



PRACTICUS

pro praktické lékaře zdarma • č.6/2018 • ročník 17



TÉMA:
Renální kolika

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

INFO SVL

- 04 EDITORIAL
05 VOLBY DO VÝBORU A REVIZNÍ KOMISE SVL ČLS JEP

ZPRÁVY Z KONFERENCE

- 06 VÍME VŠE O ÚČINCÍCH FLAVONOIDŮ?
MUDr. Júlia Černošková, Ph.D.

ODBORNÝ ČLÁNEK

- 08 RENÁLNÍ KOLIKA V ORDINACI PL (DIAGNOSTIKA, LÉČBA A NÁSLEDNÉ MOŽNOSTI SPECIALISTY)
MUDr. Peter Beniač, prof. MUDr. Milan Hora, Ph.D., MUDr. Tomáš Urge
- 14 NÁZORY PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ NA UVOLNĚNÍ PRESKRIPCE A NA PŘEDEPISOVÁNÍ VYBRANÝCH LÉKOVÝCH SKUPIN
MUDr. Michal Prokeš, PharmDr. Josef Suchopár, doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc.
- 20 SPALNIČKY
MUDr. Zdeňka Jágrová
- 22 ŽIVOTNÍ STYL A DEPRESIVNÍ PORUCHA – PRAKTICKÁ DOPO-
RUČENÍ PRO BĚŽNÝ ŽIVOT
prof. MUDr. Jiří Raboch, DrSc.

MÝTY A OMYLY

- 24 MÝTY O ŘEPCE A ŘEPKOVÉM OLEJI
doc. Ing. Jiří Brát, CSc.

PC A DOKTOR

- 28 IT BEZPEČNOST V ORDINACI
Ing. Martin Horák

DOPISY REDAKCI

TISKOVÁ ZPRÁVA

- 32 PROČ SE EU ROZHODLA VYHÁNĚT VÝROBU LÉČIV MIMO ÚZEMÍ
EVROPY?

AKTUALITY

- 33 JAK PŘIPRAVIT OČI NA DOVOLENOU
- 35 TOXIKOLOGICKÉ INFORMAČNÍ STŘEDISKO KAŽDOROČNĚ
OBDRŽÍ NA 200 DOTAZŮ OHLEDNĚ RTUTI
– OTRAVA JE ALE VZÁCNÁ
- 36 VÝDAJE NA ZDRAVOTNÍ PÉČI PŘEKROČÍ POPRVÉ V HISTORII
HRANICI 300 MILIARD KČ

Vydavatel:

Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP

Adresa redakce:

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

Redakce:

Šéfredaktor:

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

Zástupci šéfredaktora:

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

Manažerka časopisu:

Hana Čížková
practicus.svl@cls.cz

Redakční rada: MUDr. Kamil Běský,
MUDr. Pavel Brejník, MUDr. Jiří Burda,
doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc., MUDr. Ru-
dolf Červený, Ph.D., MUDr. Eva Grzegoro-
vá, MUDr. David Halata, MUDr. Alice Hav-
lová, MUDr. Jiří Havránek, MUDr. Otto Her-
ber, MUDr. Petr Herle, MUDr. Ambrož Homo-
la, Ph.D., MUDr. Toman Horáček, MUDr. Jiří
Horký, MUDr. Igor Karen, MUDr. Mgr. Jo-
sef Kořenek, CSc., MUDr. Vladimír Ma-
rek, 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. Hele-
na Stárková, MUDr. Jan Šindelář, MUDr. Jo-
sef 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 29. 6. 2018 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 úda-
jů uvedených autory v odborných článcích.
Texty neprocházejí jazykovými korekturami.
Přetisk a jakékoliv šíření je povoleno pouze se
souhlasem vydavatele. © SVL ČLS JEP, 2018

EDITORIAL



MUDr. Stanislav Konštacký, CSc.
Šéfredaktor časopisu Practicus

Milé kolegyně, milí kolegové,

dostává se vám do rukou letošní šesté číslo našeho časopisu a uvědomuji si, jak čas letí. Často si vzpomenu na slova svého vnuka, když jsem ho učil poznávat hodiny. Ukázal jsem mu ciferník a zeptal se, kolik je hodin, a dostal jsem správnou odpověď. Za krátkou dobu jsem se opět zeptal a znovu jsem dostal správnou odpověď, zaregistroval v těch svých čtyřech, pěti letech, že se čas posunul. Já mu ale oponoval: „Před chvílí jsi mi říkal, že je jiný čas!“ A on se na mně s určitým despektem podíval a odpověděl: „Dědo, čas běží.“ Udělal mi tím velkou radost, i když v té malé hlavičce se asi něco posunulo a možná si myslel, „on to neví“.

Takže opravdu čas běží a možná toto číslo časopisu *Practicus* dostanete až začátkem července, přesto vás o něj nepřipravíme. Ano, čas běží, už půl roku jede elektronická preskripce, máme za sebou první zkušenosti s GDPR, žně začaly i přes současné výrazné ochlazení o dva týdny dříve. Byl zvolen nový výbor i revizní komise společnosti, doplnili jej mladí kolegové, kteří jistě přinesou nové nápady a pomohou oživit práci ve prospěch nás všech. Při pohledu do naší letošní šestky uvidíme článek dr. Černožské o flavonoidech, o mikronizované purifikované flavonoidní frakci, jejíž zástupce je v současné době hlavním léčivým prostředkem

pro venózní insuficienci a další dříve předepisované léčivé prostředky pro stejnou indikaci zcela potlačil.

Renální kolika je velmi nepříjemné onemocnění, myslím, že každý, kdo ji prodělal, na bolesti, které způsobuje, nikdy nezapomíná. Dr. Beniač s kolektivem připomíná patogenezi a kliniku, léčebné postupy, včetně diagnostiky. Jistě je zajímavá připomínka týkající se drogově závislých: na tuto skupinu pacientů bychom neměli zapomínat a volit jinou analgetickou léčbu než opioidy.

Dr. Prokeš se podrobně zmiňuje o snahách uvolnění preskripčních omezení a jaké jsou možnosti. Rozhodně preskripční omezení na základě odbornosti i nadále považujeme za nesprávné; dehonestuje naši péči o pacienty.

V dalším článku dr. Jágrová informuje o spalničkách. Jistě je zářející informace o dřívější proočkování dětské populace, která dosahovala 98 % po delší časové období. V tomto roce a při sledování očkování dětí narozených v r. 2014, byla proočkování pouze 71,3 %, a to jsou hlášeny epidemie i v sousedních nebo ne příliš vzdálených zemích a začátkem tohoto ledna byla zaznamenána epidemie i v České republice.

Profesor Raboch radí, jak bojovat proti depresivním poruchám v běžném životě. Je to především otázka životního stylu s dostatkem pohybu a s vyváženou dietou.

Je řepkový olej zdravý, nebo jsou ještě lepší jiné? Doc. Brát na tuto a další přidružené otázky o této potravine odpovídá.

I následující články si zaslouží vaši pozornost, takže možná si toto číslo přibalíte na dovolenou, nebo raději všechno hodíte za hlavu a budete čerpat sílu na období po ní. Redakční rada vám ze srdce přeje, abyste si o dovolené odpočinuli a načerpali nové síly.



Volby do výboru a revizní komise Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP

Vážení kolegové,
děkujeme vám za vaši aktivní účast při volbách do výboru a revizní komise SVL ČLS JEP a oznamujeme vám jména členů nového výboru SVL ČLS JEP pro další volební období (řazeno abecedně).

Bylo odesláno 4983 hlasovacích lístků. Zpracováno bylo 1599 zpět zaslaných hlasovacích lístků.

Celý zápis ze sčítání hlasů je k dispozici na sekretariátu SVL ČLS JEP.

Konkrétní složení funkcí ve výboru bude známo po první schůzi nově zvoleného výboru na Výroční konferenci SVL ČLS JEP v Karlových Varech (7.–10. listopadu 2018).

MUDr. Karel Janík
předseda volební komise SVL ČLS JEP

Výbor

| | |
|---------------------|------------------|
| Brejník Pavel | Kovář Jan |
| Býma Svatopluk | Moravčíková Dana |
| Čupka Jozef | Mucha Cyril |
| Halata David | Olšr Josef |
| Herber Otto | Seifert Bohumil |
| Horáček Toman | Skála Bohumil |
| Javorská Kateřina | Šťastný Boris |
| Karen Igor | Štolfa Josef |
| Konštacký Stanislav | |

Revizní komise

Bilková Lenka
Ponížil Miloš
Vojtíšková Jana

Víme vše o účincích flavonoidů?



MUDr. Júlia Černohorská, Ph.D.
Dermal Centre Mělník

Zpráva z přednášky, která zazněla na konferenci SVL ČLS JEP – duben 2018

Podle Czech Vein Programu, který v ordinacích praktických lékařů probíhal v roce 2012, se prevalence chronického žilního onemocnění pohybuje v České republice kolem 70 %. Toto onemocnění má prokázaný progresivní charakter a 10-15 % pacientů s CVD je v pracovní neschopnosti kvůli výrazně snížené kvalitě života a zejména bolestem. Většinu z nich tvoří pacienti s bérčovými vředy žilní etiologie.

Ke třem základním pilířům léčby CVD patří kompresivní terapie, venofarmaka a režimová opatření. Mezi největší skupinu léků s vlivem na postiženou makro- i mikrocirkulaci patří flavonoidy. Lídrem v této skupině zůstává díky obrovskému množství experimentálních a klinických studií mikronizovaná purifikovaná flavonoidní frakce (MPFF). Samotný název se může zdát složitý, ale naprosto vystihuje podstatu léku Detralex, který je nejčastěji předepisovaný v našich ambulancích. Tento lék obsahuje pět hlavních flavonoidů - diosmin, hesperidin, diosmetin, isorhoifolin a linarin. Každý z těchto flavonoidů ovlivňuje permeabilitu kapilár, ale až díky svému synergickému účinku je tento efekt několikanásobně vyšší. Z dalších známých účinků stojí za připomenutí vliv na zvýšení žilního tonu, zpevnění žilní stěny a žilních chlopní, úprava morfologických změn v kapilárách, velmi významný a prokázaný je pozitivní vliv na zlepšení lymfatické drenáže, redukci zánětu prostřednictvím snížení rolování, adherence leukocytů k cévnímu endotelu a migrace přes endotel a také ovlivnění

hemoreologických parametrů ve smyslu snížení agregace trombocytů, zvýšení deformability erytrocytů, poklesu viskozity krve a normalizací koagulačních parametrů. Samotný diosmin působí také jako zhášec kyslíkových radikálů a prodlužuje dobu trvání kontrakce navozené noradrenalinem, hesperidin mírní patologické změny cévní stěny a endotelových buněk (například stimulací mitochondriálních enzymů), diosmetin v mnoha studiích vykazoval antioxidační účinky a isorhoifolin anti-proliferativní aktivitu proti hladké svalovině. Účinnost léku MPFF je vysvětlována synergickým účinkem všech obsažených flavonoidů, díky kterému tento lék působí protizánětlivě, protiotokově, fibrinolyticky a podporuje hojení chronických ran žilní etiologie.

Co to vlastně flavonoidy jsou? Jsou to látky zcela přirozené pro rostlinnou říši a lidské tělo je nedokáže syntetizovat. Proto je získáváme z rostlin, ovoce a zeleniny, nebo z bylinek a čajů. Jejich účinky se intenzivně zkoumají a analyzují pro jejich pozitivní vliv na řadu onemocnění. Flavonoidy patří mezi sekundární metabolity rostlin a navazují na procesy primárního metabolismu rostlin, který je důležitý pro jejich růst, vývoj a reprodukci. Zjednodušeně řečeno slouží rostlinám jako jejich stavebně strukturní složky, jako obranné látky před chladem, infekcemi, škůdci, nebo také před mechanickým poškozením. Chovají se také jako signální molekuly a lákají opylovače a odpuzují škůdce, protože k nim patří vonné, barevné i chuťové látky květů a plodů. Lék Detralex se vyrábí z nezralých plodů speciálních odrůd pomerančovníků, které se pěstují na velmi pečlivě vybraných plantážích. Obsah flavonoidů je totiž závislý na typu půdy, jejím pH, ale také od množství slunce a srážek. Tyto nezralé plody mají mnohonásobně vyšší obsah flavonoidů oproti plodům zralým a zpracovávají se celé i s kůrou. Po sběru se suší, čistí a upravují do konečné tabletové podoby. Nesmírně důležitá je v tomto procesu tzv. mikronizace, kdy proudem vzduchu blízkým nadzvukové rychlosti dochází ke zmenšení molekul na velikost pod 2 mikrometry, čím dochází k vyšší absorpci léku a zvýšení jeho účinnosti v lidském těle. Flavonoidy obsažené v léku Detralex představují velmi poutavou problematiku a nabízí přirozený a nesmírně účinný způsob léčby pro pacienty s chronickým žilním onemocněním.

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

Renální kolika v ordinaci PL (diagnostika, léčba a následné možnosti specialisty)



MUDr. Peter Beniač

Urologická klinika FN Plzeň Bory

prof. MUDr. Milan Hora, Ph.D.

MUDr. Tomáš Urge

ÚVOD:

Renální kolika v primární péči pro svůj dramatický průběh vyžaduje okamžité řešení. Je to běžné onemocnění s incidencí 1–2 případy na 1000 lidí a rok.¹ Četnost recidivy renální koliky je 15 % první rok a až 50 % do deseti let^{2,3}.

Praktický lékař má vynikající pozici zvládnout nekomplikovaný průběh tohoto onemocnění.

Musí však rozpoznat hrozící komplikace a v diferenciální diagnostické rozvaze určit možnou jinou příčinu obtíží nemocného a včas ho odeslat k příslušnému specialistovi.

EPIDEMIOLOGIE

Litiáza je nejčastější příčinou renální koliky. Prevalence nefrolitiázy v USA je 10 %.^{3,4} V české populaci jsou odhady kolem 4 % výskytu nefrolitiázy.⁵ Rozdíly ve výskytu jsou způsobeny rasou, geografii a pohlavím v poměru mužů a žen 1,3–2:1^{3,5,6,7}. Přes 70 % výskytu kamenů je u lidí ve věku 20–50 let.⁸ Odhaduje se, že incidence urolitiázy v těhotenství je 0,03 až 0,4 % gravidit.⁷

DEFINICE

Renální kolika je syndrom charakterizovaný křečovitými záchvatovitě se opakujícími bolestmi břicha, často provázenými zvracením či atonií střeva. Tato bolest vystřeluje podél močovodu do třísla, u muže do skrota a varlete, u ženy do vulvy.⁵

PATOGENEZE RENÁLNÍ KOLIKY

Renální kolika je akutní, bolestivý lumbo-abdominální syndrom, jehož příčinou je náhlý vzestup tlaku ve vývodních horních cestách močových a v ledvině. Tento vzestup tlaku je následkem přítomnosti překážky. Nejčastější příčinou obstrukce je konkrement (75–80 %)⁹, ale kterákoliv vnitřní (např. koagulum) nebo vnější (např. lymfadenopatie) příčina obstrukce může

způsobit renální koliku.²

V přítomnosti překážky odtoku moči v močovodu, nejčastěji kamínkem, dochází v iničiální fázi k vzestupu tlaku, stimulaci syntézy prostaglandinu (PGE₂), následně k vasodilataci, zvyšuje se diuréza, a ta vede k dalšímu zvyšování tlaku v ledvině. Takto vzniká circulus viti-osus při renální kolice.⁵ Prostaglandiny taktéž způsobují spasmus hladkého svalstva ureteru, což vede ke kolikovitě bolesti. Otok celé ledviny vede k distenzi obalů ledvinné kapsuly, následkem čeho se mění charakter bolesti, která se stává trvalou. Tlak v dutém systému je v prvních hodinách nejvyšší, klesá průtok ledvinou a po týdnu až dvou trvání obstrukce dochází k ireverzibilním změnám parenchymu. Navíc je nebezpečí ruptury kalichů a vzniku urinomu. Obstruovaná část uropoetického ústrojí se může následně infikovat, což vede k obstrukční pyelonefritidě nebo pyonefros. Průnik infekce do krevního oběhu vede k sepsi až možnosti endotoxinového šoku.^{5,9}

ETIOLOGIE

Nejčastější příčinou renální koliky je litiáza (75–80 %).⁹

Existuje velké množství příčin tvorby močových kamenů, přesné poznání etiologie u konkrétního nemocného by vyžadovalo kompletní metabolické vyšetření. Obecně je možné říct, že příčiny mohou být:

- tvorba malého množství koncentrované moče způsobené chronickou dehydratací¹⁰
- anatomické varianty močového traktu (vezikoureterální reflux, dystopie ledviny, podkovovitá ledvina¹⁰)
- infekce močového traktu (Proteus, Pseudomonas, Klebsiela, tzn. ureázu tvořící patogeny. E. coli není příčinou vzniku konkrementů) vedou k tvorbě struvitových konkrementů MgNH₃Ca (magnezium-amonium-fosfát)⁹
- obezita¹⁰
- familiární výskyt kamenů zvyšuje riziko 2,5x¹⁰
- dna¹⁰
- hyperparatyreóza¹⁰
- gravidita
- dlouhodobá imobilizace
- expozice horkému prostředí vedoucí k dehydrataci (např. práce v sklárnách)¹⁰

Z jiných příčin vzniku renální koliky se uvádí obstrukce krevní sraženinou při krvácení v horní části močového traktu, odloučenými nádorovými masami⁵, kazeózními hmotami u TBC, nekrotickou papilou u diabetu, při lymfadenopatii a u gravidity.

KLINICKÝ OBRAZ

Je možno rozlišit renální koliku prostou a komplikovanou na základě přítomnosti komplikujících faktorů.

PROSTÁ RENÁLNÍ KOLIKA – v symptomatologii dominují:

Bolest – náhle vzniklá, krutá, unilaterální bolest lumbální či lumboabdominální s vyzařováním do ilické fosy a externích genitálií. Bolest je paroxysmální s fázemi spontánní remise. Nemocný nenachází úlevovou (antalgickou) polohu.

Asociované příznaky – nauzea, zvracení, meteorismus, zástava plynů, reflexní paralytický ileus. Při konkrementu v distálním ureteru koexistují iritativní příznaky dolních cest močových (polakisurie, urgence, frekventní mikce) a hematurie (nejčastěji mikrohematurie)

Celkové příznaky – při prosté renální kolice nejsou z definice přítomny febrilie ani oligoanurie.

KOMPLIKOVANÁ RENÁLNÍ KOLIKA – představuje méně než 6 % renálních kolik. Je charakterizována jednak výskytem v specifickém terénu (gravidita, chronická renální insuficience, solitární ledvina, známa uropatie), jednak sekundárními známkami závažnosti (obstrukční pyelonefritida), bilaterální obstrukce, oligoanurie, ruptura vývodných cest močových, bolesti refrakterní na terapii spasmolgetiky.²

Obstruovaná ledvina se známkami infekce močových cest a/nebo anurií je urologickou náhlou příhodou, která vyžaduje urgentní dekompresi k prevenci dalších komplikací.⁴

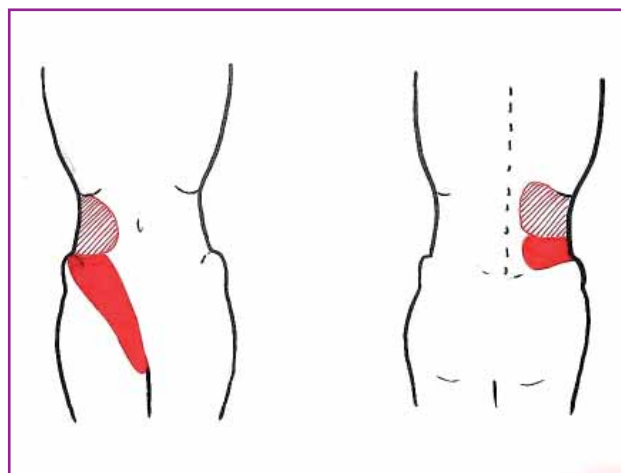
DIAGNOSTIKA

Nejčastěji vede k diagnóze anamnéza a fyzikální vyšetření.

