



PRACTICUS

pro praktické lékaře zdarma • č.09/2020 • ročník 19



TÉMA:

Tisková konference SVL ČLS JEP

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

OBSAH

PRACTICUS

odborný časopis SVL ČLS JEP
09/2020, ročník 19

INFO SVL

- 04 **EDITORIAL**
MUDr. Stanislav Konšťacký, CSc.
- 05 **TISKOVÁ KONFERENCE SVL ČLS JEP 4. LISTOPADU 2020**
- 07 **ZPRÁVA Z 13. ROČNÍKU VÍKENDOVÝCH VZDĚLÁVACÍCH SEMINÁŘŮ SVL ČLS JEP**

ODBORNÝ ČLÁNEK

- 11 **JAKÉ TYREOPATIE BY MĚL LÉČIT A DISPENZARIZOVAT PRAKTICKÝ LÉKAŘ PRO DOSPĚLÉ**
MUDr. Monika Nývltová
- 14 **NA KAŽDÉM ŠPROCHU PRAVDY TROCHU? ANEB OBRANA PŘED POMLUVOU**
Mgr. Dominika Genzorová
- 16 **ZÁNĚTLIVÁ BOLEST ZAD JAKO ČASNÝ PŘÍZNAK SPONDYLOARTRITID**
MUDr. Jan Voříšek
- 23 **JE MOŽNÉ „OMLADIT“ CÉVY NEMOCNÝCH?**
Prof. MUDr. Michal Vrablík, Ph.D.
- 26 **PŘEDÁVÁNÍ INFORMACÍ VE ZDRAVOTNICTVÍ – PŘEHLEDOVÝ ČLÁNEK**
PhDr. Mgr. David Peřan, MBA, MUDr. PhDr. Marcel Nesvadba, Ph.D., MBA, PhDr. Mgr. et Mgr. Patrik Christian Cmorej, Ph.D., MHA
- 29 **KLÍŠŤOVÁ ENCEFALITIDA -STÁLE VELMI AKTUÁLNÍ TÉMA**
MUDr. Jan Kynčl, Ph.D., MUDr. Hana Orlíková

KAZUISTIKY

- 32 **KOLAPS PRVORODIČKY – KAZUISTIKA**
PhDr. Mgr. David Peřan, MBA, MUDr. Táňa Bulíková, Ph.D.

PC A DOKTOR

- 35 **EFEKTIVNÍ VEDENÍ DOKUMENTACE PŘI DISPENZARIZACI PACIENTA PRO RŮZNÁ ONEMOCNĚNÍ – AUTOMATICKÉ TEXTY VZTAŽENÉ K PACIENTOVÍ, DEFINICE TYPU ZÁZNAMU**
MUDr. Tomáš Nosek, Ph.D.

AKTUALITY

- 40 **JAKÉ FAKTORY OVLIVNÍ ROZHODNUTÍ, ZDA NE/LÉČIT SUBKLINICKOU HYPOTYREÓZU?**
- 41 **NASAZENÁ ROUŠKA A KOMUNIKACE**
MUDr. Karel Nešpor, CSc.

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 Konšťacký, CSc.,
konstackys@seznam.cz

Zástupci šéfredaktora:

MUDr. Dana Moravčíková
dana.moravcikova@medicina.cz,

MUDr. Jana Vojtíšková
janav.doktor@volny.cz

Manažerka časopisu:

Hana Čížková
practicus.svl@cls.cz

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

Spolupracovnice časopisu:

Andrea Vrbová

Náklad 6 000 ks. • • • Vychází 10x ročně.
Pro praktické lékaře v ČR zdarma.
Roční předplatné pro ostatní zájemce **610 Kč.** • • • Příhlášky přijímá redakce.
Toto číslo bylo dáno do tisku 23. 11. 2020 MK
ČR E13477, ISSN 1213-8711.

Vydavatel a redakční rada upozorňují, že za obsah a jazykové zpracování inzerátů a reklam odpovídá výhradně inzerent. Redakce neodpovídá za správnost údajů uvedených autory v odborných článcích. Texty neprochází jazykovými korekturami. Přetisk a jakékoliv šíření je povoleno pouze se souhlasem vydavatele. © SVL ČLS JEP, 2020

EDITORIAL



MUDr. Stanislav Konštacký, CSc.
Šéfredaktor časopisu Practicus

Milé kolegyně, milí kolegové,
listopad už pomalu končí a asi ne k radosti většiny z nás se přiblíží chladné počasí, sníh, plískanice, náledí a vše, co k tomuto období patří. Kvůli epidemiologické situaci musela proběhnout online i naše výroční XXXIX. konference, která se měla konat v perle našich lázní, v Karlových Varech. Myslím, že velká část kolegů se na setkání u léčivých pramenů, a nejen u nich, těšila. Nakonec konference proběhla online díky úsilí organizačního výboru a firmy Target-MD, která nám tato významná setkání každoročně organizuje. Ještě Jarní interaktivní konference (i když na podzim) proběhla za přísných protiepidemických opatření, částečně za účasti menšího počtu účastníků, ale výroční konference již pouze z improvizovaného studia v Lékařském domě. Ne všichni přednášející prezentovali své diskusní příspěvky z tohoto místa, někteří využívali připojení ze vzdálenějších lokalit jejich ordinací. Asi všem nám chyběl osobní kontakt, který je neoddělitelnou součástí všech těchto akcí.

O úspěšné akci – Tiskové konferenci SVL – informuje Dr. Jana Vojtíšková, která ukázala, že propagace našeho oboru je nutná i v této, nebo spíš právě v této, nelehké době. Nakonec ohlasy v médiích to dokazují.

Velká část kolegů si zvykla na víkendové semináře, které spojují vzdělávání s poznáváním krás naší vlasti. Opět zde zasáhla protiepidemická opatření, takže plánované semináře v Luhačovicích, Srní a Mikulově se musely konat online z Lékařského domu. Podrobně o přednášené problematice informuje Dr. Dana Moravčíková, a i ona věří, že příští rok semináře proběhnou dle plánu na vybraných místech Čech i Moravy.

Spondyloartritida je jednou z příčin, pro které nás pacienti s bolestmi v zádech často vyhledávají. Dr. Voříšek se této problematice věnuje v dalším článku tohoto čísla a mimo jiné uvádí, při kterých příznacích je vhodná konzultace s revmatologem. Článek je doplněn přehlednými schématy pro snadnější zapamatování dané problematiky.

Problematika cévního věku je v současné době aktuální. Příspěvek prof. Vráblíka se tímto tématem zabývá, a jak u tohoto autora obvyklé, je téma podáno velmi zajímavou formou.

Další příspěvek je trochu z jiného soudku, a sice Problematika předávání informací ve zdravotnictví, Dr. Peřana a kolektivu. Informují o standardizaci komunikace, která je nutnou podmínkou pro eliminaci chyb při předávání či přebírání do péče pacientů na různých úrovních. Výše uvedený autor připravil ve spolupráci s Dr. Bulíkovou pěknou kazuistiku Kolaps prvorodičky. Zde je vidět, jak i díky zvládnutému standardnímu postupu (ABCDE) došlo k vyřešení akutního stavu a de facto zachránění mladé ženy.

I když prožíváme nelehké období koronaviru, sledujeme vývoj vakcíny proti tomuto onemocnění. Existují již prokazatelně účinné očkovací látky, mezi které patří i očkování proti klíšťové encefalitidě. Dr. Kynčl s dr. Orlíkovou připomínají, že na toto onemocnění bychom neměli ani v současnosti zapomínat. Je vhodné doporučovat očkování našim pacientům, protože toto je jediná účinná ochrana proti klíšťové encefalitidě.

Velmi často slyšíme, že rozhodující činností nás praktiků je léčba, ale bez dokonalého zdokumentování naší činnosti se neobejdeme. Dr. Nosek se této problematice věnuje při dispenzarizaci pacientů praktickým lékařem a poukazuje i na některá úskalí v této části naší práce.

Jak jinak zakončit naši letošní devítku než článkem Dr. Nešpora na téma Nasazená rouška a komunikace: musíme se vyjadřovat hlasitěji a pomaleji, měnit barvu hlasu, i když je jasné, že úsměv je pro komunikaci nejlepší pomůckou. Bude jistě záležet ve zvýšené míře na nonverbální komunikaci.

Jak vidíte, devítka je docela obsažná a redakční rada bude spokojená, pokud vás alespoň některý z našich článků zaujme.

Tisková konference SVL ČLS JEP 4. listopadu 2020

Výbor Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP (dále SVL) se rozhodl po dohodě s PR agenturou MaVe PR uspořádat sérii tiskových konferencí, s cílem připomenout klíčovou roli praktického lékaře v českém zdravotním systému a zvláště v souvislosti se zvládáním pandemie covid-19. Úvodní tisková konference (TK) se konala 4. listopadu dopoledne a byla vysílána, stejně jako po ní následující Výroční konference SVL, ze studia, vytvořeného společností Target-MD v Lékařském domě v Praze.

Na TK se akreditovalo 70 novinářů z celého širokého mediálního spektra.

Zájem ze strany médií byl enormní, na konferenci se registrovalo přes šedesát novinářů. Tématu se doposud věnovala média v 58 výstupech, informace se tak dostaly do drtivé většiny klíčových tuzemských sdělovacích prostředků. Jednalo se jak o televizní (např. Česká televize, TV Seznam, CNN Prima NEWS) a radiové reportáže (např. Český rozhlas), tak o články v tisku (např. Blesk, Aha!, Mladá fronta DNES, Právo, Lidové noviny, Deník) a na on-line portálech (SeznamZpravy.cz, Aktuálně.cz, Blesk.cz, iDNES.cz, Novinky.cz). Další výstupy budou ještě postupně následovat. Na prosinec SVL ČLS JEP chystá tiskovou konferenci k telemedicině a testování seniorů.

Vědecký sekretář SVL, **doc. Bohumil Seifert** v úvodu představil SVL, jako odbornou organizaci, sdružující více jak 5 000 lékařů z celé ČR, jejímž posláním je šířit etické a odborné lékařské standardy a vést lékaře k poskytování péče vysoké kvality, orientované na pacienta. Vysvětlil, že tuto TK jsme svolali pro to, abychom doporučili našim pacientům a široké veřejnosti opti-



mální komunikaci s praktickými lékaři a bezpečně a efektivně využívání našich služeb. Vyjádřil přesvědčení, že nastavením optimální spolupráce můžeme zásadně ulehčit zdravotnímu systému a pomoci

ochránit nemocniční rezervy. V krátké prezentaci pak vyzval prostřednictvím novinářů veřejnost, aby dbala maximálně o své zdraví, dodržovala všechna protiepidemická opatření, pravidla pro správnou životosprávu a naše doporučení, v případě akutních i chronických pacientů. Dále připomněl omezení zbytných návštěv v ordinaci, objednávání, využívání distančních konzultací, sledování on-line informací praxí a respektování pravidel v ordinaci. Zvláště se věnoval doporučení pacientům s akutními respiračními nákazami a vysvětlil naše postupy, i s ohledem na testování covid-19. Zmínil i chování pacientů a naši roli v karanténě a izolaci.

Velmi přesvědčivé prezentace pak nabídli kolegové Dr. Bezdíčková a Dr. Halata.

MUDr. Ludmila Bezdíčková, praktická lékařka z Prahy, zdůraznila, že i v době pandemie zůstávají praktičtí lékaři nejbližší lidem a jsou připraveni pacientům, sledovaným pro chronické choroby pomoci. Konstatovala, že kompenzovaná chronická onemocnění



představují nižší riziko závažných komplikací včetně těžkého průběhu infekce covid-19. Pacienti by proto ani v době pandemie neměli vynechávat pravidelné kontroly, při jejich plánování je ale důsledně třeba dbát na objednávání na čas tak, aby byly zajištěny epidemiologicky bezpečné podmínky pro vyšetření. Stabilizovaní pacienti, schopní sebemonitorace se mohou za předpokladu dobré komunikace s praktickým lékařem domluvit na odložení některých kontrol, respektive nahrazením distanční péčí s předpisem pravidelné medicíny. V případě, že chroničtí pacienti onemocní infekcí covid-19, je vhodné, aby tyto osoby kontaktovaly praktického lékaře co nejdříve a domluvili se na vhodném postupu. Pacienti by měli také dbát o sebeodukaci a být seznámeni s možnými varovnými příznaky covid-19.

MUDr. David Halata, praktický lékař ze Vsetínských vrchů, seznámil novináře se situací venkovských praktických lékařů a jejich pacientů v době pandemie. Uvedl zejména ztíženou dostupnost specializovaných služeb



a zejména odběrových center diagnostiky covid-19. Hovořil o významu psychohygieny a doporučil některé zásady ochrany individuálního duševního zdraví v době působení nepříznivých vlivů pandemie.

Na vystoupení protagonistů TK přímo reagovali během TK novináři 16 dotazy, které se týkaly stavu očkování proti chřipce, nemocnosti praktických lékařů, našeho názoru na používání některých léků preventivně, dostupnosti testování na venkově, otázek karantény a izolace. V návaznosti na TK byl doc. Seifert tentýž den pozván do živého vysílání ČT 24, CNN Prima News a materiály z konference nebo následných rozhovorů byly využity v několika rozhlasových vstupech. Ke dni odevzdání této zprávy zájem novinářů trvá a jsou domlouvána další vystoupení. Lze konstatovat, že se novináři nejvíce zajímali o to, jak hodnotíme chování lidí, jaká je dostupnost testování na covid-19 ve venkovských oblastech a jaké jsou naše postoje vůči plošnému testování.

K datu konání TK byla na stránkách SVL zpřístupněna sekce pro pacienty, která obsahuje klíčová doporučení pro veřejnost. Doporučení připravila skupina mladých lékařů pod vedením Dr. Halaty a Dr. Bezdíčkové; MUDr. Michaela Kantorová, MUDr. Zuzana Švadlenková, MUDr. Michaela Petrová, MUDr. Marika Svatošová, MUDr. Norbert Král, MUDr. Ondra Sobotka, MUDr. Jáchym Bednář. Oponenty byli doc. MUDr. Bohumil Seifert a MUDr. Cyril Mucha.

V červnu 2013 jsme při zahájení světové konference WONCA uspořádali slavnou tiskovou konferenci za účasti ministra zdravotnictví a generální ředitelky WHO. Naneštěstí ten den padla vláda a informace o nás a naší slávě zcela zapadly. Tentokrát s námi mediálně soutěžil jen případ pana Kalouska... Ukázalo se, že i pro mediální svět dokážeme být zajímaví a že ve spolupráci s novináři se můžeme nejen zviditelnit jako obor, ale také předávat poselství pacientům.

Příští tiskovou konferenci SVL plánujeme na 8. prosince a moderátorem bude Dr. Cyril Mucha. Chceme seznámit veřejnost s naším pohledem na telemedicínu, testování a situaci v seniorských domech. Tak prosím, držte palce.

zprávu připravila MUDr. Jana Vojtíšková



Zpráva z 13. ročníku Víkendových vzdělávacích seminářů SVL ČLS JEP

Plány se dějí, život je změnil. Rok 2020 nám díky „kovidové“ pandemii zamíchal s kartami velmi významně, a to nejen v našich životech, ale i v plánech našich vzdělávacích aktivit.

Nicméně naše odborná společnost SVL ČLS JEP a ani vy jste i přes nepříznivou hygienicko-epidemiologickou situaci nerezignovali na tak podstatnou věc, jako je postgraduální vzdělávání. Osobně to pociťuji i jako paprsek naší sounáležitosti, jednoty a společné cesty, po které jdeme ve prospěch našich pacientů. V náhradních termínech jsme uskutečnili již **13. ročník Víkendových vzdělávacích seminářů SVL ČLS JEP**. Společně a osobně jsme měli možnost se setkat v Průhonicích, Milovech – Devět Skal a v Mikulově. Nelehké období si ale vyžádalo pozvat vás k virtuálnímu sledování, a tak jsme v naplánovaných náhradních termínech místo Luhačovic, Srní a Lednice našli jistotu v Kongresovém sále Lékařského domu ČLS JEP, odkud jsme vysílali přímé přenosy.

Program jsme pro vás připravili velmi bohatý a obsahoval širší spektrum odborných témat.

Tématem z dermatologie jsme se seznámili s **managementem a komplexním přístupem k psoriatické nemoci** (přednášející MUDr. Jorga Fialová, MUDr. Viktor Palla, MUDr. Jan Štemberský, Ph.D.). Vyslechli jsme, že lupénka je neinfekční zánět kůže. Nejčastěji postihuje kůži nad lokty, kolena, v křížové krajině nebo ve křtici, kde se tvoří červené ohrazené vyvýšené plochy kryté bělavými šupinami. Lupénka však může mít i projevy

na nehtech a může postihovat rovněž klouby (u 5–35 % pacientů). Lupénka je onemocnění, které se nepravidelně dědí a považuje se za chorobu svázanou s imunitními změnami, které mohou být nastartovány provokujícími faktory. Patří mezi nemoci významně zhoršující kvalitu života. Akutní psoriáza je často u dětí a mladých osob, typická chronická psoriáza je nejčastější formou lupénky, s kterou se ve svých ordinacích setkáváme. Lupénka nehtů doprovází často arthropatickou psoriázu, v této souvislosti nám byl představen dotazník PEST pro pacienty k posouzení rizika psoriatické artritidy. Dále jsme si vyslechli, jaké jsou možnosti léčby, a to lokální a celkové, která je vyhrazena pro pacienty s těžkou formou lupénky. Biologická léčba je indikována v případech, kdy předchozí léčba selhala a nebo u těžkých forem lupénky. Biologika jsou omezena na použití v Centrech biologické léčby ve fakultních nemocnicích či krajských nemocnicích. Používá se i fototerapie, indikuje se lázeňská terapie a nesmíme zapomenout i na psychoterapii a dietu, zvláště u obézních pacientů, a léčbu pacientů s přidruženými chorobami (metabolický syndrom, diabetes mellitus, metabolická kardiovaskulární onemocnění).

Z hematologie jsme se po čase vrátili k **projektu CRAB**, který založila Česká myelomová skupina (přednášející MUDr. Jan Straub, prof. MUDr. Zdeněk Adam, CSc., prim. MUDr. Petr Kessler). Přednášející nám připomněli mnohočetný myelom (MM), který patří mezi časté hematologické malignity. Prognóza pacientů se stále zlepšuje. Závisí však na včasnosti diagnózy. Proto Česká myelomová skupina (CMG) v roce 2007 iniciovala program včasného zachytu MM – Program

CRAB, který má za hlavní cíl informovat lékaře prvního kontaktu, jak včas rozpoznat příznaky MM. Mezi nejčastější projevy MM patří C (hyperCalcemie), R (Renální postižení), A (Anemie), B (Bone - kostní postižení). Mezi doporučená vyšetření pro lékaře prvního kontaktu patří vyšetření sedimentace, KO, celková bílkovina, kalcium, ALP, urea, kreatinin, ELFO (v případě suspekce na paraprotein doplnit imunofixace), biochemické vyšetření moče (v případě proteinurie imunofixace moče), rtg snímek bolestivé části skeletu. Scintigrafie skeletu je pro diagnózu



MM nepřínosná. Zdůraznili myslet na 1 měsíc trvající nevysvětlitelnou bolest některého úseku páteře.

Z farmakokinetiky jsme si vyslechli vybrané téma **Klinická farmakokinetika betablokátorů** (přednášející PharmDr. Milan Juhás, PharmDr. Stanislav Gregor). Přednáška byla zaměřená na komplexní přehled a vývoj betablokátorů (BB) a jejich zavedení do praxe. Uvedli kardiovaskulární indikace k léčbě BB a v současnosti nevhodnější a nejpoužívanější kardioselektivní BB (bisoprolol, metoprolol ZOK) a BB, které mají další aditivní působení – vazodilatační účinek (carvedilol, nebivolol).

Z diabetologie jsme měli možnost se zaposlouchat hned do dvou témat, a to **DPP4 inhibitory a jejich místo ve farmakoterapii DM 2** (přednášející MUDr. Jan Šoupal, Ph.D., MUDr. Milan Flekač, Ph.D., MUDr. Igor Karen) a **Ovlivnění kardiovaskulárního rizika u pacientů s diabetem** (přednášející doc. MUDr. Alena Šmahelová, Ph.D.).

