



PRACTICUS

pro praktické lékaře zdarma • č.4/2016 • ročník 15



TÉMA:

X. jarní interaktivní konference SVL ČLS JEP
Slovanský dům, Praha

Nalgesin®

550 mg

naproxenum natricum
potahované tablety

Rychle útočí na bolest,
šetrný k srdci. 1, 2, 3



Rychlý nástup účinku



Dlouhotrvající efekt 1, 2

Základní informace pro předpis léčivého přípravku: (připraveno podle schváleného Souhrnu údajů o přípravku)

Název přípravku: Nalgesin 550 mg, potahované tablety. **Složení:** 1 potahovaná tableta obsahuje naproxenum natricum 550 mg (odpovídá naproxenum 500 mg). **Indikace:** Krátkodobá léčba určená ke zmírnění zánětu a k úlevě od mírné až středně silné bolesti jako je bolest hlavy, migréna, bolest zubů, bolest svalů, kloubů a zad a bolest doprovázející akutní záněty horních cest dýchacích. Primární dysmenorea. Horečka. Bolest po chirurgických výkonech a po úrazech, např. extrakce zubů, podvrtnutí kloubů, natažení svalů. Bolest při chronických zánětlivých a degenerativních revmatických onemocněních (revmatoidní artritida, ankylozující spondylitida, artróza a akutní záchvat dny). Juvenilní idiopatická artritida u dětí s hmotností nad 55 kg. **Dávkování a způsob podávání:** Obecně by k léčbě bolesti měla být vybrána nejnižší možná účinná dávka. Nalgesin by neměl být podáván déle, než je terapeuticky nezbytné nutné. Dospělí a dospívající od 16 let: *mírné až středně silné bolesti, horečka, migréna, primární dysmenorea:* Počáteční dávka je 550 mg, po které následuje dávka 275 mg každých 6 až 8 hodin. Obvyklá denní dávka je v rozmezí 550 mg až 1 100 mg sodné soli naproxenu. Při středně silných bolestech může být denní dávka u pacientů, kteří dobře tolerují nízké dávky a nemají v anamnéze gastrointestinální poruchu, zvýšena na maximální denní dávku 1 650 mg, po dobu maximálně 2 týdnů. K úlevě od migrenózních bolestí se při prvních příznacích nastupujícího záchvatu podává dávka 825 mg a poté se podává další dávka 275 mg až 550 mg každých 6 až 8 hodin podle potřeby. *Revmatoidní artritida, artróza a ankylozující spondylitida:* Obvyklá denní dávka je v rozmezí 550 mg až 1 100 mg, rozdělená na ranní a večerní dávku. Denní dávka může být zvýšena na 825 mg až maximálně 1 650 mg. Léčba by měla pokračovat s denními dávkami 550 mg až 1 100 mg, nejlépe rozdělené ve 2 dávkách. Ranní a večerní dávka nemusí být stejná. U některých pacientů je jednotlivá dávka, buď ranní nebo večerní, dostatečná. Akutní záchvat dny: Počáteční jednotlivá dávka je 825 mg, po které následuje dávka 275 mg každých 8 hodin, dokud záchvat neustoupí. Maximální denní dávka je 1 650 mg. Juvenilní idiopatická artritida u dětí s hmotností nad 55 kg do 16 let: Jednotlivá dávka nemá překročit 275 mg. Maximální denní dávka 10 mg/kg/den se podává ve 12hodinových intervalech. Tablety se zapíjejí dostatečným množstvím tekutiny. Pacienti starší 65 let by měli tablety užívat podle potřeby v dávkách s minimálním časovým odstupem 12 hodin. U pacientů s mírnou až středně závažnou nedostatečností ledvin a u pacientů s poruchou funkce jater je třeba podávat přípravek s opatrností a v co nejnižších účinných dávkách s minimálním časovým odstupem 12 hodin. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou látku, na kteroukoli pomocnou látku, na salicyláty nebo jiné nesteroidní protizánětlivé léky projevující se jako bronchiální astma, kopřivka a rinitida. Anamnesticky gastrointestinální krvácení nebo perforace ve vztahu k předchozí léčbě nesteroidními antirevmatiky. Aktivní nebo anamnesticky rekurentní peptický vřed/hemoragie (dvě nebo více epizod prokázané ulcerace nebo krvácení), jiné aktivní krvácení. Závažná nedostatečnost jater nebo ledvin. Závažné srdeční selhání. Třetí trimestr těhotenství. Nalgesin je kontraindikován u dětí s hmotností pod 55 kg. **Zvláštní upozornění:** Přípravek by neměl být podáván společně s jinými NSA včetně selektivních inhibitorů cyklooxygenázy. U starších pacientů je zvýšený výskyt nežádoucích účinků, zejména gastrointestinálního krvácení a perforací, které mohou být fatální. Pokud se během léčby přípravkem objeví žaludeční nebo dvanáctníkový vřed nebo krvácení, musí být léčba ukončena. S opatrností musí být podávána NSA pacientům s gastrointestinálními chorobami v anamnéze (ulcerózní kolitida, Crohnova choroba), dále pacientům s epilepsií nebo porfyrií. Protizánětlivé a antipyretické účinky sodné soli naproxenu by se měli vzít v úvahu při infekčních onemocněních, protože mohou maskovat příznaky těchto chorob. Pokud je clearance kreatininu menší než 30 ml/min (0,5 ml/s), je léčba sodnou solí naproxenu kontraindikována. Podávání naproxenu je třeba pečlivě zvážit u pacientů se špatně kompenzovanou hypertenzí, kongestivním srdečním selháním, ICHS, onemocněním periferních tepen a/nebo cerebrovaskulárním onemocněním. Obdobně je třeba zvažovat zahájení dlouhodobé léčby u pacientů s rizikovými faktory pro kardiovaskulární choroby (např. hypertenze, hyperlipidemie, diabetes mellitus, kouření). Naproxen snižuje agregaci trombocytů a prodlužuje dobu krvácení. Velmi vzácně byly v souvislosti s podáváním NSA hlášeny závažné kožní reakce, některé i fatální, zahrnující exfoliativní dermatitidu, Stevens-Johnsonův syndrom a toxickou epidermální nekrolýzu. Sodná sůl naproxenu by neměla být užívána při závažných čerstvých zraněních a alespoň 48 hodin před větším chirurgickým zákrokem. Tento léčivý přípravek obsahuje 2,18 mmol (nebo 50,00 mg) sodíku. To by mělo být zváženo u pacientů na dietě s nízkým obsahem sodíku. **Interakce:** Kyselina acetylsalicylová nebo jiné nesteroidní protizánětlivé léky, warfarin, heparin, deriváty hydantoinů a deriváty sulfonfylmočoviny, furosemid, antihypertensiva, lithium, methotrexát, probenecid, cyklosporin, inhibitory ACE, zidovudin, kortikosteroidy, antiagregancia a SSRI, srdeční glykosidy, mifepřiston. **Těhotenství a kojení:** Použití přípravku je kontraindikováno během posledního trimestru těhotenství. Přípravek nemá být užíván během prvních 2 trimestrů těhotenství, pokud potenciální přínos pro pacientku nepřeváží potenciální riziko pro plod. Naproxen byl nalezen v mléce kojících žen. U pacientek, které kojí, je třeba se vyhnout použití přípravku. **Nežádoucí účinky:** Často ($\geq 1/100$ až $< 1/10$) se vyskytly tyto nežádoucí účinky: bolest hlavy, závrať, somnolence, poruchy zraku, tinitus, poruchy sluchu, edém, palpitace, dyspnoe, zácpa, bolest břicha, nauzea, dyspepsie, průjem, stomatitida, svědění, kožní vyrážka, ekchymóza, purpura, žízeň, pocení. **Balení:** 30 potahovaných tablet. **Doba použitelnosti:** 5 let. **Uchovávání:** Uchovávejte blíž k původnímu obalu, aby byl přípravek chráněn před světlem.

Datum poslední revize textu SPC: 1. 7. 2015. Držitel rozhodnutí o registraci: Krka, d.d., Novo mesto, Slovinsko. Registrační číslo: 29/244/15-C. Léčivý přípravek je vydáván pouze na lékařský předpis. Léčivý přípravek je dříve z prostředků veřejného zdravotního pojištění.

Držen z přípravku předepíšete, seznamte se, prosím, s úplným zněním Souhrnu údajů o přípravku (SPC).

Neopřetržitá veřejná informační služba: tel./zázn./fax: +420 221 115 150, e-mail: info.cz@krka.biz, <http://www.krka.cz/cz/leciva-a-jine-produkty>

Literatura: 1. Sevelius H., Runkel R., Segre E. & S.S. Bloomfield. Bioavailability of naproxen sodium and its relationship to clinical analgesic effects: Br. J. clin. Pharmac. (1980), 10, 259-263. 2. SPC Nalgesin 550 mg. 3. McGettigan P, Henry D. (2011) Cardiovascular Risk with Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs: Systematic Review of Population-Based Controlled Observational Studies. PLoS Med 8 (9): e1001098.

Krka ČR, s. r. o.,

Sokolovská 192/79, 180 00 Praha 8 – Karlín,

Tel.: +420 221 115 115, Fax: +420 221 115 116, www.krka.cz

 KRKA

Invence a znalosti
pro účinné a bezpečné
výrobky nejvyšší kvality.

INFO SVL

- 06 **PROHLÁŠENÍ Z X. JARNÍ INTERAKTIVNÍ KONFERENCE SVL ČLS JEP**
- 06 **PRAKTICKÁ ČÁST SPECIALIZAČNÍHO KURZU „LÉKAŘSKÁ PRVNÍ POMOC“**

ODBORNÝ ČLÁNEK

- 07 **VYUŽITÍ IMUNOMODULACE V PRAXI**
doc. MUDr. Jaromír Bystroň, CSc
- 13 **AKNÉ DOSPĚLÝCH ŽEN**
*MUDr. Jitka Ošmerová, prof. MUDr. Alena Pospíšilová, CSc.,
MUDr. Olga Faustmannová, PhD., MBA*

ZPRÁVY Z KONFERENCE

- 17 **JAKÉ JSOU NOVINKY V PÉČI O INKONTINENTNÍ PACIENTY?**
prim. doc. MUDr. Roman Zachoval, Ph.D.
- 19 **JAKÉ MÁME MOŽNOSTI PREVENCE PNEUMOKOKOVÝCH INFEKČÍ U DOSPĚLÝCH OSOB?**
Prof. MUDr. Jiří Beran, CSc.

ZÚČASTNILI JSME SE

- 22 **TISKOVÁ KONFERENCE K ZAHÁJENÍ EVROPSKÉHO VAKCINAČNÍHO TÝDNE, KONANÁ 18. DUBNA 2016 LÉKAŘSKÉM DOMĚ**
MUDr. Stanislav Konšťacký, CSc.
- 23 **25. VÝROČÍ ZNOVUOBNOVENÍ ČLK**
MUDr. Otto Herber
- 24 **TISKOVÁ KONFERENCE K ZAHÁJENÍ EVROPSKÉHO VAKCINAČNÍHO TÝDNE, KONANÁ 18. DUBNA 2016 LÉKAŘSKÉM DOMĚ**

AKTUALITY

- 26 **WHO JIŽ NEPOVAŽUJE EBOLU ZA MEZINÁRODNÍ HROZBU**
- 27 **LÉKAŘI: NA NÁPOR MIGRANTŮ ZE ZEMÍ S ČASTOU TBC JSME PŘIPRAVENI**
- 28 **LÉKAŘI: VĚTŠÍ RIZIKO PRO DOVEZENÍ NÁKAZY NEŽ MIGRACE JE CESTOVÁNÍ**

KAZUISTIKA

- 30 **KAZUISTIKA ZE SOUDNĚ LÉKAŘSKÉ PRAXE**
MUDr. Pavel Brejník

MLADÍ PRAKTICI

- 40 **PÉČE O NEVYLÉČITELNĚ NEMOCNÉ V ORDINACI VŠEOBECNÉHO PRAKTICKÉHO LÉKAŘE**

Vydavatel:

Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP

Adresa redakce:

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

Redakce:

Šéfredaktor:

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

Zástupci šéfredaktora:

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

Manažerka časopisu:

Hana Čížková
practicus.svl@cls.cz

Redakční rada: MUDr. Kamil Běský, MUDr. Pavel Brejník, MUDr. Jiří Burda, doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc., MUDr. Rudolf Červený, Ph.D., MUDr. Eva Grzegorová, MUDr. David Halata, MUDr. Alice Havlová, MUDr. Jiří Havránek, MUDr. Otto Herber, MUDr. Petr Herle, MUDr. Ambrož Homola, Ph.D., MUDr. Toman Horáček, MUDr. Jiří Horký, MUDr. Igor Karen, MUDr. Mgr. Josef Kořenek, CSc., MUDr. Vladimír Marek, MUDr. Petra Mestická, MUDr. Zuzana Miškovská, Ph.D., MUDr. Cyril Mucha, MUDr. Šárka Drbalová, doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D., MUDr. Bohumil Skála, Ph.D., MUDr. Alexandra Sochorová, MUDr. Helena Stárková, MUDr. Jan Šindelář, MUDr. Josef Štolfa

Spolupracovnice časopisu:

Andrea Vrbová, Romana Hlaváčková

Náklad 6 000 ks. • • • Vychází 10x ročně.
Pro praktické lékaře v ČR zdarma.
Roční předplatné pro ostatní zájemce **615 Kč.** • • • Přihlášky přijímá redakce.
Toto číslo bylo dáno do tisku 29. 4. 2016 MK
ČR E13477, ISSN 1213-8711.

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

EDITORIAL



MUDr. Stanislav Konštacký, CSc.

Šéfredaktor časopisu Practicus

Když jsem usedal k počítači, abych napsal editorial pro toto číslo, tak bylo krásné jarní počasí a dělalo čest konferenci, která má ve svém názvu nejkrásnější období roku, tedy jarní. Ano Jarní interaktivní konference se v tomto roce konala již po desáté a také účast lékařů byla velmi uspokojivá, protože se jí zúčastnilo více jak tisíc lékařů a zdravotních sester, našich nejbližších spolupracovníků. Krásné počasí lákalo k procházkám do jarní Prahy, ale většina přednášek se těšila velkému zájmu kolegů. To jsme nečekali, že hned další dny přinesou ochlazení a v některých místech dokonce pozdní sněhovou nadílku. Celé konferenci se podrobněji budeme věnovat spolu s některými příspěvky z ní v příštím čísle. Za zmínku ale stojí, že v Konferenčních novinách byla publikována Zpráva o činnosti výboru za uplynulý rok, kterou předložil předseda společnosti, doc. Býma po předchozím projednání na výboru. Na začátku konference bylo schváleno prohlášení o omezování dostupnosti léčby poskytované praktickými lékaři, které otiskujeme. V tomto čísle přinášíme opět zajímavé články a informace z nejrůznějších oborů naší činnosti. Jaro je nejen obdobím roku, kdy dochází k probouzení přírody po zimě, ale také s velkým množstvím odborných konferencí a seminářů, které kompetují s lákadly v přírodě. V tomto čísle je jedním z rozsáhlejších článků informace doc. Bystroně o Imunologii a využívání imunomodulace v praxi. Připomíná základní terminologii, která se v Imunologii používá, kdy na poruchy imunity by měl praktický lékař

pomyslet, jaká vyšetření vzhledem k dostupnosti i ceně je vhodné před odesláním na vyšší pracoviště provést. Zmiňuje se jednak o léčivých přípravcích používaných u pacientů s imunodeficitem a rovněž i vyjmenovává potravinové doplňky a volně prodejné léčivé přípravky v této oblasti používané. V dalším článku dr. Ošmerové autorka informuje o Akně v dospělosti, jak se projevuje, co jsou příčiny jejího vzniku a rovněž o léčebných postupech, které jsou vhodné pro dospělé pacienty a pacientky především, protože toto onemocnění způsobuje hlavně estetické problémy a někdy s tím spojené i psychické a tudíž je nutné je adekvátně léčit. Článek s urologickou problematikou přednesl na Jarní interaktivní konferenci doc. Zachoval a zabývá se problematikou mužské inkontinence, která je rovněž stále častější vzhledem ke zvyšování věku pacientů, ale i jako následek radikální prostatektomie. Jaké jsou rizikové faktory močové inkontinence u mužů a jak by v tomto případě měl postupovat praktický lékař. Vzhledem k tomu, že týden od 25. 4. do 30. 4. byl Evropským vakcinačním týdnem, tak se této preventivní metodě věnuje článek prof. Berana o očkování proti pneumokoku u dospělých pacientů, jeho účinnosti a vhodnosti aplikace jednotlivých očkovacích látek které jsou na trhu. Rovněž Zpráva z tiskové konference pořádané ČLS JEP pro zástupce médií byla věnována očkování. Další informace předkládá dr. Vojtíšková, která se zúčastnila jednání o nebezpečných nálezích a také tiskové konference organizované Českou iniciativou pro astma a ještě tiskovky k Boji s diabetem. Rozhodně nelze opomenout zajímavou kasuistiku dr. Březníka, která je i současně poučná pro naši praxi. Rádi uveřejňujeme i příspěvek dr. Kánské, mladé praktické lékařky, který se věnuje péči o nevléčitelně nemocného pacienta v ordinaci praktického lékaře. Úkolem editoria není vyjmenovat všechna sdělení a tudíž doufám, že i další zde nezmíněné informace si najdou své čtenáře.

Vzdělávací semináře

v červnu 2016



SVL ČLS JEP

Hlavní témata

Naproxen – novinka mezi NSA pro léčbu bolesti.
GERD jako nepoznaná příčina respiračních onemocnění.

den	datum	čas	město a místo konání
čtvrtek	2. 6.	16.30–20.30	Hotel "U Šimla", Závodní 1, Karlovy Vary
čtvrtek	2. 6.	16.00–20.00	Clarion Grandhotel Zlatý Lev, Gutenbergova 3, Liberec 1
sobota	4. 6.	9.00–13.00	Šafránkuv pavilon, alej Svobody č. 31, Plzeň
pondělí	6. 6.	16.30–20.30	Aula SZŠ, Příluky 372, Zlín
středa	8. 6.	17.00–21.00	presbytář Hotelu Gustav Mahler, Křížová 4, Jihlava
čtvrtek	9. 6.	16.00–20.00	Hotel Imperial, Tyršova č. 6, Ostrava
čtvrtek	9. 6.	16.00–20.00	Clarion Congres Hotel, Špitálské náměstí 3517, Ústí nad Labem
sobota	11. 6.	9.00–13.00	Kancelář veřejného ochránce práv, Údolní 39, Brno
sobota	11. 6.	9.00–13.00	Aula Právnické fakulty UP Olomouc, tř. 17. listopadu 8, Olomouc
úterý	14. 6.	16.00–20.00	Hotel Zlatá Štika, Štrosova 127, Pardubice
čtvrtek	16. 6.	16.00–20.00	Lékařský dům, Sokolská 31, Praha 2
středa	22. 6.	16.00–20.00	Lékařský dům, Sokolská 31, Praha 2
středa	22. 6.	16.00–20.00	Clarion Congress Hotel, Pražská třída 2306/14, České Budějovice
čtvrtek	23. 6.	16.00–20.00	Nové Adalbertinum, Velké náměstí 32, Hradec Králové

PROHLÁŠENÍ Z X. JARNÍ INTERAKTIVNÍ KONFERENCE SVL ČLS JEP

Dle generální ředitelky WHO Margaret Chan zdravotní systém, jehož páteří je primární péče a jehož základnou jsou praktičtí lékaři (PL), přináší nejlepší výsledky s těmi nejnižšími náklady a maximální spokojeností uživatelů. Též občané ČR vyjadřují v naprosté většině případů s péčí svého VPL a časem, který jim věnuje po dobu jejich návštěvy v ordinaci, spokojenost. Nicméně u MZ ČR, SÚKL a ZP stále nenacházíme adekvátní podporu.

Účastníci X. jarní interaktivní konference SVL ČLS JEP žádají příslušné orgány, aby vstoupili v jednání se zástupci PL s cílem zrušit nesmyslná omezení v terapii a diagnostice u PL v ČR tak, aby se léčebná péče svým rozsahem a kvalitou dostala na úroveň standardů vyspělých zemí v EU.

PRAKTICKÁ ČÁST SPECIALIZAČNÍHO KURZU „LÉKAŘSKÁ PRVNÍ POMOC“

Vážení kolegové,

dne 11. 4. 2015 proběhla v sídle SVL ČLS JEP, U Hranic 16, Praha 10, praktická část povinného specializačního kurzu „**Lékařská první pomoc**“ pro lékaře před atestací z všeobecného praktického lékařství.

Všichni účastníci úspěšně splnili praktickou část (podmínkou účasti je splnění teoretické části tohoto kurzu publikovaného na vzdělávacím portálu EUNI www.euni.cz).

O dalším termínu konání kurzu vás budeme včas informovat.

Podrobnější informace vám poskytnete též sekretariát SVL, **tel.: 267 184 064**

Vaše přihlášky posílejte prosím na: e-mail: seminare.svl@cls.cz

za SVL ČLS JEP
MUDr. Rudolf Červený, Ph.D.
odborný garant



Využití imunomodulace v praxi



doc. MUDr. Jaromír Bystron, CSc.

Oddělení alergologie a klinické imunologie Fakultní nemocnice Olomouc

Úvod

Při jaké příležitosti si vzpomene praktický lékař na imunologa? Nejtypičtějšími chorobami, se kterými se setkávají praktický lékař a imunolog jsou alergie a imunodeficity. Základní obor se totiž nazývá alergologie a klinické imunologie – je to obor klinický s laboratorní složkou – a specialista s atestací v tomto oboru by měl poskytovat specializovanou péči v celém rozsahu tohoto oboru. Patří zde rovněž autoimunitní onemocnění, ale zde se na diagnostice, léčbě i dispenzarizaci významně podílí revmatologie. Vzhledem k tomu, že se následně budu v článku zabývat možnostmi imunomodulační léčby budeme se soustředit na klinicko–imunologickou část tohoto oboru. V oblasti ovlivnění imunitního systému dochází neustále k rozšiřování teoretických znalostí a v návaznosti na to i rozšiřování a zkvalitňování terapeutických možností. Pokud se uměle – vědomě snažíme ovlivňovat imunitní reakce v organizmu používáme často výraz – **imunomodulace**. V obecném smyslu slova – imunomodulace – umělého, vědomého zasahování do činnosti imunitního systému se oproti dřívějšímu chápání nic nezměnilo. Došlo však k rozšíření možností cíleného zásahu do imunitních reakcí hlavně prostřednictvím monoklonálních protilátek, kterých

se již využívá v mnoha medicínských oborech. Jejich podávání je vázáno na specializovaná centra. Na specializovaná pracoviště je rovněž vázána cílená **imunosuprese**, takže se o těchto léčebných možnostech zmiňuji jen takto všeobecně. V užším slova smyslu chápeme imunomodulaci spíše jako léčbu, která potlačuje zvýšenou aktivitu imunitního systému u poškozujícího zánětu – **léčba protizánětlivá** nebo jako postupy při **imunosubstituci**, kdy doplňujeme vrozené nebo získané deficity obranného systému (např. imunoglobulíny nebo některé krevní faktory). Někdy – v nejužším slova smyslu – považujeme za imunomodulaci jenom postupy, kterými stimulujeme některé pochody v imunitních reakcích, s cílem **imunorestaure**, **imunonormalizace** či **imunostimulace**, které vznikly vlivem patologického poškození organismu. Takové farmakologické efekty můžeme pozorovat v četných lékových skupinách, nejvýrazněji se takto projevují kortikosteroidy, antileukotrieny, antihistaminika, některá antibiotika, alergenová imunoterapie, očkovací vakcíny, léčebné bakteriální lyzáty, dialyzáty leukocytů (transfer faktory), methisoprinol, imunoglobulíny. V posledních letech se na trhu objevilo i velice široké spektrum látek různého původu, které jsou distribuovány jako potraviny pro zvláštní výživu či potravinové doplňky pro „povzbuzení imunity“ a je na místě k nim zaujmout objektivní kriticko–realistické stanovisko prizmatem medicíny založené na důkazech (Tab. č. 1).

