



PRACTICUS

pro praktické lékaře zdarma • č.8/2021 • ročník 20



TÉMA:

**XV. jarní interaktivní konference
Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP**

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

OBSAH

PRACTICUS

odborný časopis SVL ČLS JEP
8/2021, ročník 20

INFO SVL

- 04 **EDITORIAL**
05 **XV. JARNÍ INTERAKTIVNÍ KONFERENCE SPOLEČNOSTI
VŠEOBECNÉHO LÉKAŘSTVÍ ČLS JEP**

ZPRÁVY Z KONFERENCE

- 06 **COVID A PLÍCE**
doc. MUDr. Norbert Pauk, Ph.D.
09 **OBEZITA – EPIDEMIOLOGIE A KOMORBIDITY**
doc. MUDr. Ludmila Brunerová, Ph.D.
13 **KLÍŠŤOVÁ MENINGOENCEFALITIDA V AMBULANCI,
V NEMOCNICI, NA JIP**
MUDr. Dita Smíšková, Ph.D.
16 **INOSIN PRANOBEX, KLINICKOU PRAXÍ OVĚŘENÝ IMUNOMODULÁ-
TOR S PŘÍMÝM PROTIVIROVÝM ÚČINKEM**
prof. RNDr. Jan Krejssek, CSc.

ODBORNÝ ČLÁNEK

- 18 **OPTIMALIZACE KLINICKÝCH PŘÍSTUPŮ K PACIENTŮM S
ONEMOCNĚNÍM COVID-19 V PRIMÁRNÍ PÉČI**
Doc. MUDr. Bohumil Seifert Ph.D.
24 **ORÁLNÍ FLUKLOXACILIN, ZÁKLADNÍ VLASTNOSTI
A TERAPEUTICKÁ VYUŽITÍ**
MUDr. Otakar Nyč, Ph.D., MUDr. Igor Karen
27 **BÁLINTOVSKÉ SKUPINY – LÉKAŘ COBY LÉK**
MUDr. Romana Hronová
31 **NOVÉ POVINNOSTI POSKYTOVATELŮ PÉČE VE VZTAHU
K LÉKAŘSKÝM PŘÍSTROJŮM DLE ZÁKONA 89/2021 SB**
Ing. Jiří Seidl
32 **TERMINOLOGIE A STRUKTURA POPISU ZÁKLADNÍHO POCUS
HRUDNÍKU**
Roman Škulec, David Halata, Dušan Zhoř, Jiří Nový

KAZUISTIKY

- 36 **MLADÝ AKTIVNÍ MUŽ S HYPERTENZÍ, DYSLIPIDÉMIÍ A NEOCHOTOU
K LÉKAŘSKÝM PROHLÍDKÁM**
MUDr. Jana Kařková

MLADÍ PRAKTIČI

- 40 **WONCA PREKONFERENCE AMSTERDAM 2021: OBLEČENÁ
NEOBLEČENÁ, OBUTÁ NEOBUTÁ ANEB JAK VYPADÁ HYBRIDNÍ
KONFERENCE**
MUDr. Marika Svatošová

Vydavatel:

Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP

Adresa redakce:

Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP
Sokolská 31, 120 00 Praha 2
tel.: 267 184 064
e-mail: practicus.svl@cls.cz
www.practicus.eu

Redakce:

Šéfredaktor:

MUDr. Stanislav Konštacký, 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: doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc., MUDr. Otto Herber, doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D., MUDr. Pavel Brejník, MUDr. Josef Štolfa, MUDr. Igor Karen, MUDr. Jozef Čupka, MPH, MUDr. David Halata, MUDr. Toman Horáček, MUDr. Kateřina Javorská, MUDr. Stanislav Konštacký, CSc., MUDr. Jan Kovář, MUDr. Dana Moravčíková, MUDr. Cyril Mucha, MUDr. Josef Olšř, MUDr. Bohumil Skála, Ph.D., MUDr. Boris Šťastný, MUDr. Jana Vojtíšková, MUDr. Lenka Bilková, MUDr. Miloš Ponižil, MUDr. Bergmann David, MUDr. Červený Rudolf, Ph.D., MUDr. Drbalová Šárka, MUDr. Havránek Jiří, MUDr. Homola Ambrož, Ph.D., MUDr. Horký Jiří, MUDr. Marek Vladimír, MUDr. Mestická Petra, MUDr. Matějková Astrid, MUDr. Stárková Helena, MUDr. Šindelář Jan,

Spolupracovnice časopisu:

Andrea Vrbová

Náklad 6 000 ks. • • • Vychází 10x ročně.

Pro praktické lékaře v ČR zdarma.

Roční předplatné pro ostatní zájemce

610 Kč. • • • Přihlášky přijímá redakce.

Toto číslo bylo dáno do tisku 25. 10. 2021 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, 2021

EDITORIAL



MUDr. Stanislav Konštacký, CSc.

Šéfredaktor časopisu Practicus

Vážené kolegyně, vážení kolegové,

podzim se nám dokonale přihlásil v některých lokalitách i s teplotami pod nulou, a tudíž lze očekávat, že se budeme opět setkávat s virózami, a od nich budeme odlišovat ty, které jsou způsobené COVID-19. V minulém roce jsme díky preventivním opatřením a omezením pohybu a kontaktů mezi lidmi nezažili sezonní výskyt chřipky, a dokonce ani jiných viróz. Letošní podzim ukazuje, že se situace nebude opakovat, jednak stoupá počet pozitivních na COVID-19 (naštěstí výrazně nižší, než tomu bylo v minulém roce), ale i sezonnost se opět projeví. Vedle očkování proti COVID-19, u některých klientů už třetí dávkou, zůstává velká část neočkovaných seniorů, a bylo by vhodné se podívat do kartoték, kolik registrovaných pacientů patřících do této skupiny se očkování vyhnulo a snažit se to napravit.

V odborném tisku se objevilo množství informací týkající se COVID-u, zvláště bych však chtěl upozornit na článek uveřejněný v Časopise lékařů českých od našeho vědeckého sekretáře, doc. Bohumila Seiferta a kolektivu, pod názvem „Optimalizace klinických přístupů k pacientům s onemocněním COVID-19 v primární péči“. Článek díky tomu, že se na něm podíleli lékaři různých oborů, doporučuje, jak postupovat v prvním kontaktu s těmito pacienty, ale nenahrazuje platný Doporučený postup Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP „Pandemie infekce COVID-19 a primární péče, který obdrželi všichni praktičtí lékaři.

Podařilo se nám získat souhlas autora i předchozího vydavatele a článek si můžete přečíst i v Practicusu.

Klinika onemocnění ukázala, že závažné postižení při infekci COVID-19 je především plicní tkáň, a tomuto problému se věnuje článek doc. Pauka.

Obezita jako součást metabolického syndromu a její léčba se často jeví jako boj s větrnými mlýny, přesto se stále hledají nové metody, jak toto onemocnění léčit, další rady můžeme čerpat ze článku doc. Brunerové.

30. 9. až 2. 10. se konaly XVI. Hradecké Vakcinologické dny a vedle COVID-u se hodně hovořilo o očkování i protipneumokoku. Více o něm se zmiňuje v tomto čísle prof. Pazdiora a i v tomto období bychom na očkování proti tomuto závažnému patogenu neměli zapomenout. Očkování se věnuje i další z příspěvků a sice dr. Smíškové o klinice klíšťové meningoencefalitidy – k tématu dodávám, že vakcína proti klíšťové meningoencefalitidě bude od nového roku hrazená ze zdravotního pojištění u osob nad 65 let, což je informace z Vakcinologických dnů. Prof. Krejsek, ale i jiní autoři se vyjadřovali k preparátu Inosin pranobex, tentokrát k jeho účinku u virových infekcí jako imunomodulátoru.

Antibiotická léčba je v našich ordinacích poměrně rozšířená. Při nasazení ATB léčby vycházíme často ze zkušeností a ze znalostí literatury. Stafylokokové infekce patří k těm úpornějším, a proto Flukloxacilin s baktericidním účinkem na stafylokoky a streptokoky, prezentovaný v tomto čísle dr. Nyčem a dr. Karenem, je vhodné nasadit při zjištění citlivosti kultivací.

Výkladem Zákona 89/2021 a prováděcí vyhlášky 186/2021 jsou stanoveny povinnosti při nakládání se zdravotnickými prostředky.

Rozšiřování kompetencí praktických lékařů o ultrazvukové vyšetření bylo předneseno na JIK, autoři doc. Škulec, dr. Halata, dr. Zhoř a dr. Nový seznamují s terminologií v této oblasti.

Naše osmička přináší i další informace a budeme rádi, pokud v ní naleznete něco pro vás nového, nebo alespoň zajímavého.

XV. jarní interaktivní konference Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP

Vážené kolegyně, vážení kolegové,

navzdory nepříznivým neočekávaně covidové pandemii se po částečném uklidnění situace mohla ve dnech od 3. do 5. 9. 2021 konat XV. jarní interaktivní konference SVL ČLS JEP. I přes výrazně omezené možnosti bylo toto naše setkání přijato širokou odbornou veřejností kladně a přineslo do naší každodenní práce řadu zajímavých poznatků. Jak je již tradicí, i letos došlo k dekorování udělením „čestného členství“. „Čestné členství“ bylo uděleno našim dvěma kolegyním, MUDr. Aleně Šimurdové a MUDr. Alexandře Sochorové, které s osobním nasazením, entuziasmem a zcela nezištně pracovaly pro náš obor řadu let. Udělení „čestného členství“ se poprvé v naší historii zúčastnil i ministr zdravotnictví, Mgr. et Mgr. Adam Vojtěch, MHA.

PODĚKOVÁNÍ OCENĚNÝCH

Vážím si toho, že jsem měla možnost pracovat ve prospěch Společnosti všeobecného lékařství, že jsem **mohla být u zrodu nové úrovně našeho oboru**. Mohla se podílet na vzestupu jeho prestiže a z nepříliš uznávaných „obvodáků“ se stávali **vzdělaní a respektovaní lékaři**.

Chtěla bych také vyslovit velký **děk a ocenění Sdružení praktických lékařů**, díky kterému mohou praktici pracovat **s pocitem bezpečného profesního zázemí**. Praktičtí lékaři **profitují ze spolupráce a společného postupu těchto dvou institucí**, které nám mohou ostatní lékařské profese závidět.

Pro mladé začínající praktiky jsou výsledky této spolupráce již samozřejmostí, netuší s jakým osobním nasazením, entuziasmem a zcela nezištně jejich starší kolegové postupně dosahovali úspěchů při snaze o emancipaci a zvyšování atraktivity oboru. Je to pochopitelné a nelze jim to vyčítat. Přesto bych si – jako „stará praktička“ – směrem k nim dovolila **jednu myšlenku. Úspěch lékařů mimo jiné spočívá v tom, že si i pod tíhou stupňující se náročnosti jejich práce a ve spleti elektronických vymožeností stále uvědomují, že objektem jejich práce je člověk.**

Všem svým kolegům přeji hodně pohody, klidu a spokojenosti v soukromém i profesním životě.

Děkuji za ocenění Společností všeobecného lékařství, vážím si jej.
Alena Šimurdová



Chtěla bych touto cestou poděkovat výboru Společnosti všeobecného lékařství za udělení čestného členství. Po atestaci z interního lékařství jsem byla nucena odejít do terénu na obvod. V té době se nově koncipoval obor všeobecného lékařství a současně se uskutečnily i atestace z nově vzniklého oboru. Začínala nová éra „obvodáků“, kdy se postupně lékaři pravidelně vzdělávali a za velkého přispění kolegů ze Sdružení praktických lékařů získávali i další kompetence pro léčbu svých pacientů.

V té době jsem již měla atestaci ze všeobecného lékařství I. st. a počátkem 90. let i atestaci II. st. a začala

školit kolegy v přípravě k atestaci. Zpočátku jen z čistého entuziasmu, později následovala i finanční odměna. Po ustanovení krajských konzultantů jsem tuto funkci přijala a snažila se, aby naše semináře byly nejen přínosné, ale i zajímavé.

Bylo nás samozřejmě víc, kteří jsme se snažili, aby se na nás především laická, ale i lékařská veřejnost nedívala s despektem, jako na nedostatečně vzdělané a nekompetentní „obvodáky“. Nebylo to vždy jednoduché, ale věřím, že rozdíl je za těch 40 let dostatečně vidět.

Jsem ráda, že jsem u toho mohla být, a přeji všem svým kolegům, aby, až jednou opustí svou praxi, měli podobné pocity. Přeji všem hodně zdraví, pohodu, pevné nervy i trpělivost.

Ať se vám vše daří!
Alexandra Sochorová

Covid a plíce



doc. MUDr. Norbert Pauk, Ph.D.

Klinika pneumologie 3. LF UK a Fakultní nemocnice
Bulovka Praha

Letošní Jarní interaktivní konference (JIK) pořádaná Společností všeobecného lékařství ČLS JEP se podobně jako v loňském roce konala na podzim, a to od 3. do 5. září v Praze. Zazněly zde nejnovější informace také o problematice COVID-19 ve vztahu k plicnímu postižení.

Lidských koronavirů vyvolávajících onemocnění je sedm, přičemž čtyři z nich jsou tzv. staré (alfa a beta typy) tři z nich, kam patří MERS, SARS a současný SARS-CoV2 jsou tzv. nové, přičemž SARS-CoV2 je středně velký virus s poměrně velkou mRNA. Zatímco staré koronaviry se váží především na receptory horních cest dýchacích, nové typy jsou více afinitní k dolním cestám dýchacím. I když SARS a MERS byly daleko větší tzv. zabíjáci, SARS-CoV2 má CFR (case fatality rate) nižší, avšak déle přetrvává v populaci, nakazí tedy více nemocných a vzhledem k nosokomiálnímu šíření je velkým nebezpečím zejména pro seniory, pacienty s poruchami imunity, pro nemocné po transplantacích, ale i pro zdravotníky.

Nové koronaviry se váží především na ACE-2 receptory, kterých je nejvíce v 2. typu alveolárních buněk, v průduškovém epitelu, jazyku, horním gastrointestinálním traktu, buňkách myokardu, ledvin, v proximálních tubulech nebo močovém měchýři. SARS-CoV-2 se váže na ACE-2 receptory až 10× silněji než ostatní koronaviry. V komunitě se COVID-19 šíří hlavně kašlem a kýcháním, ale i dotykem předmětů a povrchů a následně úst, očí a nosu. Medián inkubační doby je 5–6 dní od expozice, většina pacientů (97,5 %) je příznaková do 12–14 dne.

Ke komorbiditám a rizikům infekce SARS-CoV2 patří zejména věk nad 60 let, neléčená hypertenze, diabetes, ICHS, hepatitida B, cerebrovaskulární onemocnění, CHOPN (chronická obstrukční plicní nemoc) a nádorová onemocnění. U dětí a těhotných se zdá, že existuje určitá protekce díky imunitě. V praxi se ukázalo, že čím více komorbidit a čím více neléčených komorbidit,

tím pro pacienta hůře. To prokázala i řada studií, např. podle americké studie (New York State Department of Health) byla nejčastější komorbiditou hypertenze (téměř 60 %), následoval diabetes (více než 35 %), hyperlipidémie (cca 20 %), koronární onemocnění, renální onemocnění, CHOPN (necelých 10 %). Alespoň jedna komorbidita byla zaznamenána u 86,2 procent pacientů s COVID-19.

Pokud jde o klinická kritéria, onemocnění COVID-19 je akutní respirační infekce, kdy se zároveň objevují i febrilie nad 38 st. C (až v 90 %), kašel, hlavně suchý (40 %), zimnice (15 %), popř. dušnost (20 %), bolesti hlavy, v krku, bolest svalů (15 %). Ztráta čichu se u závažných forem objevuje méně často, stejně jako průjem (cca 3 %), závratě a zvracení. V případě delta mutace je typická horečka, bolesti hlavy a bolest v krku s rýmou.

Součástí nemocničního vyšetření u podezření na COVID-19 jsou vstupní klinické vyšetření včetně odběrů (krevní obraz, koagulace, biochemie, CRP), diagnostické stěry nosohltanu pro dg. SARS-CoV2-PCR, RTG hrudníku / lépe CT (HRCT). K dominujícím znakům pro COVID-19 na HRCT hrudníku patří přítomnost opacit typu mléčného skla nebo crazy paving či konsolidace a jejich kombinace, periferní a bilaterální distribuce a rychlý vývoj změn při kontrole s odstupem 24 hodin a více. Podstatný vývoj změn v krátkém odstupu – v řádu 60–120 minut, spíše svědčí pro jinou etiologii, jako je edém plic, krvácení atd. Relativně málo častý je pleurální výpotek. Při pochybnostech o etiologii změn v dorzálních částech plicního parenchymu a podezření, že jde o gravitační změny, je třeba bezprostředně provést vyšetření na břiše. Mezi nejčastější CT nálezy patří:

- opacity typu mléčného skla – 87 %,
- konsolidace – 44 %,
- smíšený obraz opacit/konsolidace – 65 %,
- bilaterální postižení – 83 %,
- unilaterální postižení – 10 %,
- zvětšení nitrohruďných uzlin – 1 %,
- pleurální výpotek – 14 %

Až 50 procent pacientů COVID-19 pozitivních s rozvojem pneumonie může mít normální CT nález v prvních dvou dnech od začátku symptomů dušnosti, tudíž negativní CT nález ve dnech 0–2 od vzniku potíží nevylučuje rozvíjející se pneumonii. CT má vysokou senzitivitu – zachytí více než 90 procent pozitivních covid pneumonií, ale zároveň mezi CT pozitivními nálezy může být až 75 procent nemocných s jiným plicním

nálezem, jiným preexistujícím onemocněním. Podzim například přináší i možnost komplikací jiných virových onemocnění, například chřipkou. Důležitá je role PCR diagnostiky, porovnávání kliniky, anamnézy, laboratoře ale i očkování proti chřipce atd.

Následky COVID-19 v praxi

Při sledování pacientů po hospitalizaci s COVID-19 je potřeba se zaměřit především na přetrvávající bronchiální hyperreaktivitu, přetrvávající změny v krevním obraze a koagulaci, rozvoj intersticiálních plicních změn nebo i na kardiologické změny. Důležité je myslet na to, že následky covidu se mohou projevit i na jiných orgánech, než je respirační systém, jakými jsou např. srdce, ledviny, játra a CNS.

Součástí postcovidové kontroly v naší pneumologické ambulanci je základní biochemické vyšetření, krevní obraz s diferenciálním rozpočtem, vyšetření koagulace, skiagram hrudníku, spirometrické vyšetření (bronchodilatační test při obstrukci, FENO výběrově). Po třech měsících provádíme i celotělovou bodyplety smografi a plicní difúzi. V indikovaných případech, i podle kapacity pracoviště, doplňujeme HRCT plic, zejména pečlivě monitorujeme pacienty v čase. HRCT je jistě indikované u všech, kteří mají intersticiální plicní proces v anamnéze.

Léčba COVID-19 v domácím prostředí je symptomatická, je doporučen dostatek tekutin, vitamínů a spánku, podávají se léky s antipyretickým a analgetickým účin-

kem a důležité je nepřerušovat léčbu jiných onemocnění. V nemocnici se pro léčbu u středně těžkých průběhů onemocnění osvědčil remdesivir, někdy i podání hyperimunní plasmy. Klíčové je u hospitalizovaných vždy podat preventivně antikoagulanca, častý byl výskyt i současně trombózy, nebo dokonce plicní embolie. Po 5 dnech, někdy i dříve, u hospitalizovaných rostla role podání celkových kortikosteroidů (dexamethazon, solumedrol) a kyslíková léčba. U bilaterální pneumonie a počínající hypoxémie se zavádí včas léčba kyslíkem, u významné hypoxémie pak HFNO (high flow nasal oxygenation). Při selhání a v indikovaných případech jsou nemocní napojeni na UPV či ECMO.