Z obou přednášek je podstatné pro naši praxi: DPP4 inhibitory, gliptiny – Linagliptin/Sitagliptin/Vildagliptin/Alogliptin/Saxagliptin jsou účinné pro snížení glykémie, jsou váhově neutrální, mají nízké riziko hypoglykémie a je u nich prokázána kardiovaskulární bezpečnost. Jsou hrazeny a lze je indikovat v kombinaci s metforminem a v kombinaci se sulfonyleou a metforminem u pacientů, u nichž použití maximálních tolerovaných dávek zmíněných léčiv po dobu alespoň 3 měsíců společně s režimovými opatřeními nevedlo k uspokojivé kompenzaci diabetu definované jako hladina HbA_{1c} nižší než 60 mmol/mol. Násazujeme je při hodnotách 60 mmol/mol a vyšší a důsledně sledujeme hodnoty HbA_{1c} po nasazení. Nedojde-li k prokazatelnému zlepšení kompenzace diabetu o 7 % či vyššímu poklesu hladiny HbA_{1c} při kontrole po 6 měsících léčby, nejsou dále hrazeny.

Preskripční omezení v ČR od 1. 6. 2020 pro nás praktické lékaře končí, ale zůstává indikační omezení. Z gliptinů byl zmíněn linagliptin, který má lepší bezpečnostní profil a můžeme jej indikovat u pacientů s pokročilou renální insuficiencí a i u pacientů s poruchami jater

a žlučových cest. Zajímavá pro mne byla informace, že kombinace metforminu a DPP4 inhibitoru snižuje vznik pankreatitidy.

Docentka Šmahelová uvedla, jaké jsou cíle léčby diabetu, a to snížení celkové mortality a morbidity, kardioreálnní mortality a morbidity a snížení nádorových onemocnění. Při léčbě diabetiků bychom měli myslet na prevenci mikrovaskulárních komplikací, dobrou kvalitu života (včetně prevence akutních komplikací) a zpomalení progresu selhání β buněk.

Její prezentace se zaměřila na lék první volby v léčbě DM2 metformin (MTF), který snižuje riziko KV příhod a mortality. Na co bychom si měli dát pozor při léčbě metforminem je laktátová acidóza, která je po MTF sice vzácná: do 0,09 příhod/1000 pacientů/rok, mortalita ale vysoká – 50 %. Zmínila rizikové skupiny: senioři, RI, městnavé SS, akutní/chronická acidóza (šokové stavy, onemocnění srdce, jater, antivirotika, AIDS, fyzická zátěž, nápoje pro sportovce). Abychom předešli možnosti vzniku laktátové acidózy, měli bychom si uvědomit, že Metformin je možno ponechat i při poškození ledvinových funkcí do CKD3 (eGFR 0,5-1,0 ml/min). Dle charakteru operace/rtg kontrastního vyšetření vysadit v den/24–48 hodin před výkonem, CKD/riziko RI: zpět



do medikace až po kontrole renálních funkcí. Při dobré kompenzaci u pacienta bez kardioreálnního postižení možno u malých ambulantních výkonů metformin ponechat. Vždy je nutné posouzení konkrétní situace v celém kontextu. A jak se vyvarovat nežádoucímu účinku MTF při gastrointestinálních potížích? Je vhodné začít s dávkou 500 mg 1× denně po večeri, titrovat postupně

cca po týdnu až na 2×1000 mg, postupné zvyšování/přechodné snížení dávky, léková forma (XR uvolňování). Kromě snížení glykémie je také nutné léčit další rizikové KV faktory – vysoký krevní tlak, lipidy, obezitu.



Doc. MUDr. Tomáš Kvasnička, CSc. se představil s přednáškou **Profylaxe a léčba LMWH ve specifických situacích**, a to u pacientů obézních, s nádorovým onemocněním, renální insuficiencí a u těhotných žen. Zmínil léčivé přípravky (enoxaparin-Clexane, nadroparin- Fraxiparine, bemiparin-Zibor) a jejich indikační spektrum při profylaxi a léčbě, a uvedl, že některé rozdíly týkající se jednotlivých preparátů s LMWH mohou mít klinický význam (účinnost, délka působení, dávkování u pacientů s renální insuficiencí, tolerance...). Měli bychom myslet na nebezpečí předávkování: renální insuficience, kachexie, staré osoby nad 75 let... a nebezpečí poddávkování: obezita, edémy, sepse... Otázky směřovaly hlavně na gravidní pacientky a prevenci prvního výskytu tromboembolické nemoci, krátce zmíním: u FVLiden – heterozygotní formy: gravidita: profylaxe není nutná, šestinedělí: profylaxe není nutná (I pokud je pozitivní RA). Dále Mutace FII – heterozygotní forma: gravidita: profylaxe není nutná, šestinedělí: profylaxe není nutná (I pokud je pozitivní RA). FVLiden – homozygotní forma: gravidita i šestinedělí: profylaxe je nutná. Mutace FII – homozygotní forma: gravidita: profylaxe je nutná (pozit. RA), profylaxe není nutná (neg. RA), šestinedělí: profylaxe je nutná. Kombinace heterozygotních forem: gravidita i šestinedělí: profylaxe je nutná. V Mikulově jsme měli možnost slyšet i přednášku MUDr. Zuzany Kudrnové-Kovářové, která se zmínila i o preparátu Arix-

tra (fondaparinux, syntetický inhibitor faktoru Xa).

Na téma **Na co si dát pozor v tyreopatiích** a ev. jak bychom měli postupovat v ordinaci všeobecného praktického lékaře si připravil přednášku MUDr. Richard Stejskal,

který nám přehledně vysvětlil z praxe, jaké jsou základní laboratorní testy pro diagnostiku tyreopatií, co je nutné vyšetřovat při vyšší nebo nízké hladině TSH, kdy vyšetřit FT₄, TPOAb, u hypertyreózy poskytl informaci, kdy vyšetřit FT₃ a protilátky proti TSH receptoru TRAK. Není nutné, abychom v našich ordinacích vyšetřovali TT₄ a TT₃. U periferní hypotyreózy nám ukázal, jak upravovat substituční dávku levotyroxinu podle hodnot TSH. Upozornil na to, že pokud indikujeme vyšetření TSH a FT₄, je nutné poučit pacienta, aby v den odběru nebral ranní dávku hormonu ŠŽ. Jinak by měl substituci užívat

na lačno 15–20 minut před snídaní a není vhodné brát medikaci dohromady s inhibitory protonové pumpy (IPP).

Z revmatologie jsme si mohli vyslechnout přednášku na téma **Zánětlivá bolest zad jako časný příznak spondylartritid** (přednášející MUDr. Eva Lokočová, Ph.D., MUDr. Martina Skácelová, MUDr. Radka Moravcová, doc. MUDr. Petr Bradna, CSc., MUDr. Martin Žurek, Ph.D.). Všichni přednášející zdůraznili problematiku diagnostiky časných forem ankylozující spondylitidy (AS) a axiálních spondylartritid (SpA). Epidemiologické studie opakovaně prokázaly, že diagnostikování AS se zpožďuje vůči objevení se prvních příznaků o 7 – 9 let. Seznámili nás s diagnostickými algoritmy, které umožňují s vysokou pravděpodobností stanovení diagnózy AS/axiální SpA v rentgenologicky němém stadiu (preradiologické období). Spondylartritidy představují asi 5 % z celého počtu chronických bolestí v zádech, při přítomnosti zánětlivého charakteru bolestí v zádech se pravděpodobnost zvyšuje na 15 %. Měli bychom pomýšlet na tuto diagnózu u pacientů do 40 let, kteří mají déle než 3 měsíce bolesti zad, které se zlepší pohybem a v klidu se nezlepšují. Přítomnost HLA B 27 zvyšuje pravděpodobnost na 59 % a přítomnost dalších 1–2 klinických znaků až na 90 %. Při pozitivním MRI je pravděpodobnost již až 95 %. Nesteroidní antirevmatika jsou stále považována za stavební kámen léčby spondylartritid. Není doporu-

čena léčba systémově podávaných kortikoidů. Závčas zvolená biologická léčba u pacientů v časných stadiích má prokazatelný efekt léčby.

Na přednášku z obezitologie jsme nemohli pozvat nikoho jiného než našeho dlouholetého příznivce a kamaráda našich víkendových vzdělávacích seminářů doc. MUDr. Martina Matoulka, Ph.D. Na svou prezentaci **Pohybová aktivita** navázal i workshopem **Praktická obezitologie – diskuse nad přinesenými případy**. V Průhonicích jsme se mohli i setkat s jeho pacienty a tak si vlastně poslechnout i jejich příběhy, jak je opravdu těžké se rozhodnout k léčbě. Docent Matoulek přirovnal pohybovou aktivitu obézních k vrcholovému sportovci, konkrétně ke sportovcům ve vzpírání. Ukázal, jak pro ně musí být těžké celý den těch i několik set kilo nosit, zatímco vzpěrači na pár sekund zvednou činku nad hlavu a všichni jim tleskají. Uvedl, že je vztah mezi nadváhou, obezitou a spánkem. Obézní pacient často spí špatně, je unaven, a proto se málo hýbe. Má nutkavou potřebu pít energetické nápoje jako zdroj rychlé energie pro život. Trénovat nebo pohybovat se s klinickými příznaky obstrukční spánkové apnoe (OSA) je téměř nemožné. Doporučuje nejdříve léčit OSA, protože léčba OSA zvyšuje habituální pohybovou aktivitu, a tím umožňuje postupně zvyšovat i fyzickou zdatnost, resp. pravidelně se hýbat.

Velmi příznivě byly přijaty i workshopy, které se uskutečnily v Průhonicích, Milovech – Devět Skal a v Mikulově: **Vyhodnocení glykemií a glykemických profilů v ordinaci VPL** (doc. MUDr. Alena Šmahelová, Ph.D.), **Kardiologie v ordinaci PL pomocí novinek v POCT** (MUDr. Bohumil Skála, Ph.D.), **Spirometrie v rukách praktického lékaře**, praktický nácvik provedení a validní interpretace výsledků (MUDr. Ivo Procházka).

Workshop **Akutní stavy v kardiologii v ordinaci VPL – co, kdy, jak a kam?** (MUDr. Michaela Šnejdrlová, Ph.D., MUDr. Anna Valeriánová, MUDr. Jan Kvasnička) jsme zařadili s úpravou i jako přednášku k virtuálnímu sledování.

A v neposlední řadě jsme jako bonus pro Vás připravili i **Kurz první pomoci**, který vedl pro vás již známý a velmi oblíbený MUDr. Tomáš Hlaváček. Zopakoval, připomenul a aktualizoval základní postupy v kardiopulmonální resuscitaci a urgentní stavy.

Chtěla bych poděkovat všem přednášejícím i všem účastníkům a příznivcům našich víkendových vzdělávacích seminářů. Děkuji také organizátorům a spolupracovníkům (TARGET-MD), kteří se zhostili nelehkého úkolu připravit v nesmírně krátkém čase virtuální podobu seminářů a zrealizovat tak naprosto novými metodami vzájemné propojení přednášejících a diskutujících s posluchači.

Děkuji sponzorským firmám:

Celý cyklus (kontaktní + on-line) – stříbrný partner: TEVA; bronzový partner: Adamed, Aspen, Boehringer-Ingelheim, Celgene, Bristol-Myers Squibb, Novartis; partner: SANDOZ. Kontaktní forma – stříbrný partner: Merck; bronzový partner: Elekta, QuickSeal.

Přeji vám všem zdraví a „pevné nervy“ v ordinacích a těším se na setkání v lepších a nám bližších podmínkách a časech.

MUDr. Dana Moravčíková

Odborný garant Víkendových vzdělávacích seminářů
SVL ČLS JEP

Jaké tyreopatie by měl léčit a dispenzarizovat praktický lékař pro dospělé



MUDr. Monika Nývltová

Diabetologické centrum Ústřední vojenské nemocnice, Praha

Onemocnění štítné žlázy se v populaci vyskytuje s vysokou prevalencí, a to zejména mezi ženami ve středním a vyšším věku, kdy dosahuje 10–15 %. S větší dostupností laboratorních a zobrazovacích vyšetření (ultrazvuku krku a krčních tepen, CT, magnetické rezonance, PET) a informovaností odborné i laické veřejnosti o tyreopatiích stoupá počet pacientů odesílaných k endokrinologickému vyšetření. Kapacita odborných ambulancí ale není nevyčerpatelná, proto je velmi potřebná **spolupráce praktických lékařů**, kteří si mohou **přebírat do péče nekomplikované a stabilizované** pacienty.

Praktický lékař (PL) doporučuje k endokrinologickému vyšetření nejčastěji pacienty s poruchou funkce štítné žlázy. Pokud je rozvinutý typický klinický obraz hypothyreózy nebo hypertyreózy, PL odebere tyreoidální hormony (TSH a volný T4) a podle závažnosti stavu odesílá pacienta k odbornému vyšetření – s **manifestní tyreotoxikózou** ihned (snížené TSH a zvýšené hladiny volných hormonů), s **manifestní hypothyreózou** (TSH nad 10 mIU/l nebo nižší, pokud je současně snižena hladina volných hormonů) by měl být pacient vyšetřen ve specializované ambulanci do 4 týdnů a u těchto jasných případů může PL rovnou zahájit substituční léčbu malou dávkou tyroxinu (25–50 µg denně).

Běžnější situací je spíše odhalení subklinických tyreopatií u **asymptomatických** nebo oligosymptomatických pacientů, neboť TSH je velmi často stanovováno v rámci základního biochemického vyšetření. Dle doporučených postupů pro PL z roku 2015 je při zjištění **sníženého nebo zvýšeného TSH** vhodné odběr nejdříve **za 6–8 týdnů zopakovat** a doplnit o volný tyroxin (fT4). Je třeba myslet i na **netyreoidální příčiny** abnormálních hodnot TSH (při stresu, interkurentním onemocnění, za hospitalizace apod.). Pokud je při opakovaném odběru znovu zvýšený TSH a normální fT4, jedná se o **subklinickou hypothyreózu** a endokrinologické vyšetření, při kterém bude rozhodnuto o dalším postupu a případ-

né léčbě, stačí provést do 3–6 měsíců. Výjimkou jsou těhotné ženy a děti, které se při nálezů zvýšeného TSH odesílají k endokrinologovi ihned. Snížené TSH s normální hladinou fT4 potvrdí **subklinickou hypertyreózu** a endokrinologické vyšetření by měl pacient absolvovat do 2 měsíců. Pokud je při kontrolním odběru TSH v normě, doporučuje se další kontrola TSH u praktického lékaře za 6–12 měsíců a pak 1x za 2–4 roky.

Další indikací endokrinologického vyšetření je **struma** nebo **uzel štítné žlázy**. Časný termín (do 2 týdnů) by měli dostat riziková pacienta (s pozitivní RA papilárního karcinomu štítné žlázy, s anamnézou radiační expozice nebo s příznaky mechanického syndromu či chrapotu). Ostatní by měli být vyšetřeni do 3 měsíců.

Poslední skupinou jsou pacienti s nálezem **pozitivity protilátek proti štítné žláze** (antiTPO nebo antiTG), tedy s podezřením na autoimunitní tyroiditidu. Pokud mají normální funkci štítné žlázy, mělo by být u těchto nemocných provedeno ultrazvukové vyšetření štítné žlázy (k vyloučení strumy nebo uzlových změn) do 6 měsíců.

U praktického lékaře mohou být sledováni a léčeni pacienti:

1. s **chronickou autoimunitní tyroiditidou**, eufunkční a nezvětšenou štítnou žlázou bez uzlů
2. s **kompensovanou hypothyreózou** na podkladě chronické autoimunitní tyroiditidy s nezvětšenou štítnou žlázou bez uzlů
3. **po totální tyroidektomii** pro benigní uzel nebo strumu s **kompensovanou** postresekční **hypothyreózou**
4. **po subakutní tyroiditidě** s **eufunkční štítnou žlázou** nebo **kompensovanou hypothyreózou**
5. s drobnými **uzlíky** nebo **cystami** v **eufunkční a nezvětšené štítné žláze**
6. **v remisi po proběhlé tyreotoxikóze**

Chronickou autoimunitní tyroiditidu s eufunkční a nezvětšenou štítnou žlázou může diagnostikovat i sledovat PL. Funkci štítné žlázy stačí kontrolovat 1x ročně (stanovením TSH) a sonografické vyšetření lze provádět v pětiletých intervalech. PL předává pacienta endokrinologovi při rozvoji poruchy funkce štítné žlázy, při zjištění strumy či uzlu, v graviditě nebo při problémech s otěhotněním.

U PL mohou být sledováni pacienti s **kompensovanou hypothyreózou**, u kterých substituční dávku hormonů štítné žlázy nastavil endokrinolog. Kontroly TSH se pak provádí 1x ročně a cílem je udržení jeho hodnoty v referenčním rozmezí. Při nálezů zvýšeného TSH je vhodné se pacienta nejdříve dotázat, zda užívá tyroxin

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

pravidelně a nalačno, popřípadě pátrat po interakcích s další medikací (kalcium, preparáty s železem, aj.). Příčinou sníženého TSH může být (kromě užívání vyšší než doporučené dávky) úbytek hmotnosti nebo stres. Pokud není výkyv TSH od mezí normy příliš velký (TSH nad 10 mIU/l nebo předávkování tyroxinem se supresí TSH a nadlimitním volným tyroxinem), je vhodné odběr za 2–3 měsíce nejdříve zopakovat a teprve, když se výsledky potvrdí, korigovat dávku substituce o $\pm 25 \mu\text{g}$. Další laboratorní kontrola po změně dávky by měla následovat za 4–8 týdnů. V těhotenství pacientku přebírá endokrinolog, protože je obvykle nutné dávku substituční léčby navýšit a hormonální hladiny kontrolovat častěji.

Obdobně jsou sledováni pacienti s postresekční hypotyreózou po totální tyroidektomii pro benigní uzel nebo strumu a pacienti s periferní hypotyreózou po subakutní tyroiditidě.

Pacienty s **drobněuzlovou přestavbou** nebo s **cystami ve štítné žláze** předává endokrinolog do sledování praktickému lékaři, pokud se uzly/cysty nezvětšují, nečiní klinické potíže a neovlivňují funkci štítné žlázy. Měl by také doporučit vhodný interval dalších sonografických kontrol. V případě růstu uzlů nebo naplnění cysty je pacient odeslán k vyšetření do specializované ambulance, kde je možné provést evakuační punkci cysty nebo cytologické vyšetření uzlu (FNAB).

Nejčastějším typem tyreotoxikózy je **Graves-Basedova choroba**, jejíž léčba spadá do kompetence endokri-

nologa a trvá minimálně 12–18 měsíců. Po vysazení tyreostatik je pacient ještě alespoň 1–2 roky dispenzarizován v endokrinologické ambulanci pro riziko relapsu onemocnění. **V remisi** je možné sledování u PL, který kontroluje 1x ročně TSH a protilátky proti TSH receptoru (TRAK). Relaps onemocnění a gravidní ženy sleduje a léčí opět endokrinolog.

V endokrinologických ambulancích zůstávají dispenzarizováni nemocní se strumou, uzlovými změnami ve štítné žláze, po nekompletních chirurgických výkonech (strumektomie, hemityroidektomie apod.), s karcinomy štítné žlázy a také polymorbidní a komplikovaní pacienti. Endokrinolog zahajuje léčbu hypotyreózy, nastavuje optimální substituční dávku hormonů štítné žlázy, léčí tyreotoxikózu, nemocné s endokrinní orbitopatií, subakutní tyroiditidou a ženy v graviditě a v poporodním období.

Spolupráce praktických lékařů při léčbě nekomplikovaných a stabilizovaných pacientů s eufunkční autoimunitní tyroiditidou, kompenzovanou hypotyreózou, v remisi po tyreotoxikóze nebo s klinicky nevýznamnými strukturálními abnormalitami, pomůže uvolnit kapacitu endokrinologických pracovišť pro vyšetření dalších nemocných. Samozřejmostí by pak měla být dostupnost spolupracujícího endokrinologa ke konzultaci nebo převzetí pacientů do specializované péče.

I N Z E R C E

Přijmu praktického lékaře s atestací na plný úvazek do zavedené ordinace

v okr. Nový Jičín, nadstandardní plat, bonusy, pracovní doba dle dohody, zaučená šikovná sestra.

kontakt: lekarskaordinace@gmail.com

Na každém šprochu pravdy trochu? aneb obrana před pomluvou



Mgr. Dominika Genzorová

absolventka Právnické fakulty Masarykovy univerzity
tomkova22dominika@gmail.com

„Tak tam rozhodně nechodte, ten doktor mě vůbec nevyšetřil...“ zaslechnutý komentář pacienta zabolí. O to víc, když si jej přečtete na Facebooku, kde ses s ním mohou seznámit i další lidé. Pro profesionála, který z velké části obětoval svůj život pomoci lidem, může být takové tvrzení nejen zdrcující, ale i likvidující. Žijeme v nebezpečné době, kdy slovo má často větší moc než fakta. A slovo může napáchat opravdu hodně škody. V následujícím článku se proto chci věnovat nejen právní definici pomluvy, tedy nepravdivého tvrzení, ale i možnostem obrany, které zákon nabízí. Podíváme se na typy řízení, kterými se lze obrany domáhat, stejně tak jako na typy žalob.