Tento článek bude zaměřen na novinky či doplnění znalostí o těch skupinách přípravků, které se nejčastěji používají v klinické praxi.

Protizánětlivá imunomodulancia

Kortikosteroidy

Patří stále k neúčinnějším a nejčastěji používaným imunomodulačním látkám. Jejich – u některých stavů –

Tabulka č. 1: Přehled přípravků s deklarovanou imunomodulační účinností

Látky mikrobiálního původu	bakteriální lyzáty, ribozomální frakce, individuálně připravované autovakcíny a stockvakcíny, prebiotika a probiotika, Stafal
Látky rostlinného původu	extrakty z echinacey, žen-šenu, česneku, chlorelly, černého bezu, aloe vera, jmelí, jinanu dvoulaločnatého a dalších
Látky živočišného původu	kolostrum, propolis
Látky izolované z hub	glukany
Dialyzované extrakty leukocytů	vepřových, lidských
Biologické polypeptidy	imunoglobulíny, nukleotidy, růstové faktory, cytokiny, interferony, monoklonální protilátky
Syntetické látky	Methisoprinol
Enzymy	bromelain, papain, chypsin, chymotrypsin, pankreatin
Antibiotika	Makrolidy

život zachraňující vliv je velmi dobře znám, stejně jako jejich nežádoucí účinky, proto ze strany lékařů je tlak na farmaceutické firmy k výrobě bezpečnějších molekul, které se uplatňují především topicky protizánětlivě bez negativního dopadu na ostatní strukturu organismu. Vedle starších molekul – beklometazonu, budesonidu, flutikazonu se těmto požadavkům velice přibližují nové molekuly kortikosteroidů – mometazon furoat (ve formě inhalačního prášku přípravku Asmanex, nosní sprej Nasonex, mast a krém Elocom), ciklesonid (inhalační aerosol Alvesco) nebo flutikazon furoát (nosní sprej Avamys), ale v poslední době již i mnohé generické přípravky vyráběné na bázi úspěšných originálních léčiv. Tyto molekuly mají výraznější vazbu na glukokortikoidní receptory, lepší topický protizánětlivý efekt, minimální průnik do systémového oběhu při nižší celkové dávce a minimálních nežádoucích účincích.

Antileukotrieny

Tato léková skupina se již plně zabydlela v terapii perzistujícího průduškového astmatu a alergické perzistující rýmy spojené s astmatem. Pro dobrý efekt, minimum nežádoucích účinků a možnost použití v širokém věkovém rozpětí se na našem trhu stal dominantním přípravkem montelukast. Originální léčivo Singulair je možno použít jako granule s obsahem 4 mg účinné látky již u kojenců od 6 měsíců. Následně je možno použít žvýkací tablety s obsahem 4 mg u dětí od 2 let a ve formě Singulair Junior 5 mg žvýkací tablety pro děti od 6 let. Pro děti od 12 let a dospělé je určen Singulair tbl. 10 mg. O účinnosti a bezpečnosti montelukastu svědčí i velký počet generických přípravků, které se objevily na našem trhu po vypršení patentové ochrany.

Antihistaminika

Antihistaminika – reverzní agonisté histaminových receptorů – blokují nebo tlumí nadměrnou zánětlivou aktivitu vyvolanou působením tohoto mediátoru. Mimo tento základní efekt se však projevují i dalším působením na imunokompetentní buňky a tím rozšiřují svůj protizánětlivý efekt. Antihistaminika I. generace se již používají v menším rozsahu. Pro sedativní efekt jsou využívána jen v některých specifických situacích (u malých dětí nebo starších osob, kdy využíváme sedativního efektu k celkovému zklidnění pacienta). V široké klinické praxi jsou již plně zastoupena antihistaminika II. generace – cetirizin (orig. přípravek Zyrtec) a loratadin (orig. přípravek Claritine) a jejich četná generika. Zvýrazněný imunomodulační efekt pak mají nové molekuly – levocetirizin, desloratadin, fexofenadin, bilastin a rupatadin, která jsou přímo označována jako antihistaminika II. generace s imunomodulačním působením. U desloratadinu a levocetirizinu již rovněž skončila patentová ochrana, takže na našem trhu je registrováno mnoho generických přípravků.

Antihistaminika k lokální aplikaci

V současné době je i dosti široká škála antihistaminik k lokální aplikaci s velmi dobrým účinkem. Ve formě očních kapek je možno použít mimo osvědčený Sano-

rin– Analergin či Spersallerg (což jsou kombinované preparáty antihistaminika s dekongescenčním přípravkem) rovněž ketotifen (Zaditen), olopatadin (Opatanol), levocabastin (Livostin), azelastin (Allergodil). Ve formě nosních sprejů je k dispozici Livostin, Allergodil nebo dimetinden s fenylefrinem (Vibrocil) ve formě nosního gelu, kapek či spreje. Ve formě kožních gelů je k dispozici dimetinden (Fenistil) nebo difenhydramin (Psilo–Balsam N). Poslední novinkou v této skupině léčiv je kombinovaný přípravek Dymistin ve formě nosního spreje (kombinace antihistaminika azelastinu a kortikosteroidu flutikazon propionátu), které v sobě spojuje rychlost nástupu účinku antihistaminika s mohutným protizánětlivým účinkem topického steroidu.

Imunomodulace v užším slova smyslu

S podezřením na poruchy imunity se u praktického lékaře nejčastěji setkáváme s klinickými projevy recidivujících či protrahovaně probíhajících infekcí různých systémů (nejčastěji dýchacího, močového, kůže, GIT či gynekologické infekce). V dospělém věku se již jen velmi vzácně objevují primární imunodeficity (vesměs jsou zachyceny již v dětském věku). Ale může se stát, že i v dospělosti se poprvé klinicky výrazněji projeví některé lehčí formy protilátkových imunodeficitů (selektivní deficit IgA, selektivní deficit podtříd IgG nebo i CVID – běžný variabilní imunodeficit). V dospělém věku jsou nejčastějšími příčinami již zmíněných recidivujících a protrahovaně probíhajících infekcí hlavně sekundární imunodeficity. Nejběžnějšími infekcemi jsou hlavně infekce dýchacích cest, proto se na ně dále podrobněji zaměřím.

Kdy hovoříme o recidivujících infekcích dýchacích cest?

Pokud hovoříme o recidivujících infekcích dýchacích cest (RIDC) – a platí to i pro recidivující infekci jiných systémů – je vhodné si nejdříve stanovit, co si máme pod tímto termínem představit a následně je potřeba se rozhodnout, zda tyto stavy má řešit praktický lékař nebo specialista.

V literatuře nenajdeme jednotnou definici pro frekvenci či závažnost RIDC. Jedná se o termín, který se vytvoří konsensuálně a v různých klinických studiích se může odlišovat. V naší zeměpisné poloze musíme rovněž zohlednit hlavně „sezónnost“ výskytu těchto infekcí, které jsou častější na přechodu podzimu a zimy a pak zimy a jara. Proto při každé studii, která se tímto problémem zabývá, je nutno tento stav vždy jednoznačně popsat. V naší poslední tuzemské multicentrické studii při sledování účinnosti bakteriálního lyzátu Olimunovac jsme si stanovili jako zvýšenou četnost respiračních infekcí dětí od 5 do 18 let minimálně 3 ataky infekce v posledních 3 měsících (nebo 4 za posledních 6 měsíců), u dospělých pak 2 ataky za poslední 3 měsíce (nebo 3 za posledních 6 měsíců) vyžadující ATB léčbu anebo klidový režim s absencí ve škole, pracovní neschopností, omezením běžných aktivit či činností. Jako ataku infekce jsme se dohodli považovat stav splňující alespoň 3 následující klinické projevy: náhle vzniklá subfebrilie nebo febrilie, bolesti v krku, zvýraznění rýmy, nově vzniklý kašel, bolesti hlavy, otalgie, chraptot, bolesti klou-

bů, bolesti svalů s diagnózou faryngitidy, rinofaryngitidy, laryngitidy, tonzilitidy, sinusitidy, otitidy, bronchitidy.

Kdy by měl řešit problém RIDC praktický lékař a kdy specialista?

Při podezření na vrozený imunodeficit – časté infekce již od narození (pneumonie, otitidy, sinusitidy, kožní infekce, vážnější infekce gastrointestinálního traktu, výrazné reakce na očkování) nebo závažnější sekundární imunodeficit (např. stavy po těžších operacích, imunosupresivní či radiační léčbě) s následnou zvýšenou frekvencí a závažností infekcí, je imunologické vyšetření jednoznačně indikováno a imunomodulační léčba je pak vedena dle výsledků tohoto vyšetření a pod dohledem specialisty alergologa/klinického imunologa. Pokud však anamnéza potvrzuje zcela běžnou četnost a závažnost infekcí v dětském věku a dospívání a častější nemocnost se projevuje jako zcela nový faktor není důvod, proč by jej nemohl řešit praktický lékař. **V případě potřeby si i praktický lékař může provést nejjednodušší (a nenákladné) základní imunologické vyšetření, které představuje vyšetření krevního obrazu, celkového počtu leukocytů s diferenciálním rozpočtem a vyšetření hladin imunoglobulinů (IgM, A, G, E), protože nejčastější bývají protilátkové imunodeficity.** Ale i u těchto stavů je velmi užitečné podrobnou anamnézou osvětlit počátek zhoršení zdravotního stavu s následným rozvojem RIDC. Může to být změna zaměstnání, pracovního kolektivu, dopravy do zaměstnání – v hromadných dopravních prostředcích, změna bydliště, stravovacích návyků, deprese při řešení osobních problémů, podcenění rekonvalescence při doléčení vážnější infekce. Pokud se podaří jednoznačně odhalit takovou příčinu, je potřeba především řešit tuto příčinu a pak teprve přistupovat k imunomodulační léčbě.

Imunorestituční či imunostimulační léčba

V případech, kde se nejedná o úplné scházení (deficit) některé ze složek imunitního systému, ale jen o jejich přechodný pokles či oslabení funkce, můžeme přistoupit k imunostimulační, imunorestituční či imunostimulační léčbě. Imunita vesměs pracuje jako provázaný systém reakcí mezi přirozenou (nespecifickou) a získanou (specifickou) imunitou, a tak i většina přípravků, které se pro účely imunomodulace používají, působí značně komplexně. To znamená, že vesměs ovlivňují především nespecifickou imunitu (aktivace slizničních faktorů – produkce lysozymu, sekrečního IgA, defenzinů, aktivací NK buněk, aktivací fagocytózy), ale následně i specifickou imunitu s produkcí specifických protilátek. To platí především o imunomodulátorech bakteriálního původu. Methisoprinol a dialyzované extrakty lymfocytů se uplatňují hlavně ovlivněním buněčné imunity (podporují dozrávání, diferenciaci a funkční aktivitu lymfocytů).

Imunoglobulíny

Jedná se o vysoce účinné specifické bílkoviny, které jsou základní součástí humorální imunity. Jsou schopné reagovat s antigenními strukturami – součástmi bakterií, viry, toxiny, které dovedou neutralizovat nebo je připravovat

(opsonizovat) pro další reakce v imunitním systému. Jsou významnou složkou jak slizničního imunitního systému, tak imunitních reakcí ve tkáních a tělesných tekutinách. Jejich podání je indikováno především jako imunostimulace v případech, ve kterých u pacientů nacházíme nedostatečné hladiny gamaglobulinů nebo jejich podtříd vlivem vrozeného deficitu tvorby protilátek (nejčastěji u tzv. CVID – common variable immunodeficiency nebo u dědičných agamaglobulinemií, např. u Brutonovy choroby). U závažných forem vrozených protilátkových imunodeficitů je pak imunostimulační léčba pravidelná a podává se celý život. Přechodně může být použita léčba imunoglobulíny taky u sekundárních protilátkových imunodeficitů (např. při významných ztrátách tělesných tekutin, při obecném nedostatku bílkovin, po dlouhodoběji trvajících či recidivujících infekcích, chemoterapii, radioterapii nebo po biologické léčbě). Substituce se provádí prostřednictvím intravenózních nebo podkožně podávaných gamaglobulinových přípravků (např. Kiovig, Octagam, Flebogama, Gammagard, Subcuvia, Hizentra) ve specializovaných centrech. U lehčích nebo přechodných forem hypogamaglobulinemií mohou být použity i intramuskulární formy (t.č. na našem trhu jsou přípravky Igamplia nebo Subcuvia), jejichž indikaci a podání může provádět i praktický lékař.

Isoprinosin (methisoprinol)

Je již mnoho let používán hlavně u virových infekcí s těžším nebo recidivujícím průběhem u pacientů s laboratorními známkami buněčného imunodeficitu. Jeho účinek je komplexnější, působí jednak protivirově (inhibuje replikaci některých virů – hlavně herpetických, ale i respiračních virů), jednak imunostimulační (indukuje dozrávání a diferenciaci lymfocytů, indukuje produkci interferonu). Jeho stimulační vliv na lymfocyty T je nejvýraznější na počátku léčby, při dlouhodobém podávání se snižuje. Při jeho podávání je potřebné upozornit pacienty na současný dostatečný přísun tekutin, protože methisoprinol se metabolizuje na kyselinu močovou, která při nedostatečném příjmu tekutin může vyvolávat hyperurikémii. Některá kazuistická sdělení naznačují možnost použití methisoprinolu i u případů recidivujících kondylomat, kožních bradavic a infekcí lidským papilomavirem.

Transfer faktory

Homogenizované leukocytární dialyzáty lidské (Immodin) nebo vepřové (Imunor) se používají u stavů s laboratorně prokázanou poruchou buněčné imunity (snížené zastoupení leukocytů, lymfocytů či jednotlivých lymfocytárních subpopulací) s klinickými projevy závažných nebo opakovaných infekcí hlavně virových a mykotických. Léčba Transfer faktory je vázána na specialisty. T.č. je v ČR k praktickému použití jen přípravek Imunor a probíhají snahy o reregistraci přípravku Immodin.

Alergenová imunoterapie

Léčba alergenovými vakcínami oslavila před časem (v r. 2011) stoleté výročí od prvního oficiálního použití pylového extraktu k léčbě „senné rýmy“. Od té doby došlo v výrazném pokroku ve výrobě standardizovaných vakcín

i k rozšíření aplikačních forem. Podávání alergenových vakcín snižuje klinické potíže a potřebu symptomatické léčby a zlepšuje kvalitu života pacientů zásahem do imunitních reakcí organismu (postupné snížení tvorby specifických IgE protilátek, zvýšení produkce specificky blokujících IgG4 protilátek, indukce regulačních buněk). Vedle klasických injekčních vakcín v depotních preparátech (Phostal, Alutard) jsou k dispozici i chemicky modifikované injekční alergoidy (Pollinex). Pro sublinguální aplikaci jsou určeny vakcíny v kapkách (Staloral, Pangramin). Vyznačují se vysokou bezpečností, což je předurčuje k indikacím zvláště v dětském věku. Poslední novinkou jsou tabletové formy (sublinguální tablety) – zatím jen k léčbě alergické rinokonjunktivity na pyly trav, ve kterých je zajištěno velmi přesné dávkování alergenového extraktu. Podávají se 6 měsíců (4 měsíce před pylovou sezónou a 2 měsíce v sezóně – Oralair) nebo celoročně (Grazax).

Komerční bakteriální imunomodulátory

V naší klinické praxi má velkou tradici používání bakteriálních imunomodulátorů – dříve označovaných jako bakteriální vakcíny. V současné době je již lokální výroba stockvakcín a autovakcín výrazně redukována značným rozšířením zahraničních perorálních bakteriálních imunomodulátorů (Broncho-Vaxom, Luivac, Ribomunyl, Uro-Vaxom), kterým se v současné době snaží konkurovat přípravky, které jsou vyrobené na podobném principu, ale jsou v distribuci jako potravinové doplňky (GS Imunostim, Olimunovac, Candivac, Acnevac, Urivac) (Tab. č. 2). Přípravky Broncho-Vaxom, Ribomunyl, Luivac, Uro-vaxom jsou na lékařský předpis s částečnou úhradou ze zdravotního pojištění a mají doloženy četné studie o jejich účinnosti včetně metaanalýz, které dokládají jejich vliv na snížení frekvence infekcí, zmírnění průběhu infekcí a snížení spotřeby antibiotik, snížení počtu dnů s absencí v zaměstnání u dospělých či ve

škole u dětí. V České republice proběhly v posledních letech multicentrické observační studie s Imunostimem GS nebo s přípravky firmy Bioveta (Olimunovac, Acnevac, Urivac, Candivac), které jsou konstruovány na základě spolupráce s pracovišti Fakultní nemocnice a Lékařské fakulty v Olomouci a byly publikovány v našem odborném tisku v posledních 5 letech. Klinická účinnost těchto přípravků plně odpovídá výsledkům zahraničních přípravků, jsou však u nás dodávány na trh jako přípravky pro zvláštní výživu – doplněk stravy. Nemají registraci jako léčiva, jsou volně v prodeji.

Volně prodejné přípravky na „povzbuzení imunity“

Probiotika

Živé mikrobiální kultury (hlavně bakterie mléčného kvašení rodu *Lactobacillus*, *Bifidobacteriaceae* či některé kvasinky a gram-pozitivní koky) podávané v dostatečném množství mají prospěšné vlastnosti, které mohou zlepšit zdraví člověka. Přirozeně se vyskytují v mléce, některých sýrech, nepasterizované brynzě, jogurtech a dalších kvašených výrobcích. Pro zdraví jsou prospěšné jen některé druhy, které musí splňovat přísná kritéria aby mohly být deklarovány jako probiotika a používány jako potraviny pro zvláštní výživu. Jejich účinky jsou především v oblasti gastrointestinálního systému – zmírňují projevy laktózy intolerance, snižují hladinu cholesterolu, zvyšují vstřebávání vápníku, zlepšují prokrvení a pohyblivost střev, produkují vitamíny skupiny B a vitamín K, stimulují imunitní systém střeva. Komplexem tohoto působení mohou normalizovat střevní mikroflóru a pozitivně ovlivňovat i celkový imunitní stav lidského organismu. Jednoznačné důkazy pro použití probiotik k léčbě však dosud nebyly podány.

Tabulka č 2: Komerčně vyráběné bakteriální imunomodulátory

Název přípravků	Charakteristika přípravku	Indikace
Broncho-Vaxom	Lyzáty těl bakterií: <i>Haemophilus infl.</i> , <i>Streptococcus pn.</i> , <i>Streptococcus pyog.</i> , <i>Klebsiella pn.</i> , <i>Staphylococcus aur.</i> , <i>Streptococcus viridans</i> , <i>Neisseria catarrhalis</i>	Preventivní a léčebné ovlivnění chronických a recidivujících infekcí dýchacích cest
Luivac	Lyzáty těl bakterií: <i>Haemophilus infl.</i> , <i>Streptococcus pn.</i> , <i>Streptococcus pyog.</i> , <i>Klebsiella pn.</i> , <i>Staphylococcus aur.</i> , <i>Streptococcus mitis</i> , <i>Neisseria catarrhalis</i>	Prevence a léčba recidivujících a chronických infekcí dýchacích cest
Ribomunyl	Směs glykoproteidů bakteriální stěny <i>Klebsiella pneumoniae</i> a směs purifikovaných ribozomů 4 bakteriálních druhů: <i>Klebsiella pn.</i> , <i>Streptococcus pn.</i> , <i>Streptococcus pyog.</i> , <i>Haemophilus infl.</i> , vůči kterým byla potvrzena i tvorba specifických protilátek	Prevence a léčba recidivujících a chronických infekcí dýchacích cest a středouší
Uro-Vaxom	Purifikovaný extrakt <i>Escherichia coli</i>	Doplňková léčba opakovaných moč. infekcí
GS Imunostim	50 mg směsi bakteriálních lyzátů <i>Staphylococcus aur.</i> , <i>Streptococcus pn.</i> , <i>Escherichia coli</i> + 10 mg vit.C	Prevence a léčba recidivujících a chronických infekcí dýchacích cest
Olimunovac	9 mg substance lyofilizovaných bakteriálních těl <i>Staphylococcus aur.</i> , <i>Klebsiella pneumoniae</i> , <i>Propionobacterium acnes</i>	Prevence a léčba recidivujících a chronických infekcí dýchacích cest
Candivac	5 mg substance: <i>Candida albicans</i> , <i>krusei</i> , <i>glabrata</i> áá 0,83 mg <i>Propionobacterium acnes</i> 2,5 mg	Prevence a léčba kvasinkových infekcí
Urivac	5 mg substance: <i>E.coli</i> , <i>Proteus mirabilis</i> , <i>Enterococcus faecalis</i> , <i>Pseudomonas aeru.</i> , <i>Klebsiella pneum.</i> <i>Propionobacterium acnes</i>	Prevence a léčba infekcí močových cest
Acnevac	5 mg substance: <i>Staphylococcus aureus</i> , <i>epidermidis</i> <i>Propionobacterium acnes</i>	Doplňková léčba akné

Systémová enzymoterapie

Přípravky pro systémovou enzymoterapii patří do skupiny volně prodejných léků (Wobenzym, Phlogenzym). Působení systémové enzymoterapie je založené na perorálním podávání různých kombinací proteolytických enzymů rostlinného nebo živočišného původu. Mezi základní účinky patří hlavně antiedémový a edém-protektivní, protizánětlivý, fibrinolytický a trombolytický a uvádí se i antiinfekční a imunomodulační/immunonormalizační. Uplatňují se zřejmě několika možnými mechanismy, ale nepravděpodobnější jsou zřejmě enzymatické účinky na prekuzory a uvolnění aktivních proteinů, dále pak rozklad mediátorů zánětu, imunokomplexů, toxických polymerů a některé další. Neexistuje však zatím dostatek relevantních důkazů pro jejich imunomodulační působení. U chronických zánětů dýchacích cest se však zřejmě mohou uplatnit svým účinkem na rychlejší odbourávání zánětlivého otoku v dýchacích cestách. Sami jsme pozorovali příznivé výsledky u pacientů s chronickým těžkým perzistujícím astmatem, které bylo zhoršováno hlavně infekcemi dýchacích cest. Podání Wobenzymu 15 tbl. denně po dobu 3 měsíců zmírňovalo klinické potíže pacientů, zlepšovalo ventilační funkci. Dříve provedená studie také prokázala příznivý efekt Wobenzymu u dětí s recidivujícími záněty dýchacích cest – významný pokles frekvence zánětů a snížení související spotřeby antibiotik (porovnávalo se efektem obligátní imunomodulační léčby). Další studie prokázala obdobný efekt u žen s recidivujícími vulvovaginálními mykózami (signifikantní pokles počtu opakování mykózy).