Anamnéza – v typickém případě nemocný popisuje charakteristickou krutou bolest s propagací. Dotazujeme se na předchozí febrilie, u ženy fertillního věku termín poslední menses, předchozí urologické obtíže ve smyslu litiázy, infekcí, malformací, dále výskyt nemocí podporujících vznik litiázy (morbus Paget, inflamatorní nemoci střeva, resekce střev), užívání medikace podporující vznik konkrementů (calcium, vitamin C, indinavir). Méně vyhraněné obtíže nutí k novému zvážení diagnózy renální koliky. Vždy nutno pomýšlet na NPB.²

Fyzikální vyšetření – Nemocný zpravidla nemůže najít komfortní polohu, má bolest v oblasti kostovertebrál-

ního úhlu a podél 12. žebra s iradiací do boku, třísla a externích genitálií.¹⁰ Lékař může usoudit na výši obstrukce na základě popisované bolesti. Při překážce umístěné v proximálním ureteru vyzařuje bolest do varlete u muže. Při umístění překážky ve střední třetině močovodu vpravo pociťuje bolest v McBurneyově bodě, a může tak simulovat apendicitidu, vlevo může připomínat divertikulitidu a jiné nemoci descendentního a esovitého tračníku. Obstrukce v uretrovesikální juncti vede k zánětu a k edému uretrálního ústí a má obraz vezikální iritability, jako jsou frekvence a urgence.¹¹ Klinické vyšetření pátrá po febriliích, příznacích zánětu močových cest. Břicho je obvykle měkké, nebolestivé, často s meteorismem.² Při bimanuálním vyšetření (Guyon – pacient v poloze na zádech) je ledvina bolestivá. Pacient bolestivě reaguje na jemný úder v krajíně ledvin (tapottement). Zpravidla zvrací, má zástavu plynů a stolice. Podbřišek je palpačně nebolestivý. Obecně je možné říct, že fyzikální vyšetření je relativně chudé při přítomné velice výrazné symptomatologii.²



Obr. 1: Nemocný má zpravidla bolest v oblasti kostovertebrálního úhlu a podél 12. žebra s iradiací do boku, třísla a externích genitálií.

Vyšetření moče – vždy vyšetřujeme pomocí diagnostických proužků pro analýzu moče (např. HeptaPhan®). Mikroskopická nebo makroskopická hematurie je přítomná u 90 % případů.¹⁰ Nepřítomnost hematurie litiázu nevyklučuje.⁵ Leukocyturie a přítomnost nitritů svědčí o uroinfektu. Kyselé pH nižší než 6 ukazuje na možnost urátové litiázy.⁷ Při pozitivním nálezu HeptaPhan® testu či zánětlivých symptomech provádíme kultivaci moče.

Vyšetření krve – kreatinin informuje o snížené funkci ledvin. Při hodnotě nad 160 umol/l se doporučuje pacienta hospitalizovat. Předtím vyloučíme chronic-

ké onemocnění ledvin.¹⁰ Stanovujeme hladinu kyseliny močové, mineralogram, krevní obraz a diferenciál, CRP.⁵ Pokud je plánována intervence, doplňujeme APTT a INR.⁴

Zobrazovací metody

Ultrazvuk – Ultrazvukové vyšetření má být primární diagnostickým nástrojem. Léčba bolesti a jiné urgentní opatření by ale neměla být zobrazovacím vyšetřením opožděny. Ultrazvukové vyšetření je bezpečné, bez radiační zátěže, reprodukovatelné, levné, pacienti dobře tolerované, je preferovanou primární metodou u gravidních a dětech.^{4,11} Ultrazvuk detekuje litiázu v ledvině a proximálním ureteru. Dilatace kalichopánvičkového systému bývá zpravidla jediným nálezem při obstrukci pod pelviuretrální junkcí. Ultrazvuk má senzitivitu 45 % a specifitu 94 % pro ureterolitiázu a senzitivitu 45 % a specifitu 88 % pro nefrolitiázu.^{4,5}

Nefrogram – sensitivita RTG snímku je 44–77 % a specifita mezi 80 a 87 %. Radiační dávka je 0,5 mSv. Snímek by neměl být prováděn, pokud zvažujeme provedení non-contrastního CT. Nefrogram pomůže určit radiopacitu litiázy. Více než 80 % konkrementů je RTG kontrastních.¹³ Vhodné je používat pro následné kontroly RTG kontrastních konkrementů.^{4,12}

Vylučovací urografie (IVU) – senzitivita je mezi 51–87 % a specifita 92–100 %. Nevýhodou jsou absolutní kontraindikace (alergie na kontrastní látku, renální insuficience), ke zvažení je použití při akutní kolice (relativní kontraindikace). Dávka je 1,4 – 1,5 mSv.¹²

Non-contrastní CT – je zlatým standardem diagnostiky a zcela nahradila vylučovací urografii.⁴ Má senzitivitu 94–100 % a specifitu 92–100 %.¹¹ Může určit lokalizaci, velikost, denzitu konkrementu, vnitřní strukturu konkrementu, vzdálenost litiázy od povrchu kůže a okolní anatomii, které jsou důležité pro volbu modalit léčby. U nemocných s BMI < 30 se používá „low-dose“ protokol, který má senzitivitu 86 % pro detekci litiázy < 3 mm, a 100 % detekce kamenů > 3 mm. I přes použití low-dose protokolu zůstává radiační dávka srovnatelná s IVU (low-dose CT 0.97–1.9 mSv; běžné nativní CT: 4.5–5 mSv; kontrastní CT: 25–35 mSv).¹²

Magnetická rezonance – v rutinní diagnostice nehraje žádnou roli. Nedokáže zobrazit konkrement přímo, ale jako výpadek v náplni moče. Poskytuje detailní anatomický obraz vývodného systému močových cest, přítomnost obstrukce či stenózy ureteru a morfologii renálního parenchymu. Při nedostatečné výpovědní hodnotě USG může být použita při kontraindikaci expozice záření (gravidita).^{4,12}

Ascendentní ureteropyelografie – je nutné zavést uretrální katetr do močovodu s nástřikem kontrastní látkou. Má své využití při selhání ledvin. Kontraindikací je gravidita a alergie na jódivou kontrastní látku. Indikace a provedení patří do rukou urologa.

Scintigrafie ledvin – v primární diagnostice urolitiázy nehraje roli.¹²

Cílem rychlé diagnostiky při akutní renální kolice je rychlé zajištění diagnózy k neodkladnému zahájení potřebné terapie. Primární roli má USG vyšetření, v případě zjištěné dilatace či pokud to klinická situace vyžaduje, je někdy zapotřebí další diagnostická modalita, kterou má být non-contrastní CT vyšetření, zejména v přítomnosti komplikujících faktorů jako susp. uroseps, febrilie, solitární ledvina.¹²

DIFERENCIÁLNÍ DIAGNOSTIKA

Při diagnostické nejistotě je nutno odlišit jinou náhlou příhodu vyžadující urgentní chirurgický zákrok.

Cévní – aneuryzma abdominální aorty⁶, aneuryzma iliacích cév, disekce aorty, infarkt ledviny, trombóza renální žíly.

Renální – akutní pyelonefritis, retroperitoneální fibróza

GIT – divertikulitis, apendicitis, peritonitis (tito nemocní obvykle nepůsobí neklidně a spíše nehybně leží), ileus, biliární kolika, pankreatida, M. Crohn

Gynekologické – ektopické těhotenství, endometrióza, ovariální torze

Torze varlete (torze funikulu)

Jiné – muskuloskeletální obtíže, herpes zoster, radikulitida¹⁰

RENÁLNÍ KOLIKA V TĚHOTENSTVÍ

V těhotenství se vyskytuje až v 90 %⁷ fyziologická hydronefróza, a to hlavně pravé ledviny. Objevuje se v prvním trimestru (6–10 týden) a vymizí 6–10. týdnu po porodu. Příčinou je stoupající hladina progesteronu, který způsobí oslabení peristaltiky hladké svaloviny ureteru, a taky mechanická komprese ureteru dělohou. Dextrorotace uteru a ochrana levého ureteru mesokolonem vysvětluje stranovou predilekci. Fyziologicky stoupá v těhotenství glomerulární filtrace o 30–50 %. Klinicky se urolitiáza v těhotenství projeví nejčastěji v II. trimestru. Většina kamenů odchází u gravidních žen spontánně nebo měsíc po porodu. Klinicky se renální kolika v těhotenství neliší od té pozorované u netěhotných žen. Renální kolika v těhotenství je rizikovým faktorem nízké porodní hmotnosti, předčasného porodu a císařského řezu. Ze zobrazovacích metod se primárně používá ultrasonografie. V indikovaných život ohrožujících případech může být použito low dose nativní CT. Řešení je převážně medikamentózní při zohlednění všech specifit těhotenství. Z medikamentózní terapie dominuje použití paracetamolu a opioidů (morfin). Nesteroidní antirevmatika (NSAID) jsou v těhotenství kontraindikována v I. trimestru pro teratogenitu a zvýšený počet abortů, v II. trimestru pro riziko kryptorchismu a v III. trimestru pro riziko předčasného uzávěru ductus arteriosus Botalli. U alfa-blokátorů není evidence o terato-

genitě. V indikovaných případech (bolesti refrakterní na medikamentózní terapii anebo při vzniku komplikací) je prioritou zajištění drenáže moči (double J stent, nefrostomie). Léčba samotného konkrementu se provádí až postpartálně.^{4,7,12}

ZÁVISLÁ OSOBA PŘEDSTÍRAJÍCÍ RENÁLNÍ KOLIKU

V roce 2015 bylo v České republice registrováno 47 tisíc osob závislých na drogách.¹⁴ Stává se, že člověk závislý na opiátech předstírá renální koliku za účelem získání dávky opiátů. Své potíže vykresluje velice realisticky. První podezření vzniká při výborné znalosti způsobu léčby a použití léčiv u nemocného. Zpravidla udává alergii nebo nesnášenlivost na všechny léky kromě opiátů. Obranou je pečlivé vyšetření, je možno požádat o klinický názor kolegu. Je potřeba mít pevný klinický názor, což nemocného odradí, protože spoléhá na klinickou nerozhodnost lékaře. Je potřeba jasně a důrazně vysvětlit, proč není opioid vhodný jako lék první linie.^{10,15}

LÉČBA

Léčba akutní renální koliky má za cíl okamžitě ulevení od bolesti.

Analgetika – lékem první volby u renální koliky je metamizol – preparát Novalgin® 5 ml i.m. nebo i.v. anebo Analgin® 5 ml i.m. nebo i.v., který obsahuje i spasmolytickou složku (piritramid, fempiverin). Metamizol je kontraindikován u těhotných, v této situaci možno použít paracetamol (preparát Perfalgan® 1 g intravenózně při tělesné hmotnosti nad 33 kg)

Nesteroidní protizánětlivé léky (Nonsteroidal anti-inflammatory drugs, NSAID) – jsou velmi účinné a mají lepší analgetickou efektivitu než opiody. Pacienti, kteří dostanou NSAID, mají menší pravděpodobnost, že budou potřebovat další analgetika než ti, kteří užili opiáty. Je potřeba uvážit, že diklofenak a ibuprofen zvyšují pravděpodobnost koronárních příhod. Snižují renální průtok a glomerulární filtraci. Kontraindikací je kardiální selhávání NYHA II-IV, ICHS, ICHDK, cerebrální příhody v anamnéze, předchozí IM, těhotenství, flordiní žaludeční vřed, srdeční vady dependentní na přítomnosti ductus arteriosus Botalli. Podáváme diclofenak (Almiral®, Dolmina® 3 ml a 75 mg) i.m. nebo i.v. anebo Indomethacin® supp 50–100 mg.

Analgetika opiového typu – morfin 1% (1 amp a 1 ml obsahuje 10 mg). Podáváme 1–1,5 ml subkutánně anebo intramuskulárně. Intravenózně aplikujeme pomalu (4–5 min.), dávka snižená o 1/3 až 1/2. Pokud má být použit opioid, doporučuje se, aby to nebyl pethidin (vyšší pravděpodobnost zvracení) anebo je možno podat s antiemetikem. Často jsou analgetika podávána s NSAID při refrakterní bolesti. U těhotných je bezpečný Tramadol® 100 mg i.m. nebo i.v.; dávka je srovnatelná s 50 mg pethidinu.

Mesocain – podáván u těžko řešitelných renálních kolik, nejčastěji v infuzi F1/1 500 ml + 1 amp. 5 ml Novalgin® + 1 amp. Mesocain® 1% i.v. Mesocain kromě alergie nemá další kontraindikace a je vhodný v těhotenství.

Pacient, který zvrací, je dehydrován, má profit i v tom smyslu, že fyziologický roztok zlepší hydrataci. Nemocní by měli být dostatečně hydratováni, zejména u použití NSAID. Ovšem excesivní příjem tekutin zvyšuje výdej moči a následný vzestup intrauretrálního a intrapyelickeho tlaku zhoršuje bolest.^{4,12}

Antiemetika – podáváme Ondansetron® 1 amp. (4 ml/8 mg) ve 100 ml FR, anebo Torecan® 1 amp. Intramuskulárně, event. suppositoria 1-3x denně.

MET (medical expulsive therapy) se používá v konzervativní terapii v případě, že není indikováno aktivní odstranění kamene. Při komplikacích má být ukončeno. Používají se alfa- blokátory (tamsulosin), inhibitory Ca-kanálu (nifedipin) a PDE5 inhibitory (tadalafil). Nemocný užívající tuto léčbu mají vyšší pravděpodobnost spontánní pasáže konkrementu a nižší frekvenci epizod koliky. Nežádoucí účinky léčby alfa blokátory jsou retrogradní ejakulace a hypotenze. Největší benefit je u distálních konkrementů > 5 mm. Opatrnost je nutná u nemocných s preexistující hypotenzí a u seniorů. Indikace a následné kontroly patří do rukou urologa.^{4,12}

JAKÁ JE PRAVDĚPODOBNOST SPONTÁNNÍ PASÁŽE KONKREMENTU?

U konkrementů ≤ 4 mm je až 95% pravděpodobnost spontánní pasáže do 40 dnů. Průměrně trvá spontánní pasáž litiázy < 2 mm 31 dní, 2–4 mm 40 dní a 4–6 mm 39 dní. U nemocných léčených konzervativně jsou doporučeny následné kontroly každé 1–2 týdny, kde se zjišťuje odpověď na analgetika, je potřeba vyloučit přítomnost uroinfektu a zhoršování renálních funkcí v důsledku zhoršené pasáže moči.¹²

KDY KONZULTOVAT UROLOGA?

Při komplikované renální kolice, tzn. při teplotě, symptomech uroinfekce, hrozící sepsi, podezření na bilaterální obstrukci anebo obstrukci v solitární ledvině, u transplantované ledviny (kdy ale není přítomná charakteristická kolika), při chronické renální insuficienci, oligoanurii, graviditě, refrakterní kolice.

CHIRURGICKÁ LÉČBA MOČOVÝCH KAMENŮ

Indikace a volba metody záleží na přítomnosti komplikujících faktorů, selhání konzervativní léčby, nejasnosti o obstrukci, riziku selhání ledvin, na lokalizaci, denzitě, velikosti litiázy, dostupnosti chirurgického armentária, celkovém stavu a komorbiditách nemocného, preferencích nemocného a také na povolání nemocného (piloti musí být bez litiázy). Kameny větší 10–15 mm by neměly být primárně indikovány k observaci.^{4,5}

V případě obstrukce močových cest a febriliích či oligoanurii je indikována urgentní dekomprese zavedením stentu anebo nefrostomie. Primárním cílem je zajistit drenáž moče, léčba samotného kamene je indikována až po přeléčení uroinfektu.

Extrakorporální litotrypse (Extracorporeal Shockwave Lithotripsy - ESWL, Litotrypse extrakorporální rázovou vlnou - LERV) – je neinvazivní metoda, má limitaci veli-

kostí litiázy (kontraindikováno u kamenů > 20 mm), lokalizací kamene, komorbiditami (obezita, aneuryzma aorty, antikoagulační/antitrombotická léčba, těhotenství). Nežádoucí jsou bolesti, které vznikají při pasáži fragmentů.

Ureterorenoskopie (URS) – minimálně invazivní metoda, využitím semirigidního nebo flexibilního nástroje lze provést laserovou litotrypsi s extrakcí fragmentů. Lze provést i při antitrombotické terapii.

Perkutánní nefrolitotomie (PNL, Percutaneous nephrolithotomy – PCNL) – indikována pro větší kameny (primárně nad 20 mm nebo odlitkové kameny). Komplikací je možnost sepse, krvácení, poranění tlustého střeva, poranění pleury. Pro nejkompexnější kameny je možno použít kombinovaný přístup PNL a URS.

Otevřená chirurgie – v dnešní době je raritou. Alternativou jsou laparoskopické operace.^{4,5,12}

PREVENCE

Nejčastější příčina renální koliky je ve spojení s nefrolitiázou. Dieta má hlavní roli na prevenci nefrolitiázy. V případě, že není identifikováno primárně metabolické onemocnění (DTA, cystinurie) jako příčina vzniku litiázy, jsou doporučena dietetická opatření, která je možno definovat jako zdravý životní styl. Dietetická opatření jsou prevencí jak prvních projevů, tak návratu onemocnění. Cílem terapie je snížení nebo odstranění „močových litogenních faktorů“, jako je malé množství koncentrované moče, hyperkalciurie, hyperoxalu-

rie, hyperurikosurie, hypocitraturie, hypomagnesiurie a výrazně alkalické či kyselé pH moče. Je nutné poznamenat, že močové kameny nejsou stejným složením a nejsou stejné ani příčiny jejich vzniku, léčby a prevence. Obecně doporučujeme dostatečné množství tekutin s denní diurézou 2 litry moče. Limitovat příjem živočišných proteinů, nasycených tuků, karbohydrátů a solí. Konzumovat mléčné produkty v takovém množství, aby příjem kalcia denně nepřesahoval 1200 mg. Příjem fibrátů kolem 40 g/den ve formě ovoce a zeleniny. Omezení produktů, které zvyšují vylučování oxalátů do moči (špenát, řeřicha, jahody, ořechy, čokoláda, luštěniny). Vitamín C – jeho příjem by neměl přesáhnout 90 mg/den¹⁶ u kalciumoxalátových kamenů. Zabránit deficitu B6. Eradikace infekce močových cest u struvitových kamenů. Dodržování tělesné hmotnosti blížící se doporučenému BMI.³

ZÁVĚR

Praktický lékař má pro vynikající znalost zdravotního stavu pacienta a zručnost při fyzikálním vyšetření možnost okamžitě terapeuticky zvládnout nekomplikovaný průběh renální koliky, a tak pomoci snížit tlak na vyšetření u specialisty. Omezení u PL jsou hlavně při využití pomocných laboratorních a zobrazovacích vyšetření. Při výskytu komplikací je nutná okamžitá pomoc specialistů. Stěžejní úkol PL je v primární prevenci tohoto onemocnění a po překonání renální koliky pak prevence vzniku dalšího záchvatu.

Literatura:

1. Wright P J, English P J, Hungin A P S, Marsden S N F, Managing acute renal colic across the primary-secondary care interface: a pathway of care based on evidence and konsensus, *BMJ* 2002; 325:1408
2. Balssa L., Kleinclauss F., Prise en charge des coliques néphrétiques aiguës, *Prog Urol* 2010; 20:802-805
3. Pfau A., Knauf F., Update on Nephrolithiasis: Core Curriculum 2016. *Am J Kidney, DiS.* 2016; 68(6): 973-985
4. Türk C., Neisius A., Petrik A., Seitz C., Skolarikos A., Thomas K. EAU Guidelines on Urolithiasis 2018
5. Úrge T., Běhounek P., Janda V., Eret V., Hora M., Renální kolika. *Urol. praxe* 2016; 17(5): 210-213
6. Hora M. Aneuryzma břišní aorty imitující pravostrannou renální koliku, *Czech Urol.* 2000; 1: 14-16
7. Saussine C., Particularités de la colique néphrétique chez la femme enceinte. *Prog Urol* 2013; 23: F34-F39
8. Patti L., Leslie S.W. Renal Colic, Acute, StatPearls Publishing; 2018 Jan
9. Carpentier X., Traxer O., Lechevallier E., Saussine C., Physiopathologie de la colique néphrétique, *Prog Urol* 2008;18: 844-848
10. Managing patients with renal colic primary care: Know when to hold them. *BPJ*, 60
11. McAninch J.W., Lue T.F., Smith & Tanagho's General Urology, 18th edition, McGraw-Hill Education, 2012, str. 32
12. S2k-Leitlinie „Diagnostik, Therapie und Metaphylaxe der Urolithiasis“, Akademie der Deutschen Urologen. 2015 – Deutsche Gesellschaft für Urologie (DGU)
13. Vidlář A., et al., Urolitiáza – diagnostika a léčba, *Medicína pro praxi* 2011, 8(1), s. 24-26
14. Tisková zpráva: Drogová situace v České republice v roce 2015
15. Hora M., Janů L: Pacienti závislí na opiátech v ambulanci urologa, *Urologie pro praxi*, 2001, 2(5): s. 211-2
16. Shah S., Calle J.C, Dietary and medical management of recurrent nephrolithiasis, *Cleve Clin J Med.* 2016 Jun; 83(6): 463-71

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

Názory praktických lékařů na uvolnění preskripce a na předepisování vybraných lékových skupin



MUDr. Michal Prokeš

DrugAgency, a. s.

PharmDr. Josef Suchopár

DrugAgency, a. s.

doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc.

