



---

# PRACTICUS

pro praktické lékaře zdarma • č.4/2017 • ročník 16

---

Do zahájení konference WONCA  
zbývá již méně než 60 dní.



čas letí



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

June 28 – July 1, 2017 | Prague, Czech Republic

**Praktické lékařství:  
spolehlivá medicína nejbliže člověku**

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

## INFO SVL

- 04 EDITORIAL
- 05 ROZHOVOR
- 08 SVĚTOVÝ DEN PRAKTICKÉHO LÉKAŘSTVÍ,  
19. KVĚTNA (WORLD FAMILY DOCTOR DAY)
- 10 V SOUVISLOSTI S NADCHÁZEJÍCÍ EVROPSKOU KONFERENCÍ  
WONCA 2017 JSME POLOŽILI NĚKOLIKA NAŠIM KOLEGŮM  
DVĚ ANKETNÍ OTÁZKY, JEJICHŽ ODPOVĚDI VÁM PŘEDKLÁDÁME.
- 12 MANUÁL/RUKOVĚŤ ÚČASTNÍKA KONFERENCE
- 15 ZPRÁVA ZE IV. KONGRESU PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ SVL ČLS  
JEP V OLOMOUCI ALIAS CESTA ZA VZDĚLÁNÍM

## OTÁZKY A ODPOVĚDI

- 19 NĚKOLIK POSTŘEHŮ Z KONFERENCE FRANCOUZSKÝCH PRAK-  
TICKÝCH LÉKAŘŮ

## ODBORNÝ ČLÁNEK

- 20 SPALNIČKY – AKTUÁLNÍ PROBLÉM  
*MUDr. Zdenka Mandáková, MUDr. Pavla Lexová, MUDr. Radomíra Limberková,  
MUDr. Jana Košťálová, MUDr. Jan Kynčl, Ph.D.*
- 25 BAŽENÍ (CRAVING): KLÍČOVÝ ZNAK NÁVYKOVÝCH NEMOCÍ  
A ZPŮSOBY, JAK HO ZVLÁDAT  
*MUDr. Karel Nešpor, CSc.*

## TISKOVÁ ZPRÁVA

- 27 KOMBINOVANÁ TABLETA USNADNÍ ŽIVOT STARŠÍM PACIEN-  
TŮM PO SRDEČNÍ PŘÍHODĚ

## PC A DOKTOR

- 28 PRO KOHO JE EVIDENCE TRŽEB POVINNÁ

## MÝTY A OMYLY

- 29 ROSTLINNÁ NEBO ŽIVOČIŠNÁ STRAVA?  
*doc. Ing. Jiří Brát, CSc.*

## KAZUISTIKA

- 32 FIXNÍ KOMBINAČNÍ LÉČBA HYPERTENZE A DYSLIPIDÉMIE  
*MUDr. Jaroslav Brotánek*

## AKTUALITY

- 36 SNÍŽENÍ FINANČNÍCH NÁKLADŮ DÍKY ZAVEDENÍ BIOSIMI-  
LARS V EVROPE
- 37 INTERAKCE PARACETAMOLU S KOFEINEM

## Vydavatel:

Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP

## Adresa redakce:

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

## Redakce:

## Šéfredaktor:

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

## Zástupci šéfredaktora:

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

## Manažerka časopisu:

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

**Redakční rada:** MUDr. Kamil Běský,  
MUDr. Pavel Brejník, MUDr. Jiří Burda,  
doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc., MUDr. Ru-  
dolf Červený, Ph.D., MUDr. Eva Grzegoro-  
vá, MUDr. David Halata, MUDr. Alice Hav-  
lová, MUDr. Jiří Havránek, MUDr. Otto Her-  
ber, MUDr. Petr Herle, MUDr. Ambrož Homo-  
la, Ph.D., MUDr. Toman Horáček, MUDr. Jiří  
Horký, MUDr. Igor Karen, MUDr. Mgr. Jo-  
sef Kořenek, CSc., MUDr. Vladimír Ma-  
rek, MUDr. Petra Mestická, MUDr. Zuzana  
Miškovská, Ph.D., MUDr. Cyril Mucha  
MUDr. Šárka Drbalová, doc. MUDr. Bohumil  
Seifert, Ph.D., MUDr. Bohumil Skála, Ph.D.,  
MUDr. Alexandra Sochorová, MUDr. Hele-  
na Stárková, MUDr. Jan Šindelář, MUDr. Jo-  
sef Štolfa

## Spolupracovnice časopisu:

Andrea Vrbová, Romana Hlaváčková

Náklad 6 000 ks. • • • Vychází 10x ročně.  
**Pro praktické lékaře v ČR zdarma.**  
Roční předplatné pro ostatní zájemce  
**610 Kč.** • • • Přihlášky přijímá redakce.  
Toto číslo bylo dáno do tisku 24. 4. 2017 MK  
ČR E13477, ISSN 1213-8711.

Vydavatel a redakční rada upozorňují, že  
za obsah a jazykové zpracování inzerátů  
a reklam odpovídá výhradně inzerent.  
Redakce neodpovídá za správnost úda-  
jů uvedených autory v odborných člancích.  
Texty neprochází jazykovými korekturami.  
Přetisk a jakékoliv šíření je povoleno pouze se  
souhlasem vydavatele. © SVL ČLS JEP, 2017

# EDITORIAL



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

Milé kolegyně, milí kolegové,

když jsem začal psát editorial, tak jsem byl nadšený z jarní přírody a chtěl jsem ji opěvovat. Pochválit, jak rozkvetlé stromy a nejrůznější cibuloviny přinášejí radost a úsměv na tváři. Netušil jsem, že Velikonoce přinesou ještě další záchvěvy zimy v podobě sněhových přeháněk. V době, kdy vyjde toto číslo našeho časopisu, bude za námi letošní Jarní interaktivní konference (JIK), a chci věřit, že jaro si už nenechá vzít svou vládu.

Vedle zajímavých přednášek na JIK bylo několik našich kolegů rovněž oceněno titulem **Čestný člen Společnosti všeobecného lékařství ČLS J.E.P.** Titul získali:

**MUDr. Jana Vojtíšková**, předsedkyně revizní komise a zástupkyně šéfredaktora časopisu Practicus, za dlouholetou práci ve prospěch společnosti všeobecného lékařství, za podíl na organizování konferencí místního i mezinárodního charakteru a za kvalitní výuku studentů na 1. Lékařské fakultě. **MUDr. Alice Havlová**, členka výboru Společnosti všeobecného lékařství, krajská konzultantka v Ostravě, za dlouholetou práci ve prospěch společnosti a za trvalé dosahování výborných výsledků při organizování vzdělávacích seminářů v Ostravě. Třetím laureátem čestného členství je **doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc.**, předseda naší Společnosti všeobecného lékařství.

Myslím, že je to osobnost všeobecně známá mezi praktickými lékaři. Docent Býma vystudoval Lékařskou fakultu a Vojenský lékařský a výzkumný ústav v Hradci Králové v roce 1978. V roce 1984 se sem vrátil, nejprve jako asistent, pak prorektor a nakonec i rektor školy, která získala nový název Vojenská lékařská akademie. Školu vedl v letech 1997 až 2002, získal pedagogický titul docent a po ukončení kariéry v armádě přešel na Lékařskou fakultu v Hradci Králové, do Ústavu sociálního lékařství, nejprve jako zástupce vedoucího a od června 2011 do současné doby jako jeho vedoucí. Ve funkci předsedy naší organizace je čtvrté volební období a jeho zásluhou se výrazně zvýšila prestiž oboru všeobecného lékařství.

4. číslo našeho časopisu přináší opět informace o Wonca Europe 2017, zprávy z konferencí v Olomouci, ale i v Paříži. Za připomínku jistě stojí, že 19. květen byl před 7 lety vyhlášen jako Světový den praktického lékařství. Naši kolegové Mucha, Bednář a Šrámková zpracovali zajímavou formou Manuál/rukověť účastníka konference. Hlavní článek tohoto čísla je věnován dětskému onemocnění, spalničkám. Jeho uveřejnění považujeme vzhledem k většímu výskytu tohoto onemocnění v současnosti za aktuální. Primář Nešpor se věnuje problematice bažení (cravingu) a tomu, a jak jej zvládat. Docent Brát se zamýšlí nad otázkou, zda je nejlepší rostlinná, nebo živočišná strava. Fixní kombinace léků si v současné době našly své zákazníky a jsou s oblibou předepisovány a především přijímány našimi pacienty. Také další články tohoto čísla přinesou jistě nové informace. Přeji vám, abyste toto číslo našeho časopisu četli ve dnech skutečně jarních.



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

June 28 – July 1, 2017 | Prague, Czech Republic

Najdete nás i na:



Již několik měsíců vás informujeme o přípravách na blížící se Evropskou konferenci praktických lékařů WONCA Praha 2017, která se koná od 28. 6. do 1. 7. 2017 v kongresovém centru v Praze.

Jak můžete sami vidět, čas velmi rychle letí a pro nás organizátory této velké akce příprava vrcholí. WONCA je pro nás tématem číslo jedna a já bych vás ráda o přípravách informovala. Dovolte mi, abych se pro potřebu tohoto rozhovoru proměnila z osoby zainteresované do přípravy konference do podoby zvědavé kolegyně.

Prezidentem konference je vědecký sekretář SVL ČLS JEP, doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D., kterému jsem položila pár otázek:

## **Blíží se velká událost v životě českého praktického lékařství – jak probíhají přípravy?**

Zatím vše probíhá podle naplánovaného harmonogramu. Máme více zkušeností než v roce 2013. Organizační tým je silný, nadšený, má jasné představy a nevádí mu nasazení. Nic ovšem nejde samo, pořád řešíme problémy, ať už souvisí s odborným nebo společenským programem, organizací nebo ekonomikou celé akce. Slibili jsme „opravdově evropskou konferenci“ (Truly European conference), takže jsme pod silnějším vlivem evropské organizace WONCA.

V těchto dnech uzavíráme nejnáročnější etapu, a tou je tvorba odborného programu. Tvořili jsme ho z 1500 návrhů prezentací všech formátů. Obrovský kus práce na tom odvedl předseda vědeckého výboru, Jáchym Bednář.

## **Jak vše zvládáš ty osobně: fakulta, ordinace, prezidentství konference...?**

Přípravu konference lze kombinovat s prací na fakultě nebo pro SVL, ale již hůře s ordinací. Z násobil se mi počet mailů, které denně přichází a které nutí k odpovědi, nejlépe ihned. Tak se trochu honím, ale baví mne to. Taky se mohu spolehnout na lidi okolo sebe.

## **Jaký tedy můžeme očekávat vědecký program konference a co považuješ ty sám za nejzajímavější z programu?**

Svátkem na konferencích WONCA jsou pro mne plenární přednášky. Klíčové řečníky jsme vybírali velmi pečlivě a věřím, že budou skvělí. Je mezi nimi jeden nelékař – světově známý rakouský muzikoterapeut profesor Mastnak, a to je i pro nás trochu neznámá. Máme témata klinická, profesní a některá více filosoficky zaměřená. Z českých osobností jsme oslovili profesora Höschla, který bude hovořit o síle placebo. Mezi klíčovými řečníky jsou profesor z Holandska, profesor z Izraele, mladý praktik z Itálie a prezidentka světové WONCA, Britka Amanda Howe. Pestré jsou další prezentační formáty; otevřené mítinky, workshopy, symposia a sekce ústních prezentací. U nás zatím méně obvyklou, ale v Evropě populární prezentační formou, jsou krátké, třiminutové prezentace jednoho obrázku s dvouminutovým prostorem na otázky. Posterovou výstavu, kterou plánujeme ve čtvrtek a v pátek v klasickém papírovém formátu ve třech sekcích (globální témata, profesní témata a klinická témata), chceme obohatit hodnocením a oceněním nejlepších posterů dne. Připravujeme taky laboratoř dovedností (Skills lab), resp. diagnostických metod, ve které chceme nabídnout k vyzkoušení laboratorní i přístrojové metody vhodné pro praxi.

