



---

# PRACTICUS

pro praktické lékaře zdarma • č.10/2016 • ročník 15

---



TÉMA:

**XXXV. výroční konference SVL ČLS JEP**

**hotel Thermal, Karlovy Vary**

**9.-12. listopadu 2016**

# 22<sup>nd</sup> WONCA Europe Conference

June 28 – July 1, 2017  
Prague, Czech Republic

## General Practice in Europe: Growing together in diversity

Vážené kolegyně, vážení kolegové,

zatímco se blíží Vánoce a oslavy konce roku 2016, příprava na **Evropskou konferenci WONCA 2017** je v plném proudu. Máme již první registrované lékaře, návrhy 40 workshopů a desítky abstrakt.

Evropská konference je mimořádnou příležitostí také pro české praktické lékaře k prezentaci vlastní vědecké práce nebo zkušeností z praxe.

**Stále je čas pro zaslání abstrakta do 15. ledna 2017 přes konferenční web [www.woncaeurope2017.eu](http://www.woncaeurope2017.eu).**

Prezentace je možná formou ústního sdělení (10 min + 5 minut diskuze), 5 minutové prezentace s jedním obrázkem (*5 minutes one slide presentation*) nebo formou posteru.

Vědecký výbor konference **ocení nejlepší česká vystoupení na konferenci.**

**Exkluzivní konferenční poplatek** pro české lékaře byl stanoven na **300 EUR.**

Na pátek 30. června chystáme **slavnostní společenský večer v Obecním domě**. Přejeme si, aby se stal nezapomenutelnou oslavou všeobecného praktického lékařství, jako se nám to podařilo před čtyřmi lety na Žofíně, při světové konferenci WONCA. Nenechte si to tentokrát ujít!

**Bohumil Seifert**  
*Předseda organizačního výboru*

**Jáchym Bednář**  
*Předseda vědeckého výboru*

**Svatopluk Býma**  
*Předseda SVL ČLS JEP*



The Truly

European Conference

## INFO SVL

- 04 EDITORIAL
- 06 NAVŠTÍVILI JSME ZA VÁS: 2. RESPIRATORY FORUM  
*MUDr. Stanislav Konšťacký, CSc.*

## ODBORNÝ ČLÁNEK

- 09 PROJEKT INTENZIVNÍHO OVLIVNĚNÍ DYSLIPIDÉMIÍ U PACIENTŮ S ISCHEMICKOU CHOROUBOU DOLNÍCH KONČETIN  
*doc. MUDr. Jan Piňha, CSc., doc. MUDr. Jan Piňha, CSc., Věra Boháčová, DiS., Ing. Kateřina Doubková, Mgr. Tamara Starnovská, Mgr. Jitka Tomešová, DiS.*
- 12 HUDBA, ZPĚV A NÁVYKOVÉ NEMOCI MUZIKOTERAPEUTICKÁ KONFERENCE, PRAHA, 16. 11. 2016  
*Prim. MUDr. Karel Nešpor, CSc.*
- 14 PERORÁLNÍ ANTIKOAGULANCIA POHLEDEM KLINICKÉHO FARMACEUTA  
*Mgr. Helena Šťastná Koblihová*

## ZPRÁVY Z KONFERENCE

- 16 HYPERTENZE A STARŠÍ PACIENT  
*MUDr. Ivan Řiháček, Ph.D.*
- 17 PRACOVNÍ SKUPINA VENKOVSKÉHO LÉKAŘSTVÍ SVL ČLS JEP  
*Kateřina Javorská, Petra Kánská, David Halata, Karel Janík, Jan Kovář, Cyril Mucha*
- 19 SPOLUPRÁCE VŠEOBECNÉHO PRAKTICKÉHO LÉKAŘE S KARDIOLOGEM A INTERNISTOU V PÉČI O PACIENTA S FIBRILACÍ SÍNÍ  
*doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D.*
- 22 CO BYCHOM MĚLI VĚDĚT O PACIENTOVI PRO SPRÁVNOU INTERPRETACI INR  
*MUDr. Petr Kessler*
- 25 LÉČBA KAŠLE U DOSPĚLÝCH  
*MUDr. Stanislav Kos, CSc.*
- 27 METABOLICKÝ SYNDROM V 21. STOLETÍ CO MŮŽEME UDĚLAT PRO NAŠE PACIENTY?  
*prof. MUDr. Rosolová Hana, DrSc.*
- 28 VYŠETŘENÍ SPORTOVCE V ORDINACI VPL  
*MUDr. Kryštof Slabý*

## TISKOVÁ ZPRÁVA

- 29 V PRAZE HROZÍ EPIDEMIE HIV, STÁT MUSÍ ZMĚNIT PŘÍSTUP K PREVENCI
- 29 PŘÍČINY NEUSPOKOJIVÉ KOMPENZACE DIABETU V ČESKÉ REPUBLICCE

## AKTUALITY

- 32 KMENOVÉ BUŇKY: PRŮSEČÍK BIOLOGIE, MEDICÍNY, NADĚJE A OBCHODU
- 33 DVAKRÁT VÍC ČESKÝCH TURISTŮ ONEMOCNĚLO LETOS HOREČKOU DENGUE
- 33 LETOS V ČESKU PŘIBYLO 244 LIDÍ S HIV,
- 33 O TŘETINU VÍCE NEŽ LONI

## 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](mailto:practicus.svl@cls.cz)  
[www.practicus.eu](http://www.practicus.eu)

## Redakce:

## Šéfredaktor:

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

## Zástupci šéfredaktora:

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

## Manažerka časopisu:

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

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

## Spolupracovnice časopisu:

Andrea Vrbová, Romana Hlaváčková

Náklad 6 000 ks. • • • Vychází 10x ročně.  
**Pro praktické lékaře v ČR zdarma.**  
Roční předplatné pro ostatní zájemce  
**610 Kč.** • • • Přihlášky přijímá redakce.  
Toto číslo bylo dáno do tisku 20. 12. 2016 MK  
ČR E13477, ISSN 1213-8711.

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

# EDITORIAL



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

Milé kolegyně a kolegové,  
je sice prosinec a všude cítíme vánoční přípravy, přesto se ale ještě vrátím k předchozímu měsíci. V listopadu, jen dva dny po návratu ze světové konference Wonca v Rio de Janeiru, se konala naše, již XXXV. výroční konference, které se zúčastnilo opět více než 3000 lékařů a zdravotních sester. Náš ministr zdravotnictví tentokrát nebyl přítomen, ale jistě by i přes některé názorové rozdíly na řešení problémů praktických lékařů nebyl přivítán tak negativně, jak tomu bylo v Riu. Vedle bohatého programu a četných workshopů bylo součástí naší domácí konference vyhlášení Čestných členů Společnosti všeobecného lékařství, jejichž fotografie najdete na dalších stranách našeho časopisu. Výbor společnosti odměňuje tímto oceněním naše lékaře z oboru i spolupracující české a zahraniční odborníky.

Ocenění byli: pan Job METSEMAKERS, holandský profesor všeobecného lékařství na Universitě Maastricht, sekretář Wonca Europe, podporující nominaci Prahy pro světový i evropský kongres v Praze; prof. MUDr. Jaromír HRADEC, CSc., kardiolog, mnohaletý člen výboru a předseda České kardiologické společnosti, jenž spolupracoval na řadě doporučených postupů pro všeobecné praktické lékaře, a třetím z oceněných lékařů byl MUDr. Pavel BREJNÍK, člen výboru a pokladník SVL ČLS, soudní znalec v oboru všeobecné praktické lékařství.

Navíc v tomto čísle časopisu získáte další informace o Projektu intenzivního ovlivnění dyslipidemií u pacientů s ischemickou chorobou dolních

končetin, na kterém se vedle autora článku doc. Piňhy podíleli i praktičtí lékaři. Prim. Nešpor informuje o vlivu hlasité hudby na zvýšenou konzumaci alkoholu a drog a o možném ovlivnění melodickou a klidnou hudbou, která může působit terapeuticky. Zajímavý je pohled klinické farmaceutky Mgr. Heleny Šťastné Koblihoové na perorální antikoagulantia a porovnání výhod a nevýhod warfarinu vzhledem k NOACs. Další příspěvek dr. Řiháčka je věnován hypertenzi, tentokrát tomu, jak postupovat při léčbě tohoto onemocnění u starších pacientů. Na konferenci v Karlových Varech byla představena skupina takzvaného Venkovského lékařství při naší společnosti. Kolegové poukázali na rozdíly v poskytování péče ve velkých městech se snadnější dosažitelností laboratoře či specializované péče oproti většímu rozsahu péče lékařů venkovských. Dr. Halata, předseda pracovní skupiny a jeden ze spoluautorů, hovořil opakovaně v tisku i televizi. Doc. Seifert informuje o spolupráci VPL s kardiologem a internistou při léčbě pacienta s fibrilací síní a uvádí se spoluautory výhody nových antikoagulantů. O správné interpretaci INR se zmiňuje článek Dr. Kesslera, který se zaměřuje na to, co může hodnoty ovlivnit a jak často je vhodné toto vyšetření opakovat. Článek Dr. Kosa je věnován léčbě kašle a je uveden jako souhrn z odborného sympozia na XXXV. výroční konferenci.

Profesorka Rosolová informuje o metabolickém syndromu ve 21. století a o tom, co můžeme pro pacienty v současné době udělat.

I další příspěvky v tomto čísle stojí za povšimnutí a vhodně doplňují toto předvánoční číslo.

Redakční rada přeje všem našim čtenářům hodně zdraví, štěstí a spokojenosti během svátků klidu a do nového roku 2017, aby se všechno dařilo, jak si budou přát, a rozhodně méně regulačních opatření plátců zdravotní péče.

V Hradci Králové 14. 12. 2016

Na Výroční konferenci SVL ČLS JEP byla předána, jako každý rok, čestná členství.



Novým čestným členům gratulujeme.



# Navštívili jsme za vás:

## 2. Respiratory forum



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

V pátek 25. 11. a v sobotu 26. 11. 2016 se konala v Praze odborná konference Respiratory Forum 2016. Letošní 2. ročník přivítal pneumology a alergology nejen z České republiky, ale i ze Slovenska. Toto setkání se uskutečnilo v duchu interaktivity, diskusí a sdílení názorů mezi odborníky různých specializací. Nově byla využívána aplikace Sli, se kterou aktivně pracovala více než polovina přítomných. Tento systém umožnil lékařům okamžitě reagovat a komentovat probíhající přednášky, pokládat dotazy i odpovídat na řadu anketních otázek, které byly součástí odborných prezentací přes mobilní telefony. Lékaři měli také nově možnost využít živého online přenosu a plný obsah konference sledovat na [www.respiforum.cz](http://www.respiforum.cz), což uvítali zejména odborníci ze Slovenska.

Letošní setkání nabídlo komplexní mezioborový pohled na problematiku astmatu a kašle, z pohledů odborníků a přivedlo do sálu více než 200 posluchačů. Tématice astmatu byl věnován páteční program.

Přítomní byli seznámeni s výsledky aktuální dotazníkové studie FOSCA, informující o současné úrovni diagnostiky a léčby astmatu v České republice. Dále byly z širšího pohledu představeny nejnovější poznatky o astmatu s ohledem na jeho vývoj od dětského věku až po dospělost. Přednáška „Užívá Váš pacient léky, které mu předepíšete?“ přinesla nezvyklý pohled na reálnou situaci v užívání léků pacienty. Nechyběla ani úzce specializovaná přednáška o biologické léčbě obtížně léčitelného astmatu, která představila přínos připravovaných nových přípravků v této oblasti.

Sobotní program se věnoval multioborovému pohledu na kašel ze šesti různých specializací, které přinesly šest zajímavých sdělení. Odborníci alergologicko-pneumologické specializace se soustředili na diagnostiku kašle a nejnovější praktická doporučení v této oblasti. Kromě klinického pohledu na chronický kašel zaujala rovněž přednáška věnovaná patofyziologii. Velmi zajímavá byla prezentace z oblasti ORL o mimojícnových projevech refluxní choroby, jejíž autorka přislíbila podrobnou informaci do našeho časopisu. Infektoložka přednesla přehled nejčastějších infekčních příčin kašle a jeho léčbu. Farmakoterapii léčby kašle byla věnována poslední přednáška.

Dvoudenní mezioborové setkání Respiratory forum bylo zajímavé a obohacující jak pro přítomné účastníky, tak pro ty, kteří vše sledovali za pomoci počítačové techniky na dálku. Více informací i plný obsah přednášek je k dispozici na [www.respiforum.cz](http://www.respiforum.cz).

# Výzvy k aktivní účasti

Výbor SVL ČLS JEP vybízí všechny všeobecné praktické lékaře k aktivní účasti na konferencích organizovaných v roce 2017. Podmínkou k aktivní účasti je zaslání abstrakt, viz tabulka níže.

Další podrobné informace najdete na [www.svl.cz](http://www.svl.cz)

Název akce	Termín zaslání	Abstrakta	
		Zaslání	Schválení
IV. kongres praktických lékařů SVL ČLS JEP (Olomouc)	30.–31. března	6. ledna	1. února
XI. jarní interaktivní konference SVL ČLS JEP (Praha)	28.–30. dubna	2. února	6. března
XXXVI. výroční konference SVL ČLS JEP (Zlín)	8.–11. listopadu	1. srpna	1. září

Vážené kolegyně a kolegové,

dovoluji si obrátit Vaši pozornost k Evropské konferenci praktických lékařů **WONCA 2017** Praha, pořádané ve dnech 28. 6.–1. 7. 2017.

Součástí programu je **Česko–Slovenský den**, na který si Vás dovoluji srdečně pozvat.

**Termín:** 30. 6. 2017

**Místo konání:** Kongresové centrum Praha

**Program** - předběžně:

- Doporučené postupy
- Kompetence VPL, resp. preskripční omezení
- Problematika malých a venkovských praxí, akreditace a rezidenční místa
- Akutní péče
- Specializační příprava. Celoživotní vzdělávání
- Diagnostika v praxi – POCT
- Mladí praktici
- atd.

Budeme rádi, když přijmete aktivní účast, v tom případě se obraťte na sekretariát SVL ČLS JEP, na paní Čížkovou, **e-mail:** [seminare.svl@cls.cz](mailto:seminare.svl@cls.cz), odkud obdržíte pokyny pro autory.

Těším se na setkání v Praze

**MUDr. Otto Herber**  
místopředseda SVL ČLS JEP

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



# Projekt intenzivního ovlivnění dyslipidemií u pacientů s ischemickou chorobou dolních končetin



**doc. MUDr. Jan Piřha, CSc.**

Laboratoř pro výzkum aterosklerózy,  
Centrum experimentální medicíny, Institut klinické  
a experimentální medicíny

**doc. MUDr. Jan Piřha, CSc., Věra Boháčová, DiS.,  
Ing. Kateřina Doubková, Mgr. Tamara Star-  
novská, Mgr. Jitka Tomešová, DiS.**

## Abstrakt:

Prezentujeme první výsledky projektu v rámci grantu International Atherosclerosis Society a společnosti Pfizer, zaměřený na edukační programy v oblasti dyslipidemií u pacientů s ischemickou chorobou dolních končetin (ICHDK), se zaměřením na účast i praktických lékařů. Hlavním cílem tohoto projektu bylo výrazně zlepšit rizikový profil těchto pacientů, a to především zlepšením dietních návyků a pohybové aktivity. Zvláštností tohoto projektu bylo i zapojení rodinných příslušníků. Na základě získaných výsledků je plánováno zavedení systematičtější zdravotní péče o tyto pacienty s důrazem na opatření v oblasti životního stylu. Na řešení tohoto projektu se podílely Česká společnost pro aterosklerózu, Česká angiologická společnost a Fórum zdravé výživy. Zapojilo se 6 praktických lékařů a 4 lékaři specialisté. Z více než stovky zařazených pacientů aktivně spolupracuje 70 %. Z doposud analyzovaných výsledků vyplývá, že po cílené a intenzivní intervenci životního stylu došlo v rámci životosprávy k výrazným pozitivním změnám ve spektru konzumovaných tuků (záměna nasycených za nenasycené s důrazem na n-3 mastné kyseliny). Dále klesla významně frekvence konzumace smažených jídel, jemného a trvanlivého pečiva a masných výrobků, a naopak se zvýšila pravidelná konzumace zeleniny. Navíc se výrazně zvýšila i pohybová aktivita, měřená krokoměry. S těmito změnami jistě souvisí i výrazný pokles hladin krevního celkového a LDL cholesterolu u obou pohlaví. U žen došlo navíc i k výraznému poklesu váhy. Ukazuje se přitom, že nejvýznamnějších změn je dosahováno již po 1. režimové intervenci. Následné intervence (vždy v rozmezí několika měsíců) již tak výrazné změny nepřinášejí. Závěrem lze shrnout, že cílená a intenzivní intervence v

oblasti životního stylu u vysoce rizikové skupiny pacientů s ICHDK vedla k výraznému zlepšení jejich rizikového profilu a bylo by vhodné tento styl zdravotní péče aplikovat v rámci celého zdravotního systému.