SVL ČLS JEP

Úvod

Společnost všeobecného lékařství (SVL ČLS JEP) a Sdružení praktických lékařů ČR (SPL ČR) již řadu let usilují o rozšíření pravomocí všeobecných praktických lékařů k předepisování léčivých přípravků hrazených ze zdravotního pojištění, aby mohli kvalitně léčit své pacienty podle současných doporučených postupů. V zásadě existují dva způsoby, jak toho dosáhnout: buď usilovat o zrušení příslušného omezení u jednotlivých léků, respektive lékových skupin, nebo usilovat o úplné odstranění symbolů L a E (které omezují hrazenou preskripci na odbornost lékaře) vyplývající z vyhlášky 376/2011 Sb., která podmínky úhrad upravuje. Tato druhá možnost je však obecně považována za příliš radikální krok. Jednotlivé skupiny léků, u nichž je žádáno o uvolnění, jsou uvedeny v tabulce 1. Problém je, že uvolnění konkrétních léků je možné jen formou správních řízení, která Státní ústav pro kontrolu léčiv (SUKL) provádí v rámci hloubkové revize výše úhrady léčivých přípravků a podmínek jejich úhrady (včetně omezení na odbornost). Takové správní řízení, které může trvat i několik let, zkoumá i možný dopad případného uvolnění preskripce pro praktické lékaře na rozpočet zdravotních pojišťoven. Během jednání se zástupci Ministerstva zdravotnictví, Státního ústavu pro kontrolu léčiv i zdravotních pojišťoven došli zástupci SVL ČLS JEP a SPL ČR k názoru, že tito úředníci neznají skutečné postoje lékařů k předepisování léků, u nichž je žádáno uvolnění. Zdravotní pojišťovny (dále ZP) mají značné obavy, že po uvolnění preskripce dalších léků pro praktické lékaře dojde k neřízenému nárůstu výdajů ze zdravotního pojištění, ačkoli je uplatňována řada dalších regulačních mechanismů, mezi než patří zejména:

- regulační srážky, respektive pokuty ze strany zdravotních pojišťoven za překročení finančních limitů na léky

na předpis,

- kontroly revizních lékařů zdravotních pojišťoven, zda předepisující lékaři dodržují dikce indikačních omezení (která určují, za jakých podmínek jsou dotyčné léky hrazeny). Při nedodržení indikačních omezení hrozí lékařům finanční postih.

V této studii byly zkoumány názory předepisujících lékařů a jejich postoje jednak vůči lékům, u nichž SVL ČLS JEP i SPL ČR usilují o uvolnění preskripce, a jednak vůči výše uvedeným regulačním mechanismům.

Je třeba upozornit, že v současné době (do 20. června 2018) **zatím nedošlo k uvolnění žádné z uvedených lékových skupin k preskripci všeobecných praktických lékařů** na účet zdravotních pojišťoven. A z nejaktuálnějších informací (např. z finální hodnotící zprávy referenční skupiny č. 9/5) vyplývá, že přinejmenším u antidiabetik ke globálnímu uvolnění preskripce patrně ani v nejbližší době nedojde.

Metodika

Ze seznamu léků, u kterých SVL ČLS JEP a SPL ČR usilují o uvolnění preskripce pro praktické lékaře (viz tabulka 1), byly ke sběru dat vybrány skupiny léků tak, aby byla pokryta léčba různých orgánových systémů a aby se jednalo o léky s různou délkou dostupnosti v ČR. Vybrána byla nová perorální antidiabetika (PAD), kombinovaná inhalační antiastmatika (Komb-A) a tiotropium (inhalační anticholinergikum), přímá orální antikoagulancia (NOAC, respektive DOAC), močová spasmolytika-anticholinergika, léky na BHP, bisfosfonáty a léky na Alzheimerovu nemoc. Údaje o postojích lékařů vůči vybraným lékům i vůči regulačním opatřením byly zjištěny prostřednictvím dotazníků vyplněných praktickými lékaři na XII. jarní interaktivní konferenci Společnosti všeobecného lékařství 27. až 29. dubna 2018 v Praze. Zpracování získaných údajů proběhlo v programu Excel. Vzhledem k pilotnímu charakteru studie nebyla hodnocena statistická významnost zjištěných rozdílů v rámci různých podskupin lékařů.

Charakteristika lékových skupin vybraných k šetření a vývoj spotřeb

Spotřeby jsou vyjádřeny v denních definovaných dávkách (DDD) spotřebovaných v ČR na 1000 obyvatel a den, a to podle údajů zveřejňovaných Státním ústavem pro kontrolu léčiv (www.sukl.cz). Orientační výše nákladů ZP je uvedena v tabulce 4.

Nová perorální antidiabetika :

Gliptiny zvyšují plazmatické koncentrace inkretinů GLP-1 a GIP, a tím zvyšují biosyntézu inzulínu a jeho sekreci β-buněk za přítomnosti normální nebo zvýšené hladiny glukózy v krvi. Glitazony (v ČR pioglitazon) aktivací PPARγ

Tabulka 1

| Seznam lékových skupin, u kterých SVL ČLS JEP a SPL ČR usiluje o uvolnění pro předpis praktickým lékařem | | |
|--|--|--|
| ATC | název skupiny | název podskupin, event. účinných látek |
| A10B | nová perorální antidiabetika (PAD) | glitazony, gliptiny, glifloziny |
| A11CC | vitaminy D | alfakalcidol, kalcitriol |
| B01C | přímá orální antikoagulancia (NOAC) | dabigatran, rivaroxaban, apixaban, edoxaban |
| C02CA04 | antihypertenziva | doxazosin |
| C04AX21 | periferní vazodilatans | enelbin |
| C10AX09 | hypolipidemikum | ezetimib |
| D07A | silně a velmi silně účinné lokální kortikoidy | např. betametazon, mometason |
| D11AH | látky k terapii dermatididy | např. takrolimus, pimekrolimus |
| G04BD | močová spasmolytika - anticholinergika | např. solifenacin, darifenacin |
| G04C | léčiva k terapii benigní hyperplazie prostaty | např. doxazosin, tamsulosin nebo finasterid |
| J02AC | azolová antimykotika | flukonazol, itrakonazol |
| M01AH | COX-2 selektivní NSA | celekoxib, etorikoxib |
| M05BA | bisfosfonáty | např. kyselina alendronová, ibandronová |
| M05BX | jiná léčiva k terapii osteoporózy | stroncium-ranelát |
| N02AA55 | silná analgetika | kombinace oxikodonu a naloxonu |
| N03AX | antiepileptika užívaná k léčbě neuropatických bolestí | gabapentin, pregabalin |
| N06AX16 | antidepresiva | venlafaxin |
| B05D | antidementiva užívaná k léčbě Alzheimerovy choroby | donepezil, galantamin, rivastigmin, memantin |
| R03AK | kombinovaná inhalační antiastmatika | sympatomimetikum v kombinaci s kortikoidem |
| R03BB04 | inhalační anticholinergikum | tiotropium |
| R05CB15 | mukolytika | erdostein |
| S01CA01 | protizánětlivá oční léčiva a antiinfektiva v kombinaci | |
| S01XA20 | umělé slzy | |

Tabulka 2

| Spotřeby vybraných PAD v DDD/1000 obyvatel/den v ČR: v roce 2015 a 2017: | | | |
|--|------|------|------------------|
| | 2015 | 2017 | Nárůst 2017/2015 |
| gliptiny včetně kombinací | 8,44 | 10,4 | 23 % |
| - z toho gliptiny samotné | 4,14 | 4,80 | 16 % |
| - z toho gliptiny kombinace | 4,30 | 5,60 | 30 % |
| pioglitazon celkem | 0,93 | 1,44 | 55 % |
| - z toho pioglitazon samotný | 0,76 | 1,30 | 71 % |
| - z toho pioglitazon v kombinaci | 0,17 | 0,14 | -18 % |
| glifloziny včetně kombinací | 1,10 | 2,18 | 98 % |

zvvyšují citlivost buněk jater, tukové tkáně a svalstva na inzulín. Glifloziny prostřednictvím inhibice SGLT2 umožní vylučování glukózy močí, čímž snižují glykémii, působí ztrátu energie, a tím i tělesné hmotnosti.

Další lékové skupiny

Kombinovaná antiastmatika: kombinace inhalačního glukokortikoidu a β -mimetika je indikována u astmatiků a u vybraných pacientů s CHOPN (chronickou obstrukční plicní nemocí). Tiotropium je indikováno u vybraných nemocných s CHOPN.

NOAC (přímá orální antikoagulancia): NOAC působí buď jako přímé inhibitory trombinu (dabigatran), nebo jako přímé inhibitory faktoru Xa (ostatní NOAC), podobně jako warfarin se užívají k prevenci a léčbě tromboembolických onemocnění včetně pacientů s fibrilací síní.

Močová spasmolytika – anticholinergika: močová

spasmolytika inhibují cholinergní (muskarinové) receptory v močovém ústrojí, což zvyšuje objem močového měchýře, snižuje frekvenci mikce a urgentního nucení na moč. Jsou indikovány u inkontinence moči, při dráždivém močovém měchýři a enuresis nocturna, některé se též používají při spastických bolestech urogenitálního ústrojí.

Léčiva k terapii benigní hyperplazie prostaty (BHP): léčiva k terapii BHP se podle mechanismu účinku rozdělují do čtyř skupin: Inhibitory 5 – α reduktázy brání konverzi testosteronu na dihydrotestosteron, čímž snižují

Tabulka 3

| Tabulka 3 Spotřeby ostatních skupin léčiv v DDD/1000 obyvatel/den v ČR: | | | |
|---|-------|-------|------------------|
| | 2015 | 2017 | Nárůst 2017/2015 |
| Kombinace inhalačního glukokortikoidu a β -mimetika | 12,05 | 14,95 | 24 % |
| tiotropium včetně kombinací | 1,99 | 3,05 | 53 % |
| NOAC (přímá orální antikoagulancia) | 4,53 | 6,06 | 34 % |
| močová spasmolytika - anticholinergika | 9,81 | 12,56 | 28 % |
| léčiva k terapii BHP | 23,93 | 25,46 | 6 % |
| bisfosfonáty užívané k terapii osteoporózy včetně kombinací | 6,24 | 5,73 | -8 % |
| inhibitory acetylcholinesterázy | 2,43 | 2,90 | 19 % |
| inhibitor NMDA (memantin) | 0,95 | 1,24 | 31 % |

jí jeho hladinu. Léčiva ze skupiny α_1 -blokátorů snižují tonus hladkého svalstva kapsuly a tonus svalové tkáně celé prostaty. Mezi ostatní léčiva patří např. mepartricin, který vazbou steroidních hormonů vede k redukci jejich reabsorbce ze střeva, a tím i ke snížení hyperplazie prostaty. Rostlinné přípravky mívají komplexní účinky, jejich míra účinnosti je předmětem diskusí a v podmínkách ČR již nejsou hrazena z prostředků veřejného zdravotního pojištění.

Bisfosfonáty užívané k léčbě osteoporózy: Bisfosfonáty inhibují resorpci kostní hmoty. Jsou indikovány zejména k léčbě a prevenci vzniku osteoporotických zlomenin. **Antidementiva užívaná k léčbě Alzheimerovy choroby:** antidementiva významným způsobem zpomalují progresi demence. Donepezil, rivastigmin a galantamin tohoto účinku dosahují inhibicí acetylcholinesterázy a memantin inhibicí glutamátových receptorů (NMDA).

Z výše uvedeného je zřejmé, že spotřeby nových léčiv zpravidla narůstají o desítky procent, i když pro jejich úhradu platí preskripční omezení na odbornost lékaře i indikační omezení. Snižování spotřeby bisfosfonátů zřejmě souvisí s nárůstem spotřeby nového alternativního léku denosumabu (monoklonální protilátka, která snižuje resorpci kosti) z 3,08 na 4,02 DDD/1000 obyv./

den v letech 2015, respektive 2017.

Výsledky

1. Základní statistické výsledky

Vyplněný dotazník odevzdalo 146 (38 mužů/107 žen) z celkem 980 účastníků konference, návratnost dotazníků dosáhla 15 %. Průměrný věk respondentů byl 50 let. Ve věku do 40 let bylo 29 respondentů, 41 až 60 let 83 respondentů a nad 60 let 33 respondentů (1 respondent neudal věk). Věková struktura mužů i žen byla podobná. Kurz diabetologie pro praktické lékaře absolvovalo 89 (61 %) respondentů. Frekvence nevyplněných polí v jednotlivých sloupcích činila 1 až 12 ze 146 záznamů, nejvyšší frekvence nevyplněných polí byly zaznamenány při odhadu počtů registrovaných pacientů s určitými chorobami (pacienti s fibrilací síní a/nebo TEN n = 12, astma, respektive osteoporóza n = 8).

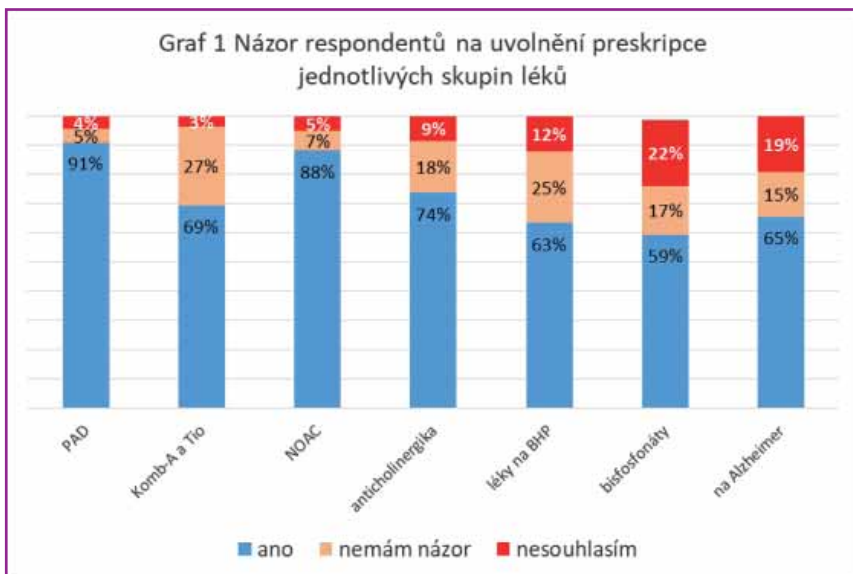
Názor na uvolnění hrazené preskripce u jednotlivých lékových skupin

Z grafu 1 vyplývá, že většina respondentů by s případným uvolněním souhlasila. Nejvyšší míra souhlasu byla zjištěna u nových PAD a u NOAC, nejméně respondentů souhlasili s uvolněním bisfosfonátů a nejvyšší počet těch, kteří na uvolnění neměli vyhraněný názor, byl zjištěn u léků na respirační onemocnění (kombinace antiastmatik a tiotropium).

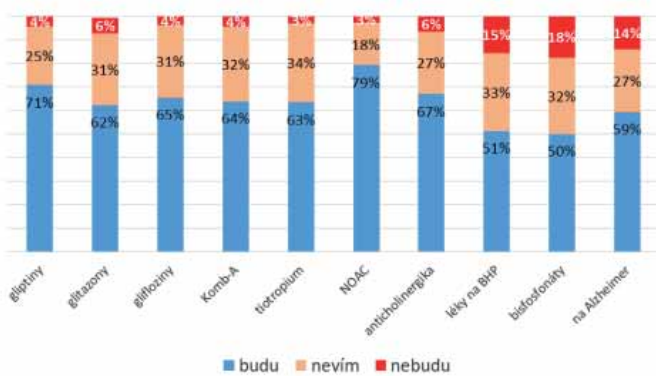
Vůle k preskripci jednotlivých lékových skupin

Z grafu 2 vyplývá, že většina respondentů by zpravidla léky po uvolnění předepisovala, vždy však byl podíl kladných odpovědí nižší než v případě souhlasu s uvolněním. Řada lékařů, kteří s uvolněním souhlasí, by tedy dotyčné léky pravděpodobně (běžně) nepředepisovala. Nejvyšší vůle k preskripci byla zjištěna u NOAC, nejnižší u bisfosfonátů. Poměrně hodně lékařů odpovědalo, že si (dosud) nevytvořili jasný názor. U NOAC dva lékaři poznamenali, že by NOAC předepisovali až po vstupu levnějších generik na trh

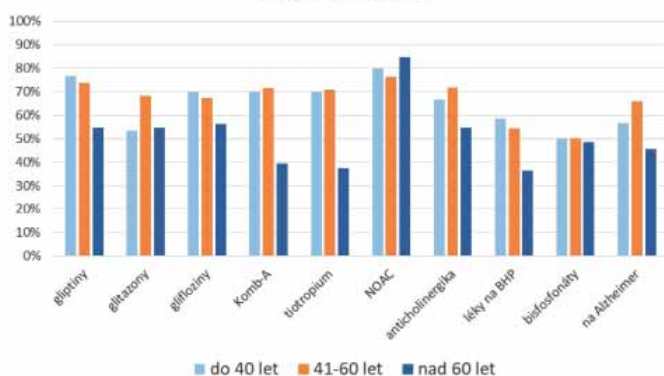
Graf 1 Názor respondentů na uvolnění preskripce jednotlivých skupin léků



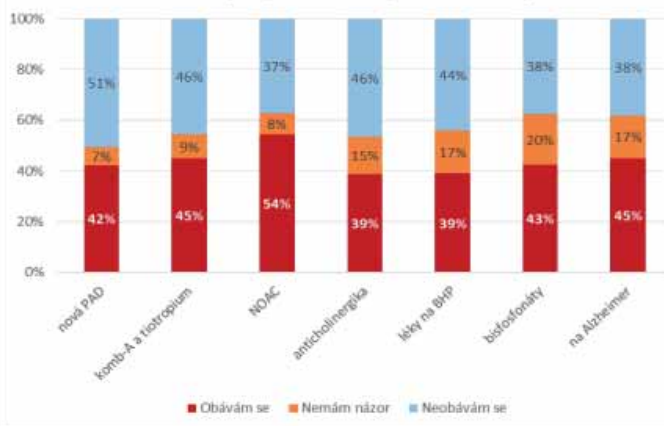
Graf 2 Odpovědi na otázky, zda respondenti po případném uvolnění hodljí léky předepisovat



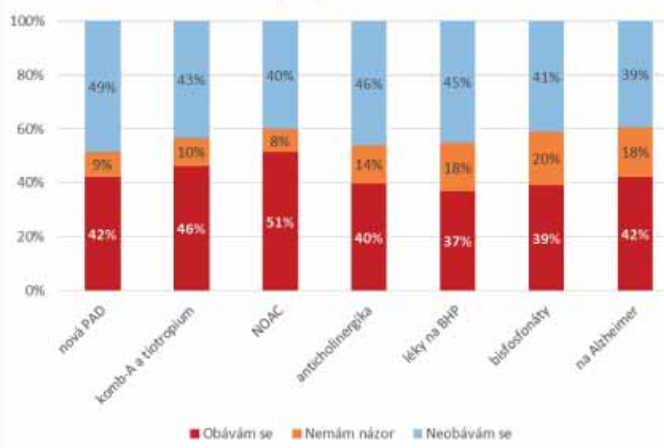
Graf 3 Podíl respondentů, kteří po uvolnění hodljí nová léčiva předepisovat



Graf 4 Obavy respondentů z překročení rozpočtu



Graf 5 Obavy respondentů z kontrol ZP



v ČR. Je zajímavé, že někteří respondenti nesouhlasili s uvolněním určité lékové skupiny, ale po eventuálním uvolnění takové léky hodljí předepisovat. Absolvování kurzu diabetologie pro praktické lékaře pozitivně ovlivnilo vůli lékaře tyto léky předepisovat a podobně provádění spirometrie bylo spojeno s vyšší vůlí předepisovat kombinovaná antiastmatika (ale nikoli tiotropia), viz tabulka 4.

Vliv věku na vůli nově uvolněné léky předepisovat

Z grafu 2 vyplývá, že respondenti ve věku nad 60 let téměř ve všech lékových skupinách mají menší vůli nově uvolněné léky předepisovat. Výjimku tvoří NOAC a bisfosfonáty, kde vliv věku není zřetelný. Podobně nižší čísla byla zjištěna pro ženské pohlaví respondenta, výjimkou byla anticholinergika a léky na Alzheimerovu nemoc, kde rozdíl mezi pohlavími nebyl zřetelný.

Obavy respondentů z překročení rozpočtu a z kontrol pojišťoven

Z grafů 4 a 5 je zřejmé, že obavy z překročení rozpočtů i z kontrol pojišťoven jsou podobné. Nejčastěji se vyskytují u NOAC (které jsou z vybraných skupin léků nejnákladnější, viz níže tabulka 4). Obava z překročení rozpočtu je nejnižší u PAD (i když gliptiny i glihoziny patří k dražším lékům). Obava z kontrol pojišťoven byla nejméně vyjádřena u anticholinergik a léků na BHP, ale řada lékařů na toto nemá názor a také odhodlání lékařů tyto léky předepisovat je relativně nízké (viz graf 2).