Imunoglukany

Tyto látky patří do skupiny beta-glukanů. Jedná se o biologicky aktivní polysacharidy přírodního původu získávaných především z hub. V houbách představují hlavní součást jejich buněčné stěny. Imunomodulačně se mohou projevovat jako stimulanty i jako supresiva. V experimentálních studiích – různě hodnotných – byly popsány jejich účinky imunomodulační, protinfekční, protinádorový, antimitogenní, protialergické, regenerační a mnohé další. Bohužel, na trhu se nachází velké množství přípravků prezentovaných jako imunoglukany. Při jejich výběru je potřeba se řídit známými skutečnostmi. Účinnost přípravku je tím vyšší, čím je čistější beta-glukan v přípravku zastoupený. Beta-glukany s vyšší molekulou mají větší imunomodulační aktivitu. Potíže s přípravou dobře definované molekuly s konstantní účinností v jednotlivých přípravcích je zřejmě důvodem, že tyto přípravky jsou schváleny pouze jako potravinové doplňky a nikoliv jako léčiva s konstantní účinností u definovaných onemocnění.

Nukleotidy

Jedná se o stavební jednotky nukleových kyselin DNA a RNA, které jsou nezbytné pro tvorbu bílkovin. Jsou tvořeny purinovými a pyrimidinovými bázemi, cukrem (ribózou nebo deoxyribózou) a fosfátovou skupinou. Jsou přítomné v rostlinných i živočišných buňkách, především v jejich jádrech. Vzhledem k tomu, že jsou nezbytnou součástí všech bílkovin, je proto potřebné je

chápat jako nejvýznamnější stavební součást při regeneraci buněk v celém těle, včetně imunitního systému. To znamená, že jsou významnými stavebními součástmi při všech regeneračních pochodech, kde dochází k novotvoření a obnově buněk a tkání. Z toho důvodu jsou nukleotidy součástí četných potravin pro zvláštní účely, hlavně v případech malnutrice. Ve vysokém množství jsou v mateřském mléce, v kolostru. U nás jsou na trhu přípravky obsahující jako hlavní součást nukleotidy (různé typy přípravků Preventan) a současně jsou doplněny oligosacharidy, aminokyselinami, vitamíny, extrakty z rostlin – např. echinacey, zinkem apod.

Rostlinné imunomodulátory

Existuje mnoho rostlin, jejichž součástí (kořeny, listy, květy) obsahují látky, které se uplatňují velmi významně antisepticky, virostaticky a bakteriostaticky, imunostimulačně a mnoha dalšími účinky. Jako volně prodejné přípravky, potraviny pro zvláštní výživu, se nabízejí produkty z echinacey, žen-šenu, aloe vera, černého bezu, česneku, čajovníku, jmelí, chlorelly a dalších. Jejich popis, mechanismus jejich účinku na imunitní systém je mimo rozsah této publikace. Přípravky na trhu jsou vesměs různé kvality s různým obsahem účinných látek a tudíž i s obtížně odhadnutelným efektem.

Typickým příkladem je **Echinacea**. To, že zájem o fyto-terapii posledních 30 let významně stoupá svědčí i to, že před 30 lety byly výdaje pacientů za přípravky z echinacey minimální, tak na začátku našeho tisíciletí – v letech 1995–2000 se pohybovalo množství peněz, které utratili za přípravky z echinacey jen Američani kolem 365 milionů dolarů ročně. Odhaduje se, že v celém západním světě se utratí za přípravky z echinacey téměř miliarda dolarů. Zájem pokračuje, je značný a dá se říci, že na celém světě. A to nejen v tom, že echinacea patří mezi nejkupovanější léčivé byliny, ale pokračuje i rozsáhlý výzkum. Jen od roku 2000 do roku 2010 bylo na MEDLINE internetu uveřejněno více než 400 prací přímo věnovaných účinku echinacey nebo ji zmiňují ve svých souhrnech.

Rostlinné imunomodulátory patří do přírodního léčitelství, jejich účinky jsou velmi dobře známé, ale je málo lékařů či léčitelů, kteří je dokonale znají a umí poradit správnou přípravu a správné složení optimálního extraktu či jiné formy „účinné medicíny“, která by se pozitivně projevila při léčbě či prevenci konkrétních onemocnění. V přiměřeném množství je však velmi užitečné je používat jako doplňky potravy, protože bezpečnost jejich použití v přiměřeném a doporučeném množství a formě je vesměs zaručena.

Imunomodulátory živočišného původu

Bovinní kolostrum. Přípravuje se z mléka, které krávy produkují několik (2–5) dnů po porodu. Je bohaté na imunoglobulíny, mateřské lymfocyty, cytokiny a další faktory. Většina přípravků na trhu je k dostání jako polyvalentní koncentrát získaný od stovek krav. Vzhledem k této skutečnosti, není možné zabezpečit konstantní složení jednotlivých přípravků a různé šarže se mohou od sebe lišit obsahem imunoglobulínů i ostatních látek. Uvádí se, že kolostrum obsahuje až několik desítek

aktivních složek, přičemž z hlediska možnosti ovlivnění imunitního systému jsou nejvýznamnější imunoaktivní faktory (imunoglobulíny, lymfokiny, enzymy typu lysozymu, laktoferinu, laktoperoxidázy, složky komplementu, přenosové faktory a mnohé další včetně celých nebo destruovaných buněk – hlavně leukocytů) a růstové faktory, které jsou potřebné pro růst a vývoj telete. Z toho pohledu je nutno zvážit, zda se jedná o látky, které se mohou (dodané člověku per os) uplatňovat přímo imunostimulační nebo jen jako vysoce hodnotná potrava přinášející důležité složky pro tvorbu vlastních molekul uplatněných v obranyschopnosti lidského organismu. Pokud se neuplatňují přímo v lidském imunitním systému, pak je můžeme považovat za velmi vhodné „polotovary“ pro výrobu vlastních účinných makromolekul. Tolerance přípravků je vesměs velmi dobrá, opatrnost je nutná u pacientů s přecitlivělostí na bílkovinu kravského mléka.

Propolis (včelí tmel). Jedná se o přírodní produkt na bázi živice, který se získává včelím sběrem z květů stromů a rostlin. Po částečném natrávení, přidání včelího vosku a dalších přídatných látek je pro včelstva nepostradatelnou tmelící a dezinfekční látkou v úlech. Biologickou aktivitu propolisu zajišťují četné významné látky jako jsou především flavonoidy, terpeny, kyselina kávová, kyselina kumarová a jejich estery. Jsou dokumentované účinky antimikrobiální, protivirové, protinádorové. Jako u všech podobných přirozených produktů je však obtížné zajistit konstantnost složení jednotlivých přípravků, která se může významně lišit podle toho v jaké oblasti a z jakých rostlin byl sbírán med, jakým způsobem byl propolis zpracováván (je možno použít mechanicko-chemické přípravy nebo hydroalkoholových extraktů).

Homeopatie

Jedná se o léčebnou metodu, která je známá přes 200 let a ve své době, kdy hlavními léčebnými zákroky bylo pouštění žilou, příkládání pijavic a vykuřování, šlo jistě o významný pokrok v přístupu k léčbě. Z pohledu současné vědy však principy homeopatie – jako jsou princip podobnosti (látka, která u zdravého vyvolává určité příznaky, dokáže léčit nemocného s podobnými příznaky, byť vyvolané jinými příčinami, za předpokladu, že jsou k léčbě použity mnohonásobně menší koncentrace) či princip dynamizace (čím vyšší ředění, tím výraznější účinek) založený na ředění a „protřepávání“ ředěné substance – naprosto nepochopitelné a nepřijatelné. Jako pozitivum této léčebné metody je však potřeba docenit celostní přístup k pacientovi – hodnotit jeho zdravotní stav v kontextu celku, nezaměřovat se jen na nemocný orgán či symptom. Takový přístup by však měl mít i lékař klasické medicíny, i když mnohdy z nedostatku času (??) si zjednodušují léčbu pacienta právě jen na léčbu jednotlivých symptomů onemocnění. Pozitivum homeopatie je rovněž ve využívání léčivých rostlin, i když opět v poněkud jiném přístupu než je to v současné klasické medicíně. Přestože dosud patří homeopatieka k nejpoužívanějším alternativním způsobům léčby různých chorob (nutno říci, že hlavně lehčích forem onemocnění a především psychosomatických projevů onemocnění), výsledky dobře definovaných placebem kontrolovaných studií nepotvrdily statisticky významnější zlepšení než tomu bylo u placebo. Z tohoto důvodu svého času Britská královská lékařská společnost zastavila financování kontrolovaných studií s homeopatiky při léčbě alergických onemocnění, protože do té doby exaktně provedené kontrolované studie nepotvrdily účinnost homeopatických přípravků a označila to za zbytečné plýtvání finančními prostředky.

Doporučená literatura:

1. Současné možnosti imunomodulační léčby v praxi. Farmakoterapeutické informace 12/2004,s.3-4, 1/2005, s.1-2.
2. Bystroň J.:Moderní antihistaminika v klinické praxi. Postgraduální medicína 2015, 17, č. 3 : 273-6.
3. Bystroň J. Novinky v imunomodulaci bakteriálními imunomodulátory. Alergie 2013;15:264-268.
4. Bystroň J.Bakteriální imunomodulátory – současné použití v klinické praxi. 2010, Remedia, 20: 5: 298-305.
5. Bystroň J. Možnosti imunomodulační léčby při řešení recidivujících infekcí dýchacích cest. 2013, Medicina pro praxi: 10: 1: 16-21.
6. Jeseňák M, Rennerová Z, Bánovčin P a kol.Recidivující infekce dýchacích cest a imunomodulácia u detí. 2012, Eds.Aeskulap, Mladá fronta
7. Adámková E., Balcar J., Bartovičová E. akol. Systémová enzymoterapie v komplexní léčbě recidivujících zánětů dýchacích cest u dětí – postregistrační retrospektivní multicentrické hodnocení. Čes.-slov. Pediatrie 2004: 59(1); 513-521.
8. Unzeitig V., Dvořák V., Hlaváčková O. a kol. Systémová enzymoterapie v léčbě recidivující vulvovaginální kandidózy. Čes. Gynek., 2013, 78, č. 2, s. 187–194.

Akné dospělých žen

MUDr. Jitka Ošmerová, prof. MUDr. Alena Pospíšilová, CSc., MUDr. Olga Faustmannová, PhD., MBA

Dermatovenerologické oddělení Fakultní nemocnice
Brno, Jihlavská 20, BRNO

Definice

Acne vulgaris je chronické zánětlivé onemocnění pilosebaceous jednotky, obvykle se začíná v období puberty, často s trváním v délce několika let, někdy i desetiletí.

Etiopatogeneze

Etiopatogeneze akné je multifaktoriální. Vzniká na základě genetické dispozice s polygenně vázanou dědičností, základním faktorem je **seborea** – mazotok. Seborou stimulují zejména androgeny a tlumí estrogény, vliv na ni má i hladina 5-alfa-reduktázy, SBHG, ale i citlivost receptorů mazových žláz aj. Dalším faktorem je **hyperkeratóza** v ostiofolikulárním ústí převážně retenčního charakteru, která vede k retenci mazu a vzniku primárních projevů akné, otevřených (černých) nebo uzavřených (bílých) komedonů. V důsledku zvýšení tvorby mazu dochází také ke zmožnění saprofytických bakterií, hlavně anaerobních *Propionibacterium acnes* v komedonech, což vede k větší produkci enzymů propionibakterií. Jedná se hlavně o lipázy, které štěpí triacylglyceroly mazu na volné mastné kyseliny. Vlivem zvyšující se retence folikulu dochází k ruptuře stěny folikulu, volné mastné kyseliny a další složky obsažené v komedonu jsou příčinou přeměny komedonu na sekundární zánětlivé léze¹.

Klinické projevy

První klinické známky akné se obvykle objevují v časném období puberty, projevy jsou často jen diskrétní. Udává se, že tímto onemocněním trpí až 90 % mládeže. Akné většinou mizí do 25 let věku, vzácněji přetrvává do 35-40 let. Projevy akné jsou vázány na seboroickou predilekci, která zahrnuje obličej, záda, hrudník, někdy i ramena a paže. Podle převládajících typů eflorescencí se akné může dělit na acne comedonica, acne papulopustulosa, cystica a nodulocystica, acne indurata et abscedens, při splývání projevů acne conglobata.

Akné dospělých žen – acne postpubertalis

Tato varianta akné vzniká v dospělosti, obvykle po 18., někdy až po 25. roce věku, a to bez ohledu na výskyt akné v období puberty. Jedná se o chronické onemocnění s negativním sociálním a emočním dopadem. Na základě časového průběhu se akné dospělých žen dělí na **dva subtypy**: perzistující akné s kontinuálním trvá-

ním potíží od puberty a akné s pozdním vzplanutím, která se poprvé vyskytla až v dospělosti. Oba typy jsou spojeny se zánětem, pigmentací a jizvením. Morfologická charakteristika akné dospělých je odlišná od akné v dospívání. U dospělých jsou zánětlivé léze typu papulí, pustulí až nodozit – uzlíčků, nejčastěji lokalizovány v oblasti spodní partie brady, nasolabiálních rýh, úhlu spodní čelisti a krku, v tzv. U zóně. Naproti tomu u akné dospívajících je převážně postižena T zóna – čelo, nos a oblast horní čelisti. Typická je premenstruační exacerbace. Komedony obvykle chybějí, neboť nebyvá porušena keratinizace epitelu folikulu mazových žláz, často chybí i seborea. Pokud se komedony vyskytnou, jedná se mnohem častěji o uzavřené komedony charakteru mikrocyst.

Patogeneze akné dospělých stále není objasněna. Předpokládá se vliv dědičnosti, stresu, expozice UV záření, obezity, zvýšení hladiny LDL cholesterolu, jídelních návyků aj. Bylo zjištěno, že u akné dospělých žen je zvýšení hladiny inzulinu podobného růstového faktoru 1 /IGF-1/ v pozitivní korelaci s počtem zánětlivých morf. Existují výzkumy, které poukazují na to, že dieta s nízkým glykemickým indexem může snížit počet zánětlivých morf a vést ke zmírnění inzulinové rezistence².

Výsledky hormonálního vyšetření u žen jsou ve většině případů v mezích normy. Důvodem k vyšetření hormonálních hladin jsou především poruchy cyklu a projevy virilizace. Zhruba v polovině případů se vykazují drobné abnormality. Není však prokázána korelace mezi množstvím androgenních receptorů v kůži a sérovými hladinami androgenů. Příčinou vzniku akné i dalších androgen-dependentních poruch, jako je hirsutismus a alopecie androgenního typu, může být pouze zvýšená citlivost receptorů příslušné cílové tkáně vůči androgenům, v případě akné receptorů sebocytů³.

Obrázek č. 1: Akné



Acne androgenica

Tato forma vzniká u žen v důsledku nadprodukce ovarálních nebo adrenálních androgenů, nejčastěji při syndromu polycystických ovárií, ale také u tumorů secernujících androgeny. Obvykle současně pozorujeme u těchto pacientek hirsutismus, mužský typ ochlupení, androgenní defluvium a poruchy menstruačního cyklu.

Acne excoriata

Patří do skupiny tzv. psychodermatóz. Představuje změny související s návykovým chováním, kdy ženy často zcela nenápadné projevy akné škrábou a vymačkávají. V klinickém obraze dominují exkoriace, kryté hemoragickými krustami, odhojující se drobnými atrofickými jizvičkami a pozánětlivými hyperpigmentacemi. Mnohdy dramatický vzhled neodpovídá původní tíži akné. Často bývá tato forma spojena s psychiatrickými komorbiditami jako např. deprese, úzkostná porucha, obsedantně – kompulzivní porucha a sociální fobie. V léčbě je primární vyhledání péče psychologa, event. psychiatra⁴.

Obrázek č. 2

Akné ze zevních příčin

Vzniká zevním působením různých chemických látek, jejichž komedogenní účinek vede k ucpávání ústí folikulů a k perifolikulárnímu zánětu. Nejčastěji pozorujeme její variantu nazývanou **acne cosmetica**, která vzniká v důsledku používání některých kosmetických přípravků. Další zevní příčinou může být tření, zapářka, např. pod čelenkami – **acne mechanica**. Tzv. **Malorca acne** je náhle vzniklý papulopustulózní výsev v souvislosti s pobytem u moře. Na jejím vzniku se podílí zvýšení keratinizace v důsledku UV záření, nevhodné opalovací krémy, pocení aj.

Obrázek č. 2: Acne excoriata



Akneiformní erupce, acne medicamentosa

Jedná se o náhlý výsev monomorfních papul v seboroické predilekci. Nejčastější příčinou jsou steroidy užívané vnitřně (i ve formě sprejů), anabolika. Z dalších léků je nutno uvést hlavně antiepileptika, lithium, barbituráty, vitamín B6 a B12, přípravky s jódem a brómem - **acne jodina, bromina**.

Terapie akné dospělých žen

Akné dospělých žen je převážně mírné až střední intenzity, mnohdy k léčbě refrakterní, na druhou stranu je výhodou často dobrá spolupráce pacienta s lékařem. K terapii je nutné přistupovat celostně, pacientky edukovat o nutnosti pravidelné péče o pleť, zamezení sebepoškozování mechanickým násilným čištěním pleti. Kromě standardní léčby je vhodné poučení o možnostech adjuvantní léčby a kosmetické péči. Nelze opomenout i psychosociální dopad a možnosti jeho zmírnění. Při výběru terapeutického přípravku je nutno vzít v úvahu mj. zvýšenou iritabilitu zralé pleti, pomalejší reakci na léčbu i specifické situace v životě ženy, jako je gravidita a období kojení. Může zde být větší sklon k jizvení a vzniku pozánětlivých hyperpigmentací.

Lokální terapie akné

V léčbě akné s komedony a mírným výsevem papulopustul jsou na prvním místě indikovány **lokální retinoidy**, při jejich intoleranci **kyselina azelaová**. Oba přípravky mají výrazný komedolytický účinek. Zaujímají také významné postavení v udržovací terapii těžších forem akné. U retinoidů je nutno pacienty poučit o postupném zvyšování expoziční doby, tzv. hardeningu, abychom předešli projevům iritace. Přesto že neexistuje žádný důkaz o systémové resorpci topických retinoidů, jejich aplikace v graviditě není doporučena. Kyselina azelaová vykazuje navíc antityrosinázovou aktivitu, kterou lze využít v léčbě pozánětlivých hyperpigmentací, též je vhodná v období gravidity a kojení. Externa s retinoidy jsou v současné době vyvíjena v kombinaci např. s lokálním antibiotikem či benzoylperoxidem. Při výraznější převaze papulopustul nad komedony volíme v počátku léčby přípravky s převládajícím antibakteriálním účinkem. Lékem volby je **benzoylperoxid**, který nevytváří bakteriální rezistenci na rozdíl od lokálních antibiotik, jejichž doba aplikace má být z tohoto důvodu omezena obvykle na 2-3 měsíce. Při aplikaci benzoylperoxidu je nutno pacienty poučit o jeho fotosenzitivitě, možnosti odbarvení oblečení a vzniku suchosti kůže, z tohoto důvodu je doporučena maximální 5% koncentrace. Z antibiotik nejčastěji volíme erytromycin a klindamycin. Poněkud delší aplikaci extern s antibiotiky umožňuje jejich kombinace s benzoylperoxidem, retinoidy, kyse-

linou azelaovou nebo se zinkem, které vznik bakteriální rezistence redukuje.

Celková léčba akné

U většiny forem akné je dostačující efekt zevní léčby. Při indikaci perorální terapie je nutno zvážit poměr risk versus benefit, který respektuje nejen tíži klinického obrazu, ale i stupeň odezvy na zevní léčbu a nezanebatelně i psychosociální aspekty. Kontraindikací jsou nejčastěji těžší nefropatie a hepatopatie. Celková léčba není doporučována v těhotenství, při podezření na těhotenství a při jeho plánování. Existují tři základní skupiny léků k celkové léčbě – **antibiotika, hormonální preparáty a retinoidy**.

Hormonální léčba spadá plně do kompetence gynekologa či endokrinologa. Zvláště je třeba doporučit před zahájením hormonální léčby vyloučení absolutních i relativních kontraindikací, jako např. trombofilního stavu.

Z antibiotik nejlépe působí tetracyklinová antibiotika. Doba užívání je obvykle několik měsíců, většinou v sestupném dávkování. Tetracykliny jsou fotosenzitivní a kontraindikovány v graviditě pro inhibici fetálního růstu kostí, vykazují potravinové interakce. Během gravidity a při kojení je možné užití erytromycinu, ale pouze na omezenou dobu max. jednoho měsíce, pro vysoké riziko vzniku rezistence k *Propionibacterium acnes*.

Systémově podávané retinoidy – **izotretinoin** – patří k neúčinnějším celkovým lékům k léčbě akné. Izotretinoin vykazuje komplexní účinek – snižuje velmi výrazně tvorbu kožního mazu, omezuje tvorbu rohoviny,

působí protizánětlivě a imunomodulačně. Jeho indikací jsou nejtěžší formy akné, hlavně acne conglobata, ale používá se i v případech, kdy předchází léčba antibiotiky a hormony neměla dostatečný efekt a dále při velké tendenci k jizvení. Při užívání jsou nutné kontroly hladiny lipidů v séru a jaterních testů. Léčba trvá průměrně 4-6 měsíců. Nejzávažnějším nežádoucím účinkem izotretinoinu je teratogenita, proto je nutné nejen během léčby, ale i měsíc před a měsíc po skončení léčby zajistit spolehlivou antikoncepci. K dalším nežádoucím účinkům izotretinoinu patří suchost kůže, rtů a sliznic.

K udržovací terapii patří na prvním místě aplikace lokálních retinoidů, event. kyseliny azelaové, lokálně nebo celkově podávaná antibiotika nejsou doporučována⁵.

K adjuvantní terapii řadíme užití laserů, fotodynamické terapie, biolampy, modrého světla aj. Při léčbě mírné a středně závažné akné lze jako doplněk použít i chemický peeling. V nejnovějších studiích byl prokázán dobrý efekt kosmetického ošetření expresí komedonů v době ovulace u těch žen, které udávají výskyt zánětlivých papul a uzlíčků premenstruálně.

Shrnutí pro praxi

Akné dospělých žen může mít výrazný dopad na kvalitu života a v řadě ohledů se odlišuje od akné dospívajících. Při léčbě tohoto onemocnění je vhodný celostní přístup a kvalitní mezioborová spolupráce. Kromě možnosti standardní lokální a celkové terapie lze využít i adjuvantních metod, stejně jako kvalitní kosmetické péče. V závažnějších případech je vhodná i psychoterapeutická intervence.