**Klíčová slova:** ischemická choroba dolních končetin – dyslipidémie – dietní terapie – pohybová terapie

## Úvod

Většina pacientů s ischemickou chorobou dolních končetin (ICHDK) umírá na ischemickou chorobu srdeční a další cévní komplikace mimo dolní končetiny. ICHDK je proto ukazatelem velmi vysokého rizika úmrtí například na srdeční infarkt. U téměř všech pacientů s ICHDK je zároveň přítomna smíšená dyslipidémie: většinou mírně až středně zvýšená hladina LDL cholesterolu a triglyceridů a mírně snížená hladina ochranného HDL cholesterolu. Ačkoliv tyto hodnoty samy o sobě nemusí vypadat nijak hrozně, právě z těchto rizikových osob a pacientů se rekrutují nejčastější oběti úmrtí na koronární příhody. Jedním z důvodů je přítomnost dalších rizikových faktorů, zejména kouření, diabetu mellitu, hypertenze a obezity, tedy faktorů úzce souvisejících s životním stylem. To by mohlo být hlavní příčinou toho, že i přes zdánlivě úspěšnou léčbu hypolipidemickou terapií, především statiny, a snížením aterogenního LDL cholesterolu i na velice nízké hodnoty, jsou léčeni pacienti stále vystaveni extrémně vysokému riziku koronárních příhod. Jedním z řešení je dále snížit LDL cholesterol – máme k tomu velice dobrá data ze současných studií a dokonce i prostředky přicházející s novými léky. Daleko elegantnějším a šetrnějším (a to i doslova) řešením je komplexní ale současně intenzivní intervence rizikových faktorů životního stylu u takto rizikových osob. Ideální je intervence přímo u praktických lékařů, kteří se o pacienty starají komplexně, nicméně vzhledem k jejich časovému vytížení nemohou tuto intervenci v této době sami provádět. Přitom režimová opatření, zvýšení pohybové aktivity a úprava dietních návyků mohou být zcela zásadní pro osud pacientů (1). Proto je kromě farmakologické léčby nutné doplnit i intenzivní dietní poradenství, které může být ještě účinnější, pokud jsou do intervence zapojeni i rodinní příslušníci. Na základě těchto úvah se do intervence především lipidových faktorů u pacientů s ICHDK zapojily tři společnosti: Česká společnost pro aterosklerózu, Česká angiologická společnost a Fórum zdravé výživy. Konkrétně se jednalo o pilotní projekt zaměřený na spolupráci praktických lékařů, lipidologů, angiologů a především nutričních terapeutek, které tuto intervenci prováděly. Konkrétním cílem bylo snížení kardiovaskulárního rizika

u pacientů s ICHDK, především z hlediska úpravy metabolismu lipidů. Tento projekt byl podporován mezinárodní společností IAS (International Atherosclerotic Society) a nezávislým grantem mezinárodní společnosti Pfizer, zaměřeným na výukové programy v oblasti dyslipidemií u pacientů s ICHDK. Jeho hlavním cílem byla právě péče o pacienty s ICHDK se zaměřením na kompletní úpravu lipidového spektra především dietními opatřeními. Od září 2014 proběhly přibližně 4 jednodenní semináře pro zúčastněné lékaře zaměřené na teoretické a praktické aspekty péče o pacienty s ICHDK. Následně byl zahájen celý projekt, tedy nábor pacientů a jejich příbuzných, dietní intervence a průběžné vyhodnocování jejího efektu při seminářích, které se konaly v přibližně 6měsíčních intervalech. Studie nyní, v roce 2016, končí a v následujícím sdělení bychom se chtěli podělit o naše první výsledky. Optimální stav lipidogramu u pacientů s ICHDK ukazuje Tabulka 1 (upraveno dle 2, 3).

### První výsledky projektu:

Zatím bylo kompletně vyšetřeno a intervenováno 73 pacientů, 44 mužů, z toho 38 pacientů bylo referováno praktickými lékaři, 34 specialisty, angiology. Průměrný věk všech pacientů byl 66 let, 32 mělo v anamnéze další kardiovaskulární onemocnění, 18 diabetes mellitus a 45 udávalo hypertenzi. Současné kouření udávalo 25 pacientů (34,3 %). Hypolipemiky bylo léčeno 48 (65,8 %) pacientů, z toho 38 užívalo statiny (79,2 %) a 1 pacient byl léčen kombinací statin s ezetimibem. Z dalších kombinací byla přítomna léčba statiny s fibráty u 5 pacientů (10,4 %). Při druhé kontrole se zvýšil počet pacientů léčených hypolipemiky na 81,3 %, z toho bylo 88,5 % léčeno statiny. Zpracování dalších dat bylo provedeno statisticky programem SigmaPlot 11.0, rozdíly ve výsledcích mezi intervencemi byly hodnoceny párovými t-testy. Frekvenční analýzy byly zpracovány pomocí MS Excel 2010.

### Hlavní změny v celé skupině pacientů:

Statisticky významné či hraničně významné byly změny v následujících parametrech: pokles hladiny celkového cholesterolu z 5,23 mmol/l na 4,53 mmol/l ( $p =$

0,09), pokles hladiny LDL cholesterolu z 3,15 mmol/l na 2,55 mmol/l ( $p = 0,016$ ). Významná byla pak především redukce LDL cholesterolu ( $p = 0,021$ ) mezi první a druhou konzultací, ale již ne při třetí konzultaci.

### Rozdíly mezi muži a ženami:

Byly nalezeny statisticky významné nebo statisticky hraničně významné změny mezi muži a ženami v následujících parametrech vstupních vyšetření: obvod pasu byl nižší u žen ( $p = 0,026$ ), LDL cholesterol byl nižší u mužů ( $p = 0,007$ ) a triglyceridy byly nižší u žen ( $p = 0,072$ ), glykovaný hemoglobin byl nižší u mužů ( $p = 0,054$ ). Výsledky intervence pak byly následující: statisticky významné nebo hraničně významné rozdíly po intervenci ve skupině mužů ( $n = 32$ ) byly zjištěny v následujících parametrech: LDL cholesterol poklesl z 2,79 na 2,29 mmol/l ( $p = 0,096$ ), současně poklesl HDL cholesterol z 1,39 na 1,23 mmol/l ( $p = 0,024$ ). U žen došlo ke statisticky významným nebo hraničně významným rozdílům v následujících parametrech body mass index (BMI) poklesl z 28,71 na 28,51 kg/m<sup>2</sup> ( $p = 0,034$ ), LDL cholesterol poklesl z 3,45 na 2,61 mmol/l ( $p = 0,088$ ). V ostatních parametrech se ženy ani muži prakticky nelišili. Nebyly zjištěny významné rozdíly ve změnách rizikových faktorů mezi muži a ženami.

### Shrnutí:

Byly prezentovány první výsledky projektu zaměřeného na kontrolu dyslipidémie u pacientů s ischemickou chorobou dolních končetin (ICHDK), se zaměřením na interdisciplinární přístup včetně primární péče, tedy praktických lékařů. Hlavním cílem tohoto projektu bylo ovlivnit rizikový profil pacientů, a to především zlepšením dietních návyků a pohybové aktivity. Zvláštností tohoto projektu bylo i zapojení rodinných příslušníků. Z doposud analyzovaných výsledků vyplývá, že po cílené a intenzivní intervenci životního stylu došlo v rámci životosprávy k výrazným pozitivním změnám v dietních i pohybových návycích. S těmito změnami jistě souvisel i výrazný pokles hladin LDL cholesterolu u obou pohlaví. U žen došlo navíc i k výraznému poklesu váhy. Ukazuje se přitom, že nejdůležitějších změn je dosahováno po první intervenci. Lze tedy shrnout, že cílená a inten-

**Tabulka 1: Optimální stav pacienta/pacientky s ischemickou chorobou dolních končetin z hlediska lipidového spektra**

<b>LDL cholesterol</b>	Méně než 2,0 mmol/l Méně než 1,8–1,3 mmol/l u diabetiků a u pacientů s mnohočetným tepenným postižením
<b>Triglyceridy</b>	Méně než 1,7 mmol/l
<b>HDL cholesterol</b>	Více než 1,1 mmol/l u mužů Více než 1,3 mmol/l u žen

živní intervence životního stylu u vysoce rizikové skupiny pacientů s ICHDK vedla poměrně rychle k výraznému zlepšení jejich rizikového profilu. Je zajímavé, že hlavním ovlivněným rizikovým faktorem při převážně dietní terapii byl LDL cholesterol, ačkoliv režimová opatření by měla teoreticky mít vliv především na triglyceridy a ochranný HDL cholesterol. U HDL cholesterolu u mužů dokonce došlo k mírnému poklesu po intervenci; nicméně tento nálezný byl opakovaně popsán i v našich studiích a není považován za zvýšení rizika (4–6). Je také nutné zmínit, že i přes výrazný pokles LDL cholesterolu, zůstávaly jeho hladiny stále nad 2,0 mmol/l a zdaleka nedosahovaly hodnot 1,8–1,3 mmol/l v současnosti doporučovaných jako bezpečné u vysoce rizikových pacientů, kam pacienti s ICHDK jistě patří. I přes zřejmý úspěch dietních opatření a dalších příznivých změnách životního stylu je tedy zřejmé, že u nejrizikovějších paci-

entů je zásadní i doplnění či zvýšení razance farmakologické terapie. I přes organizačně problematictější zapojení praktických lékařů a ne vždy ideální spolupráce pacientů je jistě vhodné se pokusit tento přístup aplikovat v širším záběru, ideálně v rámci celého zdravotního systému a s masivnějším zapojením nutričních terapeutek.

Za spolupráci v rámci projektu bychom chtěli poděkovat MUDr. Renatě Svobodové, MUDr. Kateřině Auzké, MUDr. Barboře Grauové, Ph.D, MUDr. Petru Kalábko-  
vi, MUDr. Jiřímu Matuškoví, MUDr. Pavle Potančokové, MUDr. Ivaně Ryjáčkové, MUDr. Janě Vojtíškové, MUDr. Martinu Weisovi.

Podpořeno Grantem IAS - Pfizer IGLC ID 11532049

**Literatura:**

1. Ruiz-Canela M, Estruch R, Corella D, Salas-Salvadó J, Martínez-González MA. Association of Mediterranean diet with peripheral artery disease: the PREDIMED randomized trial. JAMA. 2014 Jan 22-29;311(4):415-7.
2. ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: The Task Force for the management of dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Atherosclerosis Society (EAS). Atherosclerosis, Volume 217, Supplement 1, 1–44.
3. Soška, V., Vavřková, H., Vrablík, M., et al. Opinion of the Czech Atherosclerosis Society's committee (CSAT) on the ESC/EAS guidelines related to the diagnostics and treatment of dyslipidemias issued in 2011 | Stanovisko výboru ČSAT k doporučením ESC/EAS pro diagnostiku a léčbu dyslipide-

- mií z roku 2011 (2013) Vnitřní Lekarství 59 (2):120 – 126.
4. Kralova Lesna I, Poledne R, Pagacova L, Stavek P, Pitha J. HDL and apolipoprotein A1 concentrations as markers of cholesterol efflux in middle-aged women: interaction with smoking. Neuro Endocrinol Lett. 2012;33 Suppl 2:38-42.
5. Králová Lesná I, Suchánek P, Kovár J, Poledne R. Life style change and reverse cholesterol transport in obese women. Physiol Res. 2009;58 Suppl 1:S33-8.
6. Kralova Lesna I, Suchanek P, Kovar J, Stavek P, Poledne R. Replacement of dietary saturated FAs by PUFAs in diet and reverse cholesterol transport. J Lipid Res. 2008;49(11):2414-8.

## PROJEKT „DYSLIPIDÉMIE U PACIENTŮ S ISCHEMICKOU CHOROUBOU DOLNÍCH KONČETIN A JEJICH PŘÍBUZNÝCH“

---

2014 – 2016



Česká společnost pro aterosklerózu



Forum zdravé výživy

---

**O PROJEKTU**

---

**PRO LÉKAŘE**

ČASOVÝ ROZVRH

SEMINÁŘE

EDUKAČNÍ MATERIÁLY

KONZULTACE

---

**PRO PACIENTY**

EDUKAČNÍ MATERIÁLY

KONZULTACE

---

**KONTAKTY**

KOORDINÁTOR PROJEKTU

SEKRETARIÁT

**Projekt „Dyslipidémie u pacientů s ischemickou chorobou dolních končetin a jejich příbuzných“**

Na roky 2014-2016 byl České společnosti pro aterosklerózu, České angiológické společnosti a Fóru zdravé výživy udělen nezávislý grant Internationál Atherosclerosis Society a společnosti Pfizer, zaměřený na edukační programy v oblasti dyslipidémie u pacientů s ICHDK, mimo jiné i v primární péči.

Hlavním cílem tohoto projektu je naučit trvalou spolupráci mezi lékaři primární péče, angiology, lipidology a nutričními terapeuty a zlepšit péči o nemocné s aterosklerotickým postěžením periferního cévního řečiště. Získané výsledky a zkušenosti by mohly být použity pro jednání s příslušnými autoritami k zavedení systematictější zdravotní péče o tyto pacienty.

V průběhu trvání projektu by v rámci spolupráce s 30 praktickými lékaři mělo dojít k intervencím poruch lipidové výměny lipídů u 300 pacientů s ICHDK a 600 jejich rodinných příslušníků a zavedení dlouhodobého systému péče o tyto pacienty.

**Konkrétní průběh projektu:** V listopadu 2014 proběhne jednodenní seminář pro zájemce praktické lékaře zaměřený především na představení projektu a na péči o pacienty s ICHDK. Po tomto semináři bude do února/března 2015 náležet sat zařazení pacientů. V průběhu projektu jsou plánovány přibližně čtyři kontrolní návštěvy, při nichž bude kromě kontrol úspěšnosti léčby dyslipidémie provedena i dietní intervence nutričním terapeuty. Na jednoho lékaře připadne přibližně 30 pacientů s ICHDK a dva jejich příbuzní, tedy dohromady 30 osob. Celý projekt by měl skončit do března/června 2016. Během této doby proběhnou ještě další 2-3 edukační setkání všech zájemců praktických lékařů. Během celého projektu bude praktickým lékařům k dispozici angiology, lipidology a nutriční terapeuty k případným konzultacím. Současně budou na tomto webu k dispozici edukační materiály.

---

Spolupracující společnosti:





Koordinátor projektu:  
**MUDr. Jan Piňha, CSc.**  
*laboratoř pro výzkum aterosklerózy, Institut klinické a experimentální medicíny, Praha*

# Hudba, zpěv a návykové nemoci

Muzikoterapeutická konference, Praha, 16. 11. 2016



**Prim. MUDr. Karel Nešpor, CSc.**  
mužské oddělení léčby závislostí  
Psychiatrická nemocnice Bohnice

## Hudba jako riziko

Hlasitá hudba i jiný silný hluk působí stres, může poškodit sluch a vyvolat i jiné zdravotní problémy. Wright a spol. (2014) ve svém přehledu zmiňují mimo jiné zhoršenou pozornost, pracovní paměť, vyšší neuroticismus, poruchy spánku a zhoršení příznaků u schizofrenie. Basner a spol. (2014) zjistili u osob vystavených zvýšenému hluku vyšší výskyt hypertenze a jiných kardiovaskulárních nemocí.