U pacientů s postcovidem se v rámci respiračního systému ukázal cenný erdosteín, který působí jako scavenger volných kyslíkových radikálů, zabraňuje tvorbě kyslíkových radikálů a významně redukuje 8-isoprostan. Zabraňuje uvolňování ROS z neutrofilů při respiračním vzplanutí a snižuje riziko poškození DNA plicního epitelu. Vedle toho má schopnost zvyšovat v těle koncentraci glutathionu, jehož nízké koncentrace jsou zodpovědné za poškození dýchacích cest při onemocnění COVID-19. Účinnost erdosteínu proti COVID-19 potvrdila i observační studie (Santus 2020) u pacientů s COVID-19 a pneumonií, kterým byl po propuštění z nemocnice podáván erdosteín 600 mg/denně po dobu 15 dní. Výsledky potvrdily, že erdosteín snižuje respirační příznaky onemocnění – významně byla zlepšena zejména dušnost a kašel, a zároveň zlepšuje kvalitu života pacientů s COVID-19.

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

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

Obezita – epidemiologie a komorbidity



doc. MUDr. Ludmila Brunerová, Ph.D.

Diabetologické centrum
Interní klinika FNKV a 3. LFUK Praha

Od roku 2019 je celý svět doslova paralyzován pandemií onemocnění COVID-19. COVID-19 však upozadil jinou pandemii, která v posledních třech dekadách exponenciálně narůstá – pandemii obezity. Na základě epidemiologických dat došlo celosvětově za tuto dobu k pětinasobnému nárůstu počtu mužů s obezitou, a dokonce sedminásobnému nárůstu žen s obezitou.

Obezita je nejčastěji definována na základě body mass indexu/BMI (hmotnost (kg)/výška (m²)). Za normální BMI je označováno BMI v rozmezí 18,5–25 kg/m², preobezita (dříve nadváha) $\geq 25 < 30$ kg/m². Samotná obezita je členěna do 3 stupňů – I. stupně (BMI ≥ 30 až < 35 kg/m², II. stupně ≥ 35 až < 40 kg/m² a III. st. ≥ 40 kg/m²).

Klíčová je však změna paradigmatu vnímání obezity jako chronického onemocnění, spojeného s nadměrným ukládáním tuku (zejména viscerálního), které může vést k dalšímu poškození zdraví. Celosvětově hovoří odborné společnosti o obezitě jako chronické chorobě, spojené s významnou morbiditou a mortalitou.

Komorbidity obezity zasahují prakticky všechny orgánové systémy. Obézní pacienti mají zvýšené riziko psychiatrických poruch, a to jak z oblastí afektivních (deprese, úzkosti), tak kognitivního deficitu (demence). Velkým tématem současné doby je syndrom spánkové apnoe, opět u obézních významně častější. Nejen obezita samotná, ale také syndrom spánkové apnoe představují rizikový faktor kardiovaskulárních onemocnění (ischemická choroba srdeční, srdeční selhání, cévní mozková příhoda), ale také dalších, kardiovaskulární riziko zvyšujících, onemocnění (hypertenze, hyperlipidémie). Z oblasti metabolických chorob je obezita spojena s vyšším výskytem prediabetu a diabetu 2. typu, které v bludné spirále dále zvyšují riziko kardiovaskulárních onemocnění. Významně postižen je také gastrointestinální trakt s vyšším rizikem cholecystolitíazy či nealkoholické steatohepatitidy (v současné

době velmi častá příčina jaterní cirhózy). Obézní osoby obou pohlaví také výrazně častěji bojují s infertilitou. Vzhledem k nárůstu obezity s věkem a posunu plánované gravidity do vyššího věku se tato komplikace stává obrovským problémem pro značný počet párů. Obezita je prokázaným rizikovým faktorem celé řady maligních onemocnění. Komorbiditou obezity, která pacienta sice jistě neohrožuje na životě, zásadně však snižuje jeho kvalitu, jsou kloubní obtíže (artróza nosných kloubů, spondylartróza) s projevy chronických algických syndromů, dále zhoršujících obvykle již značně sníženou mobilitu obézních pacientů. Tento výčet onemocnění spojených s obezitou není zdaleka kompletní.

Podle epidemiologických dat souvisí mortalita s BMI a křivka vzájemného vztahu je ve tvaru písmene J. V rozsáhlých studiích je s vyšší mortalitou spojen nižší BMI (což ovšem může znamenat a obvykle také značí přítomnost závažného onemocnění, které k poklesu hmotnosti vedlo), ale hlavně BMI v pásmu obezity, přičemž nárůst mortality exponenciálně roste již od II. a hlavně ve III. stupni obezity.

Ač je obezita odbornými společnostmi považována za chronické onemocnění, bohužel k ní často jako ke chronické chorobě nepřistupujeme. Obezita je dle dat z rozvinutých zemí diagnostikována přibližně jen polovině reálně obézních osob, a pouze u čtvrtiny těchto pacientů proběhne následná kontrola zaměřená na otázku hmotnosti. Ani v Česku není situace lepší. Ačkoli prakticky dvě třetiny české populace trpí preobezitou (nadváhou) či obezitou, 70 % těchto osob nevnímá svou hmotnost jako jakkoli problematickou.

Závěrem lze shrnout, že obezita je chronickým onemocněním, jehož incidence a prevalence celosvětově dramaticky roste a které prokazatelně zkracuje život a snižuje jako kvalitu (současně vyšším výskytem celé řady komorbidit, postihujících prakticky všechny orgánové systémy). Nejen laická, ale i odborná společnost však často obezitu jako onemocnění nevnímá, a ani k obezitě jako k chorobě nepřistupuje. Je na čase tento náš pohled změnit a pacientům nabízet adekvátní terapii (režimová opatření, v současné době dostupná účinná a bezpečná farmakoterapie a u indikovaných pacientů bariatrická chirurgie), díky níž můžeme osud obézních pacientů změnit.

Literatura dostupná u autora.

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

Očkování v ordinaci praktického lékaře



prof. MUDr. Petr Pazdiora, CSc.

Přednosta Ústavu epidemiologie LF v Plzni, UK

Již tradičně patřila mezi hlavní témata Jarní interaktivní konference (JIK), která se v roce 2021 konala atypicky od 3. do 5. září, problematika očkování.

Na Praktické aspekty očkování polysacharidovými a konjugovanými vakcínami se zaměřil prof. MUDr. Petr Pazdiora, CSc., přednosta Ústavu epidemiologie LF v Plzni, UK. Tématu polysacharidových a konjugovaných vakcín se věnoval v kontextu změn vázaných na dodávky polysacharidové vakcíny Pneumovax 23 na český trh, které mají dopad zejména na prevenci pneumokokových onemocnění a s nimiž souvisí i nový metodický postup zdravotních pojišťoven platný od 1. 8. 2021.

Již v 90. letech minulého století byla k dispozici pneumokoková polysacharidová vakcína (PPV). Legislativně pak bylo očkování proti pneumokokovým onemocněním posíleno v roce 2001, kdy bylo zahájeno očkování klientů zařízení sociální péče touto očkovací látkou. Následně několik let probíhalo i povinné očkování zaměstnanců zařízení sociální péče. V té době byly k dispozici pouze polysacharidové vakcíny a čekalo se netrpělivě na novou generaci vakcín, které by bylo možné použít i v nejmladších věkových skupinách. Po schválení konjugovaných vakcín (PCV) pro použití v Evropě došlo k jejich zavedení u dětské populace i v ČR. Od roku 2007 bylo doporučeno očkování stigmatizovaných dětí do pěti let věku a od roku 2010 všech kojenců v prvním půl roce života (vakcínami PCV10 či PCV13). K další změně došlo v době, kdy vakcína PCV13 byla zaregistrována pro používání i u dospělých a od roku 2012 bylo doporučeno očkování dospělých rizikových osob. K dispozici v té době byly jak konjugované, tak polysacharidové vakcíny.

Proočkovanosť je v ČR analyzována na základě dat zdravotních pojišťoven (ZP). Údaje o nemoci, smrtelnosti a výskytu sérotypů jsou čerpány z výročních zpráv Národní referenční laboratoře (NRL) pro streptokokové nákazy při Státním zdravotním ústavu (SZÚ). Od roku

2008, kdy byla zahájena surveillance invazivních pneumokokových onemocnění (IPO) v ČR, pozorujeme to, co i jinde ve světě. Křivka nemoci připomíná kolébku s vysokým výskytem onemocnění u dětské populace (zejména do pěti let věku) a znatelně vyšším nárůstem u populace starší, zejména po 65. roce věku. Po zahájení očkování sice došlo u dětské populace k určitému poklesu nemoci, u dospělých je však situace komplikovanější.

Data z roku 2020 potvrzují, že covid-19 nepochybně ovlivnil i šíření respiračních a jiných nákaz. Promítlo se to i do poklesu počtů pneumokokových onemocnění. Nicméně i nadále zůstávají dominantně postiženy dvě již zmíněné věkové skupiny. Pokud jde o závažnost IPO, rok 2019 byl výjimečný, avšak i při nízkých počtech onemocnění se objevilo několik úmrtí u nejmladších dětí. Dlouhodobě je ale zřejmé, že zejména u starší populace se situace nemění. U diagnostikovaných a hlášených IPO se smrtnost v nejvyšší věkové skupině, tedy 65+, stále pohybuje nad 20 procent, což je určité memento a jasný pokyn k tomu, proč v nejvyšších věkových skupinách proti pneumokokovým onemocněním očkovat.

V současné době identifikují laboratoře již více než sto sérotypů pneumokoků. Díky perfektní spolupráci klinických laboratoří s centrální NRL SZÚ se během let daří typizovat stále větší procento izolátů. Na druhé straně je třeba připomenout, že i na našem malém území v populaci 10 milionů lidí je cirkulace sérotypů obrovská. Jestliže ze sta jich je v populaci rozšířeno 40, je to obrovské číslo. Získaná data umožňují sledovat střídání (replacement) sérotypů, kdy se pořadí těch nejrozšířenějších během let výrazně mění. Svůj význam si udržel sérotyp 3, který je považován za klinicky nejzávažnější. Na druhé straně se v roce 2020 do popředí dostal sérotyp 19 A, který je bohužel spojován i s vyšší rezistencí vůči léčbě penicilinovými antibiotiky. Význam má tedy nejen počet sérotypů, ale také jejich skladba, která je důležitá i z hlediska účinnosti protekce jednotlivými vakcínami.

Polysacharidové vakcíny lze vnímat jako určitou fázi vývoje nových očkovacích látek. Základem polysacharidových vakcín jsou kapsulární polysacharidové antigeny izolované z příslušných původců onemocnění. Po jejich zavedení se ale ukázalo, že problémem je neregulace na tuto složku u dětí v nejnižším věku (do 2 let). Z toho je zřejmé, že pokud zde nebyla další generace vakcín, v tomto případě konjugovaných, nebylo žádoucí zahajovat plošné očkování např. proti hemofilovým,

meningokokovým a pneumokokovým infekcím atd., pokud bychom dopředu věděli, že imunita po tomto typu očkovací látky je nedostatečná. Dalším problémem polysacharidových vakcín je poměrně krátkodobá protekce.

Vývoj polysacharidových vakcín u uvedených onemocnění měl svůj význam zejména v 80. a 90. letech, ale všechny tyto typy s příchodem nového tisíciletí při očkování dětí postupně vystřídalaly vakcíny konjugované. Např. při prevenci hemofilových infekcí nahradily konjugované vakcíny z důvodů vyšší účinnosti polysacharidové již v roce 1987. Když si uvědomíme, že tyto vakcíny od okamžiku, kdy je bylo možno využít i v nejmladších věkových skupinách, zachránily každoročně miliony životů, je jasné, že je to velmi důležitá součást specifické a zatím dominantní prevence u těchto tří dětských onemocnění.

Nevýhodou polysacharidových vakcín je, že reakce vytváření protilátek mívá část imunity spojenou s T-lymfocyty, nevzniká zde imunologická paměť a protekce je víceméně závislá na protilátkách přímo podávanému antigenu v podobě vakcín. Oproti tomu u vakcín konjugovaných, kde se využívá řada nosičů, je princip působení daleko širší. Při odpovědi organismu se uplatňují nejen B-lymfocyty, ale i T-lymfocyty, a vzniká tak souhra obou součástí imunitního systému. Kromě tvorby protilátek se aktivují i buňky paměťové a vzniká možnost reakce při opětovném setkání s infekcí.

Když se v roce 2010 zahajovalo v ČR očkování PCV u nejmenších dětí, zájem byl obrovský a bylo proočkováno okolo 80 procent dětí do jednoho roku (podle schématu 3+1). Dnes však pokračuje nepříznivý trend, kdy proočkovanosť klesá a v posledních letech se pohybujeme jen kolem 65–70 procent – navíc při schématu 2+1! Pokud je proočkovanosť populace nedostatečná, nemůže vzniknout dostatečná kolektivní imunita a nemůžeme zabránit šíření infekce. Bohužel musíme konstatovat, že dnes, zhruba po 10 letech tohoto očkovacího programu jsme nesplnili cíl, který jsme si v roce 2010 dali, nedošlo k dramatickému poklesu nemocnosti a bohužel i v nejnižších věkových skupinách přetrvávají úmrtí.

Jiná je situace u dospělých. Analýzy dat zdravotních pojišťoven se zaměřením na věkovou skupinu 65+ ukazují, že zejména díky praktickým lékařům se během několika posledních let podařilo v této věkové kategorii zvýšit proočkovanosť proti pneumokokovým onemocněním, a ta dosáhla v r. 2018 14 procent. Nicméně i tak zůstává nízká a za vyspělými zeměmi v tomto ohledu stále zaostáváme.

Nový metodický postup, který vešel v platnost od 1. srpna 2021, zásadně mění pravidla pro úhradu očkování rizikových skupin. U pravidelného očkování dětí, stejně jako u očkování v kolektivních zařízeních a u očkování seniorů 65+ se zatím nic nemění a i nadále se používají vakcíny PCV13.

Nyní se situace mění, po 4letém výpadku se na trh znovu dostala polysacharidová vakcína, tč. Pneumovax23, opět zde máme dvě vakcíny a úhrada ZP se řídí cenou té ekonomicky výhodnější, tedy polysacharidové (813,34 Kč). Od srpna tedy ZP hradí jen částku odpovídající ceně polysacharidové vakcíny. Došlo zde ke zjevnému rozporu ekonomického a odborného pohledu. Nyní je zejména na Národní imunizační komisi a na MZ ČR, aby se s tímto rozporem popraly. Odborný pohled je jednoznačný: potřebujeme při očkování určitých skupin zajistit optimální imunitní odpověď a ekonomický pohled by měl proto zůstat v pozadí.

Je zřejmé, že v ČR máme problém s výskytem invazivních pneumokokových onemocnění v seniorské populaci. Víme, že v různých věkových skupinách dochází k obměně sérotypů, což je důležité z hlediska využívání konkrétních vakcín. Nepříjemné je, že i přes určitý nárůst proočkovanosť ve starší populaci zůstává tato proočkovanosť velmi nízká. A jestliže máme nízkou proočkovanosť, měla by být alespoň zajištěna optimálními očkovacími látkami, uzavřel prof. Pazdíora.

Klíšťová meningoencefalitida v ambulanci, v nemocnici, na JIP



MUDr. Dita Smíšková, Ph.D.

Klinika infekčních nemocí 2. LF UK a FNB, Praha

Česká republika patří již několik let k zemím s nejvyšším výskytem klíšťové meningoencefalitidy (KME) v Evropě. Každoročně je v ČR diagnostikováno několik stovek případů. Relativně nízký výskyt byl zaznamenán v roce 2015 (355 případů), nicméně od té doby počet případů narůstá až k 854 případům v roce 2020. V letošním roce bylo do konce září nahlášeno 488 onemocnění (zdroj: ISIN, SZU), do konce roku však lze očekávat další nárůst. Výskyt je sezónní, souvisí s aktivitou klíšťat. První případy se každoročně objevují v dubnu nebo květnu, poslední počátkem prosince, výjimečně i později.

Vektorem infekce je klíště *Ixodes ricinus* ve všech vývojových stádiích (dospělý jedinec, larva, nymfa), k nákaze dochází již po 10 minutách přisátí. Vzácný,

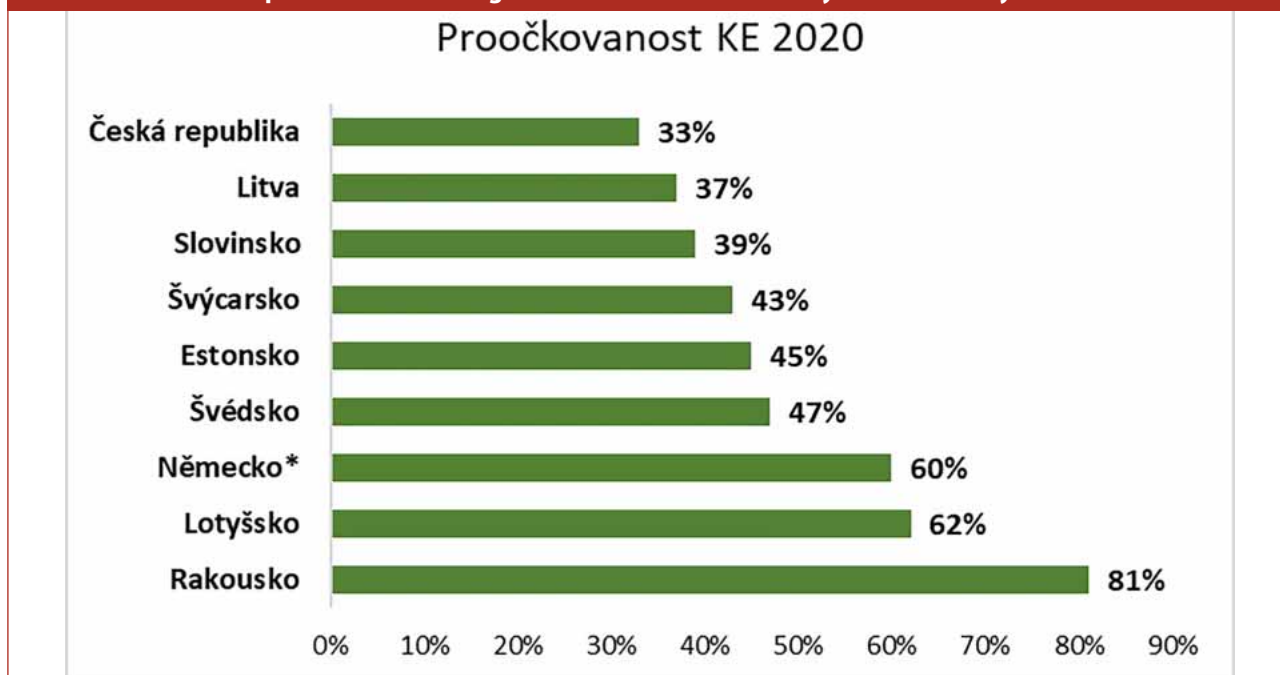
ale možný přenos je také nepasterizovaným mlékem infikovaných domácích zvířat. Inkubační doba se pohybuje mezi 4–28 dny, většina pacientů má první obtíže 7–14 dní po přisátí klíštěte.

Průběh KME je značně variabilní, od asymptomatického průběhu po letální komplikace. Závažnost onemocnění obvykle koreluje s věkem a stavem imunitního systému daného pacienta. **Klinické formy KME:**

- asymptomatický průběh
- flu-like onemocnění
- aseptická meningitida
- meningoencefalitida
- encefalomyelitida nebo encefaloradikulitida
- bulbární syndrom

Pro symptomatické onemocnění je typický dvoufázový průběh, kdy po nespecifických flu-like symptomech, nastupujících obvykle za 7–14 dní po přisátí klíštěte následuje krátké klinické zlepšení stavu. V této fázi může u některých pacientů onemocnění skončit. Pro druhou fázi je již typické postižení CNS, které vyžaduje hospitalizaci. Zatímco u dětí onemocnění probíhá obvykle pod obrazem aseptické meningitidy a dlouhodobé následky jsou vzácné, u seniorů je prakticky vždy diagnostikována meningoencefalitida, případně encefalomyelitida nebo bulbární syndrom.