**Podle toho, co říkáš, zní program velmi zajímavě a bude hodně nabitý. Znamená to tedy, že si každý může najít sekci, která ho zajímá a bude ho bavit. To je dobrá zpráva pro všechny účastníky – praktické lékaře ze všech koutů Evropy.**

## Co ty sám považuješ za největší přínos pořádání konferencí WONCA v České republice pro SVL ČLS JEP a naše praktické lékaře?

Úspěšným uspořádáním světové konference jsme získali mezinárodní respekt. Na přípravě konference se podíleli naši lékaři, kteří se dnes prosazují v mezinárodních sítích a pracovních skupinách WONCA. S přípravou evropské konference rostou další osobnosti. Výpravy českých praktických lékařů nechyběly na žádné evropské nebo světové konferenci WONCA v posledních sedmi letech, mimo jiné i díky ekonomickému zisku světové konference. Výbor SVL si může dovolit podporovat mladé praktiky v mezinárodních aktivitách. Z Prahy jsme udělali město zaslíbené praktickému lékařství. Naše kongresové aktivity jsou uznávané v české lékařské komunitě, v rámci České lékařské společnosti JEP i např. městem Praha.

Z hlediska individuálních praktických lékařů záleží na tom, jak světoví nebo evropští se sami cítí, jakou mají potřebu mezinárodních kontaktů a jak globálně přemýšlejí o své práci. Pokud ano, tak si nenechají ujít ani tuto konferenci.

## V čem se bude evropská konference WONCA odlišovat od té světové v roce 2013?

Pořádání Světové konference bylo dobrodružství, které jsme si jako organizátoři hodně užili a které se vesměs vydařilo. Proto nám také evropští kolegové světili i konferenci evropskou. Teď to ale máme mnohem těžší. Laťka pro Prahu je vysoko. Po odborné stránce se od evropské konference očekává daleko více než od světové. Evropské zdravotnictví je typické silnou rolí primární péče a Evropa je vedoucím regionem i v organizaci WONCA. Konference v Praze bude opravdu vrcholným odborným setkáním praktických lékařů.

## Řekni mi, proč by se podle Tvého názoru měli naši praktici konference zúčastnit?

Tuto otázku si kladu často sám. Já osobně mám jasno: mám potřebu potkat se s lidmi, kteří dělají stejnou práci v Německu, v Turecku nebo na chorvatských ostrovech, poučit se a s něčím se naopak pochlubit, tři dny se věnovat jen oboru a jeho problematice, užít si atmosféru velké konference, získat nové odborné kontakty a přátele. Víím, že konference WONCA mne vždy dobije a poskytne mi nadhled, který mi pak pomůže na měsíce přežít ordinanční rutinu a všední problémy. Jsem obklopen lékaři, kteří to cítí stejně, ale nevím, zda to takto oslovuje další praktické lékaře v Čechách a na Moravě.

Před čtyřmi lety mne nejvíce zklamalo, že kolegové,

kteří jsem potkával na konferencích v zahraničí, třeba i v zámoří, ať už investovali do zájezdu sami, nebo je někdo pozval, na konferenci pořádanou ve vlasti nepřišli.

## Kolik předpokládáš účastníků z Čech, ze zahraničí, z jakých zemí?

Nejspíš se nám nepodaří překonat 3600 účastníků světové konference v roce 2013, ale mohli bychom se tomu přiblížit. Aktuálně máme přes tisíc registrovaných z 63 zemí, nejvíce z Holandska, Portugalska, Španělska, ale také z Litvy, Rumunska, Chorvatska, Bosny a Hercegoviny. Také přes padesát kolegů ze zámoří. Očekávám, že stejně jako minule hlavní nápor registrací přijde během května. Vzhledem k tomu, že o jednu z příštích konferencí WONCA usilují Němci, mohli by tentokrát přijet ve větším počtu. Účast Skandinávců bohužel ovlivní to, že mají v polovině června konferenci v atraktivním Reykjavíku.

Co se týká účasti českých kolegů, těším se na příjemné překvapení a věřím, že bude velká, stejně jako u Slováků, kteří pořádají konferenci WONCA v roce 2019. Jedním z paralelních programů v pátek bude Česko-slovenský den. Účastnický poplatek pro našince je méně než poloviční a navíc existuje možnost získat partnerskou podporu.

## Umí se vůbec čeští praktici pohybovat na konferenci, jako je WONCA, a využít ji?

Snad ano, ale je to dobrá otázka. Napadla už kolegyně Cyri-la Muchu a Jáchyma Bednáře, a ti se rozhodli připravit jakousi rukověť účastníka konference. Viděl jsem rukopis a je to moc dobré.

Každý si musí ujasnit, co ho nejvíce zajímá a co si chce odnést. Hodně toho najde v programu; dnes obvykle jen na internetu nebo v mobilní aplikaci. Ti, co přijíždějí na konferenci, většinou chtějí vzájemně komunikovat, a proto není neobvyklé navazovat rozhovory, seznamovat se. Kdo chce zažít bohaté diskuze, ať míří spíše na workshopy.

Teď mne napadlo, že by bylo dobré v červnovém Practicusu a na webu SVL vyzvat členy vědeckého výboru, aby doporučili některé perly, jak je vidí v programu WONCA.

## Budou mít zahraniční účastníci také možnost navštívit české praxe, jako tomu bylo na konferenci světové? Mimochodem vím, že byl o ně velký zájem.

Je dobrým zvykem na každé konferenci WONCA, že domácí lékaři otevírají své praxe zahraničním kolegům. Aktuálně sbíráme kontakty na pražské (nebo dobře dostupné blízké) praxe, které se do tohoto projektu zapojí. Zároveň již máme seznam mediků-dobrovolníků,

kteří by pomohli s tlumočením těm našim lékařům, kteří se na volnou komunikaci v angličtině, event. španělštině necítí. Více informací bude průběžně v Practicusu nebo na stránkách SVL.

### **Jaký je připraven program pro zahraniční účastníky mimo konferenci – nabízíme jim nějaké další aktivity?**

Je radost pořádat konferenci v takovém městě, jako je Praha. Ta je sama o sobě vysokou zárukou úspěchu a spokojenosti účastníků. Získali jsme od magistrátu volnou jízdenku v MHD pro všechny účastníky kongresu. Informace o možnostech, jak využít čas v Praze, event. v České republice, poskytujeme na webové stránce a budeme poskytovat během konference. Společenský program v rámci konference zahrnuje Zahajovací ceremoniál, jehož vskutku neobyčejnou náplň si necháváme jako překvapení, vrcholí přípravy na Gala Dinner v pátek 30. 6. v Obecním domě a Závěrečný ceremoniál v sobotu 1. 7. 2017.

### **A co je letos velmi důležitou společenskou částí konference? Na všestranně vydařený společenský večer Na Žofíně mnozí zahraniční účastníci dodnes vzpomínají s nadšením a s jistou dávkou nostalgie. Co připravujete letos?**

Překvapivá otázka od někoho, kdo se tím zabývá už více než rok! Ale odpovím, abych zachoval pravidla rozhovoru. Pro slavnostní večer Gala Dinner máme již rezervovaný Obecní dům, jakožto důstojný a vrcholně reprezentativní prostor v Praze. Je to jedna z nejkrásnějších a nejnavštěvovanějších památek v Praze a v pátek 30. 6. 2017 bude patřit praktickým lékařům. Doufáme, že všichni zde prožijí nezapomenutelný večer plný přátelství, porozumění, ale také skvělé hudby a dobrého jídla. Těšíme se, že praktičtí lékaři z různých zemí Evropy, někteří i ze zámoří, ale zejména čeští praktičtí lékaři, budou ten večer společně zdravít z balkonu Obecního domu Pražany a turisty. Kdo byl na Žofíně v roce 2013, ví, že ten slavnostní večer

opravdu Žofín patřil jen praktikům. Prostě večer v Obecním domě si nenechte ujít!

### **Co je podle tebe společné všem evropským praktickým lékařům?**

Jsme důležití pro pacienty i pro zdravotní systém. Zajišťujeme udržitelnost zdravotní péče z veřejných zdrojů. Jsme pracovití a ze všech lékařů jsme nejbližší lidem. Jsme vzdělaní a vzděláváme se celý život. Taky nikdy a nikde, od Gibraltarů až po Lofoty, nemáme pocit, že jsme dobře zaplacení.

### **Kde vidíš místo českých VPL v rámci Evropy?**

Čeští praktici již své místo mají. SVL ČLS JEP je významnou a mezinárodně respektovanou národní organizací v rámci WONCA. SVL i SPL mají zastoupení v různých evropských oborových iniciativách. Ani v akademické oblasti se neztrácíme. Ústav všeobecného lékařství 1. LF UK je partnerem několika prestižních mezinárodních projektů. Čeští praktičtí lékaři mohou pracovat a někteří již pracují v Německu, v Anglii nebo Skandinávii.

V devadesátých letech jsme toho potřebovali hodně dohnat a naučit se od evropských kolegů. Dnešní samozřejmosti, jako kapitace, doporučené postupy, systém vzdělávání – to vše primárně přiletělo na křídlech evropských projektů. Dnes už nemůžeme jen přijímat; musíme taky dávat a přebírat odpovědnost. Třeba organizací konference WONCA. Nebo poskytováním podpory rozvoje primární péče zemím na východ od nás.

### **Změní Evropská konference WONCA 2017 něco v životě českých praktiků?**

To opravdu nemohu slíbit. Spíše je to naivní představa. Ale tentokrát chceme lépe využít konferenci pro PR oboru. Výbor SVL pro to podniknul příslušné kroky. Konference ale může změnit ty, kteří ji prožijí jako účastníci.

Rozhovor s doc. MUDr. Bohumilem Seifertem, Ph.D., předsedou organizačního výboru Evropské konference WONCA 2017, vedla MUDr. Jana Vojtíšková.



# Světový den praktického lékařství, 19. května (World family doctor day)



## O co jde?

Z iniciativy Světové organizace praktických lékařů WONCA byl v roce 2010 vyhlášen 19. květen za den praktického/rodinného lékařství. Praktičtí lékaři ve světě se snaží využít tento den pro oslavu své práce a ke zdůraznění své klíčové role v komplexní, osobní a kontinuální péči o pacienta a zásadního příspěvku v systému péče o zdraví (<http://www.globalfamilydoctor.com/>). Příklad najdete i na stránkách Americké akademie rodinných lékařů AAFP (<http://www.aafp.org/medical-school-residency/fmig/lead/programming/world.html>). V České republice jsme zatím „naš světový den“ nijak neprožívali. Nelze také očekávat, že by nám přinesl nějaké zásadní změny.