Rizika se týkají jedinců závislých na psychoaktivních látkách ještě více než běžné populace. Holody a spol. (2016) zkoumali obsah textů populárních písní. Zejména u rapu a hip-hopu patřily k častým tématům alkohol, drogy a sex. To je v souladu se starší prací autorů Chen a spol. (2006), kteří zjistili, že poslech rapu, techno a reggae byl spojen s vyšší spotřebou alkoholu a drog. Řada hudebních nahrávek navíc zlehčuje rizika alkoholu a drog (Gruber a spol., 2005).

Cranwell a spol. (2016) upozorňují, že velká část hudebních nahrávek na YouTube vybízí k pití alkoholu a mnohá jsou financována z peněz alkoholového průmyslu. Oberle a Garcia (2015) našli pozitivní korelaci mezi posloucháním hlasité a rytmické hudby (rap, hip-hop a funk) a zneužíváním marihuany. Zjistila se i pozitivní korelace mezi poslechem country a pitím alkoholu.

K hromadnému zneužívání alkoholu a drog dochází na mnoha hudebních festivalech (Dilkes-Frayne, 2016). To se jistě týká i Česka, jeden český hudební festival se jmenuje Rumobraní a jiný se koná v areálu pivovaru. Hudba také často doprovází reklamu škodlivých výrobků, zejména alkoholu.

Některí závislí zneužívali alkohol nebo drogy při poslechu reprodukované hudby v domácím prostředí. Poslech hudby, kterou měl závislý spojenou se zneužíváním alkoholu a jiných drog, často vyvolává u abstinentů závislých bažení (craving) po droze.

Obecně lze říci, že riziko zneužívání alkoholu a drog zvyšuje hodně hlasitá a rytmická hudba. Ta vyvolává v organismu příznaky stresu a stres je jeden z podně-

tů, který aktivuje bažení. Teoreticky je ale možné, že někdo zneužíval alkohol nebo drogy za zvuků dechovky, a proto v něm právě tento druh hudby vyvolá bažení. Podle toho, co uváděli u nás léčení s návykovou nemocí, vyvolává hudba bažení po alkoholu nebo droze asi u poloviny z nich. Za rizikové naši pacienti většinou považovali house music, techno, rock a hip-hop.

## Jak u abstinentů závislých předejít riziku hudby

Zásadní význam má uvědomování. Abstinentů závislých by si měl uvědomit, jaká hudba a jaká prostředí u něj vyvolávají stres a bažení. Těm by se měl vyhýbat podobně, jako se vyhýbá jiným rizikovým podnětům, jako jsou například drogoví dealeri a reklama na alkohol či hazard. Význam sebeuvědomování lze ukázat na příkladu country hudby. Ta na někoho působí uklidňujícím způsobem, kdežto u jiného vyvolává bažení po alkoholu.

## Receptivní muzikoterapie u návykových nemocí

Za pomoci klidné a melodické hudby lze navodit stav relaxace (Lee a spol., 2016, Bernardi a spol., 2006). Receptivní muzikoterapie také rozvíjí uvědomování. Praktikuji může například během poslechu hudby nechat putovat pozornost mezi hudbou, tělesnými pocity a emocemi a uvědomovat si souvislosti mezi nimi. To je užitečné u psychosomatických nemocí i u závislých, protože u obou těchto skupin je častá alexithymie (Morie a spol., 2016). Hudbu je možné kombinovat s relaxačními technikami. Jestliže se navodí za pomoci relaxační techniky stav klidu a uvolnění, pacienti obvykle dobře přijímají i tzv. vážnou hudbu, například pomalé věty ze skladeb barokních mistrů.

## Aktivní muzikoterapie u návykových nemocí

Muzikoterapie se při léčení návykových nemocí používá jako prvek komplexní léčby, nikoliv samostatně (Mays a spol., 2008). To znesnadňuje výzkum a identifikaci neúčinnějších postupů a technik. Muzikoterapii při léčení návykových nemocí u nás soustavně používali docent Jaroslav Skála a Dr. Jitka Vodňanská. S touto formou terapie máme také určité zkušenosti (Nešpor, 2011). Některé nahrávky, které vznikly v jejím rámci, jsou k dispozici na stránkách [www.drnespor.eu](http://www.drnespor.eu) nebo na [www.youtube.com](http://www.youtube.com). Doc. Skála složil mimo jiné píseň „Dobře žiju, abstinuju“, která existuje v řadě jazyků. Jeden z našich střízlivých přátel ji přeložil i do japonštiny, tato verze je také na zmíněném webu. Jména pacientů tam z pochopitelných důvodů neuvádím. Pro naše střízlivé umělce jsem vymyslel společný pseudonym



maestro Eversober (česky maestro Vzdystřízliv). Tento fiktivní maestro je hudební génius. Hraje suverénně na klavír, housle, kytaru, flétnu i klarinet a zpívá tenorem i barytonem. Jednou nám poslali nějací Američané e-mail, abych jim dal na maestra kontakt, že by ho angažovali.

Nechat pacienty, aby složili původní píseň, s sebou ale nese rizika. Vzniknou tak totiž často dílka, která textem i zvukem vyvolávají bažení. Pacienty upozorňujeme, že se jedná o užité, ne čisté umění, jehož cílem je zdraví a střízlivost. Jednoduchou pomůckou, jak posoudit, zda je určitý text vhodný, je spočítat v něm kladná (např. střízlivost, úsměv, pohoda) a záporná (např. chlast, absták, delirium) slova. Kladná by měla převažovat. Pacienty také vybízíme, aby vytvářeli původní melodické nápěvy a vyhýbali se rizikovým. Je jasné, že např. melodie písně „Bedna od whisky“ není nejvhodnější.

Naše texty jsme shromáždili od sbírky „Písně střízlivého lidu“, která je také volně na [www.drnespor.eu](http://www.drnespor.eu). Odtud dáváme každý týden pacientům několik textů. Jeden z nich si pak vyberou, zhudební a nacvičí, a zpívají ho celý týden. Úroveň bývá velmi různá, což než není při muzikoterapii důležité. Ze společného nebo sólové-

ho zpěvu vznikají nahrávky, které ve formě CD dáváme tomu, kdo se nejvíce zasloužil o vznik skladby. Zpěv, nejčastěji sólový, hudebně nadanějších pacientů také příležitostně zařazujeme do programu socioterapeutického klubu.

### Hudba má velkou moc

O tom, že působení hudby je mocné, svědčí následující příhoda. Před lety jsem pracoval na ženském oddělení. Tamní pacientky měly smysl pro humor. Složily na nápěv sovětské písně „Přes spáleniště“ text, který začínal slovy „abstinenční zdar“. Píseň pak zpívaly celý týden. V pátek se nám kolegyně psycholožka svěřila, že v tramvaji tiše prozpěvovala: „Abstinenční zdar!“

Prim. MUDr. Karel Nešpor, CSc.

[www.drnespor.eu](http://www.drnespor.eu)

[www.youtube.com/drnespor](http://www.youtube.com/drnespor)

mužské oddělení léčby závislosti

Psychiatrická nemocnice Bohnice

18102 Praha 8

### Literatura

- Basner M, Babisch W, Davis A, Brink M, Clark C, Janssen S, Stansfeld S. Auditory and non-auditory effects of noise on health. *Lancet*. 2014; 383(9925):1325-32.
- Bernardi L, Porta C, Sleight P. Cardiovascular, cerebrovascular, and respiratory changes induced by different types of music in musicians and non-musicians: the importance of silence. *Heart*. 2006; 92(4):445-52.
- Cranwell J, Britton J, Bains M. „F\*ck It! Let's Get to Drinking-Poison our Livers!": a Thematic Analysis of Alcohol Content in Contemporary YouTube Music Videos. *Int J Behav Med*. 2016 Sep 6. [Epub ahead of print]
- Dilkes-Frayne E. Drugs at the campsite: Socio-spatial relations and drug use at music festivals. *Int J Drug Policy*. 2016; 33:27-35.
- Gruber EL, Thau HM, Hill DL, Fisher DA, Grube JW. Alcohol, tobacco and illicit substances in music videos: a content analysis of prevalence and genre. *J Adolesc Health*. 2005; 37(1):81-3
- Hole J, Hirsch M, Ball E, Meads C. Music as an aid for postoperative recovery in adults: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2015; 386(10004):1659-71.
- Holody KJ, Anderson C, Craig C, Flynn M. „Drunk in Love“: The Portrayal of Risk Behavior in Music Lyrics. *J Health Commun*. 2016; 21(10):1098-106.

- Chen MJ, Miller BA, Grube JW, Waiters ED. Music, substance use, and aggression. *J Stud Alcohol*. 2006; 67(3):373-81.
- Lee KS, Jeong HC, Yim JE, Jeon MY. Effects of Music Therapy on the Cardiovascular and Autonomic Nervous System in Stress-Induced University Students: A Randomized Controlled Trial. *J Altern Complement Med*. 2016; 22(1):59-65.
- Mays KL, Clark DL, Gordon AJ. Treating addiction with tunes: a systematic review of music therapy for the treatment of patients with addictions. *Subst Abus*. 2008; 29(4):51-9.
- Morie KP, Yip SW, Nich C, Hunkele K, Carroll KM, Potenza MN. Alexithymia and Addiction: A Review and Preliminary Data Suggesting Neurobiological Links to Reward/Loss Processing. *Curr Addict Rep*. 2016; 3(2):239-248.
- Nešpor K. Hudba a zdraví. *Lékařské listy (příloha Zdravotnických novin)* 2011; 60(25):30-31.
- Oberle CD, Garcia JA. Predicting Alcohol, Cigarette, and Marijuana Use From Preferential Music Consumption. *J Drug Educ*. 2015; 45(2):113-25.
- Wright B, Peters E, Ettinger U, Kuipers E, Kumari V. Understanding noise stress-induced cognitive impairment in healthy adults and its implications for schizophrenia. *Noise Health*. 2014; 16(70):166-76.

# Perorální antikoagulancia pohledem klinického farmaceuta



**Mgr. Helena Šťastná Koblihová**

Oddělení klinické farmacie,  
Nemocnice Na Homolce,  
Ústav lékového průvodce, Praha

Portfolio perorálních antikoagulancií bylo donedávna zastoupeno pouze jedinou účinnou látkou, warfarinem, který blokuje syntézu vitamin K-dependentních koagulačních faktorů. S příchodem nového tisíciletí byla skupina perorálních antikoagulancií obohacena o přímé inhibitory trombinu tzv. gatranů (dabigatran) a přímé inhibitory faktoru Xa tzv. xabanů (rivaroxaban, apixaban). Přes řadu nesporných výhod má podávání nových perorálních antikoagulancií (NOACs) také svá úskalí, která je třeba individuálně posuzovat a u každého pacienta je nutné zhodnotit poměr přínosů a rizik.

## Warfarin – pro a proti

Velkou nevýhodou při podávání warfarinu je jeho interindividuální variabilita účinku, která je dána geneticky. Rozdíly v dávkování u jednotlivých pacientů mohou být až desetinásobné (1,5-15 mg). Uplatňuje se polymorfismus vitamin K reduktázy a systému CYP2C9. Do interakce vstupují také léčiva a dále potraviny s vysokým obsahem vitaminu K, jejichž zastoupení v dietě by mělo být pokud možno konstantní.

Variabilita účinku proto vyžaduje monitorování pomocí mezinárodního normalizovaného poměru tzv. INR (international normalized ratio). Nutnost pravidelných kontrol je pro pacienta zcela jistě obtěžující a warfarin je tímto v očích pacientů diskriminován. Na druhou stranu právě díky pravidelné monitoraci lékař přesně ví, jaká je úroveň antikoagulace a může promptně reagovat na případné výkyvy, ať už jsou dány nespolečnými nemocnými, lékovými či potravinovými interakcemi. I přes pravidelné kontroly INR je dle klinických studií účinné a bezpečné antikoagulace warfarinem dosaženo po 50-70 % léčebného období a předpokládá se, že v praxi to bude ještě méně. Rovněž je známo, že poddávkování je spojeno s trombotickými komplikacemi a při dávce vyšší než optimální se zvyšuje riziko krvácivých příhod.

## NOACs – pro a proti

Na rozdíl od warfarinu jsou u gatranů a xabanů interindividuální rozdíly v účinku podstatně menší. Mezi odbornou veřejností panuje shoda, že rutinní sledování účinku koagulačními testy není nutné. Situace je dále komplikována faktem, že není dána hranice pro terapeutickou plazmatickou koncentraci jednotlivých účinných látek. Platí to jak pro posuzování antikoagulační aktivity (anti-Xa u xabanů, aPTT u dabigatranu) tak pro stanovení plazmatických koncentrací. V tomto můžeme spatřovat jistou nevýhodu NOACs oproti warfarinu, pro který je stanoveno jednoznačné rozmezí terapeutických hodnot.

V určitých situacích však může být stanovení aktivity NOACs výhodné či dokonce nezbytné, např. při krvácení, při nutnosti akutního intervenčního výkonu, při podezření na noncompliance, při podezření na předávkování, při léčbě seniorů či obecně fragilních pacientů, při podávání léčiv ovlivňujících expozici NOACs (inhibitory či induktory CYP3A4 a P-glykoproteinu) nebo při alteraci eliminačních mechanismů (renální, hepatální insuficience).

Naopak naprosto nepopiratelnou výhodou NOACs je jejich vyšší bezpečnost. Jak u gatranů tak u xabanů byl klinickými studiemi prokázán nižší výskyt intrakraniálních resp. závažných krvácení ve srovnání s warfarinem. Jednodušší režim bez nutnosti pravidelného monitorování antikoagulační aktivity a vyšší bezpečnost zvyšují dostupnost léčby např. u seniorů s fibrilací síní.

## NOACs – poznámky k farmakokinetice

Variabilita účinku NOACs je sice v porovnání s warfarinem podstatně nižší, nicméně je třeba vzít do úvahy situace, kdy se zvyšuje expozice antikoagulanciu a tím i riziko krvácení. U dabigatranu se může uplatnit variabilita v biologické dostupnosti a v eliminaci. Dabigatran se vstřebává ve formě proléčiva (dabigatran etexilát), které má vysokou afinitu k P-glykoproteinu (P-gp). Tato efluxní pumpa způsobuje, že velká část proléčiva je vyloučena zpět do lumen střeva. Biologická dostupnost je závislá na aktivitě P-gp a za standardních podmínek činí pouze 5-8 %. Problém může nastat při současném podávání léčiv ze skupiny slabých až středně silných inhibitorů P-gp, např. amiodaron, verapamil či chinidin, kdy se expozice dabigatranu zvyšuje (podání se silnými inhibitory P-gp je kontraindikováno; např. ketokonazol, itrakonazol, cyklosporin, dronedaron). Rovněž při poklesu glomerulární filtrace se expozice léčivu významně zvyšuje a stoupá riziko krvácivých příhod (dabigatran se vylučuje prostou glomerulární filtrací, podání při  $ClCr < 30$  ml/min je kontraindikováno). S prodloužením účinku při alteraci renálních funkcí je třeba počítat např. před plánovaným chirurgickým výkonem a léčivo

včas vysadit.

U rivaroxabanu a apixabanu není expozice ovlivněna renálními funkcemi, protože převažuje hepatální degradace, konkrétně izoenzymem CYP3A4. Inhibitory CYP3A4 zvyšují expozici rivaroxabanu a apixabanu a prodlužují jejich účinek, naopak induktory zrychlují jejich biodegradaci a účinek snižují. Xabany jsou daleko slabšími substráty P-gp, jejich biologická dostupnost je vyšší než 50 %. Vzhledem k tomu, že většina induktorů či inhibitorů P-gp ovlivňuje zároveň i oxidázu CYP3A4, jsou klinicky významné lékové interakce v současnosti dostupných NOACs velice podobné. Užití rivaroxabanu a apixabanu se silnými inhibitory P-gp a CYP3A4 (azolová antimykotika, inhibitory proteáz HIV) se nedoporučuje, nicméně není kontraindikováno.

