosti a schopnosti ZZ pečujících o seniorského pacienta. Zajištění přístupu ke vhodné péči – týmovou práci – propojení práce VPL–geriatra–psychiatra–farmakologa. Zvýšení podpory pro ošetřující a pečující osoby. Podpora svépomocných skupin osob pečujících např. o pacienty s demencí. Posílení role VPL – v souvislosti s tím upravit specializační vzdělávání a provést změny v úhradách kódů, vytvoření nových kódů, které by zohlednily péči o seniory a handicapované. Nicméně na konkrétní dotaz, jak chce MZČR docílit deklarovaného stavu zněla odpověď tak, že to bude získáváním a analýzou dat, a to až do roku 2020. O konkrétních krocích ani zmínka. Co bude pak, to zřejmě nikomu není známo. Poslankyně PSP Parlamentu ČR Jana Hnyková vystoupila s výčtem svých iniciativ které v PSP ČR iniciovala, leč žádná nebyla dále rozpracována. Připomněla schizofrenii v tom smyslu, že ZP radě-

ji hradí dražší péči v pobytových ZZ, ale nechtějí hradit například stacionáře, kde by péče byla podstatně levnější. Doc. MUDr. Iva Holmerová, Ph.D. zmínila podceňování péče o dlouhodobě nemocné, o seniory a pacienty s demencí. Proklamace MZ ČR o podpoře této péče měly zatím jediný hmatatelný výsledek, a tím bylo paradoxně zrušení geriatricie jako základního oboru.

Z odborné sekce na téma zdravotní pojištění v ČR: MUDr. Helena Rognerová, ředitelka Odboru dohledu nad zdravotním pojištěním MZ ČR konstatuje kladné saldo na účtech ZP a potřebu předsunuté platby státu za státní pojištěnce. MUDr. Pavel Frňka, předseda zdravotní sekce Svazu zdravotních pojišťoven ČR spatřuje problém v kombinaci realizace úhradové vyhlášky a vyhlášky, kterou se stanoví seznam zdravotnických výkonů. ZZ budou tlačit ZP, aby úhrady zvýšily objem péče. Přitom lze očekávat tlak ZP na vyrovnaný rozpočet. Pak nevzniká žádný prostor pro jednání. MUDr. Eduard Bláha, generální ředitel lázeňského holdingu a prezident Svazu léčeb-

ných lázní ČR oponoval vystoupení Ing. Fridricha, který řekl, že nechápe, proč by měly české lázně být sanovány prostřednictvím úhradové vyhlášky. Jeho odpovědí je: proto, že české lázně jsou významnými zaměstnavateli v regionech, kde je velká nezaměstnanost a kromě toho jsou významnými plátcí daní a zdravotního pojištění. Prof. MUDr. Roman Prymula, CSc., Ph.D., ředitel FN Hradec Králové se obává, že úhradová vyhláška bude mít neblahý dopad na nemocnice. Největší objem finančních prostředků musí nemocnice dát do mezd, ostatní nákladové položky tím přijdou zkrátka. Kritizuje zároveň ustanovení úhradové vyhlášky, kdy VPL, který odslouží v regionu 10 služeb LSPP do roka, bude bonifikován částkou 35 tis. Zatímco lékaři z jeho nemocnice by rádi sloužili a dostanou menší mzdu a bonifikaci žádnou.



# Vzdělávací semináře

v květnu 2016



SVL ČLS JEP

## Hlavní témata

Léčba poruch metabolismu lipidů v ordinaci praktického lékaře.  
Prevence a léčba TEN (TROMBOEMBOLICKÉ NEMOCI)  
v ordinaci praktického lékaře.

| den     | datum  | čas         | město a místo konání  |
|---------|--------|-------------|---|
| sobota  | 7. 5.  | 9.00–13.00  | Šafránkův pavilon, alej Svobody č. 31, 300 00 Plzeň             |
| sobota  | 7. 5.  | 9.00–13.00  | Aula Právnické fakulty UP Olomouc, tř. 17. listopadu 8, Olomouc |
| pondělí | 9. 5.  | 16.30–20.30 | Aula SZŠ, Příluky 372, Zlín                                     |
| úterý   | 10. 5. | 16.00–20.00 | Hotel Zlatá Štika, Štrossova 127, Pardubice                     |
| středa  | 11. 5. | 17.00–21.00 | presbytář Hotelu Gustav Mahler, Křížová 4, Jihlava              |
| čtvrtek | 12. 5. | 16.00–20.00 | Clarion Grandhotel Zlatý Lev, Gutenbergova 3, Liberec 1         |
| čtvrtek | 12. 5. | 16.30–20.30 | Hotel "U Šimla", Závodní 1, Karlovy Vary                        |
| čtvrtek | 12. 5. | 16.00–20.00 | Lék.dům, Sokolská 31, Praha 2                                   |
| čtvrtek | 12. 5. | 16.00–20.00 | Clarion Congres Hotel, Špitálské náměstí 3517, Ústí nad Labem   |
| sobota  | 14. 5. | 9.00–13.00  | Kancelář veřejného ochránce práv, Údolní 39, Brno               |
| středa  | 18. 5. | 16.00–20.00 | Lék.dům, Sokolská 31, Praha 2                                   |
| středa  | 18. 5. | 16.00–20.00 | Clarion Congress Hotel, Pražská třída 2306/14, České Budějovice |
| čtvrtek | 19. 5. | 16.00–20.00 | Nové Adalbertinum, Velké náměstí 32, Hradec Králové             |
| čtvrtek | 19. 5. | 16.00–20.00 | Hotel Imperial, Tyršova č. 6, Ostrava                           |



# Diagnostika a léčba chronického zánětu nosu a vedlejších nosních dutin. Současné možnosti léčby chronické rinosinuitidy /CRS/



**MUDr. Jiří Hoza**

zástupce přednosty pro lékařskou péči

Klinika otolaryngologie a chirurgie hlavy a krku, Fakultní nemocnice Olomouc

Chronická rinosinuitida /dále jen CRS/ je charakterizována zánětlivými změnami sliznice dutiny nosní a vedlejších dutin nosních /dále jen VDN/ trvajících déle než 12 týdnů.<sup>1</sup> Od dřívějšího dělení na chronickou rinitidu /rýmu/ a chronickou sinusitidu se opouští. Důvodem je anatomická kontinuita mezi sliznicí dutiny nosní a VDN. Při patologii v oblasti dutiny nosní se vždy projeví změny i na sliznici VDN a naopak, a proto označení „riinosinuitida“ jako zánětlivého postižení sliznic dutiny nosní a VDN je logičtější.

Prevalence CRS činí v okolo 16 % v populaci a vzhledem k výrazné četnosti mají její projevy významné socioekonomické dopady ve společnosti. Významné ovlivnění kvality života hrají nemalou roli u každého jedince trpícího CRS.

## Patofyziologie chronické rinosinuitidy

Ventilace VDN je anatomicky zajištěna preformovanými ostií, které ústí do středního a horního nosního průduchu. Do středního průduchu je ventilována dutina čelistní, čelní a přední čichové sklípy prostřednictvím tzv. ostiomeatální jednotky (dále jen OMJ). Do horního nosního průduchu ústí zadní čichové sklepy a klínová dutina. Pro správnou funkci VDN je důležitá správná průchodnost OMJ. OMJ představuje úzké místo, které je přirozeně náchylné k obstrukci. V případě obstrukce v tomto místě dochází k poruše ventilace a zánětu často všech VDN ventilovaných přes OMJ. Porucha ventilace VDN způsobená obstrukcí přirozených ostií vede ke stagnaci sekretu v postižených VDN. Stagnovaný sekret se potom stává místem, kde snadno dochází k infekci. Infekce vede k poklesu pH a tudíž k dalšímu zhoršení mukociliárního transportu, k prohloubení otoku sliznice, a tedy k dalšímu zhoršení poruchy ventilace, další stagnaci a zahušťování sekretu, čímž se uzavírá circulus vitiosus.<sup>2</sup>

Histopatologicky je CRS charakterizována hyperplasií sliznice, zvýšeným počtem seromucinózních žláz a přeměnou řasinkového ciliárního epitelu v epitel dlaž-

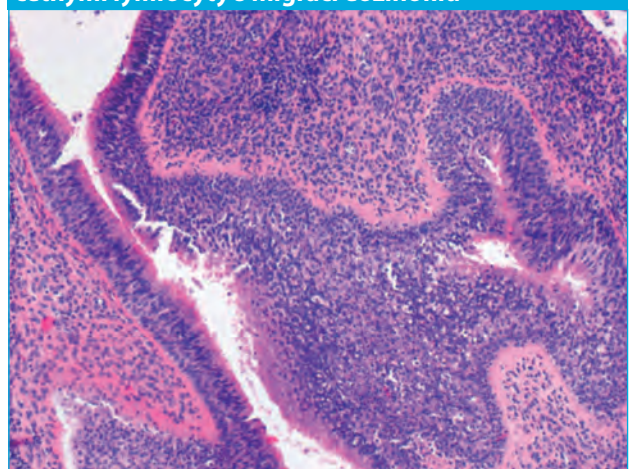
dicobuněčný. V submukóze dochází ke zmnožení zánětlivých buněk jako lymfocytů, plazmatických buněk, eozinofilů a neutrofilů.<sup>3</sup>

Při iniciaci zánětu sliznice dutiny nosní hrají roli interleukiny (IL 1-beta, IL4, IL6) a tumor necrosis faktor /TNF-alfa/, které vedou k proliferaci fibroblastů, ze kterých dochází následně k uvolňování mediátorů /Interleukinu 8, EOTAXIN, RANTES, GM-CSF, GM-CSF, VCAM-1/. Důsledkem výše uvedených mediátorů dochází k migraci eozinofilů do subslezničního pojiva, které produkují další mediátory /IL-3,5, MBP, ECP, EDN, EPO/, které vedou k edému, poškození epitelu a zesílení bazální membrány.

## Klinika a diagnostika

U pacientů s CRS jsou typickými příznaky poruchy nosní ventilace, patologická sekrece z dutiny nosní, cefalea tupého až tlakového charakteru s maximem ve frontální oblasti, okolo kořene nosu, ocnic, v oblasti fossa Canina, někdy v oblasti parietální či okcipitální. Relativně častým příznakem jsou poruchy čichu, často spojené s poruchami chuti. Diagnostika CRS vychází ze 3 zdrojů: z klinického průběhu choroby /anamnéza/, rinoendoskopického vyšetření rigidními teleskopy a CT-vyšetření. Endoskopické vyšetření dutiny nosní hraje v dnešní době nezastupitelnou úlohu v ORL oboru a každý pacient s podezřením na patologii v oblasti dutiny nosní a VDN by měl být touto technikou vyšetřen. Při tomto vyšetření vyšetřujeme oblast zejména výše uvedené OMJ, kde je možno posoudit např. výtok hlenohnisu z některého vývodu VDN, otok, obstrukci způsobenou hyperplastickou sliznicí či polypy. Dřívější klasické rent-

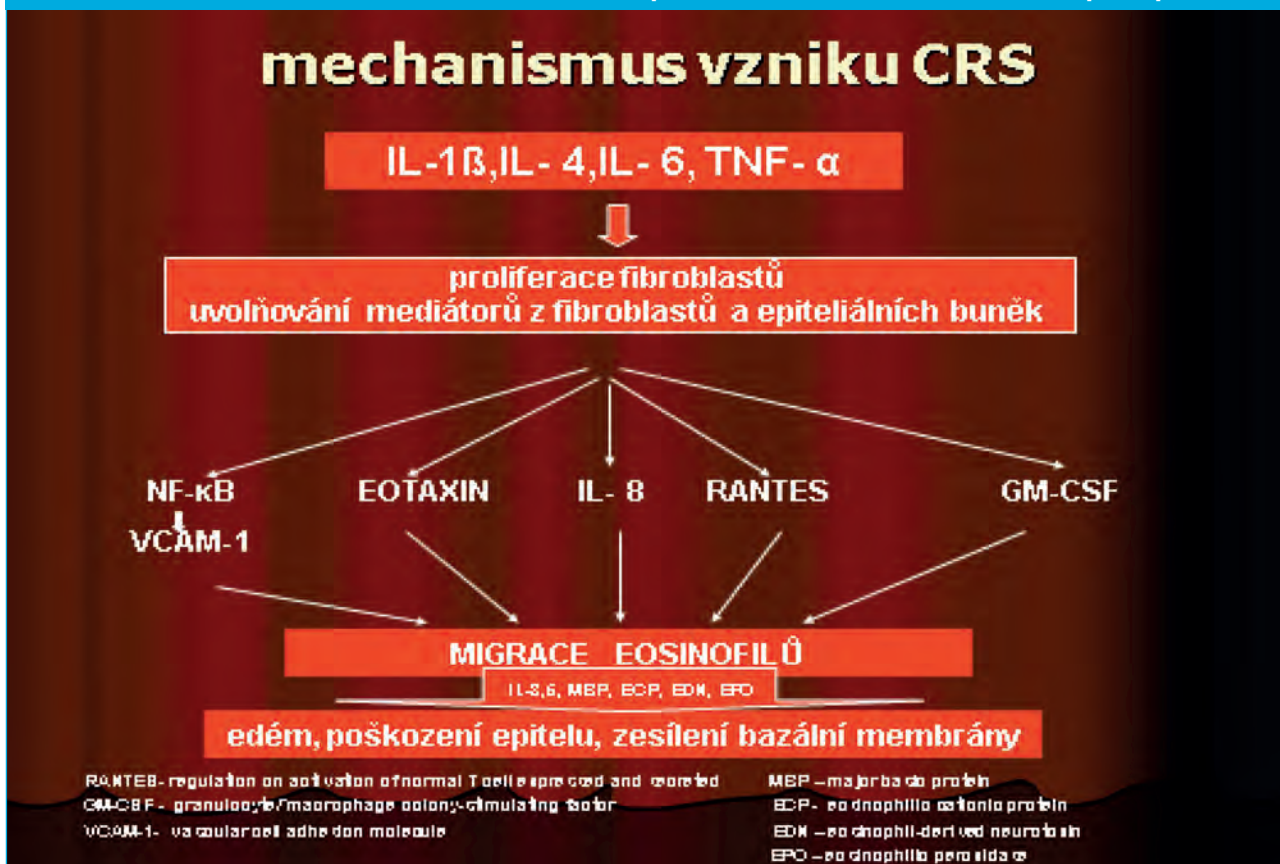
**Obr. mikroskopický obraz chronické rinosinuitidy, ztlustění bazální membrány, submukosní infiltrace četnými lymfocyty s migrací eozinofilů**



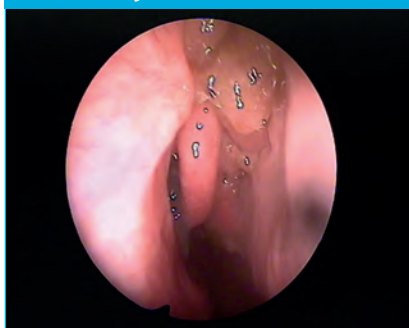
genové vyšetření VDN v poloaxiální projekci je v dnešní době již považováno za obsolentní. Při vyšetření VDN se uplatňuje vyšetření pomocí počítačové tomografie /CT/, která dokáže přesně zobrazit všechny vyšetřované

#### Obr. mechanismus vzniku CRS

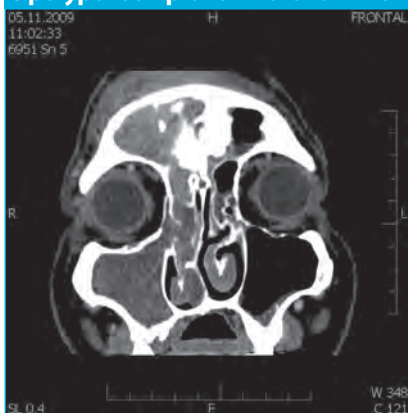
Vysvětlivky: RANTES – regulation on activation of normal T cell expressed and secreted MBP – major basic protein, GM-CSF – granulocyte/macrophage colony-stimulating factor ECP – eosinophilic cationic protein, VCAM-1 – vascular cell adhesion molecule EDN – eosinophil-derived neurotoxin EPO – eosinophilic peroxidase



Obr. endoskopický obraz oblasti tzv. ostiomeatální jednotky u pacienta s chronickou rinosinuitidou s polyposou /polypy obturující střední průduch a ostiomeatální jednotku/



Obr. Počítačová tomografie VDN – obraz chronické rinosinuitidy s polypózou vpravo – koronární řez



Obr. Počítačová tomografie VDN – obraz chronické rinosinuitidy s polypózou vpravo – axiální řez



paranasální dutiny ve třech projekcích, včetně posouzení klíčové ostiomeatální jednotky.

Chronický zánět dutiny nosní a VDN je podle etiologie dělen na infekční, alergické, neinfekční nealergické, rinosinitidu s polyposou, na geneticky podmíněné a granulomatozní záněty a choroby.

### Léčba chronické rinosinitidy /CRS/

V léčbě CRS se uplatňují konzervativní i chirurgické postupy.

#### Konzervativní léčba CRS

„Zlatým standardem“ v konzervativní léčbě CRS zaujímají **topické kortikosteroidy** /TS/. Svým účinkem inhibují uvolňování histaminu a leukotrienů ze zánětlivých buněk, zvláště z bazofilních leukocytů a mastocytů. Tlumí migraci a funkci zánětlivých elementů. Zásadní význam je vliv TS na eozinofilní leukocyty – redukuje jejich počet, tlumí migraci na místo zánětu, snižuje jejich dobu přežití a mají supresní efekt na produkci specifických cytokinů. Inhibují produkci metabolitů kyseliny arachidonové interferencí s enzymatickou aktivitou fosfolipázy A2. Tím snižují produkci prekurzorů různých mediátorů zánětu – prostaglandinů, tromboxanů, prostacyklinů a leukotrienů.