Pověst člověka může být chráněna dvěma cestami, a to buď veřejným právem, nebo právem soukromým. Veřejné právo dohlíží na veřejný pořádek, soustředí se více na vztahy vertikální, státu a jedince, právo soukromé reguluje vztahy horizontální, vztahy mezi jednotlivci. Je proto pro jednotlivce snažší dosáhnout zadostiučinění cestou soukromého práva než práva veřejného. Občanský soukromoprávní zákoník má totiž poměrně široké spektrum žalobních nároků, které lze v rámci ochrany osobnosti aplikovat. Trestní zákoník se oproti tomu zaměřuje na prokázání viny a uložení trestu. Když ale vina není bez nejmenších pochybností prokázána, není možné trest uložit a účastníci bývají odkázáni do civilního řízení. Platí zásada subsidiarity trestní represe, to znamená, že trestní řízení je „krajní cestou“, pokud prostředky soukromého práva nejsou v konkrétním případě dostatečné a efektivní. Stejně tak v případě trestního řízení obžalovaný není nucen uvádět důkazy svědčící v jeho neprospěch, zatímco civilní řízení umožňuje širší možnosti získání důkazního materiálu, důkazní břemeno se v některých zákonných důvodech převrací. V trestním řízení se vám tak může stát, že vašemu nároku nebude vyhověno.

Co do trestní definice je pomluva „*kdo o jiném sdělí nepravdivý údaj, který je způsobilý značnou měrou ohro-*

zit jeho vážnost u spoluobčanů, zejména poškodit jej v zaměstnání, narušit jeho rodinné vztahy, nebo způsobit mu jinou vážnou újmu...“ tolik základní skutková podstata, ve druhém odstavci je stanovena přitěžující okolnost, která se dá shrnout jako veřejnosti dostupný způsob sdělování informací, tj. spáchání takového činu televizí, rozhlasem ale i veřejně přístupnou počítačovou sítí. Facebook opravdu není místo, kam by si každý mohl beztrestně psát cokoliv, jak svědčí nedávné kauzy (schvalování teroristického útoku – až tři roky odnětí svobody).

Co je předmětem osobnostních práv a proti komu se lze bránit? Občanský zákoník definici pomluvy neobsahuje, nicméně obsahuje ustanovení o tom, že každá fyzická osoba má právo na ochranu své osobnosti, života a zdraví, občanské cti a lidské důstojnosti, jakož i soukromí, svého jména a projevů osobní povahy. Pak má dotčená osoba právo domáhat se, aby bylo upuštěno od neoprávněného zásahu a aby byl odstraněn jeho následek. Zde je vhodné zmínit, že se můžete bránit před pomluvou nejen ze strany pacienta, ale také i ze strany konkurence, tj. jiného lékaře. Takové jednání je zakotveno v ustanoveních o ochraně hospodářské soutěže. Podmínkou je, aby se jednalo o právní vztah dvou podnikatelů, sdělený údaj o jiném podnikateli je nepravdivý. Informace musí být ověřitelná. Pak se může jednat o nekalosoutěžní jednání v rámci hospodářské soutěže. I zde je možno se domáhat v trestním i civilním řízení.

Co může lékař požadovat a jaké nároky lze uplatnit? Pod pojmem újma se z hlediska občanského zákoníku rozumí majetková škoda i nemajetková újma. Nemajetková újma není měřitelná peněží a posuzuje se případ od případu. Především můžeme rozlišit tři základní způsoby odstranění závadného stavu, jedná se o nárok zápůřčí, nárok odstraňovací a svépomoc. Nárok zápůřčí, jehož cílem je dosáhnout zákazu jednání, které v rozhodné době ohrožuje osobnost člověka, lze podat v situaci, kdy takové jednání trvá, nebo pravidelně se opakuje. Při zveřejnění pomluvy na Facebooku se tak lze například domáhat, aby byl příspěvek smazán (odstraňovací nárok) a do budoucna se škůdce (tj. osoba, která jej napsala) takového jednání zdržel (zápůřčí). Dalším typem je nárok odstraňovací. Jeho cílem je odstranit následky, které neoprávněný zásah do absolutního osobnostního práva přivodil a obnovit (restituovat) právní stav, který před zásahem existoval. V tomto případě tedy smazání komentáře na Facebooku, stažení billboardu nebo nahrávky z internetu a podobně. Poslední, svépomoc, je ochranou práv vlastní pomocí, bez zásahu orgánu veřejné moci. Může být účinná

a obranná. Například pacient začne likvidovat vybavení ordinace, pokud jednání trvá, smí mu v tom lékař silou zabránit. Nelze však takové jednání uskutečnit, pokud již pacient odešel, tj. doběhnout jej a vyřizovat si účty. V tomto případě je vhodné se spolehnout na orgány veřejné moci. Svépomoc také musí být odlišena od svémoci, která představuje svévolné zmocnění se práv. Svémoc je zakázána.

Podstatou pomluvy je tedy sdělení nepravdivého údaje, který značnou měrou ohrožuje vážnost u spoluob-

čanů. Jako vhodnějším se jeví obrana civilní žalobou než žalobou trestní, protože platí zásada subsidiarity trestní represe. Lze se bránit jak před zásahem ze strany pacienta, tak i jiného lékaře. V případě nepravdivého tvrzení ze strany jiného lékaře lze užít v ustanovení o hospodářské soutěži, naplňuje-li takové jednání zákonné znaky. Hlavními způsoby obrany jsou nárok zápůrčí, odstraňovací a svépomoc.

Literatura:

1. Nález Ústavního soudu ze dne 5. 11. 2019 sp. zn. Pl. ÚS 474/19 dostupné online:
2. § 184 odst. 1 trestního zákoníku
3. § 81 odst. 2 občanského zákoníku
4. Sívák, Jakub. Aspekty ochrany osobnosti lékaře a pacienta. Praha, Wolters Kluwer ČRm 2019 s.84

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

Zánětlivá bolest zad jako časný příznak spondyloartritid



MUDr. Jan Voříšek

Oddělení klinické farmakologie, FN Plzeň

Úvod

Spondyloartritidy (SpA) obecně představují heterogenní skupinu onemocnění, které mají určité společné klinické rysy a genetickou predispozici. Mezi společné klinické rysy patří postižení axiálního skeletu a asymetrická oligoartritis, tedy postižení dvou až čtyř kloubů obvykle na dolních končetinách. Dále bývá přítomna entezitida, tedy zánět v místě úponu šlachy, kloubního pouzdra, fascie či ligamenta ke kosti, a daktylitida.¹ K mimoskeletálním projevům patří oční manifestace (zde nejčastěji uveitida), idiopatické střevní záněty a psoriáza. Ve shodě s revmatoidní artritidou nacházíme u nemocných se SpA erozivní a destruktivní změny kosti, navíc je ale přítomna novotvorba kostní tkáně. Genetická predispozice souvisí s asociací s antigenem HLA-B27, která je u jednotlivých podtypů různě silně vyjádřena. Nejvíce je vyjádřena v případě ankylozující spondylitis (AS). Podle nové koncepce SpA můžeme spondyloartritidy rozdělit na skupinu chorob s převahou axiálního postižení, tedy axiální SpA, a spondylartritidy periferní. K axiálním SpA řadíme AS a tzv. non(ne)-radiografickou axiální SpA, u které nenalzáme typické rentgenové změny, jenž vidíme u nemocných s AS.² Do druhé skupiny periferních SpA řadíme psoriatickou artritidu, artritidu u idiopatických střevních zánětů, reaktivní artritidu a nediferencovanou spondyloartritidu.³ Prevalence celé skupiny SpA se pohybuje kolem 1 % a vyrovnává se tak prevalenci revmatoidní artritidy, přičemž prevalence nejčastější jednotky – AS se pohybuje mezi 0,2 až 0,5 %.

Axiální spondylartritidy

Axiální SpA definujeme jako chronické zánětlivé onemocnění s predilekčním postižením kloubů páteře.⁴ Nejčastěji postiženými jsou sakroiliakální klouby (SI klouby), meziobratlové klouby a klouby kostovertebrální, ale postiženy mohou být i velké kořenové klouby jako jsou ramena a kyčle.¹ Nacházíme zde osteoproliferativní změny s tvorbou intervertebrálních přemostění a osifikací paravertebrálních ligament (syndesmofyty),

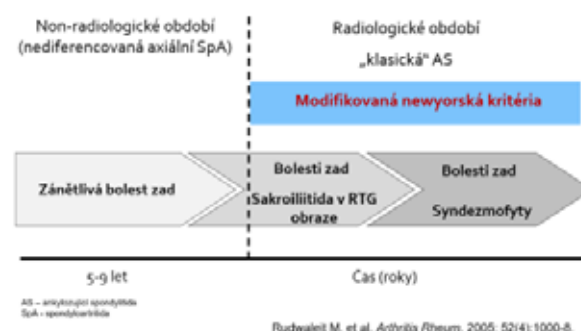
v případě AS bývá přítomna i kloubní ankylóza.⁴ Kliniky nacházíme typické projevy zánětlivého onemocnění a omezení hybnosti postižených kloubů plynoucí ze strukturálního postižení.⁵ To vše s výrazným dopadem na psychiku a kvalitu života těchto nemocných.⁶ Samotná AS zvyšuje mortalitu pacientů oproti běžné populaci^{7,8}, např. relativní riziko klinické manifestace aterosklerózy u nemocných s AS oproti zdravé populaci je zvýšeno zhruba 1,5násobně. Nejvyšší náklady na pacienta s AS souvisí s pracovní neschopností.⁹ Míra zaměstnanosti se pohybuje mezi 55 a 89 %, nacházíme zde více pracovních neschopností (3–41 %) a více absencí z práce (6–46 dní v roce) oproti běžné populaci.^{6,10}

Dělení na non-radiografickou axiální SpA a „klasickou“ AS umožňuje v klinické praxi časnější stanovení diagnózy a díky tomu v indikovaných případech zahájení adekvátní terapie a předejití tak vzniku nevratného postižení. V non-radiografickém období nacházíme u pacientů zánětlivou bolest zad, toto období trvá zhruba 5 až 9 let a po uplynutí této doby již mohou být u části nemocných v oblasti SI skloubení přítomny radiologické známky sakroileitidy. Při nálezů těchto změn v oblasti SI skloubení již část pacientů splňuje tzv. modifikovaná newyorská kritéria z roku 1984 a pak můžeme hovořit o „klasické“ ankylozující spondylitis. Později dochází k tvorbě syndesmofytů.¹¹

Obrázek 1

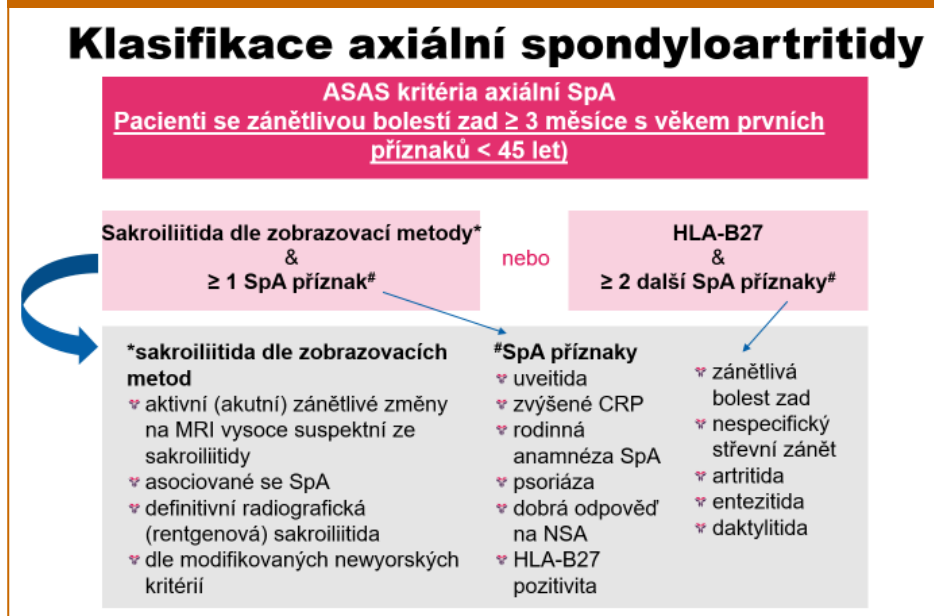
Dělení na non-RTG a RTG formu dle nové koncepce choroby

Umožňuje časnější stanovení diagnózy axiální SpA



Společnost pro hodnocení spondyloartritid (ASAS) uvedla v roce 2009 nová klasifikační kritéria pro hodnocení axiálních spondyloartritid. Tato kritéria je možné aplikovat na pacienta se zánětlivou bolestí zad trvající více než 3 měsíce, jehož příznaky vznikly před 45. rokem života. Pacienti mohou být klasifikováni s axiální SpA buď při splnění tzv. zobrazovací větve, tj. pokud mají sakroileitidu na běžných rentgenových snímcích nebo

Obrázek 2



ASAS, Assessment of SpondyloArthritis International Society; SpA, spondylartritida; MRI, magnetická rezonance; HLA, lidský leukocytární antigen; NSA – nesteroidní antirevmatika
 Sieper J et al. Ann Rheum Dis. 2009; 68 (Suppl II): ii1–ii44

Obrázek 3

Pestrost příčin bolestí zad = obtížná diagnostika

Mechanická příčina	~97% ¹	Akutní bolest zad
Nemechanické páteřní příčiny	~1% ¹	
Ankylozující spondylitida (zánětlivé onemocnění páteřních obratlů/ pohybového aparátu)	~0.3% ¹	
Postižení vnitřních orgánů	~2% ¹	
Mechanická příčina	>90%	Chronická bolest zad
Ankylozující spondylitida a skupina spondyloartritid	~5% ²	

1. Deyo RA, et al. N Engl J Med. 2001;344:363-70. 2. Underwood M, et al. Br J Rheumatol. 1995;

1.Deyo RA, et al. N Engl J Med. 2001;344:363-70. 2. Underwood M, et al. Br J Rheumatol. 1995;34:1074-7

na magnetické rezonanci a současně jeden z typických SpA příznaků, nebo v tzv. klinické větvi, kdy je diagnóza splněna při pozitivitě antigenu HLA-B27 a přítomnosti minimálně dvou SpA příznaků.¹² (obrázek 2) Hlavním přínosem ASAS kritérií je možnost časně diagnózy onemocnění s pomocí magnetické rezonance před rozvojem typických radiografických změn.

Zánětlivá bolest zad představuje typický příznak axiálních SpA. Pro splnění kritérií zánětlivé bolesti zad musí být u nemocného přítomna chronická bolest zad trvající déle než 3 měsíce a alespoň čtyři z pěti následujících kritérií: nástup potíží před 40. rokem, pozvolný nástup obtíží, bolesti mírnící se s rozcvičením, bez pocitu úlevy v klidu, maximum bolesti ve druhé polovině v noci.¹³ Pacienti si obvykle sami stěžují na obtíže v oblasti kříže a dolní části zad, bolest bývá tupá a její intenzita může kolísat. Dále může být přítomna střídavá bolest v oblasti hýždí, která vyzařuje na zadní povrch kyčle. Charakteristická je ranní ztuhlost dolní části zad trvající déle než 30 minut, úleva se pak dostavuje po aktivitě či teplé sprše. V případě postižení hrudní páteře je přítomna bolest hrudníku, která se zhoršuje při kašli, kýchání nebo hlubokém dýchání. V rámci diferenciální diagnostiky je v klinické praxi někdy obtížné odlišení zánětlivé bolesti zad od jiné příčiny bolesti zad, např. v rámci akutní bolesti představuje zánětlivá bolest zad u AS pouhý zlomek ze všech možných diagnóz (pouze 0,3 %) (obrázek 3).

Diagnostika

V České republice byla ve studii čítající kohortu 1008 pacientů stanovena průměrná doba od prvních bolestí zad po stanovení diagnózy 9 let. Až 60 % pacientů bylo při desetiletém trvání onemocnění invalidizováno a 34 % odkázáno na pomoc druhé osoby při běžných denních činnostech.¹⁴ Z těchto dat vyplývá nutnost časně diagnostiky onemocnění. Nerozpoznání onemocnění je spojeno s trvalým postižením

Axiální spondyloartritida⁵

Spondyloartritidy (SpA)⁵

Spondyloartritidy představují skupinu zánětlivých revmatických onemocnění, která postihují páteř, sakroiliakální skloubení, ale také periferní klouby a mají i extraartikulární projevy.

Mezi tradiční jednotky patří například ankylozující spondylitida (Bechtěrevova choroba, AS) nebo psoriatická artritida.

Nově zavedený pojem axiální SpA zahrnuje všechny formy postihující převážně osový skelet – páteř a sakroiliakální skloubení, včetně časného onemocnění bez rentgenového průkazu poškození – neradiografická SpA.

Axiální SpA nastupuje typicky v mladém věku a vyznačuje se bolestí dolních zad a ztuhlostí páteře s omezením její hybnosti ve všech rovinách.

Axiální SpA⁵

Zahrnuje formy s axiálním postižením, včetně neradiografické SpA. Postupem času může dojít k progresi z neradiografické formy do ankylozující spondylitidy.

Neradiografická axiální SpA

Bez strukturálního poškození na RTG

Ankylozující spondylitida

Strukturální poškození sakroiliakálních kloubů a/nebo páteře na RTG

Axiální spondyloartritida

20–30 let

Typický věk při nástupu nemoci⁷

Ankylozující spondylitida

9,1 roku

Průměrná doba od prvních projevů po stanovení diagnózy v ČR²

Jaké jsou nejčastější příznaky axiální SpA?⁵



Bolest v oblasti hýždí



Bolest zad v noci



Ranní ztuhlost



Entezitidy



Zhoršená pracovní schopnost



Únava



Zhoršená kvalita života



Omezená mobilita

Kdy odeslat pacienta na revmatologii⁴

Pokud má pacient:

Chronické bolesti zad trvající déle než 3 měsíce, které se objevily ve věku do 45 let.

A zároveň splňuje alespoň jedno z následujících kritérií:

Zánětlivá bolest zad

nebo

Sakroiliitida na RTG nebo MRI

Pouze pokud je výsledek k dispozici, není vhodné indikovat pro screening.

nebo

HLA-B27+

Je nutné odeslat pacienta k revmatologovi

Jak se liší zánětlivá bolest zad od mechanické bolesti zad?⁴⁻⁶

Zánětlivá bolest zad



Zmírňuje se cvičením



Ranní ztuhlost dolní části zad > 30 min



Maximum ve druhé polovině noci (budiž ze spánku)



Provázena elevací zánětlivých parametrů

Mechanická bolest zad



Vázána na pohyb, s úlevou v klidu

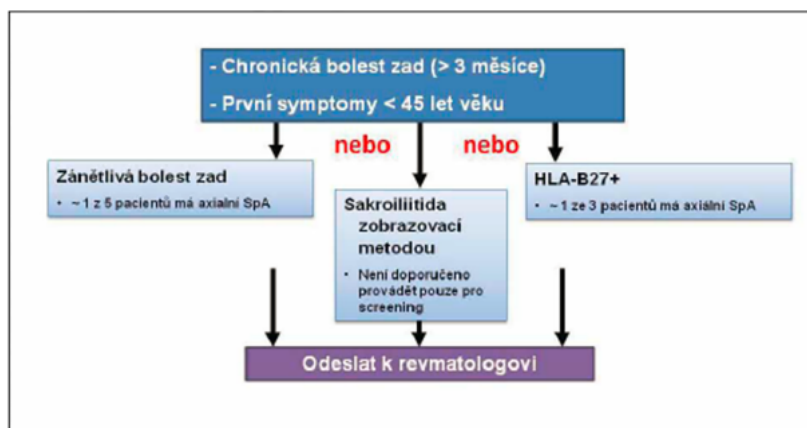


Často prudká, vystřelující

Literatura: 1. Sieper J, Poddubny D. *Lancet* 2017; 390: 73–84. 2. Forejtová S, et al. (2008). *Clin Rheumatol* 27(8): 1005–1013. 3. Rudwaleit et al. *Ann Rheum Dis* 2011; 70: 25–31. 4. Šenolt L, Mann H, Herle P. *Revmatologie*. Doporučené diagnostické a terapeutické postupy pro všeobecné praktické lékaře. *SVL ČLS JEP*, 2014. 5. Pavelka K, Horák P, Mann H, Šenolt L, Štěpán J, Vencovský J. *Revmatologie*, 2, aktualizované a rozšířené vydání. Maxdorf 2018 6. Deyo RA, et al. *N Engl J Med*, 2001; 344: 363–70. 7. <https://www.uptodate.com/contents/axial-spondyloarthritis-including-ankylosing-spondylitis-beyond-the-basics#>! Datum přístupu leden 2020. 8. <https://nass.co.uk/> [Datum přístupu leden 2020]. 9. Bohn R, et al. *Clin Exp Rheumatol*, 2018; 36: 263–74. 10. Strand V and Singh JA. *Mayo Clin Proc*, 2017; 92: 555–64. 11. Rudwaleit M, et al. *Ann Rheum Dis*, 2006; 65: 1251–2. 12. Kiltz U, et al. *Rheumatology* (Oxford), 2016; 55: 1771–6.