Vždy je třeba se mít na pozoru, pokud dochází ke kumulaci více rizikových faktorů např. seniorský věk, renální insuficience, současné podávání inhibitoru CYP3A4, nízká tělesná hmotnost, etc. Pokud tyto jednotlivé faktory působí samostatně, nemusí představovat

pro pacienta významné riziko, nicméně při jejich kumulaci se může riziko krvácení po podání NOACs výrazně zvyšovat. Je proto třeba všechny rizikové faktory pečlivě zvažovat a zvolit nižší dávku léčiva event. upravit medikaci pacienta tak, abychom se vyhnuli současnému podání rizikových interagujících léčiv. U nemocných s vysokým rizikem krvácení pak ovlivnitelné rizikové faktory pokud možno zkorigovat, jakákoli perorální antikoagulancia podávat s velkou obezřetností a pacienti následně častěji kontrolovat.

*Otázky, které se týkají léčby antikoagulancii, mohou lékaři nově konzultovat v rámci e-poradny, která úzce spolupracuje s Pracovní skupinou pro prevenci a léčbu tromboembolismu v rámci Ústavu lékového průvodce. Skupina vedená doc. MUDr. Michalem Vrablíkem sdružuje lékaře různých odborností (praktické lékaře, geriatry, kardiology či internisty), kteří se věnují problematice moderní antikoagulační léčby a léčbě fibrilace síní.*

#### Literatura:

1. Bultas J. Nová perorální antikoagulancia – o čem se nemluví. *Remedia* 2015; 25: 127–134.
2. Česká společnost pro trombózu a hemostázu: Postup při krvácení a perioperační management u nemocných léčených novými perorálními antikoagulancii (NOACs): dabigatran-etexilát (PRADAXA™), rivaroxaban (XARELTO™) a apixaban (ELIQUIS™). <http://www.csth.cz/> (navštíveno 10. 11. 2016).
3. Doporučení České společnosti pro trombózu a hemostázu České lékařské

společnosti J. E. Purkyně pro bezpečnou léčbu novými perorálními antikoagulancii (NOAC) – dabigatran etexilatem, apixabanem a rivaroxabanem. <http://www.csth.cz/> (navštíveno 10. 11. 2016).

4. Pradaxa, SPC. Státní ústav pro kontrolu léčiv. <http://www.sukl.cz/> (navštíveno 10. 11. 2016).
5. Xarelto, SPC. Státní ústav pro kontrolu léčiv. <http://www.sukl.cz/> (navštíveno 10. 11. 2016).
6. Eliquis, SPC. Státní ústav pro kontrolu léčiv. <http://www.sukl.cz/> (navštíveno 10. 11. 2016).



# Hypertenze a starší pacient



**MUDr. Ivan Řiháček, Ph.D.**

II. interní klinika FN u svaté Anny  
a Masarykova univerzita, Brno

Hypertenze starších osob má některé charakteristické rysy, jimiž se liší od hypertenze mladších jedinců. Odlišujeme starší hypertenzní pacienty (věk 65-80 roků) a velmi staré hypertenzní pacienty (věk nad 80 roků, kdy máme málo randomizovaných klinických dat, nejvíce ze studie HYVET).

Demograficky přibývá starších osob. Ve věku nad 65 roků žilo v roce 2014 v České republice 1,7 miliónu obyvatel (17 % populace). V roce 2050 je předpoklad, že to bude 3,0 milióny obyvatel. Prevalence hypertenze je ve věku nad 65 roků 60-70 %.

Mnohem častější je izolovaná systolická hypertenze (až 60 %). Starší osoby mají vyšší kardiovaskulární riziko a více přidružených onemocnění.

Snížení elasticity a poddajnosti velkých tepen vede ke zvýšení systolického a pulsního tlaku (rozdíl mezi systolickým a diastolickým tlakem) a ke snížení diastolického tlaku. Od věku 50 roků je nejlepším prediktorem kardiovaskulárního rizika hodnota systolického krevního tlaku (TK).

U starších osob klesá glomerulární filtrace se sníženou schopností vylučovat sodík a větší citlivostí organismu na objemovou zátěž. Je zvýšena sympatoadrenální aktivita, snížen minutový srdeční výdej a zhoršená funkce baroreceptorů.

Poklesem glomerulární filtrace a snížením distribučního objemu tekutin je ovlivněna farmakokinetika léků a je zaznamenáno větší kolísání jejich sérových hladin.

Při stanovení diagnózy hypertenze měříme krevní tlak častěji 6-9x při 2-3 návštěvách z důvodu vyšší variability. Ve vyšším věku je větší riziko ortostatické hypotenze, krevní tlak měříme i ve stoji po 1 a po 3 minutách.

Z důvodu vyššího výskytu nekarđiovaskulárních onemocnění v tomto věku (onkologické, plicní, kloubní, gastrointestinální a deprese) dochází k polypragmzii, lékovým interakcím a snížené adherenci k antihypertenzní léčbě.

Nefarmakologická léčba zahrnuje zejména šetrné snížení příjmu sodíku v dietě, vytrvalostní fyzickou zátěž (cvičení, chůze, jízda na kole, plavání denně 30-45 minut), redukci hmotnosti u obézních jedinců alespoň o 5-10 %, snížení příjmu alkoholu na 20-30 g/den a optimálně i kognitivní cvičení (četba, poslouchání rozhlasu, sledování televize a komunikace s ostatními lidmi ve společnosti).

Farmakologickou léčbu zahajujeme nižšími dávkami léků než u mladších jedinců a dávky zvyšujeme postupně dle výskytu nežádoucích účinků.

K léčbě využíváme všech 5 skupin základních antihypertenziv. Zahájit můžeme monoterapií nebo fixní kombinací léků. Léčba však je individuální, musíme vzít v úvahu charakter hypertenze a výskyt přidružených rizikových faktorů a onemocnění. U izolované systolické hypertenze jsou neúčinnější diuretika a blokátory kalciových kanálů. U cukrovky, u systolického srdečního selhání a u onemocnění ledvin s proteinurií je lékem volby blokátor renin-angiotenzinového systému. V sekundární prevenci cévní mozkové příhody a u velmi starých nemocných kombinace perindoprilu a indapamidu.

Cílová hodnota TK u starších pacientů je pod 140/90 mmHg u velmi starých pacientů pod 150/90 mmHg.

Při podezření na syndrom bílého pláště (až 25 % starších hypertenzí, častěji ženy) by mělo být provedeno 24hodinové ambulantní monitorování TK, 2x v odstupu 3 měsíců.

# Pracovní skupina venkovského lékařství SVL ČLS JEP

**Kateřina Javorská (1), Petra Kánská (2), David Halata (3), Karel Janík (4), Jan Kovář (5), Cyril Mucha (6)**

1. Praktický lékař Nové Město nad Metují
2. Praktický lékař Hrochův Týnec
3. Praktický lékař Hošťálková
4. Praktický lékař Horní Bečva
5. Praktický lékař Volyně
6. Praktický lékař Praha

Pracovní skupina venkovského lékařství SVL ČLS JEP byla představena na XXXV. výroční konferenci SVL v Karlových Varech.

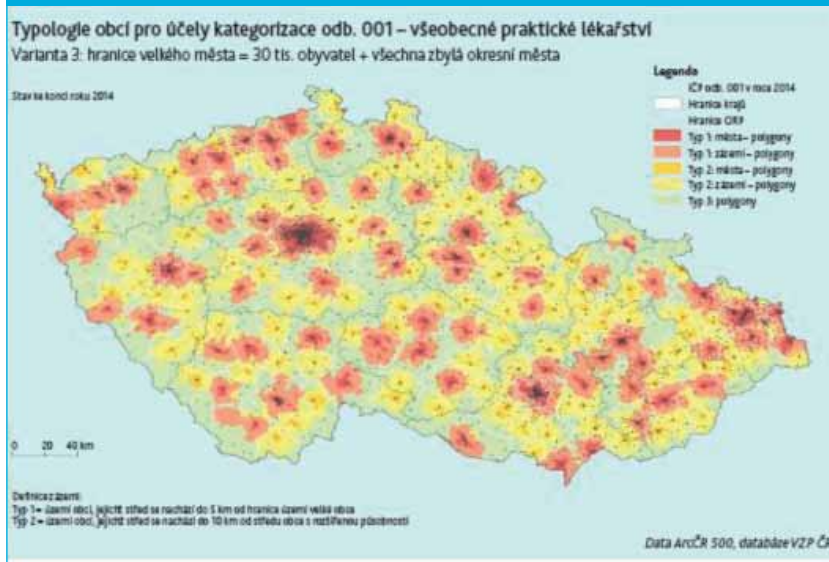
Venkovské lékařství představuje ve světě v současnosti jeden z hlavních odborných proudů praktického lékařství. Na evropské úrovni je zastřešováno Evropskou asociací venkovských a odlehklých praxí (EURIPA), na světové úrovni Pracovní skupinou venkovského lékařství WONCA (WWPRP). (2, 3)

Z lékařského pohledu je všeobecná úroveň zdraví venkovské populace nižší než u městské populace. Obzvláště dostupnost kvalitní lékařské péče pro skupiny se zvláštními potřebami (ženy, starší lidé, menšiny, tělesně postižení) je ve venkovských oblastech výrazně snížena. Restrukturalizace zdravotního systému v ČR vede ke vzniku specializovaných center ve velkých městech, rozsah poskytované péče v malých nemocnicích trvale klesá. Mnozí venkov-

ští pacienti odmítají další lékařskou péči z důvodu strachu z daleké cesty a strachu z „velkého města“. Venkov je pro mladé praktické lékaře méně atraktivní, více vyhledávají praxe ve velkých městech. Zkušenosti ze zahraničí však ukazují, že i např. část předtestační přípravy strávená na venkově vede k výrazně větší návratnosti praktiků na venkov. Zásadním nedostatkem v ČR je malá dostupnost validních dat mapujících rozdíly městského a venkovského lékařství. Venkovští všeobecní praktičtí lékaři vycházejí ze stejných kořenů, přípravy, náplně oboru, poskytují péči dle stejných odborných doporučených postupů, ale praktická náplň jejich práce je pod tlakem okolností často rozdílná.

V roce 2014 a 2015 proběhla rozsáhlá analýza dat VZP, sledující vyjma jiného, též chování praktických lékařů s ohledem na místo jejich působení. Při stejné úrovni kapitace provádějí venkovské praxe více výkonů, předepisují více léků, naopak mají významně nižší náklady na komplement, ambulantní specialisty, a tím i cizí preskripci. Vyplývá z toho, že se zde VPL o své registrované pacienty více starají sami (zajišťují péči i za méně dostupné ambulantní specialisty), zatímco praktičtí lékaři ve velkých městech častěji péči delegují, tak na péči o pacienty na venkově se podílí jak praktický lékař, tak i ambulantní specialista. Rozdíly v jednotlivých parametrech se pohybují v rozmezí 8–39 procent. (1) Venkovské lékařství představuje dle dostupných dat cca 50 % všech praxí všeobecných praktických lékařů v ČR. Definiční venkova dynamicky ovlivňuje a mění především dostupnost péče v nemocnicích tzv. okresního typu. V mnoha oblastech ČR tak není v současnosti zcela zřejmé, zda okresní město již je či ještě není venkovem.

## Mapa: Městské praxe VPL (červeně a růžově) a venkovské praxe VPL (žlutě a zeleně) (1)



Stávající situace vedla k založení Pracovní skupiny venkovského lékařství SVL ČLS JEP. Jejím hlavním cílem je zajistit dostupnou kvalitní zdravotní péči lidem žijícím na venkově a profesní potřeby těch, kteří tuto péči poskytují. Dalšími cíli jsou:

- vznik, podpora a rozvoj vědeckého výzkumu na venkově (akademickým domovem PS se stal Ústav všeobecného lékařství 1. LF UK)
- podpora sdílení informací, dovedností a zkušeností a rozvíjení multidisciplinární aktivity a týmové práce
- inovace a využití moderních technologií

- podpora zdraví a zdravého životního stylu
- boj proti rozdílnostem v dostupnosti zdravotní péče a dostupnosti zdraví
- podpora života ve zdravých komunitách, společensky udržitelného modelu venkovského způsobu života
- rozvíjení zdravotní péče orientované na pacienta
- rozvíjení profesně kvalitní venkovské praxe
- kontakt se zahraničními organizacemi venkovského lékařství (EURIPA, WWPRP...)
- vytvoření vazeb s dalšími venkovskými organizacemi mimo všeobecné praktické lékařství s cílem podpořit rozvoj venkovských komunit
- podpora atraktivity venkova pro mladé praktické lékaře

Členem Pracovní skupiny venkovského lékařství se může stát každý venkovský lékař, každý lékař se zájmem o další rozvoj venkovského lékařství, společnost či profesní organizace zabývající se problematikou venkova. Za členství se neplatí žádné poplatky a její činnost bude zajištěna z prostředků SVL ČLS JEP.

#### Literatura:

1. Bělobrádek Jan. Rozdíly v chování praxí dle počtu pacientů a lokace, Medical Tribune 22/2016
2. Evropská asociace venkovských a odlehých praxí (EURIPA), <http://euripa.woncaeuropa.org>
3. Pracovní skupina venkovského lékařství WONCA (WWPRP), [www.globalfamilydoctor.com/groups/WorkingParties/RuralPractise.aspx](http://www.globalfamilydoctor.com/groups/WorkingParties/RuralPractise.aspx)

#### Organizační struktura PSVL SVL ČLS JEP:

MUDr. David Halata - předseda Pracovní skupiny venkovského lékařství SVL ČLS JEP, zástupce EURIPA

MUDr. Karel Janík - čestný předseda Pracovní skupiny venkovského lékařství SVL ČLS JEP

MUDr. Jan Kovář - zástupce předsedy Pracovní skupiny venkovského lékařství SVL ČLS JEP, zástupce EQUIP

MUDr. Cyril Mucha - člen vedení Pracovní skupiny venkovského lékařství SVL ČLS JEP, zástupce ÚVL 1. LF UK

MUDr. Kateřina Javorská - člen vedení Pracovní skupiny venkovského lékařství SVL ČLS JEP, zástupce EURACT

MUDr. Petra Kánská - člen vedení Pracovní skupiny venkovského lékařství SVL ČLS JEP, zástupce VdGM

Kontakty:

<http://www.facebook.com/venkovskelekarstvi/>  
@venkovskelekarstvi

**Obr. Pracovní skupina venkovského lékařství SVL ČLS JEP a náměstek ředitele VZP ČR pro zdravotní péči MUDr. JUDr. Petr Honěk (Karlovy Vary, 10. 11. 2016). Zdroj: Target-MD**



# Spolupráce všeobecného praktického lékaře s kardiologem a internistou v péči o pacienta s fibrilací síní



**doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D.**

Ordinace PL, Karlín  
Ústav všeobecného lékařství 1. LF UK Praha

Zpráva ze Symposia společnosti Bayer, s. r. o., na 35. výroční konferenci SVL ČLS JEP v Karlových Varech.

Předsedající: doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc.

Přednášející: prof. MUDr. Richard Češka, Ph.D., prof. Miloš Táborský, CSc., FESC, MBA.

V posledních desetiletích jsme svědky nástupu antikoagulační léčby, zejména v souvislosti s pooperační profylaxí hlubokých trombóz a plicní embolie a prevencí cévních mozkových příhod. Tato agenda byla a je velmi rychle předávána praktickým lékařům. Naše odbornost na výzvu zareagovala; byly vypracovány doporučené postupy, téma bylo zařazeno do kontinuálního vzdělávání a pacientům jsme do veliké míry zjednodušili život tím, že jsme testování INR přivedli do ordinací. Již v roce 2014 byla více než polovina INR vyšetření provedena v POCT režimu!

Jen co jsme si osvojili léčbu warfarinem a řešení všech jejích souvislostí, jsou tu nové preparáty, které rychle získávají trh. Nová perorální antikoagulantia (NOAK) jsou přímé perorální inhibitory trombinu (dabigatran etexilat) a přímé inhibitory faktoru Xa (apixaban a rivaroxaban). Jsou indikovány při prevenci ischemického iktu při fibrilaci síní, k léčbě hluboké žilní trombózy a plicní embolie, k prevenci rekurence tromboembolické nemoci (TEN), k prevenci TEN v ortopedii (po náhradě kyčelního nebo kolenního kloubu). Zatímco NOAK zatím nesmíme předepisovat, musíme jim porozumět, znát jejich rizika a řešit event. nežádoucí účinky, zvládnout okolnosti jejich vysazení před chirurgickými zákroky a převedení na nízkomolekulární hepariny nebo jinou antikoagulační léčbu.