Základem farmakoterapie CRS je cílená **antimikrobiální léčba** na základě výsledků kultivace. Problémem bývá výtěžnost kultivace se svými falešně negativními nálezy, proto jsme často odkázáni na empirickou léčbu. Kritériem výběru antibiotika bývá v takovém případě dobrá účinnost na pneumokoky, dobrá gramnegativní aktivita, adekvátní protistafylokoková účinnost a protianaerobní účinnost. Z těchto důvodů se využívají v léčbě širokospektrální antibiotika se schopností penetrace do zánětlivě změněné sliznice, ale i do okolních kostěných struktur. Tyto kritéria splňují zejména chráněné aminopeniciliny /amoxicilin–klavulanát/, cefalosporiny /cefuroxim, cefprozil, cefixim/, makrolidy /clarithromycin/ a chinoliny. Makrolidy mají navíc i výrazný imunomodulační efekt, který se využívá v léčbě CRS s polyposou. Samostatnou kapitolou je diskuze o délce užívání makrolidů, doporučení doby delší 12 týdnů s nízkou dávkou ATB s sebou nese riziko vzniku antibiotické rezistence<sup>4,5</sup>.

**Antihistaminika** jsou vedle topických steroidů lékem volby u alergické rinidy. Jejich efekt při CRS je méně významný, indikované jsou u pacientů, kdy v etiologii vzniku RS hraje roli atopická alergie a nebo mají projevy alergické rýmy jako kýchaní, svědění či vodnatý výtok z nosu. V léčbě antihistaminiky se používají nejčastěji

preparáty tzv. třetí generace: desloratadin a levocetirizin jsou nesedativní antihistaminika, které nemají riziko lékových interakcí, nemají vliv na kardiologický systém, neprodlužují Q–T interval. V porovnání s antihistaminiky druhé generace mají navíc i dekonescenční účinek na nosní sliznici.

**Mukolytika** snižují viskozitu hlenu jeho depolymerizací a zlepšují tak mukociliární transport, inaktivují i volné kyslíkové radikály, inhibují proteázy. Některé mají i protizánětlivý účinek a funkci imunomodulátoru /erdosteín/, zvyšují aktivitu makrofágů, tvorbu surfaktantu, mají výrazný antioxidační účinek. Snižením viskozity hlenu zlepšují jeho transport, případně expektoraci. Zlepšují i penetraci antibiotik do zánětlivě změněné sliznice dýchacích cest.

Příznivý terapeutický efekt **slaných roztoků** na nosní sliznici je empiricky ověřený. Zlepšuje frekvenci pohybu cílů cylindrických buněk respiračního epitelu a tím také mukociliární transport. Mají i vazokonstrikční efekt. Příznivě ovlivňují i kvalitu hlenové vrstvy. Pomáhají čistit a zvlhčovat slizniční povrch. Zlepšují mikroklima nosní dutiny a VDN. Mikrospreje s izotonickým roztokem mořské vody /Sterimar/, popř. zbytkové mořské vody /Vincentka/, využívají příznivé zkušenosti s přímořskou klimatoterapií.

#### Chirurgická léčba CRS

V důsledku technologického rozvoje /tenké teleskopy, světlovody, počítačová tomografie/ se v dnešní době při léčbě CRS užívá tzv. funkční endoskopické chirurgie dutin /z anglického FESS – functional endoscopic sinus surgery/, což je všeobecně užívaná a akceptovaná chirurgická metoda. Nahradila dříve používané zevní chirurgické přístupy, které na své cestě k patologickému ložisku často odstraňovaly i struktury a tkáně, které postiženy nebyly. /operace čelních dutin dle Jansen-Rittera, Kiliana či Riedla, čelistních dutin dle Caldwell-Luca apod./ Výhodou endoskopické chirurgie v porovnání se zevními přístupy je absence jizvy na kůži obličeje, zachování přirozených kostěných struktur splanchnokrania a především šetření sliznice dutiny nosní a VDN, což patří k základním principům metody FESS. Díky precizní kontrole operačního pole /orbity, rinobáze.../ se v rukou erudovaného rinochirurga podílí tato miniinvazivní metoda na snížení morbidity pacienta. V rámci rinosinitidy se tato technika uplatňuje zejména v obnově správné ventilace nosem, obnovení správné ventilace a drenáže jednotlivých VDN v oblasti jejich přirozených vývodů – primárních ostíí u tzv. velkých dutin /prováděné výkony jsou tzv. supratubinální antrostomie u čelist-

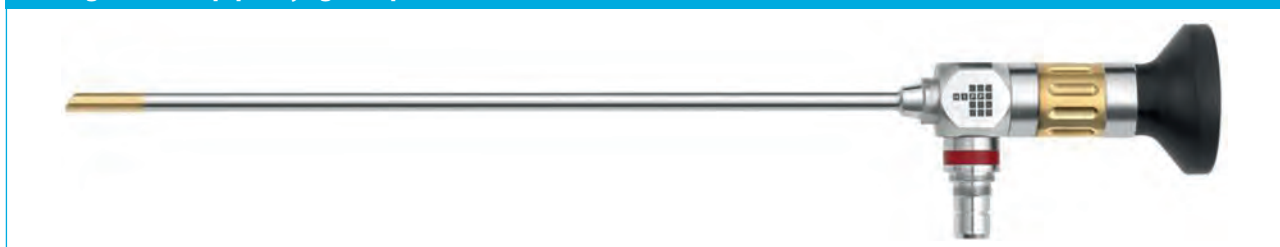


ní dutiny, frontální sinotomie u čelní dutiny, sfenoidostomie u klínové dutiny/. Jednotlivé vývody čichového labyrintu nelze vzhledem k jejich etážovému umístění technicky ošetřit, proto se vytváří široká trepanační dutina vyúsťující do dutiny nosní – tzv. nazalizace čichových dutin /výkon se nazývá ethmoidectomie/. Zároveň se v co možná největší míře šetří sliznice dutiny nosní a VDN tak, aby mohla být zachována funkce mukociliárního řasinkového epitelu. Díky této technice, která se provádí přes fyziologické otvory /nares/ nemají pacienti žádnou jizvu na obličeji, nejsou patrné žádné defekty v oblasti čela a morbidita pacientů je výrazně snížena, což má výrazný dopad socioekonomický.

### Shrnutí pro praxi

Chronická rinosinusitida /CRS/ je chorobou velmi frekventovanou a výrazně se podílí na kvalitě života jednotlivce a při její vysoké prevalenci má i významné socioekonomické dopady. V diagnostice v souvislosti s technologickým rozvojem slouží kromě kliniky především vyšetření pomocí teleskopů a počítačové tomografie. V léčebných postupech se primárně uplatňuje konzervativní postup, především terapie topickými steroidy, antibioterapie a nově léčba imunomodulátory. Při selhání, event. komplikacích hraje významnou úlohu metoda tzv. funkční endoskopické chirurgie dutin /FESS/. V případě podezření na chronickou rinosinusitidu je bezpodmínečně nutné vyšetření dutiny nosní endoskopicky, které je neinvazivní, nebolestivé a spadá do kompetence ORL specialistů.

Obr. rigidní rinoepipharyngoskop



#### Literatura:

- 1) Benninger MS, Ferguson BJ, Hadley JA, et al: Adult chronic rhinosinusitis: definitions, diagnosis, epidemiology, and pathophysiology. *Otolaryngol. Head Neck Surg* 2003, 129 (3 Suppl): S1-S32
- 2) Jan Rottenberg, *Klinika otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku*, FN u sv. Anny v Brně, *Klin Farmakol Farm* 2006; 20: 83–86
- 3) Georgitis JW, Matthews BL, Stone B. Chronic sinusitis: characterization of cellular influx and inflammatory mediators in sinus Lavre fluid. *Int Arch Allergy Immunol.* 1995, 106: 416-421
- 4) Sičák a kol., *Rinológia, choroby nosa a prínosových dutin*, 2006
- 5) EPOS 2012 – Evropský konsenzus o inosinusitidách a nosní polypóze 2012

# Jaké příznaky by měly praktického lékaře upozornit na renální onemocnění, kdy odeslat pacienta ke specialistovi



**MUDr. Mariana Wohlfahrtová, PhD.**

Klinika nefrologie, Transplantcentrum, IKEM

## Úvod

Nefrolog se často ve své klinické praxi setkává s tzv. selháním ledvin "z ulice". Pacienti o svém onemocnění ledvin často netuší nebo ho bagatelizují a k lékaři přicházejí, až když je jejich zdravotní stav omezuje natolik, že nejsou schopni normálně vykonávat běžné aktivity. V mnoha případech jsme svědky natolik podlomeného zdraví, že jsme nuceni neprodleně zahájit dialyzační léčbu. Výrazně se tak zkrátí čas na obeznámení pacienta se změnou jeho zdravotního stavu, zúží se nabídka možnosti léčby chronického selhání ledvin (obr. 1). To vede k zahájení hemodialyzační léčby cestou dočasného žilního katetru a ztrátě možnosti preemptivní transplantace ledviny od žijícího dárce, která je metodou volby léčby selhání ledvin.

Chronické onemocnění ledvin není zřídkačným jevem. Z dostupné literatury je známo, že např. až 1,7 mil. Australanů, tj. každý 10. obyvatel nad 18 let má známky chronického onemocnění ledvin.

Méně než 10% těchto nemocných lidí o svém zdravotním stavu ví, což v praxi znamená 1,5 milionu Australanů bez povědomí o svém onemocnění ledvin<sup>1</sup>. V České republice zatím neexistují podrobné registry, které by mapovaly výskyt chronického onemocnění ledvin v jednotlivých fázích chronického onemocnění ledvin (CKD). Lze ale přepokládat, že se v ambulanci praktického lékaře pohybuje mnoho pacientů s onemocněním ledvin bez povědomí o svém zdravotním stavu. Dle současných poznatků patří pacienti s CKD mezi nemocné s nejvyšším rizikem koronárních příhod a úmrtí (obr. 2)<sup>2</sup>.

Včasný management CKD tak může pomoci zpomalit nebo dokonce zvrátit progresi renální dysfunkce, snížit kardiovaskulární riziko a předejít úmrtím.

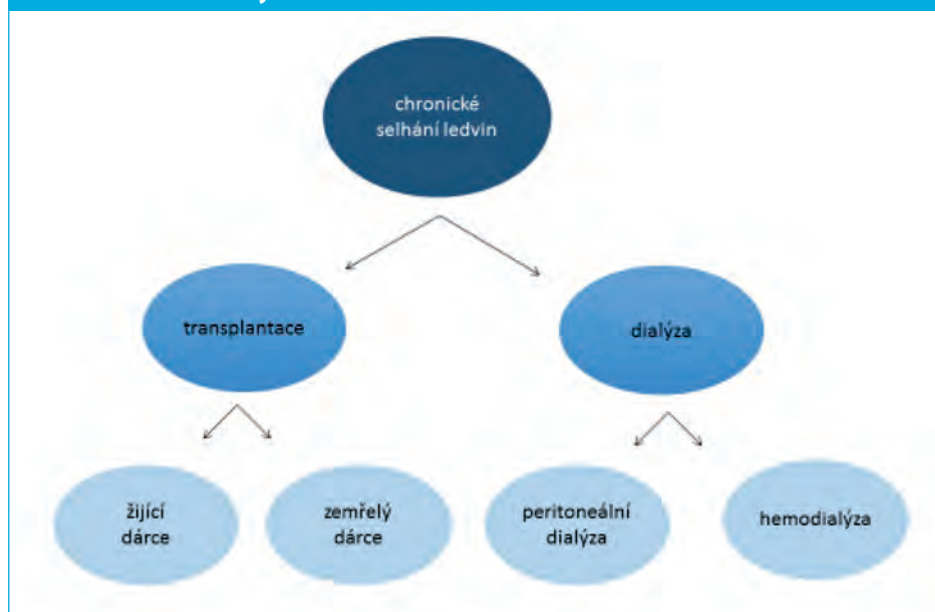
## Diagnostika CKD

Chronické onemocnění ledvin je definováno jako abnormalita ve funkci nebo struktuře ledvin, která trvá déle než 3 měsíce (Tab. 1)<sup>3</sup>. Jako abnormální funkce ledvin se rozumí pokles glomerulární filtrace pod 60 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>. Při vyšší glomerulární filtraci a absenci jiných známek onemocnění ledvin nejsou splněna kritéria CKD. Pokud onemocnění netrvá 3 měsíce nebo délka trvání není jasná, nelze CKD jednoznačně potvrdit.

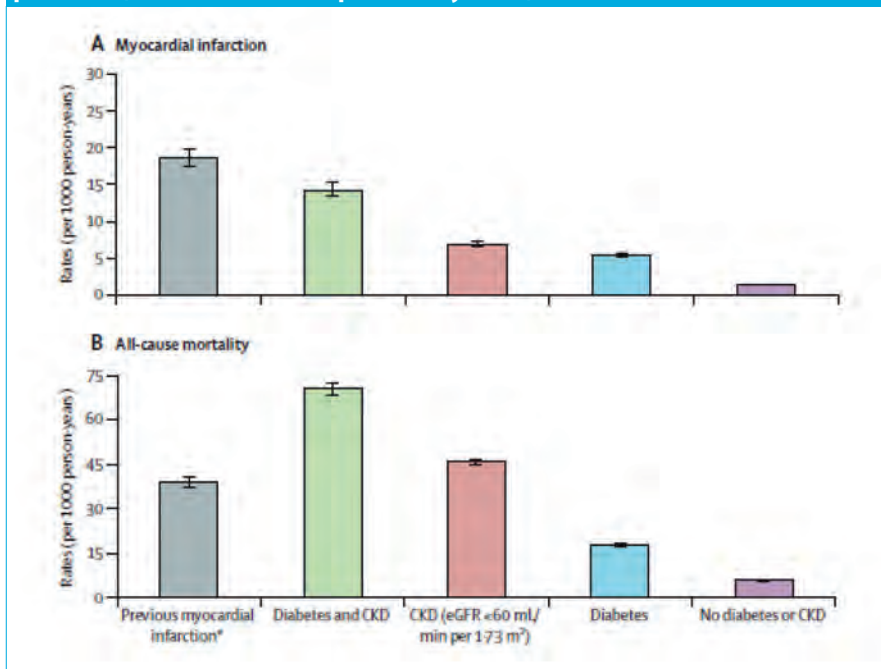
Recentní KDIGO doporučení<sup>3</sup> uvádějí tzv. CGA klasifikaci, která je založena na identifikaci vyvolávající příčiny (z angl. cause), stanovení výše glomerulární filtrace (GFR) a albuminurie (Tab. 2).

Pro stanovení výše GFR se v klinické praxi doporučuje vyšetřit hladiny sérového kreatininu (S-Cr) a odhadnout glomerulární filtraci (eGFR). Hodnota S-Cr je nepřesná. Je ovlivněna množstvím svalové hmoty a příjmem proteinů. Pacienti se svalovou atrofií a malnutricí mohou mít hodnotu sérového kreatininu neúměrně nízkou k výši jejich GFR. Navíc, závislost mezi S-Cr a GFR je hyperbolická, což znamená, že i malý vzestup S-Cr může znamenat závažný pokles GFR, který proto může při pouhém vyšetření S-Cr lehce uniknout rozpoznání. Zatímco výše popsaná interindividuální variabilita je

**Obr. 1. Možnosti léčby chronického selhání ledvin.**



**Obr. 2. Riziko infarktu myokardu a celkové mortality u rizikových skupin pacientů (vztaženo na 1000 patientských let). [2].**



velká, malá intraindividuální variabilita dovoluje využít stanovení S-Cr u daného pacienta ke sledování vývoje onemocnění v čase.

Výše glomerulární filtrace (GFR) by měla být stanovena vyšetřením eGFR na podkladě sérového kreatinu s použitím rovnice CKD-EPI<sup>4</sup>. Ta byla upřednostněna před rovnicí MDRD z důvodu lepší korelace se skutečnou GFR. V minulosti používaný odhad clearance kreatininu dle Cockcrofta a Gaulta se v současnosti považuje za obsolentní. Výhodou vyšetření odhadované glomerulární filtrace je, že na rozdíl od stanovení renální clearance, není zatížená chybou sběru moči. Nevýhodou je, že ji nelze užít v akutních stavech při náhlých změnách renální funkce ani u těhotných žen.

**Tab. 1: Diagnostická kritéria chronického onemocnění ledvin [2].**

|                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| <b>Markery poškození ledvin</b>      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• albuminurie (AER <math>\geq</math> 30 mg/den; ACR 30 mg/g)</li> <li>• abnormální močový sediment</li> <li>• elektrolytové či jiné poruchy vnitřního prostředí způsobené tubulárními poruchami</li> <li>• abnormality v histologickém nálezu renální tkáně</li> <li>• strukturální abnormality dle zobrazovacích vyšetření</li> <li>• anamnéza transplantace ledviny</li> </ul> |
| <b>Snížení glomerulární filtrace</b> | GFR < 60 ml/min/1.73 m <sup>2</sup> (GFR kategorie G3a–G5)  |

AER, albuminurie/24 hodin; ACR, poměr albumin/kreatinin v moči; GFR, glomerulární filtrace.

**Tab. 2: Klasifikace chronického onemocnění ledvin a predikce prognózy. Převzato z [2].**

|  |     |                             |           | Perzistentní albuminurie                                      |  |   |
|--|-----|-----------------------------|-----------|---|--|---|
|  |     |                             |           | A1<br>normální / mírně<br>zvýšená<br>< 30 mg/g<br>< 3 mg/mmol | A2<br>středně zvýšená<br>30–300 mg/g<br>3–30 mg/mmol | A3<br>závažná<br>> 300 mg/g<br>> 30 mg/mmol |
| Kategorie GFR<br>(ml/min/1,73 m <sup>2</sup> ) | G1  | normální / vysoká           | $\geq$ 90 |   |  |   |
|  | G2  | mírně snížená               | 60–89     |   |  |   |
|  | G3a | mírně až středně snížená    | 45–59     |   |  |   |
|  | G3b | středně až významně snížená | 30–44     |   |  |   |
|  | G4  | významně snížená            | 15–29     |   |  |   |
|  | G5  | selhání ledvin              | < 15      |   |  |   |

Zelená: nízké riziko (za podmínek absence jiných známek onemocnění ledvin; žlutá: středně zvýšené riziko; oranžová: vysoké riziko; červená: velmi vysoké riziko.)  
CKD, chronické onemocnění ledvin; GFR, glomerulární filtrace

V případě potřeby přesné znalosti glomerulární filtrace, např. při posuzování vhodnosti dárce ledviny se doporučuje vyšetřit eGFR na podkladě stanovení koncentrace cystatinu C v séru nebo clearance inulinu, který je technicky poměrně náročně proveditelný a vyžaduje přesný sběr moči za standardních podmínek hydratace.