Vyhodnocení vybraných vlivů na rozhodnutí předepisovat nově uvolněné léky

Dále bylo zkoumáno, jak se liší odpovědi respondentů, kteří hodljí nově uvolněný lék předepsat od ostatních respondentů v odpovědi na tyto otázky: zda mají s dotyčnou skupinou zkušenosti, zda mají obavy z rozpočtu ZP nebo zda mají obavy z kontrol ZP. V této části studie byli lékaři (respondenti) rozděleni do dvou kohort. Do první kohorty byli zařazeni respondenti, kteří dotyčné léky hodljí předepisovat, a do druhé kohorty ti respondenti, kteří dosud nemají názor nebo kteří lék předepsat nechtějí. Následně bylo zjišťováno, jaká je u první i druhé kohorty četnost následujících odpovědí:

- Mám zkušenost s danou skupinou léků? Za kladnou byla považována odpověď „ano“ nebo „částečně“.
- Mám obavu z překročení rozpočtu? Za zápornou byla považována jediné odpověď „ne“.
- Mám obavu z kontrol pojišťoven? Za zápornou byla považována jediné odpověď „ne“.

Za významný rozdíl odpovědí mezi první kohortou respondentů („budu předepisovat“) a druhou kohortou respondentů („nebudu, nevím“) auto-

ři považovali 50% rozdíl, za velmi významný pak 100% rozdíl. Výsledky jsou uvedeny tabulce 4. Vysvětlení jednotlivých polí tabulky je následující: například v prvním řádku gliptiny jednoznačně hodlá předepisovat 101 z celkového počtu 146 dotazovaných. Četnost pozitivní odpovědi na zkušenosti s touto skupinou léků je však v této kohortě vyšší jen o 18 % než u těch, kteří dosud nevědí nebo kteří nebudou gliptiny předepisovat a podobně nevýrazný rozdíl byl zjištěn pro odpovědi „nemám obavy z kontrol ZP“ (v první kohortě vyšší pouze 16 %). V první kohortě však byla zřetelně zjištěna vyšší četnost odpovědi „nemám obavy z rozpočtů ZP“, a to o 46 % oproti těm, kteří dosud nevědí nebo kteří nebudou gliptiny předepisovat. Je třeba upozornit, že statistická významnost rozdílů nebyla vypočtena.

Vyhodnocení vybraných vlivů na rozhodnutí předepisovat nové léky (tabulka 4):

Vliv zkušeností lékaře na vůli nově uvolněný lék předepisovat: z tabulky 4 je zřejmé, že odpověď „ano“ nebo „částečně“ na zkušenost s příslušnou skupinou léků zpravidla není dobrým prediktorem toho, zda hodlá nově uvolněný lék předepisovat. Naopak ve skupině antiastmatik (nikoliv však u tiotropia) je provádění spirometrie spojeno s dvojnásobnou četností vůle nově uvolněný lék předepisovat.

Obavy respondentů z rozpočtů: Odpovědi „ne“ na otázku, zda u dotyčné lékové skupiny má respondent obavy z rozpočtů, by bylo možno očekávat zejména u levnějších léků (léky na BHP, bisfosfonáty). Ve skutečnosti u NOAC (nejvyšší náklady pojišťoven) je I. kohorta „předepisovačů“ relativně velká (114 z celkem 146 respondentů) a odpověď „nemám obavy“ byla 13x

četnější než ve II. kohortě respondentů (kteří nemají názor nebo nehodlají lék předepisovat).

Více než dvojnásobně rozdíly mezi kohortami I a II byly zjištěny také u tiotropia, které patří k nákladnějším lékům, a u močových anticholinergik, které k nákladnějším lékům nepatří. Je zajímavé, že u „nejlevnějšího“ PAD glitazonu (pioglitazon) byly rozdíly obav z překročení rozpočtu mezi I. a II. kohortou nejmenší.

Obavy z kontrol prováděných zdravotními pojišťovnami: všechny zkoumané léky mají mezi podmínkami úhrady nejen omezení na odbornost lékaře, ale také indikační omezení, jehož dodržování revizní lékaři mohou kontrolovat. Nejde o zanedbatelnou záležitost, neboť při nedodržení indikačního omezení jsou lékaři, respektive zdravotnická zařízení, vystaveni riziku citelné pokuty. Nejvyšší rozdíly mezi první kohortou „předepisovačů“ a ostatními respondenty byly opět zaznamenány u NOAC (o 174 % vyšší četnost těch, kteří nemají obavy z kontrol ZP u I. kohorty „předepisovačů“), na druhém místě je tiotropium (163 %) a poté anticholinergika (114 %). Nejmenší rozdíly mezi kohortami byly zjištěny u antidiabetik.

Vliv úmyslu předepisovat určité léky na vůli k preskripci ostatních léků

Autoři studie si položili otázku, zda lze obecně respondenty rozdělit na „předepisovače“, respektive „nepředepisovače“ nových léků, bez ohledu na lékovou skupinu. Graf 6 ukazuje, jak často by předepisovali jiné léky respondenti, kteří chtějí předepisovat gliptiny, a další podobné šetření bylo provedeno pro ty, kteří chtějí předepisovat léky na Alzheimerovu nemoc. Oranžové jsou uvedeny hodnoty, které byly zjištěny u těch respondentů, kteří odpověděli „budu“ na otázku, zda po uvol-

Tabulka 4

Rozdíly odpovědí respondentů, kteří hodlají nově uvolněný lék předepsat (I. kohorty), od ostatních respondentů

| | Počet respondentů v I. kohortě („budu předepisovat“) | Vyšší četnost zkušeností v I. kohortě * | Vyšší četnost odpovědi „nemám obavy“ u respondentů I. kohorty oproti II. kohortě | | Náklady ZP na 3 měsíce léčby** |
|------------------|--|---|--|--------------|--------------------------------|
| | | | z rozpočtů ZP | z kontrol ZP | |
| gliptiny | 101 | 18 % | 46 % | 16 % | 2 745 Kč |
| glitazony | 89 | 4 % | 4 % | 6 % | 1 190 Kč |
| glifloziny | 93 | 7 % | 24 % | 7 % | 3 843 Kč |
| komb-A | 90 | 141 % | 114 % | 86 % | 2 880 Kč |
| tiotropium | 90 | 2 % | 178 % | 163 % | 2 252 Kč |
| NOAC | 114 | 12 % | 1 268 % | 174 % | 5 758 Kč |
| anticholinergika | 95 | 31 % | 253 % | 114 % | 976 Kč |
| léky na BHP | 73 | 28 % | 94 % | 64 % | 456 Kč |
| bisfosfonáty | 71 | 51 % | 125 % | 71 % | 820 Kč |
| na Alzheimer | 85 | 50 % | 151 % | 91 % | 2 654 Kč |
| Vysvětlivky: | | | | | |

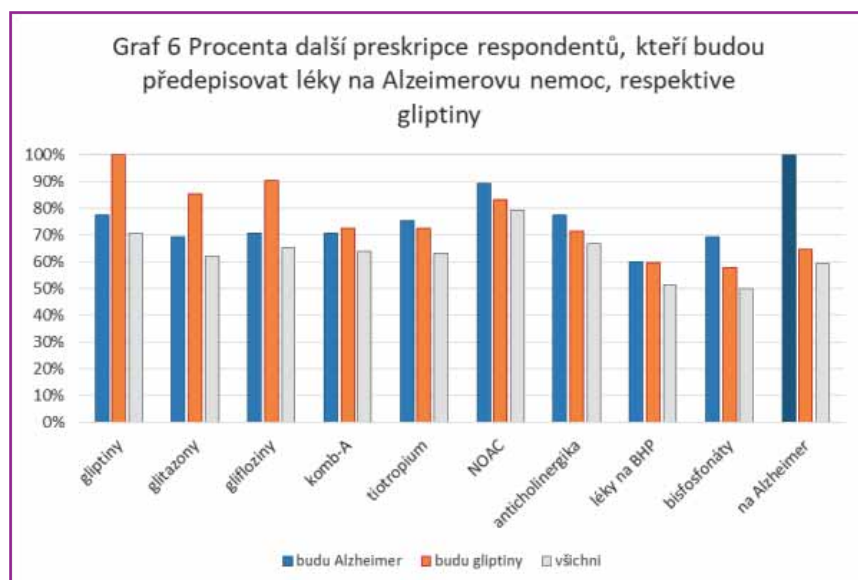
* pro Komb-A a Tio: Odpověď nikoliv na otázku „zkušenost s léky“, ale na otázku „provádím spirometrii?“

nění gliptinů budou tyto léky předepisovat. V případě gliptinů je frekvence odpovědi „Ano“ 100 %, protože ti, kteří odpověděli jinak, nebyli do tohoto šetření zařazeni. Modře jsou uvedeny hodnoty, které byly zjištěny u těch respondentů, kteří odpověděli „budu“ na otázku, zda po uvolnění léků na Alzheimerovu nemoc budou tyto léky předepisovat. Pro kontrolu uvádíme u každé skupiny léků i hodnoty, které byly zjištěny u všech respondentů (tedy hodnoty uvedené na grafu 2), tyto jsou znázorněny světle šedě. Z grafu 6 je především zřejmé, že pokud chce dotyčný respondent předepisovat gliptiny, pak bude častěji chtít předepisovat i další PAD, tedy glitazony a glifloziny. Tyto hodnoty jsou nejvíce vzdálené hodnotám šedých sloupců. Rozdíly u ostatních léků nejsou tak velké, u většiny lékových skupin lze určitou tendenci k předepisování ještě dalších nových léků předpokládat.

vzorek všech účastníků konference. Lze však předpokládat, že mezi účastníky konference byl větší podíl těch, kteří se vzdělávají, vyšší než v běžné populaci lékařů a že ti, kteří dotazník odevzdali, patří k aktivnějším. Lze očekávat, že podíl lékařů, kteří by po uvolnění preskripce začali takové léky předepisovat, bude v běžné populaci podstatně nižší, než bylo v našem šetření zjištěno.

Zajímavé bylo zjištění značných rozdílů v postojích lékařů k jednotlivým skupinám. Překvapivé bylo, že u nejnákladnějších léků, jako jsou NOAC, by většina respondentů takové léky předepisovala, přestože obavy z překročení limitů i kontrol ZP jsou nejvyšší (viz graf 4). Značná část respondentů by předepisovala i nová antidiabetika, ale obavy z rozpočtů i z kontrol ZP mají nižší a jsou podobné v obou kohortách (těch, kteří tyto léky hodlají předepisovat i těch, kteří nevědí nebo kteří tyto léky nehodlají předepisovat). Pozoruhodné je, že nejmenší

podíl lékařů ochotných nově uvolněné léky předepisovat byl zjištěn u relativně levných léků, jako jsou léky na BHP a bisfosfonáty. Lze spekulovat, že lékaři se necítí být dostatečně kompetentní pro takovou preskripci, nebo považují za současné uspořádání kompetencí za funkční, nebo existují jiné důvody. Jistě bude mít svou váhu i fakt, zda se ordinace nalézá ve velkém městě nebo v rurální oblasti, kde je dostupnost specialistů je podstatně nižší. Dále je pozoruhodné, že nová antidiabetika hodlá předepisovat zhruba stejné množství respondentů, i když existence na trhu různých skupin PAD je značně odlišná: glitazony figurují v seznamu hrazených přípravků již v roce 2001, gliptiny jsou hrazeny až od roku 2008 a glifloziny teprve od roku 2014. Příčiny těchto jevů by mohly objasnit další, podrobnější studie. Závěrem lze konstatovat, že praktičtí lékaři by uvítali rozšíření svých kompetencí ohledně možnosti preskripce dalších léků, ale že pečlivě zvažují, zda tyto léky budou skutečně předepisovat, přičemž berou v úvahu i regulační opatření zdravotních pojišťoven.



Diskuze

Pokud je autorům známo, tato studie je prvním pokusem zjistit názory a postoje předepisujících lékařů před tím, než bude rozhodnuto o uvolnění určitých léků pro předepisování praktickým lékařům. Je třeba zdůraznit, že skupina všeobecných praktických lékařů, kterým byl dotazník poskytnut, jistě nepředstavuje reprezentativní vzorek populace všech předepisujících lékařů této odbornosti, stejně tak nemůžeme považovat respondenty, kteří dotazník odevzdali, za reprezentativní

Spalničky



MUDr. Zdeňka Jágrová

Hygienická stanice hlavního města Prahy

První popsané výskyty onemocnění spalničkami byly již na začátku našeho letopočtu v Římě. Izolace viru se podařila v roce 1954 v USA. Spalničky jsou považovány za jedno z nejvíce nakažlivých onemocnění: jsou extrémně nakažlivé, v literatuře se uvádí, že jeden nemocný je schopen nakazit 18 až 20 nechráněných osob (těch, co onemocnění neprodělali a nemají protilátky po očkování). Onemocní 90 % neimunních lidí. Nemocný člověk je nejvíce infekční pro své okolí v katarálním stadiu onemocnění. Nakažení jsou infekční 4 dny před výsevem exantému a 4 dny po výsevu exantému. Virus zůstává v ovzduší několik hodin, kontaminuje povrchy předmětů, je detekovatelný ještě až 2 hodiny poté, co nemocný prostor opustí. Průměrná ID je 11–12 dní a průměrný interval mezi expozicí viru a počátkem vyrážky je 14 dní, s rozsahem 7–21 dnů. Spalničky jsou akutní virové onemocnění způsobené paramyxoviry, rodu Morbillivirus, prvními příznaky jsou horečka (až 39 °C) s malátností, kašel, rýma a konjunktivitida, následuje makulopapulární vyrážka, která se šíří od hlavy ke spodním končetinám. Ke komplikacím patří otitis, pneumonie, fatální encefalitida (přibližně jeden případ encefalidity a dvě až tři úmrtí se mohou vyskytnout u každých 1000 hlášených případů spalniček). Vzácná, následná komplikace je onemocnění subakutní sklerotizující panencefalitidou (SSPE), což je fatální onemocnění centrální nervové soustavy, které se obecně rozvíjí až za 7–10 let po infekci, riziko SSPE je 7 až 11 případů na 100 000 případů spalniček, ale může být vyšší, pokud se spalničky vyskytují před druhým rokem života. V ČR se očkuje od roku 1969, začínalo se očkovací látkou Movivac v 10 měsících věku, podávala se 1 dávka. Protože v té době přetrvávaly ještě protilátky u matek získané předchozím prodělaným onemocněním matky a ovlivňovaly tvorbu protilátek dětí navozenou očkováním, posunulo se očkování v roce 1970 do věku 12 měsíců, od roku 1975 se dětem narozeným v roce 1968 a starším podávaly 2 dávky očkovací látky, v roce 1982 se podávala první dávka v 15 měsících věku dítěte a 2. dávka za 6–10 měsíců po dívce první. Po

monovakcíně Movivac se od roku 1987 podávala divakcína Mopavac (spalničky a příušnice) a od roku 1995 trivakcína Trivivac (spalničky, zarděnky, příušnice), která byla nahrazena v roce 2003 trivakcínou Priorix stejného složení. Od 1. 1. 2018 se posunulo podání první dávky očkovací látky do 13. měsíce věku dítěte, podání musí být ukončeno nejpozději do dovršení 18. měsíce věku dítěte. Podání 2. dávky se posunulo do období od dovršeného pátého roku věku dítěte do dovršeného šestého roku věku dítěte. Proočkovanost dlouhá léta dosahovala žádoucí 98% úrovně. Při kontrole proočkovanosti prováděné v letošním roce (2018) byla proočkovanost dvěma dávkami u ročníků dětí narozených 2014 pouhých 71,3 %, téměř 20 % rodičů dětí očkování odmítá nebo posouvá a 10 % udává dočasnou kontraindikaci, nejčastějším důvodem uváděné dočasné kontraindikace je zvýšená nemocnost dítěte.

Evropská centrála infekčních nemocí (ECDC) průběžně informuje, že ve světě probíhá epidemie spalniček již několik let. V roce 2016 byla nejvyšší nemocnost zaznamenána v Mongolsku, Číně, Indii, Demokratické republice Kongo; v Evropě v Rumunsku. V předchozích letech epidemie postihla Anglii i Francii, Polsko, Ukrajinu. Mezi další evropské země, které spalničky již potrápily, patří Řecko, Ukrajina, Kyrgyzstán, Bosna a Hercegovina, Rusko nebo Gruzie. Zhoršená situace je aktuálně v Rumunsku a Srbsku. I v Evropě byla hlášena úmrtí. V období od 1. ledna 2017 do 31. prosince 2017 bylo v členských státech v EU/EHP evidováno 14 600 případů spalniček z toho 37 úmrtí. Celkový počet případů byl více než trojnásobně vyšší než počet hlášených případů v roce 2016 a 2015. Přes polovinu všech hlášených případů v roce 2017 bylo zaznamenáno v první polovině roku s nejvyšším počtem v jarních měsících. Po prudkém poklesu počtu případů v průběhu léta byl ke konci roku pozorován opět zvýšený nárůst.

V sérologických přehledech, které byly naposled prováděny v roce 2013, byly vyšetřeny protilátky u 3 111 osob, nejnižší ochranná hladina protilátek byla zjištěna u osob narozených v roce 1969–1973, kterým byla podaná 1 dávka očkovací látky, a u osob narozených v letech 1979–1983. Ochrannou hladinu protilátek lze předpokládat u dětí do 18 let věku, následně dochází ke snížení ochrany navozené očkováním. Stav ochranných protilátek lze zjistit pouze vyšetřením protilátek třídy IgG. Doporučení, která uvádí, že osoby očkované dvěma dávkami jsou chráněny před onemocněním, se v této pražské epidemii nepotvrdila. Je však pravděpodobné, že nakažlivost osob očkovaných dvěma dávkami vůči okolí je nízká. To se prokázalo i u onemocnění zdravotní sestry, která v době své nejvyšší nakažlivosti ošetřovala celkem 650 HIV pozitivních pacientů, z toho-

to souboru nebylo hlášeno žádné onemocnění. Osoby, které onemocněly prodělaly, jsou chráněny proti opakované nákaze celoživotně.

Stávající epidemie v Praze byla evidována začátkem ledna 2018, kdy první nemocní uváděli v anamnéze pobyt v inkubační době na Ukrajině v období vánočních svátků. Že zdrojem nákazy pro tuto epidemii byly osoby nakažené na Ukrajině, následně potvrdila i genotypizace, kterou se prokázal kmen D8, 4283, MVs/Cambridge. GBR/5.16, stejný kmen, byl detekován v lednu 2018 v Hannoveru u ukrajinského dítěte. K 25. 5. bylo v Praze hlášeno 83 případů onemocnění. Onemocnění se podařilo zavléct i do ostatních částí ČR, celkem tedy k tomuto datu bylo hlášeno 139 onemocnění. V lednu onemocněly zejména děti, které nebyly očkovány vůbec (jen jedno dítě mělo pofiderní kontraindikaci očkování, ostatní nebyly očkovány z rozhodnutí rodičů), nebo děti, které byly očkovány na Ukrajině. Průměrný věk osob, které onemocněly v lednu, byl 15,7 let, tento věk nemocných osob se v dalších týdnech posouvá do vyšších věkových skupin a nemocní, kteří onemocněli v dubnu a květnu jsou již v průměrném věku 35,7 let. Ze zkušeností z epidemií spalniček probíhajících v roce 2014 v Ústí nad Labem a v roce 2017 v Ostravě jsme věděli, že velmi ohroženou skupinou jsou zdravotníci. Možnost nákazy zdravotníků je vyšší než u běžného obyvatelstva, proto s prvními nemocnými začalo i vyšetřování protilátek zdravotnického personálu v přímém kontaktu s nemocným a prokázalo se, že až 1/3 zdravotníků nemá ochranný titer protilátek, za který je považována hodnota 200 IU/ml. Počet séronegativních závisel na věkovém složení zaměstnanců jednotlivých pracovišť. Striktní dodržování protiepidemických opatření (karanténa pro osoby séronegativní, které byly v kontaktu s nemocným, se ukládá od 7. dne ode dne posledního kontaktu do 21. dne po posledním kontaktu s nemocným), které je zásadní pro zvládnutí této vzdušné nákazy, jsou pro zdravotnická zařízení velmi zatěžující.

Hygienická stanice hl. města Prahy vydala od 1. 1. 2018 celkem 929 rozhodnutí o karanténě. Byly zasaženy provozní urgentních příjmů, zdravotnické záchranné služby, dopravních služeb nemocnic a zdravotnických pracovišť různých odborností včetně pracovišť praktických lékařů. Tiskopis karanténa, obdoba tiskopisu pracovní neschopnosti, byl vydán jen v Praze celkem 125 osobám v kontaktu s nemocným. Očkováno bylo celkem 786 séronegativních zdravotníků. U některých nemocných se podařilo dohledat zdroj onemocnění, např. onemocnělo dítě, které sdílelo čekárnu s nemocným chlapcem, dospělá žena bydlící ve stejném objektu s nemocným, rodinní příslušníci nemocných, dospělý, který byl v čekárně společně s nemocným člověkem. Čekárna zdravotnického zařízení byla poměrně frekventovaným prostorem, kde došlo k pravděpodobné nákaze. Včasné zahájení vyšetřování zdravotnického personálu a následné očkování séronegativních zdravotníků – doposud bylo očkováno 786 séronegativních zdravotníků - jistě přispělo k zamezení dalšího šíření onemocnění. Pokud by séronegativní zdravotníci očkováni nebyli, mohlo těchto 786 zdravotníků nakazit až 14 148 osob. Dle studií jeden nemocný nakazí až 18 osob, (ACIP) americká asociace PL uvádí, že od jednoho nemocného se nakazí až 19 zdravotníků.