Graf 1: Proočkovanost proti klíšťové meningoencefalitidě v ČR a dalších vysoce endemických zemích v roce 2020



Zdroj: Ipsos:TBE Awareness Coverage and Compliance Research 2020. Data on file.

Výskyt komplikací se ve věkové kategorii nad 65 let blíží 20 %. Těžké průběhy onemocnění jsou opakovaně pozorovány i u imunosuprimovaných osob. Nicméně ani u mladých a primárně zdravých pacientů není jisté, že zvládnou klíšťovou meningoencefalitidu bez dlouhodobých nebo trvalých následků. Na Klinice infekčních nemocí FNB bylo v letech 2005–2019 hospitalizováno celkem 794 pacientů ve věkovém rozmezí 2–84 let. Závažné paretické komplikace byly zaznamenány u 9,8 % pacientů, nejčastěji se jednalo o parézu pažního pletence (24 pacientů), u třetiny pacientů bilaterální. Většina těchto pacientů nemusela být hospitalizována na JIP, nicméně rehabilitace byla zdlouhavá, trvající několik měsíců. U některých pacientů přetrvává motorický deficit trvale. Velmi těžkou komplikací s nejistou

prognózou je bulbární syndrom s nutností ventilační podpory (18 pacientů). Deset pacientů (1,3 %) v daném období na klíšťovou encefalitidu a její komplikace zemřelo.

Kauzální terapie tohoto virového onemocnění není k dispozici, symptomatická léčba zahrnuje antiedematózní přípravky (kortikoidy, Manitol), režimová opatření, případně ventilační podporu a časnou rehabilitaci paréz. Jedinou spolehlivou možností prevence onemocnění je vakcinace. Účinná a bezpečná očkovací látka je k dispozici již řadu let, přesto je proočkovanost v České republice nedostatečná (cca 33 %), viz graf č.1. Problematické jsou zejména nejrizikovější věkové skupiny (55–64 let a 65+), kde dosahuje pouze 22,8, resp. 27,6 %.

Literární zdroje:

Smišková D, Džupová O, Pícha D. Těžký průběh klíšťové meningoencefalitidy – je věk jediným faktorem, který nepříznivě ovlivňuje prognózu pacientů? *Vakcinologie*. 2013; 7(3): 130–134

Bogovic P, Strle F. Tick-borne encephalitis: A review of epidemiology, clinical characteristics, and management. *World J Clin Cases*. 2015;3(5):430–441.

Kohlmaier, B., Schweintzger, N. A., Sagmeister, M. G. et al. Clinical Characteristics of Patients with Tick-Borne Encephalitis (TBE): A European Multicentre Study from 2010 to 2017. 9, 1420. <https://doi.org/10.3390/microorganisms9071420>

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

Vzdělávací semináře

v listopadu 2021



SVL ČLS JEP

Hlavní témata

CVD online – nový multioborový průvodce léčbou CVD. Registrační procedury a jejich legislativa – nepleťme si pojmy s dojmy.

den	datum	čas	město a místo konání
středa	3. 11.	17.00–21.00	presbytář Hotelu Gustav Mahler, Křížová 4, 586 01 Jihlava
čtvrtek	4. 11.	16.30 - 20.30	Hotel "U Šimla", Závodní 1, 360 01 Karlovy Vary
čtvrtek	4. 11.	16.00–20.00	Clarion Congres Hotel, Špitálské náměstí 3517, 400 01 Ústí nad Labem
sobota	6. 11.	9.00–13.00	Kancelář veřejného ochránce práv, Údolní 39, 602 00 Brno
úterý	16. 11.	16.00–20.00	Hotel Zlatá Štika, Štrosova 127, 530 03 Pardubice
čtvrtek	18. 11.	16.00–20.00	Kongresové centrum ALDIS, Eliščino nábřeží 375, 500 02 Hradec Králové
úterý	18. 11.	16.00–20.00	Hotel Imperial, Tyršova č. 6, Ostrava
čtvrtek	18. 11.	16.00–20.00	Lék.dům, Sokolská 31 120 26 Praha 2
sobota	20. 11.	9.00–13.00	Teoretické ústavy LF UP Olomouc, Hněvotínská 3, 775 15 Olomouc
sobota	20. 11.	9.00–13.00	Šafránkův pavilon, alej Svobody č. 31, 300 00 Plzeň
středa	24. 11.	16.00–20.00	Lék.dům, Sokolská 31 120 26 Praha 2
středa	24. 11.	16.00–20.00	SPA Hotel Vítá, Skuherského 4, 370 01 České Budějovice
čtvrtek	25. 11.	16.00–20.00	Clarion Grandhotel Zlatý Lev, Gutenbergova 3, 140 01 Liberec 1

Pozvánky na semináře budou rozesílány nově online.

Inosin pranobex, klinickou praxí ověřený imuno-modulátor s přímým protivirovým účinkem



prof. RNDr. Jan Krejsek, CSc.

přednosta

Ústav klinické imunologie a alergologie, LF UK a FN Hradec Králové

Úvod

Téměř dva roky probíhající pandemie infekce koronavirem SARS-CoV-2 představuje pro celé lidstvo bezprecedentní výzvu. S vědomím ztrát lidských životů a utrpení mnoha milionů nemocných lze konstatovat, že díky dosažené úrovni biomedicíny se daří tuto zcela mimořádnou situaci zvládat. Je pozoruhodné, že v krátké době byl virus SARS-CoV-2 podrobně charakterizován. Byly nalezeny postupy k jeho detekci a především byly konstruovány vakcíny, které jsou účinné v jeho prevenci. Tato situace však ukázala, že máme málo možností, jak pozitivně modulovat imunitní systém, aby vykázal zvýšenou efektivitu obranných mechanismů proti virovým agens obecně. Shrňme-li, lze konstatovat, že jediným široce použitelným preparátem s klinicky ověřenými imunomodulačními a protivirovými účinky je inosin pranobex¹. Inosin pranobex je syntetické léčivo, které je používáno v klinické praxi od 70. let 20. století. Je schválen pro podání u nemocných, kteří mají poruchy imunity a prokázal rovněž účinnost v léčbě virových infekcí. Jeho imunomodulační a protivirový účinek je podrobně popsán. Ve zkratce působí protivirově, protože interferuje s replikací virů zásahem do transkripce virové mRNA a tvorby virových proteinů. Jeho působení na imunitní systém je mimořádně komplexní. Díky svým chemickým vlastnostem jednoznačně podporuje energetický metabolismus buněk imunitní soustavy. Energetickou podporu lze považovat za mimořádný přínos, protože obranná reakce je spojena s vysokými požadavky na dostupnost energie a živin pro proliferaci buněčného substrátu imunitní reakce, tvorbu protilátek a tvorbu cytokinů, které regulují obranný zánět. Do vlastní imunitní soustavy zasahuje inosin pranobex několika dobře popsanými způsoby, které modulují nitrobuněčné signální dráhy, např. nitrobuněčnou hladinu cAMP a aktivaci proteinové kinázy A. Inosin pranobex významně moduluje všechny složky vrozené imunity. Stručně lze zdůraznit stimulaci dendri-

tických buněk, které považujeme za iniciační prvek obranné reakce. Zvyšuje však také efektorové složky vrozené imunity, např. zesílením cytotoxické aktivity NK buněk a jejich počtu², aktivací makrofágů a granulocytů, která zajistí efektivnější fagocytózu a usmrcení patogenů. Podobně zesiluje aktivitu komplementového systému, který je základní složkou humorální vrozené imunity. Stimuluje rovněž produkci interferonů I. třídy, které jsou klíčovými prvky v časně protivirové obraně. Inosin pranobex pozitivně moduluje specifickou imunitu ve složce buněčné, T-lymfocytární i humorální, jejímž buněčným substrátem jsou B lymfocyty. Stimuluje proliferaci, diferenciaci a funkční polarizaci pomocných CD4+ T lymfocytů. Stimuluje cytotoxické CD8+ T lymfocyty ke zvýšené protivirové aktivitě³. Virové infekce mohou u některých nemocných způsobit narušení homeostatických regulací obranného zánětu a jeho přesmyk k zánětu poškozujícímu. Dobrým příkladem je infekce SARS-CoV-2, kde je možné u nemocných progredujících do nejtěžších forem onemocnění COVID-19 pozorovat tzv. „cytokinovou bouři“. Dochází k neregulované tvorbě prozánětlivých cytokinů, např. TNFα a IL-6. Podobnou schopnost však mají všechny běžné viry patogenní pro člověka, především viry respiračních onemocnění. Je tedy velkou výhodou doložený fakt, že inosin pranobex zesiluje aktivitu T regulačních T lymfocytů, které jsou nejvýznamnějším zdrojem homeostatických regulačních cytokinů, např. IL-10. Působením inosin pranobexu je snižována tvorba zmíněných prozánětlivých cytokinů⁴. To je zřejmou výhodou u infekce SARS-CoV-2, protože u části nemocných s touto virovou infekcí dochází ke ztrátě homeostatických regulací imunitní odpovědi.

Indikace léčby inosin pranobexem

Inosin pranobex prokázal v klinických studiích pozitivní účinky v několika indikacích. Na prvním místě lze jmenovat akutní virová onemocnění dýchacího traktu⁵. Spektrum virových patogenů je poměrně rozsáhlé. Zahrnuje rhinoviry, viry chřipky, adenoviry, koronaviry s nízkým stupněm patogenity, viry HHV-4 (EBV) a HHV-5 (CMV) a další virová agens, včetně koronaviru SARS-CoV-2. Aplikaci inosin pranobexu je doporučováno zahájit co nejdříve na počátku klinických příznaků. Doporučuje se nasadit dávku 3x 1000 mg (3x 2 tbl.). Při těžším průběhu a vyšší hmotnosti pacienta dávku 4x 1000 mg (4x 2 tbl.) po dobu 7 až 10 dnů. Takto podaný inosin pranobex snižuje klinické projevy virové infekce a zkracuje dobu onemocnění, jak bylo doloženo klinickými studiemi. Je doporučováno, zvláště u osob se zvýšeným sklonem k virovým respiračním infekcím v průběhu chladnější části roku, tj. podzim, zima,

podávat inosin pranobex preventivně. Při preventivním podání se obvykle podává 2 x 500 mg (2 x 1 tbl.) 10 dnů. Poté následuje 20 dnů pauza a léčba se opakuje ve stejném dávkování dalších 10 dnů. Tento cyklus je vhodné nejméně 2x opakovat⁶.

Inosin pranobex je využíván jako podpůrný lék u některých chronických infekcí, např. herpetickými viry HSV-1 a HSV-2. Jeho aplikace signifikantně brání klinickým exacerbacím latentní infekce těmito viry. Používá se samozřejmě současně s dalšími k tomu určenými léčivými. V randomizované multicentrické studii byl inosin pranobex účinnější v porovnání s acyklovirem v léčbě rekurentních infekcí viry HSV-1 a HSV-2⁷. Pozitivní účinky prokázal inosin pranobex také na reaktivaci latentní infekce virem varicella zoster, která se projevuje jako pásový opar. K reaktivaci dochází především u těch osob, které mají přechodně utlumenou buňkami zprostředkovanou imunitu. Příčinou může být jiná virová infekce, léčba imunosupresivními látkami, ale i významný psychický nebo fyzický stres. Reaktivace viru varicella zoster je relativně běžná u seniorů. Zde může představovat i závažný zdravotní problém.

Mimořádně rozsáhlou skupinou virů patogenních pro člověka představují papilomaviry HPV. Papilomaviry zahrnují kmeny, které mají významný onkogenní potenciál. Již cca 10 roků je u nás prováděna aktivní imunizace dívek a chlapců v prepubertálním věku, aby bylo zabráněno infekci těmito nejnebezpečnějšími kmeny HPV. K přenosu těchto virů dochází sexuálním stykem různé povahy. Jsou nejčastější příčinou rakoviny děložního čípku. Jsou častými původci nádorů v orofaryngeální oblasti a rakoviny rekta. U nás probíhají preventivní programy žen, které mají identifikovat pacientky s možností progresse dysplazie buněk děložního čípku. Tyto ženy mohou profitovat z podpůrné léčby inosin pranobexem. Jiné kmeny HPV jsou odpovědné za vznik genitálních bradavic, které postihují muže

i ženy. Inosin pranobex prokázal pozitivní účinek jako součást komplexní terapie nemocných s kondylomata accuminata⁸.

Relativně běžné jsou situace, kdy ordinace lékaře navštíví pacientka, pacient, obvykle středního věku, obvykle s náročným životním stylem, u nichž je dominující obtíž dlouhodobá únava, často narušující běžné aktivity. U části nemocných se nepodaří příčiny této únavy zjistit. Tzv. chronický únavový syndrom je obtížně diagnostikovatelný, protože neznáme biomarkery, které by popsaly poruchu imunity. U části osob lze prokázat anamnesticky a sérologicky expozici / reaktivaci virových onemocnění, obvykle CMV, EB nebo HSV. Tito nemocní jsou rovněž indikováni k aplikaci inosin pranobexu s ohledem na předěpodobný souběh virové infekce a neschopnosti imunitní soustavy tuto infekci eliminovat nebo kontrolovat⁹.

Shrnutí pro praxi

Inosin pranobex je v současné době jediným lékem, který v sobě kombinuje imunopotenciační a protivirové účinky. Je lékem, který prokázal v klinických studiích svou účinnost jak při léčbě akutních, tak při léčbě chronických virových infekcí. Je využitelný i preventivně pro snížení rizika přenosu virových infekcí, zvláště v podzimní a zimní části roku. Jedná se o bezpečný lék. Při dlouhodobém podávání se doporučuje monitorovat hladinu kyseliny močové. Lék je hrazen z veřejného zdravotního pojištění v rozsahu terapeutických indikací dle platného SPC na předpis lékaře jakékoliv specializace. Průkaz „poruchy imunity“ není blíže specifikovaný. Může jím být i dobře důsledně zdokumentovaný klinický nálezný, který má nepochybně větší váhu než případný laboratorní průkaz poruchy imunity. Prokázat laboratorně defekt imunity je přes rozsáhlé možnosti diagnostiky obtížné a rovněž finančně náročné.

Přehled literatury:

1. Krejsek J. Inosin pranobex, klinickou praxí ověřený účinný imunomodulátor; možné mechanismy působení. *Remedia* 2018; 28(4): 396–400.
2. McCarthy MT, Lin D, Soga T, Adam J, O'Callaghan CA. Inosine pranobex enhances human NK cell cytotoxicity by inducing metabolic activation and NKG2D ligand expression. *Eur J Immunol* 2020; 50(1): 130–137.
3. Slíva J, Pantartzí ChN, Votava M. Inosine pranobex: a key player in the game against a wide range of viral infections and non-infectious diseases. *Adv Ther* 2019; 36: 1878–1905.
4. Beran J, Špajdel M, Katzerová V, Holoušová A, Malyš J, Rousková JF, Slíva J. Inosine pranobex significantly decreased the case-fatality rate among PCR positive elderly with SARS-CoV-2 at three nursing homes in the Czech Republic. *Pathogens* 2020; 9: 1055, doi: 10.3390/pathogens9121055.
5. Beran J, Šalapová E, Špajdel M, on behalf of the Isoprinostine Study (EWO ISO-2014/1) Team. Inosine pranobex is safe and effective for the treatment of subjects with confirmed acute respiratory viral infections:

analysis and subgroup analysis from a Phase 4, randomised, placebo-controlled, double-blind study. *Infect Diseases* 2016; 16: 648. doi: 10.1186/s12879-016-1965-5.

6. Hutař I. Isoprinostine (inosin pranobex) a jeho uplatnění v praxi praktického lékaře – mechanismy účinku, dávkování. *Practicus* 2021; 4: 27–28.
7. You I, Wang L, Yafei L, Wang Q, Shuanglin C, Yating T, Shenqui L, Bai L, Jianyun L, Zhiping W, Wenchieh Ch, Hao F. Multicenter randomized study of inosine pranobex versus acyclovir in the treatment of recurrent herpes labialis and recurrent herpes genitalis in Chinese patients. *J Dermatol* 2015; 42(6): 596–601.
8. Kovachev SM. A review on inosine pranobex immunotherapy for cervical HPV-positive patients. *Infect Drug Resistance* 2021; 14: 2039–2049.
9. Krejsek J, Andrýs C, Krčmová I. *Imunologie člověka*, Garamond, Hradec Králové, 2016 ISBN: 978-80-86472-74-4. 495 stran. <http://www.imunologie-cloveka-krejsek.cz>

PŮVODNÍ PRÁCE

Optimalizace klinických přístupů k pacientům s onemocněním COVID-19 v primární péči



**Bohumil Seifert¹, Martin Balík², Václava Bártů³,
Ludmila Bezdíčková⁴, Vladimír Černý⁵, Ivana
Čierná-Peterová⁶, Jozef Čupka², Pavel Dlou-
hý⁷, David Halata⁸, Igor Karen⁹, Petr Kessler¹⁰,
Vladimír Koblížek¹¹, Norbert Král¹, Tomáš
Kvasnička¹², Jan Kvasnička¹², Cyril Mucha¹,
Miroslav Penka¹³, Štěpán Svačina¹⁴, Jana Šeblo-
vá¹⁵, Martin Špaček¹⁶, Milan Trojánek¹⁷**

¹Ústav všeobecného lékařství 1. LF UK v Praze

²Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny
1. LF UK a VFN v Praze

³Plicní oddělení, Medicon, a. s., Praha

⁴Praktický lékař, Praha

⁵Klinika anesteziologie, perioperační a intenzivní medicíny
UJEP a Krajské zdravotní, a. s. – Masarykovy
nemocnice v Ústí nad Labem, o. z.

⁶Plicní ambulance, Brandýs nad Labem

⁷Infekční oddělení, Krajské zdravotní, a. s. – Masarykova
nemocnice v Ústí nad Labem, o. z.

⁸Praktický lékař, Hošťalkov

⁹Praktický lékař, Benátky nad Jizerou

¹⁰Oddělení hematologie a transfuziologie, Nemocnice
Pelhřimov

¹¹Plicní klinika LF UK a FN Hradec Králové

¹²Trombotické centrum, Ústav lékařské biochemie
a laboratorní diagnostiky 1. LF UK a VFN v Praze

¹³Interní hematologická a onkologická klinika LF MU
a FN Brno

¹⁴3. interní klinika – klinika endokrinologie a metabolis-
mu 1. LF UK a VFN v Praze

¹⁵Oddělení urgentního příjmu
a LSPP dětí, FN Motol, Praha

¹⁶1. interní klinika – klinika hemato-
logie 1. LF UK a VFN v Praze

¹⁷Klinika infekčních nemocí 2. LF
UK a FN Na Bulovce, Praha

v přístupu k pacientům s onemocněním COVID-19.

Zástupci praktických lékařů identifikovali nejčastější sporné diagnostické či léčebné postupy a s přihlédnutím k vlastním zkušenostem a existujícím českým i zahraničním odborným doporučením formulovali 17 tezí. Pro hledání konsenzu byl zvolen postup *RAND/UCLA Appropriateness Method* modifikovaný pro potřeby pandemické situace. Účast ve 20členném panelu přijali zástupci 7 lékařských odborností. Panel hodnotil dvoukolově s tím, že před druhým kolem byly všem panelistům přístupné komentáře a názory ostatních.

Výstupem hodnocení bylo dosažení shody u 10 tezí, řešících podání vitamínu D, inhalačních kortikosteroidů u pacientů s chronickou obstrukční plicní nemocí (CHOPN) a bronchiálním astmatem, kyseliny acetylsalicylové, indikaci vyšetření D-dimerů, preventivní podání nízkomolekulárních heparinů, význam pulzní oxymetrie, indikaci pro přivolání rychlé záchranné služby, indikace antibiotik a pravidla distančního kontaktu. Panel se neshodl na 6 tezích, doporučujících podání ivermektinu, isoprinosinu, kolchicinu a kortikoidů u pacientů s COVID-19 v primární péči. Jedna teze, zohledňující využití D-dimerů v primární péči, byla vyhodnocena jako nejistá.