Nejen vyšetření renální funkce ale i vyšetření bílkovin v moči má své nezastupitelné místo v časné diagnostice nemocí ledvin, v monitorování aktivity onemocnění, odpovědi na léčbu a predikci rizika. Současná diagnostika bílkoviny v moči je založena na kvantitativním stanovení albuminu a albumin–kreatininového poměru (ACR) v moči, nebo kvantitativním stanovení celkového proteinu a protein–kreatininového poměru (PCR) v moči. Současná KDIGO doporučení připouštějí i orientační semikvantitativní stanovení proteinu testovacími proužky v moči<sup>3</sup>. Tyto tři základní uvedené testy jsou seřazeny podle klesající výpovědní hodnoty.

Současná doporučení také eliminují pojem mikroalbuminurie a rozdělují proteinurii do 3 kategorií: kategorie A1= normální až mírně zvýšená, A2= středně zvýšená, A3= závažná. (Tab. 3).

Vyšetření proteinurie testovacím proužkem je orientační a může být zatíženou chybou měření. Např. alkalické pH, ale i pouhé intenzivní zbarvení vzorku moči může silně interferovat s vizuálním odečtem. Navíc, výsledky měření ve velké míře závisí na složení analyzované moči, jelikož albumin vykazuje mnohem vyšší citlivost při reakcích než globuliny. Proto je nezbytné při pozitivním nálezu orientačním vyšetřením testovacím proužkem ověřit nález proteinu v moči kvantitativním stanovením poměru ACR nebo PCR v klinické laboratoři. V případě podezření na signifikantní proteinurii nealbuminového typu, je na místě vyloučit proteinurii prerenální, tubulární či postrenální etiologie.

Při vyšetření proteinurie se preferují jednorázové vzorky moči před vzorky časovanými, které jsou zatížené chybou sběru. Pokud se u náhodného vzorku stanoví  $ACR \geq 30$  mg/g je zapotřebí vyšetření opakovat s použitím vzorku první ranní moče. O perzistentní proteinurii se jedná v případě minimálně dvou pozitivních nálezů při kvantitativním vyšetření. Tito pacienti mají podstoupit další vyšetření k vyloučení onemocnění ledvin.

Screening albuminurie je důležitý u nemocných s diabetem, arteriální hypertenzí a ischemickou choro-

Tab. 3: Kategorie CKD dle albuminurie [2].

| Kategorie                    | ACR (mg/mmol) | ACR (mg/g) | AER (mg/den) | PCR (mg/mmol) | PCR (mg/g) | PER (mg/den) | Testovací proužek  |
|------------------------------|---------------|------------|--------------|---------------|------------|--------------|--------------------|
| A1 normální až mírně zvýšená | < 3           | < 30       | < 30         | < 15          | < 150      | < 150        | negativní až stopa |
| A2 středně zvýšená           | 3–30          | 30–300     | 30–300       | 15–50         | 150–500    | 150–500      | stopa až +         |
| A3 závažná                   | > 30          | > 300      | > 300        | > 50          | > 500      | > 500        | > +                |

ACR, poměr albumin/kreatinin v moči; AER, albuminurie/24 hodin; PER, proteinurie/24 hodin

Tab. 4: Doporučená frekvence kontrol za rok dle kategorie GFR a albuminurie. Převzato z [2].

|   |     | Perzistentní albuminurie |    |    |
|---|-----|--------------------------|----|----|
|   |     | A1                       | A2 | A3 |
| Kategorie GFR (ml/min/1,73 m <sup>2</sup> ) | G1  | 1                        | 1  | 2  |
|   | G2  | 1                        | 1  | 2  |
|   | G3a | 1                        | 2  | 3  |
|   | G3b | 2                        | 3  | 3  |
|   | G4  | 3                        | 3  | 4+ |
|   | G5  | 4+                       | 4+ | 4+ |

Tab. 5: Doporučení pro odeslání k nefrologovi dle výše glomerulární filtrace a albuminurie. Převzato z [2].

|   |     | Perzistentní albuminurie |           |          |
|---|-----|--------------------------|-----------|----------|
|   |     | A1                       | A2        | A3       |
| Kategorie GFR (ml/min/1,73 m <sup>2</sup> ) | G1  |                          | sledování | nefrolog |
|   | G2  |                          | sledování | nefrolog |
|   | G3a | sledování                | sledování | nefrolog |
|   | G3b | sledování                | sledování | nefrolog |
|   | G4  | nefrolog                 | nefrolog  | nefrolog |
|   | G5  | nefrolog                 | nefrolog  | nefrolog |



bou srdeční. Velikost albuminurie odráží nejen riziko progresse onemocnění ale i riziko kardiovaskulární. Albuminurie se u těchto nemocných považuje za marker generalizované endotelové dysfunkce. Na jinou než diabetickou nebo vaskulární nefropatii by mělo být pomýšeno, pokud je přítomná výrazná nebo rychle progredující renální dysfunkce, progresivně narůstající nebo nefrotická proteinurie, refrakterní hypertenze, patologický močový sediment, známky systémového onemocnění či pokles glomerulární filtrace o více než 30 % do 3 měsíců po zahájení léčby ACE inhibitory (ACEi). Opakované vyšetřování proteinurie je u těchto pacientů důležité pro monitorování efektu léčby a odhadu prognózy selhání ledvin a kardiovaskulárních komplikací. Snížení proteinurie léky inhibujícími systém renin–angiotenzin–aldosteron (RAAS) snižuje u pacientů s CKD obě rizika.

### Sledování pacienta s onemocněním ledvin

Doporučená frekvence vyšetření u pacientů s CKD závisí na stupni poškození a riziku progresse. U všech pacientů je doporučeno vyšetřit glomerulární filtraci a albuminurii minimálně 1x ročně. Častěji by měli být vyšetřeni pacienti ve vyšším riziku a pacienti, u kterých se předpokládá, že by vyšetření změnilo terapeutický postup (Tab. 4). Malé kolísání GFR je běžné a nemusí souviset s progresí CKD. Progrese CKD je definována jako pokles v kategorii GFR doprovázený min. 25% poklesem renální funkce oproti výchozím hodnotám. Rapidní progresse je definována jako setrvalý pokles v odhadnuté GFR o víc než

5 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>/rok. U pacientů s progresí CKD je potřebné zhodnotit dosavadní léčbu, eliminovat potenciálně reversibilní příčiny progresse (např. dehydratace, nasazení potenciálně nefrotoických léků, blokátorů RAAS...) a zvážit odeslání k specialistovi (Tab. 5).

### K nefrologovi by měli být odesláni pacienti s

- CKD a GFR < 30 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> (G4–5)
- náhlým poklesem GFR
- progresí CKD
- perzistující závažnou albuminurií (A3)
- akutním selháním ledvin
- hematurii nejasné etiologie
- CKD a refrakterní hypertenzí (léčba min. 4 antihypertenzivy)
- přetrvávající hypo/hyperkalémií
- recidivující nebo závažnou nefrolitiázou (v ČR je spíše preferováno vyšetření urologem)
- hereditárním onemocněním ledvin

### Stanovení prognózy a prevence progresse CKD

Prognóza chronického onemocnění ledvin přímo závisí na výši glomerulární filtrace a albuminurie (tab. 2). Ve vysokém riziku progresse se logicky nacházejí pacienti se závažnou proteinurií (A3) a omezenou renální funkcí (G3b–5). Kromě těchto renálních faktorů se na progresi renálního onemocnění a rozvoji přidružených komorbidit CKD podílejí různou mírou i nonrenální faktory (Tab. 6). Pacienti s CKD by měli být informováni o prognóze jejich onemocnění a měli by být seznámeni s rizikovými faktory progresse (Tab. 6). Odstranění či správný management rizikových

Tab. 6: Riziko progresse renálního onemocnění a rozvoje komplikací chronického onemocnění ledvin vztaheno k příčině CKD, výši glomerulární filtrace, albuminurie a ostatním faktorům.

|  | Renální faktory |     |     | Ostatní faktory  |
|--|-----------------|-----|-----|--|
|  | Příčina CKD     | GFR | ACR |  |
| <b>Progrese renálního onemocnění</b>                                     |                 |     |     |  |
| Pokles GFR   | +++             | +   | +++ | hypertenze, mužské pohlaví, AA rasa, nižší věk           |
| Nárůst albuminurie   | +++             | +   | +++ | hypertenze, DM   |
| Akutní selhání ledvin  | +               | +++ | +   | vyšší věk  |
| Chronické selhání ledvin (GFR < 15 ml/min/1,73 m <sup>2</sup> , kat. G5) | +++             | +++ | +   | nižší věk  |
| <b>Komplikace CKD</b>  |                 |     |     |  |
| Léková toxicita  | +               | +++ | +   | expozice lékům, onemocnění jater                         |
| Endokrinní a metabolické komplikace                                      | +               | +++ | +   | různé  |
| Kardiovaskulární morbidita a mortalita                                   | ++              | +++ | +++ | vyšší věk, anamnéza KVS onemocnění, KVS rizikové faktory |
| Jiné (infekce, kognitivní dysfunkce...)                                  | ++              | ++  | ++  | vyšší věk, komorbidity                                   |

AA rasa, Afroamerická rasa; Alb, albuminurie; CKD, chronické onemocnění ledvin; DM, diabetes mellitus; GFR, glomerulární filtrace; KVS, kardiovaskulární.

faktorů může zásadně zpomalit progresi onemocnění. Pro krevní tlak je u CKD pacientů s normální až mírně zvýšenou albuminurií (A1) doporučena korekce pod 140/90, u pacientů se středně zvýšenou až závažnou proteinurií (A2–3) pod 130/80, a to bez ohledu na přítomnost diabetu. Pacienti s albuminurií A2–3 by měli být preferenčně léčeni blokátorem RAAS. Příjem proteinů u pacientů s GFR pod 30 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> (G4–5) by neměl přesáhnout 0,8 g/kg/den. Vysoký příjem bílkovin (> 1.3 g/kg/den) není doporučen pro pacienty s CKD v riziku progres<sup>3</sup>. K účinné kompenzaci diabetu a tudíž k prevenci či zpomalení progres<sup>3</sup> mikrovaskulárních komplikací DM včetně diabetické nefropatie by mělo být dosaženo cílového glykovaného hemoglobinu (HbA1c) pod 7% (<53 mmol/mol). Příjem soli by u nemocných s CKD neměl přesáhnout 5 g NaCl za den. Pacienti s CKD by měli být povzbuzováni ke zdravému životnímu stylu, fyzické aktivitě a udržení optimální tělesné hmotnosti<sup>3</sup>.

### Lékový management u chronického onemocnění ledvin

Při preskripci léků u CKD je potřeba brát v úvahu výši GFR. U pacientů s GFR <60 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> a nově vzniklým závažným onemocněním, které by mohlo vést k akutnímu selhání ledvin je doporučeno přechodně pozastavit léčbu potencionálně nefrotoxickými léky či léky s majoritním renálním vylučováním (blokátory RAAS, diuretika, NSAID, metformin, lithium, digoxin). U všech CKD pacientů užívajících potencionálně nefrotoxické léky se doporučuje pravidelně vyšetřovat GFR, ionty a příp. hladí-

nu léků. S užíváním metforminu je možné pokračovat při GFR ≥45 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> (G1–3a), být opatrný u GFR 30–44 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> (G3b) a přerušit u GFR <30 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> (G4–5)<sup>3</sup>. Při mírném poklesu GFR (o <30%) po zahájení léčby blokátorem RAAS se doporučuje nadále v terapii pokračovat, jelikož se předpokládá jen hemodynamický efekt nově nasazené léčby. Při větším poklesu GFR (30–50%) je doporučeno zredukovat dávku a vyloučit stenózu renální tepny, při poklesu GFR o více než 50% léčbu blokátorem RAAS ukončit<sup>5</sup>. Dle současných KDIGO doporučení neexistují důkazy, které by podporovali vysazení blokátorů RAAS v 5. stadiu CKD za účelem zlepšení residuální renální funkce<sup>3</sup>. Naopak, ACE inhibitory i sartany snižují proteinurii a zpomalují progresi CKD. Při významně snížené renální funkci je samozřejmě na místě opatrné dávkování a pečlivá monitorace krevního tlaku, renální funkce a kalémie. U pacientů se sníženou GFR <30 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> se nedoporučuje léčba bisfosfonáty.

### Shrnutí pro praxi

Chronické onemocnění ledvin je závažné onemocnění spojené s četnými komorbiditami a vysokým rizikem kardiovaskulárních příhod. Včasná detekce a správná léčba chronického onemocnění ledvin dokáže značně zpomalit či eliminovat progresi renální dysfunkce a snížit tím riziko progres<sup>3</sup> do stádia renálního selhání.

Tato práce byla podpořena Agenturou pro zdravotnický výzkum České republiky a Ministerstvem zdravotnictví (reg. č. 15-26519 A).

Tab. 7: Rizikové faktory progres<sup>3</sup> CKD

| Neovlivnitelné  | Potencionálně ovlivnitelné  |
|---|---|
| příčina CKD<br>věk<br>pohlaví<br>rasa/etnikum<br>anamnéza KVS oneocnění | GFR<br>albuminurie<br>hypertenze<br>hyperglykémie<br>dyslipidémie<br>kouření<br>nefrotoxické léky |

#### Přehled literatury:

1. Australian Bureau of Statistics. Australian Health Survey: Biomedical Results for Chronic Diseases, 2011-12. ABS, Canberra. 2013;
2. Tonelli M, Muntner P, Lloyd A et al. Risk of coronary events in people with chronic kidney disease compared with those with diabetes: a population-level cohort study. Lancet 2012; 380: 807-14.
3. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work

- Group. KDIGO 2012 clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease. Kidney Int Suppl 2013; 1-150.
4. <http://www.nefrol.cz/aktuality/doporučení-k-diagnostice-chronického-onemocnění-ledvin>.
5. K/DOQI clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification, and stratification. Am J Kidney Dis 2002; 39: 51-266.

# Urgentní příjem velkých nemocnic, nový fenomén v medicíně prvního kontaktu



**MUDr. Jiří Šoupal**

primář Oddělení urgentního příjmu dospělých FNM,  
zástupce náměstka LPP pro urgentní medicínu  
a komplement, Fakultní nemocnice Motol, Praha 5

## Úvod

Urgentní příjem je běžnou součástí nemocnic v USA, Velké Británii, Austrálii a v bohatých zemích třetího světa. Anglosaské země mají tradici urgentního příjmu dlouhou desítky let. V České republice a v německy hovořících zemích je tradice kratší a urgentní příjmy teprve vznikají anebo jsou vysokoprahové (typicky při oddělení ARO). U nás, v Německu a Rakousku probíhá boj o vznik urgentních příjmů a urgentní medicína jako obor je posunuta blíže pacientovi, do záchranné služby. V minulém roce vydalo Ministerstvo zdravotnictví České republiky věštník, který charakterizuje základní vybavení oddělení urgentního příjmu a vyzývá všechny nemocnice, aby podobná oddělení zřídily. Lze tedy očekávat, že nejen v Praze a jejím okolí, ale i v celé České republice bude urgentních příjmů více a budou se blížit charakteru oddělení v USA, Kanadě, Austrálii a Velké Británii. Urgentní medicína jako obor bude zahrnovat nejen lékaře ze záchranky ale i lékaře urgentních příjmů a stále více lékařů bude mít úvazek na obou těchto místech.

## I. Co je posláním Oddělení urgentního příjmu.

Oddělení urgentního příjmu (OUP) je zřizováno zejména proto, aby se zkrátil čas od příchodu pacienta do nemocnice k intervenci, která zásadně ovlivňuje jeho zdraví a přežití. Měřítky kvality jsou tedy typicky časy dveřetrombolýza (u CMP), dveře–balonek (u PTCA), dveře – antibiotika (u sepse), dveře – operace (trauma, hemoragický šok aj.). OUP slouží zejména jako místo, kde předávají nemocnici pacienti posádky sanitních vozů záchranné služby a kde se pacienti rychle stabilizují (vitální funkce), rychle se léčí bolest, dušnost a jiné akutní potíže a rychle se přijmou na příslušné oddělení anebo odešlou zpět domů s příslušným doporučením. Vše se musí odehrávat poměrně svižně a rozhodně, protože při delším pobytu pacientů anebo při příchodu více pacientů, kteří na OUP „nepatří“ hrozí takzvaný „overcrowding“ čili zahlcení. Je to kritický stav, kdy se zcela zaplní kapacita lůžek OUP a pacienti se hromadí v čekárně. To s sebou nese riziko

zdravotních komplikací, úmrtí v čekárně, vyhoření personálu, chybných rozhodnutí, ztráty zaměstnanců (výpovědi) a velké nespokojenosti pacientů (dlouhé čekání), stížností, soudů a nekvalitní péče. Je to tedy fenomén velmi nežádoucí ale bohužel také velmi častý. Praktičtí lékaři podle naší statistiky posílají asi 25 % pacientů ze všech, kteří k nám přijdou, 60 % přiveze záchranná služba a zhruba 15 % pacientů přijde bez doporučení.

## II: Co není posláním OUP

OUP není pro pacienty s chronickými obtížemi u kterých předchází ambulantní vyšetřování a ambulantní léčba nevedly ke zlepšení stavu, OUP není místo, kde by měl pacient hledat „druhý názor“ pokud není spokojen v jiné nemocnici. OUP není místem, kam by měl pacient jít, když není dostupný jeho praktický lékař (dovolená, nemoc). Není samozřejmě určen pro léčbu běžného nachlazení, opilsti a jiných „banálních“ stavů. Není ani místem, které nahrazuje ambulantní specialisty, nebo ambulance klinických oddělení nemocnice. Není místem, kam se posílají obtížní pacienti, nebo pacienti, s kterými si ambulantní lékaři po dlouhém léčení „nevědí rady“.