„Každý nový člověk postižený spalničkami v Evropě nám připomíná, že neočkované děti a dospělí, bez ohledu na to, kde žijí, jsou stále vystaveni riziku onemocnění a šíření této infekce na osoby, které nelze očkováním chránit. Více než 20 000 případů spalniček a 35 životů ztracených v roce 2017 je tragédií, kterou prostě nemůžeme přijmout,“ říká Dr. Z. Jakab, regionální ředitelka WHO pro Evropu.

Během období 2000–2016 očkování proti spalničkám zabránilo odhadovanému počtu 20,4 milionu úmrtí, díky nimž se očkovací látka proti spalničkám stává jedním z nejlepších nákupů v oblasti veřejného zdraví.

Životní styl a depresivní porucha – praktická doporučení pro běžný život



prof. MUDr. Jiří Raboch, DrSc.

Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN Praha

Nepříznivé změny životního stylu přímo souvisí se vznikem celé řady chorob, které v dnešní době označujeme jako „civilizační“. **Civilizační onemocnění** se vyskytují často ve vyspělých společnostech současného světa a jejich prevalence má vzrůstající tendenci³. Klasicky se sem řadí ateroskleróza, některé formy rakoviny, osteoporóza a cukrovka 2. typu.

Deprese také patří do této skupiny. Celoživotní výskyt této poruchy se odhaduje na 10–20 % celé populace. Deprese přináší postíženým velké utrpení a někdy mají i fatální vyústění. Bohužel každý rok u nás takto ukončí život více než 1600 jedinců.

Životní styl má velký vliv na naši psychickou pohodu. Fyzická aktivita, včetně pohybu na sluníčku a v přírodě, dietní návyky včetně konzumace alkoholu, kouření, schopnost odpočívat či budování dobrého partnerského a volnočasového zázemí jsou výraznými faktory ovlivňujícími naše duševní zdraví. Nejvíce dat je známo z oblasti fyzické zátěže a dietních návyků.

Fyzická aktivita

Jakákoliv fyzická aktivita je lepší než žádná. Každý jedinec, který je fyzicky aktivní, z toho má určitý zdravotní zisk.

Aerobní cvičení: abychom dosáhli podstatných zdravotních zisků, musíme v týdnu vyvinout středně intenzivní fyzickou aktivitu po dobu alespoň 150 minut, nebo intenzivní fyzickou aktivitu po dobu 75 minut. Cvičení se má opakovat vícekrát během celého týdne, rozložené do epizod trvajících alespoň 10 minut. Optimální je 50–80 % maximální tepové frekvence⁹.

Aerobní cvičení je taková pohybová aktivita, kdy práce svalů probíhá za přítomnosti kyslíku, to je při zrychleném dýchání a zvýšené tepové frekvenci. **Tepová frekvence** je počet srdečních stahů za jednu minutu. Při největší možné zátěži hovoříme o **maximální tepové frekvenci**.

Pro ještě větší zdravotní zisk je vhodné zvýšit středně těžkou zátěž na 300 minut týdně nebo na 150 minut

intenzivní aktivity.

Je vhodné též dvakrát nebo vícekrát týdně posilovat všechny svalové skupiny, což může přinést další zdravotní zisky.

Antidepresivní efekt se typicky objeví po asi 4 týdnech cvičení a je maximální po 10–12 týdnech.

Senioři nad 65 let

Výše uvedená doporučení platí i pro starší osoby. Pokud senioři ale nejsou schopni dodržet výše zmíněné, je vhodné, aby byli tak aktivní, jak jen jim to zdravotní stav dovolí. Vhodnou intenzitu fyzické aktivity je vhodné konzultovat s lékařem primární péče.

Příklady z aktuálního odborného tisku:

Harvey et al., 2017: Fyzická aktivita trvajíc jednu hodinu týdně může zabránit až 12 % případů deprese².

Ravindran et al., 2016: Dle standardů Kanadské společnosti pro léčbu deprese a úzkosti je fyzická aktivita považována za prokazatelně účinnou v léčbě mírné až střední deprese a jako doplňková léčba k farmakoterapii u deprese středně těžké až těžké⁸.

Praktická doporučení:

Omez sledování televize, surfování po internetu či hraní her na internetu, prosté vysedávání.

2–3 x týdně protáhní svaly na rukou, nohou, ramenou i hrudníku, zvedej různě těžké předměty, pracuj s břišním svalstvem, využij elastické popruhy, malé činky a jiné pomůcky pro cvičení.

3–5 dnů v týdnu zatěžuj srdce a plíce aerobní aktivitou. Např. rychlá chůze, jogging, jízda na kole, plavání, tanec s rychlým pohybem, preferované sporty jako kopaná, basketbal, tenis, golf a další.

Každý den chod' pěšky a buď fyzicky aktivní. Vhodná je např. práce na zahradě, hrabání listí, chůze na nákup, do práce, hraní si s dětmi, procházky s přáteli, vyhýbání se výtahům.

Pokud jste nebyl/a doposud fyzicky aktivní, začněte s aktivitami popsány na bázi pyramidy. Chodte pěšky, kdykoliv je to možné, vyplňte fyzickou aktivitou volný čas, stanovte si realistické cíle, snažte se posunout do vyšších pater pohybové pyramidy.

Pokud jste byl/a doposud jen příležitostně fyzicky aktivní, snažte se důsledně zařadit do životního programu pravidelné aktivity ze středních pater pyramidy. Naplánujte si denní fyzickou zátěž, dávejte si týdenní a měsíční cíle, najděte si partnera/ku pro společné aktivity.

Pokud jste byl/a doposud často fyzicky aktivní, pokračujte v tom, kombinujte aerobní cvičení s posilováním a protahováním těla zábavnou formou, zkuste i nové formy fyzické zátěže, dávejte si nové cíle.

Vše nasvědčuje tomu, že **složení stravy** hraje významnou roli i v prevenci a léčbě depresivní poruchy. Z těchto důvodů je vhodné především:

1. Stravovat se „tradičním“ a pestrým způsobem, např. podle zásad středomořské diety. V celé řadě odborných studií bylo prokázáno, že takovéto životní návyky souvisí s nižším výskytem deprese a zlepšují výsledky antidepressivní léčby.
2. Zvýšit konzumaci ovoce, zeleniny, luštěnin, celozrnných obilovin, oříšků a semen. Tyto potraviny by měly být základem našich jídel, protože jsou bohaté na zdravé živiny, vlákninu a mají nízký obsah nasycených a transmastných kyselin.
3. Zařadit dostatečné množství jídel s vysokým obsahem omega-3 nenasycených mastných kyselin, především ryb. Tyto látky mají příznivý vliv na celou řadu neurochemických procesů v mozku, a tím přispívají k zdravé psychice.
4. Omezit příjem zpracovaných potravin, hamburgerů, komerčních pekařských výrobků a sladkostí. Tato jídla jsou bohatá na transmastné kyseliny, nevhodné tuky, rafinovaný cukr a mají nízký obsah zdravých živin a vlákniny. Takováto jídla bývají častěji konzumována osobami trpícími depresí.
5. Vybrat chutná jídla různé struktury a barvy, nejlépe v neupravené, přírodní formě.

Příklady z aktuálního odborného tisku:

Jacka a spolupracovníci, 2017, studie SMILES: Modifikovaná středomořská dieta u pacientů léčených standardně pro depresi významně zlepšila efekt terapie a přispěla u jedné čtvrtiny nemocných k dosažení plné remise⁵.

Parletta a spolupracovníci, 2017, studie HELFIMED: Středomořská dieta doplněná podáváním rybiho tuku vedla k ústupu depresivní symptomatiky a zlepšení kvality života⁶.

Literatura:

1. Bach-Faig A. et al.: Mediterranean diet pyramid today. Science and cultural updates. *Public Health Nutrition* 14, 2011, 12 A, s. 2274-2284.
2. Harvey S.B. et al.: Exercise and the prevention of depression: results of the HUNT cohort study. *Am. J. Psychiatr.* 175, 2017, 1, s. 28-36.
3. Hidaka H.H. Depression as a disease of modernity: explanation for increasing prevalence. *J Affect Disord.* 140, 2012, 3, p. 205 – 214.
4. Higgins J.P.: Smartphone applications for patient's health and fitness. *Am. J. Medicine* 129, 2016, s. 11-19.
5. Jacka N.F. et al.: A randomized controlled trial of dietary improvement for adults with major depression (the „SMILES“ trial). *BMC Medicine* 15, 2017, s. 1-13.
6. Parletta N. et al.: A Mediterranean-style dietary intervention supplemented with fish oil improves diet quality and mental health in people with depres-

Jednou z dobrých možností je tzv. středomořská dieta¹.

Je vhodné omezení sladkostí na 2 a méně porcí týdně, případně je zcela vynechat. V týdnu se doporučuje maximálně 3 a méně porcí brambor, 2 a méně porcí červeného masa, bílé maso 2 porce, 2–4 porce vajíček. Naopak ryby a mořské plody 2 a více porcí a 2 a více porcí luštěnin.

Denně je vhodné konzumovat mléčné výrobky (preferenčně nízkotučné - 2 porce), olivy, oříšky, semínka (1–2 porce). Jídla dochucujeme kořením, používáme česnek, cibuli, byliny, málo solíme.

Každé hlavní jídlo se doporučuje doplnit 1–2 porcemi ovoce a zeleniny pestrého složení, vařené nebo syrové. Používáme olivový olej.

Chleba, těstoviny, kuskus, cereálie (preferenčně celozrnné), klidně 1–2 porce denně.

Vždy dostatek tekutin, nejlépe ve formě prosté vody, rostlinných čajů apod. Alkohol (víno, ne destiláty) velmi střídavě, respektujeme místní zvyky a sociální benefity. Vliv životního stylu na naši psychiku je komplexní a nelze odtrhnout jeden faktor od druhého. Nezapomeňme ani na to, že vhodná dieta a adekvátní fyzická aktivita nám přinesou i zlepšení tělesného zdraví, jako třeba **kardiovaskulárních funkcí**⁷ ve smyslu úpravy krevního tlaku, hladin tuků a cholesterolu v krvi a **nadváhy**. Bylo prokázáno, že nejlépe dosáhneme duševní pohody tehdy, když kombinujeme příznivé působení stravy, pohybu v příjemném prostředí včetně slunečního svitu, odpočinku, kvalitního spánku. Při úpravách životního stylu můžeme využívat celou řadu moderních mobilních aplikací⁴, které nám umožní soustavně monitorovat a organizovat naši fyzickou aktivitu, stravování, odpočinek i spánek.

tion: A randomized controlled trial (HELFIMED). *Nutritional Neuroscience* 2017, s. 1-14.

7. Patnode C.D. et al.: Behavioral counseling to promote a healthful diet and physical activity for cardiovascular disease prevention in adults without known cardiovascular disease risk factors. Updated evidence report and systematic Review for the US preventive services task force. *JAMA* 318, 2017, 2, s. 175 – 193.
8. Ravindran A.V. et al.: Canadian network for mood and anxiety treatments (CANMAT) 2016 clinical guidelines for the major depressive disorder: section 5. Complementary and alternative medicine treatments. *Can. J. Psychiatry* 61, 2016, 9, s. 576 – 587.
9. Rethorst C.D. Trivedi M.H.: Evidence-based recommendations for the prescription of exercise for major depressive disorder. *J. Psychiatr. Pract.* 19, 2013, 3, s. 204-212.

Mýty o řepce a řepkovém oleji



doc. Ing. Jiří Brát, CSc.
Vím, co jím, o. p. s. Praha

Úvod

Období od konce dubna až po květen, kdy řepka olejka – naše nejrozšířenější olejnina – přichází do květu, bývá spojeno s vyšší intenzitou šíření mýtů o této plodině a oleji z ní získaného. Nejinak tomu bylo i letos. Mýtů je hodně a řada z nich se přímo či nepřímo dotýká lékařské tematiky. Pojďme se podívat především na mýty související se zdravím.

Pylové alergie

Jarní období je charakteristické vyšším výskytem pylových alergií a řada lidí si je spojuje s kvetením řepky. Navíc v letošním roce došlo shodou okolností k výjimečné situaci. Chladný březen vystřídal teplý duben s podprůměrnými srážkami. Všechny rostliny po zimě vykvetly najednou v krátkém období. Auta, silnice, parapety byly pokryty žlutými pyly a na sociálních sítích se začaly objevovat diskuse, že za všechno může řepka. Tentokrát ale investigativní novináři udělali dobrou práci. Nechali odborníky analyzovat původ pylu, a vše se vysvětlilo. Žlutý pyl pocházel převážně od jehličnanů: smrku a borovice. Borovice a smrky mají tři až pětileté periody, kdy kvetou silně. Letos přišla silná sezona, což vysvětlilo i vyšší množství pylu, než bývá obvyklé v jiných letech.

Řepka je díky výrazné barvě květu a specifické vůni velmi nápadná. Kvete ve stejnou dobu jako břízy, traviny či obilniny, jejichž pyl patří mezi silné alergeny. Protože však nemají tak výrazné květenství, mnoho lidí ani nenapadne dávat si do souvislosti jejich kvetení se svými případnými alergickými potížemi. Na někoho může působit i charakteristická vůně, která kvetoucí řepku provází. Do ovzduší se uvolňují těkavé organické látky, které mohou dráždit ke kýchání, o pylovou alergii se však nejedná.

Řepkový pyl se nešíří na velké vzdálenosti, neboť pylová zrna řepky jsou poměrně těžká a hrudkují se. K bližšímu kontaktu citlivých jedinců s pylem tak dochází jen v těsné blízkosti polí. Vliv alergenů řepky byl sledován v celé řadě studií. Alergici na pyl reagují často na více druhů rostlin. V některých případech se může jednat o zkříženou reaktivitu s jinými alergeny, například s pyly břízy a různých

travin. Jejich pyl se šíří vzduchem mnohem snadněji a na větší vzdálenosti než pyl řepky. Například v rakouské studii způsobovala řepka zkříženou reakci u 7,1 % sledovaných subjektů a specifickou alergickou reakci na pyl řepky pouze u devíti z 4468 pacientů¹. Řepka je mírný alergen a výskyt alergie výhradně na pyl řepky je v populaci spíše výjimkou.

Kyselina eruková

Starší generace stále spojuje řepkový olej s přítomností kyseliny erukové. Ta byla v řepkovém oleji v minulosti skutečně dominantní mastnou kyselinou, její obsah v oleji se pohyboval okolo 45 %. V poválečné době byl řepkový olej s vysokým obsahem kyseliny erukové, původně určený ke svícení, z důvodu nouze používán také k potravinářským účelům. Ve studiích na zvířatech při vysokém příjmu kyseliny erukové docházelo k negativním změnám srdečního svalu². U lidí poznatky tohoto typu nejsou, ale kyselina eruková je z důvodu bezpečnosti v potravinách limitována.

Cílevědomou prací mnoha šlechtitelských týmů v Evropě a Kanadě byl už v 70. letech minulého století obsah této mastné kyseliny postupně snížen až na zlomek původního obsahu. Od roku 1975 se v České republice pěstují tzv. bezerukové odrůdy řepky. Tímto termínem se začaly označovat odrůdy, u nichž byl obsah kyseliny erukové snížen na hodnotu nepřevyšující 5 %. V současnosti nesmí řepkový olej obsahovat více než 2 % kyseliny erukové. Reálně se však její obsah pohybuje na úrovni několika desetín procenta, často pod mezí detekce běžné analytické metody. Kyselina eruková v takto nízkém podílu činí řepkový olej zcela bezpečným. Můžeme se setkat s pojmy bezerukové či nízkoerukové odrůdy řepky, jedná se o totéž. V anglické literatuře je nízkoerukový řepkový olej nazýván Canola (CANadian Oil, Low Acid), proto se v češtině občas můžeme setkat s neodborným překladem kanolový olej.

Řepkový olej není jen do motorové nafty

Podstatná část řepkového oleje se v České republice zpracovává na metylestery, které jsou dle požadavků legislativy přimíchávány do motorové nafty v minimálním množství 6 %. Běžný spotřebitel má řepkový olej zafixován jako surovinu pro technické účely a nezná složení řepkového oleje, a tudíž ani jeho význam z hlediska výživy. Přitom řepkový olej má řadu nutričních předností. Z běžně používaných olejů má nejnižší obsah nasycených mastných kyselin. Z hlediska obsahu omega 3 polynenasycených mastných kyselin patří k významným zdrojům rostlinného původu této skupiny mastných kyselin, právě díky jeho dostupnosti, universálnosti použití v kuchyni i příznivé ceně. Odborníci na výživu řadí řepkový olej mezi nutričně

nejvýznamnější oleje, právě díky skladbě mastných kyselin. V tomto směru předčí i olivový olej, kde je dominantní mononenasycená kyselina olejová. Přednosti olivového oleje spočívají hlavně ve vysokém obsahu antioxidantů, nikoliv ve složení mastných kyselin.

Řepkový olej ve vztahu k výživovým doporučením a aktuálnímu příjmu mastných kyselin

Výživová doporučení poslední doby se odklání od prostého omezení spotřeby nasycených mastných kyselin, místo toho se prosazuje nahrazování nasycených mastných kyselin hlavně polynenasycenými, částečně i mononenasycenými. Prospěšnost této záměny je podložena velkým počtem klinických studií, a ke stejnému závěru docházejí i studie epidemiologické. Na první pohled by se zdálo, že mezi omezováním příjmu nasycených mastných kyselin nebo jejich nahrazováním jinými živinami není velký rozdíl. Existuje však řada studií, ze kterých vyplývá, že nahrazení nasycených mastných kyselin ve stravě sacharidy, hlavně na bázi škrobu, nebo cukry, nepřináší prospěch a z hlediska vlivu na zdraví může mít i negativní účinky. V České republice máme nadměrnou spotřebu nasycených mastných kyselin, polynenasycené mastné kyseliny řady omega-6 se pohybují v rámci doporučení a příjem omega-3 mastných kyselin je nedostatečný. Příjem jednotlivých živin a klíčových potravin, které ovlivňují negativně nebo pozitivně zdravotní stav jednotlivce, lze názorně vyčíst z globální databáze, která je veřejně dostupná formou interaktivních map³. Podle této databáze konzumujeme v České republice z celkového příjmu energie 16,99 % nasycených mastných kyselin, zatímco denní příjem omega-3 mastných kyselin rostlinného původu činí jen 995 mg/den. Podle výživových doporučení by denní příjem nasycených mastných kyselin neměl překračovat 10 % z celkového příjmu energie (cca 20 g). Na druhou stranu se 1 g omega-3 mastných kyselin považuje za dostatečný pro zachování základních funkcí v organismu, z pohledu prevence kardiovaskulárních onemocnění

se doporučuje příjem 2 gramů denně. Řepkový olej obsahuje přibližně 8 % nasycených mastných kyselin a okolo 10 % omega-3 mastných kyselin. Použití řepkového oleje ve všech kuchyňských aplikacích, pro něj je vhodný, místo jiných tuků a olejů, posunuje příjem mastných kyselin ve směru výživových doporučení.

Vliv konzumace řepkového oleje na rizikové faktory kardiovaskulárních onemocnění

Záměna nasycených mastných kyselin za nenasycené, založená na konzumaci řepkového oleje, byla testována v řadě studií. Studie byly publikovány hlavně v 90. letech a krátce po roku 2000. Řepkový olej byl podáván intervenovaným skupinám přímo, nebo i prostřednictvím výrobků z něj, např. margarínů. U jednotlivých studií byla kromě výsledného efektu vyhodnocována i kvalita odborného zpracování. Tabulka 1 uvádí výsledky 9 studií, které byly vyhodnoceny z hlediska designu jako velmi dobře provedené a účinek je markantní.

Z údajů v tabulce vyplývá, že v rámci těchto studií díky konzumaci řepkového oleje nahradily nenasycené mastné kyseliny ve stravě nasycené v průměru na úrovni 8 % z celkového příjmu energie. Hladina celkového cholesterolu v důsledku těchto změn poklesla v průměru o 11 % a hladina LDL-cholesterolu o 15 %.