## Cílem Světového dne praktického lékařství je:

- přiblížit lidem význam a roli praktických lékařů a jejich sester v péči o zdraví
- zvýšit pozornost pro praktické lékařství
- zvýšit sebevědomí/uvědomění praktických lékařů
- zdůraznit nejvýznamnější aspekty práce praktických lékařů pro zdraví lidí

## Příklady způsobů, jakými lze cíle dosáhnout:

- informacemi poskytovanými v praxích – lékaři, sestrami, na nástěnkách, webech ordinací
- informacemi poskytovanými na webu a facebooku SVL ČLS JEP
- inzeráty, články a poskytnutými rozhovory v denících, regionálních i celostátních
- rozhovory v rozhlase, centrálním i regionálním
- informacemi v televizi, celostátní i regionální
- inzeráty v MHD
- inzeráty v nemocnicích
- s pomocí studentů lékařských fakult
- s pomocí výpovědí osobností (sportovci, vědci, politici, herci)

## Příklad nosného hesla kampaně:

*Praktické lékařství = spolehlivá medicína nejbliže člověku*

## Příklady informací poskytovaných pacientům:

- Vašemu praktickému lékaři / praktické lékařce opravdu záleží na Vašem zdraví.
- Vybíráte si ho/ji dobrovolně.
- Je Vám nejbliže, nejvíce o Vás ví a nejvíc Vám rozumí.
- Vysvětlí Vám, jak funguje zdravotní systém.
- Poskytne Vám rady, jak žít zdravě.
- Poskytne Vám potřebná očkování.
- Provede Vám preventivní prohlídku a stanoví Vaše rizika závažných onemocnění.
- Poradí, jak čelit rizikům.
- Ošetří Vás při akutních onemocněních.
- Zajistí Vám specializované vyšetření, pokud je to potřeba.
- Vysvětlí Vám nálezy odborníků a poradí Vám, máte-li se rozhodnout, např. o operaci.
- Ochrání Vás před zbytečným vyšetřováním a léčením.
- Sleduje Vás dlouhodobě při chronických onemocněních.
- Zůstává Vám nablízku i ve stáří.

## Téma Světového dne praktického lékařství

Světová organizace WONCA doporučuje členským organizacím vybrat si svá klíčová témata pro tento den s ohledem na národní priority, ale zároveň navrhuje nosná globální témata. Tématem pro letošní rok je **deprese**. Deprese byla také vybrána jako téma pro Světový den zdraví, který se slaví 9. dubna. Ve své nejlehčí formě může deprese znamenat jen špatnou náladu; neomezuje normální život, jen dělá vše těžším a méně hodnotným. Ve své těžké formě může být ale život ohrožujícím onemocněním a může dovést pacienta až do situace, kdy se rozhodne vše vzdát. Deprese je potenciálně závažné onemocnění, které ovlivňuje jak fyzické,



tak duševní zdraví. Jsou to praktičtí lékaři, kteří pacienty s depresí identifikují, léčí a v indikovaných případech předávají specialistům.

Letošní rok praktického lékařství v České republice je ozdoben Evropskou konferencí WONCA jejíž motto je **GROWING TOGETHER IN DIVERSITY**. Úkolem organizátorů je mj. připravit Odkaz (LEGACY), jako odborně politický dokument na podporu růstu oboru v Evropě. Víme, že přestože v Evropě probíhá integrační proces, odlišnosti jsou veliké. To platí zejména o poskytování primární péče v členských zemích EU. Konference WONCA je ideálním prostředím pro výměnu zkušeností a znalostí. Můžeme společně růst a učit se vzájemně z odlišností. **Evropští praktičtí lékaři** ctí a sdílí ve své každodenní práci s pacienty nejcennější evropské hodnoty: svobodu, demokracii, respekt k pravdě, svobodný přístup k informacím a vzdělání, rovnost pohlaví, respekt k individuali-

tám, ke svobodě vyznání, spolupráci a otevřenou komunikaci. Evropští praktičtí lékaři jsou si vědomi své jedinečné role v prostředí zvyšující se zdravotní nerovnosti, stárnutí populace a růstu multimorbidity. Vedle rychle se rozvíjející specializované nákladné medicíny představují ve zdravotním systému jistotu udržitelné, bezpečné a zaplatitelné péče, orientované na pacienta.

Milí kolegové,  
využijte Světový den praktického lékařství přinejmenším k vlastnímu potěšení a vnitřnímu posílení. Třeba poblahopřejte kolegyni nebo kolegovi.

Na shledanou na konferenci WONCA!  
doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D.  
vědecký sekretář SVL

V souvislosti s nadcházející Evropskou konferencí WONCA 2017 jsme položili několika našim kolegům dvě anketní otázky, jejichž odpovědi vám předkládáme.

General Practice in Europe:  
**G**rowing together  
 in **d**iversity

### Chystáte se zúčastnit konference praktických lékařů WONCA 2017 v Praze?

#### Co byste konferenci popřáli?

##### **MUDr. Otakar Ach-Hübner, VPL Brno**

Chystám se aktivně zúčastnit a řečnit k věci, půjde-li to. Přál bych nám všem i sobě, abychom vyzvěděli od zahraničních kolegů, jak to oni zvládají s plným nasazením – poznávat, uchopit a podržet si znalosti bouřlivě se rozvíjející, mnohostranné i atomizované medicíny, jak sloučí své ambice odborné, vzdělanostně vědecké i psychosomatické s rodinnými či sportovními, jak dalece holistický přístup používají, a jak to všechno za 24 hod. stíhají. Domácí špičku známe, tak se těším na fešácké kolegy/ně z Evropy.

##### **MUDr. Jindřiška Macková, VPL Opocno**

Na konferenci se nechystám. Konferenci přeji, aby byla hojně navštěvována, aby velkou měrou přispěla k profesnímu růstu lékařů a aby si na ní účastníci také trochu odpočinuli.

##### **MUDr. Hana Doudová, VPL Planá nad Lužnicí**

Dobrý den, účast na konferenci WONCA 2017 v Praze neplánuji a přeji tomuto setkání, aby splnilo veškerá očekávání a i nadále spojovalo, profesně i společensky, co nejvíce lékařů z našeho oboru.

##### **MUDr. Emmanuela Fernandová, VPL Brno**

Ano chystám se na konferenci WONCA 2017 a přeji konferenci, aby byla alespoň stejně dobrá jako WONCA 2013.

##### **MUDr. Jozef Izrael, VPL Ostrava**

Konference se z časových důvodů bohužel nezúčastním. Konferenci bych přál, aby byla přínosem pro všechny zúčastněné. Setkání s lékaři jiných národností a možnost pohovořit si s nimi o jejich práci a problémech je vždy zajímavé.

##### **MUDr. Kateřina Hrabáková, VPL Praha**

Konference se zúčastním, velice se na ni těším. Přeji konferenci hodně spokojených účastníků, aby byla konference pro všechny obohacující ve více směrech, nejen v oblasti vzdělávání, ale i v sociální oblasti.

##### **MUDr. Luboš Hraha, VPL Praha**

Na konferenci se bohužel kvůli pracovním povinnostem nemohu dostavit. Konferenci bych popřál hlavně hojnou účast, zajímavá témata a zahraničním účastníkům též příjemný pobyt v Praze.

##### **MUDr. Markéta Kettnerová, VPL Praha**

Na konferenci se chystám a přeji jí, aby v konkurenci jiných WONCA konferencí úspěšně obstála.

##### **MUDr. Jiří Šmíd, VPL Jablonec nad Nisou**

Na konferenci WONCA se nechystám. Přeji konferenci, aby se do České republiky vracela, abychom byli my, praktičtí lékaři, součástí evropské i světové primární péče, aby se náš obor koncipoval jako evropský a etablovaný.

Zpracovala:  
 MUDr. Jana Vojtíšková

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

# Manuál/rukověť účastníka konference

*V medicíně se stále zvyšuje nejen množství nových objevů, nových léčebných a diagnostických postupů, přístrojů, předpisů, ale zrychluje se i jejich zavádění do praxe. Sledovat tyto novinky je pro běžného lékaře velmi těžké, až nemožné. Jedním z důležitých zdrojů informací nejen pro praktického lékaře, jak zůstat „up to date“, je účast na odborných konferencích. V poslední době mnoho lékařů vyjíždí na konference do zahraničí a též mnoho zahraničních konferencí se koná v ČR (v nejbližší době např. WONCA v červnu 2017). Konference pro praktické lékaře pořádají v ČR nejruznější komerční agentury, ale zejména odborné společnosti (SVL, SPL). Tento manuál by měl na podkladě hesel pomoci orientovat se každému, kdo se o konference zajímá a dosud s nimi nemá výraznější zkušenosti.*

State of the art, stav vývoje/ pokroku, znalostí či dovedností oboru mezi konferencemi

Zejména odborné tzv. síť WONCA se snaží ve svých sděleních na konferenci reflektovat, kam obor v mezidobí pokročil a co je nového a právě aktuálního. Tyto odborné síť mají tu možnost, že pracují systematicky na vývoji oboru v určitém směru (např. výzkum, učitelství, kvalita poskytované péče, specializace), a jsou tedy nejpopulanější vyjadřovat se k "state of the art".

Prezident konference

Je uznávanou osobností v oboru jak v pořádající zemi, tak v zahraničí. Bývá na tuto pozici konsensuálně zvolen. Je komunikátorem, tmelícím mostem mezi kolegy z pořádající země, pořádající agenturou (PCO), organizačním výborem a vědeckým výborem, je záštitou zdárného průběhu konference, odpovídá za četné aktivity odborné, sociální, politické.

Pořádající agentura

PCO/Professional Congress Organiser je společnost, která se specializuje na pořádání, organizaci a management kongresů, akcí, konferencí pro lékaře, je partnerem odborné lékařské společnosti, na jejíž zadání pracuje.

Její profesionalita je zárukou kvality a úspěšného průběhu celé akce.

Organizační výbor (Host organizing Committee)

Nominovaný výbor, sestávající z předsedy a členů, je delegován odbornou společností, je odpovědný za koordinaci, organizaci a komunikaci mezi organizátory akce na všech úrovních. Nominuje další výbory, komunikuje s WONCA.

Vědecký výbor (Scientific Committee)

Nominovaný výbor, sestávající z členů a předsedy. Výbor

je ideovým garantem obsahu konference, nabízí tématické okruhy pro účastníky konference, komunikuje s účastníky, se sítěmi WONCA, s organizátorem (PCO). Výbor je odpovědný za posouzení a výběr z návrhů sdělení podaných účastníky konference tak, aby obsah i forma podaných sdělení návrhů byly vyvážené a garantovaly určitou kvalitu. K tomu rekrutuje mezinárodní hodnotitele (reviewers). Výbor komponuje vlastní odborný program a žádá o příslušné kredity. Zajišťuje také předsedající sekci.

Čestný výbor (Honorary Committee)

Je nominován organizačním výborem a jsou do něj pozvány osobnosti, mající všeobecný odborný a politický respekt v oboru. Ve vztahu k veřejnosti je personální složení výboru vyjádřením toho, že tyto osoby považují akci za důležitou a hodnou pozornosti.

Fee/ účastnický poplatek, „fíčko“

Early bird: nejlevnější varianta poplatku (obvykle do půl roku před akcí); sleva činí cca 20 %

Regular: obvykle půl roku až do 1 měsíce před akcí; 100 % výše ceny

Late: 5 týdnů před akcí až do akce samotné přírůžka činí 10 % nad běžnou cenu

Co se týče vrácení poplatků, do 2 měsíců před akcí se při zrušení vrátí plná cena kromě malé části za manipulační poplatek, 2 měsíce až 1 měsíc do začátku akce se vrací 50 % ceny a od 1 měsíce do začátku akce nárok na vrácení již zaplaceného poplatku není.

Student/ trainee/ junior doctor fee

Poplatky a jejich výše též závisí na věku či stavu lékaře. Studenti medicíny, mladí lékaři v specializační přípravě či lékaři do 5 let po atestaci mají výrazné slevy (platí čtvrtinu až polovinu ceny).

Prekonference

Den či odpoledne před konferencí často začíná program, který není přímou součástí konference a který se může týkat obecnějších nebo odborně společenských témat. Pakliže jste mladý praktický lékař do 5 let po atestaci v oboru či lékař v specializační přípravě v oboru VPL, jste zván v rámci konference WONCA na prekonferenci organizovanou mladými lékaři, Vasco de Gama Movement (VdGM).