Mezi teze, nad nimiž se diskutovalo nejvíce a kde také nebylo dosaženo shody, patřily ty, které se zaměřovaly na ambulantní podání kortikosteroidů a význam elevace hladin D-dimerů nebo jejich dynamického zvyšování u symptomatického pacienta s COVID-19 jako indikace k odeslání na interní vyšetření. Výstupy konsenzuálního jednání ukázaly témata, o kterých je třeba dále diskutovat a na něž je vhodné zaměřit další výzkum.

Úvod

Pandemie způsobená virem SARS-CoV-2 (infekční onemocnění COVID-19) vystavuje zdravotní systém výzvě na různých úrovních. Primární péče sehrává v době pandemie zásadní roli, pokud se jedná o zajištění základní akutní péče, udržení péče o chronické pacienty, a zejména pak roli nárazníku pro pacienty s COVID-19, na jehož potenciálu a kvalitě závisí do vysoké míry kapacita, funkce a efektivita nemocničního systému. Praktičtí lékaři jsou odpovědní za primární kontakt s pacienty, ať už distanční nebo fyzický, jejich testování, poučení, triáž na základě klinického hodnocení, léčbu a sledování, případně včasné odeslání do specializované péče. Tato role je mezinárodně uznávána a respektována¹.

Pro klinické postupy v nemocniční a intenzivní péči už jsou v současné době k dispozici solidní literární podklady a doporučení. Pro postupy v primární péči

Souhrn

Pro klinické postupy u pacientů s onemocněním COVID-19 v primární péči není dostatek podkladů a důkazů z lékařských studií. Pacienti nezdědka naléhají na léčebné využití a preventivní podání různých léků, často nedostatečně ověřených či zcela neověřených kontrolovanými studiemi. Cílem projektu zadaného výborem Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP bylo nahradit tento nedostatek mezioborovou shodou, a poskytnout tak praktickým lékařům základní oporu

taková data k dispozici nejsou. Přitom praktičtí lékaři byli v době největšího náporu na lůžkové kapacity často nuceni jít v péči o pacienty s COVID-19 až za hranice svých kompetencí.

Praktičtí lékaři potřebují oporu pro své klinické postupy a také pro komunikaci s pacienty, kteří nezdědka naléhají na léčebné využití a preventivní podání různých léků, často nedostatečně ověřených nebo zcela neověřených kontrolovanými studii. Společnost všeobecného lékařství (SVL) ČLS JEP se dostává také pod tlak svých členů, kteří naléhají na doporučení či ověření postupů zveřejněných na různých platformách. Příkladem je včasné nebo preventivní podávání kyseliny acetylsalicylové (ASA), nízkomolekulárních heparinů, ivermektinu, isoprinosinu, kolchicinu nebo kortikoidů.

Pro zahrnutí jmenovaných léků do léčebných postupů v primární péči nemá praktický lékař dostatečnou oporu v doporučeních odborných společností, stanoviscích regulačních orgánů (SÚKL), ale ani v doporučeních partnerských společností v západní Evropě, např. ve Velké Británii, Nizozemsku či Německu. Na druhou stranu by neměl podlehnout terapeutickému nihilismu, a naopak by se měl snažit ve prospěch nemocných stále hledat nejlepší možné postupy.

Za situace, kdy není k dispozici dostatek poznatků dle zásad medicíny založené na důkazech (EBM) a problematika se jeví jako naléhavá, je namísto hledání mezioborového konsenzu odborníků s cílem pomoci optimalizovat klinické postupy u pacientů s COVID-19 v primární péči. Proto výbor SVL požádal o spolupráci přední odborníky z oborů infekčního lékařství, anesteziologie a resuscitace, urgentní medicíny, interního lékařství, pneumologie, hematologie a všeobecného praktického lékařství.

Cíle a metodika

SVL vydala na podzim 2020 doporučený postup Pandemie infekce COVID-19 a primární péče (dále DP)², jehož součástí je i doporučení klinických postupů u pacientů s COVID-19. Dokument je průběžně aktualizován.

Na základě tohoto DP, doporučení dalších odborných společností³⁻⁶, rešerše zahraničních zdrojů, ale také zkušeností a podnětů našich kolegů napříč republikou, se kterými jsme v kontaktu prostřednictvím webinářů, jsme definovali otázky, jež je třeba zodpovědět pro doporučení optimálního přístupu k pacientům s onemocněním COVID-19 v primární péči. Cílem naší práce bylo ověřit odpovědi na tyto otázky v mezioborovém konsenzu.

Metoda konsenzu RAND-UCLA

Jednou z osvědčených metod hledání konsenzu odborníků v různých oblastech lékařské vědy v případech, kdy není k dispozici dostatek podkladů z oblasti EBM, je *RAND/UCLA Appropriateness Method (RAM)*^{7,8}. Tato metoda již byla pro potřeby konsenzu v primární péči na mezinárodní úrovni opakovaně použita⁹⁻¹².

Předmětem posuzování jsou předem vytvořené teze z oblastí a na témata, ve kterých je hledán konsenzus. Míra souhlasu s tezí se vyjadřuje hodnocením ve škále

1–9, kde 9 vyjadřuje nejvyšší míru souhlasu a 1 nejvyšší míru nesouhlasu. Teze je přijata, pokud medián hodnocení činí 7–9 a žádné hodnocení není v rozmezí 1–3. Pokud tato podmínka není splněna, teze není přijata. Za nejistou je teze považována, pokud medián činí 4–6 nebo je dosažen jakýkoliv medián s tím, že více než 3 hodnocení byla současně v rozmezí 1–3 a 7–9.

Metoda kombinuje nejlepší dostupné vědecké důkazy s kolektivním úsudkem v panelu odborníků s cílem vytvořit optimální doporučení pro reálně poskytovanou péči. Za normálních okolností poskytuje panelistům příležitost diskutovat a na základě této diskuse a argumentace ostatních přizpůsobovat svá hodnocení.

Účastníci panelu

Součástí panelu bylo 6 praktických lékařů, 3 pneumologové, 2 intenzivisté, 1 odborník z oboru urgentní medicíny, 2 infekcionista, 5 hematologů (odborníků pro trombózu a hemostázu) a 1 internista, vesměs členové výborů příslušných odborných společností.

Proces RAM

- 17 tezí bylo vybráno koordinátorem jako nejčastěji diskutované problémy v klinických přístupech k pacientům s onemocněním COVID-19 v primární péči. Formulovány byly převážně jako syntéza doporučení jednotlivých odborných společností.
- Teze byly zaslány panelistům, aby vyhodnotili vhodnost každé teze na škále 1–9, případně přidali své komentáře, a hodnocení zaslali zpět.
- Koordinátor, který nehodnotil, provedl shrnutí, vypočetl medián pro každou tezi a přidal komentáře, případně podle nich tezi přizpůsobil, aniž by změnil její původní vyznění. Následně byly teze připraveny k druhému hodnocení.
- Vzhledem k pandemické situaci se na rozdíl od tradiční metodiky RAM 2. kolo neuskutečnilo při osobním setkání, ale bylo provedeno distančně. Připojené komentáře nahrazovaly diskusi na místě.
- Výsledky druhého hodnocení byly vyhodnoceny koordinátorem. Všichni hodnotící byli požádáni o schválení výstupů konsenzu, případně o komentáře k nim.

První hodnocení probíhalo distančně od 22. dubna 2021. V prvním kole hodnotilo 19 odborníků z dvacetičlenného panelu. Druhé kolo hodnocení bylo dokončeno 14. května 2021. Bylo zaznamenáno 15 hodnocení.

Výsledky

V 1. kole hodnocení bylo dosaženo konsenzu u 6 tezí (teze 9–12, 16 a 17). U 10 tezí konsenzu dosaženo nebylo a 1 teze byla označena jako nejistá. Na základě komentářů byly některé teze přeformulovány tak, aby byla zvýšena pravděpodobnost jejich přijetí.

Ve 2. kole bylo po zohlednění komentářů dosaženo shody u 10 tezí, 6 tezí dosáhlo vysoké míry shody, ale přijaty nebyly a 1 teze zůstala nejistá. K názorovému posunu na základě komentářů směrem ke konsenzu

došlo u tezí 1 a 4–7. U teze 17 naopak nastala změna v neprospěch konsenzu. Zvýšení hodnoty mediánu bez výsledného dosažení konsenzu se týkalo tezí 2, 8, 14 a 15.

DISKUSE

Vitamin D

Konsenzus podporuje podání vitamínu D praktickým lékařem u všech pacientů s nemocí COVID-19. Jedná se o substituční dávku 1000 IU (např. 2 kapky cholekalciferolu 0,5 mg/ml denně), která by neměla vést k předávkování. Nemá smysl podávat vitamin D v kombinaci s vitamínem A nebo vápníkem, není-li k jejich podání jiná indikace.

Ambulantní podání kortikosteroidů

Paušální podání kortikosteroidů při léčbě pacientů s COVID-19 není doporučeno, nicméně tezi se nepodařilo formulovat tak, aby byla získána shoda (medián 8; 2 hlasy v rozmezí 1–3). Ve studii RECOVERY bylo zjištěno více úmrtí při léčbě dexamethasonem ve skupině pacientů, kteří nevyžadovali oxygenoterapii v době randomizace (17,8 vs. 14 %) ¹³. Benefit kortikoidů byl prokázán u hospitalizovaných pacientů vyžadujících oxygenoterapii a na umělé plicní ventilaci. Jinak převažovaly jejich nežádoucí účinky. Při rozhodování o použití kortikosteroidů v ambulantní léčbě COVID-19 je praktickému lékaři doporučena konzultace se specialistou.

Ani doporučení **podání kortikosteroidů u ambulantních pacientů se středně těžkým až těžkým průběhem COVID-19** nezískalo nespornou konsenzuální podporu (medián 8; 1 hlas v rozmezí 1–3). Intenzivista upozornil, že (bakteriální) superinfekci, kterou je třeba vyloučit, má při příjmu až 28 % pacientů s těžkým průběhem COVID-19 z komunitního prostředí ^{14,15}. Mezi specialisty v panelu převládá názor, že nasazení kortikosteroidů by měla předcházet konzultace se specialistou (infektologem, pneumologem, internistou). Pneumolog připouští, že u pacientů s oboustranným rentgenovým nálezem kovidové pneumonie je ambulantní terapie kortikoidy možná i v případě, že se jedná o nemocné, kteří jinak kortikosteroidy trvale neužívají. Také konstatuje, že v praxi se kortikosteroidy osvědčily při dlouhodobých febriliích, jež nebyly jinak zvládnutelné. Podání inhalačního kortikoidu (např. budesonid) by měl předcházet alespoň rtg průkaz pneumonie.

Praktičtí lékaři poukazovali na obtížnost akutních konzultací se specialisty z hlediska dostupnosti a časové náročnosti v pandemickém režimu a na situace rychlého zhoršování klinického stavu a potřebu rozhodování již po 4.–5. dni od vzniku klinických příznaků. Lékař z oblasti s horší dostupností nemocniční péče a v oblastech, kde byla spádová intenzivní lůžka na hraně kapacit, připomněl, že bez kortikoidů by pacienty nezvládl. V případě stanovení přísných podmínek pro podání kortikoidů pak pacienti s těžším průběhem v případě vyčerpaných nemocničních kapacit zůstávají pouze na základní symptomatické terapii (antipyretika, antitusika). Tato oblast vyžaduje další mezioborovou diskusi.

Shoda byla dosažena v případě léčby **inhalačními kortikoidy u pacientů s CHOPN a bronchiálním astmatem**. K novému nasazení by mělo dojít časně (do 5–7 dnů) po nástupu příznaků. Pro zvyšování dávky není opora v literatuře, je doporučena konzultace s pneumologem. Venkovský praktický lékař upozornil na obtížnou dostupnost telefonických konzultací na úrovni okresů a na potřebu zřídit systém telefonických/medicínských konzultací v podobných situacích.

Podání ASA v preventivní a analgeticko-antipyretické dávce

Pro obě tvrzení byla získána všeobecná shoda. Je možné použít kyselinu acetylsalicylovou jako analgeticko-antipyretickou terapii s respektem k možným kontraindikacím nebo přidat ASA v preventivní dávce (100 mg) k symptomatické léčbě u rizikových pacientů, pokud nejsou přítomné kontraindikace.

D-dimery

V současné době má k dispozici vyšetření hladiny D-dimerů v režimu POCT jen zhruba 5 % praktických lékařů, ale jejich počet narůstá. Některé ordinace mají možnost laboratorního vyšetření v režimu *statim* (zařízení typu poliklinik).

Teze **o využití stanovení hodnot D-dimerů u definovaných pacientů s onemocněním COVID-19 ke stratifikaci rizika VTE/PE** a dalšímu sledování byla přijata s dostatečnou mírou shody.

Významně zvýšená hladina D-dimerů se jeví být, alespoň v případě pacientů hospitalizovaných a pacientů v kritické péči, negativním prognostickým faktorem ve vztahu k onemocnění COVID-19 ^{16,17}. Vzhledem ke zvýšenému riziku tromboembolických komplikací v průběhu COVID-19, ale i s odstupem po prodělaném onemocnění doporučuje lékař urgentní péče vyšetření D-dimerů v rámci diferenciální diagnostiky dušnosti při podezření na VTE/PE (plicní embolie a/nebo žilní trombóza), byť se jedná o nespecifický ukazatel. Z hlediska praktického využití má ovšem smysl v ordinaci praktického lékaře pouze tehdy, je-li výsledek dostupný v režimu *statim* či POCT.

Tvrzení, že zjištěná **elevace koncentrace D-dimerů nebo její dynamické zvyšování** u pacienta se symptomatickým onemocněním COVID-19 je indikací k odeslání na interní vyšetření, nebyla přijata (medián 6). Intenzivista poukazuje na potřebu zvážit významnost elevace a dát ji do souvislosti s klinickým stavem pacienta. Elevace D-dimerů koreluje s pozitivním nálezem na CT angiografii jen ve 20–30 % případů ¹⁷. Přínosnější je negativní prediktivní hodnota vyšetření. Praktičtí lékaři připomínají, že vyšetření CT angiografií je mimo velká města obtížně dostupné a připadá v úvahu spíše odeslání na interní ambulanci. Hematolog upozorňuje, že CT angiografie plicnice sice vyloučí plicní embolii, ale nevyloučí jinde probíhající trombózu ani riziko, že k plicní embolii dojde později.

Intenzivisté upozorňují, že elevaci hladiny D-dimerů nad *cut-off* závislý na věku lze předpokládat u velké části pacientů s těžším průběhem COVID-19. Pneumolog

Tab.1 Seznam tezí s výsledky hodnocení v 1. a 2. kole, výsledným mediánem po 2. kole a rozsahem hodnocení

Teze	1. hodnocení	Medián	2. hodnocení	Medián	Rozsah
1. Vzhledem k tomu, že vitamin D je mj. významným imunomodulátorem a velká část populace v naší zeměpisné šířce trpí zejména v zimním období jeho nedostatkem, lze jeho podání v dávce 400–800 IU zvážit u všech pacientů s onemocněním COVID-19.	nepřijatá	7	přijatá	8	4–9
2. Léčba kortikosteroidy není v rámci ambulantní léčby COVID-19 paušálně indikována, pokud se nejedná o pacienty s již zavedenou kortikoterapií z jiné indikace.	nepřijatá	7	nepřijatá	8	1–9
3. V individuálních případech u pacientů „hraničně indikovaných k hospitalizaci“ se středně těžkým až těžkým průběhem onemocnění COVID-19, bez známek superinfekce, může být léčba p.o. kortikosteroidy (zpravidla 6 mg dexamethasonu denně p.o.) v souladu s doporučením ČPFS Ambulantní péče o nemocné s COVID-19. Stručný poziční dokument ČPFS ČLS JEP, leden 2021 (www.pneumologie.cz/guidelines), zvážena u horšících se pacientů po 4.–6. dni od počátku klinických příznaků, po poradě s pneumologem/internistou/infektologem.	nepřijatá	8	nepřijatá	8	1–9
4. Pacienti s CHOPN a asthma bronchiale, kteří mají symptomatický průběh COVID-19, mohou profitovat z léčby inhalačními kortikosteroidy (např. budesonid v dávce 200–400 µg 2x denně), event. ze zvýšení dávky po konzultaci s pneumologem.	nepřijatá	9	přijatá	9	5–9
5. U pacientů se symptomatickým onemocněním COVID-19 a vysokým atherotrombotickým rizikem (familiární riziko, DM2, těžká obezita, arteriální hypertenze, dyslipidemie, vysoký věk, kouření...) lze doporučit preventivní podávání ASA v dávce 100 mg denně po zvážení kontraindikací, není-li již tato léčba u pacienta zavedena.	nepřijatá	8	přijatá	8	5–9
6. Pokud nejsou kontraindikace, je možné podat ASA u osob nad 12 let v analgetické/antipyretické dávce.	nepřijatá	8	přijatá	8	6–9
7. Vyšetření D-dimerů (POCT) v ordinaci praktického lékaře je indikované u všech pacientů se symptomatickým onemocněním COVID-19 s podezřením na VTE/PE nebo u pacientů s těžším průběhem ve vysokém riziku VTE/PE pro stratifikaci rizika a určení prognózy.	nepřijatá	7	přijatá	8	4–9
8. Zjištěná elevace D-dimerů (podle věkově závislých hodnot cut-off) nebo dynamické zvyšování jejich koncentrace u pacienta se symptomatickým onemocněním COVID-19 je indikací k odeslání na interní vyšetření a podání terapeutické dávky LMWH.	nejistá	5	nejistá	6	1–9
9. Preventivní podání nízkomolekulárních heparinů u pacientů s onemocněním covid-19 ve zvýšeném riziku VTE, v souladu s doporučením ČSTH Antitrombotická profylaxe u nemocných s COVID-19. Doporučení České společnosti pro trombózu a hemostázu ČLS JEP, listopad 2020 (https://csth.cz/wp-content/uploads/2020/11/COVID_tromboprofylaxe_doporučení_ČSTH_final_2020-11-13.pdf), by mělo být hrazeno zdravotními pojišťovnami.	přijatá	9	přijatá	9	8–9
10. Domácí pulzní oximetrie za účelem selfmonitoringu u rizikových pacientů s onemocněním COVID-19, provázené adekvátní instrukcí, je vhodným opatřením.	přijatá	9	přijatá	9	7–9
11. Indikací k přivolání ZZS u pacientů s COVID-19 a k převozu do specializované péče je zejména rychlé zhoršování stavu, středně těžký až těžký symptomatický průběh u pacienta se závažnými komorbiditami, alarmující známky (dušnost, hypoxémie < 93 % saturace O ₂ , zchvácenost, dehydratace, apatie, kolaps, oligurie, horečky > 38,3 °C nereagující na antipyretika, tachykardie > 125/min, tachypnoe > 25/min, dekompenzace chronického onemocnění).	přijatá	9	přijatá	9	6–9
12. Indikací ATB terapie u pacientů s onemocněním COVID-19 jsou známky bakteriální superinfekce, zhoršení stavu (druhý vzestup horečky, přítomnost vlhkého kašle, žluté či zelené zbarvené sputum, dysurie, jasný klinický obraz jiného bakteriálního onemocnění), dynamika vzestupu CRP, změny v KO+diff, ložiskový infiltrát na rtg	přijatá	8	přijatá	8	7–9
13. Podání ivermektinu u symptomatických pacientů s prokázanou infekcí COVID-19 v primární péči není doporučeno.	nepřijatá	9	nepřijatá	9	1–9
14. Podání isoprinosinu u symptomatických pacientů s prokázanou infekcí COVID-19 v primární péči není doporučeno.	nepřijatá	8	nepřijatá	9	1–9
15. Podání kolchicinu u pacientů se symptomatickým onemocněním COVID-19 s nejméně jedním rizikovým faktorem v primární péči, ke snížení rizika hospitalizace a úmrtí, není doporučeno.	nepřijatá	8	nepřijatá	9	1–9
16. Při distančním kontaktu s pacientem s COVID-19 hodnotí praktický lékař informace od pacienta, způsob jejich podání, jeho komorbiditu a jejich kompenzaci, současnou medikaci a režim, efekt již podané domácí léčby, trend onemocnění, domácí zázemí pro léčbu, schopnost porozumět a realizovat doporučení a schopnost udržovat následný distanční kontakt.	přijatá	9	přijatá	9	9–9
17. V případě, že pacient splňuje podmínky pro podání monoklonálních protilátek (mAb) s ohledem na věk a průběh infekce COVID-19 a praktický lékař se domnívá, že s ohledem na komorbiditu má vysoké riziko zhoršení zdravotního stavu, i když zcela nenaplní indikační kritéria pro podání, měl by tuto možnost konzultovat s lékařem infuzního místa pro aplikaci mAb.	přijatá	9	nepřijatá	9	1–9

připomíná, že pozitivita D-dimerů je známkou infekce, nejen známkou plicní embolie nebo žilní trombózy¹⁸. Odesílat všechny pacienty na interní vyšetření by vedlo k zahlcení těchto ambulancí a nebylo přínosem oproti dále navrženému postupu. V panelu zároveň převažoval názor, že zjištěná elevace koncentrace D-dimerů nad věkově závislý *cut-off* je indikací k podávání profylaktické dávky nízkomolekulárního heparinu (LMWH). Pokud při kontrole dojde k dalšímu zvýšení hodnoty D-dimerů, a zejména při klinickém podezření na tromboembolickou komplikaci, je vždy indikované vyšetřit pacienta co nejdříve a v akutním režimu. V takovém případě je podle hematologa a specialisty na urgentní medicínu ke zvážení zajištění pacienta do tohoto vyšetření terapeutickou dávkou LMWH, není-li kontraindikace.