## III: Kdy hrozí zahlcení OUP a jak se mu dá předcházet

Zahlcení hrozí tehdy, když je a/ přísun pacientů příliš velký, b/ když jsou vyšetřování a pobyt na OUP příliš dlouhý, c/ když vážně odsun na klinická oddělení – akutní lůžka klinik. Naše oddělení na jaře roku 2015 otevřelo nový provoz a okamžitě se začalo potýkat s opakovanými stavy zahlcení. Vedení oddělení muselo zavést rychle opatření, aby se zahlcování omezilo a nedocházelo k takzvanému fenomenu „boarding“ čili „skladování“ pacientů na lůžkách OUP.

Boarding vede k zahlcení a je způsoben zejména bodem c – čili odsun pacientů na akutní lůžka nemocnice. Praktičtí lékaři mohou ovlivnit bod a. Naši lékaři a komplement spolu s konsiliáři definují bod b.

Bylo potřeba zavést systém, kdy doba od objednání vyšetření, konsilia je co nejkratší. Konsiliáři se musí dostavit do 10 minut. Používáme „point of care“ laboratorní přístroje schopné určit Troponin I a jiné parametry do 10–30 minut, CT je hned vedle našeho oddělení, stejně jako RTG a sonografie. Pokud je jasné, že pacient má být přijatý, nesmí se dále na OUP vyšetřovat a musí se přijmout na kliniku.

Kliničtí lékaři – konsiliáři nesmí ordinovat po telefonu, musí přijít a pacienta nejdříve vyšetřit. Zabránili jsme tím fenomenu „ať ho vidí nejdříve chirurg, doplňte CT a laboratoř a pak mi zavolejte výsledky, já vám řeknu co dál“ a následně „já jsem chirurg a přijdu, až ho uvidí internista a bude hoto-

vé sono a laboratoř, nebo: sono vám udělám, až ho vyšetří chirurg a bude mít hotovou laboratoř atp.". Lékař urgentista má právo požádat o konsilium a konsilii musí přijít do deseti minut a nesmí ordinovat po telefonu. Zároveň má urgentista právo určit a případně nařídít přijetí na danou kliniku. Pokud klinika nemá místo, musí lékaři kliniky najít lůžko na jiné klinice, v krajním případě v jiné nemocnici.

#### IV: Co mohou udělat praktičtí lékaři, aby nám pomohli kvalitně léčit a předcházet zahlcení

Praktický lékař nám velmi správně posílá pacienta s akutním infarktem, mrtvicí, s akutní bolestí, krvácením, dušností aj. Nejlépe s využitím záchranné služby. Když si není jistý, jestli pacienta k nám má poslat, je skvělé, pokud nám zavolá a dohodne se s námi. Máme tendenci kolegům vyhovět a respektovat jejich názor, protože oni jsou ti, kdo pacienta bezprostředně vidí a znají.

Naše oddělení není pro pacienty, které potřebuje praktický lékař poslat na vyšetření sonografií pro týden trvající otok končetiny, nebo na kožní konsilium pro týden trvající vyrážku či na jinou odbornou ambulanci nebo zobrazovací metodu. Takoví pacienti nás zdržují a zvyšují možnost zahlcení. Většinou jim dáme do ruky vytištěné číslo telefonu na odbornou ambulanci na poliklinice anebo v nemocnici a doporučíme jim se tam z domova objednat.

Když pacient přijde na OUP s chřipkou, akutní gastroenteritidou (samozřejmě je jiná situace u pacienta 30-letého anebo u nemocného pacienta starého 85 let). Nebo pokud přijde s vyrážkou anebo chronickým problémem, je vždy triázním systémem odsouzen k přidělení nejnižší priority a to, že primárně nešel ke „svému“ praktickému lékaři anebo se neobjednal do odborné ambulance se mu často vymstí. Musí dát přednost akutním pacientům s vyšší prioritou a sám to odnese několikahodinovým čekáním (i 6 hodin a více) na dobu, kdy budeme mezi akutními pacienty mít „mezírku“. Proto není dobré, když pacienti vynechají praktického lékaře anebo odbornou ambulanci, nebo se místo objednání MR či CT snaží přijet sanitou na OUP a zajistit si vyšetření okamžitě. Většinou dlouho čekají, aby se dozvěděli, že se mají objednat telefonicky. Typické věty, které na OUPm nepatří, jsou: „prosím o interní vyšetření cestou OUP“, „prosím o CT cestou OUP“, „prosím o vyloučení HŽT cestou OUP“ (u pacienta, který má nohu oteklou již řadu dní anebo týdnů). Absolutní přednost mají pacienti s akutní poruchou hybnosti, krvácením, dušností, bolestí na hrudi aj. Pacient s akutní chřipkou anebo gastroenteritidou se může subjektivně cítit strašně ale může čekat i 7 hodin a většinou potom napíše stížnost. Tento čas je běžný v USA a v jiných vyspělých zdravotnických systémech. OUP prostě není supermarket pro všechny, kam se přijede sanitkou, vše je ihned a sanitkou se vždy opět odjede domů.

#### V: V čem je zřízení OUP výhodné nejen pro pacienty ale i pro praktické lékaře

Názor většiny urgentistů z OUP je, že praktičtí lékaři a urgentisté mají hodně společného. Například šíří záběru, léčíme pacienty s chorobami, které patří různým specializacím, a většinou jsme jedni z prvních, ke komu pacienti přicházejí. Máme pocit, že bychom si měli vzájemně

předávat zkušenosti, že bychom jednou mohli mít část předatestační přípravy společnou. Také máme pocit, že musíme dlouhodobě kultivovat naši spolupráci.

Praktický lékař má v OUP místo, kam může poslat všechny akutní pacienty a kam může kdykoli sám přijít na stáž anebo na „návštěvu“. Kdykoli tam může zavolat a požádat o konzultaci. Za naše pracoviště mohu slíbit, že všechny praktické lékaře ze spádu motolského OUP velmi rádi uvidíme a provedeme naším oddělením.

Jedna z našich vizí je, že by při OUP mohla fungovat 24/7 lékařská pohotovost, kde by mohli praktičtí lékaři ze spádu mít jednu službu měsíčně a doplňovali by je kmenoví zaměstnanci naší nemocnice. Za jednu 12 hodinovou službu by praktik měl jistotu, že existuje při nemocnici místo, kam se může jeho pacient kdykoli obrátit s čímkoli (LSPP má nižší práh než OUP). Naplnit tuto vizi nebude jednoduché, ale není to nemožné. Vedlo by to k tomu, že bychom se navzájem poznali a že by praktici měli něco jako klinikou základnu v naší nemocnici.

#### Závěr:

Záměrem vlády a odborné společnosti urgentní medicíny je vytvoření podmínek pro vznik OUP ve všech nemocnicích v České republice. Pro hladké fungování OUP je zapotřebí, aby lékaři jiných odborností v nemocnici i v ambulancích mimo nemocnici pochopili princip jejich práce. Je nanejvýš žádoucí, aby i samotní pacienti pochopili, k čemu jsou OUP zřizovány.

OUP má s praktickými lékaři a jejich prací velmi mnoho společného, praktičtí lékaři nám posílají asi 25% všech pacientů, kteří k nám přijdou anebo jsou přivezeni. Vzájemná komunikace a poznání problematiky OUP a ambulance praktického lékaře nám mohou významně oboustranně pomoci využít systém urgentních příjmů naplno, zbavit se zbytečných návštěv OUP a zároveň se společně podílet na práci pohotovosti (LSPP) při OUP.

Obory praktické lékařství a urgentní medicíny by mohly v budoucnu mít společnou část přípravy k atestaci. Kolegové praktičtí lékaři z našeho spádu jsou srdečně zváni k návštěvě anebo stáži na našem oddělení. Máme pro ně „politiku otevřených dveří“ to znamená, že mohou kdykoli zavolat a konzultovat s námi svůj případ. Pokud nám pomohou odklánět od nás neakutní a nevhodné pacienty budeme se moci naopak více věnovat pacientům, pro které zde OUP je a tím poskytnou praktickým lékařům pocit jistoty, že sanitka doveze pacienta na místo, kde vše rychle navazuje a kde je pacient lege artis léčen. V budoucnu je možné vyvíjet i funkční systém zpětné vazby, kdy by se praktický lékař vždy dozvěděl, jak jeho pacient byl na OUP léčen a jaký byl jeho další osud.

Krátká stáž praktického lékaře u nás, společné konzultace, jeden den na LSPP při našem oddělení za měsíc či dva, naše účast na kongresech a setkáních praktických lékařů, to vše může být zárukou hladké spolupráce a vzájemného pochopení. To uleví našemu každodennímu stresu na obou stranách a pomůže našim společným pacientům.



# Přehled kožních nádorů

MUDr. Barbora Daňová, prof. MUDr. Alena Pospíšilová, CSc., MUDr. Olga Faustmannová, Ph.D., MBA

Dermatovenerologické oddělení FN Brno

## Úvod

Kožní nádory patří mezi nejčastější nádorová onemocnění vyskytující se v populaci. Vyskytují se častěji ve středním a vyšším věku. Nemelanocytární kožní nádory (NMSC) jsou vůbec nejčastější formou neoplasie. Jejich výskyt každoročně roste o 2 % až 5 %. Jeden z největších rizikových faktorů vzniku téměř všech typů kožních nádorů je UV záření, a to hlavně složka UVB, která vyvolává erytém. Ohrožená je nejvíce bílá rasa a zřejmě světlý kožní fototyp I (keltský – na slunci většinou zrudne, nikdy se neopálí) a II (skandinávský – vždy zrudne, občas se opálí). Výskyt kožních nádorů u tmavých a žlutých ras je relativně vzácný. Dalšími rizikovými faktory v etiologii kožních nádorů jsou chemické kancerogeny (arzen, dehet, kadmium, psoraleny, fenol a benzoylperoxid), ionizující záření, virové infekce – lidský papilomavirus (HPV) a genetická predispozice. Klinický obraz je velmi pestrý, proto je diagnostika obtížná. Pro přesnou diagnostiku je nutná histopatologická verifikace.

Na základě histopatologické struktury můžeme nádory rozdělit na:

- **epitelové** - z povrchového epitelu
- **adnexální** - z adnex
- **mezenchymální** - angiomy
- **neuroektodermové** - melanocytární léze

Na základě biologické povahy

- **prekancerózy**
- **benigní kožní nádory**
- **maligní kožní nádory**

## Prekancerózy

Zahrnují řadu kožních nemocí, které časem přecházejí do malignity.

### 1. Keratosis solaris (keratosis actinica)

Je prekurzorem pro spinocelulární karcinom (SCC), někdy je považována za SCC in situ. Jedná se o degenerativní kožní proces vyvolaný kumulací účinku UV záření. Objevuje se hlavně ve vyšším věku. Typická místa vzniku jsou exponované kožní plochy (heliotropní lokalizace) jako je obličej, ušní boltce, pleš hlavy, záda, hřbet rukou.

Klinický obraz: lehce lesklé, ohraničené ložisko růžovo-hnědé barvy se šedobílými šupinkami na povrchu. Povrch je drsný. Velikost je od několika milimetrů do 2 centimetrů.

Terapie: kryoterapie, 5-fluorouracil, ingenol mebutát, totální excize, fotodynamická terapie.

### 2. Cornu cutanem

Rozvíjí se nejčastěji v pozdním seniu. Podkladem je nadměrná tvorba rohoviny, která se vyvíjí na povrchu keratosis actinica. (obrázek č. 1) Nejčastěji se nachází na hřbetu rukou, v kapiliciu, na ušním boltci. Podkladem vzniku může být zhoubný nádor, obvykle SCC. Čím je cornu cutaneum větší, tím větší je pravděpodobnost, že vyrůstá na maligním podkladu<sup>1</sup>.

Klinický obraz: kuželový výstupek nad povrchem kůže „miniaturní roh“.

Terapie: totální excize

### 3. Leukoplakie

Slizniční prekanceróza, která vzniká vlivem chronického dráždění sliznic při užívání tabáku či chronickou traumatizací defektní denticí a při nedostatečné ústní hygieně. Přejít ve spinocelulární karcinom je udáván v rozmezí 5–30 %.

Klinický obraz: bělavá až bělošedavá ploška s hladkým povrchem, postupně vznikají na povrchu ragády.

Terapie: odstranění příčiny, úprava ústní hygieny, excize<sup>2</sup>.

### 4. Lentigo maligna

Vzniká na podkladě dlouhodobé expozice UV záření, hlavně u starších pacientů. Je to poměrně častá, velmi pomalu rostoucí prekanceróza. Dochází k proliferaci atypických epidermálních melanocytů s tendencí k přechodu v maligní melanom.

Klinický obraz: typicky na obličeji, nepravidelně pigmentované ložisko zvětšující se do plochy. V průměru může mít až několik centimetrů. Po několika letech ve 25–30 % případů, dochází ke tvorbě černých infiltrovaných míst, což je známka přechodu do lentigo maligna melanom.

Obrázek č. 1: Cornu cutaneum



Terapie: totální excize, kryoterapie, laser.

## Benigní kožní nádory

Pro benigní kožní nádory je typický pomalý růst. Neza-kládají druhotná ložiska – metastázy, ale mohou utlačo-vat okolní tkáň. Benigní tumory jsou jen velmi vzácně hrozbou ohrožení života. Mezi nejčastější benigní kožní tumory patří:

### 1. Seborhoická keratóza (senilní veruka, verruca sebo-rrhoica)

Vzniká ve středním až starším věku, solitárně, ale i v hustých výsevech. Objevuje se hlavně na trupu a v obličeji. (obrázek 2 a obrázek 3) Někdy může svědit, jemně se olupovat.

Klinický obraz: hnědožlutá papula s bradavčítým droli-vým povrchem, s patrným rozšířením vývodů vlasových folikulů a přítomnosti rohových cyst. Barva se postupně mění od žluté přes hnědou až po černou. Nutné odlišení od pigmentových tumorů<sup>2</sup>.

Terapie: exkochleace ostrou lžičkou, kryoterapie, totální excize.

### 2. Keratoakantom

Adnexální tumor, velmi rychle rostoucí na základě hyper-proliferace a hyperkeratózy pilosebaceózní žlázy. V dife-renciální diagnostice je nutno myslet na spinocelulární karcinom.

Maximální velikost keratoakantomu během rychlé fáze růstu je asi 1–3 cm, po fázi rychlého růstu nastupu-je pomalá regrese, často způsobující destrukci tkáňe a jizvení<sup>1</sup>.

Klinický obraz: papula růžovočervené barvy, na povrchu ložiska dochází k nahromadění keratinu a později k ulce-

raci. Po období rychlého růstu během několika měsíců spontánně ustupuje a zanechává vkleslou jizvu.

Terapie: možná je spontánní regrese, totální excize.

### 3. Granuloma pyogeneticum

Mezenchymový, rychle rostoucí měkký, polokulovitý, růžovočervený útvar, na povrchu často krytý hemoragic-kou krustou. V diferenciální diagnostice je nutno myslet na amelanotické formy maligního melanomu.

Terapie: totální excize

Mezi další časté benigní nádory patří:

**4. Fibrom** (fibroma molle, fibroma pendulum) – vaskula-rizované vazivo, měkké papulky barvy kůže. Nachází se hlavně na místech, opakovaného tření kůže, jako je podpaží, laterální strana krku, oblast pod prsy.

**5. Lipom** – měkký kulovitý podkožní útvar.

**6. Keloid** – zbytnělá tuhá jizva, vzniká neřízenou hyper-proliferací a hyperplazií vaziva.

**7. Histiocytom** – tužší světlorůžový nebo růžovohnědý polokruhovitý hrbolík, na povrchu hladký. Vzniká jako reakce po poštípání hmyzem nebo po drobném trau-matu.

**8. Hemangioma senile** – ostře červené drobné makulo-papulky u starších lidí disperzně lokalizované na těle.

**9. Trichoblastom** – nezhoubný nádorek, který vychází z vlasového folikulu.

**10. Syringom** – zbytnělá potní žláza (často pod očními víčky).

## Maligní epiteliální nádory

### 1. Bazaliom (basaliom, carcinoma basocellulare, basal cell carcinoma, BCC)

Je nejčastějším kožním maligním nádorem. Vychází z keratinocytů bazální vrstvy epidermis. Nachází se převážně v solární predilekci, hlavně v obličeji. Nádor postihuje spíše starší lidi a 2x častěji muže než ženy. Roste destruktivně, infiltruje okolní tkáň, ale prakticky nikdy nemetastazuje. Kosmetické znetvoření při postiže-ní očního víčka a nosu je časté. Pokud proroste tumor do spodiny a šíří se periostem nebo přejde na strukturu oka, je jeho zastavení více než obtížné i někdy nemožné (2). Na vzniku bazaliomu má největší podíl UV záření, přede-vším kumulativní expozice UVB záření. Dalším faktorem je arzen a deriváty dehtů. Významnou roli v rámci riziko-vých faktorů má imunoprese.

Obrázek č. 2: Seborrhoic-ká veruka v obličeji



Obrázek č. 3: Početné seborrhoické veruky na trupu u staršího pacienta



Bazaliomy mají pestrý klinický i histologický vzhled. Zprvu pomalu, nenápadně rostoucí léze postupně roste a může ulcerovat. Charakteristickým znakem pro BCC je voskový nebo perleťový vzhled, polymorfní větvené cévky a na povrchu šupinky. **Nodulární basaliom** je nejčastější typ basaliomu, vyskytuje se hlavně preaurikulárně, na krku a v horní části zad. Léze se vyvíjí jako lesklý polokulovitý uzlík růžové barvy s drobnými teleangiektázami, centrálně může vzniknout ulcerace s navality, „perleťově“ lesklým lemem – **ulcus rodens**, pokud nádorové hmoty prorůstají do hlubších struktur jako je chrupavka a kost vzniká **ulcus terribans**. **Bazaliom s pigmentem** je varianta nodulárního typu. Hnědá až hnědomodrá papula, v diferenciální diagnostice je proto nutno myslet na maligní melanom. **Bazaliom superficiální multicentrický** je tvořený lehce infiltrovanými červenohnědými ložisky či plaky s plochým perličkovým lemem, někdy se šupením. Vyskytuje se převážně na zádech. (obrázek č. 4) **Bazaliom sklerodermiformní** – bělavý, lesklý povrch bez kožního reliéfu, nepřesně ohraničený, palpačně tuhý.