Všechny medicínské důkazy hovoří ve prospěch NOAK. NOAK mají příznivý poměr přínosů a rizik v porovnání s warfarinem. Jsou účinnější, dobře tolerovaná, bezpečnější a pohodlnější v užívání. Prakticky všichni pacienti na warfarinu by profitovali z převedení na NOAK. Nicméně platná indikace omezuje převedení na následující důvody:

- nemožnost pravidelných kontrol INR (výjezd do zahraničí, lékové interakce),
- nežádoucí účinky při léčbě warfarinem (dokumentované, nesouvisející s efektem léčby),
- nemožnost udržet INR v terapeutickém rozmezí (2 ze 6 měření mimo mez),
- resistance na warfarin (nutnost podávat vyšší dávku než 10 mg denně).

**Prof. Richard Češka** ve svém vystoupení uvedl, že Česká republika vykazuje 2 – 3x vyšší výskyt cévních mozkových příhod (CMP), než je evropský průměr a dvojnásobnou mortalitu v populaci do 65 let. Na jednu ordinaci praktického lékaře připadá 8–10 iktů. Do jednoho roku zemře 30 %, do pěti let 40–50 % pacientů s CMP a 40 % je závislých na péči druhé osoby. Tato data představují zásadní výzvu pro českou medicínu i pro mezioborovou spolupráci klíčových odborností; praktických lékařů, internistů a kardiologů. Významný podíl na ischemických cévních příhodách, které reprezentují 80–85% všech CMP, má fibrilace síní.

Fibrilace síní představuje závažnou srdeční arytmiu, která by měla být podchycena a léčena.

Při zjištění fibrilace síní v ordinaci provedeme základní vyšetření, zhodnotíme riziko CMP při fibrilaci síní pomocí CHA2DS2-VASc skóre, které jsou popsány v našem Doporučeném postupu, riziko krvácení, a pokud je indikována antikoagulace a jsou splněna kritéria pro NOAK, pro pacienta zajistíme specializovanou péči na interně, kardiologii nebo v trombotickém centru.

Prof. Češka uvedl Rivaroxaban, který je indikován k prevenci hluboké žilní trombózy po ortopedických operacích (2–5 týdnů), v léčbě a prevenci hluboké žilní trombózy a plicní embolie (první tři týdny a při přetrvávání rizikových faktorů), k prevenci CMP při fibrilaci síní a k sekundární prevenci při akutním koronárním syndromu (1–2 roky). Z léčby rivaroxabanem mohou profitovat nemocní se srdečním selháním, senioři nad 75 let, diabetici, pacienti po CMP/TIA i nemocní s renální insuficiencí. Ve studii REVISIT US v rutinní praxi vykázal Rivaroxaban nižší výskyt intrakraniálního krvácení oproti warfarinu. V závěru vystoupení nabídl prof. Češka přehled interních ambulancí ke spolupráci na [www.interna-cz.eu](http://www.interna-cz.eu).

**Prof. Miloš Táborský** uvedl kritéria pro screening fibrilace síní. Příležitostný screening je doporučen u všech pacientů starších 65 let, a to změřením pulsu nebo natočením EKG. U pacientů po TIA nebo CMP je doporučeno natočení krátkého EKG záznamu, s následným monitorováním EKG 72 hodin. U pacientů s pacemakery nebo implantovanými defibrilátory je třeba pátrat

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



po epizodách atriální fibrilace (AHRE – atrial high rate episodes) a při zjištění indikovat EKG záznam. U pacientů nad 75 let nebo u pacientů se zvýšeným rizikem CMP je doporučeno provádět systematické vyšetřování EKG. Prof. Táborický představil novou klasifikaci fibrilace síní (FS), která se rozděluje podle délky trvání na nově diagnostikovanou, paroxysmální, persistentní (více než 7 dní), dlouhodobou persistentní (více než 1 rok) a permanentní. FS se dále rozděluje podle klinické prezentace a možné patofyziologie a také podle tíže symptomů.

Léčba FS síní se opírá o 5 pilířů: kontrola srdečního rytmu, úprava životního stylu a snižování kardiovaskulárních rizik, antitrombotická léčba, úprava srdeční frekvence a zlepšení symptomů. Při zahájení léčby NOAK je třeba mít na zřeteli několik okolností. Pacienti s velmi nízkou hmotností a staří lidé by měli mít redukovanou dávku. Je třeba zvažovat riziko gastrointestinálního krvácení a vyhodnotit renální funkci. Je třeba myslet na lékové interakce; např. u Dabigatranu snížit dávku Verapamilu. Zvýšené riziko krvácení mají hypertonici, alkoholici, pacienti, kteří užívají NSA a ti, kteří měli na warfarinu potíže s hladinou INR.

V případě krvácení při užívání NOAK je třeba vyhodnotit jeho závažnost, zjistit anamnézu užívání antitrombotických léků a další okolnosti, jako je krevní tlak, stav renálních funkcí, krevní obraz a koagulační parametry, jsou-li k dispozici. Lokálně se oblast krvácení mechanicky stlačí. Při nezávažném krvácení se vypustí 1 dávka NOAK, při závažnějším je pacient indikován do specializované péče. V případě nedávného požití tabletky NOAK lze podat živočišné uhlí.

Závěrem je vhodné připomenout, že NOAK aktuálně mohou předepisovat lékaři těchto oborů: kardiologie, angiologie, interní lékařství, neurologie, hematologie, ortopedie a chirurgie. NOAK jsou v seznamu léků, které Společnost všeobecného lékařství SVL ČLP spolu se Sdružením PL ČR předala bývalému ministru zdravotnictví s naléhavou výzvou ke zrušení preskripčního omezení. Oba přednášející, prof. Richard Česka jako představitel Internistické společnosti ČLS JEP i prof. Miloš Táborický jako představitel České kardiologické společnosti, ujistili praktické lékaře o podpoře výzvy k uvolnění NOAK.

# Co bychom měli vědět o pacientovi pro správnou interpretaci INR



**MUDr. Petr Kessler**

Odd. hematologie a transfuziologie  
Nemocnice Pelhřimov

Cílem antikoagulační léčby je snížení rizika trombotických i krvácivých komplikací. Tohoto cíle je možno dosáhnout jedině co nejstabilnější antikoagulací, charakterizovanou malými výkyvy INR a vysokým podílem času stráveným v terapeutickém rozmezí (TTR). Vzhledem k složitému účinku warfarinu a jeho biodegradaci cytochromálními enzymy existuje výrazná interindividuální i intraindividuální variabilita v jeho účinnosti v závislosti na genetické výbavě, dietních zvyklostech, dalších užívaných lécích a souběžných onemocněních. Naštěstí je možno laboratorně měřit výsledný fyziologický efekt (prodloužení protrombinového času) a existuje dobrá korelace mezi laboratorním nálezem a klinickým výsledkem, kdy laboratorně zjištěné předávkování signalizuje zvýšené riziko krvácivých komplikací a poddávkování je spojeno s vyšším rizikem trombotických komplikací.

Snahou ošetřujícího lékaře je najít takové dávkování warfarinu, které zajistí konkrétnímu pacientovi co nejnižší riziko trombotických i krvácivých komplikací. Dávkování je upravováno na základě výsledku INR s přihlédnutím k dalším faktorům. Při každé návštěvě pacienta je třeba odpovědět si na 3 otázky: 1. Je INR v terapeutickém rozmezí? 2. Je nutno dávku warfarinu změnit? 3. Kdy pacienta pozvat na další kontrolu?

Pokud je aktuální hodnota INR v terapeutickém rozmezí, dávku warfarinu většinou neměníme; pokud je pacient poddávkován (INR je pod dolní hranicí léčebného rozmezí), dávku warfarinu zvýšíme, a pokud je předávkován (INR je nad horní hranici léčebného rozmezí), dávku warfarinu snížíme. Toto všeobecné pravidlo však neplatí vždy. Kromě aktuální hodnoty INR je třeba přihlídnout i k dynamice výsledků INR a úpravám dávky v předcházejícím období, k individuálnímu riziku trombotických a krvácivých komplikací a v případě vychýlení INR z terapeutického rozmezí je nutno pokusit se zjistit vyvolávající příčinu této výchytky.

Pokud při minulé kontrole bylo INR mimo terapeutické rozmezí z důvodu přechodné jednorázové příčiny

(např. zvýšení INR po vypití většího množství alkoholu nebo snížení INR po vynechání 1-2 dávek warfarinu), dávka byla na základě toho upravena a nyní je již INR v terapeutickém rozmezí, zpravidla neponecháme onu upravenou dávku, ale vrátíme se k dávce původní.

Pokud dojde k jednorázové výchytky INR mimo léčebné rozmezí nevelkého rozsahu (maximálně pokles nebo vzestup o 0,2) u jinak dlouhodobě stabilního pacienta a nezjistíme příčinu tohoto výkyvu, rozhodujeme se mj. podle rizika krvácivých a trombotických komplikací. Např. při poklesu INR na 1,9 u pacienta, který nedávno prodělal plicní embolii, dávku spíše zvýšíme, neboť riziko rekurence trombózy při nízké hodnotě INR je vysoké, zatímco u pacienta s fibrilací síní s nízkým rizikem trombotických komplikací můžeme dávku ponechat.

Příčiny poklesu INR pod terapeutické rozmezí i vzestupu nad toto rozmezí mohou být nefarmakologické i farmakologické; warfarin má vzhledem k svému metabolismu mnoho lékových interakcí. Nejvýznamnějšími nefarmakologickými faktory vedoucími ke zvýšení účinnosti warfarinu jsou horečka, průjem a alkoholový excés. Ke snížení účinku warfarinu vede nejčastěji zvýšený příjem vitamínu K ve stravě (listová zelenina, bylinkové čaje, zelený čaj, tzv. „ovocné“ čaje).

Z léků, které zvyšují účinek warfarinu, je třeba pamatovat především na cotrimoxazol, metronidazol, některé makrolidy (zejména claritromycin a erytromycin), doxycyklin, imidazolová antimykotika, fibráty, amiodaron, fluorouracil, capecitabin, salicyláty, ibuprofen, piroxicam a jeho deriváty, nimesulid, meloxicam. Těmto lékům bychom se měli u pacientů léčených warfarinem pokud možno vyhnout a nahradit je léky neovlivňujícími účinek warfarinu. V případě nezbytné indikace je třeba na možnost lékových interakcí pamatovat, kontrolovat INR a v některých případech (amiodaron, metronidazol, cotrimoxazol) od samého počátku snížit dávku warfarinu (cca o 20-30 %) a INR kontrolovat opakovaně po několika dnech. Z léků, které snižují účinek warfarinu, jsou nejvýznamnější enzymatické induktory, především rifampicin, karbamazepin, barbituráty a třezalka tečkovaná. Nástup i odeznívání účinku enzymatických induktorů jsou relativně pomalé, je třeba při jejich nasazení i vysazení kontrolovat INR a upravovat dávku warfarinu 1x týdně po dobu několika týdnů.

Intervaly mezi kontrolami INR je nutno řídit především podle aktuální hodnoty INR a podle stability INR v předcházejícím období. Při zahájení léčby warfarinem je nutno INR kontrolovat nejméně 2-3x týdně při rychlém nasazování a nejméně 1x týdně při pomalém nasazování. Po dosažení cílového rozmezí je možno postupně intervaly mezi kontrolami prodlužovat – vždy maximálně o týden. U stabilního pacienta je možno intervaly



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

# Léčba kašle u dospělých



**MUDr. Stanislav Kos, CSc.**  
předseda ČOPN – Český občanský spolek  
proti plicním nemocem

Review z odborného symposia na XXXV. výroční konferenci SVL ČLS JEP v Karlových Varech.

Tématem pátečního dopoledního bloku byla **léčba kašle u dospělých**. V prvním příspěvku doc. PharmDr. J. Juřica, Ph.D. představil farmakologické profily všech látek používaných k terapii kašle. Od historie, kdy byly používány opioidní alkaloidy k tlumení kašle, do současnosti, kdy je registrováno 35 účinných látek k tlumení kašle a z nich je obchodováno na trhu pouze 5. **Antitusika**, léčiva na tlumení suchého dráždivého kašle, můžeme rozdělit na základě struktury na kodeinová (morfin a nové struktury) a nekodeinová (syntetická antitusika). Podle mechanismu účinku pak na antitusika s centrálním mechanismem účinku a periferní antitusika působící na různých místech reflexního oblouku kašle. Velice dobře známý kodein, který tlumí centrum pro kašel, má i analgetický účinek. Jeho účinnost nastupuje poměr-

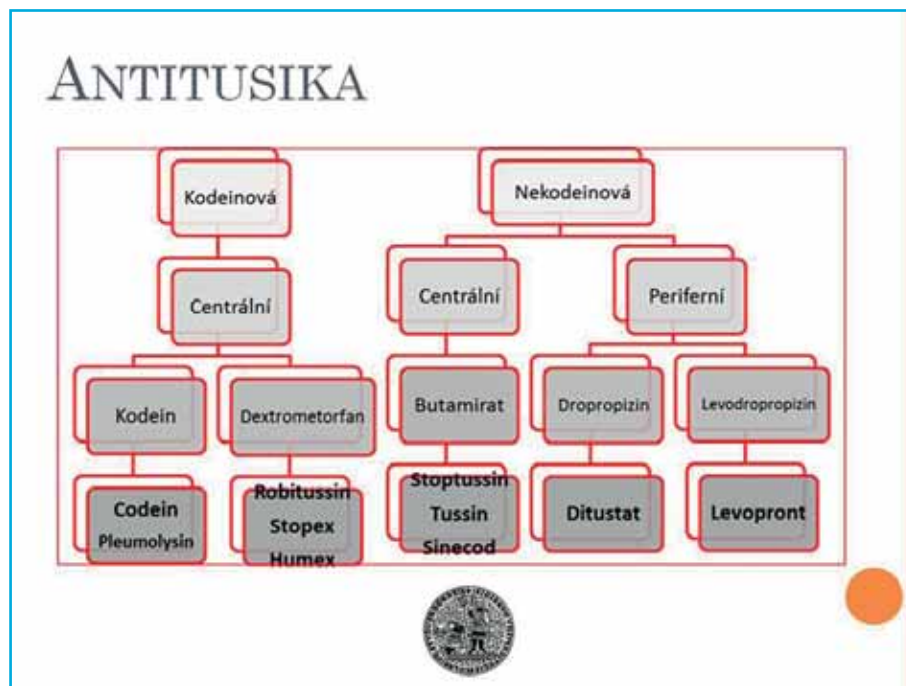
ně rychle a je metabolizován přes cytochrom p450 2D6 v játrech. Toto je nutno zmínit kvůli přítomnosti pomalých metabolizátorů v populaci (8 %) a u nich může snadněji dojít k předávkování a projevu nežádoucích účinků (útlum dechového centra, celková sedace atd.). Jsou zde i rizikovější interakce s některými antidepresivy, antipsychotiky, setrony nebo betablokátory, které se také metabolizují přes cytochrom 2D6. EMA (European Medicines Agency) nedoporučuje jeho předepisování dětem a mladistvým ani jako analgetikum, stejně jako další centrální látku užívanou na tlumení kašle dextrometorfan. Butamirát je syntetické centrální antitusikum. Dropropizin je racemická směs levo a pravotočivého dropropizinu, působí periferním mechanismem, ale může se vázat na histaminové receptory (ospalost). Levodropropizin je levotočivý izomer a má lepší farmakologický profil než racemát. Působí antibronchospasticky, nepotlačuje mukociliární clearance.

**Léčiva vlhkého kašle**, klasifikace zahrnuje 14 účinných látek plus varia (fytofarmaka). Na trhu je 7 účinných látek, novější klasifikaci ukazuje Obr. 1.