Do jaké míry je vyšetření koncentrace D-dimerů v ordinaci významné pro klinické rozhodování a jak tento ukazatel optimálně využít, bude předmětem další diskuse.

Preventivní podávání nízkomolekulárních heparinů

Mezioborový konsenzus se touto tezí přihlásil k doporučení České společnosti pro trombózu a hemostázu ČLS JEP⁵. Pneumolog komentuje, že LMWH by měl být podáván v domácím léčení u nemocných s COVID-19, kteří mají anamnézu VTE, závažný laboratorní trombofilní stav (homozygot FV Leiden, kombinace heterozygot FV + mutace genu pro protrombin FII G20210A, antifosfolipidový syndrom). Plná shoda nastala v tvrzení, že v indikovaných případech by měla být umožněna preskripce LMWH i praktickým lékařům ze zdravotního pojištění.

Prolongovaná profylaxe po propuštění z nemocnice je obvykle doporučena u všech nemocných, kteří byli hospitalizováni na JIP, ARO, KARIM a mají vyšší riziko VTE na základě osobní anamnézy VTE, obezity, omezení hybnosti, a u osob starších 75 let, pokud není přítomná kontraindikace, a to na dobu 10–30 dní.

Domácí pulzní oxymetrie

Ve shodě panelisté považují domácí pulzní oxymetrii za vhodné opatření. Lékař urgentní medicíny doplňuje potřebu počít laiky také o jednoduchých zátěžových testech v selfmonitoringu (6minutový test chůzí/6MWT/; test sed – stoj /sit-to-stand/).

Indikace přivolání ZZS

Panel vyjádřil shodu s navrženým přehledem indikací k přivolání ZZS, jež odpovídají kritériím v doporučeném postupu Společnosti infekčního lékařství ČLS JEP (6).

Indikace ATB u pacientů s COVID-19

Teze byla přijata ve shodě.

Intenzivista připomíná, že při rozhodování lze využít také změny v krevním obrazu a diferenciálním rozpočtu leukocytů^{19,20}. Na JIP koreluje s klinikou „dynamika vzestupu CRP“ v řádu vyšších desítek procent/24 hod. Pouhá pozitivita nebo vzestupy o maximálně cca 50 mg/l nejsou v intenzivní péči signifikantní. Na oddělení intenzivní péče se používají jiné markery, např. prokalcitonin. Hematolog uvádí, že vzestup CRP bez

jiných známek bakteriální superinfekce může být projevem zhoršující se systémové zánětlivé odpovědi, a tedy důvodem k podání (či zvýšení dávky) kortikoidů nebo odeslání pacienta ke zvážení hospitalizace. Vhodné je zvážit profylaktické podání ATB u vysoce rizikových imunokompromitovaných pacientů (onkologie, hematonekologie apod.), a to po domluvě s dispenzarizujícím specialistou.

Infektolog naopak připomíná nízkou specifitu CRP a riziko extrémního nadužívání ATB (nejen) u pacientů s COVID-19. Odborník na urgentní medicínu potvrzuje, že ATB jsou často zbytečně indikována v době začátku onemocnění.

Podání ivermektinu u symptomatických pacientů

Teze nedoporučující podání ivermektinu v této indikaci nebyla přijata, a to z důvodu dvou hlasů v rozmezí 1–3, přestože medián byl 9 a jasně převažoval názor tezi podporující. Zastánci ivermektinu ovšem poukazovali na existenci studií, které vyzněly ve prospěch ivermektinu²¹, a na sdělené zkušenosti brněnských a slovenských kolegů.

Intenzivista upozorňuje na princip *primum non nocere*. Ivermektin je neurotoxin účinkující na receptorech GABA a spoléhající na intaktní hematoencefalickou bariéru. Minimálně 12 % závažných forem COVID-19 ji má ovšem postiženou zánětem, pacienti trpí encefalopatií, a to zvláště u těžkých forem v intenzivní péči (až u 50 % pacientů)^{22–24}. Ivermektin je podáván v rámci polypragmatických protokolů, kde není možné spolehlivě odečíst jeho klinický efekt. Jak ve svém stanovisku k podávání ivermektinu udává Česká společnost intenzivní medicíny ČLS JEP, neexistuje žádná evidence účinnosti a bezpečnosti ivermektinu v léčbě nemocných s COVID-19 v intenzivní péči. Ani pro podání u lehčích forem nejsou k dispozici podklady, zcela chybějí data z primární péče. Jediná randomizovaná klinická studie se 400 pacienty neprokázala benefit léčby u lehčích stavů²⁵. Současně nejsou důkazy o bezpečnosti podání v *off-label* indikaci u onemocnění COVID-19 a použití v této indikaci nedoporučuje ani sám výrobce léku.

Většina panelistů se přiklání k názoru, že pro podání ivermektinu není dostatek evidence. Možnost vidí v organizaci klinické studie podle všech zásad EBM.

Podání isoprinosu u symptomatických pacientů

Přes vysokou míru shody (medián 9) nebylo podle metody RAM dosaženo konsenzu. Hlasující v neprospěch nedoporučující teze (3 hodnotící v rozmezí 1–3) odkazovali na starší studie prof. Jiřího Berana a dalších a zdůrazňovali vysoký bezpečnostní profil isoprinosu^{26,27}. Intenzivista dodává, že lék podle SPC zvyšuje počet lymfocytů a NK buněk, což je u pacientů s COVID-19 asociováno s lepšími výsledky péče^{28,29}. Při vyloučení dny může pozitivní dopad léku převážit nad riziky. Data o použití u hospitalizovaných pacientů budou teprve publikována.

Praktičtí lékaři se shodují, že lék případně předepíše *off-label* na úhradu samoplátcem, pokud ho pacient chce, s ohledem na minimální riziko podání. Pro podá-

ní však neexistuje opora ve studiích z primární péče. Specialisté navrhnou neutrální postoj s doporučením individuálního zvažení lékařem u daného pacienta. Lékař z oboru urgentní medicíny doporučuje jako podmínku podání minimálně vyšetření krevního obrazu a konzultaci se specialistou.

Podání kolchicinu u pacientů se symptomatickým COVID-19

I přes vysokou míru shody (medián 9) teze nebyla přijata. Kolchicin je levný lék s protizánětlivým účinkem, jehož příznivý efekt byl prvně mimo uratickou artritidu prokázán u perikarditidy. Hlasující v neprospěch teze (2 hlasy v oblasti 1–3) poukázali na jeho efekt u koronavirové infekce, a to v kompozitním cílovém ukazateli obsahujícím prevenci úmrtí a hospitalizace u pacientů s předpokládaným těžším průběhem. Odvolávají se na studii, která zahrnuje 4488 pacientů a prokázala snížení počtu úmrtí a počtu hospitalizací u těch, kterým byl podán v přednemocniční péči kolchicin³⁰. Intenzivista ovšem upozorňuje, že v této nejznámější studii byl ve větvi s kolchicinem 5–6× vyšší výskyt plicních embolií. Ke studii bylo následně vzneseno mnoho námitek. Velmi recentně publikovaná studie sledující nemocniční podávání kolchicinu v rámci *RECOVERY Trial* neprokázala po 28 dnech podávání léku jeho efekt na dobu trvání hospitalizace, riziko progresu stavu s potřebou umělé plicní ventilace ani riziko úmrtí³¹.

Distanční kontakt s pacientem

Teze byla přijata s vysokou mírou shody. Praktický lékař by měl brát v potaz varovné klinické příznaky, komorbiditu a míru jejich kompenzace a na základě konzultace rozhodnout o nutnosti fyzického vyšetření v ordinaci nebo návštěvy u pacienta, případně přivolání ZZS a dále v případě potřeby konzultovat s dispenzarizujícím specialistou, který má pacienta v péči.

K dispozici je selfmonitoring saturace O₂ a/nebo Rothova skóre. Pokles saturace/Rothova skóre předchází rozvoji dušnosti o 24–48 hodin, což je často zásadní bod pro včasné zahájení léčby nebo odeslání k další léčbě v rámci hospitalizace.

Podání monoklonálních protilátek

Teze byla v 1. kole přijata ve shodě. Následně, před hodnocením ve 2. kole, došlo ke změně indikačních kritérií pro podání monoklonálních protilátek (mAb) v ambulantní péči. I ve 2. kole byla teze široce podpořena (medián 9), nicméně jedním panelistou odmítnuta. Zdůvodněním byl fakt, že kritéria byla natolik rozšířena, že by již neměla být překračována, a že bez jejich splnění nemá infuzní místo absolutní jistotu úhrady pojišťovnou.

Zdůrazňována byla potřeba spolupráce praktického lékaře se specialistou a jejich konzultace případů jednotlivých pacientů zvažovaných pro podání mAb. Většina panelistů se domnívá, že kapacity pro zvažování aplikace mAb přesahují rámec současných kritérií.

Limity práce

Konsenzuální panel byl složen z významných odborníků klíčových odborných společností, nicméně nebyl optimální z hlediska rovnováhy odborností. Pandemická situace neumožnila fyzické setkání členů hodnotícího panelu pro diskusi a hodnocení ve 2. kole, což narušilo metodiku a mohlo ovlivnit výsledky.

Závěr

Článek prezentuje výstupy konsenzu odborníků reprezentujících vybrané odborné společnosti ke klinickým přístupům k pacientům s onemocněním COVID-19 v primární péči. Předkládaný konsenzus poskytuje oporu pro rozhodování praktických lékařů jen do určité míry, některé otázky zůstávají nezodpovězené. I zde platí, že nejméně informací a důkazů v medicíně je z oblasti primárního rozhodování.

Poděkování

Projekt byl podpořen výborem Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP.

Uveřejňujeme se souhlasem redakce Časopisu lékařů českých, ve kterém vyšel tento článek.

Čas. Lék. čes. 2021; 160: 119-125

Literatura k dispozici u autorů

Orální flukloxacin, základní vlastnosti a terapeutická využití



MUDr. Otakar Nyč, Ph.D.

Ústav lékařské mikrobiologie 2. LF UK a FN v Motole,
V Úvalu 84, Praha 5



MUDr. Igor Karen

Praktický lékař, Benátky nad Jizerou

Od roku 1998 MUDr. Otakar Nyč, Ph.D. pracuje jako primář Ústavu lékařské mikrobiologie v motolské nemocnici, člen Centrální koordinační skupiny Národního antibiotického programu (CKS NAP), člen Subkomise pro antibiotickou politiku České lékařské společnosti J. E. Purkyně (SKAP ČLS JEP), člen výboru Společnosti pro lékařskou mikrobiologii ČLS JEP

MUDr. Igor Karen pracuje jako všeobecný praktický lékař a diabetolog v Benátkách nad Jizerou, místopředseda pro profesní záležitosti SVL ČLS JEP, odborný garant pro ATB a očkování, člen NIKO MZ ČR, koordinátor a spoluautor *Doporučeného postupu: Antibiotická terapie respiračních, močových a kožních infekcí v ordinaci všeobecného praktického lékaře*

Úvod

Staphylococcus aureus patří mezi nejčastější a nejvýznamnější humánní patogeny s potenciálem způsobovat široké spektrum infekcí od lehkých kožních forem až po závažné systémové infekce včetně infekční endokarditidy. Počátky historie cílené léčby stafylokokových infekcí se váží k objevu penicilinu. Rychlý nástup rezistence stafylokoků vůči tomuto antibiotiku, zprostředkovaný beta laktamázu, tzv. penicilinázou hydrolyzující beta laktamový kruh, vedl v koncem 50. a začátkem 60. let k vývoji a uvedení do terapie skupiny penicilinových derivátů, které se kromě spolehlivé aktivity na stafy-

lokoky vyznačují i stabilitou k zmiňovanému enzymu. Prvním registrovaným protistafylokokovým penicilinem byl meticilin, který ale kvůli své nízké acidostabilitě není vodný pro orální podání. Následně se v klinické praxi objevily postupně další zástupci s příznivějšími farmakologickými vlastnostmi včetně možnosti parenterální i perorální aplikace. Celá skupina se označuje jako izoxazolylpeniciliny a zahrnuje oxacilin, kloxacilin, dikloxacilin a flukloxacin¹. Jedná se léky s velmi úzkým spektrem aktivity zahrnující kromě *Staphylococcus aureus* a koaguláza negativních stafylokoků ještě streptokoky.

Situace v ČR

V ČR se dlouhodobě používá v terapii oxacilin. Řadu let ale chybí jeho orální forma. To vede v léčbě stafylokokových infekcí k nutnosti používání antibiotik, jejichž spektrum účinku je zbytečně široké. Nejčastěji se jedná o cefalosporiny, potencované aminopeniciliny, tetracykliny, případně klindamycin. Je obecně známo, že nadměrné používání širokospektrých přípravků je spojeno s negativními ekologickými dopady na rozvoj antibiotické rezistence. Na individuální úrovni pak vzniká výrazná dysbióza postihující zejména zažívací trakt, která může být navíc spojena s vyšším rizikem jedné z nejzávažnějších komplikací současné antibioterapie, kolitidou vyvolanou *Clostridium difficile*.

Dokladem dlouhodobé snahy zajistit dostupnost orálního izoxazolylpenicilinu je uvedení flukloxacinu v *Seznamu esenciálních antiinfektiv*. Tento konsensuální dokument publikovaný na stránkách Ministerstva zdravotnictví a SUKL definuje přípravky první volby pro konkrétní skupiny infekcí s předpokladem, že by měla být garantována jejich trvalá bezproblémová dostupnost. Seznam pro Českou republiku vypracovali v návaznosti na aktivitu WHO členové Poradního orgánu Státního ústavu pro kontrolu léčiv pro antiinfektiva (POAI SÚKL) a Subkomise pro antibiotickou politiku České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně (SKAP)². Volba flukloxacinu vychází především z jeho farmakologických vlastností, které se jeví v rámci perorálních protistafylokokových penicilinů jako nejvýhodnější, viz tabulka č. 1. Je nesporně pozitivní informací, že toto antibiotikum se již podařilo v ČR v nedávné době uvést do klinické praxe. Jedná se o přípravek Flucloxacilina Azevedos 500 mg, tobolky 500 mg. Kromě toho je také nově dostupná parenterální forma (Flucloxacillin Fresenius Kabi (1 a 2 g).

Vlastnosti flukloxacilinu

Spektrum antimikrobiální aktivity flukloxacilinu odpovídá ostatními v rámci uváděné skupiny, tedy dominující aktivita na beta laktamáza negativní i pozitivní stafylokoky. Kromě streptokoků uváděných výše, lze konstatovat dobrou účinnost i na patogenní neisserie a některé anaeroby. Gram negativní mikroorganismy, jako jsou enterobakterie nebo pseudomonády, jsou přirozeně rezistentní.³ Neúčinný je na tzv. meticilin rezistentní stafylokoky (MRSA), u kterých platí, že rezistence je zkřížená pro všechna beta laktamová antibiotika. Výjimkou jsou v tomto ohledu pouze dva parenterální cefalosporiny, označované také jako V. cefalosporinová generace, tedy ceftarolin a ceftobiprol.⁴ Je známo, že výskyt MRSA je v podmínkách ČR situován spíše do nemocničního prostředí, v komunitě se objevují tyto kmeny prozatím výjimečně.

Podstatnou výhodou flukloxacilinu je jeho vysoká biologická dostupnost. Dosahované sérové hladiny při orálním podání flukloxacilinu, stejně jako dikloxacilinu, jsou srovnatelné s hladinami po intramuskulární aplikaci téže dávky. Sérové koncentrace jsou navíc oproti ostatním izoxazolylpenicilinům prolongované, což je dáno jejich pomalejší plasmatickou clearance. Stupeň absorpce je ovlivněn příjmem potravy a v případě flukloxacilinu je její optimum zhruba 1 hodinu po jídle. Všechny izoxazolylpeniciliny mají vysoký stupeň vazby na plasmatické proteiny, což poněkud limituje jejich difúzi do tkání, zejména hůře prokrvených, intersticiální tekutiny apod. Nicméně prokazatelně mohou významnou měrou pronikat do zánětlivých exudátů, kostní tkáň u osteomyelitid a přestupovat přes hematoencefalickou bariéru u purulentních meningitid.³

Tabulka č. 1 Farmakologické parametry izoxazolylpenicilinů^{1,3}

	oxacilin	kloxacilin	dikloxacilin	flukloxacilin
absorpce (%)	30–35	37–90	35–76 %	>80 %
vazba na proteiny	92–96	93–95	95–97 %	95 %
C _{max} (mg/l)	4 (0,5 g PO)	9,2 (0,5 g PO)	15 (0,5 g IM)	11–15 (0,5 g PO)
T _{1/2} (h)	0,5	0,4–08	0,6–08	0,75–1,5
Renální exkrece	55–60	30–60	50–70	65

Exkrece izoxazolylpenicilinů probíhá žlučovými cestami (10 %), ledvinami (50–70 %), jak glomerulární filtrací, tak tubulární sekrecí. Farmakologické vlastnosti nejsou zásadně ovlivněny středně těžkým renálním nebo hepatálním selháním.³

Indikace orálních izoxazolylpenicilinů

Jak již bylo zmíněno indikační prioritou jsou předpokládané a prokázané infekce vyvolané a citlivými kmeny *Staphylococcus aureus* a koaguláza negativními stafy-

lokoky. Lze sem zahrnout i smíšené infekce s podílem streptokoků případně anaerobů. Orální formy, zejména flukloxacilin a dikloxacilin, které mají nejlepší absorpční charakteristiky, jsou tak léky volby stafylokokových infekcí kůže a měkkých tkání (impetigo, karbunkul, furunkul, celulitida, pooperační infekce v ráně...), infekce horních a dolních cest dýchacích případně i uroinfekcí. Dále je lze uvažovat jako vhodné na parenterální podání navazující léčbu osteomyelitid, spondylodiscitid, septických artritid a stafylokových sepsí.^{5,6} Obecně lze konstatovat, že izoxazolylpeniciliny jsou přínosné především pro léčbu akutních infekcí, u kterých se zúročuje jejich mechanismus účinku a s ním spojená baktericidie. Frekvence nežádoucích účinků není v zásadě odlišná ve srovnání s ostatními peniciliny. Platí ale také, že alergie s nimi může být zkřížená.