Přehled literatury

1. Vohradníková O. Acne vulgaris. Dermatologie pro praxi 2010, 4:51-53.
2. Dréno B. Adult female acne: a new paradigm. JEADV 2013, 9: 1063-1070.
3. Holzmann R. Postadolescent Acne in Females. Skin Pharmacol Physiol. 2014, 1:3-8.
4. Jafferany, M. Psychodermatology: A Guide to Understanding Common Psychocutaneous Disorders. Clin.Psychiatry. 2007, 9: 203-213.
5. Rulcová J. Akné – terapeutické možnosti. Trendy v medicíně 2001, 2: 3-7.

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



X. JARNÍ INTERAKTIVNÍ KONFERENCE
Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP
22.–24. dubna 2016, Praha, Slovanský dům

Jaké jsou novinky v péči o inkontinentní pacienty?



prim. Doc. MUDr. Roman Zachoval, Ph.D.
Urologické oddělení Thomayerovy nemocnice

Léčba inkontinence moči prodělala obrovské změny. V oblasti konzervativní terapie bylo jasně prokázáno, že fyzioterapie svalstva dna pánevního, trénink kapacity močového měchýře a změny v životním stylu postižených mají významný pozitivní efekt. Na světovém i českém trhu se objevila celá řada nových preparátů, které přinášejí mnohem více komfortu do života pacientů s inkontinencí. V oblasti chirurgické léčby se do popředí prosadily miniinvazivní metody léčby jak stresové inkontinence (zejména páskové metody), tak i urgentní inkontinence (aplikace botulotoxinu do močového měchýře).

Incidence a prevalence nedobrovolného úniku moči je v úměře se zvyšujícím věkem. Jak velký je to socioekonomický problém směrem do budoucna?

Inkontinence moči představuje nejen medicínský, ale i významný ekonomický problém. Je třeba si však uvědomit, že až na výjimky představuje dobře diagnostikovaná a léčená inkontinence moči z dlouhodobého hlediska mnohem menší finanční zátěž pro zdravotní systém než její přehlížení (a to jak ze strany pacientů, tak i ze strany lékařů).

Jaká je prevalence inkontinence u mužů?

Prevalence inkontinence moči u mužů je asi poloviční ve srovnání se ženami – u starších mužů je to 11–34 %, ve středním či mladém věku 3–5 %. Zatímco u žen frek-

vence inkontinence moči narůstá plynule s věkem, u mužů je nárůst patrný později, nejvyšší je v kategorii nad 65 let. Nejčastější příčinou úniku moči u mužů je inkontinence na podkladě hyperaktivního močového měchýře. Jedná se o tzv. urgentní inkontinenci. U mužů bývá nejčastěji sdružena s výtokovou obstrukcí, dále na podkladě neurologického onemocnění centrálního nervového systému (roztroušená skleróza, parkinsonismus, cévní mozkové příhody, pozánětlivé stavy, aj. onemocnění CNS) i periferních nervů (periferní neuropatie, výhřez meziobratlové ploténky, stavy po operaci v páni s poškozením inervace močového měchýře – např. abdominoperineální operace střeční aj.). Významnou skupinu představuje inkontinence po operacích prostaty. S rostoucí detekcí lokalizovaného karcinomu prostaty stoupá počet pacientů po radikální prostatektomii (otevřená, laparoskopická, roboticky asistovaná), a tím i frekvence postprostatektomické inkontinence. Zatímco po transuretrální resekcí prostaty nebo suprapubické prostatektomii pro benigní hyperplázii prostaty je výskyt inkontinence moči asi 1 %, po radikální prostatektomii pro karcinom prostaty se většinou udává mezi 5–10 %. Urodynamicky se jedná o stresovou inkontinenci na podkladě změn svěračového mechanismu či jeho inervace v souvislosti s operací prostaty, traumatem uretry, neurologickým nálezem apod.

Jaké jsou rizikové faktory inkontinence u mužů?

U mužů je to přítomnost příznaků dolních cest močových (tzv. LUTS – lower urinary tract symptoms), operace na prostatě (především - v 5–30 % po radikální prostatektomii pro karcinom prostaty, méně často - v 1–2 % - po transuretrální resekcí benigní hyperplázie prostaty), uroinfekce u mužů. Pro obě pohlaví jsou společně následující faktory: vyšší věk, diabetes mellitus, neurologická onemocnění.

Existují některé pomůcky v diagnostice pro praktické lékaře ve smyslu validizovaných dotazníků? Pokud ano, doporučil byste některé?

Hlavní cíle diagnostiky inkontinence moči jsou objektivní potvrzení UI, identifikace příčiny, diferenciální diagnostika a stanovení indikace na speciální vyšetření a stanovení konečné diagnostiky nedobrovolného úniku moči u pacientů. Dotazníky jsou důležitou součástí diagnostického procesu a do klinické praxe je možno jich doporučit více například: ICIQ, I-QoL, IUSS, PPIUS. Na mikční obtíže bych doporučil dotazníky IPSS a OABq. Velký význam připisují frekvenčně objemovým záznamům a zvláště mikčnímu deníku, které by měly být součástí každodenní klinické praxe.

Další diagnostickou pomůckou může být fyzikální vyšetření či speciální testy. Na jaké z nich byste rád upozornil?

Fyzikální vyšetření (identifikace specifických neurologických abnormalit, hledání abdominopelvicových útvarů, základní vyšetření urologické, neurologické, gynekologické, zhodnocení dolních močových cest, ale také dna pánevního) by mělo být samozřejmostí. Digitální rektální a vaginální vyšetření je zapotřebí udělat v každém případě a to nejen v ordinaci specialisty (urologa, gynekologa), ale také u praktického lékaře. K jednoduchým a lehce vykonatelným ambulantním vyšetřením patří tzv. test kašlem – kterým si můžeme objektivizovat pacientem udávaný nedobrovolný únik moče.

Měl by praktický lékař udělat i rozbor močového sedimentu a kulturační vyšetření?

Podle mého názoru by praktický lékař měl určitě udělat rozbor močového sedimentu a také kulturační vyšetření moče u jedinců s močovou inkontinencí a s podezřením na infekci močových cest. Přítomnost infekce močových cest zhoršuje příznaky močové inkontinence, a proto je potřebné léčit symptomatickou infekci močových cest u jedinců s močovou inkontinencí.

Je inkontinence u mužů diagnostikována a léčena včas?

Inkontinence moči není diagnostikována včas nejen v České republice, ale dokonce ani ve vyspělých evropských zemích. V tomto směru nemůže být nikdo spokojený. Různé epidemiologické studie prokázaly, že až polovina inkontinentních jedinců navštíví lékaře po 12-36 měsících od vzniku problému. S tím samozřejmě souvi-

sí i skutečnost, že léčba močové inkontinence nemůže být zahájena v počátečních stádiích – tedy v období, kdy léčba nemusí být invazivní a její efektivita je mnohem vyšší a hlavně vedlejší účinky, především konzervativních postupů, jsou minimální.

Na co se nejčastěji nemyslí v souvislosti s prevencí úniku moči u mužů?

Existuje poměrně více odborně potvrzených faktů, kdy například léčba přidružených onemocnění (např. kardiovaskulárních, diabetes mellitus či neurologické onemocnění) může snížit závažnost močové inkontinence. Také detailní léková anamnéza může pomoci odhalit některé léky, které zvyšují pravděpodobnost nedobrovolného úniku moči (např. diuretika). Léčba obstipace zlepšuje také schopnost udržet moč, snížení příjmu kofeinu může zlepšit příznaky urgency a frekvenci močení, ale ne samotnou inkontinenci moči. V souvislosti s prevencí bychom měli zmínit pravidelnou fyzickou aktivitu, která prospívá k zesílení svaloviny pánevního dna a tím se sníží výskyt močové inkontinence. Redukce hmotnosti, a to již o méně než 5 % zlepšuje příznaky močové inkontinence. Omezení či úplné zanechání kouření bylo sledováno se zlepšením příznaků močové inkontinence, zvláště u dlouhodobě kouřících jedinců s průměrným počtem více než 20 cigaret denně.

Jakou úlohu hraje praktický lékař v prevenci úniku moči u mužů?

Podle mého názoru hraje každý praktický lékař klíčovou úlohu v prevenci močové inkontinence. Zná velmi dobře své pacienty a může se jich velmi jednoduše zeptat, zda jim uniká moč. Praktický lékař by měl být dostatečně erudovaný, aby věděl, že močová inkontinence není onemocnění, ale je to příznak, který vyjadřuje určitou poruchu dolních močových cest a může být často prvním signálem závažnějšího onemocnění. Je dobré si uvědomit i fakt, že každou formu močové inkontinence je efektivnější léčit, pokud se diagnostikuje včas.

Převzato z Konferenčních novin
vydaných dne 23. 4. 2016

Jaké máme možnosti prevence pneumokokových infekcí u dospělých osob?



prof. MUDr. Jiří Beran, CSc.

Pracoviště tropické a cestovní medicíny IPVZ Praha,
Ústav epidemiologie 2. LFUK Motol, Praha, Cent-
rum očkování a cestovní medicíny Hradec Králové

Pneumokoková onemocnění mohou probíhat invazivně (bakteriemie + sepse, meningitida) či neinvazivně (pneumonie, otitis media u dětí), rozdíl mezi těmito klinickými jednotkami se však leckdy stírají, například pneumonie s rozsáhlým výpotkem je spíše invazivním problémem.

V roce 2015 proběhlo v České republice celkem 413 invazivních pneumokokových onemocnění (IPO), oproti roku 2014 je to nárůst o víc než 25 %. Nemocnost u IPO stoupá s věkem. Po zavedení plošně hrazeného dobrovolného očkování u dětí poklesla v kohortách do 4 let věku. Dramaticky vyšší, oproti průměru 2,5násobně, je i nadále v seniorských kohortách. Každý čtvrtý (27,3 %) senior na toto onemocnění umírá. Zatímco nemocnost u malých dětí z pochopitelných důvodů v letech 2000–2015 klesala, ve věkové skupině jedinců starších 65 let došlo k její stabilizaci. Podobná data přicházejí z Nizozemí, jakmile místní obyvatelé dovrší 50. rok věku, mohou očekávat strmý nárůst incidence IPO. Podle věku jsou zde také odlišně distribuovány klinické formy IPO – mezi staršími nemocnými narůstají počty pneumonií, na rozdíl od raného dětství, kdy jasně dominují meningitidy.

Incidence IPO v ČR v roce 2015 činila 4/100 000. V Evropské unii/Evropském hospodářském prostoru (EU/EHS) byla v letech 2008–2012 sledována sezónní distribuce potvrzených IPO. Výsledná křivka kopíruje výskyt „klasických“ respiračních onemocnění, nejnížší počty IPO bývají pozorovány v letních měsících, jinak se během kalendářního roku vyskytují relativně stabilně. Relativní riziko úmrtí na pneumonii narůstá v souvislosti s některými závažnými chronickými chorobami. Například pacienti s chorobami srdce a cév umírají na chřipku a pneumonii 52× častěji, než lidé zdraví. Obecně platí, že podíl imunokompromitovaných jedinců

a osob s chronickým onemocněním na incidenci IPO je vysoký. Stáří hraje podobně významnou roli při potlačování imunokompetence a oslabování imunitního systému – se zvyšujícím se věkem tento trend narůstá.

Dvě možnosti reálné prevence s odlišnými parametry

V rámci prevence pneumokokového onemocnění je možné použít 2 vakcíny: polysacharidovou a konjugovanou. Konjugovaná vakcína indukuje imunologickou paměť a při dalším pohledu na data týkající se invazivních pneumokokových onemocnění v EU/EHS zjistíme, že 4 vůbec nejčastější sérotypy, které se v Evropě vyskytují, jsou ve 13-valentní očkovací látce obsaženy.

Polysacharidové vakcíny po opakovaném podávání nevytvářejí kýžený efekt – imunitní odpověď je zde buďto stejná nebo dokonce nižší. Po očkování konjugovanou vakcínou totiž pokaždé dochází ke vzestupu hladin cirkulujících B-lymfocytů, protože je indukována „klasická“ imunitní paměť. U polysacharidové očkovací látky naopak dochází k poklesu hladin těchto B-lymfocytů, jelikož jsou „spotřebovány“ k imunitní odpovědi – proto tyto vakcíny vykazují sníženou odpověď po opakovaných očkováních. U malých dětí nebo u dospělých kolem 50. roku věku to většinou neznamená problém, horší je to ale u seniorů starších 65 let, těm je takto z krevního oběhu odebrána až polovina všech cirkulujících B-lymfocytů, což je příčinou zmiňované hyporesponsibility.

Doporučení pro očkování proti IPO v dospělosti

Řada odborných společností ČLS JEP vypracovala v poslední době doporučení, která se dotýkají správné klinické praxe při očkování proti pneumokokům v dospělém věku. První byla Česká vakcinologická společnost, podle které by měly být osoby ve věku 50–60 let očkovány látkou PPV23, mezi 60–65 lety PPV23 nebo PCV13 a konečně všichni starší 65 let kombinací PCV13 a PPV23, což platí i pro imunokompromitované osoby.

Moje osobní doporučení je mírně odlišné. Měli bychom očkovat proti pneumokokovým onemocněním tehdy, dokud je organismus imunokompetentní a měli bychom k tomu využít 13-valentní konjugovanou vakcínu, abychom vytvořili imunitní paměť. Je to velmi důležité, protože z této paměti můžeme „žít“ i tehdy, kdy už nám je více než 65 let. Osobám, kterým apliku-

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

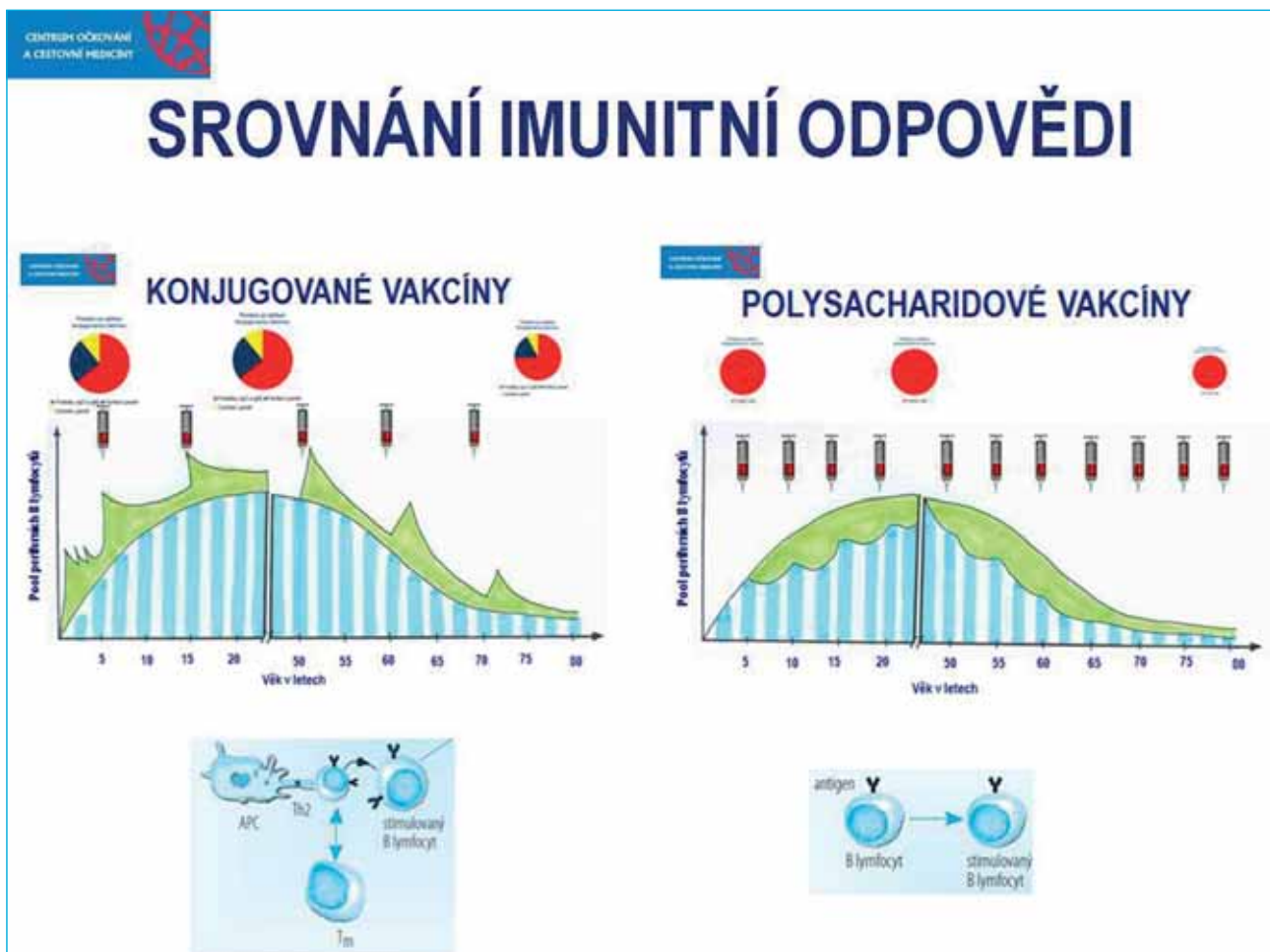
jeme polysacharidovou vakcínu, sice vytvoříme imunitní odpověď, nikoliv však imunitní paměť, což pak může být ve vyšším věku problém. U zdravých lidí bych proto doporučoval už v 50 letech zahájit vakcinaci konjugovanou očkovačím látkou.

Česká onkologická společnost má rovněž svoje doporučení, která říkají, že u lidí s narušenou imunitou je třeba nejprve začít 13-valentní očkovačím látkou, aby se vůbec vytvořila alespoň nějaká imunitní paměť, a s odstupem 2–6 měsíců je možné obohatit spektrum pokrytí patogenních sérotypů o polysacharidovou vakcínu. Pacienty, které čeká chemoterapie, by bylo velmi rozumné naočkovat konjugovanou vakcínu ještě před jejím zahájením. Zvláštním případem je očkování u zaniklé či porušené funkce sleziny, kde je vhodné obě vakcíny proti pneumokokům kombinovat a začít opět Preve-

narem 13, totéž platí u osob s imunosupresivní terapií (autoimunitní revmatická onemocnění).

Pneumokoková onemocnění, a zvláště IPO a pneumonie, jsou významným zdravotním problémem nejen u starších, ale i u mladších, chronicky nemocných osob nebo u jedinců v určitých rizikových skupinách, kde je riziko vzniku IPO oproti zdravé populaci deseti- a více násobné. V České republice v současnosti existuje dostatek doporučení pro vakcinaci proti pneumokokovým onemocněním.

Moje doporučení je, aby byli všichni chronicky nemocní bez ohledu na věk, a všichni zdraví jedinci starší 50 let očkováni proti IPO a pneumokokovým pneumoniím, predominantně konjugovanou 13-valentní vakcínu.



Tisková konference Velmi nebezpečné nákazy, konaná dne 17. 3. 2016 v Lékařském domě

Při zahájení tiskové konference zaznělo z úst profesora Svačiny, že Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně si uvědomuje závažnost problematiky infekčních onemocnění, považuje za velmi důležitou kontinuální edukaci lékařů cestou odborných společností. Neméně důležitá je také edukace občanů v této oblasti. ČLS JEP se snaží koordinovat přístup k problematice infekcí mezi primární péčí, specialisty a nemocnicemi. Potřeba edukace je trvalá. Aktuální informace o viru ZIKA přinesla MUDr. Šteřlová z české kanceláře WHO. Zvýšené nálezy mikrocefalií a neurologických poruch v oblastech výskytu tohoto viru byl projednán na 2. zasedání Krizového štábu WHO v březnu 2016.

Bylo konstatováno, že sílí důkazy o existenci přičinného vztahu mezi infekcí virem Zika a zvýšeným výskytem mikrocefalií a neurologických poruch. Současný stav je hodnocen jako ohrožení veřejného zdraví mezinárodního významu. Lokální přenos viru byl roku 2015 hlášen ve 41 zemích. Dr. Margaret Chan oznámila nárůst rizikové skupiny. Mezi způsoby přenosu je nově kromě bodnutí komárem zařazen i pohlavní styk. Dle rozhodnutí Krizového štábu WHO zatím nejsou zaváděna žádná omezení pro cestování a obchod. Těhotné ženy je třeba varovat před cestou do oblastí s výskytem infekce a nechráněným sexuálním stykem s partnery, kteří v rizikových oblastech pobývali. Před bodnutím komáry je třeba se chránit oblečením pokrývajícím celé tělo, používáním repelentů a moskytiér. Do budoucna se má zintenzivnit výzkum a připravit postup k regulaci rezervoárů komárů Aedes. Prioritami výzkumu však zůstává prokázání vztahu infekce virem Zika a mikrocefalií a dalších neurologických poruch zejména sy Guillan-Barré. Na závěr svého sdělení Dr. Šteřlová informovala o přijetí rezoluce (jako odpověď na epidemii Eboly), která opravňuje Světovou zdravotnickou organizaci k velmi rychlé, adekvátní reakci na vypuknutí nových nákaz nebo jiné mimořádné zdravotní situace a stavy nouze. Prim. MUDr. Marešová se zabývala historickým přehledem infekčních onemocnění od starověku po současnost. Přestože některé infekce ve své síle polevily, jiné se vrací a objevují se nové. Obraz a šíření těchto infekcí ovlivňuje očkování a antiinfekční léčba. Rychlému šíření pak napomáhají migrace obyvatelstva a rychlý pohyb po celém světě. Prim. MUDr. Roháčová hovořila o vysoce nebezpečných nákazách (VNN), které představují skupinu onemocnění nebezpečné svým průběhem a vysokým potenciálem k šíření. Při práci s těmito infekcemi se laboratoř označuje stupněm (BSL - Biohazard Safety Level) a platí v ní velmi přísné pracovní podmínky. K práci s potenciálně nebezpečnými infekcemi je uzpůsobena laboratoř BSL 3 (léčba a prevence TBC, meningokok, virus pande-

mické chřipky). Kategorie BSL 4 zahrnuje práci s infekcemi, na něž není známa účinná léčba ani prevence a jsou přenosné mezilidsky (SARS, multirezistentní TBC, krvácivé horečky, Ebola) Společným jmenovatelem VNN je vysoká úmrtnost 10–90 %. Reálná možnost zavlečení VNN z oblastí jejich výskytu je aktuální díky turistice, migraci obyvatel a zahraničním pracovníkům. Další variantou výskytu VNN je bioterorismus - použití infekce jako biologické zbraně. Nejjednodušším a nejčastějším způsobem importu nákazy je turistika - cestování ještě v inkubační době - nákaza dalších lidí. Český zdravotnický systém má prioritu bezpečí populace a státu, na druhém místě je diagnostika a léčba nemocného. Nejprve dochází k bezpečné izolaci nemocného. Pracoviště musí mít adekvátní technické vybavení, přístrojové a personální vybavení k diagnostice a terapii. Zásadní roli v identifikaci potenciální VNN a zamezení šíření hraje praktický lékař. Při ošetřování pacienta s infekční chorobou by měl být standardem dotaz na cestování a použití ochranných pomůcek. Pokud vznikne podezření na VNN musí lékař použít ochranné prostředky a neprodleně uzavřít ordinaci. Sestra sepíše kontakty z čekárny a lékař oznámí situaci na stanovené krajské kontaktní místo a dále se řídí instrukcemi epidemiologa. O problematice cestovní medicíny hovořil MUDr. Stejskal. Podle dat Světové turistické organizace krátkodobě cestuje přes jednu miliardu osob. 10% cestuje do zemí s nízkým hygienickým standardem (tropy, subtropy) 50-75% turistů do rizikových destinací má zdravotní problémy. Mezi nejčastější importované infekce patří cestovní průjmy, horečnatá a kožní onemocnění, respirační infekce a sexuálně přenosné choroby. Častou a bez léčby smrtelnou infekcí je malárie. Nejrizikovější je pobyt v subsaharské Africe, západní Pacifik, některé oblasti Indie, jihovýchodní Asie a Amazonie. K profylaxi při cestách do těchto oblastí se doporučuje nejlépe Malarone, dále pak Lariam nebo doxycylin. Mezi další nejčastěji importované infekce patří virová hepatitida A, horečka dengue a další arbovirózy. Z infekcí bakteriálních se kromě běžných typů můžeme u cestovatelů setkat s břišním tyfem, paratyfem, rickettsiozami a legionelozou. Významnou roli v prevenci infekčních onemocnění spojených s cestováním hraje očkování. To se dělí na povinná (požadovaná), doporučená, pravidelná / rutinní) a speciální řadě tropických infekcí však nezabrání ani důsledné dodržování preventivních opatření, proto je nezbytné v případě zdravotních potíží vyhledat co nejdříve svého ošetřujícího lékaře.