Obrázek 4

Referenční strategie pro AS



SpA - spondyloartritidy; HLA-B27 - humánní leukocytární antigen-B27

1. Upraveno podle: Sieper J et al. Ann Rheum Dis 2005;64:659-63. 2. Šenolt I, Mann H, Herle P a výbor ČRS ČLS JEP; Doporučené diagnostické a terapeutické postupy pro všeobecné praktické lékaře, Revmatologie, SVL ČLS JEP 2014.

pacienta, přičemž nevratné poškození se objevuje již při relativně krátké době trvání nemoci.¹⁵ Dalším problémem je začátek onemocnění v mladém věku, kdy symptomy onemocnění mohou interferovat s možností vzdělávání a pracovního růstu. Dalším argumentem pro časnou diagnostiku onemocnění je prokázána lepší odpověď na léčbu při krátkém trvání onemocnění.¹¹

Mezi časně příznaky na začátku choroby patří jednak opakující se hydrosy kolenních či jiných kloubů, bolest pat v důsledku entezitidy (zánětu v oblasti inserce Achillovy šlachy k patní kosti) či akutní přední uveitida. Pokud vznikne klinické podezření na axiální SpA, prvním krokem je vyšetření na přítomnost zánětlivého poškození sakroiliakálních kloubů – detekce sakroiliitidy. Jsou používány různé zobrazovací techniky, nicméně klasický rentgenový snímek je zlatým standardem, který umožní hodnotit strukturální změny. Nevýhodou rentgenového vyšetření je nemožnost zachytit aktivní zánětlivé změny^{2,16}, není tedy vhodné pro záchyt časných stádií axiální SpA. Typicky nalézáme subchondrální sklerózu, eroze nebo syndesmofyty – graciální návalky přemostující sousední obratlová těla. Magnetická rezonance oproti tomu představuje vysoce senzitivní vyšetření, které je schopné zobrazit aktivní zánětlivé změny dlouho před možností zachycení strukturálních a pozánětlivých změn na klasickém RTG snímku. Je považováno za optimální metodu v detekci zánětlivých změn u axiálních SpA.¹⁶ Ve STIR sekvenci vidíme aktivní zánětlivé změny ve formě kostního edému (osteitidy),

T1 vážený obraz pak detailně ukazuje anatomické poměry a strukturální změny související se zánětlivým procesem (eroze a tuková degenerace). V řadě případů je však interpretace výsledků obtížná a hodnocení vyžaduje zkušeného rentgenologa. Laboratorní testy nejsou pro axiální SpA a stejně tak pro celou skupinu spondyloartritid diagnostické.⁶ V odpovědi na zánětlivý proces dochází k elevaci sérových koncentrací CRP a jeho zvýšené hodnoty mohou být spojeny se strukturálními změnami páteře souvisejícími se SpA.¹⁷ Přestože přítomnost antigenu HLA-B27 je silným prediktorem diagnózy axiální SpA^{2,6} a u pacientů s AS

nacházíme pozitivitu HLA-B27 v 80 až 95 %^{6,17,18}, nemůžeme dát mezi nález tohoto antigenu a vznik AS rovnítko. Prevalence positivity antigenu HLA-B27 se v populaci pohybuje kolem 8 %, ale Bechtěrevovou chorobou onemocní pouze 2–5 % všech HLA-B27 pozitivních.

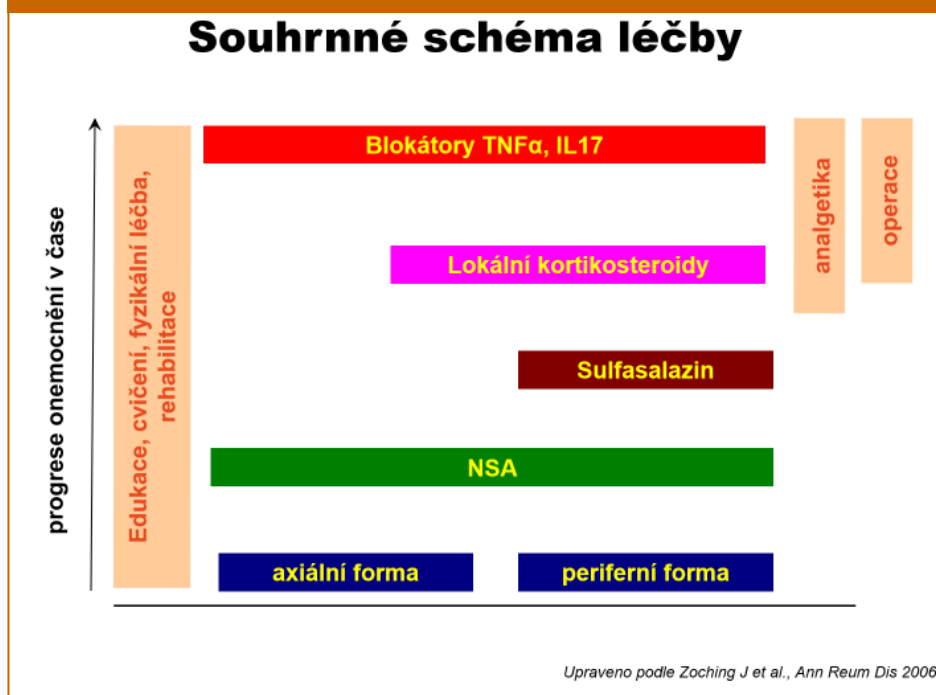
Referenční strategie pro AS – koho odeslat k revmatologickému vyšetření

K revmatologickému vyšetření by měl být odeslán pacient s bolestí zad trvající déle než 3 měsíce a s věkem prvních příznaků do 45 let věku. Dále musí být přítomna buď zánětlivá bolest zad, nebo sakroiliitida dle zobrazovacích metod (RTG, CT, MR) či prokázána pozitivita antigenu HLA-B27.

Léčba

Cílem léčby pacientů s axiální SpA je zlepšení kvality života. **Schéma 1** ukazuje přístup k terapii pacienta s AS. Důraz je kladen na nefarmakologické intervence jako je edukace pacienta, pravidelné dlouhodobé cvičení, rehabilitační léčba nebo zapojení do svépomocných skupin, v ČR např. Klub bechtěreviků. Pro pacienty s manifestací axiální i periferní SpA jsou stále lékem první volby nesteroidní antirevmatika (NSAID). NSAID působí analgeticky, přináší úlevu od ztuhlosti a mají protizánětlivé účinky. Léky z řady klasických syntetických chorobu modifikujících farmak (csDMARDs), jako je sulfasalazin nebo methotrexát, a lokálně aplikované glukokortikoidy mají jen limitované využití, a to u pacientů s periferní

Schéma 1



manifestací onemocnění. Proti tomu biologické choroby modifikující léky jako jsou inhibitory TNF α a IL-17 pokrývají celé spektrum projevů onemocnění, význam-

i farmakoterapii s cílem zachovat hybnost nemocného, zlepšit kvalitu jeho života a předejít komplikacím.

ně ovlivňují symptomy onemocnění a v současnosti jsou standardem v léčbě pacientů s vysokou aktivitou onemocnění se selháním předchozí konvenční terapie.

Závěr

Časná diagnostika se v těchto případech rovná větší šanci na úspěch a výrazně snižuje riziko vzniku nevratného poškození. Referenční strategie je pak založena na přítomnosti zánětlivé bolesti zad. Pokud bude u nemocného přítomna spolu s dalšími projevy spondyloartritid je vždy ke zvážení odeslat pacienta k revmatologickému vyšetření. Léčba zahrnuje nefarmakologické přístupy (edukace, komplexní lázeňská léčba, fyzioterapie atd.)

Seznam literatury:

1. Pavelka K, Horák P, Mann H et al. Revmatologie 2. aktualizované a rozšířené vydání. Maxdorf 2018.
2. Rudwaleit M et al. Ann Rheum Dis 2009; 68: 777-783.
3. Rudwaleit M et al. Ann Rheum Dis 2011; 70: 25-31
4. Spondylitis Association of America. Ankylosing Spondylitis. Available at: <http://www.spondylitis.org/about/as.aspx>. Accessed on 8 November 2011
5. Maksymowych W. Nat Rev Rheumatol. 2010; 6: 75-81
6. Sieper J et al. Ann Rheum Dis. 2002; 61: iii8-iii18
7. Bakland G et al. Ann Rheum Dis. 2011; 70: 1921-1925
8. Zochling J, Braun J. Clin Exp Rheumatol. 2008; 26 (Suppl 51): S80-S84
9. Franke LC et al. Clin Exp Rheumatol. 2009; 27(Suppl 55): S118-S123
10. Boonen A, van der Linden SM. J Rheumatol. 2006; 33 (Suppl 78): 4-11
11. Rudwaleit M, et al. Arthritis Rheum. 2005; 52(4):1000-8
12. Sieper J et al. Ann Rheum Dis. 2009; 68 (Suppl II): ii1-ii44
13. Braun J, Inman R. Ann Rheum Dis. 2010 Jul; 69(7):1264-8
14. Forejtova, S., et al. (2008). „Factors influencing health status and disability of patients with ankylosing spondylitis in the Czech Republic.“ Clin Rheumatol 27(8): 1005-1013.
15. Keat A et al. Rheumatology (Oxford). 2011; 50: 1936-1939
16. Braun J, Baraliakos X. In: Hochberg MC, et al. eds. Rheumatology. 6th edition. 2014: 960-969
17. Rudwaleit M et al. Arthritis Rheum. 2009; 60: 717-727
18. Chung HY et al. Ann Rheum Dis. 2011; 70: 1930-1936

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

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

Je možné „omladit“ cévy nemocných?



Prof. MUDr. Michal Vrablík, Ph.D.

(Česká společnost pro aterosklerózu
Centrum preventivní kardiologie, 3. interní klinika
1. LF UK a VFN, Praha)

Pokud hovoříme o aterosklerotických kardiovaskulárních (KV) onemocněních, platí, že „za všechno může čas“. Čas je při rozvoji aterosklerózy určujícím faktorem, a to především z pohledu kumulující se expozice KV rizikovým faktorům v průběhu života člověka. Naše terapeutické možnosti kompenzace těchto rizikových faktorů, např. hypertenze a dyslipidemie, nám dávají do rukou nástroj, jak dobu této expozice u postižených jedinců výrazně zkrátit, a snížit tak biologické stárání cév. Cévní věk – tedy čas, který zbývá cévám, může být při tom účinnou komunikační strategií pro motivaci pacienta, aby preventivní KV léčbu zahájil a dlouhodobě dodržel.

Kardiovaskulární riziko u mladších pacientů

V kardiovaskulární prevenci se nelze spoléhat na to, že výskyt KV rizikových faktorů je u mladších osob nízký. Nedávno bylo zjištěno, že mezi českými 40letými muži má 43 % hypertenzi a 39 % dyslipidemii a podobné prevalence těchto rizikových faktorů dosahují i české 50leté ženy (45 %, resp. 41 %).¹ Je třeba zbořit také mýtus, že KV riziko mladých je vždy nízké. Procentuální riziko úmrtí na KV choroby dle tabulek SCORE se u těchto pacientů jeví sice jako malé i v případě přítomnosti rizikových faktorů. Je ale třeba si uvědomit, že jde pouze o výhled na dalších 10 let a že mladší pacient bude žít s těmito rizikovými faktory nejspíše podstatně déle. Proto neplatí, že u mladších není potřeba dosáhnout nízké hladiny LDL cholesterolu a že podávání statinů není v kontextu nízkého KV rizika nikdy nutné.

KV rizikové faktory se navíc často kumulují. Např. až **85 % českých hypertoniků má také dyslipidemii**. Je známo, že při současném působení více rizikových faktorů se riziko vzniku KV chorob nesčítá, ale násobí. Analogicky také platí, že simultánní intervence uvedených 2 rizikových faktorů vede k násobnému snížení KV rizika, jak doložila studie ASCOT Legacy.²

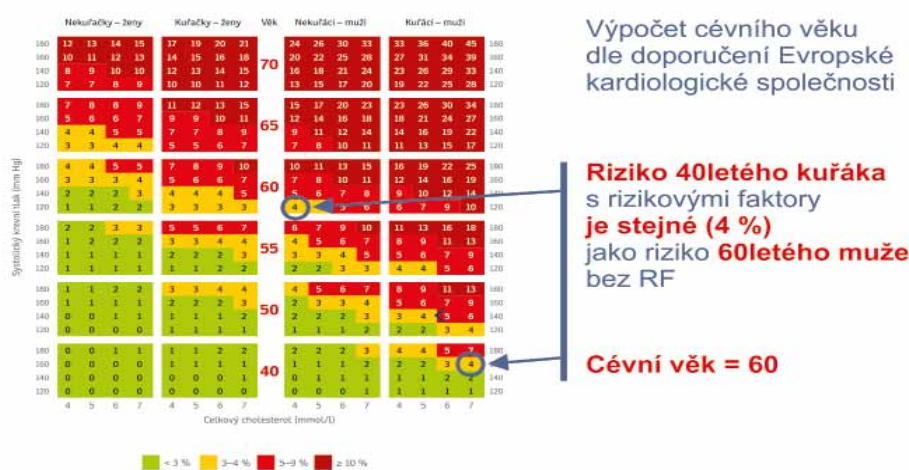
Cévní věk

Jak tedy posuzovat KV riziko u mladších pacientů? Můžeme vyjít z konstatování, že jsme tak staří, jak staré jsou naše cévy. Na KV riziko pacienta pak lze pohlížet na základě jeho cévního věku. Cévní věk je také argument, který pacient velmi dobře pochopí, pokud mu vysvětlíme, že biologické stárání jeho cév je např. o 15 let vyšší než jeho kalendářní věk.

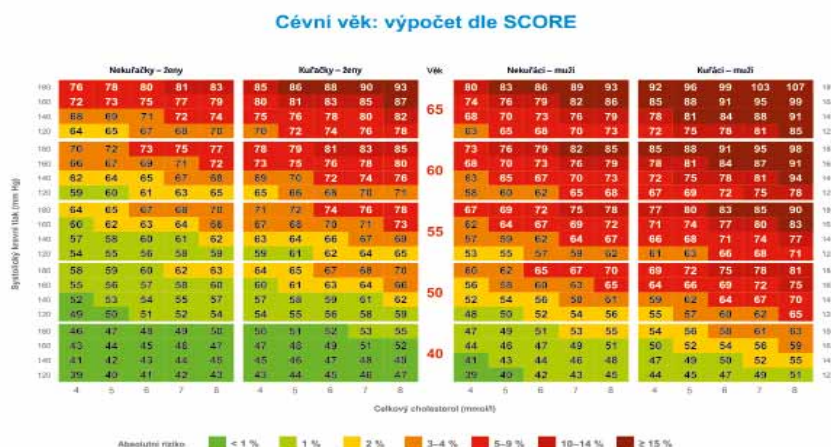
Jak ale cévní věk pacienta určit? Mohli bychom k tomu použít neinvazivní metody měření tuhosti arteriální stěny, jako je rychlost šíření pulsní vlny nebo extrapolovat z výsledků zobrazovacích metod (například ultrazvukové hodnocení tloušťky intimy/medie karotické tepny). To ovšem nejsou běžně dostupné metody v ordinaci praktického lékaře. Cévní věk lze ale odhadnout i jinak. Využít k tomu můžeme již uvedené tabulky SCORE.^{3,4} KV riziko stanovené u mladého pacienta s rizikovými faktory můžeme přirovnat ke KV riziku staršího pacienta, který tyto rizikové faktory nemá. Např. podle tabulek SCORE má 40letý kuřák s hypertenzí a dyslipidemií stejné KV riziko jako 60letý muž bez těchto rizikových faktorů (obr. 1). Pro pacienta pak bude srozumitelná informace, že stárání jeho cév ve věku 40 let odpovídá 60letému muži. A to protože kouří, má neléčenou hypertenzi a neléčenou vysokou hladinu cholesterolu. Taková informace pomůže vyvrátit pacientovu představu o mizivém KV riziku, které si odečetl z tabulek SCORE, a pomůže mu pochopit, že jeho rizikové faktory a špatný životní styl vyžadují intervenci. Vznikly proto také modifikované tabulky SCORE pro přímé určení cévního věku (obr. 2).³

Jak zpomalit stárnutí tepen

Zásadním krokem pro snížení věku tepen je úprava životního stylu – přidat pohyb, jíst zdravě, nekouřit. I pacient poučený o svém riziku ale málokdy dokáže tyto rady dodržovat. Pokud se efekt režimových opatření nedostaví do 3–6 měsíců, neměl by lékař nadále čekat. Včasná intervence hypertenze a dyslipidemie je totiž zásadní pro ovlivnění cévního věku. Léčba těchto rizikových faktorů by měla být nasazena včas a při jejich současném výskytu nejlépe simultánně. Cílem je kompenzace do 3 měsíců a následné udržení pacienta na dlouhodobé terapii. Můžeme tak totiž napodobit dlouhodobé příznivé působení geneticky daného nízkého krevního tlaku a nízké hladiny LDL cholesterolu. Jak ukázala nedávná analýza údajů z britské BioBank, která hodnotila vliv dlouhodobé expozice nízkému TK a nízké hladině LDL cholesterolu na riziko rozvoje KV onemocnění, šance na výskyt koronární příhody byla u těchto jedinců o 39 % nižší než u osob s geneticky

Obrázek 1. Určení cévního věku pomocí původních tabulek SCORE.^{3,4}

Obr. 1: Tabulka SCORE pro regiony s vysokým KV rizikem. (Upraveno dle: Mach et al. European Heart Journal (2019) 00, 1-78.)

Obrázek 2. Modifikované tabulky SCORE pro určení cévního věku.^{3,4}

Cuende JJ et al. European Heart Journal (2010) 31, 2351-2358.

daným vyšším LDL cholesterolem a TK ($p < 0,001$).⁵ Čím dříve tedy intervenci KV rizikových faktorů zahájíme, tím kratší dobu bude pacient vystaven jejich nepříznivému vlivu na cévní zdraví.

Jak vyplývá z klinických studií o délce trvání 1–4 roky, pokles LDL cholesterolu je prediktorem poklesu relativního rizika KV příhod a tento účinek se s délkou léčby prohlubuje.⁶ Výsledky 20letého sledování pacientů ze studie WOSCOPS a 16letého sledování pacientů ze studie ASCOT Legacy navíc ukazují, že pacienti z původně placebových větví, kterým byla nasazena hypolipidemická léčba až po odslepení základní studie, již nikdy nedosáhnou takového poklesu KV rizika jako pacienti, u nichž byla léčba nasazena hned na začátku studie (obr. 3).^{3,7} Efekt kombinované intervence rizikových KV faktorů se přitom prokazatelně násobí. Bylo doloženo, že snížení hladiny celkového cholesterolu o 10 % spolu se snížením krevního tlaku o 10 % vede k poklesu 10letého rizika KV onemocnění o 45 %.⁸

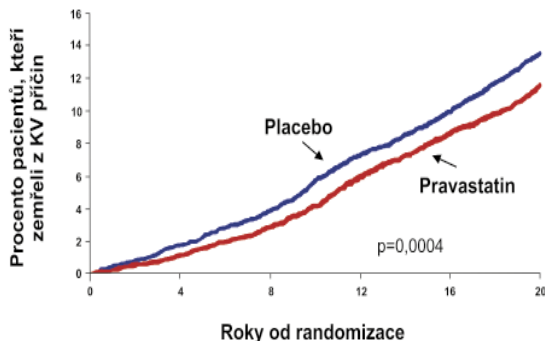
Při časně identifikaci KV rizikových faktorů nemusíme být v léčbě tak agresivní. Mladší pacient má nižší KV riziko, proto ani cílové hodnoty cholesterolu nejsou tak nízké. U nízkého a středního KV rizika cílíme podle aktuálních doporučení k hladině LDL cholesterolu $< 3,0$, resp. $< 2,6$ mmol/l a hladině non-HDL cholesterolu $< 3,8$, resp. $< 3,4$ mmol/l. Časná intervence KV rizikových faktorů může zabránit přechodu pacientů do vyšších kategorií KV rizika. Léčba tedy nemusí být agresivní, ale nad přítomností rizikových faktorů nesmíme mávnout rukou.