Doporučené dávkování u perorálních forem izoxazolylpenicilinů odpovídá 0,5 g po 6 nebo 8 hodinách u dospělých, u dětí 50 mg/kg/den. Denní dávka parenterálních forem může u závažných infekcí dosahovat až 16–18 g.³

Závěr

Současné možnosti léčby stafylokokových infekcí jsou nemalé. Většina základních i rezervních přípravků má ve spektru antibakteriálního účinku stafylokoky obsaženy. Je třeba ale zdůraznit, že cílená terapie úzkospektrými protistafylokokovými antibiotiky má jednoznačnou prioritu nejen z důvodu vysoké účinnosti a spolehlivosti, ale rovněž pro minimální ekologické dopady na globální i individuální úrovni. Jejich používání v indikovaných situacích, optimálně na podkladě výsledků

mikrobiologického vyšetření tak odpovídá zásadám racionální antibioterapie a tím i omezuje zdravotní a ekonomické důsledky rezistence k antibiotikům v komunitě i nemocnicích. Dostupnost perorálního flukloxacilinu v ČR po mnoha letech kompenzuje podstatnou mezeru v oblasti spektra základních antibiotických přípravků.

Souhrn pro praxi

Orální flukloxacilin je baktericidní antibiotikum s vysokou aktivitou na stafylokoky a streptokoky. Tomu odpovídá indikační spektrum, které zahrnuje především infekce dýchacích cest, kůže a měkkých tkání. Volba flukloxacilinu by měla vycházet z kultivačního nálezu. Běžná dávka pro dospělé je 500 mg každých 8 nebo 6 hodin. Přípravek (Flucloxacilina Azevedos) je již dostupný na trhu v ČR a je plně hrazen z veřejného zdravotního pojištění.

Použitá literatura:

1. Neu HC. Antistaphylococcal penicillins. *Med Clin North Am.* 1982 Jan;66(1):51–60. doi: 10.1016/s0025-7125(16)31441-9. PMID: 7038340.
2. <https://www.sukl.cz/revidovany-seznam-esencialnich-antiinfektiv-zarok-2020>
3. Nathwani D, Wood MJ. Penicillins. A current review of their clinical pharmacology and therapeutic use. *Drugs.* 1993 Jun;45(6):866–894. doi: 10.2165/00003495-199345060-00002. PMID: 7691496.
4. Chan LC, Basuino L, Diep B, Hamilton S, Chatterjee SS, Chambers HF. Cefto-

- biprole- and ceftaroline-resistant methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*. *Antimicrob Agents Chemother.* 2015 May;59(5):2960–3. doi:10.1128/AAC.05004-14. Epub 2015 Mar 9. PMID: 25753637; PMCID: PMC4394828.
5. Gobbo O, Street A, Bury RW, Moulds RF. Oral flucloxacillin in septicemia. *Med J Aust.* 1992 Oct 19;157(8):575. doi: 10.5694/j.1326-5377.1992.tb137387.x. PMID: 1479999.
6. Tevell S, Christensson B. Oral Flucloxacillin for Staphylococcal Osteomyelitis: Obsolete or Underused? *J Bone Jt Infect.* 2020 Jan 1;5(1):25–27. doi: 10.7150/jbji.42852. PMID: 32117686; PMCID: PMC7045530.

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

Bálintovské skupiny – lékař coby lék



MUDr. Romana Hronová
Psychosomatická klinika s.r.o.

Přemýšlela jsem o názvu a napadaly mě další možnosti, které by mohly vypovídat o tom, o čem chci psát. Například:

- Postgraduální péče o psyché lékaře.

Nebo obrazněji:

- Kdo ohlídá strážce?

Nebo ještě vyhoceněji:

- Kdo se stará o doktora? Kdo, když ne on, kdy, když ne teď.

Ale k tématu. Co potřebuje lékař k tomu, aby dobře léčil? Znáť nemoci, jejich obraz a průběh? Znáť léky, jejich indikace a kontraindikace? Mít síť kontaktů a rozumět systému? Mít životní zkušenosti a znáť lidi?

Určitě tohle všechno, ale kde je v tomto obrazu lékař sám? Zdá se, že lékař je jakási samozřejmá, pevně daná a automatická součást procesu léčení. Součást, kterou se není třeba zvlášť zabývat. Má být funkční podle potřeby jednak každého pacienta, jednak zdravotnického systému. Asi jako hladce běžící kolečko ve stroji.

A jak vnímá lékař sám sebe? Chce toto očekávání naplnit? Očekává od sebe, že naplní očekávání, která se na něj ze všech stran hrnou? Myslí na sebe?

A jakým způsobem? Umí vůbec na sebe smysluplně dávat pozor tak, aby to prospívalo pacientům i jemu? Školí ho k tomu někdo? Kdo se o něj zajímá? Možná by se hodilo použít: Kdo jiný, když ne on!

Obrátila jsem pozornost na opomíjenou polovinu dvojice osob, které se v ordinaci setkávají, tedy dvojice lékař – pacient. V centru pozornosti je vždy pacient. Ale to, co se v ordinaci odehrává, není součinnost aktivního a pasivního, autority a submisivního prvku, učitele a žáka, rodiče a dítěte. Tyto aspekty v různé míře jsou ve vztahu mezi lékařem a pacientem obsaženy. Ale zároveň jde o vztah, ve kterém oba zúčastnění mají vliv na to, co se děje, na úspěch i neúspěch, na kvalitu setkání.

Mohli byste si říct, že už takhle toho máte na starosti dost, nepotřebujete si přidávat další, naopak voláte, „prosím, ubrat!“.

Metoda bálintovských skupin /dále BS/, se kterou vás chci seznámit či ji připomenout, nic nevyžaduje, žádné studium, žádné další znalosti, jen ochotu se aktivně účastnit.

O autorovi

MUDr. Michael Bálint /1896, Budapešť– 1970, Londýn/ byl maďarský Žid, psychiatr, psychoanalytik, jeden z průkopníků psychosomatiky. Po 2. sv. válce se na pravidelných seminářích scházel se skupinou praktických lékařů.

Zkoumali psychologické pozadí vztahu lékař – pacient pomocí případů, které lékaře zatěžují, které se nevyvíjí podle očekávání, odčerpávají energii lékaře, podřívají jeho sebedůvěru, leží mu v hlavě i mimo ordinaci, atp.

Lékařská a psychoanalytická praxe přivedly M. Bálinta /dále MB/ k přesvědčení, že chce-li praktický lékař vykonávat svoji praxi kompetentně, měl by rozumět nejen somatickým, ale také psychologickým komponentám nemocí, se kterými se na něho jeho pacienti obracejí. Podobně jako většina praktických lékařů si totiž všiml, že to, co pacient předkládá jako nemoc, totiž svoje tělesné potíže, je jen část obrazu, o kterém by se v ordinaci mělo mluvit.

MB značný počet nemocí považuje za důsledek „nevyřešených emočních konfliktů“, které se nemohou projevit psychologicky, ale pouze regresivně, totiž somaticky. Nestačí si proto jen všimáť tělesných příznaků nemoci, ale je nutno věnovat pozornost i příznakům duševním, které však nelze považovat za duševní nemoc. MB se proto zabývá nejen tělesnými symptomy, ale celým člověkem, v kontextu jeho konkrétního života. Tímto kontextem je myšlena pacientova rodina, jeho vztahy a pracovní podmínky, jeho životní historie.

Nechme promluvit ve volné citaci MB

„Po několik let byly na Tavistocké klinice v Londýně organizovány výzkumné semináře zaměřené na studium psychologických aspektů práce praktického lékaře. Zpočátku jsem měl určitou představu o tom, že se z psychologického hlediska ve všeobecné praxi mezi pacientem a lékařem odehrává mnohem víc, než o tom píší tradiční učebnice. Jedním z prvních témat našich diskusních seminářů byly čirou náhodou léky, které jsou praktickými lékaři obvykle předepisovány. Diskuse rychle ukázala, a jistě to nebylo poprvé v dějinách medicíny, že tím z daleka nejčastěji používaným lékem je ve všeobecné praxi lékař sám, tj. že to, co je důležité, není jen lahvička s lékem nebo krabička s tabletami, ale způsob, jak je lékař svému pacientovi předepíše. Ve skutečnosti celá atmosféra, ve které je lék předepsán a užíván. Zjistili jsme, že o farmakologii tohoto léku nevíme skoro nic. Vyjádřeno jazykem

medicíny to znamenalo, že neexistuje učebnice, ve které by bylo možné vyhledat informace o dávkování této drogy „lékař“, tj. sebe sama, jaká léková forma by měla být použita, jaké jsou její terapeutické a udržovací dávky atd. Dalším nedostatkem je chybění zkoumání možných rizik tohoto léku, nežádoucích vedlejších účinků, možných alergií...”

Z této citace vyplývá jeden ze základních aspektů metody, který MB vyjádřil bonmotem “lékař sám je lék”.

Dalším důležitým faktorem podle MB je pozornost vůči komunikaci mezi lékařem a pacientem. Ukázalo se, že ve vztahu lékař – pacient je velké množství nedorozumění. MB je nazval „zmatení jazyků“. Pacient přichází se svojí „nabídkou“ potíží, svým obrazem nemoci. A je na lékaři, aby si toto sdělení dokázal roztřídit a vyložit tak, aby zapadlo do známého systému nemoci. Tedy pacientovy potíže si lékař musí přeložit do řeči, která mu dá smysl pro další postup. Výsledkem procesu má být určení nemoci a jistota, že s touto nemocí lze nějak smysluplně zacházet. Tento průběh a výsledek je pro obě strany uspokojující. Mnohdy se však takto situace nevyvíjí. Lékaři jsou konfrontováni s „nabídkami“, které nejsou schopni pomoci svými medicínskými znalostmi objektivizovat a zpracovat. Nebo zavedená adekvátní léčba nevede ke zlepšení a pacient je nespokojen. Obě strany,

i přes vzájemnou snahu, nenajdou společnou řeč.

Vedle reflexe role lékaře a pozornosti ke komunikaci obrací MB pozornost ke skrytým částem obrazu, který pacient i lékař o potížích mají, tedy k oblastem, které souvisejí s nevědomými procesy u pacienta i lékaře.

Praxe metody:

BS je setkání cca 10 účastníků, kteří sedí v kruhu. Předpokládá se, že účastníci přináší případy či situace z praxe, které by se hodily pod označení *crux medicorum*. BS má 1–2 vyškolené vedoucí.

BS standardně trvá 1,5 hod, v tomto čase se probere 1 případ z nabídky.

BS podléhá pravidlu mlčenlivosti.

BS NENÍ KASUISTICKÝ SEMINÁŘ, nejde tedy o zkoumání diagnostiky a léčebných postupů, i když i toto má v BS své místo.

BS NENÍ PSYCHOTERAPEUTICKÁ SKUPINA, v centru zájmu je pacient, jeho vztah k léčbě a lékaři, a prostor pro lékaře k uvědomění a zpracování vlastních pocitů vůči pacientovi, diagnóze, léčbě, tedy v centru zájmu je vztah lékař – pacient.

BS lze zařadit mezi SUPERVIZNÍ metody, ale ne ve smyslu kontroly nebo výcviku, ale ve smyslu PODPORY A SEBEROZVOJE.

CÍLEM BS je rozvíjení a kultivace přirozených psychologických schopností lékaře.

BS je PREVENČÍ VYHOŘENÍ.

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

Kontraindikací pro účast na BS je hierarchický nebo příliš blízký vztah mezi účastníky. Tento fakt by mohl ohrožovat pocit bezpečí a svobody.

Struktura BS

1. nabídka případu. Každý, kdo má případ v hlavě, ho velmi stručně nabídne ostatním.
2. výběr tzv. protagonisty, jehož skupina vybírá hlasováním, nebo je možné požádat o prioritu pro svůj případ.
3. expozice, protagonista představí svůj případ. Není potřeba se připravovat, ani mít chorobopis. Naopak „nedokonalost“ popisu případu je důležitá součást obrazu.
4. otázky. Účastníci se ptají protagonisty na vše, co je zajímavé, aby si mohli udělat vlastní představu a porozumět tomu, oč by mohlo jít.
5. fantazie, uvozené slovy „představuji si, že...“, a účastníci říkají cokoliv, co je o daném příběhu napadá, bez omezení realitou.
6. nápady, uvozené slovy „na tvém místě bych dělal/dělala...“. Účastníci nabízejí vlastní postupy, nápady, zkušenosti.
7. závěrečné slovo má protagonista.

Realita BS

Je možné se účastnit s užitkem izolované BS s konkrétním naléhavým případem nebo bez něj.

Větší přínos však má pravidelné setkávání s jednou skupinou kolegů.

Důvodem tohoto doporučení jsou dva efekty:

1. skupina se sžije, vzájemně pozná, může se vytvořit pocit bezpečí a vzájemného porozumění, které prohlubuje procesy a zpřesňuje reakce.
2. opakovaná účast přináší sebepoznání, možnost identifikování vlastních silných i slabších stránek, uvědomění toho, jak se sebou ve vztahu lékař – pacient zacházím, na které pacienty nebo situace se „chytám“, ať v negativním nebo pozitivním smyslu.

Základní podmínkou účasti v BS je nejen zájem o reakce pacienta, ale i zájem o vlastní reakce na pacienta. (př.: lékař některého pacienta nosí v hlavě více než ostatní, před návštěvou některého pacienta prožívá lékař významnější negativní nebo pozitivní pocity než před návštěvou jiných pacientů, apod.).

BS umožňují hledání nevysloveného a nevědomého v tom, co se odehrává mezi lékařem a pacientem (př.: svádivé chování pacientky vůči lékaři neuvědomovaného charakteru).

BS propracovává kontakt reality pacienta a lékaře. Dá se předpokládat, že terapie bude tím účinnější, čím více se realita pacienta bude překrývat s realitou lékaře (př.: vyčerpaný lékař vnímá úzkost pacienta jako agresivi-

tu, lékař nabízí dle svého přesvědčení nejlepší lék, ten nezabírá, protože pacient očekává lék, co dobře zabral sousedce).

Pacient se v průběhu BS zpřítomňuje (př.: lékař vypráví o nespolupracujícím pacientovi, skupina uvažuje o možných zdrojích této nespolupráce, má fantazie o životní historii pacienta, o jeho situaci, potřebách, vztazích, skrytých motivech...).

Současná situace v ČR

U nás probíhají BS od 80. let minulého století. Jejich průkopníky byli psychiatři a psychologové, proto byly využívány především na poli psychoterapie, ev. psychiatrie. Pro praktické lékaře nabízí ukázkou BS již mnoho let IPVZ v rámci předatestační přípravy.

Psychoterapeutická sekce ČLS JEP má svou Bálintovskou sekci. Na stránkách sekce je seznam akreditovaných lektorů i konkrétních akcí. V současné době tato sekce otvírá výcvikovou bálintovskou skupinu pro lékaře, kteří by měli zájem se stát bálintovskými vedoucími.

Informace:

www.psychosomatika.cz

nebo

hronova@psychosomatika.cz

Bálintovské skupiny

- metoda, která pomáhá s náročnými situacemi v ordinaci lékaře
- zvyšuje porozumění mezi lékařem a pacientem
- zabývá se zatěžujícími pacienty
- zvyšuje efektivitu práce
- funguje jako prevence syndromu vyhoření

Semináře probíhají ve skupině, ale nejedná se o kasistické semináře ani psychoterapeutické skupiny. Bližší info o metodě viz článek na stránkách www.psychosomatika.cz a v některém z dalších čísel časopisu Practicus.

Nabízíme na Psychosomatické klinice od února 2022 pravidelné bálintovské skupiny, každou 3. středu v měsíci od 17 do 20,15 hod. Jedná se tedy pokaždé o 2 bálintovské skupiny.

Jedna skupina trvá 90 min a cena je 350 Kč, cena za celý kurz je 3 500 Kč.

Absolvování se může stát součástí výcviku, který vede k získání lektorského oprávnění pro bálintovské skupiny. Optimální počet je 10 členů.

Přihlásit se můžete na adrese:

hronova@psychosomatika.org

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

Nové povinnosti poskytovatelů péče ve vztahu k lékařským přístrojům dle zákona 89/2021 Sb



Ing. Jiří Seidl

pracoviště: SEIVA s.r.o., výrobce lékařských přístrojů

Od 26. května letošního roku je účinný nový zákon číslo 89/2021 Sb. a prováděcí vyhláška číslo 186/2021 Sb. Oba předpisy upravují povinnosti při nakládání se zdravotnickými prostředky (**dále ZP**) a stanovují přestupky a pokuty. Kontrolu vykonává Státní ústav pro kontrolu léčiv, ale je zde i otázka uznávání úhrad za výkony pojišťovnami.

Vzhledem ke stálému přísunu nových povinností, všeobecnému nedostatku času a nemalým pokutám, které zákon umožňuje uložit, přinášíme velmi zkrácenou informaci doplněnou o jednoduchý praktický návod, jak základní povinnosti naplnit. Úplné informace naleznete v textu zákona.

ZP se rozumí téměř vše, co se používá k léčení, diagnostice, kontrole početí a není léčivem. Od homeopatik, přes injekční stříkačky, software, až po MR.

Zde budeme dále hovořit o těch ZP, které mají třídu IIa, IIb a III. **Do IIa** obvykle spadá EKG, tonometr, holter TK, elektronická váha, elektronický teploměr, spirometr, ABI a také některé oxymetry. **Do IIb** obvykle spadá defibrilátor a většina oxymetrů. Některé ZP, jako jsou váhy, stolní tonometry a teploměry jsou **s měřicí funkcí**.

Povinnosti stanovené poskytovatelům zákonem můžeme rozdělit do několika kategorií:

1. Odpovědnost za to, jaký ZP použít

Zjednodušeně řečeno, kupujte jen ty, které jsou řádně registrovány u SÚKL, a používejte bezvadné, u nichž máte splněny dále popsané požadavky a dokumenty.

2. Návodů k použití, poučení a případná instruktáž

Návody musí být v českém jazyce a umístěny v dosahu obsluhy. Tam, kde to výrobce požaduje, nebo kde ZP spadá do třídy IIb a III, se vyžaduje instruktáž.

3. Řádné provádění servisu v souladu s tímto zákonem

Veškeré opravy a bezpečnostně technické kontroly musí být prováděny v rozsahu a četnosti stanoveném výrobcem, případně zákonem. Vždy si vyžádejte od servisní organizace potvrzení, že je řádně pověřena výrobcem. Odpovědnost totiž nesete Vy.

4. Evidence

Detailněji popsáno níže. Velkou část práce naštěstí stačí udělat jen jednou.

5. Správná skladovací praxe

Požadavek na čisté suché prostory, úklid, měření a záznam teplot. Obdobné jako u léčiv.

Zjednodušený postup, jak požadavky naplnit

A) Připravme si šanon. Dále papírové závěsné desky – pro každý přístroj jedny. A nakonec větší množství průhledných obalů se závěsem, zvaných eurofolie.

Nyní eurofolie naplníme dokumenty a vložíme do příslušných papírových závěsných desek. Pro lepší přehled doporučujeme vkládat do jednotlivých eurofolií pouze dokumenty jednoho typu.

Jednotlivé eurofolie naplníme: Dokladem o nabytí – například faktura, smlouva, prohlášení. Prohlášením o shodě. Návodů k použití v českém jazyce. Všechny protokoly o metrologickém ověření, je-li pro konkrétní ZP vyžadováno. Všechny záznamy o servisu. Všechny záznamy o instruktáži osob, jsou-li pro ZP požadovány. Všechny protokoly o provedených BTK.

Jednotlivé eurofolie vložíme do závěsných desek a ty pak do šanonu. Pozor, návod musí být dostupný obsluze v blízkosti ZP.

B) Dále potřebujeme tabulku. Stáhnout ji můžete hotovou a předvyplněnou z adresy www.seiva.cz/89-21, nebo si ji připravit sami. Sloupečky jsou: *Obchodní název ZP, Model, UDI (využijete až v budoucnu), Výrobní číslo, Riziková třída, Výrobce, Distributor, Datum uvedení do provozu*. Musí být provedena instruktáž?, Je stanoveným pracovním měřidlem? Kurzívou označené vyplývá z prováděcí vyhlášky.