MUDr. Jana Vojtíšková

25. výročí znovuobnovení ČLK

V Obecním domě v Praze bylo 14. 4. 2016 setkání lékařů k oslavě 25. výročí znovuoobnovení České lékařské komory.

Na setkání kromě projevů prezidenta ČLK Milana Kupka a senátora Jana Žaloudíka vystoupil ministr financí Andrej Babiš, který nabídl lékařům spolupráci při hledání rezerv v českém zdravotnictví. Poukázal na to, že i když se jako ministr financí brání přidávat další peníze, protože hospodaření resortu je neprůhledné, není nepřítel lékařů, ale spojenec.

Součástí oslav bylo jmenování rytíře lékařského stavu. Tento titul uděluje stavovská organizace od roku 1996 lékaři, který se mimořádně zasloužil o etiku povolání, rozvoj medicíny a humanismu nebo projevil mimořádně statečný občanský či lékařský postoj.

V letošním roce byl oceněn prof. MUDr. Pavel Pafko, DrSc.

Titul Pafkovi podle navrhovatelů z klatovského sdružení ČLK náleží pro zásadní postoj k medicíně i pro přímou a pochopení demokracie jako institutu nejen svobody, ale i odvahy a odpovědnosti. „Pevně stojí za životem jako nejvyšší hodnotou. Podle tohoto

přesvědčení koná bez ohledu na společenské a politické preference. Právem se řadí k osobnostem rytířského chování. Tento lékař patří v duchu humanity mezi elitu našeho národa,“ uvedli navrhovatelé.

Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP se připojila k řadě gratulantů prof. Pafkovi.

V rámci těchto oslav vydala ČLK publikaci ke svému 25. výročí znovuoobnovení. Součástí oslav čtvrtstoletí stavovské organizace bylo shrnutí kurikula, které popsal činnost lékařské komory, politické peripetie a personální obsazení na postech prezidentů. Slavnostní odpoledne završil koncert světoznámé houslistky Gabriely Demeterové.

Oslava výročí znovuoobnovení ČLK byla důstojným setkáním lékařů soukromých, lékařů zaměstnanců, z ambulantní i nemocniční sféry. Bylo velmi příjemné sdílet společenskou pohodu a stavovskou jednotu. Velmi bych si přál, aby se tato výjimečná nálada všedního odpoledne stala normální pro mezioborovou i exekutivní komunikaci pro dalších alespoň pětadvacet let.

MUDr. Otto Herber



I N Z E R C E

Společnost PREVENTADO medical, s. r. o. hledá lékaře s atestací všeobecné praktické lékařství pro ordinace ve Vsetíně a ve Zlíně.
Vysoké finanční ohodnocení a benefity.

Zájemci se hlase na e-mailu: info@preventado.cz nebo tel. č. : 774 442 612.

Tisková konference k zahájení Evropského vakcinačního týdne, konaná 18. dubna 2016 Lékařském domě

18. dubna tohoto roku se konala tisková konference v rámci blížícího se Evropského vakcinačního týdne. Jednání zahájil předseda ČLS JEP prof. MUDr. Štěpán Svačina, DrSc., MBA který vyjádřil názor že vedení ČLS JEP považuje očkování za extrémně důležité a proto se naše republika hlásí k Evropskému vakcinačnímu týdnu. Vakcinace dokáže snížit úmrtnost a nemocnost populace neúčinněji a přesto, že nežádoucí účinky očkování jsou extrémně nízké, odpůrci očkování z nepochopitelných důvodů pořádají kampaně proti vakcinaci. Tak jako v jiných vyspělých zemích se snažíme o edukaci populace a udržení proočkovánosti na dostatečné úrovni. MUDr. Alena Šteflová, Ph.D., ředitelka kanceláře WHO v ČR oznámila, že Evropský imunizační týden bude probíhat ve dnech 24. až 30. 4. 2016. Tento týden bude zaměřen na podporu očkování a zlepšení informovanosti veřejnosti o důležitosti očkování a na přiblížení se eliminaci spalniček a zarděnek. Hovořila o nebezpečnosti těchto infekcí, které denně způsobují ve světě až 450 úmrtí. Masově zavedené očkování v letech 2000 až 2013 zabránilo očkování proti spalničkám odhadem 15,6 milionům úmrtí na celém světě. Hovořila o nebezpečí infekce zarděnkami pro těhotné ženy, které vede často k závažnému postižení až úmrtím novorozenců. Cílem kampaně je informovat veřejnost, média, profesionální zdravotníky i politiky v rozhodujících orgánech o nutnosti imunizace a připomínat si její úspěchy i současná rizika infekčních onemocnění. Prof. MUDr. Roman Chlíbek, Ph.D. hovořil o mýtech a předsudcích spojených s očkováním. Na příkladech ukázal hru čísel, jakou používají odpůrci při prezentování negativních účinků. Obavy z očkování jsou staré jako samotné očkování, ale vždy převážil strach z nemoci nad strachem z očkování. Díky těmto preventivním zásahům se podařilo snížit výskyt řady nemocí, jako příklad vhodné uvést eradikaci varioly a poliomyelitidy. V současné době, kdy se snížil výskyt infekčních onemocnění často převažuje strach z očkování nad strachem z nemoci, můžeme to považovat za daň úspěchu očkování. Lidé snadno zapomínají na úmrtí, komplikace a invalidizující následky infekcí, z nich se často stávají odpůrci očkování, kterých sice není mnoho, ale způsobují velký hluk na internetu nebo v médiích. Často se jim daří negativně ovlivňovat přístup velké části populace a začíná se to projevovat v poklesu proočkovánosti a nárůstu alternativních, často nevyzkoušených schémat. Mezi mýty a falešné předsudky současného očkování patří:

- očkování příliš zatěžuje nezralý imunitní systém,
- očkování je lepší rozložit a posunout do vyššího věku dítěte
- očkovací látky obsahují toxické složky, které poško-

zují organismus

- očkování vyvolává alergie a asthma bronchiale
- očkování způsobuje artismus
- očkování vede k rozvoji autoimunitních onemocnění
- očkování vyvolává poruchy neurologického vývoje
- novorozenec není schopen tvořit protilátky po očkování
- vakcíny se nesmí aplikovat současně
- je lepší nemoc prodělat, než být očkován
- k poklesu úmrtí a počtu nedochází díky očkování

Přednášející vyvracel jeden předsudek za druhým, včetně vyvrácení požadavku odpůrců očkování se snahou zastavení vakcinace těhotných žen proti pertusi ke kterému dospěli vlastní interpretací vlivu infekce na těhotné ženy z modelů pokusů na myších. Nelze extrapolovat vědecký pokus, který zjistil, že virová infekce u myší vyvolá patologický proces na účinky očkování u člověka. Doc. MUDr. Vilma Marešová, CSc., hovořila o historii očkování v našich zemích, které začínalo již v roce 1803 proti variole a koncem 19. století pak proti vzteklině. Díky dětským lékařům byla proočkovánost dětí tak vysoká, že kromě imunity jednotlivce byla i významná imunita kolektivní což vedlo výraznému poklesu infekčních nemocí. Dnešní populace jak lékařská, tak i laická téměř nezná klasické infekční dětské nemoci a ani rizika jejich komplikací. U odpůrců očkování vzniká pocit, že očkování je zbytečné a je zdrojem komplikací, proto je lépe neočkovat. Některé infekční nemoci se nyní vyskytují v netypických věkových kategoriích, kde se na jejich diagnózu nemyslí. Vnímaví jedinci si mohou tyto infekce přivést ze zahraničí, nebo mohou být nemoci zavlečeny turisty, případně migranty. Na přehledných grafech a tabulkách ukázala pokles výskytu a především úmrtnosti na některé infekční nemoci po zavedení pravidelného očkování. MUDr. Stanislav Konštacký, CSc. Hovořil za VPL o Očkování u všeobecného praktického lékaře: to se stává stále větší částí jeho práce při zajišťování péče o své pacienty. Již dávno neplatí, že praktický lékař přeočkovává pouze proti tetanu, případně očkuje proti chřipce, pneumokokovým infekcím, hepatitidě B u vybraných skupin, nebo zájemců. V současné době se rozšiřuje spektrum onemocnění proti kterým může všeobecný praktický lékař preventivně očkováním zasahovat o další nemoci, jako pertusse, proti HPV, klíšťové encefalitidě, meningokokové infekci, žloutence A, ale i dalším nemocem, dříve nazývaným „dětské“ jako variola, morbilli, parotitis, rubeola, či difterie. Na jedné straně jsou doporučení, která by lékař měl dodržovat u tak zvaně povinných očkování (hrazených ze zdravotního pojištění), další pak závisí na aktivitě lékaře,

jak dovede klientům očkování doporučit. A také informovat o případných nebezpečích, které mohou neočkované postihnout, jaké mohou být vedlejší účinky očkování. Rovněž je nutné zvážit kontraindikace některých očkování, ať již se jedná o akutní- které rozhoduje praktický lékař, ale i trvalé, většinou na základě posouzení odborného lékaře (alergologa, infekcionista, imunologa). Zvláštní skupinu pak tvoří očkování před cestou do epidemiologicky závažné ciziny, na kterém se všeobec-

ný praktik podílí se specializovanými očkovacími centry. Celá tisková konference měla za cíl podat mediím co nejširší informaci o vakcinaci, její účinnosti a také o aktivitách v rámci Evropského vakcinačního týdne.

MUDr. Stanislav Konštický, CSc.



WHO již nepovažuje ebolu za mezinárodní hrozbu

Ženeva/Dakar - Mezinárodní zdravotnická organizace (WHO) dnes oznámila, že ebolu již nepovažuje za mezinárodní zdravotní hrozbu. Od roku 2013 toto onemocnění zabilo na 11.000 lidí, hlavně v Africe. Ředitelka organizace Margaret Chanová ale dnes uvedla, že je třeba zachovat velkou ostražitost v západní Africe.

O viru eboly lékaři vědí, že dlouho přežívá v semeni některých mužů, kteří chorobou trpěli a vyléčili se. „Ohledně vytrvalosti viru nyní víme, že u některých mužů zůstává rok až 15 měsíců,“ vysvětlil podle agentury Reuters expert WHO Bruce Aylward možný výskyt nových případů.

Také Chanová na tiskové konferenci v sídle WHO připustila, že se v západní Africe nové případy nejspíš ještě objeví. „Hrozba mezinárodního šíření choroby je ale již slabá a země jsou nyní s to reagovat tak, že případy zůstanou izolované a rychle řešené,“ ujistila podle agentury AFP šéfka organizace.

Ebola se začala šířit v prosinci 2013 nejprve v Guineji. Posléze zasáhla i Sierru Leone a Libérii a několik případů se objevilo rovněž v Nigérii a Mali. Pacienti, kteří se ebolou nakazili v Africe, nemoci podlehl také v USA a ve Španělsku. Celkem se nakazilo přes 28.600 lidí.

Kromě více než 11.300 obětí na životech zasadila epidemie těžkou ránu i místním zdravotnickým systémům i celému hospodářství západní Afriky. Jednalo se o nejhorší epidemii eboly v zaznamenaných dějinách.

WHO v posledních měsících dvakrát ohlásila ukončení epidemie, ale vždy se poté objevily nové případy, i když jen izolované. Naposledy guinejská vláda 17. března oznámila, že testy u dvou lidí v zemi prokázaly přítomnost eboly.

zdroj:

http://www.ceskenoviny.cz/tema/zpravy/who-jiz-nepovazuje-eboluz-za-mezinarodni-hrozbu/1331950&id_seznam=327



AUDIT ORDINACE

www.medicton.com

www.audit-ordinace.cz

- Jste si jisti, že Vaše ordinace splňuje veškeré zákonné požadavky?
- Chcete předejít sankcím ze strany kontrolních orgánů?
- Chcete uspořít čas a energii pro nastudování legislativních předpisů?

Služba **Audit ordinace Vám přinese jistotu**, že procesy a jejich dokumentace ve Vaší ordinaci probíhají dle platných zákonů a nařízení. Získáte dokumentovaný systém práce s lékařskými přístroji (ZP) a léčivy (LP).

Co Auditem ordinace získáte?

- **Standardní Operační Postupy** - souhrn legislativních povinností
- **Evidenční knihu** pro snadné vedení požadovaných záznamů o ZP i LP
- **Certifikát o absolvování** Auditů lékařské ordinace
- **Doporučení** k odstranění případných nedostatků

Cena auditu ordinace je 5.800 Kč včetně DPH

Objednávejte na tel. **+420 605 296 963** nebo na audit@medicton.com



Lékaři: Na nápor migrantů ze zemí s častou TBC jsme připraveni

Praha - Obavy z přílivu uprchlíků ze zemí, kde je častá tuberkulóza, se podle vedoucího Národní monitorovací jednotky dohledu nad TBC Jiřího Wallenfelse nepotvrdily. Loni byla zjištěna jen u dvou migrantů. Podle předsedy České pneumologické a ftizeologické společnosti Vítězslava Kolka ale „vyhráno není“, zájem migrantů o azyl v Česku je minimální. Celkem bylo loni v ČR do registru nahlášeno 486 onemocnění, vedle dvou migrantů například také u 35 bezdomovců.

„Dosud k nám žádné významné množství běženců nepřišlo. Proto nepolevujeme v potřebných opatřeních a zabezpečujeme dostatek vakcín a léků,“ řekl dnes novinářům Kolek.

Ochrana spočívá v rychlé diagnostice a správné léčbě. Důležitá je izolace nemocných a vyhledávání kontaktů. Tyto metody se využívají také u běženců. „Loni jsme objevili TBC pouze u dvou, jeden byl Ukrajinec, jeden Číňan, my ale sledujeme uprchlíky, kteří žádají o azyl řádnou cestou, a ty, které pochyťá cizinecká policie. Nemonitorujeme běžence, kteří putují do země přes humanitární a křesťanské organizace,“ řekl zástupce ředitele Zdravotnického zařízení ministerstva vnitra Pavel Zbořil.

Všichni běženci v záchytných zařízeních procházejí komplexní zdravotní kontrolou, která zahrnuje i rentgen plic. „Lidé, kteří se k nám dostávají, museli urazit tisíce kilometrů, jsou fyzicky zdatní, a jejich zdravotní stav je tedy vesměs dobrý,“ doplnil.

Česko patří k zemím s dlouhodobě nízkým výskytem TBC, loni na 100.000 obyvatel bylo 4,6 případu, rok předtím 4,9. Varující podle přednostky pneumologické kliniky 1. lékařské fakulty UK a Thomayerovy nemocnice Marty Vašákové ale je nárůst multirezistentní TBC, na niž běžná léčba nezabírá. Zatímco v roce 2013 nebyl ani jeden případ, rok na to sedm a loni 11, nejčastěji u cizinců ze zemí bývalého Sovětského svazu.

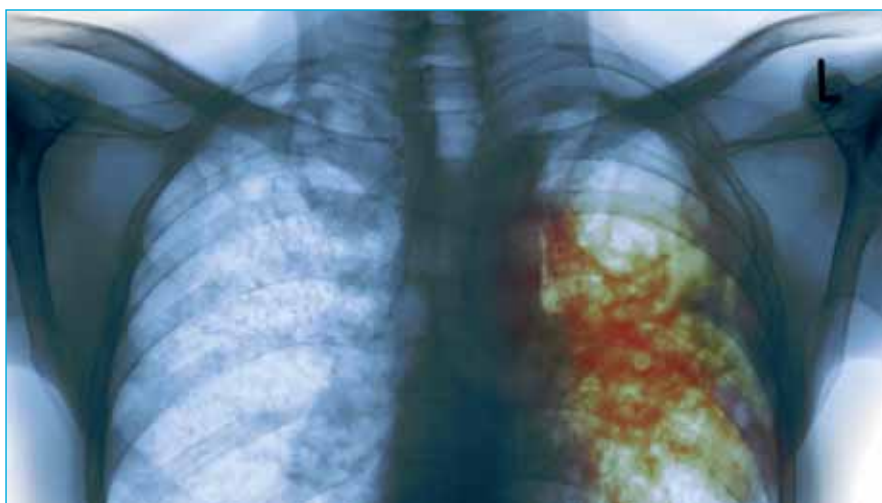
Nejvíce případů TBC je v Praze, loni 109, kde také je téměř dvojnásobný výskyt na 100.000 obyvatel oproti průměru ČR. Pneumologové proto vidí jako problém, že Bulovka zavřela specializované oddělení pro lidi s TBC. Nyní se léčí v Thomayerově nemocnici, kde z 35 lůžek je pro pacienty s multirezistentní formou 11, což jsou jediná lůžka pro ně v celé zemi.

TBC loni v Česku onemocnělo 340 mužů a 146 žen, zemřelo na ni 29 lidí. Nad republikovým průměrem výskytu jsou Praha a kraje Ústecký, Liberecký a Jihomoravský. Průměrný věk nemocných je 53 let.

TBC mělo loni také pět dětí. Pro očkování rizikových dětí je po výpadku dánské vakcíny zajištěna vakcína z Polska. Snášenlivost je velmi dobrá a vedlejší účinky jsou méně časté než u dánské vakcíny, shrnul Kolek.

zdroj:

http://www.ceskenoviny.cz/tema/zpravy/lekari-na-napor-migrantu-ze-zemi-s-castou-tbc-jsme-pripraveni/1329161&id_seznam=327



Lékaři: Větší riziko pro dovezení nákazy než migrace je cestování

Praha - Mnohem větší riziko přivezení nebezpečných nákaz do Česka než migrace představuje cestování. Lidé se mohou nakazit při cestě po zahraničí, infekci pak přivezou do vlasti. Na tiskové konferenci to řekli primářka kliniky infekčních nemocí Nemocnice Na Bulovce Hana Roháčová a František Stejskal z odborné společnosti infekčního lékařství.

„Větší riziko importu chorob je z cestování, ne migranti,“ uvedl Stejskal. Podle Roháčové migrační vlna v Česku hrozbu pro šíření nakaz nepředstavuje. „Rozhodně nechci říct, že migrační vlna povede k zavlečení vysoce nebezpečné nákazy. Opravdu nejsme ohroženi migrační vlnou,“ uvedla.

Počet běženců v Česku je velmi malý. Lidé bez řádných dokladů, které policie zadrží, se dostávají do záchytných zařízení. V nich podstupují zdravotní prohlídky. Do ČR míří hlavně ekonomičtí migranti, a to většinou ze Slovenska, dalších zemí EU či Ukrajiny.

Nebezpečnou nákazu do Česka obvykle přivážejí čeští turisté z ciziny. Stejskal připomněl spalničky na Ústecku v roce 2014. Původcem infekce byl muž, který se vrátil z Indie.

Česko má pro případ nebezpečné nákazy přesný plán postupu, do něhož se zapojuje celý integrovaný záchranný systém. V Nemocnici Na Bulovce je speciální pracoviště se třemi bioboxy, v nichž jsou čtyři místa.

„Centrum máme v pohotovosti trvale, tedy 24 hodin denně. Aktivace je do 60 minut. Spustí se filtroventilace, naplní kontaminační roztoky, dorazí vyškolený personál,“ popsala Roháčová. Cvičení se podle ní koná každý týden, většinou i se simulací příjezdu pacienta.

Loni experti z Bulovky přijali 12 pacientů s různým rizikem nákazy. Nejzávažnější případ bylo podezření na

ebolu u muže, který se vrátil z Libérie. Nákaza se tehdy neprokázala.

Specializovaná péče o lidi, kteří by mohli být nakaženi, je velmi drahá. Vzorky kurýr převáží do Berlína na rozbor, výsledky jsou do pár hodin. Ochranný oblek pro zdravotníky, který je na jedno použití, vyjde bez vybavení na 3000 korun. Pokud má všechny náležitosti, stojí asi 30.000 korun.

Před cestou do exotické ciziny by si lidé měli podle lékařů zjistit, do jaké oblasti odjíždějí, jaká rizika jim tam případně hrozí a jak se proti nim mohou chránit. Mohou zvolit třeba očkování či vhodné léky. „Pokud se vrátí a mají potíže - může to být horečka nebo nějaká vyrážka - je vždy potřeba informovat lékaře, že se vracíte z nějaké cesty,“ uvedla primářka infekční kliniky. Lidé se mohou obrátit na své doktory i na specializovaná pracoviště. „Pokud si nejsou jisti, je lepší vyšetření podstoupit, aby se zabránilo případnému poškození zdraví a šíření infekce do okolí,“ dodala Roháčová.

zdroj:

http://www.ceskenoviny.cz/tema/zpravy/lekari-vetsi-riziko-pro-dovezeni-nakazy-nez-migrace-je-cestovani/1327682&id_seznam=327



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

Kazuistika ze soudně lékařské praxe -



MUDr. Pavel Brejník

Praktický lékař pro dospělé, Kladno

Tento případ považuji ve své soudně lékařské praxi za jeden z nejsložitějších. Jednání na policii, soudu první instance i na krajském soudu trvala 4 roky v letech 2011-2015. Po celou dobu se praktický lékař / dále PL/ potýkal s nepříznivým přístupem vyšetřovatele policie, okresního státního zástupce, krajského státního zástupce, znalce z oboru urologie, znalců z oboru patologie a soudního lékařství. V průběhu případu se též významně navyšovala částka o odškodnění žalující strany. Začala ve statisících, končila v milionech.