Probíhá obvykle 1 den před a dopoledne v den zahájení hlavní konference, program je zajišťován mladými lékaři pro mladé lékaře. Ke sdělením jsou zvány i zkušené autority oboru, které mají pro mladé lékaře relevantní sdělení. Některé konference nabízejí tématicky orien-

tované postgraduální kurzy, obvykle před nebo v den svého zahájení.

Registrační poplatek bývá řádově menší než v případě hlavní konference.

#### Plenární sdělení (Key note lectures)

Obvykle 5-6 ústních sdělení během konference, která proběhnou v hlavním sále, v hlavních termínech. Jsou přednesené významnými a uznávanými reprezentanty oboru či pozvanými hosty ze světa politického, kulturního a významné osobnosti je obvykle také uvádějí. Trvají obvykle 30-45 minut. Většinou reflektují aktuální společenská či oborová dění a témata. Bývají zaznamenávány na média a obvykle se během a po konferenci o sděleních diskutuje.

#### Opening Ceremony/ Welcome Coctail/ Closing Ceremony

Konference WONCA bývá pravidelně největší odbornou událostí roku v Evropě či i ve světě praktických lékařů, tedy je i společensky prestižní. Organizátoři zvou na zahajovací ceremoniál mající určený časový rozsah osobnosti z kulturního života pořádající země, svou zdravici při zahájení přednesou obvykle autority oboru pořádající země či WONCA, během úvodu zazní motto, je sděleno ideové pozadí či cíl konference, po zahájení bývá neformální "welcome coctail", který je příležitostí pro setkání kolegů, kamarádů. Podobně jako při zahájení je tomu i při zakončení konference, kdy přichází navíc na řadu hodnotící projevy, bývá vysloveno shrnující poselství konference a často jsou oceněny významné osobnosti oboru.

#### Abstrakt

Abstrakt je stručný výtah vědeckého sdělení, které autor přihlašuje na konferenci a plánuje přednést, podání abstrakta probíhá přes on-line systém, deadline pro abstrakta je nejzazší termín pro podání, obvykle půl roku před konferencí.

Pro podání abstrakt jsou organizátorem konference vydávány instrukce.

Obvyklý jazyk podání je angličtina, sdělení má být originální/ jedinečné; maximální počet abstrakt na autora je omezen obvykle na 5, téma abstraktu, samotný výtah nemá mít více než 250 znaků, v názvu abstraktu bývá doporučeno max. 20 slov.

#### Sponzoring

Náklady na pořádání konferencí jsou vysoké, zaplacený účastnický poplatek (fee) většinou na jejich úhradu nestačí. Organizační výbor, resp. pořádající agentura se snaží sloučit finance z různých zdrojů (veřejné, grantové, firemní apod.). Zejm. finance od farmaceutických

firem mají ale výrazný etický náboj. Nejrůznější vnitřní instituce (např. WONCA, AIFP) či vnější (SUKL) vytvářejí rámec pro sponzoring tak, aby byla zachována maximální nezávislost dané konference. Organizační výbor veřejně vyhlásí sponzory (zlatý, stříbrný...), pokud je sponzorován nějaký přednáškový blok, popř. jednotlivé sdělení, je povinností výboru toto veřejně deklarovat. Některé firmy umožňují lékařům účast na konferenci příspěvkem na účastnický poplatek, popř. dopravu a ubytování. Většina evropských odborných společností praktických lékařů už aktuálně usiluje o nezávislé konference bez komerční podpory,

#### Galavečer, společenský program:

Během plně rozběhnuté konference je třeba se obvykle v pátek večer ukázat, hodit se do gala, zajít s kolegy do krásného paláce na drink, dobré jídlo či tanec a pobavit se. Emocionální zážitek a zábava umocňují vědecký úspěch konference. Cena za vstup je hrazena zvlášť. Počet míst je většinou omezený.

#### Coffee break

Přestávka na kávu na lékařské konferenci mezi jednotlivými bloky přednášek. Účastník se může zdarma v rámci konferenčního poplatku občerstvit. Někdy bývají přestávky na kávu sponzorovány konkrétními firmami.

#### Bursary/ scholarship

Každá konference a její pořadatelé jsou hrdí na to, že několika účastníkům sponzorují velkou část nákladů na konferenci za účelem podpory rozvoje oboru v méně rozvinutých a sociálně slabších zemích. SVL ČLS JEP uděluje pro pražskou konferenci WONCA 10 grantů kolegům z ekonomicky slabších zemí.

O stipendium se žádá, o jeho udělení konkrétnímu lékaři rozhoduje komise na základě předem známých hodnotících kritérií.

#### Druhy sdělení

Jsou různé možnosti jak předat kolegům sdělení.

Workshop, symposium, oral presentation, poster, 1 slidové / 5 minutové sdělení:

jsou různé a hlavní obvyklé formy sdělení vědeckého obsahu na konferenci, mají určený časový rozsah, obvykle 60-75 minut pro symposia a workshopy, 60 minut stačí též na cca 9-10 pětiminutových sdělení. Jakákoli sdělení se řídí etickými a společenskými normami, které je každý účastník povinen dodržovat. Je například společensky neúnosné, kolegy odsouzeníhodné a v odborných kruzích neprominutelné, pokud sdělení navenek vystupuje jako nezávislé a přitom propaguje konkrétní výrobek/lék. Veškerá sdělení je možné najít v tištěném,

resp. elektronickém programu, který obdrží každý účastník při registraci na konferenci.

**Poster:** Nejvíce sdělení proběhne formou prezentace plakátu/ posteru. Každý vystavující má možnost zájemcům své sdělení uvedené na posteru přiblížit i v osobním rozhovoru v přiděleném čase, který je předem daný (tvůrce posteru stojí v určený čas u plakátu a může se zájemci o obsahu diskutovat). Nejlepší postery bývají oceněny a vyhlášeny organizátorem. Plakáty/postery jsou prezentovány v posterové sekci, obvykle ve foyer budovy, kde konference probíhá. Posterů bývá řádově mnoho stovek. Postery mohou být klasické, papírové nebo elektronické.

**Oral presentation,** ústní sdělení je sdělení ve kterém má přednášející přesně vymezený čas včetně diskuze, který musí dodržet. Každému sdělení je organizátorem akce přidělena místnost, kde bude probíhat. Obvyklý přidělený čas je 15 min, včetně diskuze.

**Workshop** je monotematická sekce, připravená a vedena jednotlivcem nebo několika odborníky, s cílem vyvolat a dát prostor intenzivní diskusi na dané téma v menší skupině účastníků.

**1 slide 5 minut:** je stručná prezentace posteru (jednoho obrázku), obvykle v délce 3 min. s prostorem pro 1-2 otázky, probíhající obvykle v hale poblíž posterové sekce.

#### Conference bag/ badge

každý účastník obdrží při registraci na místě konference brašnu a visačku, na kterých jsou loga konference, odborné společnosti, WONCA.

Visačka obvykle odráží či symbolizuje motto konference, každý účastník je povinen se s ní prokazovat na všech akcích pořádaných v rámci konference. .

#### Newslettery

V elektronické podobě pravidelně vydávané noviny, které informují o aktualitách před připravovanou konferencí, obvykle periodicky, jednou za 2 měsíce, a jak se blíží konference, 1x za měsíc.

Informace v newsletterech jsou odborné, organizační, jsou též reklamního charakteru, popularizují konferenci, obecně informují o městě, kde konference pořádá, informují o atrakcích města, noviny též nabízí rozhovory s osobnostmi na zajímavá témata.

#### Statement/ legacy prohlášení/ poselství konference

Každá konference končí a předává štafetu další konferenci, pořádané v jiném městě. Organizační výbor konference si ve spolupráci s vedením WONCA pokládá za čest vyslovit se a zanechat stopu v historii vyjádřením svého poselství, které komentuje aktuální dění tady a teď v oboru a společnosti a reflektuje postoje, názory, myšlenky kolegů, praktických lékařů.

WONCA Světová organizace rodinných a praktických lékařů (World Organization of National Colleges and Academie of General Practitioners/ Family Physicians).

#### Sítě WONCA

Pracovní skupiny v rámci WONCA, věnující se dlouhodobě určité problematice, bývá zvykem, že každá země vysílá své zástupce do skupin Euract – vzdělávání, výuka, tvorba definic oboru, curricula, sjednocování znalostní a dovednostní báze oboru v rámci Evropy a světa.

EQuIP – skupina zaměřená na podporu zvyšování kvality poskytované péče, tvorbu standardů, metodiky zkoumání kvality a poskytování zpětné vazby pro lékaře.

Euripa – síť sdružující venkovské lékaře a projednávající problematiku venkovské péče.

EGPRN – skupina zaměřená na výzkum v primární péči  
Europrev – skupina soustavně pracující na tvorbě standardů v preventivní péči

Vasco de Gama Movement – skupina sdružující mladé lékaře, kteří jsou právě v specializační přípravě či do 5 let po atestaci z oboru.

SIG (specific interest groups) – nejrůznější odborné skupiny zaměřené na různé podobory (kardiologie, GE, pneumologie atd.)

#### AIFP

Asociace inovativního farmaceutického průmyslu je sdružení výrobců léků. Kromě jiných aktivit vypracovala etický kodex, který určuje pravidla pro účast, reklamu a podporu lékařských konferencí. Pro její členy je závazný.

Zpracoval:

MUDr. Jáchym Bednář, MUDr. Cyril Mucha,  
MUDr. Nela Šrámková, ÚVL 1. LF UK



# Zpráva ze IV. kongresu praktických lékařů SVL ČLS JEP v Olomouci alias Cesta za vzděláním

Ve dnech 30.–31. března 2017 se v olomouckém hotelu Clarion uskutečnil IV. kongres praktických lékařů Společnosti všeobecného lékařství České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně (SVL ČLS JEP). Prestižní setkání lékařů se konalo mimo jiné i pod záštitou Olomouckého kraje.

Program kongresu byl zaměřen na lékaře a další zdravotnické pracovníky v primární péči. Po oficiálním zahájení prezidentkami kongresu MUDr. Danou Moravčíkovou a MUDr. Helenou Stárkovou pozdravil v úvodu kongresu účastníky náměstek hejtmana Olomouckého kraje Mgr. Dalibor Horák, který je v Olomouckém kraji zodpovědný za oblast zdravotnictví. Ve svém vystoupení zdůraznil, že primární zdravotnická péče je základním pilířem přednemocniční péče a tvoří záchytnou síť při řešení zdravotních problémů jednotlivých pacientů.

*„V Olomouckém kraji je primární péče poskytována na velmi dobré úrovni, nicméně jako velký problém vnímám stárnutí populace praktických lékařů a jejich náhradu v terénu. Plošné rozložení primární péče je historicky poměrně rovnoměrné, ale problém je v periferních oblastech kraje. Řešení však není prioritně záležitostí krajských samospráv, ale výrazně ho ovlivňuje politika zdravotních pojišťoven,“ uvedl náměstek Horák.*

Po vystoupení pana náměstka se ujal slova předseda naší odborné společnosti SVL ČLS JEP, doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc., který potvrdil, že v příštích letech bude snahou odborných lékařských společností, aby jedním z výstupů odborné akce praktických lékařů byly i návrhy na řešení problému nerovnoměrného zastoupení primární péče v periferních oblastech nejen Olomouckého kraje. „...v tomto bodě jsou zástupci odborné společnosti také závislí na spolupráci s plátcí zdravotní péče...“ řekl pan docent Býma.