Údaje o všech přístrojích, které používáte, zanechte pro přehlednost do jedné tabulky. Údaje získáte z Prohlášení o shodě a z návodů k použití. Pokud jde o instruktáž, platí, že je vyžadována, pokud má přístroj rizikovou třídu IIb nebo III. U nižších tříd jen tam, kde ji předepisuje výrobce.

Výše uvedené dokumenty uchovávejte ještě po dobu 1 roku od vyřazení přístroje.

C) Kromě výše uvedených dokumentů jsou požadovány ještě takové, které se vztahují k prostředí: Plán úklidu. Postupy čištění a desinfekce. Dále záznamy o provádění úklidu, čištění a desinfekce, záznamy teplot prováděné alespoň 1x denně. Tyto záznamy by měly být uchovávány alespoň 1 rok.

Doporučení na závěr

Máte-li přístroj, který nelze dle výše uvedeného použít, nebo jej máte pro osobní potřebu, uložte jej odděleně na označeném místě.

Terminologie a struktura popisu základního POCUS hrudníku

(reprint článku Škulec R, Halad D, Zhoř D, Nový J. Urgentní medicína 2021,24,2:10–12)

Roman Škulec^{1,2,3,4,5}, David Halata^{6,7},
Dušan Zhoř⁶, Jiří Nový^{8,9,10}

¹Klinika anesteziologie, perioperační a intenzivní medicíny, Univerzita J. E. Purkyně v Ústí nad Labem, Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem, Ústí nad Labem, Česká republika

²Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, Praha

³Zdravotnická záchranná služba Středočeského kraje, Kladno, Česká republika

⁴Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny, Univerzita Karlova, Lékařská fakulta v Hradci Králové, Fakultní nemocnice Hradec Králové, Hradec Králové

⁵Fakulta zdravotnických studií, Univerzita J. E. Purkyně v Ústí nad Labem, Ústí nad Labem, Česká republika

⁶Společnost všeobecného praktického lékařství, Pracovní skupina pro ultrazvuk v primární péči

⁷Ústav preventivního lékařství, Lékařská fakulta v Hradci Králové, Univerzita Karlova

⁸Oddělení urgentní medicíny Fakultní nemocnice Hradec Králové

⁹I. interní kardiologická klinika Fakultní nemocnice Hradec Králové

¹⁰Zdravotnická záchranná služba Královehradeckého kraje

Úvod

Point-of-Care ultrasonografie (POCUS) je velmi rychlé a pragmatické vyšetření, které slouží jako pomůcka pro okamžité rozhodování o následném diagnostickém a léčebném postupu u pacienta s akutním symptomem nebo syndromem. Zápis výsledku vyšetření je však nezbytný jako u jakéhokoliv jiného vyšetření. Na rozdíl od popisu konvenčního ultrasonografického vyšetření kteréhokoliv orgánu může být popis stručný, ale měl by mít výstižnou, stručnou a srozumitelnou strukturu. V tomto článku shrneme zásady popisu základního POCUS vyšetření hrudníku, tedy pleury, plic a srdce.

Logika popisování POCUS

Terminologie popisu výsledku POCUS vyšetření musí reflektovat základní principy POCUS. Popis musí být stručný, strukturovaný, vyjadřovat aspekt subjektivního kvalitativního nebo semikvantitativního hodnocení, neměl by v sobě skrývat nejednoznačnosti a měl by vyjadřovat vazbu na aktuální klinický stav.

Popis výsledku vyšetření POCUS pleury a plic

Princípem ultrasonografického vyšetření plic je identifikace ultrasonografických nálezů a fenoménů, jejich kombinací diagnostikujeme ultrasonografický syndrom. Ten je potom hodnocen v klinickém kontextu.

Tabulka 1 shrnuje nejčastější ultrasonografické nálezy na plicích a pleure a také základní ultrasonografické syndromy^{1–6}.

Nejjednodušším protokolem pro vyšetření plic je protokol BLUE (Bedside Lung Ultrasound in Emergency)⁷. Ve většině urgentních situacích je dostačující. Podle protokolu BLUE je každá plic je vyšetřovaná ze třech standardních vyšetřovacích bodů. Výsledkem vyšetření je komplexní popis nálezu, který reflektuje, zda je abnormální nález jednostranný nebo oboustranný, symetrický nebo asymetrický apod. Vzhledem k tomu, že nálezů na plicích je mnoho, není nutné do popisu explicitně uvádět, zda každý z nálezů je přítomen nebo nepřítomen, ale stačí popsat dominantní nález a určit ultrasonografický syndrom se stranovou lokalizací v případě asymetrického, anebo jednostranného nálezu. Oboustranný nález je třeba také deklarovat. Poté následuje vyjádření interpretace v kontextu klinického obrazu. Není nutné popisovat vyšetřitelnost pacienta, nicméně pokud je špatná, je vhodné to zapsat.

Příklady možných nálezů a popisů vyšetření pacienta s dušností a hypoxií, s převažujícími spastickými poslechovými fenomény oboustranně:

- Oboustranně A profil ve všech vyšetřovacích bodech, normální pleurální sliding. Bez pleurálního výpotku. Nález potvrzuje klinické podezření na akutní exacerbaci chronické obstrukční plicní nemoci.
- Oboustranně B profil v PLAPS (posterolateral alveolar and/or pleural syndrome) a dolních BLUE bodech, jinak A profil. Normální pleurální sliding. Bez pleurálního výpotku. Přes převažující poslechový spastický nález vyšetření svědčí pro plicní edém.

Příklady možných nálezů a popisů vyšetření pacienta s dušností a hypoxií, s horečkou a oslabením dýchání vpravo bazálně:

- Vpravo v PLAPS bodě pleurální výpotek, v této oblasti plicní konsolidace s četnými statickými negativními aerobronchogramy a s C liniemi. Jinak vpravo i vlevo A profil ve všech dalších vyšetřovacích bodech. V těchto je také zachován normální pleurální sliding. Vlevo bez pleurálního výpotku. Nález potvrzuje klinické podezření na pneumonii vpravo, navíc s pleurálním výpotkem.

Tabulka 1. Základní ultrasonografické nálezy a syndromy při vyšetření pleury a plic.

ULTRASONOGRAFICKÝ NÁLEZ	POPIS
A linie	Horizontální hyperechogenní reverberační artefakt, který vzniká při normálním poměru vody a vzduchu v plicní tkáni.
B linie	Vertikální hyperechogenní reverberační artefakt, který vzniká při zvýšení množství vody nebo vaziva v plicní tkáni. Vymazává A linie, vychází z pleurální linie, jsou synchronní s pleurálním slidingem.
C linie	Vertikální hyperechogenní reverberační artefakt generovaný subpleurálně v konsolidované tkáni.
Z linie	Vertikální hyperechogenní reverberační artefakt viditelně složený z horizontálních. Vychází z pleurální linie, ale je špatně ohraničený, nevymazává A linie a není synchronní s pleurálním slidingem.
E linie	Vertikální hyperechogenní reverberační artefakt, který se tvoří v podkoží v případě přítomnosti podkožního emfyzému. Nepohybují se a nejsou synchronní s dýchacími pohyby.
plicní pulz	Rytmické pohyby pleury synchronní se srdečním pulzem.
statický negativní aerobronchogram	Hyperechogenní tubulární artefakt v konsolidované plicní tkáni, který se při dýchání nemění.
dynamický negativní aerobronchogram	Hyperechogenní tubulární artefakt v konsolidované plicní tkáni, který se mění při dýchání.
pozitivní aerobronchogram	anechogenní tubulární artefakt v konsolidované plicní tkáni.
tekutinový alveologram	Malý subpleurální anechogenní artefakt.
pleurální sliding	Fenomén pohybující se pleurální linie během dýchání.
seashore sign	Fenomén při vyšetření plicí bez pneumotoraxu režimem M–mode.
barcode sign	Fenomén při vyšetření plicí s pneumotoraxem režimem M–mode
nepravidelná linie pleury	Fenomén doprovázející subpleurální konsolidaci.
lung point sign	Fenomén vznikající na rozhraní pneumotoraxu a normálního kontaktu parietální a viscerální pleury.
hydro point sign	Fenomén vznikající při fluidopneumotoraxu.
fluidothorax	Anechogenní obraz přítomnosti tekutiny v pleurální dutině.
ULTRASONOGRAFICKÝ SYNDROM	POPIS
A profil	Kombinace přítomnosti A linií, normálního pleurálního slidingu a často i Z linií. Typický obraz pro zdravou plíci.
B profil	Kombinace přítomností 3 a více B linií v jednom mezižebří. Typický obraz pro zmnožení tekutiny nebo vaziva v subpleurální plicní tkáni, jako je tomu u plicního edému či intersticiálního plicního postižení.
plicní konsolidace	Obraz typický pro kondenzaci plicní tkáně, jako je tomu u atelektázy, a typický u pneumonie. Nalézáme aerobronchogramy, tekutinový alveologram a C profil.
pneumotorax	Ultrasonografický obraz pneumotoraxu zahrnující absenci pleurálního slidingu, absenci vertikálních artefaktů a plicního pulzu, přítomnost barcode sign a v některých případech lung point sign.
fluidothorax	Obraz přítomnosti anechogenního obrazu tekutiny v pleurální dutině. Často doprovázen kompresivní atelektázou přilehlé části plicí.

- Vpravo v PLAPS bodě rozsáhlá plicní konsolidace se všemi znaky, s oslabením pleurálního slidingu. Jinak vpravo i vlevo A profil ve všech dalších vyšetřovaných bodech, v těchto je také zachovaný normální pleurální sliding. Bez pleurálního výpotku. Nález potvrzuje klinické podezření na pneumonii vpravo.

Příklad možného nálezu a popisu vyšetření pacienta s dušností a hypoxií v době pandemie COVID–19:

- Oboustranný, ale asymetricky distribuovaný B profil, který je přítomen v horním BLUE bodu a PLAPS bodu vpravo a ve všech bodech vlevo. Tamtéž oslabení pleurálního slidingu. V dolním BLUE bodu vpravo A profil s normálním pleurálním slidingem. Bez pleurálního výpotku. Nález potvrzuje podezření na oboustrannou covidovou pneumonii.

Příklady možných nálezů a popisů vyšetření pacienta s dušností a hypoxií v šoku, se závažným tupým poraněním hrudníku, s hmatným podkožním emfyzémem vlevo:

- Vlevo podkožní emfyzém v BLUE bodech, ve všech vyšetřovaných bodech vlevo vymizení pleurálního slidingu, barcode sign a A profil, lung point nenalezen. Vpravo B profil v BLUE bodech s obleněným pleurálním slidingem, v PLAPS bodu A profil s normálním pleurálním slidingem. Seashore sign ve všech bodech vpravo. V kontextu klinického stavu ultrasonografický nález identifikuje plášťový pneumotorax vlevo s podkožním emfyzémem a kontuzí plicí vpravo bez známek pneumotoraxu. Bez známek tekutiny v pleurální dutině.

- Vlevo podkožní emfyzém v horním BLUE bodu, tamtéž A profil s vymizením pleurálního slidingu, barcode sign. Lung point nalezen ve 4. mezižebří v přední axilární čáře vlevo. Ve zbývajících bodech vlevo i vpravo A profil s normálním pleurálním slidingem, bez tekutiny v pleurální dutině. Malý pneumotorax s podkožním emfyzémem vpravo, jinak fyziologický nález na pleure a plicích. Tento nález nevysvětluje závažný klinický stav.

Příklad možného nálezu a popisu ultrasonografického vyšetření obézního pacienta s dušností, normoxií a s normálním fyzikálním nálezem na plicích:

- Oboustranně A profil ve všech vyšetřovaných bodech, normální pleurální sliding, bez pleurálního výpotku. V kontextu klinického stavu se jedná pravděpodobně o fyziologický nález na plicích, nicméně je nutné vyloučit plicní embolii.

Popis výsledku vyšetření FoCUS

American Society of Echocardiography rozeznává dvě úrovně Point-of-Care ultrasonografického vyšetření srdce: Focused Cardiac Ultrasound (FoCUS) a Limited Echocardiography. Nejjednodušší forma je vyšetření FoCUS. Je plně založena na subjektivním kvalitativním hodnocení nálezu bez jakéhokoliv měření echokardiografických parametrů. Zahrnuje v sobě posouzení přítomnosti tekutiny v perikardu, vyhodnocení velikosti pravé komory, vyhodnocení systolické funkce levé komory a posouzení průměru a kolapsibility dolní duté žíly⁸. Terminologii kvalitativní interpretace jednotlivých parametrů shrnuje tabulka 2. V tabulce jsou uvedeny také možnosti semikvantitativního upřesnění některých parametrů. To by však mělo být používáno jen

v případě, že vyšetřující má dostatek zkušeností, a že je fakticky schopen v případě potřeby tyto parametry i kvantitativně.

V popisu výsledku vyšetření srdce metodou FoCUS je vhodné vyjmenovat hodnocení všech parametrů uvedených v tabulce 2, a to i v případě, že je nález hodnocen jako normální. Pokud je některý z parametrů nevyšetřitelný, doporučuji to také deklarovat. Poté by měla následovat interpretace v kontextu klinického obrazu. Důležité je mít na mysli, že „normální“ nález vyšetření FoCUS neznamená, že pacient má normální echokardiografický nález. V popisu by také měla být zmíněná vyšetřitelnost pacienta. Jde o velmi subjektivní hodnocení, nicméně dodává popisu nálezu určitý kontext. Doporučuji používat maximálně jednoduché hodnocení, a to pacient je nevyšetřitelný, špatně vyšetřitelný a dobře vyšetřitelný.

Příklady možných nálezů a popisů vyšetření FoCUS u pacienta bez relevantní anamnézy, s klidovou dušností s hypoxií, s oboustranným smíšeným poslechovým nálezem chrůpků a spastických fenoménů a s normotenzí:

- Dobře vyšetřitelný pacient. Perikard bez tekutiny, normální velikost pravé komory, normální systolická funkce levé komory, normální velikost a kolapsibilita dolní duté žíly. Nález vylučuje kardiální etiologii obtíží.
- Špatně vyšetřitelný pacient. Perikard bez tekutiny, velikost pravé komory a systolickou funkci levé komory nemohu hodnotit, dilatace dolní duté žíly bez respirační kolapsibility. Nález vylučuje srdeční tamponádu, ale jinak je nepřínosný.
- Dobře vyšetřitelný pacient. Perikard bez tekutiny, normální velikost pravé komory, těžká systolická

Tabulka 2. Parametry FoCUS a terminologie jejich kvalitativního a semikvantitativního hodnocení.

parametr	kvalitativní hodnocení	semikvantitativní upřesnění
systolická funkce levé komory srdeční	<ul style="list-style-type: none"> • normální • snížená (systolická dysfunkce) • hyperdynamická 	systolická dysfunkce: lehká, středně těžká, těžká
velikost pravé komory srdeční	<ul style="list-style-type: none"> • normální, • dilatovaná • malá/kolabující 	dilatace: mírná až střední, těžká kolabující komora s dotekem stěn v systole – fenomén „kissing of the walls“
tekutina v perikardu	<ul style="list-style-type: none"> • přítomna • nepřítomna 	pokud je přítomna, odhadujeme, zda je množství malé nebo velké a zda jsou přítomny známky srdeční tamponády
průměr dolní duté žíly	<ul style="list-style-type: none"> • normální, • dilatovaná • malá/kolabující 	
respirační kolapsibilita dolní duté žíly	<ul style="list-style-type: none"> • normální, • snížená/žádná • zvýšená/úplný kolaps 	

dysfunkce levé komory, dilatace dolní duté žíly se sníženou kolapsibilitou. Nález potvrzuje klinické podezření na srdeční selhání.

Příklady možných nálezů a popisů vyšetření FoCUS u pacienta bez relevantní osobní anamnézy, s náhle vzniklou dušností s hypoxií, s čistým sklípkovým dýcháním a s hypotenzí:

- Dobře vyšetřitelný pacient. Perikard bez tekutiny, těžká dilatace pravé komory, normální systolická funkce levé komory, dilatace dolní duté žíly bez respirační kolapsibility. Nález je obrazem cor pulmonale s vysokou pravděpodobností plicní embolie.
- Dobře vyšetřitelný pacient. Perikard s velkým množstvím tekutiny, kolabující pravá komora, normální systolická funkce levé komory, dilatace dolní duté žíly bez respirační kolapsibility. Nález je vysoce suspektní z přítomnosti srdeční tamponády.

Příklad možného nálezu a popisu vyšetření FoCUS u pacienta v šoku, s horečkou:

- Dobře vyšetřitelný pacient. Perikard bez tekutiny, kolabující pravá komora s fenoménem kissing of the walls, hyperdynamická funkce levé komory, kolabující dolní dutá žíla se zvýšenou respirační kolapsibilitou. V klinickém kontextu nález potvrzuje septický šok s hypovolemii.

Příklady možných nálezů a popisů vyšetření FoCUS u pacienta po kolapsu, s hypotenzí, tachykardií a s klinickými známkami dehydratace:

- Dobře vyšetřitelný pacient. Perikard bez tekutiny, kolabující pravá komora s fenoménem kissing of the walls, hyperdynamická funkce levé komory, kolabující dolní dutá žíla se zvýšenou respirační kolapsibilitou. V klinickém kontextu nález potvrzuje hypovolemický šok.
- Zcela nevyšetřitelné pacient. Nelze posoudit žádný z parametrů FoCUS.

Závěr

Popis POCUS vyšetření hrudníku je důležitou součástí vyšetření. Zásady popisu, a hlavně příklady uvedené v textu demonstrují minimální rozsah popisu, jeho terminologii a strukturu. To neznámá, že popis nemůže být detailnější, nicméně neměl by být více zjednodušen.

Konflikt zájmů

Žádný.

Literatura

1. REISSIG, A., KROEGEL, C. Sonographic diagnosis and follow-up of pneumonia: A prospective study. *Respiration*. 2007,74:537–547.
2. FRANCISCO, M.J., RAHAL, A., VIEIRA, F.A.C., DA SILVA P.S.D., FUNARI M.B.G. Advances in lung ultrasound. *Einstein*. 2016,14:443–448.
3. LICHTENSTEIN, D.A. Lung ultrasound in the critically ill. *Ann Intensive Care*. 2014,4:1.
4. LICHTENSTEIN, D., MEZIÈRE, G., SEITZ, J. The dynamic air bronchogram: A lung ultrasound sign of alveolar consolidation ruling out atelectasis. *Chest*. 2009,135:1421–1425.
5. ŠKULEC, R., PAŘÍZEK, T., PAKOSTOVÁ, J., BÍLSKÁ, M., ČERNÝ, V. Kritické hodnocení ultrasonografické diagnostiky pneumotoraxu. *Urgentní medicína*. 2020,23:11–17.
6. SKULEC, R., PARIZEK, T., DAVID, M., MATOUSEK, V., CERNY, V. Lung Point Sign in Ultrasound Diagnostics of Pneumothorax: Imitations and Variants. *Emerg Med Int*. 2021,May 28.
7. LICHTENSTEIN, D.A. BLUE-Protocol and FALLS-Protocol. *Chest*. 2015,147:1659–1670.
8. SPENCER, K.T., KIMURA, B.J., KORCARZ, C.E., PELLIKKA, P.A., RAHKO, P.S., SIEGEL, R.J. Focused cardiac ultrasound: Recommendations from the american society of echocardiography. *J Am Soc Echocardiogr*. 2013,26:567–581.
9. Škulec R, Halad D, Zhoř D, Nový J. *Urgentní medicína* 2021,24,2:10–12.

Mladý aktivní muž s hypertenzí, dyslipidemií a neochotou k lékařským prohlídkám



MUDr. Jana Kafková

Praktický lékař pro dospělé, Jihlava

Úvod

Časný výskyt kardiovaskulárních (KV) rizikových faktorů znamená dlouhodobou perspektivu jejich nepříznivého působení na cévy pacienta. Genetické studie ukazují, že čím déle rizikové faktory na stěny cév působí, tím větší změny vyvolají. Časový aspekt je zde velmi významný!¹ Důsledkem je rozvoj KV onemocnění a mnoho let života v nemoci. Z úst odborníků stále častěji zaznívá apel na důsledný screening KV rizikových faktorů i u mladších jedinců. Časná a důsledná kompenzace všech modifikovatelných rizikových faktorů včetně hypertenze a dyslipidémie u mladších pacientů je spojena se zachováním cévního zdraví a prodloužením života pacientů v dobré kvalitě, např. bez invalidizace v důsledku infarktu myokardu či cévní mozkové příhody.