Dne 9. 3. 2012 na základě Usnesení podle § 160 ods. 1 trestního řádu bylo zahájeno trestní stíhání PL jako obviněného ze spáchání přečinu: usmrcení z nedbalosti dle ust. § 143 odst. 1, odst. 2 tr.zákoníku, kterého se měl dopustit tím, že ode dne 08. 08. 2011 do 22. 8. 2011 v ordinaci v ulici jako ošetřující praktický lékař při vyšetření a následných kontrolách u své pacientky ZT, nar. 1992, která se k němu dne 8. 8. 2011 do ordinace dostavila s krvácením do moči, bolestmi v zádech, horečkou, zimnicí, třesavkou a nevolností, nerozpoznal klinické příznaky akutního abscedujícího zánětu ledvin, resp. infekci močových cest s poškozením ledvin, ač toto vzhledem ke svým znalostem a osobním poměrům jakožto praktický lékař měl a mohl rozpoznat, průběh jejího onemocnění podcenil, u pacientky diagnostikoval nekomplikovanou infekci močových cest, kterou léčil nasazením antibiotik, přičemž pacientku v průběhu léčby neodeslal ke specialistovi z oblasti urologie, provedl pouze chemický rozbor moči a na bakteriologické vyšetření moč neodeslal a rovněž neprovedl ani žádné krevní odběry, dále též nezajistil pacientce provedení zobrazovacího vyšetření (např. ultrazvuku) a pacientku ZT v průběhu léčby neodeslal

ke specialistovi ani poté, co jeho léčba byla neúčinná, a nadále volil ambulantní léčbu s užíváním antibiotik a dodržováním klidového režimu, ačkoliv měl vzhledem ke svým znalostem minimálně indikovat urologické vyšetření u specialisty a hospitalizaci v nemocnici.

Při následných kontrolách dne 12. 08. 2011 a 17. 08. 2011 nedostatečně zhodnotil stav pacientky pouze dle subjektivního nálezu a chemického rozboru moči jako postupně se zlepšující a při poslední kontrole dne 22. 08. 2011 návrat horečky s třesavkou a zimnicí přisoudil porušení léčebného režimu (pobytu na slunci) a doporučil pokračování léčby spočívající v užívání antibiotika Cotrimoxazolu AL Forte a dodržování klidového léčebného režimu. Akutní zánět ledvin během léčby poškozené ZT nebyl PL adekvátně vyšetřen ani léčen a opakované dotazy rodičů poškozené ZT dne 8. 8. 2011 a 9. 8. 2011, zda nemají dceru odvézt do nemocnice, zamítl jako neopodstatněná. PL zvolený postup lékařské péče spočívající v ambulantní léčbě bez specializovaného vyšetření byl nevhodný a neodpovídal průběhu onemocnění poškozené ZT, kdy s ohledem na průběh onemocnění a zdravotní stav pacientky mělo být minimem v diagnostice vyšetření u specialisty - urologa, provedení ultrazvukového vyšetření, to vše spojené s hospitalizací v nemocnici, což u pacientky ZT nezajistil a ani se zajistit nepokusil a svou nedbalostí, která spočívala v nedostatečné léčebné péči, špatném postupu v diagnostice a terapii, zapříčinil smrt poškozené ZT, která dne 25. 08. 2011 ve svém bydlišti na adrese DM zemřela, přičemž k jejímu úmrtí došlo v přímé příčinné souvislosti s nedostatečně léčeným abscedujícím zánětem ledvin. PL tak zejména podceněním léčby, chybnou diagnostikou a terapií porušil důležité povinnosti vyplývající z postavení a povolání lékaře a z nedbalosti tak zapříčinil a přispěl k tomu, že nebyla u poškozené ZT závažná a život ohrožující patologie včas a řádně podchycena, v důsledku čehož a v příčinné souvislosti s tím došlo dne 25. 8. 2011 k úmrtí poškozené ZT.

Dne 25. 08. 2011 byly dle § 158/3 TŘ zahájeny úkony trestního řízení ve věci úmrtí poškozené ZT, nar. 1992, která byla nalezena v místě svého trvalého bydliště DM mrtvá. Nařízenou soudní pitvou bylo zjištěno, že ke smrti ZT došlo v přímé příčinné souvislosti s dekompenzací abscedujícího zánětu levé ledvi-

ny spolu s aspirací žaludečního obsahu do dýchacích cest v důsledku jednak probíhajícího těžkého zánětlivého onemocnění, jednak v důsledku polévkového poškození žaludeční sliznice. Ze závěru znaleckého posudku oboru toxikologie bylo zjištěno, že ZT nebyla v době smrti ovlivněna alkoholem, ani jinou toxikologicky významnou látkou ze skupiny drog, při biochemickém zkoumání byly zjištěny patologické koncentrace některých biochemických ukazatelů, na jejichž základě bylo možno vyvodit, že v organismu ZT docházelo k dlouhodobějšímu omezení funkčnosti ledvin.

Na základě provedeného šetření a shromážděného spisového materiálu bylo zjištěno, že PL dne 08. 08. 2011, ani v průběhu další léčby jako ošetřující praktický lékař v ordinaci neodeslal ke specialistovi poškozenou ZT, nar.1992, která se k němu dostavila s klinickými příznaky akutního zánětu ledvin, krvácením do moči, bolestmi v zádech, horečkou, zimnicí, třesavkou a nevolností, kdy toto onemocnění podcenil a provedl pouze chemický rozbor moči a na bakteriologické vyšetření moč neodeslal ani dodatečně a rovněž neprovedl ani žádné krevní odběry, nezajistil žádná zobrazovací vyšetření (např. ultrazvuk) a poškozenou ZT neodeslal ke specialistovi ani poté, co jeho léčba byla neúčinná a nadále volil ambulantní léčbu, ačkoliv mělo být indikováno urologické vyšetření a hospitalizace, a při následujících kontrolách dne 12. 08. 2011 a 17. 08. 2011 zhodnotil stav poškozené ZT dle subjektivního nálezu a chemického rozboru moči jako postupně se zlepšující a při poslední kontrole dne 22. 08. 2011 návrat horečky s třesavkou a zimnicí poškozené ZT přisoudil porušení léčebného režimu (pobytu na slunci) a doporučil pokračování léčby v užívání Cotrimoxazolu AL Forte a dodržování klidového léčebného režimu, kdy minimem v diagnostice infekce močových cest s poškozením ledvin je provedení ultrazvukového vyšetření, které u pošk. ZT nezajistil, a svou nedbalostí, která spočívala v nedostatečné léčebné péči, špatném postupu v diagnostice a terapii, zapříčinil smrt poškozené ZT, která zemřela dne 25. 08. 2011 a k jejímu úmrtí došlo v přímé příčinné souvislosti s výše popsanou dekompenzací zánětu levé ledviny spolu s aspirací žaludečního obsahu do dýchacích cest.

Ze závěru posudku znaleckého ústavu Fakultní nemocnice v oboru zdravotnictví, odvětví urologie k posouzení léčby ošetřujícího PL bylo zjištěno, že postup jeho lékařské péče byl nevhodný a neodpovídal průběhu onemocnění zesnulé ZT, kdy podcenil závažnost tohoto onemocnění, provedl pouze chemický rozbor moče a nezajistil další potřebná vyšetření, minimálně ultrazvukové vyšetření, odeslání moči na bakteriologické vyšetření, neprovedl krevní rozbor a poškozenou ZT neodeslal ke speci-

alistovi ani poté, co jeho léčba byla neúčinná a nadále volil ambulantní léčbu, ačkoliv mělo být indikováno urologické vyšetření a hospitalizace a jeho špatný postup v diagnostice a terapii měl zřejmý vliv na příčinu smrti poškozené ZT. Dle znaleckého ústavu byla léčebná péče PL shledána jako nedostatečná.

Na základě shora uvedeného vyplývá důvodné podezření, že bezprostřední příčinou úmrtí ZT byla nedostatečná lékařská péče a chybná diagnostika PL, který vzhledem k okolnostem, ke svým znalostem a poměrům jakožto praktický lékař měl včas rozpoznat závažnost onemocnění ZT a tomuto přizpůsobit i průběh léčby, což však neučinil a bez přiměřených důvodů se spoléhal na to, že i bez hospitalizace, bez specializovaného vyšetření a ultrazvukového vyšetření dojde ke zlepšení zdravotního stavu. S ohledem na tyto výše uvedené skutečnosti bylo rozhodnuto o zahájení trestního stíhání tak, jak jest uvedeno ve výrokové části tohoto usnesení.

Shora uvedené skutečnosti jsou dokazovány zejména úředními záznamy o vyšetření příbuzných poškozené ZT, pitevním protokolem, znaleckými posudky z oboru zdravotnictví - odvětví soudní lékařství, toxikologie a urologie, zdravotní dokumentací poškozené a dalším spisovým materiálem vedeným na policii.

V odůvodnění zamítnutí stížnosti proti trestnímu stíhání se píše, že usnesení o zahájení trestního stíhání podle § 160 odst. 1 trestního řádu bylo obviněnému doručeno dne 9. 3. 2012.

PL podal proti usnesení policie stížnost, kde konstatoval, že poškozená byla pacientkou obviněného. Jednalo se o standardní zánět ledvin, léčený standardními metodami, kdy poškozená po uplatnění medikací počala pocítovat výrazné zlepšení zdravotního stavu, což mělo za následek, že sama zůstala doma, rodiče odjeli na dovolenou do zahraničí a mladší sestra také nebyla doma. Z toho dle stěžovatele vyplývá, že i rodinní příslušníci zjistili, že zdravotní stav zemřelé se lepší. Obviněný je přesvědčen, že skutečnou příčinou smrti nebyl zánět ledvin, ale zánět žaludku se sekrecí velkého množství tekutiny, kterou pacientka zřejmě ve spánku aspirovala, a tím se zadusila. Dle obviněného jej není možné obviňovat z toho, že zavinil smrt pacientky, neboť nelze při léčbě akutního zánětu ledvin počítat s možností smrti pacientky aspirací při zánětu žaludku. Poškozená neměla od lékaře naordinovány žádné léky, které dráždí žaludek. Způsob úmrtí pacientky při akutním zánětu ledvin je zcela raritní, v běžné praxi těžko představitelný, pacientka tři dny před úmrtím odpověděla, že léky snáší dobře a nemá žádné žaludeční problémy. Obviněný namítá, že znalec zřejmě neměl

k dispozici veškeré potřebné podkladové materiály, zejména úplnou rodinnou anamnézu a jako znalec se zaměřil především na svou specializaci - urologii. Znalecký posudek by měl být dle jeho názoru vypracován znalcem z oboru všeobecného lékařství a nikoli urologie. Vypracovaný znalecký posudek je podle obviněného pro účely trestního řízení nepoužitelný a měl by být vypracován znalecký posudek nový, který by prokázal, že zvolený postup byl zcela lege artis. Znalec navíc neodpověděl na otázku, jak je možné při aplikaci léků, které obviněný poskytl, že poškozená zemřela na zánět žaludku, pro který léčena nebyla, ani se nezabýval otázkou, zda v předchozím období nemohlo dojít u poškozené ke změnám v jejích vnitřních orgánech po aplikaci omamných a psychotropních látek, které mohly být nezvratné a které mohly mít za následek zánět žaludku. Obviněný žádá, aby napadené usnesení bylo jako předčasné zrušeno a policejnímu orgánu byla uložena povinnost ve věci jednat a rozhodnout po vypracování znaleckého posudku z oboru všeobecného lékařství, po zjištění osobní anamnézy poškozené včetně zaměření na závislost na psychotropních látkách a dále nechť jsou vyslechnuty všechny dotčené osoby tj. rodinní příslušníci a zdravotní sestra.

Vzhledem k tomu, že policejní orgán, který napadené usnesení vydal, sám podané stížnosti ve smyslu § 146 odst. 1 věty první trestního řádu nevyhověl, předložil věc k rozhodnutí podle § 146 odst. 2 písmo a) trestního řádu státnímu zástupci, který vykonává dozor nad přípravným řízením.

Státní zástupkyně OSZ přezkoumala stížnost obviněného i předložený spisový materiál, tj. správnost výroku napadeného usnesení, i řízení předcházející napadenému usnesení, přičemž dospěla k závěru, že stížnost není důvodná. Státní zástupkyně nezjistila v postupu policejního orgánu žádné závady, v důsledku kterých by mělo být napadené usnesení zrušeno.

Podle § 160 odst. 1 trestního řádu policejní orgán neprodleně zahájí trestní stíhání, nasvědčují-li prověřováním podle § 158 trestního řádu zjištěné a odůvodněné skutečnosti tomu, že byl spáchán trestný čin, a je-li dostatečně odůvodněn závěr, že jej spáchala určitá osoba.

Z přezkoumaného spisového materiálu je zřejmé, že mohlo dojít k trestné činnosti, tak jak je popsána ve výroku usnesení. Trestní stíhání bylo zahájeno na základě posudku znaleckého ústavu vypracovaného Fakultní nemocnicí z oboru zdravotnictví, odvětví urologie. Podkladem pro vypracování znaleckého posudku byla zejména lékařská zpráva ZZS L ze dne 25. 8. 2011, znalecké posudky z odvětví soudního lékařství a toxikologie, vysvětlení obviněného, resp.

podezřelého, lékařská zpráva z gynekologie ze dne 3. 8. 2011, poznámky rodičů zemřelé a zdravotnická dokumentace zemřelé z let 2001 až 2010. Ze závěrů znaleckého posudku vyplývá, že postup lékařské péče v daném případě byl nevhodný a neodpovídal průběhu onemocnění poškozené. Abscedující zánět levé ledviny probíhající u poškozené nebyl ze strany obviněného adekvátně vyšetřen ani léčen, nemocná nebyla odeslána na specializované vyšetření. Zdravotní péči, kterou obviněný zemřelé poskytl, znalec považuje za nedostatečnou. Nevhodný postup lékaře v diagnostice a terapii byl příčinou úmrtí poškozené ZT.

Po přezkoumání usnesení o zahájení trestního stíhání a předloženého spisu má za to, že policejní orgán postupoval správně, když na základě dosud zjištěných skutečností zahájil trestní stíhání obviněného PL pro shora popsany skutek, který právně kvalifikoval jako přečin usmrcení z nedbalosti podle § 143 odst. 1, 2 trestního zákoníku. V daném stádiu trestního řízení postačí k závěru o spáchání trestného činu určitou osobou vyšší stupeň pravděpodobnosti, není nutné, aby trestná činnost byla spolehlivě prokázána v míře, jak je tomu u obžaloby. Jestliže obviněný zpochybňuje závěry znaleckého posudku, odbornost příbraného znalce a nezodpovězení všech otázek, které mohou jeho vinu vyvrátit příp. zeslabit, nic nebrání tomu, aby nechal vypracovat jiný znalecký posudek.

V konečném důsledku bude o vině či nevině obviněného rozhodovat soud, a to na základě zhodnocení shromážděných důkazů, pokud nedojde do té doby k takové změně důkazní situace, která by opravňovala zastavení trestního stíhání obviněného ještě v přípravném řízení.

S ohledem na shora uvedené skutečnosti státní zástupkyně v souladu s ustanovením § 148 odst. 1 písmo c) trestního řádu stížnost obviněného zamítla jako nedůvodnou.

Otec poškozené PT dne 26. 4. 2012 uvedl na Policii ČR, že začátkem srpna byla s dcerou manželka na gynekologii, močila i krev, takže ji gynekolog poslal s podezřením na zánět močových cest k obvodnímu lékaři. Tam šla opět s manželkou, manželka byla přímo u vyšetření a ptala se doktora, zda nemá odvézt Z na odborné vyšetření do nemocnice, protože, když doktor prohmatával Z záda, úplně jí vyhrkly slzy. Pan doktor řekl, že to není třeba, pokud opadnou teploty, nemusí se to řešit návštěvou nemocnice. Předepsal jí antibiotika a na teplotu a bolesti Paralen.

Z marodila doma, celou dobu ležela v obýváku, léčebný režim dodržovala naprosto striktně, ven nechodila, protože jí bylo špatně. Užívala léky, jak

jí lékař nařídil. Žena jí dávala teplé zábaly, protože Z trpěla na bolesti zad, teploty nejdřív ustoupily, ale stále měla zvýšenou teplotu.

S PL mluvil po telefonu, s dotazem, zda má dceru odvést do nemocnice, že teploty sice odpadly, ale Z má velké bolesti, doktor řekl, že by s ní v nemocnici stejně nic neudělali, postupovali by jako při domácí léčbě, ale kdyby se vrátily horečky, má zavolat. S PL se osobně zná, doktor ještě řekl, že Z je mladá a že to zvládne sama. Pokud byl tázán, jak to měla Z s alkoholem a drogami, tak uvádí, že to bylo velmi zřídkka, zkusila si i jointa. Nikdy neviděl Z opilou nebo pod vlivem drog, chodila normálně do školy a studovala, žádné výchovné problémy neměli. Než odjeli na dovolenou, poslali ve čtvrtek Z na kontrolu k doktorovi, doktor jí řekl, že má dobrat antibiotika, že bude vše v pořádku, v pátek /19. 8. poznámka znalce/ odjeli se ženou na dovolenou do Chorvatska, v pátek večer Z volali, jak se cítí, Z říkala, že se jí trochu zvedla teplota a že je jí trochu špatně, na to konto jí řekli, ať leží doma a dodržuje dál režim, ať leží, v pondělí /22. 8. 2011/ nasměrovali Z k doktorovi, kde jí doktor zase napsal antibiotika a řekl jí, ať dál postupuje v léčbě, večer Z kontrolovali, říkala, že jí kolísá teplota, ale že se cítí celkem dobře, měla zvýšenou teplotu kolem 37st.

V úterý navečer jsme jí volali, Z říkala, že se cítí v pohodě, že jí nemusíme druhý den telefonovat, zbytečně ať nevoláme, říkala, že k ní míří kamarádi, že budou sedět na terase, že už není sluníčko, tak půjde ven. Ve středu se Z nemluvili, protože to považovali za zbytečné, když řekla, že se cítí dobře, byli domluveni, že zavolají ve čtvrtek ráno, to už se nedovolali a pak se dozvěděli, že Z je mrtvá.

V poznámkách k počátku a průběhu nemoci sepsaných otcem a matkou časově specifikující průběh nemoci, pondělí 8. 8. matka s dcerou v ordinaci, dotaz, zda má odvést dceru do nemocnice s odpovědí, že ne, pouze v případě vysoké horečky.

Úterý 9. 8. 2011 otec volal obvodnímu lékaři, že horečky mírně odpadly, ale má hrozně bolesti ledvin a položil otázku, zda nemá dceru odvést do nemocnice, odpověď zněla, že by s ní prováděli léčbu jako doma, že je to zbytečné. Pokud budou opadat teploty, tak to nemáme řešit, že je mladá, že to zvládne, pokud by teploty neustupovaly, má lékaře kontaktovat.

Středa, čtvrtek 10-11. 8. 2011 teploty ustupovaly, pouze zvýšené kolísavě.

Pátek 12. 8. -středa 17. 8. 2011 bylo jí dobře, žádné výrazné bolesti ani teploty.

Čtvrtek 18. 8. 11, kontrola u lékaře, ale v podvečer se jí zvětšila teplota.

So-Ne 20.-21. 8. 11 kolísavé teploty, ležela v posteli,

učila se /telefonické kontroly z dovolené/.

Pondělí 22. 8. 2011 návštěva obvodního lékaře, opět napsal antibiotika, provedl v ordinaci zkoušku moči, v podvečer v 19.00 kontrola telefonicky z dovolené, občas teplota, ale jinak prý dobré.

Úterý 23. 8. 2011 v podvečer v 19,00 kontrola telefonicky z dovolené "je mi dobře, zbytečně nevolejte, už není sluníčko, tak jdu chvíli na terasu, přišli mi kamarádi.

Středa 24. 8. 2011 z průzkumu od kamarádky, která za ní byla cca ve 13,00 a 17,00 hod, Zuzka spala, pokaždé v jiné poloze, měla zapnutou televizi a otevřené dveře na terasu. Tak to bylo i ve čtvrtek dopoledne v 10,30 hod, když ji našla sestra.

Matka poškozené vypověděla, že Z byla v červenci 2011 na brigádě, roznášela poštu, ve středu, někdy I. týden v srpnu šla s kamarádkou někam posedět, mluvila s ní asi ve čtvrt na devět, domů dorazila o hodinu později, byla dezorientovaná, úplně mimo, řekla, že pily 2 vodky s džusem, dala jí do postele, pak Z spala. Druhý den jí bylo hrozně zle, ale říkala, že musí do práce na brigádu, ten den ještě poštu roznášela, ale bylo jí špatně. Doma spala a druhý den šla na gyndu /3. 8. 2011 pozn. znalce/, protože močila krev. Na gynekologii měl doktor operační den, sestra jí dala nějaké léky, nepamatuje si jaké, ale antibiotika to nebyla. Ten den měla Z vysoké horečky, to byl pátek, celý víkend ležela v posteli a brala Paralen na horečky. V pondělí /8. 8. 11/ vezla k PL, on chtěl po Z moč a vyšetřil jí. Když jí prohmatával záda, bolestí brečela. Doktor jí napsal antibiotika, řekl ať leží a na teploty bere Paralen. Ve středu jí bylo lépe, ale stále jí hrozně bolely ledviny. Muž, proto volal /10. 8. 11/ panu doktorovi, jestli nemají odvézt Z na nějaké vyšetření do nemocnice, doktor sdělil, že Z je mladá a že to zvládne, Z pak bylo lépe, ale bolela jí záda, doma chodila s omotanou šálou kolem zad, teploty pak neměla, ležela do soboty. V neděli 14. 8. 11 jí bylo docela dobře, jela na nákup do Hypernovy. V pondělí nebo prostě v tom týdnu šla Zuzka na kontrolu, šla sama, doktor jí prý řekl, ať dobere antibiotika a nechodí na sluníčko, nechal jí krev, jestli jí zkontroloval moč, neví. 19. 8. 11 odjela s manželem na dovolenou, Z měla v tu dobu jen zvýšenou teplotu, říkala, že je jí lépe, byla jen hrozně unavená. Pak si se Zuzkou volaly, psaly SMS, v pondělí šla znovu na kontrolu, on jí zase napsal antibiotika a řekl, ať nechodí na sluníčko. Pak volaly se Z ještě v úterý /23. 8. 11 pozn. znalce/a ve čtvrtek ráno se dozvěděli, že Zuzka je mrtvá, pokud se měla vyjádřit, zda Z měla nějaké problémy s alkoholem nebo s drogami, tak rozhodně ne. Je pravda, že když šla na zábavu, tak si nějaký alkohol dala, někdy si dala i jointa. Věděla, že v úterý večer, až zapadne slunce, tak bude na terase sedět s kamarády. Domnívala se, že měla

problémy i dřív, byla hrozně hubená a unavená, na to jak hodně jedla.

Sestra poškozené KT vypověděla, že v srpnu byla Z nemocná, bolely ji ledviny, myslí, že čůrala i krev, s mamkou šla k PL, měla i vysoké horečky. Doktor jí předepsal paralen na horečky a antibiotika, marodila asi měsíc. Asi 19. 8. 11 odjeli rodiče na dovolenou a zůstaly se Z samy doma. Když rodiče odjížděli, tak bylo Z dobře, ale pak se dozvěděla, že to jenom dělala, aby rodiče odjeli. Z byla furt doma, koukala na filmy a televizi. Pak jí jeden den bylo dobře, tak byla na terase. Ten poslední den jí bylo špatně, tak zase ležela u televize. Byla středa, Z spala v obývacíku na gauči, ona šla na brigádu, večer byla v klubu, pak spala u kamaráda, ráno přišla asi v 11 hodin a našla Z ležet na gauči. Během té doby, co Z marodila, tak za ní chodili nějakí kamarádi, ale žádné večírky nepořádala. Neví o tom, že by Z pila alkohol nebo užívala nějaké drogy.