Jak dosáhnout adherence při časně intervenci KV rizika

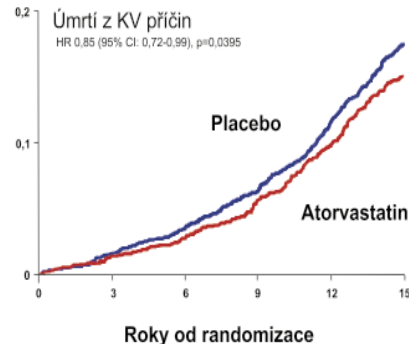
Ke snížení cévního věku je potřebná ochota pacienta ke změně. Bohužel nejenže se nám nedaří dosáhnout u pacientů dodržování režimových opatření, ale pacienti často nevykazují ani dobrou adherenci k farmakoterapii. Jednou z možností pro zvýšení adherence je poučení a motivace pacienta. Právě zde lze uplatnit cévní věk. Bylo doloženo, že způsob informování pacienta o jeho KV riziku ovlivňuje dosažení kompenzace

Obrázek 3. KV mortalita v dlouhodobém sledování pacientů randomizovaných původně k užívání statinu a k užívání placebo ze studií WOSCOPS a ASCOT Legacy.^{3,7}

KV mortalita po 20 letech: data ze studie WOSCOPS



KV mortalita po 16 letech: data ze studie ASCOT Legacy

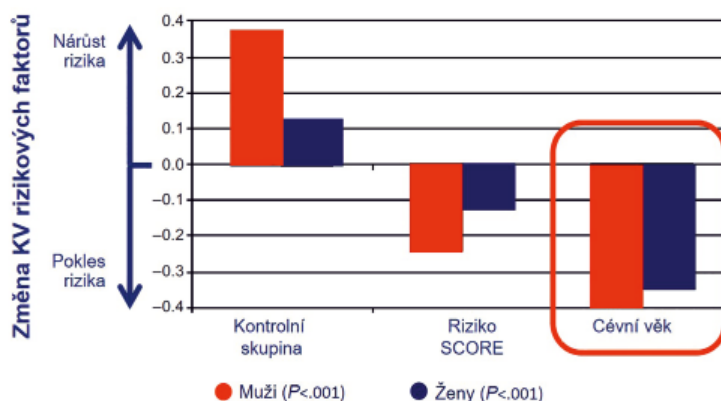


rizikových faktorů. Při využití informace o cévním věku bylo dosaženo významně většího poklesu KV rizika než při použití informace o 10letém riziku úmrtí z KV příčin podle původních tabulek SCORE (obr. 4).⁹

Dalším využitelným nástrojem pro zlepšení dodržování preventivní KV léčby je současné zahájení terapie hypertenze a dyslipidemie, u něhož bylo prokázáno zvýšení adherence k oběma režimům. Přínosem je samo-

zřejmě jednoduchost režimu. Zde lze využít fixní kombinace antihypertenziv a statinů, které umožňují kompenzovat hypertenzi i dyslipidemii jednou tabletou za den. Navíc není podstatné, zda pacient takovou tabletu užívá pravidelně ráno nebo večer.¹⁰ Každý pacient si může zvolit, která denní doba mu pro užívání léku lépe vyhovuje, což opět pomáhá zvýšit adherenci k léčbě.

Obrázek 4. Způsob informování pacientů o jejich KV riziku ovlivňuje kompenzaci rizikových faktorů.⁹



Závěr

Intervence KV rizika by měla být zahájena včas i u mladších nemocných. Zdá se, že prvním odhaleným KV rizikovým faktorem bývá hypertenze. Identifikace dyslipidemie u hypertonika umožní simultánní intervenci obou rizikových faktorů s využitím jejího násobného přínosu. Léčba by měla směřovat k rychlému dosažení cílových hodnot. Adherenci pacienta k léčbě může zvýšit vysvětlení jeho KV rizika pomocí cévního věku, současné zahájení léčby hypertenze i dyslipidemie a využití fixních kombinací podávaných v denní dobu, kterou pacient preferuje.

Literatura:

- Chmelík Z, Vrablík M, Vavřová M, Lánská V. Vysoká prevalence kardiovaskulárních rizikových faktorů a neuspokojivá kontrola hladin LDL-cholesterolu v populaci 40letých mužů a 50letých žen v České republice. *AtheroRev* 2016; 1(3): 111–115.
- Gupta A, Mackay J, Whitehouse A, et al. Long-term mortality after blood pressure-lowering and lipid-lowering treatment in patients with hypertension in the Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial (ASCOT) Legacy study: 16-year follow-up results of a randomised factorial trial [published correction appears in *Lancet*. 2018 Oct 20;392(10156):1402]. *Lancet*. 2018; 392(10153):1127–1137.
- Cuende JI, Cuende N, Calaveras-Lagartos J. How to calculate vascular age with the SCORE project scales: a new method of cardiovascular risk evaluation. *Eur Heart J*. 2010; 31(19): 2351–2358.
- Mach F, Baigent C, Catapano AL, et al. 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk. *Eur Heart J*. 2020; 41(1): 111–188.
- Ference BA, Bhatt DL, Catapano AL, et al. Association of Genetic Variants Related to Combined Exposure to Lower Low-Density Lipoproteins and Lower Systolic Blood Pressure With Lifetime Risk of Cardiovascular Disease. *JAMA*. 2019; 322(14): 1381–1391.
- Ference BA, Ginsberg HN, Graham I, et al. Low-density lipoproteins cause atherosclerotic cardiovascular disease. 1. Evidence from genetic, epidemiologic, and clinical studies. A consensus statement from the European Atherosclerosis Society Consensus Panel. *Eur Heart J*. 2017; 38(32): 2459–2472.
- Ford I, Murray H, McCowan C, Packard CJ. Long-Term Safety and Efficacy of Lowering Low-Density Lipoprotein Cholesterol With Statin Therapy: 20-Year Follow-Up of West of Scotland Coronary Prevention Study. *Circulation*. 2016; 133(11): 1073–1080.
- Emberson J, Whincup P, Morris R, Walker M, Ebrahim S. Evaluating the impact of population and high-risk strategies for the primary prevention of cardiovascular disease. *Eur Heart J*. 2004; 25(6): 484–491.
- Cuende JI. Vascular Age Versus Cardiovascular Risk: Clarifying Concepts. *Rev Esp Cardiol (Engl Ed)*. 2016; 69(3): 243–246.
- Plakogiannis R, Cohen H, Taft D. Effects of morning versus evening administration of atorvastatin in patients with hyperlipidemia. *Am J Health Syst Pharm*. 2005; 62(23): 2491–2494.

Předávání informací ve zdravotnictví – přehledový článek



PhDr. Mgr. David Peřan, MBA

Vzdělávací a výcvikové středisko,
Zdravotnická záchranná služba hl. m. Prahy
Vysoká škola zdravotnická, o.p.s., Praha
Kabinet veřejného zdravotnictví, 3. Lékařská fakulta,
Univerzita Karlova, Praha

MUDr. PhDr. Marcel Nesvadba, Ph.D., MBA

Ordinace praktického lékaře, Turnov

PhDr. Mgr. et Mgr. Patrik Christian Cmorej, Ph.D., MHA

Zdravotnická záchranná služba Ústeckého kraje
Fakulta zdravotnických studií, Univerzita J. E. Purkyně
v Ústí nad Labem

Úvod

V poslední době se ze západních zemí dostávají do České republiky (ČR) různé formy standardizovaných postupů a kognitivních pomůcek, které jsou v různé míře na různých úrovních systému přijímány a odmítány.

Z pohledu pacientů, zaměstnanců i organizací se však jedná o velmi efektivní nástroj zvyšující bezpečí zdravotní péče^{1,2}. Standardizace komunikace je jedním z mezinárodních bezpečnostních cílů, který se dostal do agendy akreditačních standardů Joint Commission International (JCI) – Standard IPSG.2.1³ – či hnutí Patient Safety Movement (Hand-off communications)⁴. Předávání pacientů a informací o nich se tak postupně dostává do povědomí všech zdravotnických pracovníků. Společně s tím se dostávají do povědomí i netechnické dovednosti včetně jejich nácviku a podpory v podobě používání kognitivních pomůcek⁵⁻⁸.

Východiska

Předchozí studie zjistily, že nekvalitní předání pacientů může vést k jejich poškození¹. Chyby v komunikaci byly vyhodnoceny jako jedna z hlavních příčin pochybení ve zdravotnictví, kterým lze předcházet⁹. Nedorozumění a ztráta informací během předání pacienta a informací o něm může být příčinou vzniku chyby v pozdější

fázi léčby^{1,2,11-13}. Standardizací^{1,2} a zlepšením procesu předání pacientů² může být zlepšeno bezpečí zdravotní péče. Četnost nežádoucích událostí je v nemocničním prostředí vysoká a hlavní příčinou jsou chyby v komunikaci¹⁴ – 12 % situací, kdy byl poškozen pacient, bylo zapříčiněno problémem v komunikaci při předání pacienta nebo při poskytování péče na různých úrovních systému zároveň¹⁵.

Veškeré znalosti, dovednosti a návyky, které si člověk osvojí, jednou také zapomene. Paměť má 4 základní fáze – zapamatování, uchování, vybavení a zapominání. Jedním z důvodů, proč se uchylovat ke standardizovaným postupům, je fakt, že standardizovaný postup lze zaznamenat a vytvořit k němu grafický algoritmus nebo kontrolní list. Používání kognitivních pomůcek má vliv na bezpečí poskytovaných zdravotních služeb^{2,16-18}.

Na správnou funkci paměti má vliv mnoho faktorů, včetně stresu nebo únavy. V rámci primární péče se často ani jednomu nelze vyhnout a právě standardizace péče je cestou, jak dodržet postupy i ve stresových situacích nebo při únavě a vyčerpání. Použití kognitivních pomůcek v procesu standardizace může navíc pomoci provést všechny potřebné úkony ve správném pořadí⁶.

V rámci objektivnosti je potřeba uvést, že lze najít články, které kognitivní pomůcky a jejich efektivitu napadají. Hlavním důvodem bývá fakt, že mnemotechnických pomůcek existuje příliš mnoho¹⁹⁻²³. Např. Guly (2003) nalézá akronym ABCDE hned ve 12 různých oblastech a upozorňuje, že písmeno E má několik používaných významů (Exposure, Environment, Emotions, Ensure, Elimination, Examine, Evaluate, Evacuation atd.). Autor upozorňuje na fakt, že příliš mnoho podobných pomůcek může vést rovněž k chybě. Sjednocení významu na národní úrovni tak může přispět ke snížení rizika vzniku chyby a zjednodušit předávání postupů při vzdělávání²². Autoři se shodují na jednom faktu, který byl ve studiích prokázán – mnemotechnické pomůcky, doporučené postupy, algoritmy a kontrolní listy snižují možnost chyby a zlepšují kvalitu péče o pacienty^{1-4,6,21,23}.

Standardizace komunikace

Výčet standardů zaměřených na komunikaci vychází ze čtyř dokumentů – Akreditační standardy Joint Commission International Accreditation pro organizace zajišťující transport ve zdravotnictví³, Minimální požadavky pro zavedení interního systému hodnocení kvality a bezpečí²⁴, Vyhláška o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče²⁵ a Akreditační standardy pro zdravotnické záchranné služby²⁶. Právě standardy pro zdravotnickou záchrannou službu obsahují témata, která představují průnik přednemocniční a nemocniční

péče, a pro primární péči jsou tak vhodným kandidátem pro podpoření myšlenky standardizace. Komunikace je zastoupena na úrovni verbální i telefonické komunikace.

Standard IPSG.2.1 hovoří o standardizaci komunikace – *transportní organizace vyvine a používá proces ke zlepšení efektivity komunikace jak verbální, tak telefonní* – a má celkem tři indikátory:

1. *mezi zdravotníky ZZS a cílovým poskytovatelem akutní lůžkové péče (CPALP) probíhá standardizovaná komunikace obsahující kritické informace o pacientovi,*
2. *standardizované formuláře, nástroje a metody podporují jednotnost procesu,*
3. *data z této komunikace jsou zaznamenávána a používána k dalšímu zlepšení postupů a bezpečnosti předávací komunikace³.*

Pro poskytovatele lůžkové zdravotní péče se jedná především o standard RBC 7 – *Bezpečné předávání pacientů: Na péči o pacienta se v průběhu hospitalizace podílí mnoho zdravotnických pracovníků nebo jiných odborných pracovníků a v návaznosti na vývoj jeho zdravotního vztahu není vyloučen překlad pacienta mezi jednotlivými odděleními/klinikami nebo i mimo zdravotnické zařízení. Cílem standardu je zajistit jednotný způsob předávání pacientů a informací o nich u daného poskytovatele²⁴.*

Standard je splněn, jestliže poskytovatel:

- Má vypracován a zaveden jednotný systém předávání pacientů a informací o nich u daného poskytovatele²⁴.

2.8 Standard Kontinuita zdravotní péče.

Cílem standardu je zajištění návaznosti zdravotní péče ve zdravotnickém zařízení a též v rámci spolupráce s dalšími poskytovateli zdravotních služeb²⁵.

2. 8. 1. *Ukazatele kvality a bezpečí pro splnění standardu Standard je splněn, jestliže*

- a) *jsou stanoveny postupy pro předávání pacientů mezi zaměstnanci v navazujících pracovních směnách na pracovišti, pro předávání pacientů mezi pracovišti zdravotnického zařízení, pro předávání pacientů do jiného zdravotnického zařízení a pro propouštění pacientů ze zdravotnického zařízení včetně zajištění navazující ambulantní zdravotní péče a*
- b) *je stanoven postup pro spolupráci s dalšími poskytovateli zdravotních služeb a případně též s poskytovateli sociálních služeb²⁵.*

Standard A.3 Komunikace mezi zdravotnickým operačním střediskem a výjezdovými skupinami se řídí dokumentovanými postupy²⁶.

Akronymy pro předání pacientů

Peřan et al. (2019) identifikovali celkem 12 různých akronymů používaných pro předávání informací o pacientech, testovaných v 16 studiích²⁷. Komunikace při předávání pacientů se mezi zdravotnickými pracovníky liší, předání informací často postrádá strukturu^{28–30} a jeho kvalita záleží především na zkušenostech a znalostech zdravotníků¹. Zdravotníci záchranáři pak hodnotí strukturované pomůcky pro předávání pacientů, které je vedou krok za krokem, kladně³¹.

Předání pacientů s nižší prioritou ošetření je jednodušší, protože popsat jejich potíže je snazší^{32,33}. Předání kritických pacientů by mělo probíhat ve dvou fázích – nejprve předat kritické informace a teprve po provedení zásadních úkonů předat zbytek informací¹.

Protože nedostatek struktury při předání pacientů vede ke vzniku nedorozumění³⁴, je vhodné proces předání pacientů a komunikaci během něj strukturovat a standardizovat^{35,29,36}. Pokud je použito strukturované předání pacienta, je potřeba, aby stejnou strukturu používal jak předávající, tak přijímající personál³⁵, protože efektivní předání vyžaduje zkušenosti, aktivní naslouchání a společný jazyk^{35,37}.

Ačkoliv standardizované předání má bezesporu výhody, nepodporuje vybavení informací přijímajícím personálem³⁶. Někdy je potřeba informace opakovat¹, přičemž časté přerušování během prvotního předávání může rovněž vést ke snížení efektivity procesu³⁷. Efektivní předání vyžaduje 3 elementy – fyzické, slovní a písemné předání pacienta³³. Správný přenos informací podporuje dobrá pracovní atmosféra a sdílené porozumění³⁸. Zdravotnická dokumentace se zdá být pro použití při předání pacientů užitečná, ale elektronická dokumentace, která podporuje přenos informací do nemocnice, může ještě více zkvalitnit tento proces a následné vybavení informací přijímajícím personálem^{11,29,36}, protože pokud informace nejsou zapsány, jejich vybavení bývá na velmi nízké úrovni^{11,36}. Manser (2010) upozorňuje, že standardy pro efektivní předání pacientů zasahují hlouběji než jen do struktury informací a že musí obsahovat také týmovou spolupráci, která umožní adaptaci a flexibilitu při předávání pacientů³⁸, a to platí i pro multidisciplinární týmy.

Pokud je standardizace provedena jako implementace kognitivní pomůcky, může dojít ke zlepšení v konzistenci předávaných informací, sdělování důležitých informací, v redukci doplňujících otázek a snížení času³⁹.

Obsah jednotlivých kognitivních pomůcek pro předávání pacientů se liší. Např. vitální hodnoty byly pro předávané informace označeny jako zásadní⁹, sociální a psychologické potřeby pacienta by měly být v předání také zmíněny⁴⁰, stejně jako komplexní popis zdravotního stavu u seniorů⁴¹.

Proces předání může být zlepšen čtyřmi různými cestami: komunikací přímo s budoucím ošetřujícím zdravotnickým pracovníkem; zlepšením zpětné vazby a porozuměním všech zainteresovaných stran; standardizací některých aspektů předání a implementací technologií s cílem podpořit přenos informací⁴². Zlepšení vyžaduje podporu na všech úrovních řízení ve zdravotnictví⁴² a zapojením všech zainteresovaných skupin.

Komplikace během předání

Problémy se nejčastěji vyskytují u pacientů s vážnými nebo vícečetnými potížemi, protože jejich předávání probíhá často rychle a ve stresu³³. Cenné informace pak mohou být ztraceny kvůli nedostatečnému naslouchání, ztrátě prostřednictvím třetí strany (např. zdravotnické operační středisko nebo kontaktní místo nemocnice atd.), či kvůli neúplné nebo nedostatečné struktuře při předání^{28,37,43}.

Ačkoliv zdravotnická dokumentace zdravotnické záchranné služby byla označena za užitečnou⁴³, přijímací personál jí často zakládá bez přečtení³¹, jak je tomu u průvodní dokumentace od ambulantních specialistů není známo.

Owen (2009) identifikoval několik potenciálních problémů při procesu předávání – počet lidí v komunikačním řetězci, stresové a chaotické prostředí, nedostatek času na předání, nedostatek výcviku a frustrace v tom, jak zajistit srozumitelné předání³⁵. Neefektivní předání může být způsobeno také sdělováním nepodstatných informací, přerušeními, překážkami při zjišťování informací, časovými omezeními, potížemi s používáním technologií při předávání nebo kvůli vysokému pracovnímu vytížení či nedostatečně jasnému sdělování informací^{2,37}. Problémy při výměně informací mohou být také způsobeny předáním více než jedním zdravotnickým pracovníkem nebo dvěma místy⁴⁴. Neúplné předávání často vede k dalším otázkám, které prodlužují předání⁴⁴.

Výuka a nácviky předávání

Základní problém spočívá v tom, že zdravotničtí pracovníci nemají žádnou odbornou přípravu v poskytování efektivního předávání, ačkoliv by vzdělávání v této oblasti uvítali²⁹. Zdravotníci se tak učí předávání často

prostřednictvím zkušeností². Jenkin (2007) zjistil, že obsah předávání závisí také na zkušenostech a znalostech zdravotnického personálu¹.

Školení v komunikaci, vedení týmu a týmová disciplína podporují komunikační proces během předání³⁶. Z tohoto důvodu by se zdravotníci měli učit, jak poskytnout předání, a přijímající týmy by měly být připraveny a školeny v aktivním naslouchání³⁷. Bost (2012) uvádí, že interprofesionální vzdělávání může být jednou ze strategií, která pomůže rozvíjet silné komunikační a týmové dovednosti, které zlepší proces klinického předávání mezi různými skupinami zdravotnických pracovníků².

Di Delupis (2013) dospěl k výsledku, že ke značnému zvýšení kvality předání může dojít po zavedení tréninku a používání standardizované kognitivní pomůcky⁹. Vzdělávání v podobě skript a přednášek přináší zlepšení procesu a lepší dodržování nastavených pravidel³⁰. Na druhou stranu online vzdělávání samo o sobě situaci nezlepšuje⁴⁵.