Terapie: totální excize s 5 mm bezpečnostním lemem s následným histologickým vyšetřením, kryoterapie, fotodynamická léčba, interferon alfa-2 b, 5fluorouracil, imiquimod krém (Aldara), cévní laser a CO2 laser (u superficiálního typu).

**2. Spaliom (Carcinoma spinocellulare, spalioma, SCC)** Je druhým nejčastějším typem kožních nádorů, vychází z buněk stratum spinosum. Poměr incidence bazaliom: spaliom kolísá od 4 :1 až po 10 : 1, podle různých autorů<sup>3</sup>. Primární spaliom vzniká v heliotropních lokalizacích a slizničních přechodech – na dolním rtu, vulvě, na glans penis, v anální oblasti. Sekundární spaliom vzniká z prekanceróz. Přibližně v polovině případů z neoše-

třených aktinických keratóz, leukoplakii (obrázek č. 5), často vzniká i v jizvách po popáleninách, bérkových vředech. Může metastazovat do lymfatických uzlin a být lokálně destruktivní.

Rozlišují se 3. základní klinické formy: **1. Ulcerózní forma:** vyvýšená hyperkeratóza s vředem v centrální oblasti s navality tuhými okraji. **2. Difúzně infiltrující forma:** vyvýšená hyperkeratóza. **3. Exofytická forma:** měkké exofytické hrbolky s tendencí ke krvácení, rozpadu a rychlému metastazování do lymfatických uzlin.

Terapie: totální chirurgická excize s bezpečnostním lemem 5–10 mm, aktinoterapie, alternativní metodou je kryoterapie, fotodynamická terapie, kauterizace.

### 3. Morbus Bowen

Jedná se o karcinom in situ – intraepidermální karcinom. Má potenciál invazivního růstu, neléčené ložisko přechází ve 3–6% do invazivního spinocelulárního karcinomu<sup>3</sup>. Vzniká nejčastěji v senu na hlavě, krku a končetinách. Primárně je morbus Bowen způsobený chronickým UV zářením, k dalším rizikovým faktorům patří arsen a infekce lidským papilomavirem. Bowenova choroba se může objevit na jakékoliv sliznici a kožním povrchu, ale nejčastěji se vyskytuje na hlavě, krku a na hřbetech rukou.

Klinický obraz: pomalu rostoucí hnědorůžové infiltrované ložisko na povrchu se šupinami a krustami. Okraje jsou nepravidelné a ostře ohraničené. Léze v oblasti nehtu a genitálu jsou pigmentované a mohou stimulat maligní melanom.

Terapie: totální excize s histologickým vyšetřením.

### Maligní adnexiální nádory

#### Morbus Paget

Jedná se o epidermotropní karcinom vývodů mléčné

Obrázek č. 4: Superficiální bazaliomy



Obrázek č. 5: Spaliom na podkladě aktinické keratózy





žlázy nebo vývodů apokrinních žláz. Vyskytuje se častěji u žen o to mezi 50–60 rokem života<sup>3</sup>.

**Klinický obraz:** pomalu se zvětšující ostře ohraničené, lehce infiltrované, šupící se ložisko lokalizované jednostranně, postupně vtahuje bradavku, pod ním je hmatný tuhý infiltrát. Může imitovat ekzémové ložisko.

**Terapie:** u extramammární formy totální excize, při lokalizaci na prsu stejná terapie jako u karcinomu prsu.

### Maligní mezenchymální nádory – sarkomy

#### Kaposiho sarkom

Vzácný maligní vaskulární nádor. Prokázána asociace s osmým lidským herpetickým virem HHV-8. Rozlišujeme 4 klinické varianty: **Klasická forma** – postihuje hlavně starší muže pocházející z oblasti Středomoří. Sytá červená drobná uzla až noduly velikosti několik milimetrů, které postupně splývají, někdy krvácí, ulcerují. Projevy jsou lokalizované na bérkách bilaterálně, nejčastěji kolem kotníků a plosek (obrázek č. 6).

**lantrogenní forma** – po cytostatické léčbě u imunoprimovaných pacientů. **Endemická forma** – v oblasti rovníkové Afriky. **Epidemický Kaposiho sarkom asociovaný s AIDS** – u nás nejčastější typ. Červenohnědá makula, které se postupně zvětšují do nodulů až plaků.

**Terapie:** totální excize, kryoterapie, laser, celková léčba interferonem alfa, chemoterapie, radioterapie.

#### Maligní neuroektodermové nádory

#### Maligní melanom

Je zhoubný nádor z melanoblastů. Patří vůbec mezi nejzhoubnější typ rakoviny. Metastazuje jak hematogeně do plic, mozku, jater, kostí tak i lymfogeně do lymfatických uzlin. Vyskytuje se převážně u bílé rasy, u žluté a černé rasy je velmi vzácný. Nejvyšší výskyt vůbec je na Novém Zélandu a v Austrálii. Maligní melanom vzniká

převážně ve středním věku, ale incidence i u mladších lidí a u dětí stoupá. U žen je nejčastěji lokalizován na dolních končetinách, u mužů na horní polovině zad (obrázek č. 7). Mezi rizikové faktory patří na prvním místě UV záření, hlavně UVB záření, světlý fototyp, imunoprese, časté spálení na slunci a to hlavně v dětství, familiární výskyt maligního melanomu a syndrom dysplastických névů. Maligní melanom může vzniknout kdekoliv na kůži ale i na sliznicích (např. oko, gastrointersticiální a urogenitální systém) z již existujícího névu (zhruba jedna třetina), nebo de novo. Varovné příznaky, které signalizují přeměnu pigmentovaného znaménka, jehož včasným odstraněním lze předejít vzniku zhoubného nádoru, můžeme shrnout do ABCDE kritérií. A– asymmetry (asymetrie), B–border line (okraje), C–colour (barva), D–diameter (průměr nad 5 mm), E–enlargment (zvětšování). Maligní melanomy jsou většinou tmavě hnědé, modročerné nádory ale mohou být i zcela bez pigmentu – amelanocytický melanom. Rozlišujeme 4 základní typy melanomu:

#### 1. Lentigo maligna melanom (LMM)

Typická forma u starších lidí. Vyskytuje se hlavně na místech vystavených UV záření, jako je obličej, krk, paže, bérce. Roste pomalu. Prekurzová léze – lentigo maligna přechází do lentigo maligna melanom v rozmezí 5–20let. Prognóza je příznivá k invazivnímu vertikálnímu růstu dochází pozdě.

**Klinický obraz:** tmavohnědé až černé nepravidelné pigmentové ložisko většího průměru (1–5 cm), při vertikálním růstu (zpravidla až za mnoho let) vznikají na povrchu černé noduly.

#### 2. Superficiálně se šířící melanom (SSM)

Nejčastější typ melanomu – tvoří 70% ze všech melanomů. Typicky se vyskytuje u osob středního věku (30–50 let)<sup>4</sup>.

Obrázek č. 6: Kaposiho sarkom



Obrázek č. 7: Maligní melanom u muže na zádech



**Klinický obraz:** asymetrické, nepravidelné pigmentované ložisko, postupně se zvětšující, nehomogenně zbarvené – hnědá, černá, modrá někdy i růžová a bílá barva, která je známkou regrese. Projevy jsou na začátku ploché (horizontální fáze růstu), poté vznikají noduly, papuly, uzly (známka vertikálního růstu).

### 3. Nodulární melanom (NM)

Druhá nejčastější forma melanomu. Růst nádoru je od začátku rychlý, vertikální, proto je zde horší prognóza. Klinický obraz: hnědočerná papula/nodus, který časem ulceruje, krvácí a pokrývá se hemoragickou krustou<sup>5</sup>. V 5% případů bývá nádor primárně amelanotický.

### 4. Akrolentigiozní melanom (ALM)

U bílé rasy představuje pouze 2–8% ze všech melanomů, ale je to nejčastější typ u tmavé rasy. Vyskytuje se na dlaních, ploskách, prstech, pod nehtovou ploténkou (subunguální melanom). Pod nehtovou ploténkou může imitovat posttraumatické hemoragie, což má za následek pozdní diagnózu.<sup>6</sup>

Při diagnostice je důležité vyšetření celého kožního povrchu včetně hýždí, plosek a sliznic. Ptáme se na změny preexistující léze, plošný růst projevu, změny barvy, svědění, krvácení a ulcerace, hodnotíme ABCDE kritéria. Suspektní léze by měly být vyšetřeny dermatoskopem, který umožní několikanásobné zvětšení. Digitální dermatoskop má výhodu v nekolinárním zvětšení projevu, možnosti uložení obrazu a srovnání vývojových změn s odstupem. Doporučuje se věnovat pozornost příznaku „ošklivého káčátka“. Jedná se o melanocytární lézi, která se nějakým způsobem odlišuje od ostatních. Je vhodné tento příznak porovnávat s kritériemi ABCDE<sup>4</sup>. Suspektní morfy jsou indikované k totální excizi a následnému histologickému vyšetření. Hodnotí se tloušťka tumoru v milimetrech (Breslow), anatomický stupeň invaze (Clark), počet mitóz, ulcerace, známky regrese, přítomnost lymfocytární infiltrace.

**Terapie:** primární léčbou melanomu je vždy totální excize nádoru s ochranným bezpečnostním lem odpovídající tloušťce nádoru<sup>6</sup>. Pro carcinoma in situ se doporučuje ochranný lem 5 mm. Pro melanomy do hloub-

ky 1 mm a méně, bezpečnostní lem 1 cm. U melanomů hloubky 1 mm a více se doporučuje excidovat lem 2 cm. U melanomů při tloušťce nad 1 mm dle Breslawa je nutné histologické vyšetření sentinelové uzliny, při pozitivě pak disekce spádové uzlinové oblasti. U pokročilého melanomu je indikovaná adjuvantní imunoterapie INF alfa, která snižuje riziko relapsu, chemoterapie dakarbazinem. Dnes máme již k dispozici k terapii metastazujícího maligního melanomu a neresekovatelného melanomu i preparáty biologické léčby (Vemurafenib, Pembrolizumab, Ipilimumab). Prognóza MM s metastázami je letální, ale chemoterapie a biologická léčba dokáže prodloužit život o několik měsíců. Radioterapii je možno použít při symptomatických metastázách. U pokročilých nádorů se provádí CT vyšetření, UZ břicha, RTG srdce+plic, MR vyšetření v pravidelných intervalech. Důležitá je dispenzarizace pacienta, pro možnost vzniku relapsu. Melanom je nádor s vysokým rizikem metastazování. Většina metastáz vzniká v prvních 2–3 letech. Při dispenzárních kontrolách spolupracují dermatolog, onkolog, chirurg. Častost kontrol závisí od hloubky invaze nádoru (Breslawa). Provádí se obvykle 1x za 3 až 6 měsíců prvních 5 let, poté jednou nebo 2x ročně.

### Závěr

Většina kožních nádorů se řadí mezi benigní, ale na druhé straně jsou i projevy vysoce maligní, které ohrožují život pacienta. V prognóze onemocnění hraje velkou roli čas, proto při nálezu podezřelého útvaru na kůži je nutné vyhledat kožního lékaře. Jak již bylo zmíněno, jeden z největších rizikových faktorů vzniku téměř všech typu kožních nádorů je UV záření. Proto je důležitá edukace pacienta o důsledné fotoprotekci. Mladí lidé by si měli být vědomi, že solária mohou způsobit poškození kůže, které vede jednak k předčasnému stárnutí kůže, ale také k rakovině kůže. Zbytečně se nevystavovat slunečnímu záření, a to hlavně v době od 10 do 15 hodin. Nevystavovat slunečnímu záření malé děti. Při pobytu venku je nutná ochrana stíněním v kombinaci s vhodným sunscreenem. 1x měsíčně provádět samovyšetření a pravidelné kontroly u dermatologa.

#### Použitá literatura:

1. Theodore D. Scott, RN, MSN, FNP-C, DCNP; Laura A. Stokowski, RN, MS: Nonmelanoma skin cancer, dostupné na: <http://reference.medscape.com/features/slideshow/nonmelanoma-skin-cancer>
2. MUDr. Jitka Vrtišková: Kožní nádory obličeje, dostupné na: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/kozni-nadory-obliceje-157874>
3. Hana Matějovská Kubešová, Igor Kiss: Geriatrická onkologie. Praha: Mladá

fronta, 2015 s. 301-324

4. Susan M Swetter, MD; Chief Editor: Dirk M Elston, MD: Cutaneous melanoma, dostupné na: <http://emedicine.medscape.com/article/1100753-overview#a4>
5. Braun-Falco O, Plewig G, Wolf HH: Dermatológia a venerológia. Osveta, 2001; s. 1236-1247
6. Krajsová I.: Melanom, Maxdorf Jesenius, 2006, s. 40-123

# Aktuální gynekologie a porodnictví

## Doporučený postup

**Stanovisko k managementu těhotenství při podezření na infekci virem Zika**

Česká společnost pro ultrazvuk v porodnictví a gynekologii ČLS JEP [www.csupg.cz](http://www.csupg.cz)

**Pavel Calda<sup>1</sup>, Miroslav Břešťák<sup>1</sup>,  
Antonín Šípek<sup>2</sup>, Ladislav Machala<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Gynekologicko-porodnická klinika 1. lékařské fakulty UK a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze

<sup>2</sup>Ústav biologie a lékařské genetiky, 1. lékařské fakulty UK a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze

<sup>3</sup>Klinika infekčních, parazitárních a tropických nemocí 3. lékařské fakulty UK a Nemocnice Na Bulovce v Praze

Česká společnost pro ultrazvuk v porodnictví a gynekologii ČLS JEP vydává toto stanovisko v souvislosti s vyjádřeními Světové zdravotnické organizace (WHO) a dalšími nadnárodními autoritami ohledně obav týkajících se infekce virem Zika.

Byly vyjádřeny obavy ze souvislosti Zika virové infekce s mikrocefalií plodu, kterou lze diagnostikovat v těhotenství pouze ultrazvukovým vyšetřením.

V současnosti je nejistota týkající se jak diagnostiky, tak souvislosti mezi Zika virovou infekcí a postižením plodu. Toto stanovisko nenahrazuje doporučení a stanoviska vydaná státními orgány, jako je Ministerstvo zdravotnictví a další, ale týká se výhradně možností prenatalní diagnostiky mikrocefalie plodu a konzultování těhotných.

Zika virus je arbovirus ze skupiny Flavivirů přenášených členovci (horečka dengue, západonilská horečka a chikungunya). V posledních deseti letech se virus rozšířil od Polynésie po Velikonoční ostrovy a dále do Chile, Brazílie, Kolumbie, Surinamu, střední Ameriky, Mexika a Karibiku. Tento RNA flavivirus je přenášen komárem *Aedes aegypti* s 3–12denní inkubační dobou. Onemocnění probíhá v 75–80 procentech asymptomaticky, ostatní případy vykazují obvykle jen mírné příznaky. Ty se mohou vyskytnout izolovaně či v kombinacích: zvýšená teplota, přechodné artralgie a myalgie, makulopapulózní exantém začínající na obličeji a šířící se na celé tělo, lehká konjunktivitida, bolest hlavy a slabost (2). Obdobné příznaky pozorujeme při lehkém průběhu infekce virem dengue či chikungunya. V některých oblastech, jako např. Francouzské Polynésii a Brazílii, byly postinfekční stavy provázány polyradikuloneuritidou (tzv. Guillain-Barre syndrom), což je vzácná autoimunní porucha postihující nervový systém, projevující se poruchou citlivosti a hybnosti končetin. Projevy onemocnění jsou obvykle mírné a nespecifické, většinou trvají méně než týden a nevyžadují hospitalizaci. Vedle komárů může k přenosu viru dojít také pohlavním stykem, krevní transfúzí či vertikálním přenosem z matky na plod v těhotenství a za porodu.

V Brazílii, v oblastech s vysokým výskytem Zika virové infekce, byly referovány případy anomálií centrálního nervového systému, zejména mikrocefalie, což následně vede k velkým obavám u těhotných, které žijí nebo cestují do postižených oblastí. Zika virus prostupuje placentou a byl prokázán polymerázovou řetězovou reakcí (PCR) ve vodě plodové u plodů s mikrocefalií či mozkovými anomáliemi, stejně tak byl virus izolován post mortem z mozku plodu s mikrocefalií. Dosud se však souvislost mezi Zika virovou infekcí a mikrocefalií v prenatálním období jednoznačně prokázat nepodařilo.

Aby mohla být souvislost mezi infekcí matky a nitroděložní anomálií plodu prokázána, musí být doklad o tom, že matka byla infikována, že došlo k přenosu infekce na plod a že v důsledku právě této infekce došlo k postižení plodu. U Zika virové infekce zatím ani jeden z těchto kroků nebyl naplněn. Nevíme kolik těhotných, které přišly do kontaktu s virem, onemocnělo, u jakého procenta infikovaných došlo k vertikálnímu přenosu na plod a u kolika plodů prokazatelně infikovaných se vyvinuly malformace, v tomto případě mikrocefalie. V případě předpokládaného vertikálního přenosu infekce z matky na plod není jasné v jakém stádiu (stáří) těhotenství může dojít ke vzniku malformací u plodu; zda jen v časných stádiích těhotenství nebo i později.

### Postup při podezření na onemocnění Zika virem

Diagnostika infekce je možná přímým průkazem viru pomocí metody PCR. Test PCR je v krvi pozitivní jen během maximální viremie, která trvá 5–7 dní od počátku onemocnění, a v dalším období 1–2 týdnů po proběhlé akutní infekci lze virus ještě prokázat pomocí PCR v moči. Běžně užívané sérologické metody (průkaz IgM a IgG protilátek metodou ELISA) nejsou samy o sobě dostatečně průkazné pro možnost zkřížené reakce v souvislosti s infekcí jiným flavivirem či očkováním např. proti žluté zimnici či klíšťovému zánětu mozkových blan. Případný pozitivní výsledek získaný metodou ELISA proto musí být potvrzován virem neutralizačním testem (VTN), který dokáže odlišit specifické protilátky proti viru Zika od zkříženě reagujících protilátek proti jiným flavivirům.