VŠ, kamarádka poškozené uvedla dne 25. 8. 11, že předevčírem spolu seděly na terase, Z byla hodně unavená, nebylo jí dobře a chtěla si jít lehnout, tak se Z rozloučila a šla domů. Další den, tedy včera 24. 8. 11 se Z neozvala, tak se V šla za ní podívat. Spala na sedačce v obývacím pokoji, potichu na ní mluvila, ale ona na to vůbec nereagovala, všimla si, že Z oddychuje a mrká zavřenýma očima. Nechtěla jí budit, proto odešla otevřenými dveřmi zpět na zahradu. Přibližně kolem 17. hodiny prošla do domu stejným způsobem, Z stále ležela na zádech a hlavu měla položenou jako na ramenou vlevo. Kromě puštěné televize si ničeho zvláštního nevšimla. Dále uvedla, že u ní spala Z doma přibližně před 4 dny, měla problémy s ledvinami a močovým měchýřem a brala na to 14 dnů až 3 týdny antibiotika, večer a v noci měla vždy horečky, na to si brala Paralen. Stěžovala si delší dobu, že je unavená, také měla 2 dny menstruaci. K otázce drog uvedla, že kdysi zkoušela pervitin, ale už ho dlouho nebere, pouze před 3-4 dny se jejich parta sešla u domu na terase a kouřila marihuanu, Z si dala také. Problémy osobní neměla, měla dělat reparát ve škole, pro nemoc si ho posunula na pozdější termín.

MS uvedl, že je dobrý kamarád Z, naposledy ji viděl před 2-3 dny večer, kdy seděli s jejich partou u Z na terase, nebylo jí delší dobu dobře, měla horečky, brala antibiotika, nesměla na sluníčko. Drogy nebere, dříve zkoušela pervitin, ale v současné době maximálně marihuanu, kterou kouřila také při tom posezení u nich na terase. Podle MS neměla žádné jiné zdravotní nebo osobní problémy.

JV /patrně sousedka - poznámka znalce/ uvedla, že byl celý včerejší den klid v domě T, což je docela výjimečné, protože jinak, když nejsou rodiče doma, mají tam holky party.

MK /patrně další sousedka – poznámka znalce/ uvedla, že byl včera u T abnormální klid, jinak tam stále někdo chodí, ničeho si nevšimla, pouze v noci strašně štěkal pes a musela ho zavřít do kotce. Z se kamarádila s její dcerou, ale jen když byla menší. Dcera jí říkala, že Z psala na Facebook, že je jí špatně a sháněla snad Paraleny.

KT, sestra zesnulé vypověděla, že včerejšího dne 24. 8. odjížděla na brigádu, sestra ještě spala. Se sestrou naposledy mluvila v úterý 23. 8. 11 večer, kdy si sestra stěžovala na bolest hlavy a horečku, proto jí dala Paralen, se sestrou více nemluvila, ta si šla lehnout. Sestra se posledních 14 dnů léčila se zánětem močových cest a ledvin, kdy na to brala antibiotika. Dnešního dne 25. 8. 11 v 10,45 se KT vrátila domů a našla sestru v obývacím pokoji, kdy ležela na pohovce a zjistila, že nejví známky života. Na pohovce kolem sestřina těla byla všude krvavá pěna, kterou měla ve vlasech i na těle. Ihned běžela za sousedkou NM. Ta s ní běžela zpátky do domu. Z ležela na pohovce, kdy na první pohled na ní byla patrná bledost, poté co nedýchala, zahájily resuscitaci, kdy dýchání se nepodařilo obnovit, během toho zavolaly RZP. Tělo dívky leželo na pohovce, hlavu měla lehce zakloněnou doleva a v puse měla spoustu krvavé pěny. Ruce dívky byly položeny kolem těla, nohy natažené a roztáhlé.

Balkónové dveře /místnost č. 7/ dle protokolu o ohledání místa/ jsou v době ohledání otevřené.

Ve zdravotní dokumentaci PL byly následující zápisy.

24. 5. 2010 Hmotnost 38 kg, výška 155 cm, BMI 15,82

14. 9. 2010 S: Od včera bolesti v krku, rýma, dnes již jen rýma, ztratila hlas

Obj. hrdlo zarudlé bez anginy, uzliny submand 1 Dg: JO69/ nespec. KHCD-pozn znalce

Th Paralen při teplotě, nyní odběr krve

16. 9. 2010 KO 1 diff. rozpočet bpn, JT bpn, Ericsson negativní

21. 12. 10 subj. více jak týden samy od sebe bolí záda, nahoře od lopatky do krční páteře

Obj.: blok SI I sin. algická rotace trupu, více ad dx, C páteř celkem volná do rotací, ordinováno Uno, Dorsiflex, Olfen

28. 2. 11 Subj. předevčírem diskotéka, včera ji bolelo

za krkem, dnes ji bolí celá záda. Obj. LS a SI volné, mírný blok Cp do rotace Therapie- dorsiflex pomohl na noc, má ještě doma, dnes omlouvá školu

8. 8. 2011 Subj. před 10 dny cítila gynekol. výtok, pak před 7 dny ebrieta, někde asi prochladla, před 6 dny začala močit krev, šla na gyndu a od sestry dostala Macmiron a Entizol. Krev v moči přestala, chodí na brigádu, začalo ji bolest v zádech, nyní hlavně v levém bedru. Čtvrtý den horečky v levém bedru/neměřila, zimnice s třesavkou, bolelo ji celé tělo. Pravidelně užívá antikoncepci.

Obj. břicho mírně napjaté, palpační algie ve středním epigastriu, jinak ne, peritoneální příznaky O. tapottement vlevo +++, blok LS páteře, TK 90/60, P78 pravidelný, Moč chemicky: bílkovina ++. krev +
Diagnóza: vs. uroinfekt, zejména vlevo, nelze vyloučit urolithiasis vlevo

Ordinované léky: Cotrimoxazol 9692x1, Paralen 3x2, pitný režim nutný

Doporučení: nutný klidový režim v teple, kontrola u mne 12. 8. s močí, při zhoršení ihned na chirurgickou ambulanci- poučení

9. 8. 11 telefon otec: Subj. stav je mírně lepší, dostala chuť k jídlu

Doporučena další telefonická konzultace zítra, pokračovat v léčbě

12. 8. 11 subjektivně se cítí výrazně lépe, ale stále ji bolí v zádech vlevo, krev nemočí, teploty ne, zimnice ne, třesavky ne, víc pálí při močení

Obj. Moč chemicky bílkovina +, tapottement vlevo pozitivní, terapie nadále, doporučena kontrola u lékaře 17. 8. 11, dále udává, že má vyrážku, asi alergickou, ordinován Flonidan 1x1

17. 8. 11 Subj. v zádech nebolí, nepříjemné pocity při domočování, teplota ne, zimnice ne

Objektivně tapottement vlevo jen lehce citlivý, moč chemicky bílkovina stopa

Ordinován Cotrimoxazol 960 2x1, dále klid a pitný režim, objednána na 22. 8. 11, moč s sebou

22. 8. 11 Subj. vrátily se jí na několik dnů horečky s třesavkou a zimnicí až do dnešní noci, byla na sluníčku!

Moč chemicky bílk. stopa/ méně než minule/

Ordinované léky: Cotrimoxazol Forte 2x1, dále klidový režim bez sluníčka, pacient objednan na 26. 8. 11

Výpis ze zprávy gynekologa:

7/2009 nasazena antikoncepce, jinak běžné preventivní gynekologické prohlídky, cytologie v normě
Poslední návštěva 3. 8. 11 dysurické potíže, fluor,

bolesti, ani teplotu nemá, antikoncepci užívá pravidelně, doporučen Entizol p. o., Macmiron vaginálně, kontrola zde nebo u OL, poučena

PL se na policii vyjádřil, že ZT začal léčit na jaře roku 2010, poté, co ho její rodiče požádali, aby ji i s její sestrou zaregistroval. Registrována byla v nepřítomnosti, maminkou, protože jí tehdy ještě nebylo 18 let. Bylo to dne 29. 3. 2010. Matka ZT při registraci sdělila, že dcera je po operaci páteře pro vrozenou vadu, a že rodiče vědí o experimentování dcery s drogami v minulosti včetně pervitinu. Pochopil to ve smyslu, že problém s drogami je zvládnutý a že se jedná o věc z minulosti. Slečna T osobně přišla do ordinace poprvé 24. 5. 2010, kdy jsem jí dělal preventivní prohlídku dle zdravotního řádu. Přišla s maminkou a mladší sestrou, které jsem také dělal preventivní prohlídku. Při první návštěvě v mé ordinaci dávala pacientka najevo svou nechuť k vyšetřování, vůči matce a mě i sestře dávala najevo, jak ji všichni obtěžujeme. Tvářila se velmi sebevědomě a vůči matce byla velmi drzá a arogantní. Tehdy byla velmi subtilní. Index tělesné hmotnosti měla 15,8, přičemž adekvátní index by měl být nad 19. Ale od té doby do srpna 2011 - to znamená za 15 měsíců velmi zřetelně fyzicky dospěla a zesílila, přičemž pak jsem ji již nevážil, takže to nemohu zdokumentovat. Od 24. 5. 2010 do 8. 8. 2011 ho ZT navštívila pětkrát, někdy s matkou, někdy sama, a to pro běžná onemocnění - nastydnutí a bloky páteře. Chci uvést, že jsem jí potvrzoval žádost o řidičský průkaz dne 24. 1. 2011 a když jsem jí oznámil, že u sestřičky bude platit 200 Kč za potvrzení, tak se na mně ZT obořila, jak je to možné, že má platit, když je pojištěná, což uvádím pro neobvyklost této reakce. Doprovázející maminka jí situaci vysvětlila a peníze za ni zaplatila. Když ke mně pacientka přišla dne 8. 8. 2011 k vyšetření do ordinace, tak přišla znovu s matkou. Obě se posadily a pacientka začala popisovat obtíže s močením krve, bolestí v levém bedru a horečkou. Dozvěděl jsem se, že se léčila u nějaké gynekologické sestřičky, protože měla i výtok. Pak ji napomenula matka, aby řekla, jak vše probíhalo doopravdy a mezi matkou a dcerou došlo ke slovnímu konfliktu ze strany dcery. Pacientka mi zřejmě následující skutečnosti chtěla zatajit. Nakonec jsem se dozvěděl - v rámci rozhovoru mezi nimi - že se pacientka týden před tímto vyšetřením opila a pak měla několikahodinovou amnézii. Domů došla pozdě v noci ve špatném stavu a vůbec nevěděla, co se s ní dělo a byla prochladlá. Urologické obtíže pak začaly další den. Od pacientky a její matky jsem se pak postupně chronologicky dozvěděl, že před deseti dny začala pacientka pociťovat gynekologický výtok, před

sedmi dny se opila, někde prochladla a měla několikahodinovou amnézii. Den poté pak začala močit krev.

Šla do gynekologické ambulance, kde jsem z vyjádření pacientky, nebo její matky, pochopil, že byla léčena jen sestříčkou, a dostala Entizol (antibiotikum) v tabletkách a Macmiror, což je lokální gynekologický prostředek. Močení krve ustalo a začalo ji bolet nahoře v zádech, zejména vlevo.

V den vyšetření u mne již čtvrtý den trpěla horečkami, přičemž teplotu neměřili, a měla zimnice a třesavky. Bolelo ji celé tělo. Možnou graviditu jsem vyloučil dotazem na pravidelné užívání antikoncepce. Objektivně měla mírně napjaté břicho a nevelkou pohmatovou citlivost pouze ve středním epigastriu, neměla palpačně citlivou oblast ledvin ani při hluboké palpaci. Břicho nejevilo známky peritoneálního dráždění. Tapottement vlevo byl silně pozitivní, vpravo negativní. Bederní páteř byla blokována do předklonu. Krevní tlak 90/60, puls 78 pravidelný, pacientka nebyla v době vyšetření opocená. V moči byl chemicky nález bílkoviny na dva kříže a krve na kříž. Diagnosticky jsem stav uzavřel jako akutní pyelonefritida a nasadil lék s antibiotickým účinkem. Rozhodl jsem se pro kombinaci sulfamethoxazolu a trimethoprimu v obvyklé dávce, na amoxicilin měla pacientka alergii, a s jinými antibiotiky jsem v této indikaci nechtěl experimentovat.

Vzhledem k makroskopické hematurii jsem měl i podezření na levostrannou urolithiasu s tím, že se vše po zvládnutí akutních obtíží diagnosticky dovyřeší.

Povaha bolestí, nepřítomnost bolesti a rezistence při pohmatu břicha a po několik dní se nezhoršující obtíže svědčily proti hydronefroze nebo proti jiným život ohrožujícím komplikacím. Moč na bakteriologii jsem neodeslal, protože nebylo ráno a musel bych čekat s podáním antibiotika do druhého dne do rána, kdy by teprve bylo technicky možné odeslat z ordinace moč do laboratoře. Naopak jsem chtěl, aby antibiotikum bylo podáno pacientce ihned po vyzvednutí z lékárny a v tomto směru jsem poučil pacientku i její matku. Navíc pacientka užívala z gynekologické ambulance Entizol a tím byla znehodnocena možnost zachytit kultivačně infekční agens. Pacientka byla poučena o nutnosti omezení kyselých potravin a tekutin vzhledem k povaze antibiotika a o nutnosti vyhýbat se slunci. Byla také poučena o nutnosti pitného režimu. Toto vše probíhalo před matkou.

Ke zvládnutí horeček jsem doporučil Paralen v dávce maximálně 3x2 tablety denně. Kontrolu ve své ordinaci jsem stanovil za pět dní. Matka i dcera byly poučeny o nutnosti okamžité kontroly při zhoršení stavu, zejména horeček, třesavek, nebo v přípa-

dě celkové alterace stavu, a to u mne v ordinaci, nebo případně v noci v chirurgické ambulanci Krajské nemocnice, o možnosti volání rychlé záchranné služby. S matkou jsem se dohodl, že mi rodiče druhý den zatelefonují a sdělí stav dcery. Druhý den - 9. 8. 2011 - telefonoval otec Z a popisoval, že se stav dcery zlepšuje, dostala i chuť k jídlu. Vysvětlil jsem mu, že to můžeme chápat jako účinek antibiotika. Doporučil jsem pokračovat v mé léčbě s tím, že se ale otec kdykoliv může rozhodnout konzultovat urologickou ambulanci a další telefonickou konzultaci otce jsem stanovil na další den - 10. 8. 2011, a že je nutno pokračovat v antibiotické léčbě. Otec ani matka se pak již neozvali.

Pacientka přišla na kontrolu stanovený den 12. 08. 2011. Cítila se výrazně lépe, ale stále ji ještě bolelo v zádech vlevo. Nemočila krev, byla bez teplot a třesavek, mírně se zhoršilo pálení při močení. Moč chemicky již obsahovala pouze bílkovinu na kříž a TPT vlevo bylo ještě citlivé, ale méně, než zpočátku. Doporučil jsem pokračovat v antibiotické léčbě. Stav jsem uzavíral jako zlepšující se pyelonefritida na účinné ATB terapii. Pacientka si ještě stěžovala na mírnou kopřivku, předepsal jsem jí tedy ještě antihistaminikum. Na kontrolu jsem ji pozval za pět dní, samozřejmě s tím, že v případě znovuobjevení horeček, nebo celkového stavu, se zastaví ihned, nebo vyhledá nemocniční ambulanci. Při vyšetření 12. 8. 2011 matka nebyla přítomna v ordinaci.

Při další kontrole 17. 8. 2011 ji již nebolelo v zádech, byla bez teplot a udávala již jen nepříjemné pocity při domočování. Kopřivku neměla. Objektivně měla již jen lehce citlivé TPT vlevo a v moči byla jen stopa bílkoviny. Vzhledem k účinnosti ATB terapie jsem pokračoval v podávání antibiotik. Pacientka byla pozvána za dalších pět dní na kontrolu.

Dne 22. 08. 2011 odpoledne přišla v době svého objednání pacientka na kontrolu. Působila zdravě a byla nalahko obléknuta. Na otázku, jak se její stav vyvíjí, řekla, že jí je dobře a na můj dotaz negovala obtíže při močení a bolesti v zádech. Řekla ale, a působila přitom provinile, že se jí na několik dní vrátily večerní horečky a třesavka, ale že jsou mírnější než na začátku. Byly jen večer a v první části noci. Sama hned ale dodala, že už zcela přešly a omlouvala to tím, že nedodržela stanovený léčebný režim, že byla na sluníčku a sama prohlásila, že od minulé noci již nemá žádné obtíže a cítí se dobře. Když jsem se jí doptával, jak byla na sluníčku, tak jsem vyrozuměl, že se někde zřejmě opakovaně delší dobu pohybovala ve slunečném počasí. Pochopil jsem, že se neopalovala, protože nebyla opálená, ani rudá. Navíc byla již zpočátku upozorněna na možnost fotoalergie při slunění. Měl jsem dojem, že se vyhýbá konkrétní odpovědi, jakým způsobem porušila léčebný režim,

a tak jsem se jí již dál nedoptával. V té chvíli zdravotní sestra z vedlejší sesterny (dveře mezi sesternou a mojí vyšetřovnou byly po celou dobu plně otevřené, tak jako obvykle, když sestra chemicky vyšetřuje moč a já čekám na výsledek a nikdo jiný není v sesterně) mi sdělila výsledek chemického vyšetření moči s tím, že je přítomna jen stopa bílkoviny a dodala jasně, že nález je ještě menší než minule. V moči nebyl žádný zákal. Požádal jsem pacientku, ať se postaví, zezadu jsem jí dvakrát udeřil do levého bedra a oblasti ledviny, zprvu méně, poté více a ona opakovaně neudávala žádnou bolestivost. Pak jsem ji vleže vyšetřil celé břicho, nejprve poklepem a poté pohmatem a pacientka popírala jakoukoliv bolestivost a nehmatal jsem ani žádnou rezistenci. Tak jako obvykle, jsem na lehátku ležící pacientce zkontroloval frekvenci pulsu na radiální tepně pravé horní končetiny a ta byla zcela přiměřená kolem 75 za minutu. Pacientka nebyla pohmatově ani subfebrilní ani febrilní a měla suchou neopocenenou pokožku. Nebyla bledá ani zarudlá. Při uléhání na vyšetřovací lehátko a vstávání měla rychlé a rázné pohyby. Byl jsem ve své mysli zaujat recidivou horeček a třesavek a rozvažoval jsem, co dělat dál, uvažoval jsem o neurovegetativní dystermoregulaci v důsledku fyzické zátěže a prohřátí organismu, ale spíše jsem se vnitřně klonil k mírnému relapsu nemoci pod vlivem porušení léčebného režimu a nebo ke kombinaci obojího.

Vzhledem k absenci jakýchkoliv bolestí v zádech, obtíží při močení, negativnímu TPT a negativnímu vyšetření břicha, normálnímu pulsu, neopocené a pohmatově afebrilní pokožce, vzhledem k tomu, že pacientka celkově působila zcela zdravě a subjektivně se tak cítila, a neměla žádné antalgické anebo obleněné vystupování, a vzhledem k minimálnímu nálezu v moči, který se navíc od minulé kontroly dále jasně zlepšoval, jsem se domníval, že se jedná o mírný relaps, který již skončil, nebo který bude důsledným dodržáním klidového režimu a pokračováním ATB léčby rychle zvládnut v mé ordinaci. Pacientka již užívala 15 dní Cotrimoxazol Forte 960 AL v dávce tableta ráno a tableta večer. Dotazoval jsem se, jak ho pacientka po 15 dnech léčby snáší na žaludek a pacientka jasně popřela jakékoliv trávící problémy. Kopřivka odezněla před řadou dní, ihned po nasazení antihistaminika. Rozhodl jsem se tedy pro pokračování léčby ještě pět dní. Předpokládal jsem, že tento léčebný postup pacientčiny obtíže dovléčí. Léku jsem důvěřoval, protože po celou dobu předchozího užívání se obtíže pacientky jasně zlepšovaly. Přesvědčivě ustupoval objektivní i subjektivní nález. Navíc s ním mám v této indikaci výborné zkušenosti ze své praxe. Kdyby neměla alergii na potencovaný amoxicilin, tak bych jí ho

předepsal v té chvíli raději, protože bývá u pyelonefritid také velmi účinný a mám s ním také výbornou zkušenost, ale pacientka bohužel trpěla alergií na tento lék. Chinolony jsem nezvolil, pro u nich známé riziko bakteriální rezistence.

Pacientka jasně namítala, a to považuji za důležité, že již nechce užívat žádná antibiotika, protože nebude moci na sluníčko, také že bude pořádat večer doma nějaké haus party pro své spolužáky a že se cítí dobře. Tím mne nepřímou zнову ujišťovala, že se cítí prakticky zdráva. Já jsem byl ale rezolutní, musel jsem zvýšit hlas a recept jsem jí předepsal a vydal a vysvětlil, že vzhledem k proběhlým horečkám a třesavkám, považuji užívání antibiotika za naprosto nutné. Zároveň jsem ji upozornil, že je nutno antibiotikum vyzvednout téhož dne, aby v jeho užívání nebyla pauza větší než obvyklých 12 hodin. Předchozí dávku měla doužívat téhož dne večer, a chtěl jsem, aby druhý den ráno měla antibiotikum k dispozici. Pozval jsem ji za pět dní na kontrolu a před odchodem poučil, že když se horečky vrátí, tak si vezme dvě tablety paralenu, ne víc jak 3x denně a druhý den se zastaví v mé ordinaci a já ji odešlu ke specialistovi. V případě prudkého zhoršení obtíží bude volat rychlou záchrannou službu. Toto poučení dostala i na začátku léčby v přítomnosti matky a pak ještě minimálně jednou. Zároveň dostala znovu instrukci o dodržování klidového režimu, neslunění, neprochlazení a dostatku tekutin s absolutním vyloučením drog a alkoholu. O drogách a alkoholu jsem hovořil záměrně, vzhledem k očekávanému pořádání večírku. Byl jsem informován, že rodiče odjeli někam na dovolenou a že je doma se sestrou sama. Pak se pacientka rozloučila a odešla. Toto celé proběhlo v klidu, beze spěchu, v ordinaci nebyla žádná časová tíseň a nebyl tam žádný jiný pacient. Zdravotní sestra byla svědkem první části anamnézy, kdy pacientka uváděla, že se cítí zdráva, že netrpí ani obtížemi při močení ani bolestí v zádech, z části objektivního vyšetření, a byla svědkem poučení pacientky při její návštěvě v ordinaci dne 22. 8. 2011. Zároveň slyšela moje důrazné poučení, že je nutno brát antibiotikum, protože jsem u toho na pacientku zvýšil hlas. V dalších dnech mě pacientka již nekontaktovala.