Řepkový olej a zdravotní tvrzení

Legislativou schválená zdravotní tvrzení vyjadřují vědecky prověřené souvislosti mezi kategorií potravin, potravinou nebo některou z jejích složek, a zdravím. Výše uvedené studie sloužily v USA jako podklad pro zdravotní tvrzení týkající se přímo konzumace řepkového oleje, které schválil Americký úřad pro kontrolu potravin a léčiv v říjnu 2006. Podle něj může konzumace 1 a půl polévkové lžice (19 g) nízkoeurukového řepkového oleje denně snížit riziko vzniku ischemické choroby srdeční vzhledem k obsahu nenasycených mastných kyselin v řepkovém oleji. Pro dosažení tohoto účinku by měl řepkový olej nahradit srovnatelné

Tabulka 1

Změny v příjmu nenasycených mastných kyselin a vliv na hladinu celkového a LDL-cholesterolu

| Studie | Δ (MUFA+PUFA) (% en.) | Δ (MUFA+PUFA) (g/2000 kcal) | Δ celk.-C (%) | Δ LDL-C (%) |
|---|------------------------------|------------------------------------|----------------------|--------------------|
| Baudet and Jacotot 1988 ⁴ | 9,5 | 21,2 | -17,0 | -21,0 |
| Karvonen et al 2002 ⁵ | 3,3 | 7,3 | -5,1 | -6,6 |
| Kratz et al 2002 ⁶ | 11,5 | 25,5 | -14,3 | -17,5 |
| Matheson et al 1996 ⁷ | 2,1 | 4,7 | -7,0 | -10,0 |
| Noakes and Clifton 1998 ⁸ | 7,6 | 16,9 | -8,4 | -12,8 |
| Seppanen-Laakso et al 1992 ⁹ | 5,4 | 12,0 | -3,0 | -6,4 |
| Uusitupa et al 1994 ¹⁰ | 13,4 | 29,7 | -21,6 | -29,5 |
| Valsta et al 1992 ¹¹ | 9,1 | 20,2 | -15,5 | -24,0 |
| Wardlaw et al 1991 ¹² | 10,0 | 22,2 | -8,8 | -11,8 |
| Průměr | 8,0 | 17,7 | -11,2 | -15,5 |

Δ (MUFA +PUFA) – změna příjmu nenasycených MK, Δ celk.-C – změna hladiny celkového cholesterolu, Δ LDL-C – změna hladiny LDL-cholesterolu

množství nasycených mastných kyselin, aniž by se zvýšil celkový denní příjem energie¹³.

V rámci evropské legislativy neexistuje žádné zdravotní tvrzení, které by se přímo týkalo řepkového oleje. U tuků s obsahem nenasyčených mastných kyselin vyšším než 70 % lze použít obecné tvrzení, podle něhož nahrazení nasycených tuků ve stravě nenasyčenými tuky snižuje hladinu cholesterolu v krvi¹⁴.

Řepkový olej – součást výživových doporučení na bázi potravin

Řepkový olej se díky velmi nízkému obsahu nasycených mastných kyselin, vyváženému spektru nenasyčených mastných kyselin a relativně vysokému obsahu omega-3 mastných kyselin objevuje v řadě doporučení z poslední doby, formulovaných na bázi potravin. Středomořská strava spojená s používáním olivového oleje je velmi často uváděna jako vzor, jak by měla vypadat skladba potravin. Nicméně olivový olej je pouze její součástí a pro některé země není typickou potravinou, která by odpovídala místním stravovacím zvykllostem. Řada intervenčních studií středomořskou stravu upravovala mimo jiné zařazením řepkového oleje a výrobků z něj vyrobených místo či vedle olivového oleje do portfolia doporučovaných potravin. Doporučení American Heart Association / American College of Cardiology, věnovaná režimovým opatřením s cílem snížení rizika kardiovaskulárních onemocnění, definují modifikovanou středomořskou stravu takto: středně vysoký příjem tuků (32–35 %), relativně nízký obsah nasycených mastných kyselin (9–10 %), vysoký obsah vlákniny (27–37 g/den), vysoký obsah poly-nenasycených mastných kyselin (s důrazem na omega 3

PUFA). Strava by měla být založena na vysokém příjmu ovoce (hlavně čerstvého), zeleniny (s důrazem na kořenovou a zelené varianty), celozrnných produktů (cereálie, chléb, rýže, těstoviny), tučných ryb (bohatých na omega-3 mastné kyseliny), nižším příjmu masa (s upřednostněním libového masa). Preferovány jsou odtučněné a nízkotučné mléčné produkty místo variant s vysokým obsahem tuku, oleje (olivový, řepkový), ořechy (vlašské, lískové, mandle) a margarín z řepkového nebo lněného oleje místo másla či jiných tuků¹⁵.

Zmínku o řepkovém oleji najdeme i ve výživových doporučeních pro Skandinávii publikovaných v září 2013. Skladba stravy bohatá na zeleninu včetně listové, čerstvý hrášek a fazole, zelí, cibuli, kořenovou zeleninu, rajčata, papriky, avokádo, olivy, luštěniny, ovoce, ořechy a semena, celozrnné potraviny, ryby a mořské plody, rostlinné oleje a rozřátelné tuky vyrobené z olejů řepkového, lněného a olivového a nízkotučné mléčné produkty je ve srovnání s typickou západoevropskou stravou spojována s nižšími riziky chronických onemocnění¹⁶.

Závěr

Řepkový olej si v rámci stravy určitě zaslouží více pozornosti, než je tomu v současnosti. V Německu patří mezi nejoblíbenější oleje. U nás sice jeho obliba mírně roste, k čemuž přispívají pozitivní informace o jeho výživové hodnotě. Na druhou stranu mýty šířené po sociálních sítích u řady lidí budí nedůvěru. Spotřebitel si často kupuje různé oleje ve vyšší cenové hladině, ale jejich výživová hodnota nemusí být lepší.

Literatura:

- Hemmer W et al. Oilseed rape pollen is a potentially relevant allergen. *Clinical and Experimental Allergy* 1996; 27: 156-161.
- de Wildt DJ, Speijers GJ. Influence of dietary rapeseed oil and erucic acid upon myocardial performance and hemodynamics in rats. *Toxicol Appl Pharmacol* 1984; 74 (1): 99-108.
- The Global Dietary Database: measuring diet in countries worldwide. Dostupné na <https://www.globaldietarydatabase.org/dietary-data-by-country.html>
- Baudet MF, Jacotot B. Dietary fats and lecithin-cholesterol acyltransferase activity in healthy humans. *Ann Nutr Metab* 1988; 32: 352-359.
- Karvonen HM et al. The effect of vegetable oil-based cheese on serum total and lipoprotein lipids. *Eur J Clin Nutr* 2002; 56: 1094-1101.
- Kratz M et al. Effects of dietary fatty acids on the composition and oxidizability of low-density lipoprotein. *Eur J Clin Nutr* 2002; 56: 72-81.
- Matheson B et al. Effect on serum lipids of monounsaturated oil and margarine in the diet of an Antarctic Expedition. *Am J Clin Nutr* 1996; 63: 933-938.
- Noakes M, Clifton PM. Oil blends containing partially hydrogenated or interesterified fats: differential effects on plasma lipids. *Am J Clin Nutr* 1998; 68: 242-247.
- Seppänen-Laakso T et al. Replacement of butter on bread by rapeseed oil and rapeseed oil-containing margarine: effects on plasma fatty acid composition and serum cholesterol. *Br J Nutr* 1992; 68: 639-654.
- Uusitupa M et al. Effects of two high-fat diets with different fatty acid compositions on glucose and lipid metabolism in healthy young women. *Am J Clin Nutr* 1994; 59: 1310-1316.
- Valsta LM et al. α -Linolenic acid in rapeseed oil partly compensates for the effect of fish restriction on plasma long-chain n-3 fatty acids. *Eur J Clin Nutr* 1996; 50: 229-235.
- Wardlaw GM et al. Serum lipid and apolipoprotein concentrations in healthy men on diets enriched in either canola oil or safflower oil. *Am J Clin Nutr* 1991; 54: 104-110.
- FDA: Qualified Health Claims: Unsaturated Fatty Acids from Canola Oil and Reduced Risk of Coronary Heart Disease (Docket No. 2006Q-0091). 2006, dostupné na <http://www.fda.gov/food/ingredientspackaginglabeling/labelingnutrition/ucm072958.htm>
- Nářízení Komise (EU) č. 1226/2014 ze dne 17. listopadu 2014 o schválení zdravotního tvrzení při označování potravin, jež se týká snížení rizika onemocnění.
- Eckel RH et al. 2013. AHA/ACC Guideline on Lifestyle Management to Reduce Cardiovascular Risk. A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guideline Circulation 2014; 129 [suppl 2]: S76-S99.
- Nordic Nutrition Recommendation. 2012, dostupné na <http://www.norden.org/en/publications/publikationer/nord-2013-009>

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

IT bezpečnost v ordinaci

Ing. Martin Horák
IT konzultant
www.myhory.cz

Vážené kolegyně, vážení kolegové, následující článek pro nás napsal IT expert na základě diskuzí po několika přednáškách v rámci přípravy na GDPR. Přestože je stále zdůrazňováno, že GDPR není jen o elektronických datech, ale o ochraně všech informací/dat, přece jen jsou otázky kolem elektronického bezpečí nejožehavější. Článek obsahuje vyloženě praktické rady, jak přistoupit k zabezpečení vašich počítačů, zálohování a jak vyzrát na dnešní dobu „heslovou“ s úsměvem. Předkládaná doporučení berte jako návod na to, co byste měli chtít po vašich IT technících. Nic si nedělejte z toho, když některým věcem ne zcela rozumíte, vy jste experti na léčení, někdo jiný na IT.

MUDr. Cyril Mucha, člen Výboru SVL ČLS JEP odpovědný za IT

V jednoduchosti je krása

Začneme tím nejjednodušším. Jedná se o základní zabezpečení počítače proti náhodným kolemjdoucím, je to zabezpečení vašeho přístupu do počítače pomocí hesla. Pokud budete odcházet z ordinace na delší dobu, ale nebudete chtít počítač vypínat, naučte se používat klávesovou zkratku „WIN + L“. Pro upřesnění tato klapka se nachází na klávesnici mezi levým ALT a CTRL. Pokud se střídá více lékařů u jednoho počítače, doporučil bych pro každého uživatele vytvořit vlastní uživatelský účet. Výhodou vlastního přístupu do počítače je individuální nastavení každého uživatelského profilu, vlastní historie procházení internetu, případné zabezpečení elektronického podpisu proti neoprávněnému nakládání.

Dalším doporučením je zřízení vlastního přístupu do lékařského programu. Tím jsou dána jasně práva, kdo může v programu co dělat a kam nahlížet (nežádoucí je, aby zaměstnanci měli přístup např. k vystaveným fakturám pro zdrav. pojišťovny). Budete mít přehled, kdo založil daný zdravotní záznam a výkon pro zdravotní pojišťovnu. Dle požadavku GDPR navíc lékařské programy zaznamenávají každý pohyb uživatele, tedy i pouhé prohlížení zdravotních záznamů, případně pořizování tiskových výstupů (proč si sestra prohlížela dokumentaci pacienta, který tu 5 let nebyl).

Antivirus, aneb síla antivirotik

Důležitým bodem zabezpečení je aktuální antivirový program. Chtěl bych tímto upozornit, že zdravotnická zařízení mají slevu 50 procent z koncové ceny na antivirové programy od firmy ESET. Pro vaši představu uvádím typický příklad dvou licencí - ESET Nod32 Antivirus vychází se slevou na 1200 Kč / 2 PC / 2 roky.

Rizika sítě?

Opomíjenou kapitolou je základní zabezpečení počítačové sítě. Většina routerů a modemů (to jsou ty krabičky pod vašimi stoly, kam vede hromada drátů) je nastaveno do továrních přístupových hodnot. Dnešním zvykem poskytovatelů (např. O2) je zaslání samoinstalačních balíčků. Tzn. uživatel, nějak si to propoj, a bude to fungovat. Funguje, ale zabezpečení je mizerné. Takto zapojený modem vysílá Wi-Fi signál, který možná nepotřebujeme. Přístup do nastavení modemu je zabezpečený jen uživatelským jménem a heslem „admin, admin“. Chtějte po svých IT technících zabezpečení vlastním heslem. Zvažte, zda budete využívat Wi-Fi síť, pokud ne, nechte ji vypnout v nastavení modemu / routeru. Pokud chcete pacientům poskytovat Wi-Fi síť, vždy se musí jednat o tzv. izolovanou síť od vnitřní sítě ordinace. Naštěstí dnešní modemy a routery tyto funkce nabízejí. Jedná se o funkci tzv. Guest sítě.

Šifra mistra Doktora

Jak zbránit zneužití dat při odcizení počítače? Ať se bude jednat o notebook, který si převážíte z ordinace na návštěvy k pacientům, případně pevný počítač v ordinaci, nejbezpečnější ochrana proti zneužití je tzv. šifrování dat. Bez znalosti šifrovacího hesla může být takto zabezpečený počítač jen kusem železa. A o to nám jde. Musíme mít jistotu, že data nebudou zneužita. Uvedu zde několik programů, které jsou schopny šifrování zajistit. V první řadě to je nástroj BitLocker Drive Encryption, který je součástí WIN 8 a 10 ve verzi Professional a Enterprise. Bohužel v rámci WIN7 je ve verzi Ultimate a Enterprise (tyto verze s velkou pravděpodobností na svých PC mít nebudete). Pokud tedy nemáme v rámci svého operačního systému BitLocker, doporučuji volně použitelný program VeraCrypt anebo placený program od firmy ESET DESlock (cena pro zdrav. zařízení je cca 700 Kč / rok). Můžete chtít zabezpečit buď celý disk počítače, anebo pouze jen např. patientská data a citlivé dokumenty.

Heslo, aneb klíč od trezoru je v zamčeném trezoru

Také už vám vadí neustálé vymýšlení nových a nových hesel? A používání jména dítěte, vnučky, či domácího mazlíčka se vám nezdá bezpečné? Uvedu pár nápadů, jak se postavit čelem k tvorbě hesel. Předpokladem správného hesla je využívat rozsahu celé klávesnice. Správné heslo by mělo obsahovat jak velká, tak malá písmena. Pokud k heslu přidáme další speciální znak (_?! # *), heslo se stane o několik řádů bezpečnějším. Minimální délka bezpečného hesla je 8 znaků. Pro zajímavost uvádím webovou adresu pro posouzení kvality



ských programů. Nejlevnějším způsobem zálohování je použití flashdisku o potřebné kapacitě. Cena tohoto média je závislá na kapacitě uložité a začíná na dvou stech korunách. Doporučuji si obstarat disků více a periodicky je střídat. Neschovávejte všechny USB klíčenky v rámci ordinace, ale odnese si zálohu také mimo ordinaci (riziko požáru, vyplavení, vykradení). Další možností zálohování je externí USB disk, který slouží pro zálohová-

hesla: <https://howsecureismypassword.net> včetně informace, jak dlouho by trvalo takové heslo prolomit.

Uvedu několik příkladů, jak si vytvořit dobře zapamatovatelné heslo. Z praktického hlediska se vyhněte Y a Z (často dochází k záměně na klávesnici) případně nuly 0 nebo písmenka O. Heslo si můžete poskládat např. z prvních písmenek nějaké zapamatovatelné říkanky nebo přísloví. Další možností je oblíbená filmová hláška, oblíbené město na dovolené s rokem navštívení. Nastává ještě otázka, jak si hesla zapamatovat. Někdo použije diář, jiný si jej zapamatuje. Existuje také spousta speciálních programů, které po zadání dostatečně silného hesla odhalí uložená hesla v databázi programu. Databázi hesel je možné přenášet na flashdisku a pohodlně s ní pracovat na kterémkoliv počítači. Zajímavým příkladem programu je software Keepass.

Doba zálohová, aneb zálohovat, zálohovat, zálohovat

K dosažení bezpečnosti dat si dovoluji také poukázat na nutnost zálohování. Zejména je potřebná záloha lékař-

ní většího množství dat. Pohodlnou možností automatických záloh je použití tzv. síťového úložiště. Představte si jej jako mini počítač, který zamknete na bezpečném místě v rámci prostor ordinace. Data na něj mohou být automaticky zálohována. Poslední uváděnou metodou zálohování je zálohování do Cloudu. Jedná se o disk „někde“ v internetu. Pokud chcete citlivá data zálohovat do „obláčku“, doporučuji data předem šifrovat – učinit je nečitelná pro případné odcizení. Nikdy nemůžeme s jistotou vědět, co a kdo je na druhé straně. Společností nabízejících tyto služby je spousta a cenová politika je také různá. Pro konkrétní představu cena Cloudu od Microsoftu – One Drive vychází cca 600 Kč / rok za 50 GB prostoru. Řešení od Googlu 1200 Kč / rok za 30 GB prostoru. Tyto kapacity mohou bohatě dostačovat pro potřeby ukládání vašich dat.

Pokud splníte uváděné požadavky, budete plně připraveni na zodpovědné nakládání s vám svěřenými daty. Pokud bude vše dobře nastavené, nebudou vás opatření výrazně omezovat ve vaší práci.

**Vážené kolegyně, vážení kolegové,
obdržel jsem dotaz od dr. Stozka týkající se článku dr. Kováře „Kvartérní prevence“ uveřejněném v časopise Practicus č. 5/2018.**

O vyjádření jsem pořádal autora článku a předkládáme vám rovněž stanovisko vědeckého sekretáře SVL ČLS JEP doc. Seiferta.

**MUDr. Stanislav Konštický, CSc.
šéfredaktor časopisu**

Vážený pane doktore,
jak už jsem Vám psal v minulosti, považuji já i moje manželka (také praktik) časopis Practicus za jeden z nejpopulárnějších časopisů pro praktické lékaře.

V posledním čísle nás ale poměrně silně znepokojil článek MUDr. Kováře o kvartérní prevenci. Nepochybně lze jen souhlasit s tvrzením o jevech, jako je overdiagnosis a overtreatment, nicméně vyjádření o narkolepsii u dětí po očkování proti chřipce, jako by se jednalo o zcela běžnou komplikaci, podceňování škodlivých následků preventivních prohlídek ve studiích a podobně jsou poměrně silnou kávou.

Bylo by možné, zda by redakční rada požádala pana doktora o přesné citace studií, ze kterých vycházel? Případně by nás (a mnoho dalších kolegů, se kterými jsme článek diskutovali) zajímal názor vás, čelných představitelů SVL.

Docela se obávám toho, že se článku chopí novináři, kteří si pak pana doktora rádi pozvou do pořadů typu Sama doma a podobně a veškeré mnohaleté úsilí stran prevence a očkování se rozplyne do věty „vždyť to říkali v televizi, psali v jejich časopise“.

Velice děkuji za Váš názor a přeji příjemný zbytek dne,

MUDr. Dalibor Stozek
vedoucí lékař Tree of Life

Vážený pane doktore,
dovoluji si Vám odpovědět na Vaši reakci na článek „Kvartérní prevence“. Předně Vás i ostatní čtenáře chci ubezpečit, že jsem prodělal stejnou poplachovou reakci, když jsem se s uvedenými daty seznamoval. Ano, je to silná káva.

1/Studie a další zdroje, které byly zásadním podkladem článku/workshopu, jsou uvedeny níže.

Martins C, Godycki-Cwirko M, Heleno B, Brodersen J. Quaternary prevention: reviewing the concept: Quaternary prevention aims to protect patients from medical harm.

The European Journal of General Practice. 2018;24(1):106-111. doi:10.1080/13814788.2017.1422177.

Jørgensen Torben, Jacobsen Rikke Kart, Toft Ulla, Aadahl Mette, Glümer Charlotte, Pisinger Charlotta et al. Effect of screening and lifestyle counselling on incidence of ischaemic heart disease in general population: Inter99 randomised trial *BMJ* 2014;348 :g3617

Krogsbøll LT, Jørgensen KJ, Grønhøj Larsen C, Gøtzsche PC. General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease: Cochrane systematic review and meta-analysis. *The BMJ*. 2012;345:e7191. doi:10.1136/bmj.e7191.

Brodersen J, Schwartz LM, Heneghan C, et al Overdiagnosis: what it is and what it isn't *BMJ Evidence-Based Medicine* 2018;23:1-3.

Wijnans L, Lecomte C, de Vries C, et al. The incidence of narcolepsy in Europe: before, during, and after the influenza A(H1N1)pdm09 pandemic and vaccination campaigns. *Vaccine*. 2013;31:1246–1254

<http://cochranelibrary-wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD001877.pub5/pdf> (zobrazeno naposledy 26. 6. 2018)

<http://showmorespine.com/vertebral-fractures.html#-top> (zobrazeno naposledy 26. 6. 2018)

https://www.medscape.com/viewarticle/893083?nclid=121888_430&src=WNL_mdplsfeat_180417_mscpeid_fmed&uac=269059SZ&spon=34&im-pID=1609872&faf=1 (zobrazeno naposledy 26. 6. 2018)

2/ Informace o riziku očkování proti chřipce jsem pro článek velmi simplifikoval. Problematika se týká vakcíny Pandemix (A(H1N1)) používané v Evropě (např. v Kanadě podobný nárůst incidence narkolepsie pozorován nebyl) a zasahuje do oblasti auto-

imunity a způsobů, jakými jsou připravovány antigenní komponenty vakcín. V článku toto sdělení působí neadekvátně dramaticky, za což se čtenářům velmi omlouvám. Ilustrativní význam problému (nic není zcela bezpečné) považuji za vypovídající, ale nyní vnímám citlivost kontextu v době relativizování benefitů vakcinací. Sám očkuji stovky pacientů ročně.