Závěr

Navzdory všem zaznamenaným komplikacím, nedostatku nácviku, tréninku a chybějící struktuře předávání informací mezi zdravotníky zaznamenaly některé regiony, že samotné slovní předání bylo relevantní a personál s ním byl spokojen.

Nicméně většina články podporuje a dokumentuje potřebu strukturovaného předávání pacientů a informací o nich, včetně nácviku, což může zlepšit bezpečí poskytované zdravotní péče snížením ztrát informací. Národní doporučený postup nebo standard pro předávání pacientů jak pro předávající, tak pro přijímající personál, by situaci do značné míry usnadnil.

Oblast výzkumu zaměřená na používání elektronických pomůcek při předávání informací o pacientovi je stále otevřená.

Použité zdroje:



Klíšťová encefalitida - stále velmi aktuální téma



MUDr. Jan Kynčl, Ph.D.

MUDr. Hana Orlíková

Oddělení epidemiologie infekčních nemocí,
Centrum epidemiologie a mikrobiologie,
Státní zdravotní ústav, Praha

Úvod

Klíšťová encefalitida je závažná akutní neuroinfekce, která se ve střední Evropě vyskytuje endemicky. Původcem nemoci je RNA virus klíšťové encefalitidy z rodu *Flavivirus*, čeledi *Flaviviridae*. Ve Střední Evropě virus poprvé izoloval virolog MUDr. František Gallia z klíšťat v jižní části Středočeského kraje, proto byl původní název viru i nemoci Středoevropská klíšťová encefalitida.

Klíšťová encefalitida (KE) je v České republice druhou nejpočetnější nemocí přenášenou klíšťaty. V posledních letech je v ČR v průměru evidováno 600 až 800 případů KE ročně. V současné době je Česká republika zemí s nejvyšším počtem případů KE v celé Evropské unii a dlouhodobě patří k zemím s nejvyšší incidencí na počet obyvatel, společně s Pobaltskými zeměmi a Slovinskem¹. Dlouhodobý trend výskytu onemocnění je v ČR nepříznivý, počty nemocných s KE se zvyšují. V roce 2019 bylo hlášeno celkem 774 případů klíšťové encefalitidy (tj. incidence 7,27 případů na 100 000 obyvatel). Rovněž dílčí data za letošní rok ukazují další nárůst případů KE, ke konci října 2020 byla v ČR evidována nákaza již u 755 lidí, což je o 13 % více než ve stejném období v roce 2019.²

Výskyt onemocnění a jeho závažnost

Zatímco ještě zhruba před čtvrtstoletím se onemocnění vyskytovalo nejvíce zejména v lokalitách středních a jižních Čech a v několika dalších

ohniscích, následně došlo k rozšíření do dalších oblastí a v současnosti je postiženo již prakticky celé území ČR (graf 1). Ohniska klíšťové encefalitidy se vyskytují v biotopech se smíšenými a listnatými porosty, jednak v přírodě, v lokalitách s bujnou vegetací, na okrajích lesů, u vodních ploch a toků, ale i v blízkosti lidských obydlí, v parcích a zahradách apod. Vlivem změn klimatu a charakteru krajiny se ohniska nákazy posouvají i do vyšších nadmořských výšek, přičemž vysoké riziko nákazy hrozí do 600 metrů nad mořem.³

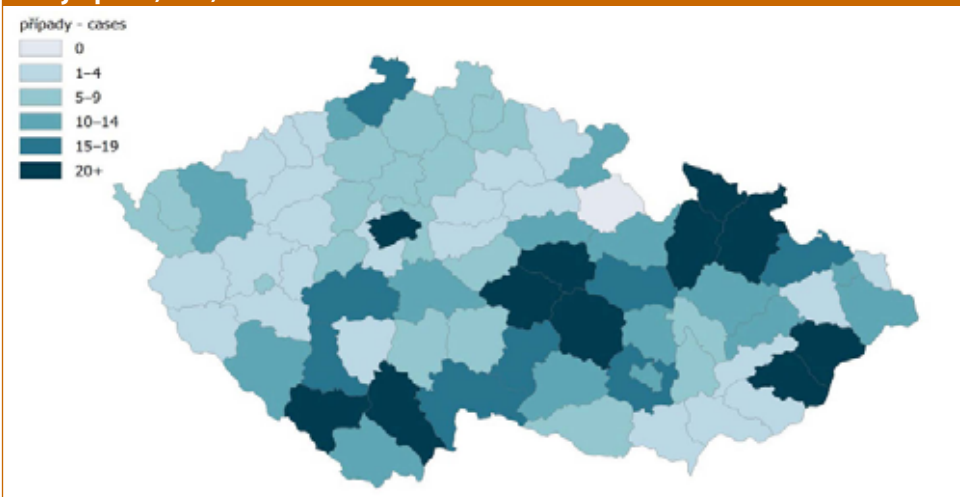
Z hlediska sezonnosti se období výskytu KE také rozšiřuje, a to již od časného jara (březen) do pozdního podzimu (listopad). Maximum je v letních měsících (červenec a srpen), v případě příznivého počasí (tzv. babí léto) může být v některých letech pozorován druhý vrchol případů KE v září.

Z hlediska klinické formy probíhá KE přibližně ve dvou třetinách případů jako meningoencefalitida. Následuje meningitida (cca čtvrtina) a encefalomyelitida.

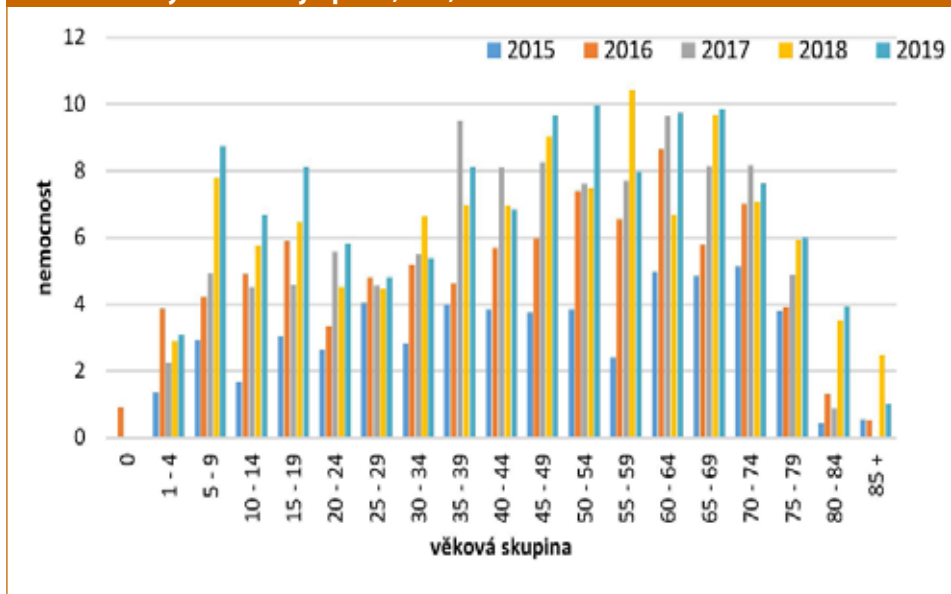
Výskyt KE podle věkových skupin v posledních pěti letech zobrazuje graf 2. Nemocnost je prezentována jako incidence na 100 000 obyvatel dané věkové skupiny, aby byla vzájemně porovnatelná. Z grafu je zřejmé, že k onemocnění KE může v ČR dojít v jakémkoliv věku. Vyšší výskyt je pozorován od 5 do 79 let.

Vzestup nemocnosti pozorujeme v posledních pěti letech prakticky napříč exponovanou populací, výrazný je nárůst incidence ve věkových skupinách od 45 do 75 let, ale též u dospělých mezi 35 a 44 lety a rovněž je patrný strmý vzestup u dětí od 5 do 19 let. Co se zastoupení jednotlivých pohlaví týče, v roce 2019 bylo hlášeno onemocnění KE u 447 mužů a 327 žen, tedy poměr muži: ženy byl 1,36 : 1.⁴

Graf 1: Klíšťová encefalitida, ČR, rok 2019, počet případů podle okresu nákazy
Zdroj: EpiDat, ISIN, SZÚ Praha



Graf 2: Klíšťová encefalitida, ČR, 2015-2019, roční nemocnost podle věkových skupin na 100 000 obyvatel. Zdroj: EpiDat, ISIN, SZÚ Praha



Hlavní přenos původce nemoci se uskutečňuje především prostřednictvím infikovaných klíšťat. Nelze však zapominat na to, že nakazit se je možné i alimentární cestou, obvykle prostřednictvím tepelně neupraveného mléka a mléčných výrobků. V posledních letech jsou v ČR evidovány jen ojedinělé alimentární výskyty KE, většinou se jedná o menší klástry po konzumaci nepasterizovaného koziho mléka, došlo i k nálezům z kravského mléka a ovčího sýra. Historicky známou se stala rozsáhlá epidemie klíšťové encefalitidy z mléka infikovaných zvířat v roce 1951 v Rožňavě na Slovensku.

Jak již bylo uvedeno, KE představuje závažnou akutní neuroinfekci, není tedy překvapením, že léčba většiny nemocných (více než 90 %) vyžaduje hospitalizaci. K úmrtí v ČR dochází v jednotkách případů ročně. Závažnost průběhu KE se zvyšuje s věkem, úmrtí jsou evidována spíše ve vyšším věku, nicméně ojediněle k úmrtí může dojít i u mladších dospělých nebo dětí (např. v roce 2019 zemřel do té doby jinak zdravý chlapec ve věku 11 let). Celková smrtnost nepřekračuje 1 %.

Po prodělání akutního onemocnění má 26–46 % pacientů trvalé následky. Následky klíšťové encefalitidy ovlivňují kvalitu života. Mezi mírné, přesto obtěžující následky patří emoční labilita, únava nebo intermitentní bolesti hlavy. Mezi středně závažné až závažné následky, které významně ovlivňují kvalitu života, denní aktivity, sociální život a pracovní výkonnost, někdy vedou i k nutnosti ústavní péče, se řadí ataxie chůze, paréza končetin, demence nebo hluchota.⁵ U 35–58 % pacientů se rozvine postencefalitický syndrom, 3–13 %

pacientů má trvalou spinální paralýzu.

Dlouhodobá nemocnost často ovlivňuje kvalitu života pacientů, může vést ke změně životního stylu pacienta a představuje vysoké náklady pro pacienty i pro společnost. Je nutné zdůraznit, že následky se týkají jak dospělých, tak i dětských pacientů!

Klinické projevy KE u dětí jsou méně typické v porovnání s dospělými, obecně mírnější, proto onemocnění může být u dětí poddiagnostikováno. Někteří považují KE u dětí za benigní onemoc-

nění s minimálními následky, ale z rostoucího počtu zahraničních studií vyplývá, že KE není ani u dětí benigní onemocnění, u 12 až 69 % dětí dochází ke kognitivním poruchám, únavě, bolesti hlavy nebo poruchám paměti. Právě dlouhodobé následky vedou k obrovským nepřímým nákladům v souvislosti s KE.

Česká vakcinologická společnost ČLS JEP publikovala v roce 2016 doporučený postup pro prevenci a očkování proti klíšťové encefalitidě. Vakcinace proti KE v České republice však nespádá do pravidelného ani hrazeného očkování. Podporou pro financování individuálního očkování veřejnosti jsou bonusové programy některých zdravotních pojišťoven.

Proočkovanost proti KE v ČR a aktivity v některých okolních zemích

Z výsledků telefonického průzkumu společnosti Ipsos na reprezentativním vzorku populace ČR vyplývá, že v roce 2019 celkem 29 % respondentů mělo aplikovanou alespoň jednu dávku vakcíny proti KE. Celé základní schéma ovšem dokončila pouze polovina očkovaných. První přeočkování obdrželo jen 31 % z těch, pro které byl čas podle vakcinačního schématu. Proti nemoci je tak chráněn jen zlomek obyvatel ČR. Tato situace je ve značném kontrastu se situací v ostatních endemických zemích, kde je proočkováno násobně více osob. Věkově specifická proočkovanost je v ČR taktéž nepříznivá, neboť proočkovanost v kohortě osob nad 50 let je nižší než ve většině ostatních věkových skupin. Nejvyšší proočkovanost mají mladí dospělí a adolescenti.

Příkladem pro inspiraci může být především sousední

Rakousko. Zatímco v 80. letech 20. století byl výskyt KE v ČR a v **Rakousku** podobný, díky masivním očkovacím kampaním se v Rakousku daří výrazně snižovat počet onemocnění.⁶ V Rakousku se od roku 1987 do současnosti každoročně opakují očkovací kampaně, přičemž na nich spolupracují rakouská lékárnická a lékařská komora, výrobci vakcín a svépomocné skupiny. Zdravotní pojišťovny dotují cenu očkování, tato dotace probíhá přímo v lékárně. Pro všechny Rakušany je tedy k dispozici částečná úhrada vakcinace, zatímco plná úhrada očkování existuje pro specifické skupiny (např. armáda, farmáři). Celý popis by se dal shrnout do konstatování, že v Rakousku řada partnerů „táhne za jeden provaz“: úřady + lékaři + lékárníci + farmaceutický průmysl + zdravotnický systém + školství.

Situace ve výskytu KE ve **Slovinsku** je dlouhodobě nepříznivá, z hlediska relativní nemocnosti se pohybuje ještě na vyšších počtech než v ČR. Onemocnění se taktéž vyskytuje na velkém území země. Je tedy jistě prospěšné (a mohlo by pro nás být inspirací), že Slovinsko zavedlo od března 2019 úhradu očkování pro dvě věkové kohorty, pro děti od 3 do 4 let věku a pro dospělé ve věku 45–50 let.

Výskyt KE ve **Švýcarsku** má zřetelně rostoucí trend, rizikové oblasti se významně rozšiřují a nyní zahrnují již téměř celé území země (s výjimkou Alp a Ženevy). Přestože Švýcarsko aktuálně nedosahuje ani poloviční nemocnosti v porovnání s ČR, je situace považována za nepříznivou a Švýcarsko zavedlo v roce 2019 plnou úhradu očkování bez ohledu na věk.

Závěrečné shrnutí

- Česká republika je z hlediska KE vysoce endemickou zemí.
- Počet hlášených případů KE v ČR tvoří 20 - 25 % všech případů KE v zemích EU.
- Od roku 2015 do roku 2019 v ČR sledujeme rostoucí množství případů KE, ačkoli nebyl překročen nejvyšší počet případů KE hlášených v roce 2006.
- Dochází k postupnému zvyšování počtu případů KE ve většině krajů ČR.
- Podíl případů KE u dětí a dospívajících se zvyšuje; v průměru představuje 15,2 % ze všech hlášených případů v letech 2015 - 2019.
- Proočkovanost zůstává stále nízká (pouze 29 % pro první dávku) ve srovnání s některými jinými endemickými zeměmi.
- ČR je jednou z mála zemí, která adekvátně nereaguje na epidemiologickou situaci ve výskytu klíšťové encefalitidy ve smyslu cílené podpory a úhrady očkování.
- Zavedení hrazeného očkování proti klíšťové encefalitidě do národního imunizačního programu by v ČR bylo nákladově efektivní z pohledu plátce zdravotní péče a také náklady šetřící z celospolečenské perspektivy.
- Kromě doporučení očkování je v rámci osvěty u veřejnosti vhodné připomínat dodržování preventivních opatření proti napadení klíštětem a včasné odstranění přisátých klíšťat.

Literatura:

1. European Centre for Disease Prevention and Control. Tick-borne encephalitis - Annual Epidemiological Report for 2018. Dostupné na <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/TBE-annual-epidemiological-report-2018.pdf> (cit. 8. 11. 2020)
2. Státní zdravotní ústav. Infekce v ČR - ISIN (dříve EPIDAT): Výskyt vybraných hlášených infekcí v České republice, leden - říjen 2020. Dostupné na <http://www.szu.cz/publikace/data/infekce-v-cr> (cit. 8. 11. 2020)
3. Daniel M., Danielová V., Kríž B., et al. The occurrence of Ixodes ricinus ticks and important tick-borne pathogens in areas with high tick-borne encephalitis prevalence in different altitudinal levels of the Czech Republic.

Part I. Ixodes ricinus ticks and tick-borne encephalitis virus. Epidemiol Mikrobiol Immunol. 2016; 65(2): 118-28.

4. Orlíková H., Lenz P., Kynčl J. Klíšťová encefalitida v České republice v roce 2019 – zpráva o epidemiologické situaci v kontextu předcházejících let. Zprávy ČEM (SZÚ, Praha) 2020; 29(5): 211-219.
5. Chmelík V., Petr P., Slámová I., et al. Klíšťová encefalitida a kvalita života. Med. praxi 2005; 1: 34-36.
6. Heinz F.X., Stiasny K., Holzmann H. et al: Vaccination and Tick-borne Encephalitis, Central Europe. Emerg Infect Dis. 2013; 19(1): 69-76.

Kolaps prvorodičky – kazuistika



PhDr. Mgr. David Peřan, MBA

Vzdělávací a výcvikové středisko, Zdravotnická záchranná služba hl. m. Prahy
Vysoká škola zdravotnická, o.p.s., Praha

MUDr. Táňa Bulíková, Ph.D.

Katedra urgentnej zdravotnej starostlivosti, Slovenská zdravotnícka univerzita
ZZS Life Star Emergency

Úvod

Článek prezentuje kazuistiku mladé ženy – prvorodičky – u které se náhle objevil kolaps a následná porucha vědomí. Na místo byla vyslána výjezdová skupina rychlé lékařské pomoci.

Kazuistika

Výjezdová skupina RLP dostává kolem oběda pokyn k výjezdu do lokality vzdálené 45 km k ženě, která je dva týdny po prvním porodu.

Na tísňovou linku volá cizinec, kterému je špatně rozumět. Je evidentně ve stresu, popisuje, že je rodinný přítel na návštěvě a po krátké době v bytě došlo ke kolapsu mladé prvorodičky, která se pomočila, pokálela

a nyní nereaguje.

Při příjezdu posádky na místo nachází vedle manželské postele mladou soporózní ženu s mělkým dýcháním a nitkovitým pulzem. V posteli spí novorozenec. Volající je stále rozrušený, o zdravotním stavu ženy nic neví. Popisuje, že ke kolapsu došlo krátce po napití kolového nápoje.

Pacientka leží v kaluži tmavé zápachající stolice s krví, odpovídá s latencí a není jí rozumět. Je bledá a opocená.

Pacientka je dva týdny po prvním porodu. Porod spontánní, v termínu, bez komplikací. Alergie nelze vzhledem ke stavu vědomí zjistit, volající neví, manžel šel koupit kojenecké mléko. Během zásahu nalezena na nočním stolku antibiotika na mastitidu.

Vstupní vyšetření pacientky je uvedeno v tabulce 1 podle algoritmu ABCDE.

Posádka podává kyslík obličejovou maskou s průtokem 15 l/min a zajišťuje vstup do cévního řečiště kanylou velikosti 20 G. Vzhledem k podezření na anafylaktickou reakci nebo hypovolemii podává lékařka adrenalin 0,5 mg v ředění 1:10000 pomalým bolusem po dobu dvou minut. Dále infuzi adrenalinu 1 mg ve 200 ml fyziologického roztoku po dobu několika minut. Následuje infuze 500 ml fyziologického roztoku. Pacientce je podán i 1 mg bisulepinu a 200 mg hydrokortisonu. Během poskytování péče přichází manžel, který je vyděšený celou situací, nicméně po vysvětlení spolupracuje, doplňuje anamnézu a přebírá péči o novorozence. Meléna je vysvětlena jako následek užívání preparátů železa. Pacientka na iniciační léčbu velmi dobře reaguje. Vyšetření při předání ve zdravotnickém zařízení shrnuje tabulka 2.

Tabulka 1: Výsledky vyšetření dle ABCDE

A	Dýchací cesty udržuje volně průchodné.
B	Dýchání mělké, tachypnoe 25/min, SpO2 neměřitelná, poslechově dýchání s pískoty a vrzoty oboustranně.
C	Kapilární návrat přes dvě vteřiny, pulz nitkovitý, zrychlený okolo 160/min, krevní tlak 70 mmHg systoly, na EKG úzkokomplexová tachykardie bez převodních nebo ischemických změn.
D	Somnolence až sopor, GCS 2-3-4, bez lateralizace, glykemie 4,8 mmol/l.
E	Kůže bledá, studená, opocená, objevena vyrážka na břichu a hrudníku.