Ultrazvuková diagnostika je založena na průkazu mikrocefalie plodu u exponovaných těhotných s pozitivním průkazem Zika virové infekce.

Prvním krokem je spolehlivé ultrazvukové datování těhotenství pomocí ultrazvukové biometrie, nejlépe v I. trimestru těhotenství: temeno-zadečková vzdálenost (CRL) před 14. týdnem těhotenství je nejspolehlivější

metoda stanovení skutečného stáří těhotenství. Samotné menstruační stáří či měření obvodu hlavičky ve II. a III. trimestru může být velmi zavádějící a nepřesné.

### Ultrazukové vyšetření k vyloučení mikrocefalie na základě podezření ze Zika virové infekce by mělo obsahovat:

#### 1. V I. trimestru (před 14. týdnem těhotenství):

- rozměry CRL, biparietálního diametru a obvodu hlavičky
- popis fetální morfologie

#### 2. Ve II. a III. trimestru:

- BPD, HC, AC, FL, rozměry postranních komor mozkových a transcerebelárního diametru
- popis fetální morfologie
- posouzení přítomnosti kalcifikací, periventrikulárních a intraventrikulárních echogenit, souměrnosti a pravidelného tvaru postranních komor

Následná ultrazuková vyšetření by měla být naplánována za 4–6 týdnů, či dle rozhodnutí vyšetřujícího podle aktuálního nálezu.

### Abnormální nálezy

Při podezření či abnormálním nálezu je vhodné odeslat těhotnou ke konzultaci do specializovaného centra. Za toto podezření lze považovat HC < 2 SD od normy pro dotýčný gestační týden či změny v morfologii CNS, zejména kalcifikace či ventrikulomegalii.

Mikrocefalie, tj. hlavička pod dolní hranicí pro příslušné stáří, je velmi vzácné onemocnění a v České republice se izolovaná forma mikrocefalie vyskytuje raritně. Během fetálního života by mikrocefalie měla být diagnostikována pouze tehdy, když je obvod hlavy (HC) menší než 3 standardní odchylky pro příslušné gestační stáří. U plodů, jejichž hodnoty HC jsou prenatalně v rozmezí -2 SD až -3 SD, nebyl postnatálně zaznamenán žádný nepříznivý neuropsychologický vývoj. Kromě toho je zde vysoká pravděpodobnost, že postnatální HC bude v normálním rozmezí.

U těhotných s prokázanou Zika virovou infekcí, kde dochází při opakovaných měřeních obvodu hlavičky

plodu k zaostávání růstu pod 3 SD či průkazu evidentních mozkových anomálií, je vhodné vyloučit/prokázat virus Zika či jiné virové agens ve vodě plodové amniocentézou. Bohužel senzitivita ani specifita tohoto stanovení není známa. Je na uvážení vyšetřujícího, zda doporučí doplnění vyšetření hlavičky plodu pomocí MRI, které v některých případech může přinést další informace. Protože některé malformace mozku mohou být součástí komplexních genetických chorob a syndromů, je vhodné doporučit genetickou konzultaci a to zejména, pokud jsou u plodu přítomné i známky vývojových vad jiných orgánů.

Po porodu bude neonatolog pokračovat v prenatalní snaze o stanovení přesnější diagnózy, či její potvrzení. Měření hlavičky novorozence musí být prováděno standardním způsobem a porovnáno s normami, které berou v úvahu gestační stáří v době porodu a pohlaví a etnikum plodu. Je doporučen zvýšený dohled praktického lékaře pro děti a dorost nad vývojem dítěte.

Pokud byla u matky prokázána infekce Zika virem, je vhodné vyšetřit krev z pupečnicku na přítomnost viru a provést histologické vyšetření placenty.

### Závěr

Zatím nelze onemocnění virem Zika dávat do jasné souvislosti s onemocněním plodu v děloze a riziko ohrožení těhotných ve střední Evropě, které necestují do endemických oblastí, je velmi malé. Toto stanovisko bude nadále aktualizováno, podle toho jak budou k dispozici nové informace.

Podpořeno MZ ČR – RVO VFN64165.

Publikováno: 24. 3. 2016; Přijato: 16. 3. 2016

Akceptováno: 21. 3. 2016

Actual Gyn 2016, 8, 26-28; ISSN 1803-9588

© 2016, Aprofema s.r.o.

Článek lze stáhnout z [www.actualgyn.com](http://www.actualgyn.com)

Citujte tento článek jako: Calda P, Břešťák M, Šípek A, Machala L. Stanovisko k managementu těhotenství při podezření na infekci virem Zika. Actual Gyn. 2016;8:26-28

#### Literatura

- Agencia Saude. MICROCEFALIA Ministerio da Saude divulga boletim epidemiologico. 2015. <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/%20cidadao/principal/a-gencia-saude/20805-ministerio-da-saude-divulga-boletim-epidemiologico>
- World Health Organization. Zika situation report. Situation report: Neurological syndrome and congenital anomalies. [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204348/1/zikasitrep\\_5Feb2016\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204348/1/zikasitrep_5Feb2016_eng.pdf?ua=1) [Accessed 7 February 2016].
- Lopez-Camelo JS, Orioli LM, Castilla E. American Collaborative Study of Congenital Malformations, (ECLAMC) Dec 2015. [http://www.eclamc.org/descargas/NS-724-2015-ECLAMC-ZIKA%20VIRUS\\_V-FINAL\\_012516.docx](http://www.eclamc.org/descargas/NS-724-2015-ECLAMC-ZIKA%20VIRUS_V-FINAL_012516.docx)
- Calda P. Je ohrožení těhotných Zika virem reálné, nebo se jedná o koincidence a fikci? Actual Gyn. 2016;8:13-17 [http://www.actualgyn.com/pdf/cz\\_2016\\_187.pdf](http://www.actualgyn.com/pdf/cz_2016_187.pdf)
- Papageorgiou AT, Thilaganathan B, Bilardo CM, Ngu A, Malinger G, Herrera M, Salomon LJ, Riley LE, Copel JA. ISUOG Interim Guidance on ultrasound for Zika virus infection in pregnancy: information for healthcare professionals. Ultrasound Obstet Gynecol. doi: 10.1002/uog.15896
- European Centre for Disease Prevention and Control. Rapid risk assessment: Zika virus epidemic in the Americas: potential association with microcephaly and Guillain-Barré syndrome – 10 December 2015. Stockholm: ECDC; 2015. <http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/zika-virus-americas-association-with-microcephaly-rapid-risk-assessment.pdf> [Accessed 7 February 2016].
- World Health Organization. Assessment of infants with microcephaly in the context of Zika virus. Interim guidance. <http://www.who.int/csr/resources/publications/zika/assessment-infants/en/> [Accessed 26 February 2016].
- Staples JE, Dziuban EJ, Fischer M, et al. Interim Guidelines for the Evaluation and Testing of Infants with Possible Congenital Zika Virus Infection — United States, 2016. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2016;65:63–67, doi: 10.15585/mmwr.mm6503e3
- Oduyebo T, Petersen EE, Rasmussen SA, et al. Update: Interim Guidelines for Health Care Providers Caring for Pregnant Women and Women of Reproductive Age with Possible Zika Virus Exposure — United States, 2016. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2016;65:122–127, doi: 15585/mmwr.mm6505e2
- Butler D. Zika virus: Brazil's surge in small-headed babies questioned by report. Nature. 2016;530:13–14, doi: 10.1038/nature.2016.19259
- Oliveira Melo AS, Malinger G, Ximenes R, Szejnfeld PO, Alves Sampaio S, Bispo de Filippis AM. Zika virus intrauterine infection causes fetal brain abnormality and microcephaly: tip of the iceberg? Ultrasound Obstet Gynecol. 2016;47:6–7, doi: 10.1002/uog.15831
- Bromley B, Benacerraf BR. Difficulties in the prenatal diagnosis of microcephaly. J Ultrasound Med. 1995;14:303–6, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7602690>



# Profesor: Očkování z dětství v dospělosti už nechrání

Praha 23. února (ČTK) – Dospělí Češi a Češky podceňují svoji ochranu očkováním. Až na některé odpůrce dávají své děti očkovat podle očkovacího kalendáře. Česko má už sedm let očkovací kalendář také pro dospělé, jeho doporučeními se ale řídí málo lidí, řekl dnes novinářům vedoucí katedry epidemiologie Fakulty vojenského zdravotnictví Univerzity obrany v Hradci Králové profesor Roman Chlíbek.

„Očkování v dětství není celoživotní, v dospělosti už nechrání. Dětské infekce se přitom mohou objevit i u dospělých, zvláště u seniorů,“ řekl Chlíbek. S věkem totiž klesá imunita. Zatímco mezi 20. a 30. rokem je imunitní odpověď organismu vysoká a výskyt infekčních nemocí naopak nejnižší, obranyschopnost šedesátiníka se dá podle profesora srovnat s obranyschopností kojenců.

Dospělí podle něj ale nevnímají vakcinaci jako samozřejmou součást péče o své zdraví. S přechodem od pediatra k praktickému lékaři jich řada přestává docházet na pravidelnou prevenci, takže jim lékař ani vakcinaci nemůže nabídnout. K lékaři jdou jen se závažnějšími obtížemi. Někteří by o očkování zájem i měli, odradí je ale to, že řadu vakcín si musejí zaplatit sami, řekl Chlíbek, vědecký sekretář České vakcinologické společnosti.

Podle něj má pro zdravé dospělé smysl dát se nově očkovat či přeočkovat proti nemocem, kde očkování bylo zahájeno v dětství. Druhá kategorie jsou senioři od 65 let věku, kteří jsou kvůli poklesu imunity ve větším riziku infekcí, včetně závažných komplikací a úmrtí. Očkování je doporučeno také chronicky nemocným lidem, zdravotní pojišťovny jim řadu vakcín hradí.

Každý by si podle Chlíbka rozhodně měl hlídat přeočkování proti tetanu po deseti až 15 letech, od 60 let věku by lidé měli být přeočkováni každých deset let. „Určitě je vhodné se jednou za život nechat přeočkovat proti černému kašli, zvláště jsou-li v rodině malé děti, protože výskyt této infekce stoupá,“ řekl. Od neočkovaných dospělých se totiž mohou nakazit kojenci v době, než nastoupí plná ochrana z jejich očkování.

Na ochranu novorozenců se nově očkují těhotné v poslední třetině gravidity proti černému kašli a chřipce. Aktivisté to odmítají, podle nich vakcíny škodí nenarozenému dítěti. Podle Chlíbka ale studie potvrdily přínos očkování pro matku i dítě.

K dalším očkováním v dospělém věku profesor doplnil, že kdo nebyl očkován v dětství proti žloutence A a B, měl by si ho doplnit, hodí se mu to i pro cestování. „Samostatnou kapitolou je očkování proti klíšťové encefalitidě, máme nejvyšší výskyt v Evropě, a s narůstajícím věkem narůstá závažnost průběhu i komplikací,“ řekl. Světová zdravotnická organizace doporučuje pro seniory také očkování proti pneumokokům, zdravotní pojišťovna levnější variantu plně hradí.

## V dospělosti lze očkovat minimálně proti 15 nemocem

žloutenka A  
žloutenka B  
plané neštovice  
tetanus  
černý (dávivý) kašel  
chřipka  
pneumokoková onemocnění (zápal plic)  
rakovina děložního čípku (virus HPV)  
vzteklina  
klíšťový zánět mozku  
spalničky  
meningokokové onemocnění  
příušnice  
zarděnky  
záškrt

Zdroj: Česká vakcinologická společnost

# Informace z tiskové konference o Idiopatické plicní fibróze

Idiopatická plicní fibróza (IPF) patří mezi nejzávažnější, a také nejobtížněji léčitelné, plicní nemoci, při nichž dochází k postupné přestavbě plicní tkáně v husté vazivo, neschopné dále plnit svou funkci dýchacího orgánu. Nemocná osoba časem přestává být schopná plnohodnotně dýchat a tato schopnost se s rozvojem nemoci rychle zhoršuje. Doposud nebyla zjištěna přesná a jasně definovaná příčina, proč IPF u některých jedinců vzniká. V současné době však víme, že se jedná o onemocnění, na jehož vzniku se výraznou měrou podílí genetická výbava jedince a řada okolních vlivů. Ke vzniku IPF je třeba jednak genetická dispozice a jednak spouštěče, které nemoc vyvolají. Nejvíce je IPF ohrožen člověk s genetickým sklonem k větší zranitelnosti plicních sklípků, které se při poranění nehojí standardně ale jizvením. Pokud je pak ve stáří, kdy dochází ke zhoršení schopnosti imunitního systému a procesu reparace tkání, opakovaně vystaven faktorům, jako jsou kouření, infekce, či prach, může dojít ke vzniku plicní fibrózy. Neznamená to ale, že onemocní každý, kdo má genetickou dispozici. Co můžeme rozhodně ovlivnit je kouření tabáku, i u plicní fibrózy je kouření disponujícím faktorem. Zjizvení plicní tkáně, která se stává nefunkční pro účely dýchání, je každoročně odhaleno u přibližně stovky pacientů. U řady z nich v pokročilém stádiu. Včasné stanovení a podchycení nemoci je však u této nemoci rozhodující.

U plicní fibrózy se může účastnit v rozvoji nemoci řada genů a jejich vliv ještě není zcela prostudován. Familiární plicní fibrózy jsou na rodinu vázané fibrózy, které se od idiopatické plicní fibrózy poněkud liší. „Liší se především časnějším nástupem (mohou být jak u dětí, tak u starých jedinců), tak i proměnlivým průběhem, geny, které je způsobují, jsou to geny pro surfaktant a geny pro telomery“.

Mezi nejčastější příznaky IPF patří pocit lapání po dechu při zátěži (rychlá chůze, chůze do schodů, v pokročilých stádiích i pohyb po bytě), nedostatek kyslí-

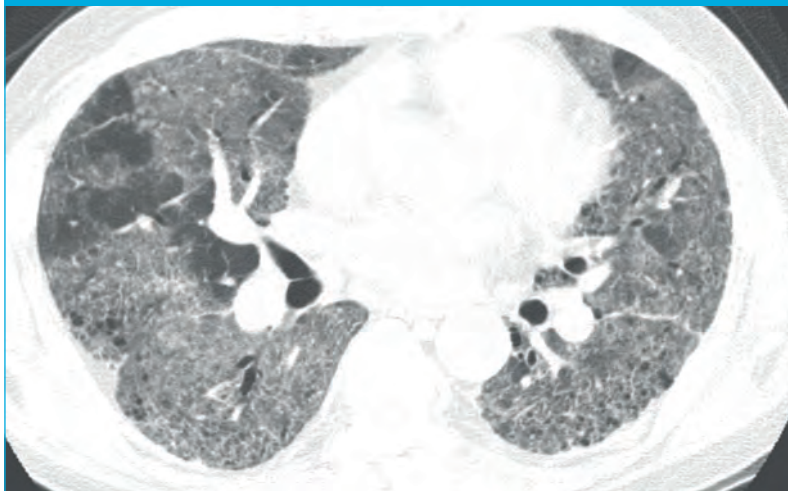
ku, pocit, že nemůže pacient dodechnout a kašel. Právě ten častokrát způsobuje, že postižený své potíže může přisuzovat zánětu průdušek či opakovanému nachlazení. Pocit zadýchávání je často přičítán nadváze či špatné fyzické kondici. Včasná diagnostika onemocnění může však pacientovi prodloužit život, proto by příznaky neměl podceňovat, zvláště pokud se k plicním potížím přidají také nápadné změny na: tak zvané, paličkovité prsty, na plicích bývá charakteristický poslechový nález krepitu. Diagnóza je stanovena pomocí Hrudního CT.

Včasná diagnostika je důležitá vzhledem k tomu, že v současné době jsou dostupné léky na tuto nemoc, vázané na specializovaná centra. Léčba je rehabilitační, antireflexní, léčba N-Acetylcystein, pirfenidon nebo nintedanib. Česká republika vytvořila registr IPF-Empire, je pro střední a východní Evropu, v současné době je v něm 532 případů z ČR. Více informací na [www.plicnifibroza.cz](http://www.plicnifibroza.cz).

prezentovala pro tisk  
**prof. MUDr. Martina Vašáková, Ph.D.**

zpracoval  
**MUDr. Stanislav Konšťacký, CSc.**

**Plicní fibróza**



# Vzácné nemoci má asi 350 miliónů lidí

Na 350 miliónů lidí ve světě, z toho asi 30 miliónů v Evropě, trpí některou ze vzácných nemocí.

Dosud jich vědci popsali asi sedm tisíc. Na většinu z nich neexistuje lék, neboť jen těžko se vyvíjí medikament pro tak málo početnou skupinu pacientů. I proto si svět každý rok poslední únorový den připomíná Světový den vzácných nemocí, který letos v přestupný rok připadl i na relativně vzácné datum 29. února.

Podle španělské agentury EFE asi 43 procent lidí se vzácnými nemocemi nemá adekvátní léčbu. Než se totiž zjistí, o jakou chorobu jde, někteří pacienti podstoupí řadu operací, berou mnoho neadekvátních léků či absolvují desítky různých vyšetření.

Mezi vzácná onemocnění patří například i takzvaný Guillain-Barrého syndrom, jehož zvýšený výskyt zaznamenaly některé latinskoamerické země v souvislosti s nynější epidemií viru zika. Tento syndrom postihuje periferní nervovou soustavu a projevuje se obrnou svalstva.

Známejší je amyotrická laterální skleróza (ALS), kterou trpí například slavný britský astrofyzik Stephen Hawking. Ač tělo má totálně ochrnuté a nemůže mluvit, jeho mozek funguje jako málokterý jiný. Se světem vědec komunikuje pomocí speciálně upraveného počítače napojeného na hlasový syntetizátor. Na ALS zemřeli v mladém věku například italský fotbalisté Stefano Borgonovo a Gianluca Signorini či expremiér Stanislav Gross.