Rodiče zesnulé poznal před řadou let jako kamarády mých známých, postupně jsem si s nimi i začal tykat, nikdy jsme spolu nebyli v restauraci, s panem T jsem byl dvakrát na vyjíždce na kole. Oba byli mými pacienty. Vztah jsem vnímal jako korektní. Myslím, že na základě našich vztahů mě i požádali, jestli bych jim dcery nevzal do své péče. Obě tehdy byly ještě nezletilé, ale obě byly ještě ve věku, kdy jejich přeregistrace k praktickému lékaři pro dospělé nebyla ze zákona nutná. K případu PL dále uvedl, že stav ZT se

nezhoršoval, horečky a třesavky mi pacientka vysvětlila logickým způsobem s tím, že se již cítí od minulého dne zcela zdráva a jiné subjektivní ani objektivní obtíže neměla kromě zcela minimálního a dále se zlepšujícího nálezu v moči. Navíc pacientka byla dne 22. 8. 2011 jasně upozorněna, že v případě dalšího návratu třesavek a horeček se druhý den zastaví v ordinaci a já ji odešlu ke specialistovi. V té chvíli bych se již jako praktický lékař necítil dál kompetentní k její léčbě a bylo by nutno stav považovat za recidivující pyelonefritis.

K otázce zajištění bakteriologického vyšetření PL uvedl, že toto nezajistil, a to ze dvou důvodů, za prvé: pacientka byla z gynekologické ambulance přeléčena entizolem a tím byla znehodnocena možnost zachytit kultivačně infekční agens a za druhé: bakteriologické vyšetření moči v okamžiku návštěvy pacientky bylo proveditelné až druhý den ráno, protože mě navštívila až poté, co odjel svaz laboratorního materiálu od laboratoře. Bakteriologické vyšetření moči jsem nezajistil ani při následných kontrolách, a to jelikož se stav pacientky kontinuálně zlepšoval a navíc podle všech medicínských postulátů provedení bakteriologického vyšetření pacienta pokrytého A TB léčbou nepřináší validní výsledky.

K otázce zajištění USG vyšetření PL uvedl, že běžně používá k diagnostice ultrazvukové vyšetření, přičemž skutečně validní informace o stavu ledvin může v některých případech přinést až CT ledvin. Provádění CT ledvin nebývá běžnou praxí praktického lékaře. Stav pacientky dne 8. 8. 2011 jsem dle subjektivního i objektivního nálezu považoval za nekomplikovanou levostrannou pyelonefritidu. Stav trval beze změn čtvrtý den, bolesti se neprohlubovaly, břicho pohmatově bylo v krajině levé ledviny bez bolesti a rezistence, nebylo tedy pravděpodobné, že by byla přítomná i hydronefroza. Dle mého medicínského názoru bylo medicínsky oprávněné zahájit bezprostřední účinnou ATB léčbu a pouze v případě neústupu obtíží do 24-48 hodin by bylo zcela na místě pacienta odeslat k zobrazovacímu vyšetření:

K otázce provedení vyšetření krve, PL uvedl že v případě akutní nekomplikované pyelonefritidy lze v krvi diagnosticky očekávat pouze zvýšení zánětlivých krevních parametrů. V situaci začátku léčby bývá pravidelně zvýšená sedimentace, CRP, a v krvi množství bílých krvinek. Tato kritéria ale nejsou diagnostická pro pyelonefritidu, provázejí v těle každý zánětlivý bakteriální proces. Proto jsem krev nenechal odebrat. Diagnosticky to nemá žádnou hodnotu. Jiné informace bych kontrolou zánětlivých krevních parametrů nezískal.

Podobný zánět léčím v ordinaci cca jedenkrát za dva měsíce, možná i častěji. Schéma svého postupu mám vždy stejné, všichni pacienti byli vždy vylé-

čeni bez komplikací. V případě komplikací byli vždy včas odesláni k urologovi a ten úspěšně dokončil započatou léčbu. V tomto konkrétním případě jsem však důvod k odeslání pacientky ve chvíli vyšetření neshledal. Pacientka by ale byla odeslána k urologovi dne 9. 8. 2011 v případě, že by otec hlásil nezlepšení stavu a také by byla hned odeslána k vyšetření ve dnech následujících po 22. 8. 2011 v případě jakékoliv recidivy horeček s bezprostřední následnou návštěvou v mé ordinaci, tak, jak byla poučena.

Zdravotní sestra u PL už asi 7 let. Pana T zná, dá se říct, že to je její známý. Ale nijak se nestýkají. Jeho rodinu poznala až v ordinaci.

Co se týče nemoci ZT, tak si vzpomíná, že přišla začátkem srpna 2011 s maminkou. Ale co se dělo v ordinaci u pana doktora, to neví, dveře byly zavřené. Kontrolovala moč ZT indikačním papírkem a v moči byla bílkovina, to doktorovi hlásila. Když pak Z s maminkou odešly, tak pan doktor říkal, že se od matky Z dozvěděl, že snad Z šla z diskotéky a oni ji pak našly ležet někde v příkopě. Na základě informací v počítači, který má propojený s počítačem pana doktora, viděla, že jí předepsal Cotrimoxazol - antibiotika - na ostatní byla Z alergická.

Pak Z chodila na kontroly sama, chodila často, vždy se vyšetřovala moč indikačním papírkem. Nález v moči se zlepšoval. Odběry krve Z nedělala.

Pak si hlavně pamatuje poslední návštěvu, to bylo 22. 8. 2011. Z přišla sama ve 13:50 hodin. Zase jí kontrolovala moč, ten nález byl opět lepší. To také panu doktorovi hlásila přes otevřené dveře do jeho ordinace. Také slyšela, jak se pan doktor Z ptá, jestli jí bolí břicho, jestli jí bolí v zádech a jestli má nějaké obtíže. Z tvrdila, že jí nic nebolí, že nechce brát další antibiotika. Pan doktor zvyšoval hlas a říkal Z, že antibiotika brát musí. Co na Z, to už neví.

Slyšela, že pan doktor Z prohmatával - proklepával jí záda, vždycky řekla, že jí to nebolí. Potom jí položil na lehátko, a ona řekla, že nebolí. Dveře byly pořád otevřené.

Pan doktor ji pak vyprovázel do sesterny a říkal jí, že jakmile se vrátí obtíže - bolesti nebo horečky, musí okamžitě volat, nebo přijet a nebo zavolat rychlou. To říkal u mě v sesterně.

Z tedy od nás odcházela s receptem na ty antibiotika.

Ptala se jí, kam jeli rodiče na dovolenou a ona řekla, že neví. To jí přišlo zajímavý. Řekla jí, že to asi bude doma mejdan a ona neodpověděla a jen se uculovala. Zaujalo ji to, že v 19 letech ji doprovázela matka. Taky ji překvapilo, jak se Z k matce chová - arogantně, okřikovala ji i před ní. Jednou dokonce její matce říkala, že by se jí nelíbilo, kdyby se její dcery takto k ní chovaly. Maminka jenom tak pokyvovala hlavou.

A co jí přišlo úplně prapodivný, tak to, že na poslední návštěvu toho 22. 8. přišla Z oblečená v lehoun-

kých šatičkách na ramínka a na boso. Sice neví, jaké bylo počasí, ale ona když je nemocná, tak chodí nabalená. Na ni prostě působila, že je zdravá, i to sama říkala. To vlastně říkala i panu doktorovi.

Na dotaz, když ošetřuje podobně nemocné, poučuje pacienty, odpověděla, že vždycky pacienty vyšetřuje vestoje - proklepává jim záda, to ona vidí, když jsou otevřené dveře, pak si je položí na lehátko a prosahává břicho v okolí močového měchýře a vždycky jim říká, že mají mít klidový režim, užívat antibiotika, nejíst kyselé věci a nechodit na sluníčko. A pokaždé jim říká, že kdyby se stav zhoršil- doslova říká, kdyby z toho měli divnej pocit, ať okamžitě přijedou, nebo ať zavolají a poradí se s ním, a nebo ať zavolají rychlou nebo rovnou do nemocnice. Vždycky to říká. Ví stoprocentně, že to říkal i Z. Z si objednali na 13:50 hodin, kdy chodí jen pozvaní pacienti, měli čas jen pro ni a nikdo je nerušil.

Ví jen, že druhý den po I. vyšetření volal pan T, přepojovala ho na pana doktora - neví už, zda volal na mobil či na pevnou linku. Ten telefon brala a pan T řekl, že Zuzka je lepší, že má chuť k jídlu a pak ten telefon předala panu doktorovi, co si spolu povídali, to neví. Pak si jen přečetla v dekurzu, že Z je lepší a má chuť k jídlu.

Pak už si nepamatuje, že by pan T volal. Dále uvádí, že pan doktor nikdy nikomu nebránil, aby se poradil u jiného odborníka. Pro ni je pan PL velmi poctivý a pečlivý doktor, nikdy nikoho neodbude, je velmi opatrný. Celé její příbuzenstvo je u něj registrováno. Pro ni je to, co se stalo, záhada.

Ve zprávě ZS je konstatováno, že výzva 25. 8. 2011, 11.03 hod., indikace bezvědomí, příjezd na místo 11,17, konec výjezdu 13.34 hod.

Anamnéza stav po operaci na páteři asi 2-3 roky kvůli skoliose, asi týden bolesti zad, dle sestry zánět močových cest, nasazen Cotrimoxazol, brala již druhou krabičku. Pacientka dne 25. 8. 2011 dopoledne nalezena asi v 10,45 na posteli beze známek života mladší sestrou, která byla od včerejšího dne pryč, nejdříve byla na brigádě, přes noc byla u kamarádky. Hned

zavolala sousedku, ta volala RZP, dělaly laickou KPR. Na místě první vůz RZP, podle ní ležela pacientka na gauči v obýváku na zádech s hlavou otočenou doleva k oknu, vedle na polštáři a prostěradle byly zřejmě zvrátky hnědé barvy, stejně jako ve vlasech, na hrudníku vlevo a na levé ruce, většinou již suché, zahájená KPR, vzduchovod, dýchání přes ambuvak, zajištěn žilní vstup. Vzhledem k jistým známkám smrti KPR ukončena.

Objektivní nález: mrtvola leží na podlaze na zádech, bezvědomí, bezdeší, lehce cyanotický obličej, mydriáza bez fotoreakce, suchá rohovka, cyanoza rtů a dlaní rukou, mramorovaná kůže nohou, nafouklé a tvrdší břicho, na sobě má jen kalhotky, pomocenná. Zatím není ztuhlá, ale chladná. Ohledání společně s policií ČR a kriminalisty. Bez stop po vpiších na končetinách, krku, v podpaží, vlevo v kubitě vpich po zajištění RZP, bez známek škracení na krku, stará jizva podél páteře a nad lopatou kyčelní kosti vlevo vzadu. Momentálně měla menstruaci, mezi velkými pysky šňůra od tamponu, stopy čerstvé krve. Ve vlasech vlevo, na krku, trupu vlevo a levé ruce suché hnědé skvrny, zpěněný kopeček stejné barvy na posteli. Při společném ohledání již ztuhlost obličej, krku, částečně rukou, posmrtné polohovací skvrny na zádech. Bez známek úrazu hlavy. Krepitus C páteře neslyším. Na pokoji měla léky na alergii, antikoncepční, na zánět pochvy, prázdný pláteček Cotrimoxazolu. 2 prázdné pláty Paralenu.

Diagnóza R99 jiné neurčité příčiny smrti, čas úmrtí 10.30 hod před příjezdem RZP. Vzhledem k okolnosti nálezu mrtvoly navržena soudní pitva.

*pokračování této Kazuistiky naleznete
v příštím čísle Practicusu*

Péče o nevléčitelně nemocné v ordinaci všeobecného praktického lékaře

Vážené kolegyně a kolegové,

v období od prosince 2015 do března 2016 jste měli možnost vyplnit online dotazník zabývající se tématem péče o nevléčitelně nemocné pacienty v ordinaci všeobecného praktického lékaře.

Celkový počet respondentů byl 190, 71% žen a 29% mužů. Za vyplnění dotazníku a Váš čas Vám velice děkuji a ráda bych se s Vámi podělila o jeho výsledky.

Proč je tato problematika více než aktuální, je poměrně jasné a jako zcela výmluvný argument jistě postačí fakt, že celých 100% lidí jednoho dne zemře.

Navíc vzhledem k demografickému stárnutí populace současně roste i počet pacientů vyžadujících paliativní péči a s nimi přímo úměrně nároky kladené na ošetřující personál. Všeobecní praktičtí lékaři hrají jakožto poskytovatelé primární péče v celém systému zcela klíčovou roli a měli by být integrální součástí multioborového týmu, který pečuje o pacienta na sklonku jeho života.

Cílem dotazníku bylo zjištění zkušeností a názorů českých všeobecných praktických lékařů v přístupu k tématu umírání a smrti.

Cílovou skupinou byli tedy všeobecní praktičtí lékaři pro dospělé v České republice, metodou byl zvolen online dotazník. Celkový počet respondentů byl 190.

Z výsledků dotazníku vyplývá následující:

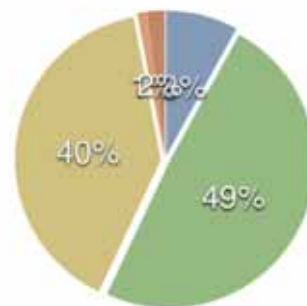
- 49% dotázaných se domnívá, že přání umírajících pacientů jsou spíše respektována, 40% respondentů si myslí, že tomu tak není.
- 92% si myslí, že o problematice konce života a umírání se v rámci společnosti dostatečně nemluví (44% spíše ne, 48% rozhodně ne).
- 40% všeobecných praktických lékařů vnímá sebe sama jako klíčové organizátory péče o terminálně nemocné pacienty a 44% se domnívá, že klíčová je rodina pacienta.
- 86% dotazovaných používá opiátové recepty.
- 56% dotazovaných nikdy neslyšelo o konceptu "Dříve vyslovená přání", 41% se s nimi setkala.
- 71% praktických lékařů má možnost se ve svém kraji obrátit na mobilní paliativní péči, 19% tuto možnost nemá, 10% neví, zda je tento typ péče dostupný.
- 87% lékařů by ve své denní praxi využilo možnost konzultace s paliativním týmem.
- 93% dotázaných se domnívá, že by tématu mělo být věnováno více seminářů a doporučených postupů (50% spíše ano, 43% určitě ano).

na rozhovor s umírajícím pacientem

51 min. ideální čas, který by si lékaři přáli mít k dispozici
20 min. reálný čas, který mají k dispozici

Závěr:

Domníváte se, že přání umírajících jsou v našem zdravotnictví respektována?



■ rozhodně ano ■ spíše ano
■ spíše ne ■ rozhodně ne
■ nevím

"Dříve vyslovená"

Na základě odpovědí respondentů bylo se dalo říci, že povědomí laické veřejnosti a pacientů o problematice smrti a umírání je nedostatečné a fenomén smrti je naší společností dlouhodobě vytěšňován a opomíjen.

Všeobecný praktický lékař a pacientova rodina jsou považováni za klíčové organizátory péče o terminálně nemocného pacienta. Tito pacienti často trpí bolestí a v mnoha případech je nutné přistoupit k podání opiátových preparátů, které jsou praktickými lékaři běžně předepisovány.

Všeobecný praktický lékař ovšem není schopen sám zajišťovat komplexní paliativní péči, a proto je nutná spolupráce jednak na mezioborové úrovni, ale také s ošetřovatelskými a sociálními službami působícími v jednotlivých regionech. Samozřejmostí je podpora vzdělávání a výměna zkušeností cestou pravidelných seminářů a workshoppů.

Ač jsou v České Republice pravidla a management péče o terminálně nemocné pacienty nastavena, nejsou plně dostačující a jistě existuje prostor pro jejich optimalizaci a zlepšení.

Pro další podporu odborného i laického povědomí o problematice péče o terminálně nemocné pacienty předkládám níže uvedené náměty k diskusi:

- Podpora při zakládání mobilních hospiců (pilotní projekt VZP), ambulancí paliativní medicíny a bolesti.

- Zakládání multidisciplinárních paliativních týmů, ve kterých by praktický lékař byl jedním z aktivních členů, zejména ve smyslu prvního kontaktu s pacientem a jeho rodinou a indikace paliativní péče.
- Pravidelné regionálně organizované workshopy/tréninkové kurzy pro všeobecné praktické lékaře.
- Mezioborová symposia s cílem navázání a udržování mezioborové spolupráce.
- Začlenění paliativní medicíny do pregraduálních sylabů pro studenty medicíny.
- Edukační kampaně pro pacienty a jejich rodiny.
- Finanční motivace praktických lékařů ze strany zdravotních pojišťoven ev. přímé platby za poskytnuté konzultace.

Problematika péče o nevléčitelně nemocné a umírající je jedním ze závažných a stále aktuálních témat veřejného zdravotnictví, avšak často se jedná o téma odsouvané na okraj veřejných zájmů, téma tabuizované a obestřené mnoha mylnými představami.

Velice důležitým faktorem je celkové naladění společnosti a otevřenost k danému tématu. A právě zde má praktický lékař zcela klíčovou úlohu a jedinečný prostor své pacienty dlouhodobě a systematicky s problematikou seznamovat. Naší snahou by mělo být vést pacienty k poznání, že umírání nemusí být děsivé a bolestivé, ale že je možné se na ně připravovat a společnými silami tuto životní etapu zvládnout.

Doufám, že výsledky online dotazníku pro vás byly přínosné a že budou impulzem pro další zájem o tuto problematiku.

V souvislosti s tématem péče o terminálně nemocné pacienty bych zde ráda představila následující publikace.

Hospic do kapsy, Alžběta Marková a kolektiv, nakladatelství Cesta domů – 2. aktualizované vydání 2015

Kniha primárně určená pro členy týmů mobilních hospiců, ale i dalším odborníkům z pečujících profesí, kteří se starají o umírající. Výrazně pomůže členům paliativních týmů a oddělení, hospicům, užijí ji i praktičtí lékaři a další lékaři pečující o lidi na konci života. Má malý formát a opravdu se vejde do kapsy. Lehce se v ní hledá, problematika je popsána stručně a jasně, součástí každé kapitoly je i doporučená farmakoterapie včetně dávkování

a příkladu na trhu dostupných preparátů, k dispozici jsou stránky na vlastní poznámky.

Hospice a umění doprovázet, Marie Svatošová, Ecce Homo, 1995

Kniha průkopnice paliativní hospicové péče u nás, která vyšla těsně před otevřením prvního hospice v České republice v Červeném Kostelci ve východních Čechách. Popisuje terminální stav z psychologického hlediska pacienta i pečujícího, jejich potřeby a možnosti podpory, obsahuje skutečné osobní příběhy nemocných, které byly pro autorku nekonečnou inspirací. Podává informace o hospicovém hnutí u nás v jeho raných začátcích, kdy paliativní péče nebyla zdaleka tak široce podporována, jako je tomu dnes.

Nežijeme věčně, Atul Gawande, nakladatelství Dokořán, 2016

Moderní medicína si připisuje jeden triumf za druhým - ví si rady s většinou nemocí a dovede mistrně vyřešit situace, jež by kdysi skončily tragicky. Avšak když přijde na věci nevyhnutelné - na stárnutí a konečnost lidského života - musí se kurativní medicína mnohdy smířit s tím, že člověku už nemá co nabídnout. Profesor chirurgie Harvardovy univerzity Atul Gawande prostřednictvím svého výzkumu a na příbězích pacientů dokládá, jaké utrpení plodí tato situace. Lidé tráví poslední chvíle svého života ve zdravotnických zařízeních, oddělení od svých blízkých, od svého domova, svého života. Rozpačití lékaři nevědí, jak reagovat na pacientovy otázky na smrt a umírání, spoléhají na falešnou naději a „léčí“ pacienta za každou cenu, třebaže tím už jeho život nezachránějí ani nezkvalitní. Gawande vedl rozhovory se zdravotními sestrami v hospicích, gerontology i lidmi, kteří učí, jak vést obtížné rozhovory a jak neopomíjet a nezanedbávat to, na čem lidem skutečně záleží.

Poutavá, upřímná a lidsky citlivá kniha ukazuje, že nejvyšším cílem není dobrá smrt, nýbrž dobrý život - až do konce.

Gawandova kniha Nežijeme věčně (Being Mortal) se po svém vydání v roce 2014 držela po řadu týdnů na prvním místě bestsellerů New York Times. Nyní ji v českém překladu vydává nakladatelství Dokořán.

MUDr. Petra Kánská

Vážení čtenáři a řešitelé testů,

dle nového Stavovského předpisu České lékařské komory č. 16, podle § 5 přílohy č. 1, jsou od 1. 7. 2012 všechny znalostní testy v odborných časopisech hodnoceny jednotně, a to 2 kredity. Za správné vyřešení testu budou řešitelům přiděleny **2 kredity ČLK**. Podmínkou ČLK pro přidělení kreditů je zaslání odpovědí v písemné podobě na odpovědním lístku nebo elektronicky na www.svl.cz, a to **nejpozději do 29. 5. 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 03/2016: 1ab, 2bc, 3ac, 4 b, 5ab, 6 b, 7 b, 8abc, 9 b, 10abc

ZNALOSTNÍ TEST JE HODNOCEN 2 KREDITY ČLK

1. Mezi antihistaminika II. generace s imunomodulačním efektem řadíme:

- a) rupatadin, bisulepin, cetirizin
- b) desloratadin, loratadin, ketotifen
- c) desloratadin, levocetirizin, fexofenadin, bilastin, rupatadin

2. Bakteriální imunomodulátory, které je možno v ČR předepisovat na recepty a jsou částečně hrazeny ze zdravotního pojištění, jsou:

- a) Imunostim GS, Luivac, Preventan
- b) Broncho-vaxom, Luivac, Ribomunyl,
- c) Ribomunyl, Olimunovac, Imunoglukan

3. Substituční léčba imunoglobuliny se u protilátkových imunodeficitů provádí:

- a) intravenózně, subkutánně, případně u lehčích forem i intramuskulárně
- b) zásadně jen intravenózně
- c) subkutánně nebo intramuskulárně

4. Z lokálních přípravků vykazuje nejsilnější komedolytický účinek:

- a) erytromycin
- b) benzoylperoxid
- c) retinoidy

5. V graviditě není kontraindikován:

- a) izotretinoin
- b) kyselina azelaová
- c) tetracykliny

6. Které celkově podávané ATB k léčbě akné patří k nejúčinnějším, tj. lékem první volby?

- a) makrolidy
- b) tetracykliny
- c) peniciliny

7. Jak vnímáte riziko pneumokokových infekcí?

- a) závažné infekce, kterým je lepší předcházet očkováním
- b) závažné infekce, ale ATB se dají lehce léčit
- c) jde o nezávažnou infekci

8. Jaké je doporučené očkovací schéma pro pneumokokovou vakcinaci u osob nad 65 let?

- a) Prevenar13 a poté Pneumo23
- b) Pneumo23 a poté Prevenar13
- c) Synflorix

9. Nejčastější příčinou úniku moči u mužů je:

- a) stresová inkontinence
- b) urgentní inkontinence
- c) iatrogení inkontinence

10. Příznaky močové inkontinence zhoršuje:

- a) kouření
- b) přítomnost infekce močových cest
- c) léčba diuretiky

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

ODPOVĚDNÍ LÍSTEK – TEST Č. 4/2016

Jméno a příjmení _____

Adresa pracoviště _____

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

Zakroužkujte 1–3
správné odpovědi:

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

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

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