Tabulka 2: Výsledky vyšetření podle ABCDE

A	Dýchací cesty udržuje volně průchodné.
B	Eupnoe 14/min, SpO2 96 %, poslechově dýchání oboustranně čisté sklípkové bez vedlejších fenoménů.
C	Krevní tlak 110/60 mmHg, na EKG sinusový rytmus o frekvenci 88/min bez převodních a ischemických změn.
D	Pacientka plně při vědomí, orientovaná, GCS 4-5-6, bez lateralizace.
E	Přetrvává bledost, bez úrazu, kožní projevy pomalu mizí.

Pacientka předána na urgentním příjmu s pracovní diagnózou anafylaktický šok po užití antibiotik.

Pacientka byla přijata k observaci na interní oddělení, druhý den propuštěna v dobrém stavu. Upravena antibiotická léčba mastitidy a předepsáno adrenalinové pero pro první pomoc.

Diskuze a doporučení pro praxi

Identifikace pacienta s anafylaxi v primární péči nemusí být vždy jednoduchá. Spektrum klinických příznaků, absence anamnestických údajů a množství rozličných alergenů vedoucích k rozvoji anafylaxe jsou faktory, které znesnadňují stanovení správné diagnózy v přednemocniční neodkladné péči.

Epidemiologická data o incidenci a prevalenci anafylaxe jsou velmi variabilní. Evropská resuscitační rada v doporučených postupech uvádí výskyt anafylaxe jako 30–950 případů na 100 tisíc obyvatel ročně. Počet fatálních případů anafylaxe se stabilně ve Spojených státech vyskytuje v řádech několika set případů. Fatální případy anafylaxe byly nejčastěji způsobeny léky (58,8 %), nespecifikovanými alergeny (19,3 %), toxiny (15,2 %) a potravinami (6,7 %). Případy úmrtí byly sledované častěji u starších osob.

V současné době je v publikacích uváděno mnoho rizikových faktorů a spolupodílejících se činitelů vzniku anafylaxe. Tyto rizikové faktory jsou odlišné v jednotlivých věkových kategoriích, nicméně v dětské populaci nejsou ještě řádně prostudované. Z pohledu přednemocniční neodkladné péče je zajímavým zjištěním vyšší výskyt anafylaxe u pacientů užívajících současně ACE inhibitor a betablokátor. Uvedená kombinace léčiv zřejmě vede ke zvýšené citlivosti mastocytů s tendencí k jejich degranulaci po expozici alergenu (tzv. priming efekt).

Nejčastějšími induktory lékové anafylaxe jsou antibiotika, nesteroidní antiflogistika a periferní myorelaxancia. Léky indukovaná anafylaxe patří k reakcím, které jsou v klinické praxi často nepoznané. Bezprostřední reakce se vyskytuje do hodiny od aplikace léku a je zprostředkována IgE protilátkami. Pacienti s anamnézou na penicilin bývají signifikantně déle hospitalizováni, užívají vyšší počet širokospektrálních antibiotik – fluorchinolony, klindamycin a vankomycin, mívají vyšší prevalenci závažných infekcí způsobených *Clostridium difficile*, methicillin rezistentním *Staphylococcus aureus* a vankomycin rezistentních enterokokových infekcí. Anafylaxe způsobená cefalosporiny je velmi zřídka, nicméně jsou popisované anafylaxe po jejich užití.

Přednemocniční neodkladná péče u pacienta s anafylaxi zahrnuje včasnou aplikaci adrenalinu s preferenčním intramuskulárním podáním, oxygenoterapii, volumoterapii krystaloidními balancovanými roztoky, kortikoidy a antihistaminika.

Podle dostupných dat činí identifikace anafylaxe klinický problém jak lékařům, tak nelékařskému zdravotnickému personálu. Absence kožní symptomatologie snižuje identifikaci anafylaxe oproti pacientům s vyjádřenými kožními změnami. Z toho vyplývá, že stále není řadě pacientů s anafylaxi poskytnuta adekvátní

léčba. Důležitým faktorem správného přístupu je včasná identifikace příznaků anafylaxe. Ta je velmi pravděpodobná u pacienta, u kterého se projeví obtíže náhle, po expozici alergenu. Tyto obtíže vedou k život ohrožující obstrukci dýchacích cest, dušnosti nebo oběhovým problémům obvykle doprovázeným kožními a slizničními změnami. V kontextu výše uvedeného sdělení je na anafylaxi nutné pomyšlet vždy, má-li pacient klinicky vyjádřené problémy s:

- a) průchodností dýchacích cest;
- b) dýcháním;
- c) oběhem;
- d) kožními a slizničními změnami.

Léčba anafylaxe je závislá na včasné identifikaci příznaků a klinickém zhodnocení stavu pacienta. V kontextu doporučených postupů je nutné léčit zprvu život ohrožující stavy, a to v pořadí, v jakém byly identifikované. Jakmile je to možné, pacienti s anafylaxi by měli být kontinuálně monitorováni (SpO₂, EKG, neinvazivní krevní tlak, srdeční rytmus). Bezprostřední opatření zahrnují:

- a) polohu pacienta, která je závislá na stavu pacienta;
- b) zastavení kontaktu se spouštěčem anafylaxe;
- c) v případě náhlé zástavy oběhu zahájení kardiopulmonální resuscitace podle platného algoritmu;
- d) zajištění průchodnosti dýchacích cest a adekvátní ventilace (hrozí obstrukce dýchacích cest);
- e) aplikace léčiv nezbytně nutných k léčbě anafylaxe.

Adrenalin je nejdůležitějším lékem v léčbě anafylaxe. Agonistický účinek adrenalinu na alfa-receptory omezuje vazodilataci a redukuje edém. Beta účinek adrenalinu je zodpovědný za bronchodilataci, zlepšuje srdeční kontraktilitu a potlačuje uvolnění histaminu a leukotrienů. Beta2 účinek adrenalinu inhibuje aktivitu mastocytů a tlumí IgE zprostředkovanou alergickou reakci. Předpoklad lepšího efektu adrenalinu při jeho včasné podání potvrdili autoři Fleming a spol. (2015), kteří prezentovali signifikantně nižší počet hospitalizací u pacientů, kterým byl aplikován adrenalin před příjezdem na urgentní příjem. Adrenalin by měl být aplikován všem pacientům s život ohrožujícími známkami systémové alergické reakce. V kontextu předchozí věty Xu a spol. (2014) publikovali výsledky retrospektivní analýzy pacientů zemřelých v Ontariu v letech 1986–2011 na anafylaxi. Z devadesáti dvou fatálních případů anafylaxe byl adrenalin aplikován před náhlou zástavou oběhu pouze u 23 %. Adrenalin je signifikantně méně často aplikovaný u pacientů s potravinami indukovanou anafylaxi než u pacientů s anafylaxi po bodnutí hmyzem. Preferovaným způsobem aplikace adrenalinu zůstává intramuskulární podání. Nejvhodnější lokalitou pro aplikaci adrenalinu je anterolaterální třetina stehna. Současná data nedoporučují subkutánní nebo inhalační podání adrenalinu pro jeho nižší účinnost. Doporučené dávkování adrenalinu při intramuskulární aplikaci je závislé na věku pacienta. U dospělých a osob starších dvanácti let je doporučená dávka 500 µg i.m. (0,5 ml adrenalinu), u osob ve věku šest až dvanáct let je doporučená dávka 300 µg i.m. (0,3 ml adrenalinu), u dětí ve

věku šest měsíců až šest let je doporučená dávka 150 µg i.m. (0,15 ml adrenalinu) a shodně tomu je u dětí mladších šesti měsíců. Opakované intramuskulární podání adrenalinu je doporučeno při nezlepšení klinického stavu. Další dávka může být opakovaná po pěti minutách v závislosti na reakci pacienta. V observační studii Campbell a spol. (2015) potvrdili bezpečnost intramuskulárně aplikovaného adrenalinu auto-injektorem (nežádoucí vedlejší účinek 1 % a 0 % předávkování) oproti intravenózně aplikovanému adrenalinu (nežádoucí vedlejší účinek 10 % a předávkování 13 %). Intravenózní aplikace adrenalinu je zatížena vyšším rizikem vedlejších nežádoucích reakcí a nevhodným dávkováním. Adrenalin by měl být intravenózně podáván pouze zkušeným zdravotnickým personálem, který má s jeho aplikací bohaté klinické zkušenosti (například anesteziologové a intenzivisté). Aplikace adrenalinu intravenózní cestou u pacienta se spontánním dýcháním může způsobit život ohrožující hypertenzi, tachykardii, arytmiie a ischemii myokardu. Je kladen důraz na kontinuální monitoring pacienta. Není-li dostupný intravenózní přístup, použije se intramuskulární aplikace. Doporučená dávka adrenalinu pro intravenózní aplikaci je u dospělých 50 µg titračně. V případě potřeby aplikace dalších dávek se doporučuje infuze s adrenalinem. U dětí je preferovaným způsobem aplikace adrenalinu intramuskulární cesta. V současné době nejsou dostatečná data, která by doporučovala konkrétní dávku adrenalinu u dětí.

Aplikace kyslíku patří do iniciačního managementu péče o pacienta s anafylaxií. Vstupně se doporučuje aplikace kyslíkovou maskou s rezervoárem. K dosažení nejvyšší koncentrace vdechovaného kyslíku je zapotřebí zajistit průtok vyšší než deset litrů za minutu. V případě intubovaného pacienta je prováděna ventilace ručním resuscitačním vakem s rezervoárem.

Intravenózní aplikace infuzních roztoků má nezastupitelnou roli v managementu anafylaxe. Hemodynamické parametry mohou být v průběhu anafylaxe alterované významnou vazodilatací a ztrátou cirkulujícího objemu. Je-li k dispozici intravenózní přístup, doporučuje se bezprostřední aplikace krystaloidů v dávce 20 ml/kg u dětí a 500–1000 ml u dospělých s následnou kontrolou stavu. V případě nutnosti se doporučuje zopakovat dávku roztoků.

Pro použití koloidů nejsou dostatečně podložená data a doporučuje se ihned ukončit podávání koloidů při

výskytu symptomu anafylaxe v průběhu jejich aplikace. Není-li dostupný intravenózní přístup, doporučuje se zajištění intraoseálního vstupu. Pokusy o inserci intraoseálního vstupu nesmí oddálit intramuskulární aplikaci adrenalinu. H1-antihistaminika, H2-antihistaminika a glukokortikoidy jsou léky druhé volby léčby anafylaxe. Jejich účinek bezprostředně neovlivňuje život ohrožující patofyziologické procesy anafylaxe, proto jejich aplikace nesmí oddálit časné podání adrenalinu. V podmínkách České republiky je preferovaným H1-antihistaminikem bisulepin. Pro užití H2-antihistaminik v léčbě anafylaxe neexistuje v současnosti dostatek studií, potvrzujících jejich účinek.

Účinek glukokortikoidů v iniciační fázi léčby anafylaxe je velmi omezený, nebo dokonce žádný. Glukokortikoidy v indikaci léčby anafylaxe mají místo v prevenci a ovlivnění rekurence – bifazické epizody anafylaxe. V meta-analýze sedmadvaceti observačních studií, již publikovali Lee a spol. (2015), nastala bifazická epizoda anafylaxe u 192 (4,7 %) ze 4114 pacientů.

Vyšší výskyt bifazické epizody anafylaxe byl zaznamenán u pacientů s neznámým iniciačním anafylaxe prezentovaných s hypotenzí. Naopak u pacientů s potravinami indukovanou anafylaxií byl zaznamenán signifikantně nižší výskyt bifazické epizody anafylaxe. V současné době existuje jen málo důkazů o optimálním dávkování hydrokortizonu. V algoritmu léčby anafylaxe podle ERC Guidelines 2015 je doporučena dávka 200 mg hydrokortizonu aplikovaného intravenózně.

Pacienti prezentovaní s anafylaxií doprovázenou respiračními příznaky by měli být sledováni minimálně šest až osm hodin. Pacienti přijati s hypotenzí vyžadují monitoring po dobu dvanácti až čtyřadvaceti hodin. Stratifikace rizika vzniku následné anafylaxe je součástí zhodnocení stavu pacienta před jeho propuštěním s preskripcí adrenalinu v auto-injektoru pacientům splňujícím kritéria pro jeho vydání.

Závěr

Identifikace pacienta s anafylaxií nemusí být v primární péči vždy jednoduchá. Spektrum klinických příznaků, absence anamnestických údajů a množství rozličných alergenů vedoucích k rozvoji anafylaxe jsou faktory, které znesnadňují stanovení správné diagnózy. Adrenalin je nejdůležitějším lékem v léčbě anafylaxe.

Zdroje:

- Peřan D, Cmorej PCh, Pekara J, Nesvadba M. Komentované kazuistiky z přednemocniční neodkladné péče. Praha, Grada 2020. ISBN 978-80-271-3008-5. 240 s.
- Bulíková T. Klinické charakteristiky a faktory svisiace s rozvojem anafylaktického šoku – Kazuistika. Aktualita urgentnej medicíny: Zborník abstraktov, 2013.
- Campbell RL, Bellolio MF, Knutson BD, et al. Epinephrine in anaphylaxis: higher risk of cardiovascular complications and overdose after administration of intravenous bolus epinephrine compared with intramuscular epinephrine. *J Allergy Clin Immunol Pract.* 2015;3:76–80.
- Cmorej PC, Nesvadba M, Babela R, et al. Management akutní anafylaxe v klinické praxi v kontextu doporučených postupů. *Epidemiol Mikrobiol Imunol.* 2017;1(60):30–38.

- Cmorej PC, Pekara J, Babela R, et al. Anafylaxe v kontextu Evidence Based Medicine. *Urgentní medicína.* 2016;2:12–17.
- Fleming JT, Clark S, Camargo CA, et al. Early treatment of food-induced anaphylaxis with epinephrine is associated with a lower risk of hospitalization. *J Allergy Clin Immunol Pract.* 2015;3:57–62.
- Lee S, Bellolio MF, Hess EP. Time of onset and predictors of biphasic anaphylactic reactions: a systematic review and meta-analysis. *J Allergy Clin Immunol Pract.* 2015;3:408–16.
- Xu YS, Kastner M, Harada L. Anaphylaxis-related deaths in Ontario: a retrospective review of cases from 1986 to 2011. *Allergy Asthma Clin Immunol.* 2014;10:38.

Efektivní vedení dokumentace při dispenzarizaci pacienta pro různá onemocnění – automatické texty vztažené k pacientovi, definice typu záznamu



MUDr. Tomáš Nosek, Ph.D.

Ústav lékařské biofyziky LFHK UK,
Všeobecný praktický lékař, Telč

Úvod

Automatické texty (fráze, makra, atp...) jsou již mnoho let součástí našich software a v jednoduché podobě je dnes používá snad každý lékař, kterého znám. Bohužel je to s nimi jako s ohněm – dobrý sluha, ale špatný pán. Jistě jsme se všichni setkali se zprávami, kdy u pacienta po prostatektomii či pacientky byla v celkovém nálezu popsána prostata jako hmatná, případně na UZ břicha s jinak normálním nálezem byla popsána i normální děloha u pacientky po hysterektomii, případně popsané dolní končetiny bez otoků u pacienta po amputaci. Primárně však mnohdy nejde o diagnostickou chybu – ano, pacientka mi říkala, že jí lékař při vyšetření říkal, že je po hysterektomii, ale ve zprávě je automatický text normálního nálezu, kde je děloha popsána... Svádět je to možno na přetížení lékaře, kdy pro nedostatek času neupravuje automatický text, pokud nenajde závažný nález, případně na jeho nedostatečnou pečlivost. V případě řešení akutních potíží i taková zpráva má jistě informační hodnotu, ale pokud se dostanete do pozice někoho, kdo se snaží popsat vývoj problému v čase na podkladě dostupných zpráv, může rychlé použití automatického textu bez editace připravit docela pěknou mystifikaci a ztrátu času při objasňování stavu, ne-li hůře.

Automatické texty (fráze, makra) vztažené k pacientovi, definice typu záznamu

Pokud o problému víme a máme možnost ho změnit, z mého pohledu máme minimálně morální povinnost se o to pokusit. Těžko asi snížíme vytíženost našich ambulancí, ale historicky nemálo lékařských software má možnost vytvořit automatické texty vztažené k pacientovi, kdy lékař vezme obecný text, upraví ho dle nálezu u konkrétního pacienta a následně ho uloží a při příštím vložení se již vkládá pro pacienta individualizovaná verze.

V případě některých software možná neexistuje přímo fráze vztažená k pacientovi (makro...), ale obdobná

funkce je dostupná při definici typu záznamu. Záznam do dokumentace daného typu (např. preventivní prohlídka) může mít definovanou obecnou šablonu textu, která je při tvorbě záznamu u daného pacienta adekvátně změněna a doplněna dle jeho stavu. Při další tvorbě záznamu stejného typu je nabídnuta možnost vložení a úpravy textu dříve uložených záznamů.

Dynamické automatické texty – vkládání dostupných klinických dat do šablony automatického textu

Značná část našich software umožňuje definovat automatický text (šablona fráze, makra, dokumentu...), do kterého lze vložit nejen osobní údaje pacienta, ale i další klinická data, jako hodnoty krevního tlaku, výšku, váhu, laboratorní výsledky a další. Většinou se tak děje v definici šablony automatického textu na podkladě vložení ohraničeného klíčového slova, ke kterému může být někdy přidán i další parametr či parametry, které určí, jakým způsobem se mají data vložit.

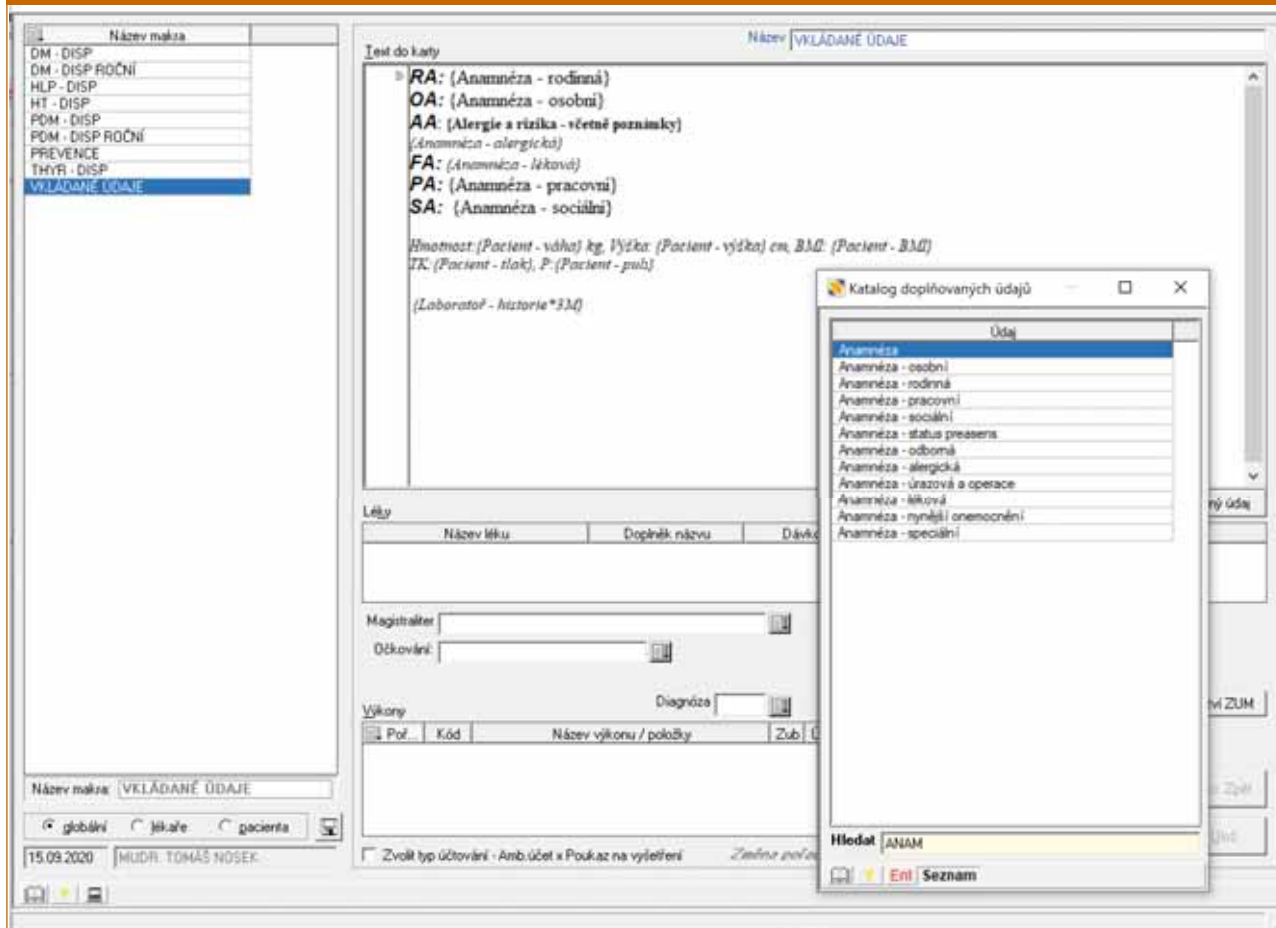
Kombinace vložení klinických údajů s automatickým textem vztaženým k pacientovi je velmi mocný nástroj pro vedení dokumentace. Pokud jej lékař ovládne, velmi mu to usnadní tvorbu zápisu např. při vícečetné dispenzarizaci polymorbidního pacienta. Níže se pokusím uvést v konkrétním software příklad, jak lze doslova na pár úderů do klávesnice vytvořit velmi komplexní individualizovaný záznam do dokumentace pro různé typy dispenzárních či posudkových prohlídek i u značně komplikovaného pacienta, pokud není zrovna akutně dekompenzován.