## Odborný program, čtvrtek 30. 4. 2017

Čtvrteční úvodní blok přednášek se týkal onkologické prevence se zaměřením na karcinom prostaty, který je v současné době na 3. místě v žebříčku mortality nádorových onemocnění v České republice (ČR). Jeho incidence přitom stále stoupá, což je dáno jednak vyšším zachytem, lepšími diagnostickými metodami a také zvyšujícím se věkovým průměrem obyvatelstva ČR. Smyslem sdělení MUDr. Michaely Matouškové a MUDr. Otto Herbera bylo upozornit na uvážlivou indikaci odběru PSA v souvislosti s konsekvencemi pro pacienta, které případná pozitivita vyšetření spustí, biopsií prostaty počínaje a chirurgickým nebo radioterapeutickým řešením konče. Přitom už jen biopsie prostaty, jak zdůraznila MUDr. Matoušková, je výkonem rizikovým, který je, nehledě na případné komplikace jako hematurie, hemospermie a infekce, zatížen 1 % mortalitou. Cílem by proto měl být nikoliv

plošný screening pomocí PSA (jehož nevhodnost jakožto screeningového markeru prokázala nejedna studie), ale aktivní vyhledávání rizikových pacientů tak, aby benefit tohoto vyšetření nezastínil následný overtreatment pacienta. Byla představena i nová klasifikace karcinomu prostaty – Gleason grade a score.

Druhý blok přednášek z oblasti pracovního lékařství se zabýval nejen náležitostmi lékařských posudků. MUDr. Lenka Pešáková nás seznámila s povinností kategorizace prací a následně Mgr. Jakub Uher zdůraznil, jak nezbytným předpokladem pro výkon pracovních lékařských služeb je dobrá znalost právních předpisů z této oblasti. Lékařům poskytujícím pracovní lékařský posudek (PLS) pro kategorii prací 2. a vyšší, bylo doporučeno, aby věnovali zvýšenou pozornost obsahu smluv uzavíraných s podniky, jakož i pojistným smlouvám, týkajícím se odpovědnosti lékaře při výkonu PLS. Mgr. Jakub Uher upozornil na fakt, že registrující všeobecný praktický lékař, nikoliv podnikem nasmlouvaný lékař, má kompetenci pouze k pracovním lékařským posudkům z kategorie prací I., nicméně nemá povinnost je provádět vůbec. Živou diskusi vyvolala přednáška MUDr. Otty Herbera o cenotvorbě PLS. Byla uvedena částka 23 Kč/min. s tím, že v ceně má být zohledněna nejen práce a náklady lékaře, ale i náklady případných soudních sporů včetně nákladů na odpovídající pojištění.

Třetím přednáškovým tématem byla „**Kardiovaskulární prevence**“. MUDr. Eva Kociánová rozebírala problematiku terapie hypertenze a dyslipidémie a přednesla doporučení zahajovat léčbu těchto dvou modalit současně z důvodu vyšší adherence pacienta. Na příložené kazuistice shrnula další doporučení, jako například medikaci statinu u dekompenzovaných diabetiků (HbA1C nad 53 mmol/l), vhodnost kombinace ACE inhibitoru a kalciového blokátoru u pacientů s hypertrofií levé komory a především nutnost korekce hypertenze, neboť hypertenzní kardiomyopatie je nejčastější příčinou srdečního selhání u pacientů se zachovanou systolickou funkcí. V druhé přednášce MUDr. Ivo Horák prezentoval výsledky velkých světových metaanalýz porovnávajících účinky ACE inhibitorů a sartanů na kardiovaskulární i celkovou mortalitu. Závěrem bylo řečeno, že ACE inhibitory i nadále zůstávají lékem první volby, zatímco sartany jsou vhodnou rezervou u pacientů netolerujících ACE inhibitory.

Problematiku laboratorních výsledků připomněl čtvrtý blok přednášek „**Laboratorní výsledky – teorie a praxe**“, v němž Mgr. Pavla Petrová hovořila o souboru endokrinologických a onkologických laboratorních markerů a o parametrech správného odběru. Připomněla pro praxi užitečnou informaci, že odběr FT4 u pacientů již léčených levothyroxinem je pro nezkraslený výsle-

dek vhodné provést před ranní medikací. Druhým přednášejícím byl RNDr. Jiří Lukeš, který se zaměřil na laboratorní vyšetření kostního metabolismu, na kvalitu, úskalí a interpretaci výsledků. Seznámil nás s možností nejen vyšetření, ale i konzultace s Oddělením klinické biochemie ve FN v Olomouci.

Čtvrteční odborný program zakončila přednáška MUDr. Jany Vojtíškové, PharmDr. Veroniky Prokešové a MUDr. Reného Vlasáka v bloku s názvem „**Konopí – ano či ne**“. Kromě pohledu do historie konopí jakožto léčebného prostředku nás přednášející seznámili se současnou platnou legislativou a nastínili možnost budoucího širšího využití konopí především v terapii bolesti provázející nádorová onemocnění, ale i v doplňkové léčbě u astma bronchiale, dermatitid, neuropatií, roztroušené sklerózy nebo glaukomu.

### Odborný program, pátek 31. 3. 2017

Hned první blok přednášek přinesl zajímavé informace týkající se obezitologie. Primářka MUDr. Petra Šrámková z pražské obezitologické kliniky se zaměřila na úzký vztah obezity a neplodnosti. V obecných sděleních uvedla také, že již 10% pokles hmotnosti u obézních vede k velmi výraznému snížení rizika vzniku diabetu, nádorových onemocnění, kardiovaskulárních onemocnění a také ke zlepšení fertility. Nastínila i možnosti bariatrických operací, nicméně pacientkám se pak doporučuje otěhotnět až mezi 2.–4. rokem po operaci. MUDr. et RNDr. Tomáš Brychta, Ph.D., probíral možnost komplexní léčby obezity v podobě režimových opatře-

ní, změn jídelníčku, nutnosti pohybové aktivity, psychologické podpory až po moderní farmakologickou léčbu. Připomněl prevalenci obezity v ČR i ve světě, zdravotní komplikace a rizika s ní spojená a přehledně shrnul možnosti léčby obezity. Upozornil na rizika jednotlivých typů diet, jako je nízkosacharidová, raw nebo dnes tolik populární bezlepková strava. Právě u bezlepkové stravy zmínil zajímavý fakt, že pro pacienty neceliaky se při této stravě zvyšuje kardiovaskulární riziko a riziko vzniku diabetu. Z farmakologické terapie obezity ve výčtu preparátů zdůraznil i na trhu novou kombinaci naltrexonu a bupropionu v přípravku Mysimba.

Zájmem druhého rozsáhlého bloku byla „**Kardiologie**“ v podání odborníků z I. Interní kliniky FN Olomouc. Doc. MUDr. Jan Václavík, Ph.D., se věnoval tématu léčby hypertenze, primární a sekundární kardiovaskulární prevenci a kontrole terapie hypertenze. V rámci doporučených postupů mimo jiné zaznělo, že se nedoporučuje zahajovat terapii prehypertenze (TK 130-139/80-89 mmHg), neboť se prokázalo, že při ní nedochází ke snížení kardiovaskulárního rizika. Oproti tomu v problematice dyslipidémie se ukazuje, že z terapie statiny profitují již pacienti s kardiovaskulárním rizikem dle tabulek SCORE 1 až 5 %. Ve shodě s přednáškou MUDr. Evy Kociánové z předešlého dne pak MUDr. Václavík informoval o vhodnosti zahájit léčbu hypertenze a dyslipidémie současně. V rámci kontroly efektu antihypertenzní terapie pak praktickým lékařům sdělil velmi užitečnou radu, jak kontrolu realizovat prostřednictvím tzv. přímo obser-  
vované terapie. Tato metoda spočívá v tom, že před



nasazením ABPM (24hodinové monitorování krevního tlaku) si pacient přinese svoje léky s sebou do ordinace a léky užije před lékařem a až poté je nasazen TK- Holter. Dalším přednášejícím byl doc. MUDr. Martin Hutyra, Ph.D., FESC, který pomocí zdokumentovaných echokardiografických nálezů demonstroval přínos echokardiografie v diagnostice akutních i chronických kardiovaskulárních onemocnění. MUDr. Martin Sluka pak ve své prezentaci informoval o stále se rozvíjejících možnostech nekoronárních intervencí se zaměřením především na TAVI – transkatetrovou náhradu aortální chlopně. Kardiologický blok byl zakončen přínosným a osvěžujícím interaktivním EKG kvízem, který nejen odborně, ale i velmi vtipně prezentoval MUDr. Miloslav Špaček.

Dále navázali MUDr. Rostislav Čevela, Ph.D., a doc. MUDr. Libuše Čeledová, Ph.D., v přednáškovém bloku „**Posudková činnost v praxi**“. Zatímco MUDr. Rostislav Čevela se zaměřil na posuzování stupně závislosti u seniorů nad 65 let a upozornil také na připravující se nový zákon o sociálních službách, docentka Čeledová hovořila především o psychosociální adaptaci u seniorů a nastínila předpokládaný demografický vývoj, kdy se očekává přibývání počtu seniorů – žen ve věku nad 80 a 90 let a zmínila také znepokojující nárůst incidence demencí a dalších psychiatrických poruch u seniorů.

V posledním bloku z dopoledních přednášek se ujali slova prof. MUDr. Petr Broulík, DrSc. a MUDr. Petr Herle. Profesor Broulík v zajímavém příspěvku „**Kdy je vitamin D důležitý v praxi VPL**“ hovořil mimo jiné i o prokázaném příznivém efektu vitaminu D na průběh některých onemocnění, jako je kolorektální karcinom nebo diabetes mellitus a upozornil na fakt, že mnoho autoimunit-

ních chorob je spjato s výrazným nedostatkem vitaminu D. Jedná se především o revmatoidní artritidu, sclerosis multiplex a nespecifické střevní záněty. Cílem sdělení tak bylo také doporučení k odběru kalcidiolu, jakožto ukazatele metabolismu vitaminu D v těle u rizikových osob, a také doporučená preventivně terapeutická dávka vitaminu D u dospělých osob v dávce 10 000 IU za týden, což odpovídá 20 kapkám preparátu Vigantol. U seniorů s osteoporózou a u pacientů s malabsorpcí jsou doporučeny dávky vyšší. Druhý přednášející MUDr. Petr Herle pak uvedl přehled **diferenciální diagnostiky hyperhidrózy** včetně možných terapeutických zásahů.

Po obědě první odpolední blok odborných přednášek s názvem „**Ortopedie**“ zahájili lékaři Ortopedické kliniky FN Olomouc. Prof. MUDr. Jiří Gallo, Ph.D., shrnul nejčastější ortopedické problémy na rozhraní péče VPL-ortoped a zdůraznil hlavně význam správné a otevřené komunikace mezi těmito dvěma odbornostmi pro zdárný průběh léčby pacienta. MUDr. Radim Kalina, Ph.D., demonstroval stále se rozvíjející diagnosticko-terapeutické využití artroskopie velkých i malých kloubů. Byla diskutována i problematika léčby patní ostruhy a možnosti vyřešit chronické recidivující potíže i artroskopickou operací patní ostruhy.

Velmi zajímavé a poutavé přednášky představil blok „**Rehabilitace**“. Prof. MUDr. Eliška Sovová, Ph.D., hovořila o pohybové aktivitě, rizikové stratifikaci pacientů, co se týče intenzity pohybové aktivity a o vhodnosti a přínosu zátěžových vyšetření pro zjištění kardiorepirační zdatnosti a správné zátěžové tepové frekvence. Pro velký zájem praktiků jsme začlenili do textu i tabulku FITT systémem.