- 3/ Limitace studií, které hodnotí efektivitu preventivních prohlídek, spočívá jistě v populaci, kterou sledují, zejm. se jedná o obyvatele západních států, kteří mohou mít obecně zdravější životní styl i životní prostředí. Efekt intervence je pak méně výrazný. Budiž otázka přenositelnosti dat do našeho prostředí výzvou vědeckým kapacitám v oboru VPL.
- 4/ Článek reflektoval uvedený workshop a z vyhrazených 45 minut jsme 30 minut diskutovali o sděleném. Obhajoba preventivních prohlídek zněla velmi silně. Přes významný benefit pro jednotlivce (záchyt DM, arytmií atd.) však zůstává populační efekt potazný. Přijetí důkazů o minimálně nejednoznačných benefitech prevence vedlo k hledání nového smyslu této zavedené formy kontaktu s pacientem s důrazem na komunikaci a aktuální reálné potřeby pacienta, nikoliv pouze plnění požadavků vyhlášky. S dovolením zopakují slova kolegy Muchy, využijme tento „vzácný vyhrazený čas pro pacienta“ efektivně.
- 5/ Vážím si současné pozice VPL, těžce vybudované čelnými stávajícími i emeritními představiteli SVL i SPL i kolegy pracujícími ve svých ordinacích a nechci tuto pozici ohrozit. Domnívám se však, že ji ohrozíme sami, budeme-li zatvrzele bránit historická dogmata bez reflexe aktuálního vývoje znalostí. Dále ujišťuji Vás i ostatní kolegy že moje případné obávané mediální výstupy budou vždy v souladu s filosofií a politikou tvůrců koncepce našeho oboru a nebudou zkratkovitě relativizovat ani nabízet alternativní fakta.

MUDr. Jan Kovář

Redakci časopisu Practicus jsem byl požádán o vyjádření k diskusi, vyvolané článkem MUDr. Jana Kováře, na téma kvartérní prevence.

Předně chci zdůraznit, že si vážím kolegy Kováře, který se odvážil vyjít s tímto kontroverzním tématem, stejně jako rychlé reakce kolegy Stozska, který reagoval na zpochybnění principů, na které jsou ochotní vzdělání praktičtí lékaři v této zemi přísahat. Považuji diskusi na toto téma za velmi prospěšnou a poučnou.

Ordinuji, postupuji a své rezidenty učím postupovat podle našich doporučených postupů a metodik. Zároveň se pohybuji v mezinárodním prostoru akademické praktické medicíny. Polemika, která je předmětem této diskuze, se tak odehrává i ve mně samotném.

Proč toto téma berou zahraniční kolegové tak vážně a u nás je spíše zpochybnováno?

V zemích západní Evropy, Skandinávie, ve Spojených Státech, Kanadě a Austrálii je výzkum v praktickém lékařství zásadním příspěvkem k rozvoji lékařské vědy. Do výzkumu v primární péči se investují obrovské sumy; do optimalizace časné diagnostiky nádorových onemocnění v primární péči, do prevence kardiometabolických onemocnění, managementu funkčních chorob, apod. Zatímco v České republice se výzkumem v primární péči zabývá aktuálně pět postgraduálních studentů, v Holandsku jich je tradičně několik set.

U nás má praktické lékařství reputaci nejméně rigorózně intelektuální lékařské disciplíny; český praktický lékař postrádá vědeckou sebedůvěru, náš obor není intelektuálně atraktivní a chybí nám aplikace kritického myšlení v praxi. Vědu chápeme do vysoké míry jako informaci zprostředkovanou specialisty. Naší pozici ještě oslabuje nejistota, se kterou, vzhledem k charakteru naší činnosti, pracujeme tak, jak ji popisuje kolega Kovář.

Preventivní prohlídky považujeme za tradiční součást našeho přístupu k pacientům, za příležitost působit osvětově na pacienty v chráněném čase, identifikovat rizikové faktory a následně provádět intervence. Obsah našich preventivních prohlídek ale není podložen důkazy. Ve zhruba 30% účasti na prevencích se uplatňuje tzv. paradox univerzální prevence; vyhledávají ji spíše ti, kteří ji nejméně potřebují. Přitom důkazy jsou pro intervence u selektované rizikové populace. O Krogsbollově studii z roku 2012, kterou cituje kolega Kovář, si můžeme myslet cokoliv, ale žádný důkaz o efektivitě preventivních prohlídek v ČR neexistuje. Takže naše argumenty mohou být maximálně pocitové....

Článek Dr. Kováře vychází z deklarace Skupiny pro kvalitu v primární péči EQuIP, kterou přijala na konferenci v Krakově Evropská rada WONCA a kterou podporuje i WHO. Deklarace nezpochybňuje mezinárodní ani národní doporučené postupy, které jsou součástí péče lege artis v dané zemi. Upozorňuje na problém a připomíná, že mezi úkoly praktického lékaře v 21. století patří: - chránit pacienty před zbytným vyšetřováním a léčením - využívat vědomosti a zkušenosti, stejně jako znalost pacienta v kontextu jeho rodiny, práce a prostředí, ve kterém žije, pro doporučení přiměřeného postupu pro individuálního pacienta.

Problém nadměrné diagnostiky a léčby je u nás ještě umocněn volným pohybem pacienta v systému se známými riziky. Usměrnit tento pohyb je ostatně jedním z cílů aktuálně diskutované reformy primární péče.

Deklarace by mohla být impulsem pro nás a naši odbornou společnost, abychom kladli otázky a hledali na ně odpovědi, ve prospěch efektivitě naší práce a bezpečnosti našich pacientů.

doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D.
vědecký sekretář SVL ČLS JEP

Proč se EU rozhodla vyhánět výrobu léčiv mimo území Evropy?

Praha, 20. června 2018

Evropský parlament již několikrát vyzval Evropskou komisi, aby zavedla osvobození od dodatkového ochranného osvědčení (SPC) pro výrobu léčiv. Pokud by se osvobození od SPC nepodařilo zavést, znamenalo by to pokračování negativního efektu SPC spočívajícího ve vytlačování výroby generických léčiv mimo EU. Evropská komise sice připravila legislativní návrh na změnu pravidel SPC, ten však nepokrývá veškeré nutné požadavky na tuto změnu a nyní je opět na Evropském parlamentu a Radě Evropy, aby návrh prošel úpravou. Evropská komise zároveň zveřejnila studii o dopadu osvobození od SPC, která ukazuje, že by to pro EU znamenalo zvýšení čistých prodejů o 9,5 miliardy eur ve farmaceutickém průmyslu, vytvoření 25 000 nových pracovních míst a úspory na farmaceutických výdajích v EU ve výši 3,1 miliardy eur.

Dodatkové ochranné osvědčení (SPC, Supplementary Protection Certificate), dané nařízením č. 469/2009, je evropské opatření, které prodlužuje ochranu patentovaných léčiv až o 5 let jako kompenzaci za čas ztracený při získávání registrace daného léčiva. Během tohoto období nesmějí evropští výrobci generických léčiv a biosimilars vyrábět na území EU.

Výrobci se sídlem v zemích mimo EU, kde neexistuje ochrana na základě SPC (např. v Kanadě, Brazílii, Rusku, Indii a Číně), nebo v zemích, kde je doba ochrany kratší, mohou vyrábět a vstoupit na nechráněné trhy už o pět let dříve, než je umožněno výrobcům se sídlem v EU.

Evropské výrobce generických léků a biosimilars to nutí přesouvat výrobu mimo EU s cílem zachovat si konkurenceschopnost na celosvětové úrovni. To může zvýšit závislost EU na léčivých přípravcích vyráběných mimo EU, a navíc to znamená ztrátu pracovních míst.

Výrobní výjimka z osvědčení SPC je navrhované opatření, které by společností vyvíjejícím generické léky a biosimilars povolilo výrobu v EU i během lhůty platnosti osvědčení SPC – budou tak moci dodat léčiva na patentově nechráněné trhy ihned, jakmile ochranná lhůta vyprší.

„Okamžité uvedení na trh od prvního dne“: Tímto pojmem se rozumí uvedení generických léků a biosimilars na trh okamžitě po vypršení platnosti osvědčení SPC. Evropští výrobci generických léků a biosimilars v současné době nemohou dodat příslušná léčiva na trh hned první den po vypršení platnosti osvědčení SPC, protože v tento den mohou teprve začít s jejich výrobou. Tyto společnosti jsou proto nuceny přesouvat výrobu jinam, aby mohly začít prodávat hned od prvního dne, a neztratily tak konkurenceschopnost vůči výrobcům vyrábějícím mimo území EU.

Výkonný ředitel ČAFF Martin Mátl říká: „Nový legislativní návrh by měl umožnit firmám připravit se na okamžité uvedení na trh od prvního dne po vypršení platnosti patentové ochrany v Evropě. Až v 80 % případů končí doba platnosti ochrany účinných látek v Evropě později než v jiných oblastech světa, což výrobce z EU konkurenčně znevýhodňuje oproti farmaceutickým společnostem nepocházejícím z EU. V případě léků vyžadujících velké investice do vývoje a výroby, jako jsou například biosimilars, je možnost přípravy na okamžité uvedení na trh od prvního dne v rámci EU klíčovým kritériem pro umístění souvisejících provozů do Evropy. Zatímco dovážená biosimilars a léčiva z trhů, kde neplatí osvědčení SPC, budou dostupná od prvního dne, výrobci s výrobními provozovny v EU by se do této klíčové fáze utváření trhu nemohli zapojit.“

Výrobní výjimka z osvědčení SPC přinese Evropské unii obrovské příležitosti, jak dokládá studie od společnosti Charles River Associates – nezávislá studie zadaná a publikovaná Evropskou komisí:

- navýšení čistých tržeb farmaceutického průmyslu v rámci EU o 7,3 až 9,5 miliardy eur do roku 2025;
- 20 000 až 25 000 nových přímých pracovních míst v zemích Evropské unie do roku 2025;
- rychlejší nástup konkurenčního prostředí pro generická léčiva a biosimilars v EU po vypršení platnosti osvědčení SPC – z toho vyplývá také lepší dostupnost těchto léčiv pro pacienty;
- úspory farmaceutických výdajů ve výši 1,6 až 3,1 miliardy eur.

Jak se vypočítává délka SPC?

Délka trvání případného SPC se počítá jako doba od získání patentu na účinnou látku do okamžiku získání registrace zkrácená o 5 let, přičemž maximální délka doby trvání SPC je 5 let. Například pokud mezi získáním patentu a získáním registrace uplyne 8 let, je maximální možná délka trvání SPC 3 roky. Pokud ale uplyne mezi získáním patentu a získáním registrace 12 let, je maximální možná délka trvání SPC jenom 5 let.

Informace o výrobní výjimce z osvědčení SPC jsou k dispozici na webových stránkách www.spcwaiver.com.

Pro více informací kontaktujte:

Andrea Ringelhánová

Česká asociace farmaceutických firem
andrea.ringelhanova@caff.eu

Jak připravit OČI na dovolenou

Rozsednuté obroučky, ztracené čočky, peripetie s plaváním, unavené oči z dlouhé jízdy, infekce, nečekané úrazy či rohovka spálená od slunce. Mnoho lidí se tak soustředí na svou blížící se vysněnou dovolenou a přípravu s odjezdem spojené, že zapomenou věnovat před cestou adekvátní pozornost svým očím. A co si budeme povídat, vidět na dovolené by bylo jistě fajn. Pojďme se s očními lékaři podívat na to, co nám hrozí a jak tomu předejít.

Samota na konci světa, výprava do jihoamerických pralesů, rumunské hory, výlet po Itálii, jachta v Chorvatsku, track po Islandu, nicnedělání na Kapverdách či relax na chalupě. Léto má pro každého vlastní šmrnc. Abyste si vytožený oddych užili naplno, potřebujete vstřebávat nové zážitky s očima dokořán.

Pozor na úrazy způsobené dioptrickými brýlemi

Letní období je typické tím, že nám na našem těle překáží všechno, co tam svým způsobem „nepatří“. Víc se pohybujeme, sportujeme, potřebujeme proto větší svobodu, a to nejen v pohybu. Dioptrické brýle nebo čočky nás sice neomezují v pohybu, ale v rozhledu ano. „Většina našich pacientů si stěžuje, že se jim s dioptrickými brýlemi hůře sportuje. V létě, kdy se více hýbeme a potíme, jsou často nepohodlnou překážkou,“ říká oční lékařka MUDr. Jana Mikšovská z oční kliniky DuoVize Praha. „Dioptrická sluneční skla jsou už v dnešní době odlehčená a z nerozbitných materiálů, takže při jejich rozbití nevznikají nebezpečné ostré střežiny. Riziko úrazu však není dobré podceňovat. Při úderu, nešťastném pádu na horském kole nebo při provozování extrémních sportů se rámeček může prakticky kdykoliv přelomit a způsobit poranění jako jakýkoliv jiný ostrý předmět,“ dodává Jana Mikšovská.

TIP LÉKAŘE: Pokud plánujete vyrazit na dovolenou s brýlemi na nose, nechte si vyrobit náhradní pár.

„Mnoho našich pacientů nám po návratu z exotických výprav či „obyčejného“ oddychu v Chorvatsku vypráví příběhy o tom, která o brýle přišli. Osudy brýlí jsou různé. Některé jsou zcizeny společně s kabelkou, jiné se nenávratně ztratí ve vlnách, další skončí zlomeny na dně plážové tašky. Dovolená se v tu chvíli mění na detektivní misi s účelem najít optiku a v nekonečné čekání na výrobu nových skel nebo celých brýlí. Už při třech a více dioptrických člověk téměř nevidí a dovolená bez brýlí se tak stává utrpením.“

Kontaktní čočky: pozor na záněty

Kontaktní čočky před plaváním vyndejte. Jinak si koledujete o nebezpečný zánět!

O něco praktičtější jsou dle očních chirurgů pro letní

měsíce kontaktní čočky. „Při jejich nošení je však důležité přísně dodržovat hygienická pravidla, aby se vaše dovolená neproměnila v trápení s vracejícími se očními záněty. Čočky nikdy nenoste delší dobu, než na kterou jsou určeny a střídajte je s brýlemi, aby si oči ve vedrech občas odpočinuly a rohovka se mohla zhluboka „nadechnout“ kyslíku.“

Obzvláště opatrní bychom dle odborníků měli být při pobytu u vody.

Základní pravidlo bezpečného nošení čoček zní: nikdy s nimi nechoďte do vody. Zejména se vyhybejte plavání ve stojatých vodách, jako jsou rybníky a jezera. Dobrovolně byste tak riskovali oční záněty. Ve vodě přežívají bakterie, viry, chlamydie, plísňe a akantaméby. Mikroorganismy se díky kontaktní čočce lépe „přisají“ na oko a mohou způsobit vážné záněty rohovky spojené s bolestmi, světloplachostí, zarudnutím, slzením a vředy. V extrémních případech mohou způsobit až slepotu.

Laserová operace pár dní před dovolenou? Stiháte?

Lékaři oční kliniky DuoVize doporučují před dovolenou podstoupit operaci očí, která vás zbaví mnoha nepříjemností. Ať už se na dovolenou chystáte autem či letadlem, mít oči v pořádku se rozhodně vyplatí. Při dlouhém řízení hrozí vlivem únavy zhoršení vidění. To bývá příčinou častých dopravních nehod. Při cestování letadlem je zase problémem suchý vzduch. A vysušené čočky rozhodně nejsou pro oko nic příjemného.

Ideální laserová operace před létem? NeoLASIK HD nebo NeoSMILE 3D

Většina z nás už o laserové operaci očí slyšela. A většina z nás o ní už uvažovala. Zvláště ve chvílích, kdy nám brýle nebo čočky komplikují život. Jako třeba v létě. Mnoho lidí trpí předsudky, že právě léto není na operaci vhodný čas. Tato obava je zbytečným přežitkem. Podle primářky oční kliniky DuoVize MUDr. Lucie Valešové je však v letních měsících důležité pouze vybrat si správnou metodu laserové operace.

„V létě jsou nejlepší volbou operační metody, při kterých oční chirurg odstraňuje dioptrie femtosekundovým laserem, například NeoLASIK HD nebo NeoSMILE 3D, bezbolestná metoda známá ve světě jako SMILE. Během operace se již neužívá excimerový laser, celou operaci vykonává femtosekundový laser sám. Odstraní dioptrie přímo v rohovce bez toho, aby musel chirurg narušit a pálit povrch rohovky. Rohovka tak zůstane pevná a celistvá. Večer po zákroku může pacient normálně fungovat, sedm dní po operaci sportovat a cca po deseti dnech si může užívat léto bez omezení.“

Kontrola očí před cestou na dovolenou

Oční lékaři upozorňují také na to, abyste nezapomněli mezi nákupy plavek a nafukovacích lehátek zajít na kontrolu k očnímu lékaři.

„Lidé mohou mít až o 50 % zhoršené vidění a stále si myslí, že vidí výborně. Většina očních diagnóz nemá v počátečním stadiu žádné příznaky. Stav zhoršeného vidění přichází často nepozorovaně a pomalu. Člověk se snadno adaptuje na zhoršené vidění a slábnoucí zrak si uvědomí, až když je pozdě. Přitom stačí, že si za volant sedne s nezkorigovanou půlkou či mínus jednou dioptrií a zpomalené reakce mohou doslova způsobit neštěstí“, dodává primářka Valešová.

Dle očních lékařů je stav, kdy člověk trpí zhoršeným viděním za volantem, přirovnatelný k tomu, když do auta sedne opilý nebo pod vlivem drog. S kvalitou zraku souvisí i rychlost řídicích reakcí. Test ve Velké Británii, který iniciovala britská pojišťovna RSA, odhalil závažné zjištění: řidiči s nedostatečně zkorigovaným viděním vybočují ze svého jízdního pruhu o 62% častěji než řidiči s bezchybným viděním. *„Vada zraku je, speciálně v kombinaci s rychlou jízdou, skutečným rizikem“*, varuje lékařka, a zároveň upozorňuje na důležitost pravidelných přestávek.

Dobré periferní vidění může při řízení jednoznačně zachránit život v situacích, kdy:

- Vám z boku vjede do cesty cyklista
- Chodec nečekaně vejde na přechod
- Ve zpětném zrcátku na dálnici nevidíte rychle vás předjíždějící vůz

Na cestě dělejte pravidelné přestávky

Na dlouhých cestách klesá vlivem stereotypní činnosti pozornost. Oči se rychleji unaví a koncentrace se snižuje. Proto si dělejte jednou za jednu až dvě hodiny přestávku. Protáhněte se, projděte, dejte si kávu, nebo se klidně proběhněte. Čerstvý vzduch prospívá i unaveným očím. Pokud máte problémy s periferním viděním a před cestou jste nestihli navštívit lékaře, odstraňte alespoň nálepky na předním skle a různé předměty visící na zpětném zrcátku. Všechno zmíněné omezuje periferní vidění. V našem zorném poli by tak neměly být žádné předměty, které brání perifernímu vidění, protože na sebe strhávají pozornost.

Za volant nepatří modrá a hodně zatmavená skla

Zjistilo se, že barva skel mění vnímání vzdálenosti. Velmi tmavá a silně zabarvená skla nejsou vhodná pro řízení. Zhoršují schopnost vnímání kontrastů a celkového vidění. Intenzita zatmavení skel by neměla být vyšší než 60%. Nejvhodnější barva filtru pro řízení je hnědá. Naopak se vyhněte zabarvení modrému – zhoršuje vnímání červené a zelené barvy až o 30%. Může se tak stát, že vám ve změní billboardů a dopravních značek splyne červená na

semaforu. Naopak žlutá skla v brýlích mohou napomoci lepšímu vidění v mlze. Ideální jsou pak skla s polarizačním efektem – perfektně zlepšují vidění po dešti na mokré vozovce.

Jak poznat, že jste barvoslepi?

Barvoslepost je označení pro poruchu vnímání barev, tzv. barvocitu. Lidé trpící touto poruchou mohou získat řidičské oprávnění. Důležité je, na jaké barvy se barvoslepost vztahuje. Pro řízení je stěžejní dobré rozlišení červené a zelené, především v jejich intenzivních odstínech. Některé poruchy barvocitu jsou jen velmi jemné. Jde o genetické onemocnění, které se nedá léčit. Lze s ním žít, nijak zásadně člověka v běžném provozu neomezuje, je však třeba na něj pamatovat při řízení.

Sluneční brýle

„Na sluneční záření jsou obecně citlivější lidé s minusovými dioptriemi. Bývají více světlopláš a výrazně reagují na ostré světlo. Brýle by měli nosit vždy za jasného počasí. Ostatně jako všichni – chráníme tak jeden z našich nejceněnějších smyslů, tedy zrak“, radí MUDr. Jana Mikšovská.

Obzvláště důležitá je podle odborníků ochrana před sluncem u moře a na horách, kde je slunce agresivnější. V oboru očního lékařství existují záznamy o případech, kdy pacient vlivem vysoké intenzity světla dočasně oslepl. Proto je stěžejní výběr slunečních brýlí – je třeba pořídit kvalitní brýle, nejlépe s UV filtrem. A nezapomínejme na děti. Jejich zrak musíme také chránit. A to od prvního momentu, kdy je vystaven přímému slunečnímu záření. Pro malé děti existují sluneční brýle na gumičku, která je zafixuje. Pro nejmenší doporučujeme alespoň čepici s kšiltlem, abychom jejich oči ochránili před přímým slunečním zářením.