KAZUISTIKA

47letý muž, nekuřák, velitel roty Hasičského záchranného sboru s negativní rodinnou anamnézou
Při vstupní prohlídce zjištěn vysoký krevní tlak

Negativní anamnéza

Na vstupní prohlídku se v dubnu 2018 dostavil 47letý muž bez vážnějších nemocí v anamnéze, nekuřák, který občas konzumuje alkohol. Jeho rodinná anamnéza je bez KV rizik – matka je zdravá, otec zemřel v 63 letech na karcinom močového měchýře, sestra i bratr jsou zdraví. Pacient má 1 zdravé dítě. Vzdělání má vysokoškolské, pracuje jako velitel roty Hasičského záchranného sboru.

Záchyt hypertenze

Při vstupní prohlídce u praktického lékaře byla zjištěna nadváha (BMI 29,2 kg/m²) a vysoký krevní tlak (TK) 150/90 mm Hg. Podle sdělení pacienta byl krevní tlak zvýšený opakovaně i při domácím měření. Nabízený TK Holter pacient odmítl z pracovní–organizačních důvodů. Laboratorní vyšetření ukázalo také hraniční hladinu celkového cholesterolu (5,03 mmol/l) a LDL cholesterolu (3,4 mmol/l). HDL cholesterol a triglyceridy byly v normě. Zjištěna byla také mírná elevace ALT

(1,03 ukat/l) a GGT (1,79 ukat/l). Na EKG byly patrné známky hypertrofie levé komory.

Pacient byl poučen o ateroskleróze a jejích rizicích a důsledcích. K motivaci k léčbě a úpravě jídelníčku byl použit cévní věk. Nemocný uváděl, že se udržuje v kondici a v zaměstnání podstupuje pravidelné fyzické testy. Slíbil úpravu stravy. Nasazena byla monoterapie perindoprilem (5 mg 1x denně) a pacient byl pozván na kontrolu za měsíc, na kterou se ovšem nedostavil.

Pokus o kompenzaci hypertenze

Na vyšetření přichází až v březnu 2019 z důvodu vyplnění životní pojistky. Přiznává, že po dokončení předepsaných balení perindoprilu dále antihypertenzní léčbu neužíval. Dle jeho ústního sdělení byl TK v době užívání ACEI do 130/80 mm Hg. TK naměřený při kontrole byl opět opakovaně 150/90 mm Hg. Do medikace byl vrácen perindopril ve stejné dávce, který pacient snášel dobře. Byl pozván na kontrolní prohlídku, na kterou dorazil ale až v červnu 2020. V mezidobí byl perindopril pravidelně předepisován.

Častý současný výskyt hypertenze a dyslipidémie

Na kontrole v červnu 2020 byl TK v normě (130/80 mmHg), což dle pacienta odpovídalo i domácímu měření. Tělesnou hmotnost se ovšem zredukovat nepodařilo a laboratorní vyšetření ukázalo dyslipidémii: celkový cholesterol 5,4 mmol/l, LDL cholesterol 3,8 mmol/l. HDL cholesterol (1,27 mmol/l) a triglyceridy (0,79 mmol/l) byly v normě, přetrvávala ale elevace ALT (1,2 ukat/l). Ultrasonografie břicha ukázala steatózu jater, echokardiografie lehkou hypertrofií intraventrikulárního septa, insuficienci mitrální chlopně a ejekční frakci levé komory 65 %. Na vyšetření očního pozadí byly patrné hypertonické změny.

Pacient byl opět edukován ohledně KV rizika a možnostech jeho ovlivnění. Připomenuta mu byla i informace o jeho cévním věku. Vzhledem k rozvoji dyslipidémie a nálezů steatózy byl poučen také o statinech a souhlasil s nasazením atorvastatinu 20 mg denně, který užíval od června 2020.

Současná kompenzace hypertenze a dyslipidémie jedinou tabletou

Na kontrole v listopadu 2020 pacient uváděl, že farmakoterapii snáší dobře. Laboratorní vyšetření ukázalo hladinu celkového cholesterolu 3,89 mmol/l, LDL cholesterolu 2,06 mmol/l, HDL cholesterolu 1,26 mmol/l a triglyceridů 1,26 mmol/l. Ke zjednodušení léčby a udržení compliance byla léčba změněna na fixní kombinaci perindoprilu a atorvastatinu (Euvascor

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

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

20 mg/5 mg 1x denně). Pacient je spokojený, a přestože je těžké dostat ho do ordinace, o léky se pravidelně každé 3 měsíce hlásí. Další vyšetření je domluveno na září 2021 s kontrolou záznamu hodnot TK z domácího měření.

Závěr

Vysoký krevní tlak a vysoká hladina LDL cholesterolu působí na cévy po celou dobu svého trvání. Při výskytu KV rizikových faktorů v mladším věku jsou cévy vystaveny jejich mnohaletému nepříznivému vlivu. Naopak dlouhodobá absence KV rizikových faktorů je spojena s výrazně nižším KV rizikem.¹ To nabývá na významu

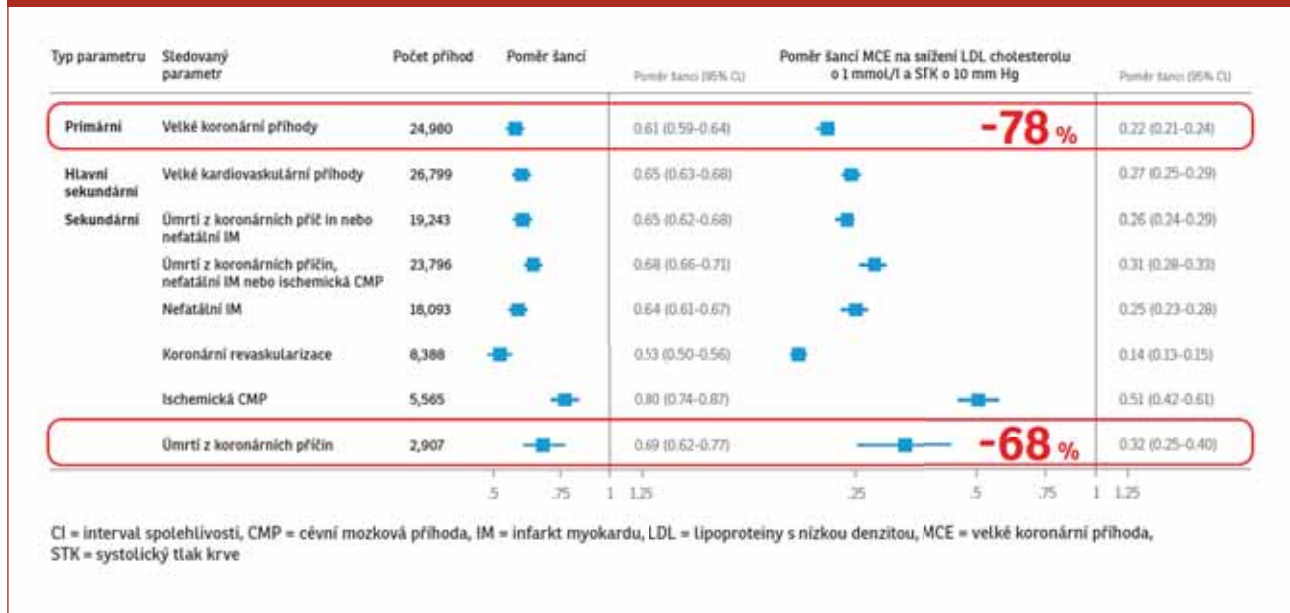
s prodlužující se průměrnou délkou života populace, zvláště v situaci, kdy Češi tráví až čtvrtinu svého života v nemoci. Protože pacient KV rizikové faktory většinou nijak subjektivně nevnímá, hraje zde klíčovou roli lékař. V jeho rukou je důsledný screening a následná časná a individualizovaná intervence. U mladších pacientů lze využít mnohaletého příznivého působení nízkých hodnot krevního tlaku a LDL cholesterolu a časnou kompenzaci hypertenze a dyslipidémie, a již u čtyřicátníků tak dosáhnout zachování zdraví cév a prodloužení kvalitního života pacientů. Výhodné zde mohou být fixní kombinace přípravků umožňující řešit hypertenzi i dyslipidémii jedinou tabletou denně.

Literatura:

1. Ference BA, Bhatt DL, Catapano AL, et al. Association of Genetic Variants Related to Combined Exposure to Lower Low-Density Lipoproteins and

Lower Systolic Blood Pressure With Lifetime Risk of Cardiovascular Disease. JAMA. 2019 Oct 8; 322(14): 1381–1391.

Obr. Souvislost dlouhodobé expozice normálnímu krevnímu tlaku a normálním hodnotám LDL cholesterolu s příznivými KV výsledky. Levá část grafu ukazuje poměry šancí různých KV příhod u osob s geneticky nízkými hodnotami Tk a LDL cholesterolu v porovnání s osobami s geneticky vysokým Tk i LDL cholesterolem. Pravá část grafu ukazuje poměr šancí výskytu KV příhod při dlouhodobém poklesu systolického TK o 10 mm Hg a současně LDL cholesterolu o 1 mmol/l.



WONCA Prekonference Amsterdam 2021: oblečená neoblečená, obutá neobutá aneb jak vypadá hybridní konference



MUDr. Marika Svatošová
praktický lékař, PRAKTIMAR s.r.o.

Letošní WONCA Prekonference pořádaná hnutím Vasco da Gama (VdGM), které představuje evropské mladé praktiky, byla hybridní. Pro 75 šťastlivců, kteří se mohli zúčastnit prezenčně (mezi nimi jsem byla i já), probíhala konference klasicky s několika hlavními přednáškami a řadou workshopů v krásné historické budově Tropického institutu v Amsterdamu. Druhá skupina účastníků mohla hlavní přednášky sledovat naživo online a připojit se k interaktivním distančním workshopům.

Hlavním tématem prekonference bylo, zda-li máme odvahu se podívat do zrcadla. Se zaměřením na nás jako doktory, ale také na naše pacienty. Už jen tímto mottem bylo dosaženo toho, že každá přednáška i workshop se snažily jít do větší hloubky. Vyzývali nás, abychom se podívali i na naše postoje k tabuizovaným tématům, jako je eutanázie, lékař v roli lídra či polyamorie.

Zahajovací přednášku měla Claire Loots, praktická lékařka a zakladatelka Foundation Leading Doctors, která nás provázela tématem, jak být lídrem nejen sami pro sebe, ale jak vést i náš tým, naše pacienty a v neposlední řadě naše zdravotníctví. Vyzývala nás, abychom v momentech, kdy nám hlavou projde myšlenka „Jako vážné?!“, nenechali takový pocit být, ale ozvali se, že to přece takto nedává smysl a zkusili nastartovat proces změny k lepšímu. Byla to velmi inspirativní přednáška, která mě donutila si uvědomit, že v našich krajích se bojíme vystoupit z řady, říct náš názor a až chorobně se vyhýbáme vedoucím pozicím. Jestli to je ještě přetrvávající vliv éry komunismu, kdy upozornit na sebe jiným názorem

bylo nebezpečné, či náš zastaralý vzdělávací systém, který nás demotivoval vynikat, aby nám náhodou naši kolegové nezáviděli, nebo v tom je něco jiného, asi nejspíš. Jsem ale přesvědčená, že jsou mezi námi mnozí neskutečně šikovní, inteligentní a schopní jedinci, kteří vidí to, co nefunguje, a kteří mají na to, tyto nefunkční věci změnit k lepšímu a posunout náš obor dál. A co se mi velmi líbí v našem oboru, je to, že se navzájem podporujeme a z úspěchů každého z nás se radujeme a nezávidíme si. Tímto chci vyzvat ty, co mají nápady ke zlepšení primární péče u nás, aby se nebáli vystoupit z řady, protože je všichni podporíme.

Ale zpátky k prekonferenci, jak jsem již nastínila, součástí programu byla i řada workshopů. Asi nejvíce mě zasáhl workshop o eutanázii. Už jen to, že většinu eutanazií v Nizozemsku provádí praktičtí lékaři, mě zaskočilo. Ale po bližším zamyšlení to dává největší smysl. My přece naše pacienty známe nejlépe. K tomuto tématu jsem přistupovala velmi odmítavě, už jen tím, že jsem věřící. Doktorka Maïke Eppens, která workshop s velkým citem vedla, mi ale ukázala, že s pečlivě nastavenými pravidly je eutanázie pro umírající možnost rozhodnout se, jak z tohoto života odejít podle vlastních představ, bez nebezpečí zneužití této služby. Bylo to emočně velmi



vyčerpávající téma, už jen tím, že jsem si vzpomněla na konkrétní pacienty či blízké osoby, kteří se na sklonku života trápí a mluví o smrti, která ale nepřichází. Velmi obohacující bylo i uvědomění, že tím, že otevřeme pro nás tabuizované téma smrti, můžeme mnohem lépe mluvit o životě a o tom, co je pro člověka důležité.

Podobně, jako když se naši pacienti dostanou do rukou paliativního týmu. Samozřejmě existuje do poslední chvíle možnost naplánovanou eutanazii odmítnout, ať už pacientem, či doktorem.

Jeden z workshopů jsem vedla i já, a to na téma Emočně inteligentní komunikace. Bylo velkou výzvou toto téma probírat zrovna v Nizozemsku, kde jsou studenti již během studia vedeni k empatické komunikaci s paci-

úlohu malinké nemocnice a měli zde i RTG, ultrazvuk a samozřejmě i malinkou laboratoř. Ke specialistovi či do nemocnice se plulo dvě hodiny, takže zde řešili všechno od nekomplikovaných zlomenin a malých chirurgických výkonů až po překotné porody.

Zajímavé bylo porovnání našeho a nizozemského systému primární péče. Ten se považuje za jeden z nejlepších

na světě a máme ještě hodně co dohánět. Na druhé straně Holandsko podobně jako Velká Británie má přístup k pacientům typu „wait and see“, což znamená, že nejprve čekají, jak se nemoc vyvine (příp. dají paracetamol), aniž by dělali byt jen takové CRP, a až v dalším kroku řeší ATB, pokud jsou třeba. Což znamená, že mají nižší ATB rezistenci a pacienti si zvykli nechodit s každou „rýmičkou“, na druhou stranu občas nejsou léčeni včas. Co je lepší přístup, by bylo na velmi zajímavou a dlouhou debatu.

Nizozemsko je také zemí, kde praktický lékař má na starost nejen dospělé, ale i dětské pacienty a gynekologickou

problematiku. Musím se přiznat, že si to neumím představit. Už tak mám dojem, že je vždy něco, co nevím, a kdybych měla na starosti i malé děti a novorozence, tak bych se obávala, že něco zanedbám. Co vy, kolegové, troufli byste si ošetřovat i pediatrickou populaci?

Prekonference byla skvělá a obohacující. Velkým plus bylo se po dlouhé době na živo vidět s kolegy z celé Evropy a sdílet zkušenosti i z doby pandemie. Pokud budete mít v budoucnu možnost, doporučuji se účastnit ať už mezinárodních WONCA konferencí, nebo, pokud jste ještě mladým praktikem, tak i VdGM konferencí, jako byla tato. Nejbližší se bude odehrávat v Edinburghu 28. a 29. ledna 2022.

entem a jsou v tomto tématu řádně vzdělávání. Mám obrovskou radost, že měl workshop úspěch a že se mi podařilo účastníky obohatit o nové aspekty komunikace a jak pracovat s emocemi našich pacientů i s těmi vlastními.

Součástí prekonference byla jako vždy i stáž v ordinaci praktického lékaře, ale kvůli epidemiologické situaci byla virtuální. To znamenalo, že jsme se nezapojili do každodenního chodu ordinace, ale provedli nás třemi různými ordinacemi, městskou, vesnickou a ostrovní, která byla pro mě samozřejmě nejzajímavější. Vyskytovala se na jednom z větších ostrovů na severu Nizozemska a byla vlastně spíše malým zdravotním centrem, protože žádný další lékař na ostrově nebyl. Pracovníci tu museli plnit



Vážení čtenáři a řešitelé testů,

dle nového Stavovského předpisu České lékařské komory č. 16, podle § 5 přílohy č. 1, jsou od 1. 7. 2012 všechny znalostní testy v odborných časopisech hodnoceny jednotně, a to 2 kredity. Za správné vyřešení testu budou řešitelům přiděleny **2 kredity ČLK**. Podmínkou ČLK pro přidělení kreditů je zaslání odpovědi v písemné podobě na odpovědním lístku nebo elektronicky na www.svl.cz, a to **nejpozději do 26. 11. 2021**. Písemné odpovědi zasílejte na adresu: Oddělení vzdělávání SVL ČLS JEP, Sokolská 31, 120 00 Praha 2.

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 07/2021: 1a, 2b, 3abc, 4abc, 5ac, 6ab, 7abc, 8c, 9a, 10b

ZNALOSTNÍ TEST JE HODNOCEN 2 KREDITY ČLK

1. Jak lze pacienta neúčinněji motivovat ke spolupráci pro snížení rizika KV příhod?

- a) informováním o výši jeho krevního tlaku, hladině cholesterolu a riziku kuřáctví
- b) informováním o jeho cévním věku
- c) informováním o výši jeho rizika fatální KV příhody v tabulkách SCORE

2. Nejvíce důkazů o snižování KV příhod/mortality z klinických studií máme pro tyto kombinace léků:

- a) atorvastatin a beta-blokátory
- b) rosuvastatin a blokátory RAS
- c) atorvastatin a perindopril

3. Terminologie popisu výsledku POCUS vyšetření:

- a) musí reflektovat základní principy POCUS
- b) musí být stručná a strukturovaná
- c) má vyjadřovat vazbu na aktuální klinický stav

4. Klíčovka – klinika

- a) symptomatické onemocnění Flu-like symptomů a po několika dnech zlepšení
- b) u seniorů výskyt meningoencefalitidy, případně encefalomyelitidy nebo bulbární syndrom
- c) ve 2. fázi u dětí obraz aseptické meningitidy s trvalými následky

5. Očkování proti pneumokoku a chřipce je hrazeno z veřejného zdravotního pojištění u osob:

- a) od 55 let
- b) od 60 let
- c) od 65 let

6. Jaké je doporučené dávkování orálního flukloxacilinu?

- a) běžná dávka pro dospělé je 500 mg každých 8 nebo 6 hodin
- b) běžná dávka pro dospělé je 500 mg každých 12 hodin

- c) běžná dávka pro dospělé je 1000 mg každých 12 hodin

7. Inosin pranobex je účinný:

- a) při léčbě akutních a chronických bakteriálních infekcí
- b) při léčbě akutních a chronických virových infekcí
- c) i preventivně pro snížení rizika přenosu virových infekcí, zvláště v podzimní a zimní části roku

8. Následky po proděláním COVID-19 infekce jsou:

- a) bronchiální hyperreaktivita
- b) opakované febrilní stavy i několik týdnů
- c) změny v krevním obraze a v koagulaci

9. Podání kolchicinu ke snížení rizika hospitalizace a úmrtí u pacientů se symptomatickým onemocněním COVID-19 v primární péči

- a) má silnou oporu v důkazech z medicínských studií u pacientů s nejméně jedním rizikovým faktorem
- b) nemá dostatečnou oporu v důkazech z medicínských studií
- c) má oporu / je doporučeno u pacientů, kterým hrozí selhání ledvinné nebo jaterní funkce

10. Obezita a komorbidity představuje:

- a) zvýšené riziko psychických poruch – deprese a úzkost
- b) zvýšené riziko spánkové apnoe a ICHS
- c) zvýšené riziko nealkoholické steatózy a cholecystolithiasy

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. 08/2021

Jméno a příjmení _____

Adresa pracoviště _____

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

Členské číslo ČLK (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