FITT systém		
Frekvence	Nejlépe denně /3-5x týdně	
Intenzita	Střední intenzita 3-5,9 MET 64-76 % maximální tepové frekvence Rychlá chůze, pomalá cyklistika, sekání trávníku, golf, čtyřhra tenis	Vysoká intenzita > 6 MET 77-93 % maximální tepové frekvence Jogging, běh, cyklistika nad 15 km/hod, tenis dvouhra, volejbal...
	1000 MET/min/týden... pod ventilačním (anaerobním prahem)	
Trvání	150 min/týden	75 min/týden
	Možno rozdělit do 10 minutových cvičení	
Typ pohybové aktivity	Aerobní (5 dní)	
	Odporový trénink (posilování) (2dny) 2-3 série /8-12 opakování/60-80 % opakovacího maxima Starší a v dekonkoci 10-15 opakování na 60-70 % opakovacího maxima	
	Trénink flexibility, balance (součást cvičební jednotky)	



Rehabilitaci po cévních mozkových příhodách a léčbou spasticity se věnoval ve svém příspěvku prim. MUDr. Petr Konečný, Ph.D., MBA. Prezentoval moderní léčbu s využitím aplikace botulotoxinu do postiženého svalu a následnou rehabilitací, která přináší výborné výsledky. Posuchačům v sále přehledně a názorně s pomocí videonahrávek ukázal současné široké možnosti neurorehabilitace, ergoterapie, elektrostimulace spastických svalů a dalších rehabilitačních technik, využívajících dnes dokonce i přístrojů na bázi virtuální reality. Použití počítačových programů a robotických pomůcek při rehabilitaci pacientů posouvá současné možnosti léčby na vysokou úroveň. Cílem je navrátit pacienta do běžného života s maximální mírou soběstačnosti.

Kongresový program byl zakončen třemi opět velmi zajímavými prezentacemi. Prof. MUDr. Miroslav Heřman, Ph.D., předvedl novinky v zobrazovacích metodách, které se týkaly především digitalizace a podílu softwarových systémů na stanovování diagnózy pacientů. Současný termín „Computer assisted diagnosis“ pak na závěr pozměnil na jen zdánlivě nadsazený slogan „Human assisted diagnosis“, čímž poukázal na nastupující trend náhrady lidských zdrojů počítači. Další přednášející prof. MUDr. Pavel Horák, CSc., uvedl přehled extraartikulárních projevů revmatických chorob se zaměřením na revmatoidní artritidu a celý odborný program pak uzavřela MUDr. Dagmar Malotová se svým příspěvkem týkajícím se včasné diagnostiky demence a zmíni-

la zcela nový a v České republice zatím unikátní projekt Age Centrum v Olomouci.

Z výše uvedeného vyplývá, že se jednalo o velice pestrý a zajímavý program, který přinesl mnoho užitečných a pro praxi využitelných informací. Konference vzbudila velký zájem, což potvrzuje účast přes 400 lékařů a sester. Závěrem bychom tak rádi poděkovali všem přednášejícím, kteří se ujali slova u řečnického pultu, a všem přítomným účastníkům, kteří svými podnětnými příspěvky v diskuzích obohatili zmíněná sdělení.

Poděkování patří i zástupcům Olomouckého kraje, kteří poskytnutým příspěvkem umožnili naplnit veškeré plány a předsevzetí SVL ČLS JEP při organizaci kongresu, a MUDr. Martinu Doležalovi (firma Target MD), pověřeného naší odbornou společností SVL ČLS JEP organizací kongresu.

Na další ročník již V. kongresu praktických lékařů do krásné historické Olomouce vás za rok srdečně zveme!

Zpracovali:

**MUDr. Dana Moravčíková**

praktická lékařka Olomouc, členka výboru SVL ČLS JEP

**MUDr. Lucie Troubilová**

rezidentka pro obor všeobecné praktické lékařství, Olomouc

**MUDr. Romana Palčová**

praktická lékařka, Jeseník



# Několik postřehů z konference francouzských praktických lékařů

Naši kolegové organizovali ve dnech 30. 3. až 1. 4. tohoto roku svou 11. konferenci praktických lékařů. I když organizace existuje od roku 2002, skutečnou specializací je všeobecné lékařství od roku 2007, kdy začala komise pro specializaci tento obor zkoušet. Do té doby mohl vykonávat funkci praktického lékaře kterýkoliv lékař, podílejší se na léčení, tak zvaný *médecin traitant*. Obor se pomalu diferencuje, a dokonce jeden z workshopů na konferenci byl věnován tématice, zda všeobecné lékařství je samostatným oborem jako ostatní, dříve již uznané. Je třeba uvést, že pouze jeden z pěti praktiků se s tím ztotožňuje, a až zvýšení tarifů za konzultaci je o tom částečně přesvědčuje. V současné době je kolem 60 % lékařů se specializací ve všeobecném lékařství, bohužel jsou i tací, kteří oprávnění k výkonu povolání praktický lékař získali od lékařské komory nebo orgánů státní správy. Velký pokrok byl zaznamenán díky tomu, že se všeobecné lékařství vyučuje na lékařských fakultách, stalo se vědeckou disciplínou a rozvíjí se v něm i výzkum. Práce praktických lékařů je regulována předpisy (doporučenými postupy?), které stanovuje orgán při ministerstvu zdravotnictví, vyjadřuje se k léčebným strategiím a stanovuje omezení především pro praktické lékaře. Tento orgán, *Haute autorité de Santé*, se podílí spolu s komisí pro transparentnost při cenotvorbě a podílu hrazení léků ze zdravotního pojištění. Velká část praktiků pracuje jako liberální pracovníci v soukromých praxích, ale zvláště v poslední době se zvyšuje zájem, především u mladých lékařek, pracovat v zaměstnaneckém poměru. Tento způsob se rovněž výrazně rozvíjí, a dokonce existuje organizace podporovaná municipalitami, se snahou obsadit méně atraktivní lokality novými praktickými lékaři. Dokonce je i značný

zájem o získání pracovníků do okrajových částí velkých měst, včetně Paříže, v souladu s velkou imigrací do Francie. Zaměstnanecký poměr je organizován především v multioborových centrech, které se blíží našim bývalým poliklinikám, kde vedle praktického lékaře pracují i další odborníci. Ve Francii je několik odborových organizací hájících zájmy praktiků a vzdělávání je podporováno částečně státem a částečně municipalitami. *Securité sociale* – zdravotní pojišťovna, nabízí nejrůznější programy, jednak pro léčbu odvykání kouření, závislosti na alkoholu a léčbu diabetu, či péče o lidi s HIV, nadstandardy a formu připojištění – mutuele je možné sjednat další péči navíc. Lázeňská léčba je pro Francouze poskytována ve velkém množství ve *Stations thermales*, pacient ji může v indikovaném případě dostat každoročně, přičemž „pojišťovna“ hradí 45 % nákladů. Tak jako u nás je velký zájem zavádění elektronizace do lékařských praxí, i když i nadále zůstává možnost vedení dokumentace ručně. Zajímavá informace se týkala spirometrie. Tento výkon může provádět každý léčící lékař (*médecin traitant*), který má spirometr, vyšetření zvládá a může si výkon účtovat. Za konzultaci to činí u praktického lékaře 23 €, a pokud současně provede ještě spirometrii, dostane do pojišťovny 40 €. Praktičtí lékaři ve Francii se starají o 50 % chronických pacientů, nemají systém registrujícího praktika jako u nás. Je snahou vytvořit kolem 3000 kolektivních zdravotnických zařízení s různými specialisty, snížení nemocničních aktivit o 15-20 % a převedení na terénní služby. Po teprve desetileté existenci oboru byl proveden výzkum mezi pacienty a pouze 19 % respondentů odpovědělo, že všeobecné lékařství je samostatným oborem jako ostatní. Vzhledem k tomu, že Francie je země bohatá

na hory, existuje zde samostatná skupina horských lékařů, podobná naší horské záchranné službě se speciálním vybavením a přípravou jejích členů. Moje poslání na 11. konferenci praktických lékařů Francie bylo pozvání na *Wonca 2017* do Prahy, která se bude konat od 28. 6. do 1. 7. tohoto roku. Zda bylo úspěšné, bude zjevné podle počtu přihlášených francouzských, ale i alžírských, tuniských a marockých praktických lékařů.

zpracoval:

**MUDr. Stanislav Konšťacký, CSc.**

Šéfredaktor časopisu *Practicus*

V Hradci Králové 11. dubna 2017



# Spalničky – aktuální problém



**MUDr. Zdenka Mandáková<sup>1</sup>**

Oddělení epidemiologie infekčních nemocí,  
Státní zdravotní ústav Praha

**MUDr. Pavla Lexová<sup>1</sup>, MUDr. Radomíra Limberková<sup>2</sup>,  
MUDr. Jana Košťálová<sup>1</sup>, MUDr. Jan Kynčl, Ph.D.<sup>1</sup>**

Oddělení epidemiologie infekčních nemocí, Státní zdravotní ústav Praha

<sup>2</sup>Národní referenční laboratoř pro zarděnky, spalničky, parotitidu a parvovirus B 19, Státní zdravotní ústav Praha

**Abstrakt:** Spalničky patří k nejzávažnějším virovým onemocněním dětského věku, závažně mohou probíhat i u vnímavých dospělých. Onemocnění je preventabilní očkováním, problémem začíná být pokles proočkovanosti v důsledku odsunování nebo odmítání očkování. Cílem našeho sdělení je podat souhrnnou informaci nejen o klinické a laboratorní diagnostice spalniček, ale i o historických a epidemiologických souvislostech.

**Abstract:** Measles are one of the most severe viral diseases of childhood. Severe course of illness can be seen also in susceptible adults. Measles are vaccine-preventable, but decreasing vaccine coverage due to postponing or refusal of vaccination starts to be a problem. This paper is intended to provide the summary information about clinical picture, laboratory diagnosis, history and epidemiology of measles.

Evropské středisko pro kontrolu a prevenci nemocí (ECDC) eviduje za první dva měsíce letošního roku přes 1 500 případů spalniček v zemích EU/EEA. Také v ČR je aktuálně hlášen narůstající počet případů onemocnění spalničkami v Moravskoslezském kraji. Možnost vzniku epidemií je tam, kde proočkovanost proti spalničkám klesla pod potřebnou hranici 95 %.

**Spalničky jsou vysoce infekčním** virovým onemocněním, které se ve Starém světě vyskytuje pravděpodobně už zhruba 5 000 let, tj. od doby, kdy lidé začali osidlovat města.

Prvním popisem onemocnění je *Pojednání o pravých neštovicích* a spalničkách perského filozofa a lékaře Rázi Abú-Bakra z r. 910. První klasický popis epidemie spalniček v Londýně v roce 1670 a 1674 sepsal lékař Thomas Sydenham.

První pokusy o prevenci spalniček proběhly v 18. století, kdy se skotský lékař Francis Home pokoušel inokulovat děti, buď pokožkou, nebo do nosu, bavlněnými tampóny namočenými v čerstvé krvi pacienta se spalničkami v době nejvyšší horečky. Na rozdíl od úspěšné vakcíny proti pravým neštovicím, kterou v této době vyvinul Edward Jenner, se Homeův postup neujal. První živá oslabená vakcína proti spalničkám byla schválena v roce 1963.