Eufemické označení dostala vzácná bulózní epidermolýza, v češtině nemoc motýlích křídel, která se projevuje tvorbou puchýřů po celém povrchu těla, ale též uvnitř těla na sliznicích a dýchacím či trávicím ústrojí.

Osmdesát procent ze vzácných chorob je dědičných a často se projeví brzy po narození. Třetina dětí s takovou chorobou se nedožije svých pátých narozenin.

Mezi vzácné choroby se podle evropské kategorizace řadí nemoc, která postihuje méně než pět osob na 10 000 obyvatel. Například ve Španělsku jsou podle tamních zdrojů takových pacientů už asi tři miliony, v ČR jich je odhadem 20 000 až 800 000, z toho tři čtvrtiny jsou děti. V USA trpí některou ze vzácných nemocí 30 miliónů lidí stejně jako v Evropě, například v Argentině jich je pět miliónů.

V odborné literatuře je takových chorob popsáno asi sedm tisíc a nové jsou průběžně doplňovány. U mnoha z nich je možné první příznaky zaznamenat již při narození či v dětství, jako třeba u spinální svalové atrofie, neurofibromatózy, chondrodysplazie či Rettova syndromu. Další se projeví v dospělosti, třeba Huntingtonova choroba, Crohnova nemoc či ALS.

Světový den vzácných nemocí se připomíná od roku 2008 a vyhlásila ho Evropská organizace pro vzácné nemoci (EURORDIS).

čtk

## Lékový ústav nedoporučuje používat sprej Bioparox

Lék Bioparox, který lidé užívají při zánětech horních cest dýchacích, by neměl být dále používán. Výbor pro posuzování rizik léčivých přípravků (PRAC) vydal doporučení ke zrušení registrace přípravků s fusafunginem kvůli tomu, že se ve zvýšené míře objevily alergické reakce a hrozí i riziko zvýšené rezistence vůči antibiotické léčbě. Doporučení nepoužívat lék vydal i Státní úřad pro kontrolu léčiv (SÚKL). Bioparox je jediným přípravkem s fusafunginem, který je v ČR dostupný.

Rizika a přínosy bioparoxu se zkoumají od loňského roku, kdy italská léková agentura upozornila na zvýšené počty alergických reakcí, které se projevovaly mimo jiné křečí svalů průdušek, což vedlo ke ztíženému dýchání.

Přínos fusafunginu coby léčivé složky není podle výboru PRAC dostatečně významný, aby převážil možná rizika. „Údaje prokazující účinnost fusafunginu se týkají pouze jedné indikace zánětu hltanu a nosohltanu,“ konstatoval SÚKL.

Třebaže za 50 let používání léků na bázi fusafunginu se objevilo jen minimum případů alergických reakcí (1,7 na milión prodaných balení), je podle výboru PRAC vzhledem k malé účinnosti i takto malé riziko alergické reakce významnou nevýhodou. Nelze navíc spolehlivě vyloučit ani zvýšené riziko antibiotické rezistence plynoucí z užívání přípravků s fusafunginem.

„Výbor PRAC dospěl k závěru, že rizika přípravků s obsahem fusafunginu, jakkoli jsou nízká, v souhrnu převažují účinnost těchto přípravků. Proto výbor PRAC doporučuje zrušení jejich registrace,“ konstatoval SÚKL. Doporučení výboru bude závazné po potvrzení ze strany Evropské komise.

„Rizika přípravku Bioparox jsou však malá, proto pacienti, kteří se právě začali tímto přípravkem léčit, nejsou zvýšeně ohroženi,“ doplnil lékový ústav. jas, Novinky



# Kazuistika – Vstupní prohlídka do zaměstnání s odvoláním



**MUDr. Lucie Rausová**

DTC FN Brno, KGOPL a Ústav ochrany a podpory zdraví LF MU, Brno

Do ordinace poskytovatele pracovnělékařských služeb /PLS/ opakovaně přichází uchazeč o zaměstnání /UoZ/, ročník 77, k provedení vstupní prohlídky na pozici sanitáře zdravotnického zařízení.

První kontakt s uchazečem o zaměstnání, 5/2014

Nástup na pracovní pozici: sanitář ve zdravotnickém zařízení  
Provoz: nepřetržitý

Kategorie rizika/faktory pracovních podmínek: 2/biologické agens, psychická zátěž

| <b>Anamnéza uvedená UoZ:</b>  | <b>Anamnéza z výpisu ze zdravotní dokumentace /ZD/ od registrujícího praktického lékaře /regPL/:</b>   |
|---|--|
| RA: bezvýznamná<br>OA: všechna sledovaná onemocnění opakovaně neguje<br>Operace: sine<br>Úrazy: sine<br>FA: bez trvalé medikace<br>AA: neguje<br>Abusus: kouří příležitostně, abstinent<br>Očkování proti virové hepatitidě typu B /VHB/ – ano 3x | Jedná se pouze o kopie záznamů z vyšetření pacienta v ordinaci regPL od r. 2008 (registrován je ale od r. 2003). V záznamech je nalezena poznámka o tentamentu suicidii v r. 2009, sledování na psychiatrii s hospitalizací XII/2012–I/2013 s dg. Bipolární afektivní porucha, současná fáze hypomanická. Bez dalších relevantních údajů o zdravotním stavu či současné medikaci pacienta.<br>Očkování proti VHB – ve výpisu záznam nenalezen, očkovací průkaz či jiný doklad o očkování nemá. |

Dochází ke konfrontaci UoZ se zjištěnými skutečnostmi ve výpisu ze ZD. UoZ přiznává, že kdysi na psychiatrii byl, ale neví s čím, nyní nikam nechodí a žádné léky neužívá. Po delším rozhovoru připouští i to, že není ani očkován proti VHB.

Objektivní prohlídka neprokázala patologii po interní stránce, UoZ je tlakově i kardiopulmonálně kompenzován. Nicméně po psychické stránce se UoZ zdá být dekompenzován, v ordinaci předvádí až „theatrální“ chování s kolísavou náladou, má zabíhavé myšlení (spíše účelové), často mění informace o svém zdravotním stavu. Vše zaznamenáno do zdravotní dokumentace.

Závěrem vyšetření je UoZ vydána žádanka na psychiatrii s žádostí o objektivizování zdravotního stavu a o vyjádření se ke zdravotní způsobilosti k práci ve zdravotnictví a k práci v nepřetržitém režimu práce.

UoZ se dostavuje o týden později se zprávou z psychiatrické ambulance, kde jako hlavní diagnóza je potvrzena bipolární afektivní porucha. Sledován je od r. 2009 s trvalou psychiatrickou medikací (Lithium, Olanzapin, Rivotril), pacient byl opakovaně hospitalizován na psychiatrické klinice (celkem 4x), poslední hospitalizace byla I/2014). Dále je uvedeno, že pacient pravidelně dochází do psychiatrické ambulance a že má přiznán invalidní důchod II. stupně. Psychiatr práci ve zdravotnictví na uvedené pozici povoluje, nicméně pouze v jednosměnném provozu.

Závěr lékařského posudku nakonec zní: Zdravotně způsobilý práce pouze v jednosměnném provozu a bez práce v rizikovém prostředí do aplikace 2. dávky očkování proti VHB. UoZ pro tato omezení nadřizovaným přijat nebyl.

Druhý kontakt s uchazečem o zaměstnání, 10/2015

Nástup na pracovní pozici: sanitář ve zdravotnickém zařízení (jiné oddělení)

Provoz: jednosměnný

Kategorie rizika/faktory pracovních podmínek: 1/bez rizika

## **Anamnéza UoZ je nyní v souladu s výpisem ze ZD od regPL:**

RA: bezvýznamná  
 OA: pravidelná dispenzarizace v psychiatrické ambulanci pro bipolární afektivní poruchu, jinak bez sledovaných onemocnění  
 Operace: sine  
 Úrazy: sine  
 FA: Afluditen i.m. (neuroleptikum), Lithium, Nykob (antipsychotikum)  
 AA: včelí bodnutí  
 Abusus: nekouří, abstinent  
 Nyní v řízení pro plný invalidní důchod, navíc změnil regPL. Očkování proti virové hepatitidě typu B /VHB/ – ano 3x (doloženo očkovacím průkazem, přestože nyní zaměstnavatelem nevyžadováno).

Objektivní prohlídka opět neprokázala patologii po interní stránce, UoZ je tlakově i kardiopulmonálně kompenzován. Tentokrát i po psychické stránce se zdá být plně kompenzován. Veškeré informace o svém zdravotním stavu uvádí v souladu s výpisem ze ZD od regPL. Navíc s sebou přináší i vyjádření svého psychiatra, který v závěru zprávy uvádí, že pacient je zdravotně způsobilý práce jako sanitář v jednosměnném provozu, ale bez zacházení s penězi. Později ještě dodává druhou zprávu z psychiatrie, kde je napsáno, že práce sanitáře je pro něj vhodná. Závěr lékařského posudku zní: Zdravotně způsobilý práce s omezením: bez zacházení s penězi. UoZ pro tato omezení opět nadřazeným přijat nebyl. Avšak nyní UoZ využívá 10–ti denní lhůty pro odvolání. Na základě těchto skutečností je UoZ vybaven žádankou na psychiatrii ke specifikování omezení a současně je zaměstnavatel vyzván k zaslání podrobné pracovní náplně, kterou by měl UoZ plnit v rámci svých pracovních povinností.

#### První přezkoumání

Přezkoumání je provedeno vedoucím lékařem pracovnílékařských služeb. UoZ přináší s sebou zprávu z psychiatrie, která je však kopií dřívější zprávy, která již byla podkladem při předchozím vyšetření. K dispozici jsou tedy celkem 3 lékařské zprávy z psychiatrie (jedna je starší a dvě nové). Závěr první lékařské zprávy zní: „Práce v jednosměnném provozu bez nočních směn, bez zacházení s penězi.“ Závěr druhé lékařské zprávy zní: „Práce sanitáře vhodná.“ Závěr třetí lékařské zprávy zní: „Není námitek proti zařazení do uvedeného pracovního provozu s výše uvedeným omezením.“ Tyto závěry jsou velmi stručné, bez bližšího specifikování. V pracovní náplni zasláné zaměstnavatelem je, mimo běžné práce sanitáře na nerizikovém pracovišti, uvedeno přenášení a manipulace s finanční hotovostí mezi jednotlivými pracovišti.

V průběhu přezkoumání dochází k opakovaným pokusům o telefonické kontaktování psychiatra pro upřesnění lékařských zpráv, neúspěšné. UoZ mezitím odchází z čekárny, aby vyčkal našeho telefonického spojení a následně závěru přezkoumání. Po hodině se UoZ vrací psychicky dekompenzovaný s foetor alcoholicus a sděluje, že psychiatr dnes neordinuje.

Vzhledem ke všem uvedeným skutečnostem, závěr přezkoumání zní: „Odvolání nevyhověno, potvrzen předchozí závěr vstupní prohlídky.“ Celá zdravotní dokumentace předána nadřízenému lékaři s očekáváním, že bude kompletní zdravotní dokumentace předána příslušnému správnímu orgánu (dle zákona č. 373/2011 Sb., § 46, odst. 5). Závěr i následující postup je sdělen ústně i písemnou formou UoZ.

#### Druhé přezkoumání

Nadřízený lékař, po poradě s právním oddělením, posílá písemně UoZ rozhodnutí vedení nemocnice, že byl přijat do pracovního poměru i s výše uvedeným omezením na uvedenou pracovní pozici. Nicméně UoZ se již neozývá.

#### Otázky

Bylo postupováno správně ze strany lékařů PLS při všech kontaktech s UoZ? Neměl závěr hned první vstupní prohlídky v roce 2014 znít, že je UoZ zdravotně nezpůsobilý? A může být učiněn takový závěr i v rozporu s lékařskou zprávou odborného lékaře jen na základě objektivního vyšetření UoZ a jeho chování během prohlídky? Byly lékařské zprávy z psychiatrie, při druhé vstupní prohlídce, dostačující pro účely posouzení zdravotní způsobilosti? A jakým způsobem je možné „donutit“ odborného lékaře k jasnému vyjádření ke zdravotní způsobilosti UoZ?

# Odpověď na kazuistiku

## MUDr. Lucie Rausové



**MUDr. Pavel Brejník**

Praktický lékař pro dospělé, Kladno

Obecně lze konstatovat, že neexistuje žádný zákonný předpis, metodický pokyn či doporučený postup odborné společnosti k posouzení pracovní způsobilosti pacientů s bipolární afektivní poruchou.

Při pracovním posuzování bipolární afektivní poruchy je jedním z prvořadých kritérií aspekt dynamiky. Samotná diagnóza nemůže být směrodatná pro správné rozhodování, vede ke schematickému postupu. Neodráží průběh a vývoj onemocnění, jeho léčitelnost a prognózu, neodráží zachovalou psychickou funkční schopnost pacienta, což jsou údaje velmi důležité pro konečné hodnocení. Jinak hodnotíme proces s periodickými atakami a dobrými remisemi bez reziduálních příznaků, jinak proces plynule progredující.

Spolehlivým východiskem pracovního posuzování a závěrečného hodnocení může být jen diagnóza dynamicky chápaná, odrážející onemocnění v časovém průřezu a funkční diagnóza stanovená na základě zhodnocení psychických funkčních schopností a pracovního potenciálu s přihlédnutím ke konkrétnímu pracovnímu zařazení.

Rozhodování o pracovní schopnosti při chronických psychiatrických onemocněních je náročné a obtížné. Při zařazování pacientů zpět do pracovního procesu i případech, kdy byla léčbou dosažena dobrá resocializace, je třeba postupovat opatrně. U posuzovaných osob je třeba uvažovat o intenzitě a charakteru pracovního zařazení. Nutno uvažovat, zda je pacient soustavně léčen psychofarmaky, jakými a v jakých dávkách, jaké vyvolávají vedlejší účinky apod. Adaptační schopnosti těchto pacientů jsou snižené i při plné výkonnosti. Často jsou nutná doporučující omezení při posuzování práce. Nevhodná je práce v nočních směnách, na slunci, ve výškách, práce vyžadující komplikovaný styk s lidmi, náročná duševní práce apod. Při těchto opatřeních je třeba mít na mysli i hledisko prevence recidivy onemocnění. Často jsou pracovní omezení na pracovišti obtížně uskutečnitelná a umístění pacienta je nutno řešit individuálně. Poměrně často se stává, že snahy o umístění pacienta, který je z lékařského hlediska schopný, naráží na pracovištích na obtíže, předsudky pro potřebné ohledy a úlevy a na strach z pracovní neschopnosti.

Je nutné však respektovat zaměstnavatele, kteří zodpovídají za pracovní proces a mají zodpovědnost i za ostatní zaměstnance.

Určitým řešením je zřizování speciálních zařízení, dílen nebo krátkodobé úvazky na dohodu o provedení práce, kdy pacienti ve zlepšeném stavu mohou po určitou dobu pracovat. Pobyt doma často zvyšuje jejich pasivitu, nezám, deziluzi a může dojít ke zhoršení zdravotního stavu.

Praktičtí lékaři vykonávající pracovní lékařské služby musí při svém posuzování pracovní způsobilosti zohlednit všechny tyto pohledy. Na jedné straně kladným posouzením mohou pomoci pacientům při zařazení do společnosti, na druhé straně následná neschopnost a neadaptabilita pacienta plnit úkoly na pracovišti může vést k exacerbaci nemoci. Na mysli nutno mít i skutečnost, že lékař pracovních lékařských služeb je ohrožen stížností či žalobou pacienta pro nesprávné posouzení, které vedlo ke zhoršení zdravotního stavu. Autor odpovědi ve své znalecké činnosti takové případy řeší.

### Nyní odpovědi na konkrétní dotazy.

1. Bylo postupováno správně ze strany lékařů PLS při všech kontaktech s UoZ?

Lze konstatovat, že ze strany lékařů nebylo postupováno nesprávně. Míra posuzování je široká od striktního posudkového závěru na základě přiloženého výpisu a vlastního vyšetření či tolerantního přístupu se snahou pomoci pacientovi, zaměstnavateli nebo se dopátrat přesného aktuálního stavu, funkčních schopností posuzovaného a přitom s nutností opakovaných návštěv na pracovišti PLS.

2. Neměl závěr hned první vstupní prohlídky v roce 2014 znít, že je UoZ zdravotně nezpůsobilý?

Pokud by lékařka vydala tento závěr, nebyl by v rozporu s přiloženou dokumentací a obecnými lékařskými poznatky. Lze spekulovat, že pokud se pacientovi nevyhoví, tento s vyšší četností se proti rozhodnutí odvolává, což pro lékaře následně znamená administrativní zátěž.

3. A může být učiněn takový závěr i v rozporu s lékařskou zprávou odborného lékaře jen na základě objektivního vyšetření UoZ a jeho chování během prohlídky?

Lékař pracovních lékařských služeb je zodpovědný za své posudkové závěry a proti specialistovi by měl disponovat znalostmi pracoviště, na kterém má uchazeč o zaměstnání pracovat. Jeho závěr může být v rozporu se zprávou odborného lékaře. Riziko odvolání proti rozhodnutí je opět vyšší.

Posudek nezpůsobilosti k výkonu zaměstnání na základě objektivního vyšetření a jeho chování během prohlídky je možný. Obecně při nesplnění předpisů, rozpo-

ru s vyhláškami u profesí se specifickovanými požadavky na zdravotní stav / řidiči, pracovníci na dráze, armáda, policie, hasiči, vězeňská služba, hornictví apod/. V tomto konkrétním případě mohl být učiněn závěr též v rozporu se závěrem specialisty.

4. Byly lékařské zprávy z psychiatrie, při druhé vstupní prohlídce, dostačující pro účely posouzení zdravotní způsobilosti?

O míře dostatečnosti rozhoduje posuzující lékař PLS.