Bromhexin je prodrug ambroxolu, působí přes hydrolázy a dělá hlen řidší, na druhé straně zvyšuje produkci hlenu. Guaifenezin je látka s centrálními myorelaxačními účinky, působí sedací. Karbocystein, stejně jako bromhexin a acetylcystein, je kontraindikován u pacientů s vředovou chorobou. Acetylcystein štěpí disulfidické vazby, jako donor SH- skupin se používá při předávkování paracetamolem. Je popisováno snížení účinnosti některých antibiotik při současném podání. Erdosteine je novější léčivo a působí jako prodrug, normalizuje složení a objem hlenu.

prof. MUDr. J. Homolka, DrSc. ve svém sdělení promluvil o kašli jako obranném reflexu a velmi častém symptomu nemoci. Většina pacientů má akutní kašel, jsou to nejčastěji záněty horních a dolních cest dýchacích, diagnostika závisí na anamnéze, ev. skiagram hrudníku je vhodný k vyloučení atypické pneumonie a vystačí se krátkodobě s antipyretiky a antitusiky či expektorancií dle povahy kašle. Chronický kašel je definován jako kašel trvajícím 8 týdnů

prof. MUDr. J. Homolka, DrSc. ve svém sdělení promluvil o kašli jako obranném reflexu a velmi častém symptomu nemoci. Většina pacientů má akutní kašel, jsou to nejčastěji záněty horních a dolních cest dýchacích, diagnostika závisí na anamnéze, ev. skiagram hrudníku je vhodný k vyloučení atypické pneumonie a vystačí se krátkodobě s antipyretiky a antitusiky či expektorancií dle povahy kašle. Chronický kašel je definován jako kašel trvajícím 8 týdnů



a déle a vyšetřovací postupy musí být daleko podrobnější. Všichni potřebují skia-gram hrudníku. Může se jednat např. o bronchogenní karcinom, tuberkulózu (1/5 nově zjištěných případů je u cizinců), CHOPN, IPP. Je třeba rozlišit, jestli je kašel suchý nebo produktivní a zhodnotit jak sputum vypadá. Prof. Homolka doporučil preferovat nekodéinová antitusika s výjimkou situace, kdy je třeba podpořit léčbu bolesti. Nekodéinová antitusika mají výhodu, že nejsou doprovázena tlumením bolesti, nejsou návyková a neovlivňují střevní peristaltiku. Moderní látka je levodropropizin, které působí periferně inhibicí aferentních C vláken a inhibicí uvolňování neuropeptidů. Řada studií porovnávala jeho účinnost s kodeinovými antitusiky a prokázala minimálně stejnou účinnost s výrazně nižším počtem vedlejších účinků a ospalosti. Indikací levodropropizinu jsou všechny stavy suchého kašle a příprava před bronchoskopií.

Ve třetím sdělení symposia MUDr. S. Kos, CSc. promluvil o dalších příčinách chronického kašle. Je to tzv. zadní rýma (UACS), astma a gastroezofageální reflux (GER). Až u 20 % chronického kašle lze prokázat GER. Astma často začíná dráždivým spastickým kašlem. Sledujeme atopickou anamnézu, bronchiální hyperreaktivitu, eozinofilní zánět, další projevy alergie a komplikující nemoci (profesní astma, CHOPN, spánková apnoe, obezita atd.). Důležité je alergologické vyšetření. Jako diagnostický čtyřlístek v pneumologii používáme anamnézu, fyzikální a laboratorní vyšetření, skia-gram hrudníku a funkční vyšetření plic. Kromě dělení kašle na suchý (dráždivý) a vlhký (produktivní) můžeme rozeznávat kašel chraptivý, štěkavý (laryngitida) a záchvatovitý kašel spíše v časných ranních hodinách nebo po námaze by mohl svědčit pro astma. Vlhký, produktivní kašel ovlivňují mukoaktivní látky. Ovlivňují hlenovou retenci, kdy je přítomna hypersekrece hlenu a je poškozena mukociliární clearance. Mezi mukoregulační látky, které ovlivňují složení a objem hlenu patří erdosteín (obnovuje i poškozenou mukociliární clearance, nezahleňuje). Erdosteín má popisované duálně antibakteriální účinky - inhibuje bakteriální adhezivitu, omezuje bakteriální kolonizaci a zesiluje účinek antibiotik (amoxicilin, klari-

## Rozdělení mukoaktivních léčiv dle hlavního účinku

**mukoregulační látky** – normalizují složení i objem hlenu

(*karbocystein, erdosteín*)

**mukolytika** – ↓ viskozitu, ↑ mukociliární clearance

(nemusí ale ↑ kašlací clearance – jde i o adhezenci)

(*ambroxol, bromhexin, erdosteín, NAC*)

**mukokinetika** – zlepšují pohyblivost hlenu a jeho

odstraňování (mukociliární i kašlací clearance)

(*ambroxol, bronchodilatancia, surfaktant*)

**expektorancia** – vagově / osmoticky ↑ produkci řídkého hlenu

(*guaifenezin, salinická expektorancia, emetin*)

tromycin a ciprofloxacin). Sledování dětských pacientů ERICA v sezoně 2014/2015 naznačilo možnost předejít léčbě antibiotiky při včasné podání erdosteínu u akutních respiračních onemocnění s virovou či nejasnou etiologií a zabránit bakteriální superinfekci. V registru ERICA se přes 95 % dětí obešlo bez antibiotické léčby v porovnání s předchozí sezónou, kdy stejné děti byly léčeny 2 a více antibiotiky. Erdosteín má účinky antiflogistické a antioxidační. Pro určitou skupinu pacientů s diagnózou CHOPN je Erdomed hrazen ze zdravotního pojištění, v ostatních indikacích je třeba na receptu označit P a napsat slovy „hradí pacient“. Erdomed může předepsat lékař jakékoliv odbornosti.

**Shrnutí pro praxi** – na suchý dráždivý kašel je vhodné použít neopioidní periferní antitusikum, které netlumí dechové centrum a nezpůsobuje nežádoucí sedaci pacienta. Na vlhký produktivní kašel je vhodné vybrat mukoaktivní léčivo s dobrým bezpečnostním profilem, které podporuje mukociliární funkce a nevede k hlenové hypersekreci. Výhodou jsou další aditivní vlastnosti jako např. synergie s antibiotiky. Podávání antitusika a expektorancia současně je neracionální.

Použité zkratky:

CHOPN - chronická obstrukční plicní nemoc, IPP - intersticiální plicní procesy, UACS - upper airway cough syndrome, GER - gastro-esofageální reflux

# Metabolický syndrom v 21. století

## Co můžeme udělat pro naše pacienty?



**prof. MUDr. Rosolová Hana, DrSc.**

Centrum preventivní kardiologie, Univerzita Karlova,  
Lékařská fakulta Plzeň, 2. interní klinika  
Fakultní nemocnice v Plzni

Metabolický syndrom (MS) má velmi dlouhou historii. První zmínka o častém společném výskytu hypertenze a hyperglykémie byl prezentován již před 1. světovou válkou na kongresu ve Vídni. Od té doby se měnil zájem o tuto problematiku i definice syndromu, která se snažila vyjádřit, že kardiometabolické rizikové faktory vyskytující se spolu významně zvyšují riziko pro kardiovaskulární onemocnění (KVO) na podkladě aterosklerózy i pro diabetes mellitus 2. typu (DM2). Výstižnější název pro tento syndrom by byl kardiometabolický syndrom, ale je to název delší, a proto se neujal.

K patofyziologii a významu MS zásadě přispěl Gerald Reaven (t.č. emeritní profesor na Stanfordské Univerzitě v Kalifornii). Reaven prokázal významnou asociaci inzulínové rezistence a kompenzatorní hyperinzulinémie s kardiovaskulárním rizikem. „Reavenův syndrom“ byl definován jako zvýšený krevní tlak, zvýšené triglyceridy a snížený HDL-cholesterol. Reaven prokázal souvislost mezi inzulínovou rezistencí a zvýšenou aktivitou sympato-adrenálního systému (1). Zavedl také jednodušší test na měření inzulínové rezistence (inzulín supresní test), který je srovnatelný se složitějšími clampovými metodami.

V současné době se používá k identifikaci MS tzv. harmonizovaná definice, která je uvedena v tabulce (2). Určování MS má význam především v primární prevenci KVO a DM2, tedy právě pro praktické lékaře, kteří mohou tento syndrom rozpoznat během preventivních prohlídek svých pacientů. Pokud je zjištěn MS, tento pacient se většinou nachází ve vysokém kardiovaskulárním riziku, a proto si zasluhuje větší pozornost v nefarmakologické i farmakologické léčbě rizikových faktorů.

V české populaci se vyskytuje přibližně 1/3 mužů a 1/4 žen s MS. U mužů je v posledních letech trend ke zvyšování prevalence MS, u žen je prevalence MS stabilní. Pacienti s MS mají často celou řadu dalších rizikových faktorů a chorob např. nealkoholovou steatózu jater, obstrukční spánkovou apnoei nebo depresivní syndrom. Častější depresivní chování u osob s MS jsme našli i na našem plzeňském populačním vzorku (3).

Co můžeme udělat pro naše pacienty s MS? Nejúčinnější je nefarmakologická léčba, tzn. zavedení zdravých životních návyků. Zanechání kouření tabáku významně snižuje kardiometabolické riziko pacientů s MS, protože nikotin je stimulant sympatického nervového systému, který zhoršuje citlivost k vlastnímu inzulínu. Příjem méně kalorické stravy chudé na jednoduché cukry a nasycené tuky (tj. živočišné tuky s výjimkou rybích) a bohaté na ovoce a zeleninu pomůže zbavit se nadbytečného viscerálního tuku. Pravidelná pohybová aktivita (např. 6000 kroků denně) přispěje ke snížení hmotnosti i ke zlepšení nálady nebo celkového psychického stavu u anxiousně depresivních pacientů.

Podle evropských doporučení pro prevenci KVO z r. 2016 představuje optimální BMI 20–25 kg/m<sup>2</sup> a obvod pasu u mužů pod 94 cm a u žen pod 80 cm. Abychom zlepšili adherenci pacientů k našim doporučením, je třeba navázat správný partnerský vztah mezi lékařem a pacientem. Tak lze významně zvýšit důvěru pacienta ke všem doporučením lékaře. Dále je třeba co nejvíce využívat rady profesionálů na odvykání kouření, dietologů, fyzioterapeutů i psychologů. V této oblasti máme ještě velký potenciál, jak získat více entusiasticky laděných profesionálů, kteří budou šířit pravdivé resp. ověřené informace o racionálním stravování a vhodném pohybovém režimu pro jednotlivé pacienty.

#### Citace

1. Reaven GM, Lithell L, Landsberg L: Hypertension and associated metabolic abnormalities - the role of insulin resistance and the sympathoadrenal system. *N Engl J Med* 1996;334:374-381.
2. Alberti KG, Eckel RH, Grundy SM et al. Harmonizing the metabolic syndrome: a joint interim statement of the International Diabetes Federation Task Force on Epidemiology and Prevention; National Heart, Lung, and Blood Institute; American Heart Association; World Heart Federation; International Atherosclerosis Society; and International Association for the Study of Obesity. *Circulation* 2009;120(16):1640-5.
3. Petřelová B, Rosolová H, Hess Z, Podlipný J, Šimon J: Depressive disorders and the metabolic syndrome of insulin resistance. *Seminars in Vascular Medicine* 2004;4:161-165.

#### Tabulka: Metabolický syndrom – harmonizovaná definice (upraveno podle citace 2)

obvod pasu u mužů  $\geq 94$  cm, u žen  $\geq 80$  cm  
krevní tlak  $\geq 130/85$  mmHg nebo antihypertenzní léčba  
hladina triglyceridů  $\geq 1,7$  mmol/l nebo hypolipidemická léčba  
hladina HDL-chol  $<1$  mmol/l u mužů a pod  $1,2$  mmol/l u žen nebo hypolipidemická léčba  
glykémie  $\geq 5,6$  mmol/l nebo porušená glukózová tolerance nebo antidiabetická léčba

Přítomnost 3 a více rizikových faktorů definuje metabolický syndrom.

# Vyšetření sportovce v ordinaci VPL



**MUDr. Kryštof Slabý**

RHB a TVL UK 2. LF a FN Motol

Zástupce České společnosti tělovýchovného lékařství přednesl 10. listopadu v rámci XXXV. výroční konference SVL ČLS JEP příspěvek věnovaný preventivnímu vyšetření sportovce v ordinaci praktického lékaře. V souladu s aktuální legislativou vyšetřuje registrující praktický lékař sportovce od rekreační úrovně až po úroveň výkonnostního sportu. Tělovýchovný lékař vyšetřuje sportovce libovolné výkonnostní kategorie včetně vrcholového sportu.

V souladu s aktuálními odbornými doporučeními je třeba zohlednit nejen typ sportu, výkonnostní úroveň a aktuální zdravotní stav, ale také např. kardiovaskulární riziko dle SCORE. Mezníkem je věk 35 let. Pod touto věkovou hranicí dominují v incidenci náhlých kardiovaskulárních příhod kardiomyopatie a primární elektrická onemocnění a současně je nízké riziko komplikací aterosklerózy (ICHS). Naopak nad touto věkovou hranicí riziko ischemické choroby srdeční významně narůstá. V každém věku je souběžně nutné aktivně pátrat po odchylkách pohybového aparátu, ať už vrozených nebo získaných, které predisponují ke zranění nebo způsobují či zhoršují subjektivní obtíže.

Je potřeba si uvědomit, že dlouhodobá pohybová aktivita vysoké intenzity (některé výkonnostní sporty) způsobuje adaptaci cirkulace, respiračního systému, pracujícího svalu a dalších orgánových systémů. Na úrovni srdce se adaptace projevuje podle typu zátěže excentrickou (dynamická zátěž) nebo koncentrickou (statická zátěž) hypertrofií levé komory, dilatací ostatních srdečních oddílů (dynamická zátěž), bradykardií, ale také elektrickou remodelací myokardu a strukturál-

ními změnami. Výsledkem je klinický obraz pojmenovaný atletické srdce. S pravidelnou pohybovou aktivitou přiměřené intenzity je spojena redukce celé řady rizikových faktorů aterosklerózy, dále zvýšení vytrvalostní zdatnosti a snížení celkové i kardiovaskulární mortality. Nejlepší prevencí náhlé kardiovaskulární smrti spojené s fyzickou aktivitou na podkladu ischemické choroby srdeční je proto dostatek pohybové aktivity a dobrá trénovanost.

Ve všech věkových skupinách musíme při vyšetření sportovce aktivně pátrat po rodinné anamnéze náhlého úmrtí (včetně resuscitované srdeční zástavy, nevyšetřené autonehody či tonutí) a přítomnosti dědičných onemocnění potenciálně vedoucích k náhlé smrti (e.g. předčasná ICHS, dědičné kardiomyopatie, hereditární arytmiické syndromy). Taktéž musíme aktivně pátrat po subjektivních obtížích spojených s fyzickou aktivitou. Pacienta, který je symptomatický nebo zjistíme patologii při fyzikálním vyšetření, je nutné dále vyšetřit.

U asymptomatických osob je přístup ke screeningu kaskádový v závislosti na celkovém riziku v kombinaci s významností navýšení intenzity pohybové aktivity.

U pacientů do 35 let věku v případě výkonnostního sportovce a výběrově též u rekreačního sportovce provádíme kromě anamnézy a fyzikálního vyšetření dále klidové standardní 12svodové EKG, které je nutné hodnotit podle strukturovaných kritérií odlišných od běžného klinického hodnocení. Další vyšetření a zobrazovací metody jsou indikovány na základě výsledků a zhodnocení rizika a neprovádějí se plošně.

U pacientů nad 35 let věku v případě, že pacient nemá známé kardiovaskulární onemocnění a nenavýšuje intenzitu či objem pohybové aktivity, není třeba dalších vyšetření. Při navýšení aktivity nebo obnovení aktivity po delší pauze se řídíme rizikem dle SCORE, ev. izolovaným výrazným zvýšením jednotlivých rizikových faktorů včetně diabetu mellitu a při zvýšeném riziku ( $\geq 5\%$ ) dále vyšetřujeme.