Efektivní mnohočetná dispenzarizace v programu PC Doktor

PC Doktor je jedním z lékařských programů, který má poměrně dlouhou historii a byť jde z pohledu dnes dnešních trendů již o poměrně archaický kousek, stále může lékaři mnoho nabídnout stran práce s klinickými daty. Bohužel nemalá skupina jeho uživatelů o těchto možnostech nemá tušení. Důvodem je možná i na první pohled komplikovaný vzhled, kdy pro velké množství nabízených funkcí nemusí být uživateli vše ihned srozumitelné. Nicméně právě díky jeho možnostem pracovat efektivně s klinickými informacemi jsme zatím u nás na jiný software nepřešli, protože jsem nenašel žádný, který by mi nabídl v podobné míře to, co umí právě PC Doktor. Díky jeho letitosti ho v tomto považuji za jakýsi etalon pro porovnání schopností lékařského software pracovat s klinickými informacemi.

V následujícím textu se pokusím přiblížit postupy v PC Doktorovi, které nám usnadňují tvorbu dokumentace v praxi. Analogické možnosti nabízí i některé další ambu-

Obrázek 1- PC Doktor - makra - tvorba dynamických automatických textů



lantní programy a jistě je možné se těmito postupy inspirovat.

Makra pacienta, pokročilé využití dynamických automatických textů

Makra v PC Doktorovi byla a jsou velmi silným nástrojem pro automatizaci činností. Bohužel s pokračující elektronizací a neustále měnícími se číselníky některé jejich funkce malinko ztratily lesk, ale nic to nemění na tom, že je lze využít i jinak a jedná se o stále velmi silný automatizační nástroj v klinické praxi. Makra umožní vložit do dekuru individualizovaný text pro pacienta, do textu vložit další klinické údaje, následně i vytvořit předpis medikace či zdravotnické pomůcky a v závěru vše vykázat zdravotní pojišťovně. Nově jde dokonce do makra vkládat i další předpřipravené formátované bloky dynamického automatického textu – fráze.

V současnosti jsou na praktické lékaře více než dříve kladeny požadavky na dispenzarizaci i několika různých

onemocnění u jednoho pacienta. V tomto ohledu zdaleka nejde jen o diabetiky a hypertoniky, ale i o další onemocnění v případě, že není dostatečně saturována odborná péče v oblasti. Samostatnou kategorií a výzvou je mnohdy dispenzarizace předaných onkologických pacientů. Všechny tyto činnosti jsou náročné nejen na sledování daných algoritmů, ale i na obsah dokumentace, která se k dispenzarizaci váže. Zde právě vidím přínos maker (frází) vztažených k pacientovi.

Kombinace úpravy uloženého popisu chronického nálezu pacienta s vložením aktuálních naměřených údajů a laboratorních výsledků umožní minimalizovat dobu strávenou zápisem dokumentace. Navíc lze tyto funkce velmi rychle vyvolat klávesovými zkratkami.

Zápis opakované dispenzární prohlídky je otázkou pouze několika úderů do klávesnice. Konkrétně: lékař stiskne F4 - vyvolá makra, přepne se do maker pacienta stiskem ALT+P, začne psát název makra, které se začne vyhledávat a ve chvíli, kdy se vyhledá, tak klikne do textu makra myší a upraví požadovaný obsah – např. aktuali-

zuje subjektivní stesky pacienta a objektivní nález, text uloží ALT+U a stiskem Enter makro vloží a voilà... V mnoha případech je zápis o dispenzární prohlídce hotov včetně vykázaní základních kódů pro zdravotní pojišťovnu. Výhodou je, že není třeba hledat v dekurzu minulou prohlídku, ručně kopírovat její obsah, upravovat nález a vkládat aktuální výsledky laboratoře a dalších vyšetření. Při náhledu makra je rovněž vidět i datum poslední editace – tedy ve většině případů datum, kdy byl pacient na prohlídce naposledy. Podobně lze například postupovat i v případě prevencí.

Obrázek 2: Více o dynamických automatických textech v PC Doktorovi (odkaz)



Limity maker v PC doktorovi

Byť jsou makra poměrně dobrým nástrojem, stále jsou věci, které lze dotáhnout, aby byl přínos pro klinickou praxi větší. Namátkou:

- Jako zcela zásadní vnímám absenci podmíněného vykázaní kódu, pokud je hodnota vybraného klinického parametru ve sledovaném období ve zvoleném intervalu – např. definice automatického vykázaní signálních kódů pro hodnoty tlaku, LDL cholesterolu, HbA1c a další.

- Rovněž je velká škoda, že vkládané údaje nejsou ve stejném rozsahu jako u lékařské zprávy, kde jde např. poměrně podrobně nastavit, jaké laboratorní výsledky se budou vkládat.
- Je škoda, že nelze univerzálně a podrobněji volit formát přepisu komplexních vkládaných dat, což by jistě usnadnilo tvorbu dalších výstupů a lékařských zpráv. Lékař by mohl trávit méně času s editací generovaného textu. Jde např. o:
 - Přepis trvalé medikace v řádku/pod sebe – *pozn. v době poslední revize textu již dostupné*
 - Přepis seznamu diagnóz volitelně kód MKN10/ MKN10 + Název / MKN10 + Název + Popis (poznámka) – *pozn. v době poslední revize textu již dostupné*
 - Přepis pouze vybrané diagnózy s detaily ze souhrnu (Dlouhodobé nemoci)
 - Výběr přepisu formátu laboratorních výsledků...
- Možnost zobrazit náhled celého textu včetně doplňovaných částí před vložením do dekurzu a vykázaním.
- Možnost automatické záměny léku/ZUM v makru, pokud již není v číselníku – nabídnutí léků se stejnou silou a účinnou látkou pro záměnu léku, který již nelze předepsat.

Závěr

Ani dynamické automatické texty nejsou všespásné a nesejmou z našich beder odpovědnost za tvorbu kvalitní dokumentace. Nicméně pokud si uvědomíme dnešní technické možnosti a budeme požadovat doplnění a vylepšení těchto funkcí v našich informačních systémech, může se stát dnešní přebujelá administrativní zátěž kladená na lékaře o něco snesitelnější.

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

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

Jaké faktory ovlivní rozhodnutí, zda ne/léčit subklinickou hypotyreózu?

Retrospektivní analýza databáze všeobecných lékařů 4 došla k závěru, že léčba perzistentní subklinické hypotyreózy (TSH v rozmezí 5,0–10,0 mIU/L) přinesla nižší výskyt fatálních i nefatálních kardiovaskulárních událostí u osob ve věku 40–70 let. Avšak tento přínos se neprokázal u lidí nad 70 let.¹

Léčebná doporučení *European Thyroid Association* navazují (nejen) na tato zjištění a doporučují léčbu založenou na hodnotách TSH (>10 mIU/L přes všechny věkové skupiny) a s přihlédnutím k věku konkrétního pacienta (> 70 let).¹

Faktory, které by měl ošetřující lékař zvažovat, potřebuje-li se rozhodnout, zda pacientovu subklinickou hypotyreózu má léčit, nebo pacienta pouze monitorovat¹, ukazuje následující schéma.

Převážily faktory pro léčbu

Řekněme, že faktory pro léčbu hypotyreózy u konkrétního pacienta převážily, na řadu přichází levotyroxin. Podávání levotyroxinu vypadá na první pohled velice snadné, při hlubší znalosti problematiky si však uvědomíme jeho četná úskalí. Zatímco nekomplikovanou substitucí hypotyreózy může snadno provádět praktický lékař, léčba levotyroxinem u rizikových osob (dětí, těhotné ženy, starší a polymorbidní nemocní) vyžaduje sledování endokrinologem. Dávkování levotyroxinu je přísně individuální.²

Zaměňování přípravků s levotyroxinem sice není vhodné, ale je možné k němu za určitých okolností přistoupit. A to pouze tehdy, pokud jsme si vědomi možných důsledků sníženého či zvýšeného vstřebání levotyroxinu oproti dávce, na kterou byl organismus nemocného dlouhodobě zvyklý. Na tomto místě je třeba zdůraznit, že ačkoli účinná látka je stejná, složení pomocných látek v tabletách se u různých přípravků liší, a nelze je tedy považovat za ekvivalentní.²

Zaměňování preparátů tedy bez konzultace s lékařem nelze doporučit. Opět zdůrazňujeme nejrizikovější skupiny: **děti, těhotné ženy, nemocní s kardiovaskulárním onemocněním a nemocní s karcinomem štítné žlázy**, u kterých i zdánlivě malá změna v účinnosti může

vést k závažným nežádoucím efektům. Pokud záměna preparátů již proběhla, je vhodné časné (za šest týdnů) zkontrolovat sérovou koncentraci TSH a v tomto smyslu i upozornit pacienty.²

Vzhledem k tomu, že každý pacient potřebuje jinou denní dávku levotyroxinu, je široká škála různých sil přípravků pro léčbu hypotyreózy výhodná. Jednoduché dávkování (1 tbl/den) výrazně zlepšuje adherenci pacientů k léčbě. Dále je řada pacientů, kteří vyžadují atypicky nízké či vysoké dávky levotyroxinu, nebo je jejich denní potřeba levotyroxinu někde uprostřed mezi klasickými silami (toto nejčastěji vidáme v případě sil 75 µg a 100 µg a mezi silami 100 µg a 125 µg).²

Levotyroxine – přípravek s úzkým terapeutickým oknem

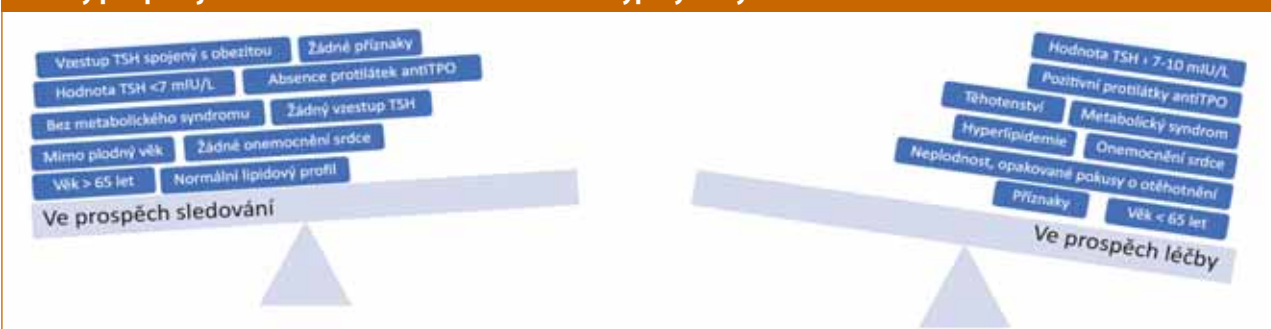
V souvislosti s tím je třeba si uvědomit, že levotyroxin byl regulačními orgány farmakovigilance identifikován jako **přípravek s úzkým terapeutickým oknem** a na základě hlášení nežádoucích účinků byly vydány nové požadavky na stabilitu a přesnost přípravků s touto účinnou látkou.³ Společnost Merck upravila složení svého léčivého přípravku s levotyroxinem (Euthyrox) a provedla dvě randomizované studie, kde **potvrdila bioekvivalenci nového složení při větší stabilitě účinné látky.**⁵

Nové složení tedy umožní přesnější titraci dávky tohoto léčiva s úzkým terapeutickým indexem. Toto je důležité zejména u rizikových nemocných, ale samozřejmě platné pro všechny nemocné s hypofunkcí štítné žlázy.³

Reference:

1. Jonklaas, J et al. Reference intervals in the diagnosis of thyroid dysfunction: treating patients not numbers. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2019; 7: 473–83
2. Potluková E. et al. INDIVIDUÁLNÍ PŘÍSTUP K PACIENTŮM PŘI LÉČBĚ HYPOTYREÓZY. DMEV roč. 17, 2014, č. 2: 85–90
3. Gabalec F. Větší stabilita nového složení léčivého přípravku Euthyroxu. Proč byla potřeba změna? DMEV roč. 22, 2019, č. 3: 72–74
4. Razvi S. et al. Levothyroxine Treatment of Subclinical Hypothyroidism, Fatal and Nonfatal Cardiovascular Events, and Mortality. *Arch Intern Med* 2012; 172: 811–17
5. Gottwald-Hostalek U, Uhl W, Wolna P, et al. New levothyroxine formulation meeting 95–105% specification over the whole shelflife: results from two pharmacokinetic trials. *Curr Med Res Opin* 2017; 33: 169–74

Faktory podporující sledování nebo léčbu subklinické hypotyreózy



Poloha faktorů na houpačkách nereflexuje jejich váhu v rozhodování. Adaptováno dle Jonklaas, J et al. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2019; 7: 473–83

Nasazená rouška a komunikace



MUDr. Karel Nešpor, CSc.

drnespor@gmail.com, drnespor.eu

Roušky a srozumitelnost komunikace

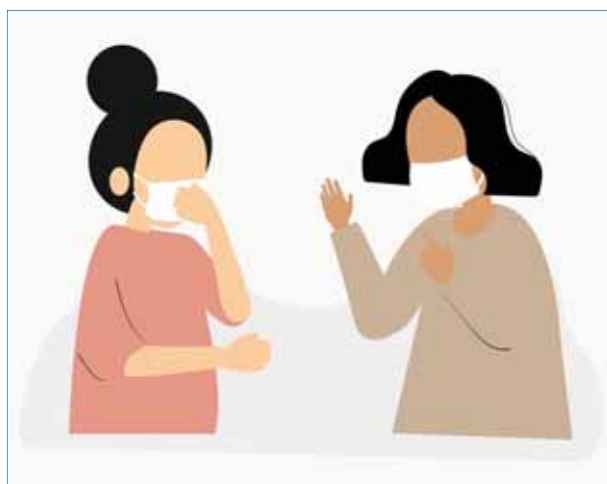
Roušky jsou užitečné. Chrání okolí i toho, kdo je nosí. Při setkání s infekcí snižují její dávku, a to může předejít onemocnění, nebo zmírnit jeho průběh. Komunikaci ale rouška komplikuje. Tomu je třeba se přizpůsobit.

- Rouška poněkud tlumí a zkresluje hlas. To se týká zvláště hodně hlasité řeči. Proto je lépe hovořit středně hlasitě, pomalu a zřetelně. Vyplatí se také důležitou informaci opakovat, případně se ještě přesvědčit otázkou, zda bylo sdělení přijato a pochopeno.
- Nejstarším jazykem na světě je řeč těla. V zájmu srozumitelnosti je vhodné ji s rouškou používat více, než je běžné. Kupříkladu rouška ponechává volné oči. Jejich rozšíření může znamenat zájem a zúžení často provází klidnou veselost. Důležitý je směr, jakým se díváme. Pohled směřující vzhůru může vyjadřovat respekt, pohled směřující dolů naopak pocit převahy. K dobré komunikaci patří také přiměřený oční kontakt.
- S nasazenou rouškou je vhodné používat výraznější gestikulaci.
- Za této situace získává na významu tón hlasu. I zde se vyplatí trochu přehánět a vložit do hlasu např. více srdečnosti než za normálních okolností.
- Slovní komunikaci lze pro lepší srozumitelnost doplnit psaným textem nebo nákresem.

Roušky a to, jak pacient vnímá lékaře

Zjistilo se, že lékař, který měl nasazenou roušku, byl vnímán pacienty jako méně empatický. Na spokojenost pacientů s kvalitou péče to ale nemělo vliv (1). Lze předpokládat, že vyšší míra neverbální komunikace může pomoci tomu, aby pacient vnímal lékaře jako chápajícího a citlivého. Příklady následují:

- Místo psaní na počítači věnovat pozornost pacientovi. Komunikační problém představuje i to, když je mezi lékařem a pacientem stůl a počítač.
- Lékař může dát najevo pochopení tím, že zopakuje vlastními slovy to, co pacient říkal.
- Zájem lze projevit jinak, např. lékař lehce zdvihne obočí nebo pomalu pokyvuje hlavou.
- Pomáhá také uvolněný obličej a podle okolností i lehký úsměv.



Literatura:

1. Wong CKM, Yip BHK, Mercer S. et al. Effect of facemasks on empathy and relational continuity: a randomised controlled trial in primary care. BMC Fam Pract 2013; 14:200.

Vážení čtenáři a řešitelé testů,

dle nového Stavovského předpisu České lékařské komory č. 16, podle § 5 přílohy č. 1, jsou od 1. 7. 2012 všechny znalostní testy v odborných časopisech hodnoceny jednotně, a to 2 kredity. Za správné vyřešení testu budou řešitelům přiděleny **2 kredity ČLK**. Podmínkou ČLK pro přidělení kreditů je zaslání odpovědi v písemné podobě na odpovědním lístku nebo elektronicky na www.svl.cz, a to **nejpozději do 20. 12. 2020**. 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 08/2020: 1bc, 2b, 3b, 4c, 5a, 6bc, 7c, 8c, 9ab, 10b

ZNALOSTNÍ TEST JE HODNOCEN 2 KREDITY ČLK

1. U praktického lékaře mohou být sledováni a léčeni pacienti:

- a) s chronickou autoimunitní tyreoiditidou eufunkční a nezvětšenou štítnou žlázou bez uzlů
- b) po totální tyroidektomii pro benigní uzel nebo strumu s kompenzovanou postresekční hypotyreózou
- c) po nekompletních chirurgických výkonech (strumektomie, hemityroidektomie, apod.)

2. Pokud je při odběru zjištěn zvýšený TSH a normální FT4, jedná se o:

- a) subklinickou hypertyreózu
- b) manifestní hypotyreózu
- c) subklinickou hypotyreózu

3. Nové dělení spondyloartritidy (SpA) je následující.

- a) SpA s převahou axiálního postižení
- b) SpA periferní
- c) SpA psoriatická

4. Příznaky spondyloartritidy jsou:

- a) bolest v oblasti hýždí i v noci
- b) ranní ztuhlost
- c) zvýšená únavnost a snížení kvality života

5. Předávání informací o pacientovi, co platí:

- a) mnemotechnické pomůcky, doporučené postupy, algoritmy a kontrolní listy snižují možnost chyb
- b) vytvoření a dodržování standardů je důležité pro kontinuitu péče pro zajištění návaznosti činnosti zdravotní péče
- c) standardy jsou již učeny na lékařských fakultách předem dány a je třeba je jen dodržovat

6. Co je předmětem práv na ochranu osobnosti?

- a) život
- b) občanská čest
- c) lidská důstojnost

7. Jaký údaj musí být o jiném sdělen, aby byl pomluvou?

- a) nepravdivý
- b) vymyšlený
- c) citlivý

8. Kolik procent českých hypertoniků má zároveň dyslipidémii?

- a) 50 %
- b) 27 %
- c) 85 %

9. Snížení hladiny celkového cholesterolu o 10 %, spolu se snížením krevního tlaku o 10 %, vede k poklesu 10letého KV rizika o:

- a) 10 %
- b) 45 %
- c) 60 %

10. Po prodělané akutní klíšťové encefalitidě má trvalé následky:

- a) 26-46 % pacientů
- b) trvalé následky jsou spíše vzácné
- c) 10-12 % pacientů

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. 09/2020

Jméno a příjmení _____

Adresa pracoviště _____

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

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

Zakroužkujte 1–3
správné odpovědi:

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

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

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