5. A jakým způsobem je možné „donutit“ odborného lékaře k jasnému vyjádření ke zdravotní způsobilosti UoZ?

Odborný lékař nemá obecně v náplni práce posudkovou pracovní lékařskou činnost, kromě specializací pracovní lékařství a nemoci z povolání. Některé odborné společnosti, např. kardiologická a interního lékařství, vydaly metodické návody ke způsobilosti k některým činnostem a povoláním. Obecně je specialista povinen z pohledu své profese podrobně popsat zdravotní stav a funkční schopnosti pacienta a není povinen k jasnému vyjádření ke zdravotní způsobilosti UoZ ke konkrétní profesi.

**V Practicusu č. 2/2016 byla publikována kazuistika MUDr. Miškovské, Ph.D. a odpovědi MUDr. Petra Herleho, dovoluji si doplnit několik poznatků.**

MUDr. Miškovská, Ph.D. se ptá, že pokud její pacient /ne její vinou/ nedostatečně vyšetřený a léčený nakazí jejího zaměstnance, kdo koho bude žalovat a kdo komu bude platit.

Lze konstatovat, že pravděpodobnost nákazy klinika, tedy lékaře či zdravotní sestry je velice minimální. Nejčastěji se nakazí lékaři na odděleních patologie a soudního lékařství.

V případě nakažení je stav řešen Vyhláškou 276/2015 Sb., Příloha č. 2, kapitola V. Nemoci z povolání přenosné a parazitární, pokud by případná nemoc nebyla odškodněna před nabytím této vyhlášky. Pokud byla odškodněna, postupovalo se podle Nařízení vlády 114/2011, kapitola V. Nemoci z povolání přenosné a parazitární, kdy k přiznání stačí prokázání rizika nákazy, což jsou všechny zdravotnické profese.

Jmenované nařízení je následníkem Vyhlášky 290/1995 Sb. V souladu s předpisy jsou odškodňovány všichni pracovníci v zaměstnaneckém poměru, tedy lékaři i sestry. K otázce odškodnění OSVČ, pokud tito obdrží hlášenku nemocí z povolání, mohou být odškodnění z provozních prostředků firmy, jde o nezdanitelnou položku, případně si připlatit komerční pojištění. Nutno však konstatovat, že přiznání nemocí z povolání OSVČ je raritní.

V konkrétním případě pacienta s TBC se nedomnívám, že by v procesu léčebně preventivní péče zdravotníci udělali chybu. Pokud pacient nestůně typicky, nedochází na pravidelné a doporučené kontroly, je stanovení diagnózy mnohdy velice obtížné a stejně tak tomu bylo v tomto případě.

Ex post se nelze vyjádřit, zda byl pacient infekční či nikoli. Ohraničené ložisko svědčí o jeho relativně dobré obranyschopnosti. V opačném případě by došlo k rozvoji TBC pneumonie, abscesu, miliárnímu rozsevu. Z hlediska četnosti výskytu primárně budil nálezy podezření na tumor, proto operační řešení a histologický rozbor. Mohlo se jednat i o tuberculom, diagnóza je histologická. Pokud nebyla provedena kultivace Kochova bacilu z operovaného ložiska, nelze se jednoznačně vyjádřit, zda byl aktuálním zdrojem nákazy. V praxi je postupováno, jako by zdrojem nákazy byl a aby se též potlačila případná jiná ložiska v organismu.

MUDr. Miškovská, Ph.D. se o TBC svého pacienta dozvěděla víceméně náhodou a nikdo jí nic nehlásil. Považoval bych proto za vhodné iniciativně písemnou formou na příslušných odděleních jako ošetřující lékař o informace požádat, ze zákona má registrující praktický lékař na ně nárok. Ve své praxi jsem je vždy (byť někdy se zpožděním), pokud jsem o ně požádal, získal.

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

# Chronická žilní insuficience v ordinaci praktického lékaře a její léčba



**MUDr. Kateřina Hrabáková**  
Lékařská ordinace Vyšehrad, s. r. o.

S problematikou chronické žilní insuficience (CHŽI) se ve své ambulantní praxi setká jistě každý praktický lékař. Jedná se sice o onemocnění s nízkou mortalitou, ale výrazně ovlivňující kvalitu života pacienta. Nejtěžší formy této nemoci mohou pacienta na dlouhou dobu vyřadit z pracovního procesu a dokonce i invalidizovat.

Prevalence žilní insuficience se ve vyspělých zemích neustále zvyšuje. V současné době se uvádí výskyt v dospělé populaci až 80%, častěji jsou postiženy ženy a to 2-3:1. Na vině je sedavý způsob života, obezita, nedostatek pohybu. Mezi neovlivnitelné etiologické faktory patří genetická predispozice, věk, těhotenství a s ním spojené hormonální změny, stavy po prodělané hluboké žilní trombóze, nádory apod.

Praktický lékař se může setkat jednak s pacienty, kteří přicházejí pro subjektivní obtíže bez viditelných změn na dolních končetinách (pocit těžkých nohou, pálivé bolesti, noční křeče, svědění, pocit neklidných nohou, otok zhoršující se typicky ve druhé polovině dne...) až po různá stadia viditelných změn, které mohou vést až k rozvoji bércového vředu.

Léčba žilních onemocnění je většinou dlouhodobá a vyžaduje dobrou compliance pacienta. Vzhledem k progresivnímu charakteru onemocnění je velmi vhodné zahájit léčbu co nejdříve. Terapii obvykle zahajujeme léčbou konzervativní, tj. režimovými opatřeními a farma-

koterapií. Pokud žilní insuficience dále progreduje, je nutné přistoupit k léčbě radikální, tj. chirurgické či stále populárnější jsou výkony endovaskulární (skleroterapie, radiofrekvenční a laserová ablace apod.), které jsou pro pacienty méně zatěžující a celková doba rekonvalescence je kratší než u klasických chirurgických zákroků. Praktický lékař je lékařem prvního kontaktu a proto nejčastěji chronickou žilní insuficienci diagnostikuje a zahajuje konzervativní léčbu. Z režimových opatření je nutné se zaměřit na redukci nadváhy či obezity, užívání kompresních punčoch, které mechanicky podporují kolabovanou žilní stěnu a tím zlepšují návrat krve z postižených žil, prospěje občasná elevace končetin během dne, střídavé sprchování studenou a teplou vodou, promašťování kůže, léčba onemocnění zvyšujících nitrobřišní tlak, zejm. zácpy apod.

Venotonika jsou nezbytnou součástí léčby CHŽI a představují rozmanitou skupinu látek, z nichž většina je rostlinného původu. Venotonika zvyšují žilní tonus a zabraňují nadměrné dilataci žil, která může poškodit žilní stěnu a ohrozit funkci žilních chlopní, dále snižují žilní hypertenzi, snižují kapilární permeabilitu a tím brání extravazaci krevní plasmy a erytrocytů, takže působí anti-edematózně, zlepšují reologické poměry, potlačují aktivaci leukocytů a zvyšují lymfatickou drenáž. Některé látky mají navíc účinky „zametačů“ volných radikálů a mohou příznivě zasahovat do inflamačních kaskád. Venoaktivní látky jsou tedy indikovány pro zmírnění všech žilních symptomů u všech stupňů CHŽI a zesilují účinky kompresní léčby. Představují také alternativu ke kompresní léčbě, zvláště pokud je kontraindikovaná nebo při špatné compliance pacienta.

**Venoaktivní látky dělíme na základě jejich původu na:**

- 1) přírodní (diosmin, hesperidin, escin, rutosid, ruscogenin)
- 2) semisyntetické (tribenosid, oxerutin, troxerutin)
- 3) syntetické (kalcium dobesilas)

Přehled venotonic viz tabulka 1

| Účinná látka                           | Název léku                     | Stupeň doporučení (pokud známo) |
|--|--------------------------------|---------------------------------|
| rutin a rutosidy                       | Venoruton, Cilkanol, Ascorutin | B                               |
| aescin                                 | Aescin, Reparil                | C                               |
| rutosid + digydroergocristin + esculin | Anavenol                       | B                               |
| diosmin + hesperidin                   | Detralex                       | A                               |
| hesperidin + ruscus + kys. askorbová   | Cyclo 3 Fort                   | B                               |
| calcium dobesilat                      | Danium, Dobica, Doxium         | A                               |
| tribenosid                             | Glyvenol                       |                                 |

A - velké randomizované kontrolované studie, B - menší randomizované kontrolované studie, C - observační studie



**Dle mezinárodního konsenzu z roku 2005 je nověji uplatňováno dělení venofarmak do 4 základních kategorií, a sice na:**

- 1) benzopyrony
- 2) saponiny
- 3) rostlinné extrakty
- 4) syntetická léčiva

Benzopyrony jsou dále členěny na: 1) alfa-benzopyrony, ke kterým řadíme kumarin, 2) gama-benzopyrony (syn. flavonoidy) zahrnující diosmin a jeho deriváty (MPFF), rutosidy (oxerutin a troxerutin) a hesperidin. Saponiny zahrnují escin a výtažky listnatce trnitého (*Ruscus aculeatus*). Léčivý přípravek Cyclo 3 Fort je fixní kombinací výtažku z kořene *Ruscus aculeatus* (150 mg), hesperidinu (150 mg) a kyseliny askorbové (100 mg). Ke skupině rostlinných extraktů patří kromě extraktu z listnatce trnitého např. výtažek z jinanu dvojlaločného (*Ginko biloba*), výtažek z listů červené vinné révy, semínka sosny přímořské a další.

### Kazuistika

Muž, 42 let

**RA:** z hlediska CHŽI nevýzn.

**OA:** Obezita II. St., GERD na terapii PPI, art. hypertenze od r. 2007, dyslipidemie, hraniční glykemie nalačno, nikotinizmus – chronická bronchitida, chronická žilní insuficience

**FA:** Omeprazol 20 1x1, Torvacard 10 1x1, Tritace 2,5 1x1

**PSA:** číšníník, svobodný

**Abusus:** cigarety 20/denně, alkohol pivo denně

**NO:** Pacient se známou žilní insuficiencí (kmenovými varixy v povodí v. saphena magna bilat. s hyperpigmentacemi a těžkými trofickými změnami) byl ošetřen v naší ambulanci v r. 2011 pro povrchovou flebitidu v povodí v. saphena magna I. sin sahající od mediálního kotníku do poloviny stehna (aplikován lokálně heparoid, NSA, bandáž, přechodně i LMWH pro rozsah postižení). Po zhojení doporučena dlouhodobá kompresní terapie a udržovací dávka venotonik, což pacient nedodržel, 3 roky pobýval v zahraničí a na kontroly nedocházel. V 9/2015 po návratu do ČR přichází do ambulance pro dvě bolestivé ulcerace

velikosti 4x3 cm a 1x1 cm nad mediálním kotníkem v distální třetině bérce. Vyšetřen na chirurgii v místě přechodného pobytu v zahraničí, kde provedeno lokální ošetření, doporučen preparát Cyclo 3 Fort. V naší ambulanci prováděny denně převazy s aplikací lokálních preparátů ve spolupráci s ambulancí chronických ran, nasazen kombinovaný preparát diosminu s hesperidinem. Po krátké době užívání pacient přichází pro průjem, nauzeu, opakované zvracení. Preparát tedy na krátkou dobu vysazen a doporučen odlišný preparát s obsahem diosminu. Po nasazení do 3 dnů recidiva obtíží. Stav tedy hodnocen jako intolerance diosminu a nasazen preparát Cyclo 3 Fort, který pacient již v minulosti toleroval. Na zavedené medikaci doplněné lokálním ošetřováním během 3 měsíců postupná regrese nálezu až do úplného zhojení.

**Obr. 1: Bércový vřed před a po léčbě**



### Závěr:

Chronická žilní insuficience je velmi časté onemocnění, které může výrazným způsobem limitovat kvalitu života pacientů. Projevy jsou pestré. V počátečních stadiích se může jednat spíše o kosmetickou záležitost, zatímco v pozdních stadiích hrozí rozvoj bércového vředu. A je právě na praktických lékařích, zda včas zahájí komplexní léčbu a tím pomohou předejít progresi tohoto onemocnění. Venotonika jsou neodmyslitelnou součástí kvalitní léčby. Preparát Cyclo 3 Fort má dostatečné důkazy o účinnosti a je dobrou alternativou známému přípravku Detralex.



# Jeden subjektivní pohled na 1. Praktickou konferenci očima účastníka

**MUDr. Martina Kettnerová**

Hodis, s. r. o.

Ve dnech 5. a 6. února se v Brně konala I. Praktická konference pro praktické lékaře, kterou pořádalo sdružení Mladí praktici ve spolupráci s Lékařskou fakultou Masarykovy univerzity.

Byla první svého druhu v tom, že se jí podařilo uspořádat bez finanční podpory farmaceutických firem. To se projevílo i v diskutovaných tématech, nebyla zde probírána terapie hypertenze, dyslipidemie a jiných frekventovaných chorob v ordinacích praktických lékařů, jak tomu často na konferencích bývá. Přesto byl program velmi lákavý, zaměřený na neotřelá témata neméně závažná svým významem pro každodenní praxi. Bonusem bylo i získání 12 kreditů do systému celoživotního vzdělávání.

Podařilo se oslovit skvělé přednášející. Sám o sobě zajímavý právně etický blok přednesli MUDr. Mgr. Jolana Těšinová a Mgr. et Mgr. Marek Vácha, Ph.D. Jejich sdělení by

jistě vydala i na samostatnou konferenci. Po přednášce stran právní problematiky Dr. Těšinové zůstávala malá dušička v každém z nás.

Problematika posudkového lékařství vyvolala vášnivou diskuzi a výměnu názorů. Velmi inspirativní a více než aktuální byla přednáška o IT technologiích a jejich využití v ordinaci praktického lékaře. Opomenuty nebyly ani pracovní lékařské služby.

Jistým zklamáním, byly dva workshopy, které byly součástí konference. Byl o ně od samého začátku enormní zájem. Všichni zúčastnění si od nich slibovali ryze praktickou nadstavbu Praktické konference. Toto očekávání se bohužel v případě ukázky ortopedického vyšetření nenaplnilo, neboť čas byl přednášejícím využit zejména na seznámení praktických lékařů s indikacemi ortopedických operací, ve druhém případě byla ukázka ORL vyšetření operativně z organizačních důvodů nahrazena prezentací Dr. Vladimíra Marka o udělování posudků k řidičskému oprávnění. Bylo znát, že to byla trefa do černého, denní chleba praktických lékařů, což ukázala především živá debata jak během prezentace, tak i po ní.

Navzdory těmto drobným nedostatkům lze hodnotit konferenci jako mimořádně úspěšnou. Cílem organizátorů bylo nejen zorganizovat trochu jinou konferenci, než na jaké jsme zvyklí, ale i vytvořit platformu pro společné setkávání nejenom mladých, ale všech praktiků. Zvláštní uznání si pak zaslouží prof. MUDr. Hana Matějovská Kubešová, CSc. z Kliniky interní, geriatrické a praktického lékařství LF MU a FN Brno, MUDr. Norbert Král a organizační tým Mladých praktiků, bez nich by se tato akce nikdy neuskutečnila.

Všem patří dík za odvahu a odhodlání, se kterým do toho šli. Jen tak dál!



Vážení čtenáři a řešitelé testů,

dle nového Stavovského předpisu České lékařské komory č. 16, podle § 5 přílohy č. 1, jsou od 1. 7. 2012 všechny znalostní testy v odborných časopisech hodnoceny jednotně, a to 2 kredity. Za správné vyřešení testu budou řešitelům přiděleny **2 kredity ČLK**. Podmínkou ČLK pro přidělení kreditů je zaslání odpovědí v písemné podobě na odpovědním lístku nebo elektronicky na [www.svl.cz](http://www.svl.cz), a to **nejpozději do 29. 4. 2016**.

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 02/2016:** 1b, 2c, 3c, 4a, 5c, 6a, 7abc, 8a, 9a, 10a

### ZNALOSTNÍ TEST JE HODNOCEN 2 KREDITY ČLK

**1. Léčbu bisfosfonáty nelze bezpečně indikovat při**

- a) glomerulární filtraci <30 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>
- b) glomerulární filtraci kategorie G4
- c) glomerulární filtraci kategorie G3

**2. O chronické onemocnění ledvin se jedná v případě**

- a) GFR na 55 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> nejasného stáří
- b) ½ roční anamnézy polycystózy ledvin
  - a GFR 65 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>
- c) 4 měsíce trvající středně závažné proteinurie

**3. Současná diagnostika bílkoviny v moči je založená na vyšetření**

- a) protein–kreatininového poměru (PCR) v moči
- b) 24–hodinového sběru moči
- c) albumin–kreatininového poměru (ACR) v moči

**4. Do středního nosního průduchu ústí prostřednictvím tzv. ostiomeatální jednotky:**

- a) čelní dutina, klínová dutina, zadní čichové sklepy
- b) čelní dutina, čelistní dutina, přední čichové sklepy
- c) čelistní dutina, přední a zadní čichové sklepy

**5. Technikou tzv. funkční endoskopické chirurgie dutin /FESS/ se snažíme:**

- a) šetřit sliznici dutiny nosní krytou řasinkovým cylindrickým epitelem
- b) při operaci využívat preformovaných otvorů /nares/ a operovat v oblasti primárních vývodu VDN
- c) odstraňovat veškeré kostěné struktury na přístupové cestě

**6. V léčbě chronické rinosinuitidy se primárně uplatňuje:**

- a) chirurgická léčba
- b) konzervativní léčba
- c) obě modalitty současně

**7. Nejčastější maligní nemelanocytární kožní nádor je:**

- a) Carcinoma spinocellulare
- b) Carcinoma basocellulare
- c) Morbus Bowen

**8. Rizikové faktory vzniku maligního melanomu jsou:**

- a) Časté spálení na slunci v dětství
- b) Imunosuprese
- c) UV záření

**9. Nejčastější typ melanomů u bílé rasy je:**

- a) Nodulární melanom (NM)
- b) Superficiálně se šířící melanom (SSM)
- c) Akrolentigiozní maligní melanom (ALM)

**10. Venotonika mají tyto účinky:**

- a) zvyšují žilní tonus
- b) zvyšují kapilární permeabilitu
- c) snižují kapilární permeabilitu
- d) zvyšují lymfatickou drenáž

**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. 3/2016

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 |

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

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