V případě pochybností či potřeby doplnit zátěžový test je možné odeslat pacienta k tělovýchovnému lékaři. Nejbližší pracoviště tělovýchovného lékařství je možné najít na adrese [www.cstl.cz/mapa-pracovist](http://www.cstl.cz/mapa-pracovist).



# V Praze hrozí epidemie HIV, stát musí změnit přístup k prevenci

**Praha, 1. prosince 2016 – Podle odborníků na problematiku HIV/AIDS lze již v souvislosti s aktuálními statistikami výskytu HIV v Praze oficiálně mluvit o začátku epidemie v gay komunitě, kde se výskyt nemoci blíží 5% hranici prevalence. To v praxi znamená, že je v současnosti HIV infikován každý 20. až 25. člen gay komunity v hlavním městě. Pokud by stávající trend zůstal nezměněn, bude během následujících pěti až deseti let tímto virem v Praze nakažen každý desátý gay. Nárůst infekce HIV je výrazný i v Ostravě, Ústí nad Labem a Brně.**

**V Praze je každý 25. gay infikován HIV, do pěti až deseti let to ale bude každý 10.**

V Praze se výskyt HIV v gay komunitě blíží hranici, která definuje epidemii, kdy podíl infikovaných jedinců vztahený k celkovému počtu osob ve sledované populaci dosáhne hranice 5%. V Praze žije přibližně 45 tisíc gayů, přičemž je zde hlášeno přes 1 500 nálezů HIV. Z evropských epidemiologických modelů přitom vyplývá, že až čtvrtina dalších případů není vůbec diagnostikována. „V Praze dnes žije dalších zhruba 300 gayů, kteří neví, že jsou infikováni virem HIV a že jej nevědomky mohou šířit dál. Odhadujeme, že v současné chvíli je tak v Praze nakažen HIV přibližně každý dvacátý až dvacátý pátý gay. Pokud trend nárůstu počtu případů zůstane nezměněn, bude však nejpozději do deseti let infikován již každý desátý gay,“ říká MUDr. Ivo Procházka, CSc., vedoucí HIV poradny České společnosti AIDS pomoc, občanského sdružení založeného v roce 1989 s cílem pomáhat nemocným HIV a jejich rodinám. Pro nakažení HIV přitom platí stejná pravidla jako pro jakékoli jiné infekční onemocnění – čím více nosičů viru v populaci je, tím snadněji a rychleji se epidemie šíří. „Pokud pojedete v tramvaji, kde je chřipkou nakažena jen jedna osoba, pak riziko přenosu onemocnění je výrazně nižší, než když v ní pojedete s dalšími 20 cestujícími, kteří jsou infikováni chřipkovým virem,“ dodává doktor Procházka.

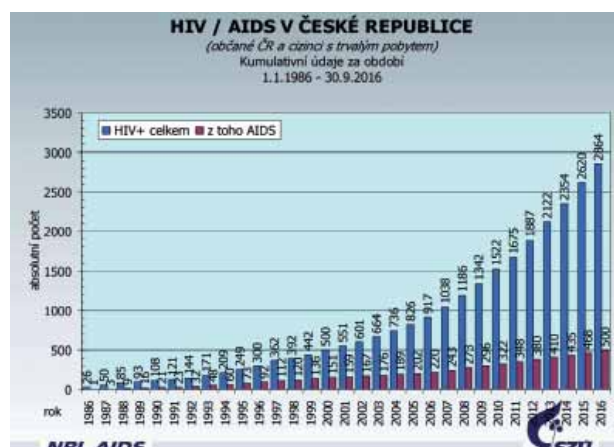
Je potřeba mnohem lépe zacílit prevenci. To, že počet případů HIV roste alarmujícím tempem, tak podle odborníků není nutně zapříčiněno tím, že by se lidé více vystavovali zdravotním rizikům a používali méně kondomů než v minulosti. V Česku se lidé při pohlavním styku dlouhodobě chrání málo. Podle dubnového průzkumu společnosti GSK, výrobce léčiv proti HIV, používá v běžné populaci kondom jako prevenci jen třetina lidí, což potvrzuje výsledky předchozích průzkumů v minulosti. Dvě třetiny spoléhají na štěstí a nechrání se. V gay komunitě je přitom para-

doxně užívání kondomů vyšší – přibližně 40% mužů v dalším průzkumu uvedlo, že kondom při pohlavním styku použilo. Přesto jsou gayové v mnohem vyšším riziku nákazy než zbytek populace. Virus se při homosexuálním styku přenáší snadněji a pravděpodobnost styku s někým, kdo je sám infikovaný a o své naze neví, je rovněž výrazně vyšší než u heterosexuální populace. „Pravidelné testování na HIV alespoň jednou za rok by se mělo stát součástí života každého gaye, a to i v případech, kdy člověk nestíhá partnery,“ zdůrazňuje doktor Procházka.

Stát by měl přehodnotit přístup k prevenci onemocnění HIV. Prevence je potřeba zacílit zejména na gay komunity v městech, kde je výskyt HIV nejvyšší. Pokud v minulém roce šlo na cílenou prevenci mezi gayi jen necelých 10% všech státních dotačních prostředků, je to žalostně málo. Kromě podpory užívání kondomů se musí rozšířit možnosti pro testování HIV a zlepšit systém kontaktování sexuálních partnerů nově diagnostikovaných pacientů. Stát by měl rovněž zavést protiepidemická opatření jako u jiných infekčních onemocnění, kde hrozí epidemie, a u osob ve vysokém riziku nákazy nabídnout profylaxi. Všem diagnostikovaným je potřeba ihned nabídnout léčbu – úspěšná léčba snižuje možnost přenosu viru prakticky na nulu. „O čem se v Česku rovněž málo mluví, je význam společenského stigma spojeného s HIV pro další šíření infekce. Pokud bude prevence HIV založena na moralizování nebo dokonce kriminalizaci, lidé se budou testování vyhýbat a epidemie se bude šířit rychleji,“ doplňuje doktor Procházka.

Celkový počet případů HIV v populaci ČR neustále roste. Aktuálně již bylo nakaženo celkem 2 864 osob. Poprvé v historii tak počet případů HIV atakuje 3 tisícovou hranici. U 500 z nich propuklo onemocnění AIDS.

Zdroj: SZÚ, říjen 2016.



# Příčiny neuspokojivé kompenzace diabetu v české republice

**V ČR trpí cukrovkou takřka 900 000 lidí, správných léčebných hodnot ale nedosahuje ani polovina z nich. Stát kvůli tomu přichází o stovky milionů ročně**

- Podle nové farmakoekonomické analýzy přichází české zdravotnictví v důsledku nedostatečné kompenzace diabetu až o 900 milionů korun ročně, které stát vydá na léčbu pozdních komplikací tohoto onemocnění.
- Správných léčebných hodnot dosahuje podle zjištění diabetologů v průměru pouze 46 % z českých diabetiků, kteří trpí diabetem druhého typu.
- Z aktuálního výzkumu mezi pacienty s cukrovkou druhého typu vyplynulo, že celá třetina z nich dodržuje správné léčebné postupy jen částečně nebo vůbec. 32,7 % pacientů pak nezná svou hladinu krevního cukru.
- S edukací pacientů a efektivnější léčbou chce pomoci nový projekt [Dialiga.cz](http://Dialiga.cz), jehož ambicí je sdružit české diabetiky.

„Diabetes zatím neumíme vyléčit, a proto je klíčové jej správně kompenzovat. Z našich dlouhodobých šetření bohužel vyplývá, že uspokojivé hladiny glykovaného hemoglobinu neboli tzv. dlouhého cukru, který je hlavním ukazatelem správné kontroly onemocnění, nedosahuje ani polovina diabetiků s cukrovkou druhého typu,“ říká prof. MUDr. Milan Kvapil, CSc., MBA., prezident Diabetické asociace ČR, a dodává „Pokud by hypoteticky všichni pacienti svůj diabetes správně kompenzovali, dokázali bychom každý rok předejít stovkám úmrtí, infarktů, amputací, selhání ledvin nebo ztrátám zraku a dalším komplikacím, které postihují nedostatečně kompenzované pacienty.“

Podle aktuální farmakoekonomické analýzy společnosti Value Outcomes, kterou provedla pro Diabetickou asociaci ČR, ztrácí české zdravotnictví špatnou kompenzací diabetu zhruba 900 milionů korun ročně na nákladech na léčbu komplikací tohoto onemocnění. Mezi nejzávažnější komplikace diabetu patří zejména infarkt myokardu, neuropatie (diabetická noha), selhání ledvin a retinopatie (a z ní vyplývající riziko ztráty zraku).

„Vztáhneme-li počet pacientů s nedostatečně kompenzovaným diabetem k nákladům, které stát vynakládá na léčbu těchto komplikací a zároveň k předpokládanému růstu počtu nemocných, můžeme predikovat, že české zdravotnictví na léčbu cukrovky vydá v následujících dvaceti letech o 18 miliard víc než by muselo, kdyby se kompenzace zlepšila,“ říká Tomáš Doležal, ředitel společnosti Value Outcomes.

Z reprezentativního výzkumu, který mezi pacienty s diabetem a diabetology v ČR realizovala v říjnu společ-

nost QuintilesIMS, vyplynulo, že nedostatečná edukace pacientů a pozdní zahájení léčby moderními antidiabetiky přispívají k nedostatečné kompenzaci diabetu.

## Nedostatečná edukace a malá zodpovědnost

- 32,7 % pacientů nezná svou hladinu glykovaného hemoglobinu (tzv. dlouhého cukru)
- 33,9 % diabetiků se léčebnými doporučeními svého lékaře řídí jen částečně, nebo se jimi neřídí vůbec. Podobně správnou životosprávu a dietní doporučení dodržuje jen částečně nebo vůbec 35,6 % diabetiků v ČR.
- Byť je změna pacientova životního stylu (zejména úbytek váhy) klíčovou podmínkou úspěchu léčby, čeští diabetici kladou příliš velký díl odpovědnosti za úspěšnou léčbu na lékaře. (Pacienti uvedli, že z 46 % má na jejich kompenzaci podíl lékař a pouze z 54 % oni sami).
- Téměř polovinu pacientů (42,2 %) jejich lékař neinformoval o nutnosti měřit si individuálně hladinu glykovaného hemoglobinu a tím se výrazně spolupodílet na léčbě.

## Pozdní nasazení moderní perorální a inzulínové antidiabetické léčby

- Většina diabetologů (78 %) považuje za ideální kompenzaci diabetu u svých pacientů hodnotu glykovaného hemoglobinu na úrovni 53 mmol/mol a méně.
- Každý druhý diabetolog (55,9 %) se cítí být omezen preskripčními pravidly, která neumožňují poskytnout moderní perorální a inzulínovou léčbu pacientům, jejichž hodnoty glykovaného hemoglobinu nepřekročily 60 mmol/mol.

„České zdravotnictví vynakládá na léčbu cukrovky zhruba 10 - 15% svého rozpočtu a 55 - 70 % této částky jde na léčbu komplikací diabetu. Farmakoekonomické analýzy ukazují, že včasnější nasazení moderní léčby a z toho vyplývající prevence komplikací by českému zdravotnictví mohlo ušetřit stovky milionů ročně,“ říká profesor Kvapil.

## Dialiga.cz

„Vedle moderních antidiabetik je klíčovou podmínkou úspěšné léčby změna životního stylu pacienta a jeho proaktivní přístup léčbě. Edukace hraje v tomto smyslu zásadní roli,“ říká MUDr. Jan Brož, předseda sdružení Diacentrum a dodává „Spouštíme nový internetový portál a zároveň facebookovou stránku [Dialiga.cz](http://Dialiga.cz) s cílem podchytit aktivnější část diabetických pacientů a vytvořit z nich funkční komunitu, která bude k proaktivnímu přístupu a změně životního stylu motivovat nejen sama sebe ale zejména ostatní.“

[Dialiga.cz](http://Dialiga.cz) bude vytvářena týmem diabetologů ze



sdužení Diacentrum spolu s profesionálními textaři a odborníky na sociální média z komunikační agentury Boomerang. Strategii Dialigy je nabídnout nejen odborně relevantního průvodce pro pacienty, kteří hledají informace o léčbě, ale zejména atraktivně zpracovaným lifestyleovým obsahem přitáhnout k portálu pacienty, u nichž není stávající kompenzace diabetu ideální.

„Stávající pacientské weby většinou zasahují pouze malou skupinu pacientů a jsou často psány velmi odborným jazykem, nesrozumitelným pro většinu pacientů zejména s diabetem druhého typu,“ říká Rudolf Král, senior editor společnosti Boomerang a doplňuje „Dialiga cílí na věkovou skupinu 50+, která mezi pacienty s diabetem druhého typu dominuje a ve stále větší míře je také přítomna na sociálních sítích. Jen na českém Facebooku dnes najdeme takřka 700 000 uživatelů starších 50 let.“

Dialiga.cz je od 16. 11. spuštěna v beta verzi. Ambicí portálu je v průběhu roku 2017 vytvořit komunitu 10 000+ pravidelných návštěvníků.

[www.dialiga.cz](http://www.dialiga.cz)  
[www.diabetickaasociace.cz](http://www.diabetickaasociace.cz)  
[www.diacentrum.cz](http://www.diacentrum.cz)

#### **Kontakt pro média:**

Marta Vokurková  
 Senior consultant, EMD consultants  
 +420 725 593 900, [marta.vokurkova@emd-pr.cz](mailto:marta.vokurkova@emd-pr.cz)  
[www.emd-pr.cz](http://www.emd-pr.cz)

## Komentář k tiskové zprávě

„Údaje je nutno považovat za správné, jenom je třeba podotknout, že naprostá většina nekompenzovaných je v péči diabetologů. Je to samozřejmě dáno tíží a trváním diabetu v jejich péči. Chtít od pojišťoven, aby navýšily výdaje s tím, že se jim to vrátí, je zcela lichá představa, pojišťovny bohužel takto nepracují, ony uvažují jen v účetním roce... tedy čistě rozpočtově. Pak úvahu, že pokud budou navýšeny prostředky dejme tomu o 100 milionů a tyto mi během 2-3 let přinesou úsporu 300-400 milionů od pojišťoven nemůžeme očekávat. Někde ASI BUDE CHYBA. Bohužel!!!“

Roční incidence AIM u diabetiků je 7%!!-/v populaci jen 1% /, tedy dotkne se cca 50 000 diabetiků ročně. Řádná KOMPLEXNÍ léčba diabetu sníží tuto incidenci o 35–40% a tak zabrání zhruba 20 000 AIM. Smrtnost

u diabetiků po IM v jednom roce je cca 20%, efektivní léčba pak ušetří ročně minimálně 4 000 životů, nemluvě o obrovských nákladech na akutní zákroky a stentáže. Jenom to tak nějak nikdo neumí propočítat, jistě by se totiž došlo k zajímavým číslům o efektivitě alokovaných prostředků. Rovněž je vhodné si povšimnout, že nejvíce stesků ze strany diabetologů se týká inzulinů. My bojujeme alespoň o rozšíření kompetencí na nová PAD, která jsou nám stále zapovězena a pod nejrůznějšími záminkami jsou jednání o nich blokována a odkládána, právě především s odkazem na růst nákladů. O skutečné efektivitě péče se diskuze nevede.“

**MUDr. Zdeněk Hamouz**

# Kmenové buňky: Průsečík biologie, medicíny, naděje a obchodu

V poslední době vyvolává ve veřejnosti mnoho rozporuplných emocí léčba některých chorob prostřednictvím kmenových buněk. Řada subjektů nabízí léčbu široké škály neduhů kmenovými buňkami na komerční bázi (od bolestí hlavy, obnovy chrupavek přes omlazení organismu, lepší růst vlasů až po léčbu neurodegenerativních onemocnění) apod. Zatímco v nemocných vzbuzuje často falešné naděje, odborné kruhy je většinou zavrhuje a považují spíše za výdělečný obchod. Dosud jediný prokazatelný úspěch má přitom transplantace kostní dřeně, kdy se nemocnému aplikují krvetvorné kmenové buňky dárce. Léčí se tak leukémie, selhání kostní dřeně, některá vrozená krevní onemocnění, těžké poruchy imunity a dědičných poruch metabolismu.