V éře před očkováním se na celém světě vyskytovalo každý rok asi 100 milionů případů onemocnění spalničkami, 6 milionů osob na toto onemocnění zemřelo. Podle údajů Světové zdravotnické organizace (WHO) do začátku 21. století počet nemocných klesl zhruba na 35 milionů případů za rok a úmrtnost na spalničky poklesla z 651 600 úmrtí v roce 2000 na 134 200 v roce 2015. Přesto spalničky nadále zůstávají jednou z hlavních příčin úmrtnosti malých dětí v globálním měřítku.<sup>1,2</sup>

Před zahájením plošného očkování byly spalničky běžnou dětskou nemocí, více než 90 % osob se nakazilo před 20. rokem věku. Spalničky, endemické ve velkých městských komunitách, dosahovaly epidemických rozměrů každé dva až tři roky. V oblastech mírného klimatu dochází k výskytu spalniček v období od konce zimy do začátku jara. V tropech se spalničky vyskytují v africkém Sahelu primárně v období sucha, v rovníkových oblastech během chladnější sezóny dešťů.<sup>3</sup>

## Původce a klinický obraz onemocnění

Onemocnění spalničkami je vyvoláno RNA virem, který patří do čeledi paramyxovirů (rod *Morbillivirus*). Jediným zdrojem infekce je nemocný člověk, a to od prvních příznaků prodromálního stadia do šestého dne po vzniku vyrážky. K přenosu viru dochází nejčastěji kapénkovou infekcí, vstupní branou viru jsou spojivky a sliznice respiračního traktu. Onemocnění vakcinačním virem nebylo prokázáno.

Inkubační doba onemocnění je obvykle 10 dnů do katarálního stadia a 14 dnů do vzniku exantému, v rozmezí 7–21 dnů.

V průběhu onemocnění se rozeznávají dvě stadia: prodromální (katarální) a exantémové. První fáze trvá asi 4 dny, je charakterizována vzestupem teploty, rýmou, kašlem a zánětem spojivek. Před výsevem exantému se na buňkách sliznic v oblasti druhých dolních molárů objeví tzv. Koplikovy skvrny. Jde o šedobělavé makuly na červeném pozadí. Současně s druhou vlnou horečky následuje exantémové stadium, které začíná výsevem splývavými makulopapulózními vyrážkami za ušima a na zátylku, jež se šíří na obličej a poté na trup a končetiny. Po pěti dnech za lytického poklesu teploty dochází k výbledu vyrážky a přechodné pigmentaci kůže. Intenzita



erupce je úměrná tíži onemocnění a vzácně může mít až hemoragický charakter. U dospělých probíhá onemocnění závažněji a s častějšími komplikacemi. Mezi neobvyklé formy patří mitigované spalničky, které se sporadicky objeví u nedostatečně imunizovaných osob. Symptomy onemocnění jsou vyjádřeny jen mírně, Koplikovy skvrny nemusí být vyznačeny, u dospělých má exantém někdy atypický charakter – začne na periferii, je hemoragický či vezikulózní, je spojen s edémem končetin.

V průběhu infekce dochází k přechodnému těžkému potlačení buněčné imunity. Porucha buněčné imunity se může projevit rozvojem sekundárních bakteriálních infekcí tkání poškozených spalničkovým virem (pneumonie, mesotitida, ale i reaktivace dosud latentní tuberkulózy), které se mohou vyskytnout až 4 týdny po výsevu exantému. V předantibiotické éře bývaly tyto bakteriální superinfekce příčinou úmrtí zejména u podvyživených dětí.

Z primárních komplikací, které vyvolává přímo spalničkový virus, jsou nejvýznamnější intersticiální pneumonie, laryngitida a encefalitida. Jako pozdní komplikace se vzácně může vyskytnout subakutní sklerozující panencefalitida. Tato komplikace je velmi vzácná (4–11/100 000 případů), vyvíjí se až za několik let po infekci, ve více jak 50 % onemocní děti, které prodělaly spalničky před druhým rokem věku. U osob s poruchou buněčné imunity může chybět charakteristický exantém a může dojít k rozvoji progresivní spalničkové encefalitidy. U podvyživených dětí mohou být spalničky spojeny s hemoragickým exantémem, enteropatií se ztrátami bílkovin, mezotitidou, vředy v ústech, dehydratací, slepotou a závažnými kožními infekcemi. Úmrtnost na spalničky je v rozvinutých zemích odhadována na méně než 1 % nemocných, v rozvojových zemích 3 %–5 %, v některých lokalitách dosahuje 10 %–30 %.

Po spalničkách vzniká doživotní solidní imunita.

Terapie spalniček je symptomatická, při bakteriálních komplikacích se podávají antibiotika. Během onemocnění spalničkami zejména u podvyživených dětí, rychle klesají hladiny vitamínu A s následným oslabením imunity. K prevenci slepoty (ulcerace rohovky, keratomalacie) a snížení úmrtnosti je doporučeno zásoby vitamínu A doplnit.

Nemoc je vysoce nakažlivá, proto je nutné nemocné izolovat od vnímavých osob.<sup>3,4</sup>

V diferenciální diagnostice exantémových onemocnění je důležité si uvědomit, že vyrážku spalničkového charakteru může způsobit řada infekčních i neinfekčních příčin. Morbiliformní exantém se může objevit u spály, u dospělých se zarděnkami, u enterovirových a adenovirových onemocnění či toxoalegických exantémů, zejména polékových.<sup>5</sup>

### Laboratorní diagnostika

Laboratorně potvrzený případ spalniček je takový, u kterého byl z klinického materiálu izolován spalničkový virus či byla detekována RNA viru spalniček, za sérologický průkaz se považuje detekce IgM protilátek, sérokonverze či signifikantní vzestup IgG protilátek v párovém séru. Kritéria laboratorně potvrzeného případu platí plně pro primoinfikované, u vakcinovaných je zejména séro-

logický průkaz infekce obtížný. Do třetího až čtvrtého dne po výsevu exantému je u primoinfikovaných detekce IgM protilátek pozitivní pouze u 60–70 % nemocných a u vakcinovaných se IgM protilátky často nevytvorí vůbec kvůli rychlému vzestupu preexistujících IgG protilátek. Ze stejného důvodu u vakcinovaných nedochází vždy ani k signifikantnímu vzestupu IgG protilátek při vyšetření párového vzorku séra. Z uvedeného plyne, že laboratorní diagnostika spalniček založená na sérologickém vyšetření akutního vzorku krve (nejčastěji vyšetřovaném klinickém materiálu) neposkytuje vždy, a to zejména u vakcinovaných, jednoznačně interpretovatelné výsledky. Výhodnější metody přímého průkazu infekčního vyvolavatele z nasopharyngeálního výtěru, moče nebo likvoru nejsou rutinně využívány, přestože se pro laboratorní potvrzení nákazy v prvních dnech onemocnění jeví jako nejvhodnější. Do třetího až čtvrtého dne po výsevu exantému je metodou PCR možné prokázat přítomnost RNA viru spalniček u více než 80 % pozitivních případů.<sup>6</sup> Odběr vzorků pro přímý průkaz infekčního agens by měl být proveden nejpozději do pátého dne od začátku klinické manifestace onemocnění, ideálně do třetího dne zejména u vakcinovaných, neboť díky rychlému vzestupu IgG protilátek u nich brzy dochází k neutralizaci viru. Odběry nasopharyngeálních vzorků se provádí do virového transportního média, které virus chrání před degradací. Důležitým přínosem metod přímého průkazu infekčního vyvolavatele je i to, že poskytnou vhodný materiál pro genotypizaci recentních spalničkových kmenů.

Virus spalniček existuje v jediném sérotypu, ale genotypově se jednotlivé kmeny liší. Podle klasifikačního systému založeném na genové analýze 450 nukleotidů N proteinu je v současnosti definováno 8 clades (A–H) a 24 subclades (A, B1–3, C1–2, D1–11, E, F, G1–3, H1–2). Od roku 2006 je 11 z těchto genotypů neaktivních. Od roku 2007 v Evropě dominovaly genotypy D4 a D8, v současnosti se uplatňuje genotyp B3, původně typický pro Afriku a východní Středomoří.<sup>7</sup> Jeho postupné šíření do evropských států je dokumentováno od roku 2012 a v průběhu první poloviny roku 2014 byl genotyp B3 prokázán již ve 12 evropských státech včetně České republiky. V roce 2012 byla regionální referenční laboratoří berlínského Institutu Roberta Kocha poprvé provedena genetická analýza recentně zachyceného českého viru spalniček. Byla zjištěna jeho příslušnost ke genotypu D4. Při epidemii v roce 2014 byla genotypizací prokázána nová varianta genotypu B3 u vzorků z Ústeckého kraje, zatímco u vzorku z Prahy byl zjištěn genotyp D8 (varianta D8-Frankfurt-Main). Stejný genotyp byl prokázán i v roce 2015 u importovaného případu z Polska. Od roku 2012 byly v ČR zachyceny genotypy D4, D8 a B3.

Současnou snahou je zkvalitnění laboratorní diagnostiky onemocnění opřené především o přímý průkaz infekčního agens ve slinách, moči nebo likvoru (izolace viru, PCR), nejen proto, že tyto metody mají vysokou výpočetní hodnotu, ale i proto, že molekulární epidemiologie je nedílnou součástí programu surveillance. Endemické genotypy spalniček se mohou relativně rychle měnit, jejich stálý monitoring je tedy pro sledování cest přenosu a kontrolu eliminace nezbytný.

## Principy surveillance a situace v Evropě

Vzhledem k závažnosti onemocnění a jeho dopadu na zdravotní stav populace patří eliminace spalniček k prioritám WHO. Spalničky svým charakterem představují onemocnění splňující kritéria nemoci, která může být celosvětově eradikována, neboť neexistuje zvířecí ani environmentální rezervoár, jsou k dispozici spolehlivé diagnostické testy a je dostupná vysoce účinná a bezpečná vakcína. Na území států náležejících do evropského regionu WHO mělo dojít podle původně stanoveného cíle k eliminaci spalniček do roku 2010. V řadě zemí se díky vhodné strategii očkování podařilo snížit incidence spalniček a v letech 2007 – 2009 bylo dosaženo historického minima výskytu méně než 10 případů spalniček na milion obyvatel evropského regionu. V následujících letech však došlo k opětovnému nárůstu případů onemocnění, zejména z důvodu existence podskupin společnosti, u kterých se nepodařilo ze sociálních či náboženských důvodů docílit potřebné úrovně proočkování.<sup>2</sup>

V září 2010 byla 53 státy náležejícími k evropskému regionu WHO podepsána nová dohoda posouvající datum eliminace spalniček na rok 2015, tento termín se rovněž nepodařilo dodržet a byl následně odsunut na rok 2020.

V letech 2010 a 2011 hlásilo 29 států EU a EEA/EFTA kolem 30 000 případů spalniček ročně. Příčinou byly rozsáhlé epidemie spalniček v Bulharsku, Rumunsku a řadě zemí západní Evropy. V následujících letech sice došlo k poklesu výskytu onemocnění, incidence však stále zůstávala vysoká - 11 483 případů v roce 2012, 10 847 případů v roce 2013. V roce 2013 bylo 91 % všech případů hlášeno z pěti zemí, z Německa (2 068), Itálie (2 258), Holandska (2 640), Rumunska (1 159) a Velké Británie (1 910). V roce 2014 byl zaznamenán nejvyšší výskyt spalniček v Itálii - 1 694 případů. V roce 2015 onemocnělo 2 466 osob v Německu, což činilo více než polovinu všech

případů hlášených v tomto roce.