ZAJÍMAVOSTI:

Věděli jste, že bungee jumping může poškodit zrak?

Některé typy sportů jsou pro oko skutečně nebezpečné – například právě bungee jumping. Tento sport nedoporučují lékaři krátkozrakým lidem s dioptriemi vyššími než 4. Oko je vystaveno velkým nárazům a může dojít až k odtržení sítnice.

LEKÁRNIČKA NA CESTY: i oko se může spálit od slunce

Stejně jako se lehce spálí pokožka, hrozí podráždění či popálení povrchu oka – resp. oční rohovky. Projevuje se silnými pocity řezání a pálení. V takové situaci pomůžou tzv. umělé slzy. A proto je dobré, aby byly stálým obsahem vaší lékárničky (nejen) na cesty. Umělé slzy se vyplatí, stejně jako protizánětlivé kapky, mít po ruce hned v několika baleních.

Toxikologické informační středisko každoročně obdrží na 200 dotazů ohledně rtuti – otrava je ale vzácná

Toxikologické informační středisko (TIS) pro Českou republiku funguje již po více než 50 let v nepřetržitém provozu na Klinice pracovního lékařství Všeobecné fakultní nemocnice v Praze. Ročně toto pracoviště vyřizuje 17 tisíc telefonátů, z nichž se téměř 200 týká rtuti. Nejčastěji se probírá riziko otravy ve spojitosti s rozbitím rtuťového teploměru. K té však dochází velice vzácně a i samotná konzumace rtuti nemusí způsobit závažné zdravotní komplikace.

Rtuť je těžký toxický kovový prvek. V běžném životě se s ní můžete setkat v podobě slitin (amalgámů) nebo náplní některých přístrojů, jako jsou staré teploměry či barometry. Vypařuje se už při pokojové teplotě a její výpary jsou jedovaté. Otrava rtuťí se projevuje zánětem dásní, třesem, neklidem a převráceným režimem spánku. „Tyto otravy dokážeme úspěšně léčit pomocí chelototvorných antidot (zejména unithiolu, DMPS). Dochází k nim však velmi vzácně, antidotum vydáváme přibližně dvakrát do roka,“ říká **prof. MUDr. Daniela Pelclová, CSc., z Kliniky pracovního lékařství Všeobecné fakultní nemocnice v Praze a 1. LF UK.**

Kdy bychom se měli rtuti obávat?

K otravě rtuťí většinou dochází na pracovištích nebo při nehodách se zahřátou rtuťí. Jde o kumulativní jed, který se z těla vylučuje velmi pomalu (polovina se vyloučí přibližně do 60 dní). „Pokud budeme každodenně vdechovat určité malé množství par, bude se rtuť v těle hromadit a po několika týdnech až měsících může vyvolat otravu s poškozením nervového systému, dásní a ledvin,“ upozorňuje **prof. Pelclová**. Takový případ může nastat, pokud po rozbití teploměru rtuť důkladně neuklidíte (například z koberce).

Ani konzumace rtuti nepředstavuje hrozbu

Nejčastější nehodou u dětí je požití lesklých kuliček rtuti nebo vzácně spolknutí amalgámové zubní výplně. „Díky tomu, že tyto formy rtuti nejsou ve vodě rozpustné a ze zažívacího traktu se nevstřebávají, není naštěstí požití rtuti z rozbitého teploměru nebezpečné,“ vysvětluje **prof. Pelclová**. Přesvědčil se o tom i mladý muž, který se pokusil spáchat sebevraždu konzumací rtuti ze 4 teploměrů. Výsledkem však byly jen zažívací potíže. „Ani s otravami organickými sloučeninami rtuti, kde zdrojem mohou být mořské ryby z kontaminovaných mořských oblastí, se v České republice nesetkáváme,“ říká **prof. Pelclová**.

Při pochybnostech lze souvislost zdravotních obtíží ověřit pomocí analýzy koncentrace rtuti v krvi (akutní otrava) nebo v moči (subakutní a chronická otrava) v Toxikologické laboratoři. V rámci akce „Léto bez rtuti“ nabízí laboratoř vyšetření za zvýhodněných podmínek. Pro více informací navštivte: individualnipecce.vfn.cz/cs-CZ/novinky/leto-bez-rtuti

Kontakt na Toxikologickou laboratoř:

Mgr. Štěpánka Vlčková, CSc.: vedoucí Toxikologické laboratoře Kliniky pracovního lékařství VFN
Na Bojišti 1, Praha 2
Tel.: 224 964 635

Jak postupovat při úklidu rtuti z rozbitého teploměru

1. Použijte gumové rukavice, dobře místnost větrejte a nepouštějte do ní děti a zvířata.
2. Kontaminované místo nikdy nevysávejte vysavačem, nepoužívejte ani mop či smeták.
3. Kuličky rtuti sesbírejte pomocí lepící pásky, smetěte do uzavíratelné nádoby tvrdým papírem nebo je nasajte do plastové stříkačky.
4. Celé kontaminované místo prohlédněte, použijte i baterku.
5. K úklidu nepoužívejte čisticí prostředky obsahující chlór.
6. Po likvidaci rtuti místnost důkladně vyvětrejte.

Více informací najdete na adrese:

<http://www.tis-cz.cz/index.php/informace-pro-verejnost/rtut-z-teplomeru-likvidace>

Výdaje na zdravotní péči překročí poprvé v historii hranici 300 miliard Kč

Praha, 20. června: **Včera ukončené dohodovací řízení k cenám za zdravotnické služby v roce 2019 skončilo dohodou. Pozitivní výsledek je dán jak vstřícným přístupem všech jednajících stran, tak přístupem ministerstva zdravotnictví, které již od začátku jednání dalo jednoznačně najevo, že nebude preferovat žádný ze segmentů a podporuje dohodu ve všech segmentech. V roce 2019 tak půjde na zdravotnické služby rekordní částka 310 miliard korun, což je zhruba o 24 miliard korun více než v letošním roce.**

Dohodovací řízení probíhá každoročně a slouží jako platforma k vyjednávání cen za zdravotnické služby mezi zdravotními pojišťovnami a zástupci poskytovatelů zdravotní péče. Až do letošního roku však končila jednání většinou nedohodou. Důvodem bylo přesvědčení některých zástupců poskytovatelů, že v případě nedohody získají lepší podmínky díky rozhodnutím ministerstva zdravotnictví a často tomu tak také bylo. „Letošní jednání byla náročná, ale většina účastníků dohodovacího řízení přistoupila k jednáním konstruktivně. Máme především radost, že se nám podařilo dohodnout se s nemocnicemi, se kterými to v minulosti nebylo možné,“ kvituje Ing. Ladislav Friedrich, CSc., prezident Svazu zdravotních pojišťoven ČR. „Dohodě přispěl také celkový hospodářský růst, díky kterému se zvyšuje pojistné a do systému zdravotnictví přitéká více finančních zdrojů,“ dodává Friedrich.

Pro nadcházející rok se zdravotní pojišťovny v rámci řízení zavázaly k transparentnímu rozdělení očekávaného nárůstu mezi jednotlivé segmenty. Navýšení úhrad znamená mimo jiné i zvýšení ukazatelů kvality pro pacienty. „Každý ze segmentů si polepší minimálně o 5 %. Toto navýšení je však u některých segmentů ještě větší s ohledem na mimořádné nebo legislativní vlivy. Navíc také počítáme i s vyšším ohodnocením zdravotních sester pracujících ve směnném provozu – pro rok 2019 jsme alokovali částku 4,7 miliardy Kč. Důležité však je říct, že konkrétní mzdové ohodnocení leží vždy plně v rukách ředitele dané nemocnice,“ uvádí Mgr. Martin Balada, výkonný ředitel Svazu zdravotních pojišťoven ČR. „Kromě bonifikace směnného provozu sester budou v nadcházejícím roce pokryty například i mimořádné náklady na změny ve stomatologii a centrové péči,“ upřesňuje Balada.



*Data SZP ČR

Pilíře k udržitelnému financování českého zdravotnictví dle SZP ČR

1. zvýšení dostupnosti kvalitní bezplatné péče pro každého pacienta, díky jasné definici standardu a stanovení pravidel pro ceny za nadstandardní služby
2. zavedení dvousložkového zdravotního pojištění s přímou vazbou na zdravotní pojišťovny a jejich hospodaření
3. motivace pacientů a jejich lékařů k efektivní spolupráci při realizaci programů komplexní péče o chronická onemocnění
4. stanovení férových cen prostřednictvím cenové konkurence mezi poskytovateli zdravotní péče

Po intenzivním, několikakolovém jednání, se nakonec podařilo dosáhnout dohody i se segmentem lékárenské péče. „Stejně jako v dalších segmentech bylo dodrženo navýšení disponibilních zdrojů o 5 % v roce 2019. Navíc jsme se dohodli na jednotkovém navýšení cen za recept, které bude možné díky přesunu části finančních prostředků z marží nejdražších léčivých přípravků,“ vítá závěr náročných jednání MUDr. Renata Knorová, předsedkyně zdravotní sekce Svazu zdravotních pojišťoven ČR. „Výsledkem jednání bylo také ustavení fondu zajištění lékárenských služeb v nedostupných regionech, do kterého by měla směřovat část finančních prostředků vyhrazených pro segment lékárenské péče. Na pravidlech čerpání fondu, která budou specifikována do konce roku 2018, se budou podílet představitelé lékárenské péče a také plátcí,“ uzavírá Knorová.

Za růst rozpočtu českého zdravotnictví vděčíme především příznivé ekonomické situaci. „Rádi bychom trend navyšování pojistného uchovali do následujících let, nicméně období ekonomického růstu nebude trvat věčně a takto pozitivní čísla nemůžeme očekávat, pokud se růst ekonomiky zpomalí či úplně zastaví,“ upozorňuje prezident svazu Friedrich. „Už jen proto budeme do budoucna nadále usilovat o úpravy systému financování zdravotnictví. Náklady na moderní způsoby léčby nebudou klesat, spíše budou mít tendenci se nadále zvyšovat a na to náš systém v případě ekonomické recese připraven není. Naše návrhy na systémové úpravy jsou proto stále aktuální,“ připomíná Friedrich.

Svaz zdravotních pojišťoven České republiky

Svaz zdravotních pojišťoven **sdružuje všech 6 zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven v České republice**. Svaz **hájí společné zájmy zdravotních pojišťoven a jejich klientů** ve vztahu ke státním organizacím, profesním svazům a poskytovatelům zdravotní péče **s hlavním cílem zkvalitňovat služby pro své klienty**. Zaměstnanecké zdravotní pojišťovny poskytují služby pro cca 4,4 mil. občanů ČR. Více informací naleznete na webových stránkách www.szpcr.cz.

Vážení čtenáři a řešitelé testů,

dle nového Stavovského předpisu České lékařské komory č. 16, podle § 5 přílohy č. 1, jsou od 1. 7. 2012 všechny znalostní testy v odborných časopisech hodnoceny jednotně, a to 2 kredity. Za správné vyřešení testu budou řešitelům přiděleny **2 kredity ČLK**. Podmínkou ČLK pro přidělení kreditů je zaslání odpovědí v písemné podobě na odpovědním lístku nebo elektronicky na www.svl.cz, a to **nejpozději do 15. 8. 2018**.

Písemné odpovědi zasílejte na adresu: Oddělení vzdělávání SVL ČLS JEP, Sokolská 31, 120 00 Praha 2.

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

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

Správné odpovědi z čísla 5/2018: 1b, 2ab, 3abc, 4c, 5bc, 6c, 7ab, 8abc, 9bc, 10ac

ZNALOSTNÍ TEST JE HODNOCEN 2 KREDITY ČLK

- Lékem první volby u renální koliky (pokud nejsou kontraindikace např. těhotenství) je:**
 - metamizol
 - diclofenak
 - pethidin
- U těhotné s renální kolikou v III. trimestru používáme:**
 - paracetamol
 - diclofenak
 - metamizol
- Nemocný s renální kolikou je febrilní, anurický. Jaký bude další postup?**
 - urgentní odstranění blokující litiázy s podáním ATB i.v.
 - urgentní dekomprese stentem nebo nefrostomií
 - ATB léčba a pokus o spontánní pasáž konkrementu
- Očkování současnou očkovací vakcínou proti spalničkám Priorix se provádí:**
 - v 10 měsících věku dětí a přeočkování ve 2 a 10 letech
 1. dávka od 13 měsíců do 18 měsíců věku dítěte, 2. dávka od 5 do 6 let
 - očkuje se dvěma dávkami 1. v 15-18 měsících a druhá za 6 až 10 měsíců po první
- Jaký byl názor praktických lékařů na uvolnění hrazené preskripce u vybraných lékových skupin z dotazníků vyplněných praktickými lékaři na XII. Jarní interaktivní konferenci 2018?**
 - nejvyšší míra souhlasu s uvolněním preskripce byla zjištěna u nových PAD a u NOAC
 - nejvyšší míra souhlasu s uvolněním preskripce byla zjištěna u bisfosfonátů
 - nejvyšší míra souhlasu s uvolněním preskripce byla zjištěna u léků na respirační onemocnění (kombinace antiastmatik a tiotropia)
- Z dotazníků vyplněných praktickými lékaři na XII. Jarní interaktivní konferenci 2018: měl věk praktických lékařů vliv na vůli předepisovat nové uvolněné léky?**
 - ano, respondenti ve věku nad 60 let téměř ve všech vybraných lékových skupinách měli menší vůli nově uvolněné léky předepisovat
 - ne
 - ano, výjimku tvoří NOAC a bisfosfonáty, kde vliv věku není zřetelný
- Flavonoidy jsou látky výrazně ovlivňující:**
 - permeabilitu kapilár
 - zvyšují žilní tonus a zpevňují žilní stěnu
 - snižují krevní tlak v kapilárách
- Jaké doporučené množství řepkového oleje denně může podle Amerického úřadu pro kontrolu potravin a léčiv snížit riziko vzniku ischemické choroby srdeční:**
 - 5 g
 - 19 g
 - 36 g
- Řepkový olej charakterizuje oproti jiným běžně používaným olejům:**
 - má nižší obsah nasycených mastných kyselin
 - má nejvyšší obsah omega 6 kyselin
 - je dobrým zdrojem omega 3 mastných kyselin
- Fyzická aktivita trvající jednu hodinu týdně může zabránit:**
 - 12 % onemocnění depresí
 - 30 % onemocnění depresí
 - nemá vliv na počet onemocnění depresí

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

ODPOVĚDNÍ LÍSTEK – TEST Č. 6/2018

Jméno a příjmení _____

Adresa pracoviště _____

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

Zakroužkujte 1–3
správné odpovědi:

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

Vzdělávací semináře

v září 2018



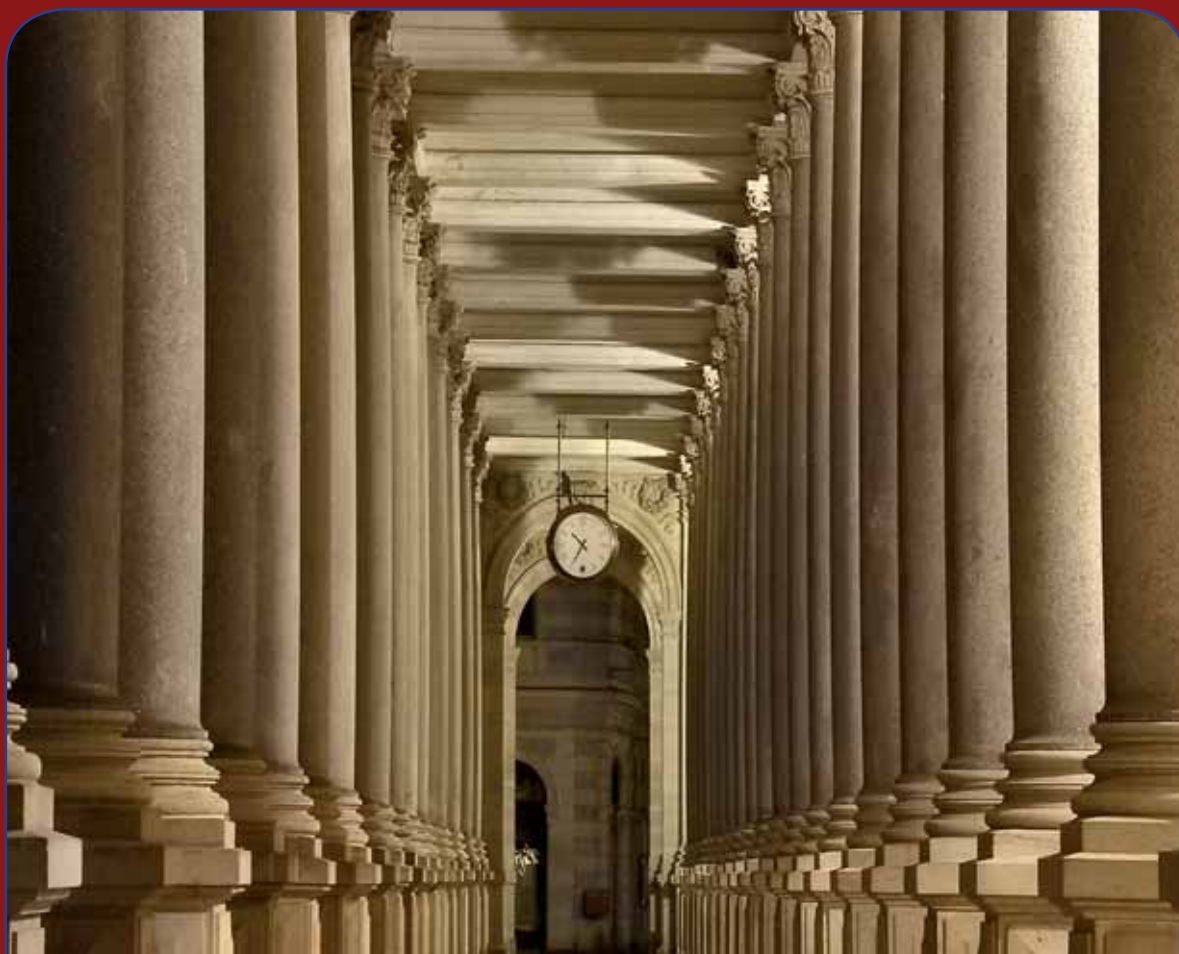
SVL ČLS JEP

Hlavní témata

Očkování proti chřipce

| den | datum | čas | město a místo konání |
|---------|--------|---------------|---|
| čtvrtek | 6. 9. | 16.30–20.30 | Hotel "U Šimla", Závodní 1, Karlovy Vary |
| čtvrtek | 6. 9. | 16.00–20.00 | Clarion Grandhotel Zlatý Lev, Gutenbergova 3, Liberec 1 |
| čtvrtek | 6. 9. | 16.00–20.00 | Clarion Congres Hotel, Špitálské náměstí 3517, Ústí nad Labem |
| sobota | 8. 9. | 9.00–13.00 | Kancelář veřejného ochránce práv, Údolní 39, Brno |
| sobota | 8. 9. | 9.00–13.00 | Teoretické ústavy LF UP Olomouc, Hněvotínská 3, Olomouc |
| pondělí | 10. 9. | 16.30 - 20.30 | Aula SZŠ, Příluky 372, Zlín |
| úterý | 11. 9. | 16.00–20.00 | Hotel Zlatá Štika, Štrossova 127, Pardubice |
| středa | 12. 9. | 16.00–20.00 | Hotel Theresia, Na Petříně 991, Kolín |
| středa | 12. 9. | 17.00–21.00 | presbytář Hotelu Gustav Mahler, Křížová 4, Jihlava |
| čtvrtek | 13. 9. | 16.00–20.00 | Nové Adalbertinum, Velké náměstí 32, Hradec Králové |
| čtvrtek | 20. 9. | 16.00–20.00 | Hotel Imperial, Tyršova č. 6, Ostrava |
| čtvrtek | 20. 9. | 16.00–20.00 | Lék.dům, Sokolská 31, Praha 2 |
| sobota | 22. 9. | 9.00–13.00 | Šafránkův pavilon, alej Svobody č. 31, Plzeň |
| středa | 26. 9. | 16.00–20.00 | Lék.dům, Sokolská 31, Praha 2 |
| středa | 26. 9. | 16.00–20.00 | Clarion Congress Hotel, Pražská třída 2306/14, České Budějovice |

XXXVII. výroční konference SVL ČLS JEP



Termíny pro zaslání a schválení abstrakt

| Zaslání | Schválení |
|------------------|-----------------|
| do 1. srpna 2018 | do 1. září 2018 |

Abstrakta je možné zaslat přes webovou stránku
www.kv2018.cz/abstrakta

7.–10. listopadu 2018
Hotel Thermal • Karlovy Vary