Kmenové buňky jsou populace buněk s vlastnostmi, které slouží k sebeobnově orgánů a při jejich poškození se podílejí na jejich opravách. V lidském těle se nacházejí prakticky ve všech orgánech, ale jsou vzácné – představují maximálně jedno procento všech buněk. Kmenové buňky jsou pro své vlastnosti velkou nadějí pro regenerativní medicínu. Zatím není vědecky dokázáno, že aplikace kmenových buněk s výjimkou kmenových buněk kostní dřeně přináší pacientovi užitek. U ní je to zejména proto, že má poměrně jednoduchou stavbu a stále se obnovuje i u zdravého člověka.

Aplikace kmenových buněk může být v některých případech pro pacienta škodlivá, ba přímo nebezpečná. Například – pokud si člověk nechá aplikovat do nemocného kloubu kmenové buňky, může zanedbat jinou léčbu či promeškat čas vhodný k operaci. V důsledku aplikace kmenových buněk se může např. dosud němý nádor rozbujet a člověk těžce onemocní. V současnosti se nesledují a nevedou žádné statistiky o tom, zda se u lidí po tzv. léčbě kmenovými buňkami třeba po pěti letech neobjeví zhoubné bujení.

Experimentální klinická léčba lidí kmenovými buňkami je však pro výzkum nezbytná, protože laboratorní pokusy na zvířecích modelech nestačí. Účastníci klinických experimentů ale nemají za účast ve studiích platit a v žádném případě by neměla být tato léčba využívána komerčně!

„Problematika kmenových buněk představuje střet a tříbení pohledů biomedicínských věd, klinické praxe, ale i zájmů komerčních. Občas se však dostává až za hranici obchodu s nadějí a manipulace s pacienty, ne nepodobného obchodu s některými neověřenými a neověřitelnými zdravotnickými prostředky či postupy,“ upozornil děkan 1. LF UK prof. Aleksi Šedo na setkání odborníků s novináři v Praze v říjnu 2016.

Rovněž upozornil, že etický přístup k problematice

kmenových buněk, opřený o vědecké standardy medicíny založené na důkazech, je nezbytný nejen pro pochopení jejich faktického aplikačního potenciálu a budoucích racionálních indikací, ale i pro zabránění diskreditace této tematiky. Podle profesora Šedo je úloha lékařských fakult v této oblasti nezastupitelná.

Na 1. LF UK se vědci výzkumem kmenových buněk intenzivně zabývají. Jde zejména o hematopoetické kmenové buňky (ze kterých vznikají červené krvinky, krevní destičky i různé bílé krvinky), kmenové buňky neurální lišty, kmenové buňky pokožky i nádorové kmenové buňky. Zkoumají rovněž, jaký vliv má na normální a nádorové kmenové buňky mikroprostředí.

Dosud jediný prokazatelný úspěch terapie kmenovými buňkami představuje transplantace krvetvorných kmenových buněk, které se po aplikaci od dárce do krve příjemce dokáží usadit v kostní dřeni a v ní postupně začít vytvářet spektrum normálních krvinek – červených, bílých i krevních destiček. Metoda se uplatňuje při léčbě leukémie, selhání kostní dřeně, některých vrozených krevních onemocnění, těžkých poruch imunity a dědičných poruch metabolismu.

Při transplantaci se využívají krvetvorné kmenové buňky kostní dřeně, periferní krve nebo placentární krve vhodného zdravého rodinného nebo nepříbuzného dárce. Je-li výkon proveden včas a nejsou-li přítomny další závažnější rizika, může se definitivně vyléčit a vrátit do plnohodnotného života 60–80 % pacientů.

Ročně podstoupí transplantaci od rodinného či nepříbuzného dárce v Evropě 15 000 nemocných, z toho 20 % dětí; v České republice 250 pacientů, z toho 14 % dětí. Těmito počty se ČR řadí mezi 15 evropských zemí s nejvyšším počtem transplantací na počet obyvatel. U dětí se daří vyléčit 60–70 % transplantovaných pro leukémii a více než 80 % pacientů s nenádorovým onemocněním. U dospělých jsou výsledky o něco horší z důvodu vyššího výskytu posttransplantačních komplikací. V současnosti se rozvíjejí transplantace, jež jsou shodné s pacientem pouze v polovině transplantačních znaků, čímž se zvyšuje naděje na nalezení dárce u pacientů s jejich vzácnou kombinací. Slouží také v situaci, kdy není pro vyhledání nepříbuzného dárce dostatek času pro progresi nemoci. Dle TZ – Medialogy.

Zdroj:

<http://medicina.cz/clanky/11091/91/Kmenove-bunky-Prusecik-biologie-mediciny-nadeje-a-obchodu/>

# Dvakrát víc českých turistů onemocnělo letos horečkou dengue

Více než stovka českých turistů onemocněla letos horečkou dengue, což je dvaapůlkrát více než za celý loňský rok. Podle prezidenta Fóra infekční, tropické a cestovní medicíny a vedoucího Centra cestovní medicíny v Ostravě-Hrabůvce Rastislava Maďara má až polovina českých cestovatelů v některých oblastech rozvojových zemí zdravotní obtíže, nejčastěji jde o průjemy, horečky, vyrážky či náklady dýchacích cest. Řekl to ČTK. Určit přesnou diagnózu po návratu je pro lékaře mnohdy složité, cestovatelé už zpravidla nemají infekci, ale jen protilátky z prodělaného onemocnění.

Za vyšším výskytem horečky dengue u českých turistů je podle Maďara mimo jiné přibývání horečky v subtropických a tropických oblastech. „Vyskytuje se i tam, kam jezdí Češi na dovolené, například v Asii, Karibiku nebo Latinské Americe,” řekl ČTK Maďar. Za prvních deset měsíců letošního roku byla horečka zaznamenána u 103 českých turistů, za celý loňský rok to bylo jen 40 případů.

Horečka dengue je podle Maďara nebezpečnější než virus zika, kromě vysokých teplot se projevuje úpornými bolestmi svalů a kloubů a vyrážkou. Opakovaná infekce jiným typem viru dengue může vést ke krvácení i mít smrtelné následky. Stejně jako u viru zika je přenašečem dengue komár, proti nákaze by se lidé měli chránit používáním repelentů i ve dne. Infekce virem zika se letos potvrdila u 16 Čechů, dalších 15 lidí mělo už protilátky po prodělané infekci.

Základní ochranou při cestování do rozvojových zemí je podle Maďara očkování proti žloutenkám typu A a B a břišnímu tyfu. Před cestou je ale dobré poradit se

s odborníky, kteří mohou lidem doporučit ochranu na míru. Ze stovek infekcí se totiž dá předcházet očkováním jen několika desítkám. Ročně se podle Maďara v síti center cestovní medicíny nechávají očkovat tisíce lidí.

Na tuzemský trh se podle dat Státního ústavu pro kontrolu léčiv (SÚKL) loni dodalo zhruba 147.000 balení vakcín proti žloutenkám A a B v hodnotě 127,6 milionu korun a asi 35.000 balení vakcín proti břišnímu tyfu v hodnotě 13,7 milionu korun. V případě tyfu je to nejvíce dodávek za posledních 15 let a dvojnásobek ve srovnání s rokem 2001. Dodávky vakcín proti hepatitidám od roku 2008 klesly o více než 60 procent. Podle Maďara tři dávky očkování proti žloutenkám A a B poskytují ochranu na desítky let i celý život, takže cestovatelé nemusejí při dalších výjezdech očkování opakovat.

Při cestování do oblastí s výskytem malárie předepisují odborníci antimalarika. Těch se loni na trh dodalo asi 99.000 balení za 19,8 milionu korun. Meziročně je to asi o 4700 balení více, ve srovnání s rokem 2001 ale dodávky klesly asi o 35 procent. Dobrou zprávou je podle Maďara to, že u tuzemských turistů oblíbená Srí Lanka byla letos Světovou zdravotnickou organizací prohlášena za zemi bez malárie. Naopak výrazné zvýšení počtu případů nakažených malárií zaznamenali podle Maďara ve Venezuele.

Zdroj:

<http://www.svetzdravotnictvi.cz/dvakrat-vic-ceskych-turistu-onemocnelo-letos-horeckou-dengue-20993/>

## Letos v Česku přibylo 244 lidí s HIV, o třetinu více než loni

Za první tři čtvrtletí letošního roku v Česku přibylo 244 lidí nakažených virem HIV, zhruba o třetinu více než loni za stejné období. Vyplývá to z údajů na webu Státního zdravotního ústavu. Od roku 1985, kdy se výskyt HIV začal v Česku sledovat, zdravotníci zaznamenali celkem 2864 případů HIV. U 500 lidí pak propukla nemoc AIDS, kterou vir způsobuje, a 252 lidí s AIDS zemřelo.

Loni bylo ke 30. září nových případů HIV pouze 185, letos je tak počet nově nakažených o šest desítek vyšší. Pravidelně tak budou rekordní i celoroční údaje. Loni za celý rok přibylo 266 nakažených HIV, což byl nejvyšší roční nárůst od doby, kdy se v tuzemsku výskyt viru sleduje.

Za samotné září zaznamenal zdravotní ústav 28 nových případů HIV. Nejvíce nakažených zatím letos přibylo

v únoru, a to 36. Z jednotlivých regionů republiky bylo zatím letos nejvíce nových případů HIV v Praze – celkem 105. Praha má nejvíce nově nakažených ze všech krajů i v přepočtu na obyvatele.

Z celkového počtu HIV pozitivních zaznamenaných od roku 1985 tvoří naprostou většinu, přes 85 procent, muži. Nejčastějším způsobem přenosu viru je pohlavní styk mezi homosexuálními či bisexuálními muži, následovaný stykem mezi heterosexuály a nitrožilním užíváním drog.

Zdroj:

<http://www.svetzdravotnictvi.cz/letos-v-cesku-pribylo-244-lidi-s-hiv-o-tretinu-vic-nez-loni-20945/>

Vážení čtenáři a řešitelé testů,

dle nového Stavovského předpisu České lékařské komory č. 16, podle § 5 přílohy č. 1, jsou od 1. 7. 2012 všechny znalostní testy v odborných časopisech hodnoceny jednotně, a to 2 kredity. Za správné vyřešení testu budou řešitelům přiděleny **2 kredity ČLK**. Podmínkou ČLK pro přidělení kreditů je zaslání odpovědí v písemné podobě na odpovědním lístku nebo elektronicky na [www.svl.cz](http://www.svl.cz), a to **nejpozději do 20. 1. 2017**.

Písemné odpovědi zasílejte na adresu: Oddělení vzdělávání SVL ČLS JEP, U Hranic 16, 100 00 Praha 10.

Získané kredity budou úspěšným řešitelům připočítány k ročnímu souhrnnému certifikátu člena SVL ČLS JEP.

Lékařům, kteří se nemohou prokázat číslem člena SVL ČLS JEP, kredity bohužel přiděleny nebudou.

**Správné odpovědi z čísla 09/2016:** 1c, 2a, 3ac, 4a, 5c, 6c, 7b, 8ac, 9abc, 10bc

### ZNALOSTNÍ TEST JE HODNOCEN 2 KREDITY ČLK

**1) Podání dabigatranu je kontraindikováno při současném podání:**

- a) Itrakonazolu
- b) Verapamilu
- c) Cyklosporinu

**2) Antikoagulační aktivitu dabigatranu orientačně posuzujeme dle:**

- a) INR
- b) anti-Xa
- c) aPTT

**3) Při renální insuficienci dávku xabanů:**

- a) Redukujeme dle CICr
- b) Neredukujeme
- c) Xabany jsou při renální insuficienci kontraindikovány

**4) Které onemocnění nejvíce ohrožuje pacienty s ischemickou chorobou dolních končetin na životě?**

- a) Infarkt myokardu
- b) Rakovina tlustého střeva
- c) Infekce trofických defektů

**5) Která porucha lipidů je nejčastější u pacientů s ischemickou chorobou dolních končetin?**

- a) Smíšená dyslipidémie
- b) Isolovaně zvýšený HDL cholesterol
- c) Isolovaně zvýšený LDL cholesterol

**6) Jaká režimová doporučení jsou nejdůležitější u pacientů s ischemickou chorobou dolních končetin?**

- a) Ukončení kouření
- b) Omezení jednoduchých cukrů
- c) Dostatečná pohybová aktivita

**7) Vyberte správné tvrzení:**

- a) Nežádoucím účinkem acetylcysteinu je zpomalení konjugčních procesů v játrech
- b) Kodein lze podávat i dětem mladším 12 let
- c) Vedlejším účinkem guaifenesinu je jeho tlumivý vliv zesilující účinek hypnosedativ a myorelaxancií

**8) Vyberte správné tvrzení:**

- a) Je doporučeno podávat v jedné dávce současně antitusika a mukolytika
- b) Bromhexin snižuje objem hlenové sekrece
- c) Erdostein vykazuje synergii s některými antibiotiky

**9) Při intersticiálním plicním procesu je kašel:**

- a) Noční
- b) Neproduktivní
- c) Produktivní

**10) Pojišťovnou současně uznávané důvody pro převedení z Warfarinu na NOAK v ČR zahrnují:**

- a) Indikaci u pacientů po TIA nebo CMP
- b) Indikaci při nemožnosti pravidelných kontrol INR
- c) Indikaci při nemožnosti udržet INR v terapeutickém rozmezí

**Správné mohou být 1–3 možnosti.**  
Využijte tři platné pokusy o vyřešení tohoto testu elektronickou cestou na adrese [www.svl.cz](http://www.svl.cz).

### ODPOVĚDNÍ LÍSTEK – TEST Č. 10/2016

Jméno a příjmení \_\_\_\_\_

Adresa pracoviště \_\_\_\_\_

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

Zakroužkujte 1–3  
správné odpovědi:

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

# Vzdělávací semináře

v lednu 2017



SVL ČLS JEP

## Hlavní témata

Osteoporóza aneb tichý zloděj kostí. Máme se bát vysokých dávek statinů? Závažnost pneumokokových infekcí v klinické praxi. Onemocnění klíšťovou encefalitiidou a jeho důsledky. Virové hepatitidy od A-E. Extrahepatální manifestace u HCV.

den	datum	čas	město a místo konání
čtvrtek	5. 1.	16.30–20.30	Hotel Dvorana, Chebská 394/44, Karlovy Vary
čtvrtek	5. 1.	16.00–20.00	Clarion Grandhotel Zlatý Lev, Gutenbergova 3, Liberec 1
čtvrtek	5. 1.	16.00–20.00	Clarion Congres Hotel, Špitálské náměstí 3517, Ústí nad Labem
sobota	7. 1.	9.00–13.00	Kancelář veřejného ochránce práv, Údolní 39, Brno
sobota	7. 1.	9.00–13.00	Aula Právnické fakulty UP Olomouc, tř. 17. listopadu 8, Olomouc
sobota	7. 1.	8.00–13.00	Šafránkův pavilon, alej Svobody č. 31, Plzeň
pondělí	9. 1.	16.30–20.30	Aula SZŠ, Příluky 372, 760 01 Zlín
úterý	10. 1.	16.00–20.00	Hotel Zlatá Štika, Štrossova 127, Pardubice
středa	11. 1.	17.00–21.00	presbytář Hotelu Gustav Mahler, Křížová 4, Jihlava
středa	11. 1.	16.00–20.00	Clarion Congress Hotel, Pražská třída 2306/14, České Budějovice
čtvrtek	12. 1.	16.00–20.00	Nové Adalbertinum, Velké náměstí 32, Hradec Králové
středa	18. 1.	16.00–20.00	Lék. dům, Sokolská 31, Praha 2
čtvrtek	26. 1.	16.00–20.00	Hotel Imperial, Tyršova č. 6, Ostrava
čtvrtek	26. 1.	16.00–20.00	Lék. dům, Sokolská 31, Praha 2



# IV. kongres praktických lékařů SVL ČLS JEP

30.–31. března 2017

Olomouc



Registrace na [www.praktik-intranet.cz](http://www.praktik-intranet.cz)