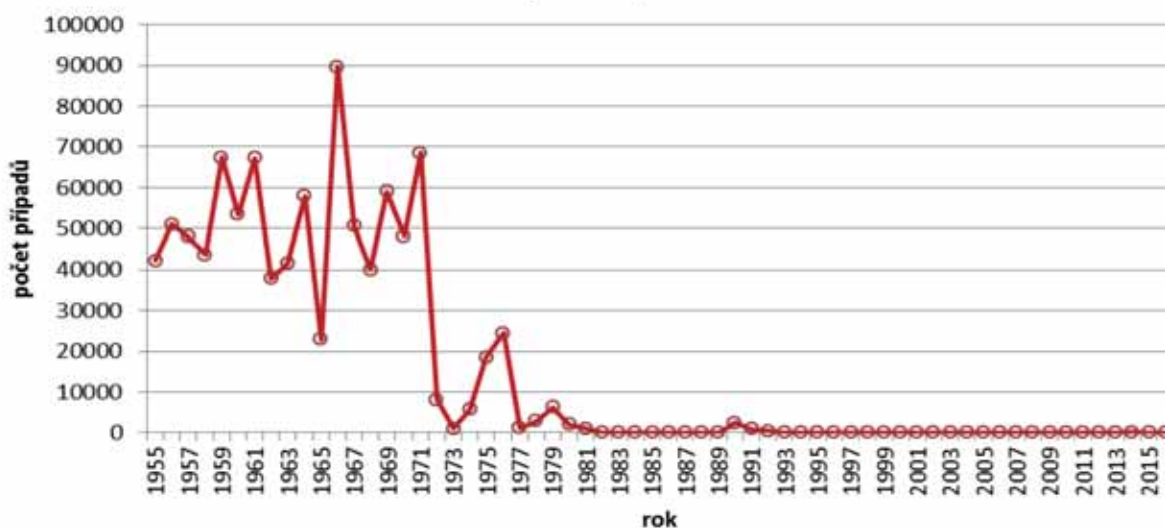
V roce 2016 bylo z členských zemí EU/EEA hlášeno 4 648 případů onemocnění spalničkami, které byly zaznamenány v 21 zemích. Nejpostiženějšími zeměmi byly Rumunsko (2 432 případů), Itálie (864 případů), Velká Británie (571 případů), Německo (326 případů).

Jen za leden a únor 2017 bylo hlášeno více než 1 500 případů spalniček ze 13 zemí EU/EEA. Nejvíce z Itálie (684), Rumunska (317) a Německa (223).<sup>9</sup>

V současnosti probíhá největší evropská epidemie spalniček v Rumunsku. Od října 2016 do 31. 2. 2017 onemocnělo podle hlášení rumunského Národního institutu veřejného zdraví 2341 osob, 16 z nich zemřelo. Nejvíce nemocných bylo ve věkové skupině dětí mladších 1 roku ( $n = 549$ ) a dětí ve věku 1–4 roky ( $n = 1\,247$ ). 96 % nemocných nebylo očkovaných ( $n = 2\,958$ ), 80 nemocných bylo očkováno 1 dávkou vakcíny, 33 nemocných dvěma dávkami. Dle posledních informací z ECDC je k 31. 3. 2017 hlášeno už 4025 případů onemocnění, z toho 18 úmrtí. Aktuálně cirkuluje v Rumunsku genotyp viru B3, který se v této oblasti běžně nevyskytuje, ale cirkuloval v jiných evropských zemích v roce 2015. V souvislosti s touto epidemií byl v Rumunsku snížen věk pro podání první dávky očkování proti spalničkám, příušnicím a zarděnkám (MMR) z 12 měsíců na 9 měsíců. Podání jedné dávky vakcíny je doporučeno všem dětem ve věku do 5 let, dětem ve věku 5–9 let je doporučeno podání dvou dávek vakcíny. Od roku 2004 byla první dávka MMR vakcíny v Rumunsku aplikována dětem ve věku 12–15 měsíců, druhá dávka ve věku 6–7 let. V roce 2015 bylo vzhledem k proběhlé epidemii spalniček v uplynulých letech (2011–2013) doporučeno podat druhou dávku vakcíny v 5 letech věku. Proočkování proti MMR první a druhou dávkou vakcíny byla v Rumunsku v roce 2000  $\geq 95\%$ , v roce 2015 klesla proočkování první dávkou MMR vakcíny na 86 %. Nejčastějším důvodem, proč nebyly děti očkované, byla dle rodičů nedostupnost zdravotnického zařízení a odmítání očko-

## Spalničky v ČR v letech 1955 - 2016

Zdroj: EPIDAT, SZÚ



vání. Interval mezi koncem předchozí epidemie a začátkem současné ilustruje dynamiku nemoci v oblastech s nízkou proočkovaností populace, kde dochází k akumulaci vnímavých případů před vznikem další epidemie.<sup>10</sup>

## Situace v České republice

Před zavedením očkování se v České republice vyskytovaly ročně tisíce až desetitisíce případů spalniček, např. v roce 1966 bylo hlášeno 89 712 případů.

Úmrtí na spalničky nebylo, dle statistických údajů dostupných SZÚ, v českých zemích zaznamenáno od roku 1980, ale ještě v roce 1971 bylo hlášeno 20 případů úmrtí.

V České republice bylo zahájeno pravidelné očkování proti spalničkám v roce 1969, očkovaly se děti narozené v roce 1968, starší deseti měsíců. Později byla věková hranice pro očkování zvýšena na 12 měsíců. Od roku 1982 do současnosti se podává první dávka vakcíny od 15. měsíce věku dítěte a druhá dávka za 6–10 měsíců po první dávce. V současnosti se očkuje kombinovanou očkovačím látkou proti spalničkám, příušnicím a zarděnkám (MMR).

Očkování proti spalničkám je v ČR součástí rutinního očkovacího kalendáře. Legislativně je podloženo vyhláškou č. 299/2010 Sb., kterou se mění vyhláška č. 537/2006 Sb., o očkování proti infekčním nemocem, ve znění pozdějších předpisů. V rámci připravované novelizace vyhlášky se zvažuje posun aplikace druhé dávky do vyšší-

ho dětského věku s ohledem na aktuální epidemiologickou situaci a nové vědecké poznatky.

V důsledku pravidelného očkování došlo v ČR postupně k výraznému snížení výskytu spalniček. Aktuálně tvoří významný podíl importované případy a případy s nimi související. Situaci od roku 2000 do roku 2016 ilustruje

**tabulka:**

Počet případů spalniček v ČR 2000–2016			
ROK	import - ano	ne	celkem
2000	1	8	9
2001	2	4	6
2002	0	4	4
2003	11	19	30
2004	14	3	17
2005	0	0	0
2006	4	3	7
2007	1	1	2
2008	1	1	2
2009	1	4	5
2010	0	0	0
2011	10	7	17
2012	12	10	22
2013	11	4	15
2014	3	218	221
2015	3	6	9
2016	5	2	7

Mimořádně vyšší počet onemocnění v roce 2014 zapříčinil případ spalniček importovaný z Indie (genotyp B3), od něhož se infekce v důsledku nepříznivé shody okolností (návštěva hromadné akce v inkubační době, opožděné rozpoznání infekce) rozšířila mezi veřejnost a zdravotnické pracovníky. Mezi postiženými dominovaly osoby narozené v letech 1970–1980, očkováni jen jednou dávkou vakcíny a s delším odstupem od očkování.

**V roce 2016** bylo v ČR zaznamenáno celkem 7 případů onemocnění spalničkami. V pěti případech se jednalo o importovanou onemocnění (5. kalendářní týden Německo, 17. a 18. týden Velká Británie, 32. týden Etiopie a 46. týden Rumunsko). V jednom případě se jednalo o onemocnění související s importem (přenos v rodině na dítě předvakcinačního věku) a v jednom případě nebyla epidemiologická souvislost zjištěna.

**V roce 2017** byl v 9. kalendářním týdnu v Praze potvrzen jeden případ onemocnění spalničkami. Jednalo se o importovaný případ – onemocnění po návratu z měsíčního pobytu v Laosu a Thajsku; druhotné případy nebyly zaznamenány. Sekvenční analýzou byla zjištěna fylogenetická příslušnost kmene ke genotypu D8. Import totožné varianty genotypu D8 byl zaznamenán také v Německu, Polsku a Lucembursku. Ke dni 6. 4. 2017 eviduje Krajská hygienická stanice Moravskoslezského kraje 17 osob s klinickým obrazem spalniček, u nichž byla diagnóza potvrzena v NRL, u dalších 4 vyšetření probíhá včetně genotypizace. Polovinu nemocných tvoří dosud neočkované děti.<sup>11</sup>

Vysoká proočkovanost obyvatel proti spalničkám, které bylo v České republice po mnoho let dosahováno, dosud umožňovala udržovat status země s přerušným šířením onemocnění. Ještě v roce 2012 dosahovala v ČR proočkovanost dětí příslušného věku 2 dávkami MMR 98,51 %, v roce 2014 to bylo 96,12 %.

V roce 2015 poprvé nebylo dosaženo hranice 95 % proočkovaných dvěma dávkami, která je považována za podmínku spolehlivé kolektivní ochrany populace. Dvěma dávkami MMR vakcíny bylo dle pravidelné každoroční administrativní kontroly k 31. 12. 2015 proočkováno v ČR 93,46 % dětí odpovídajícího věku. Administrativní kontrola v roce 2015 navíc prokázala význam-

né rozdíly v proočkovanosti mezi jednotlivými regiony ČR.<sup>12</sup> Vzhledem k tomu, že proočkovanost první dávkou MMR vakcíny je dle výsledků administrativní kontroly proočkovanosti provedené k 31. 12. 2015 stále dostatečně vysoká (průměr v celé ČR 97,51 %) je možno spekulovat, zda prokázané rozdíly v proočkovanosti první a druhou dávkou nejsou projevem současné tendence rodičů k posouvání druhé dávky očkování do vyššího věku dítěte.

V současné době patří Česká republika mezi 15 zemí EU/EEA, které obdržely statut země, v níž byly spalničky eliminovány (36 a více měsíců bez endemického přenosu viru spalniček).

**Nepříznivá epidemiologická situace v Evropě by při snižující se úrovni proočkovanosti české populace mohla vést k opětovnému nárůstu onemocnění spalničkami v ČR. Tomu nasvědčuje i trend nemocnosti u nás v prvním čtvrtletí roku 2017.**

**Je důležité mít na paměti, že závažným až fatálním průběhem spalniček jsou ohroženi:**

- kojenci, u nichž došlo k vyvanutí mateřských protilátek, a nedosáhli věku vhodného pro aplikaci první dávky vakcíny proti spalničkám
- vnímavé osoby jakéhokoliv věku
- osoby, které nemohou být očkovány živou oslabenou vakcínou z medicínských důvodů, kterými jsou imunosupresivní léčba, protinádorová chemoterapie nebo transplantace orgánů; tyto osoby jsou závislé na ochraně kolektivní imunitou
- skupiny obyvatelstva se sub-optimální proočkovaností z důvodu kulturních tradic, náboženských zvyků, obav z nežádoucích účinků očkování nebo nedostatku důvěry ve veřejné autority.

**Doporučování očkování se znalostí problematiky je zásadním krokem k prevenci spalniček, včasná diagnostika klinická i laboratorní přímým průkazem viru z nasofaryngeálního výtěru je důležitá pro omezení šíření nákazy a sledování cirkulace viru v jednotlivých zemích, mezi zeměmi a kontinenty.**

#### Literatura:

1. Dobsonová M, Nemoci. Příběhy nejnebezpečnějších zabijáků historie, nakladatelství Slovart, s. r. o., 2009, str. 140 – 145
2. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/measles-and-rubella>
3. Heymann DL, Control of communicable diseases Manual 20th Edition, APHAPress, 2015, str. 389 – 397
4. Beneš J, Infekční lékařství, Galén Praha 2009, str. 101-102
5. Havlík J, Infektologie, Avicenum Praha 1990, str. 236
6. WHO. Measles and rubella laboratory network: 2007 meeting on use of alternative sampling techniques for surveillance. Wkly Epidemiol Rec. 2008, 83(25):225-232

7. WHO. Measles virus nomenclature update: 2012. Wkly Epidemiol Rec. 2012, 87(9):73-80
8. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/measles-and-rubella/activities/regional-verification-commission-for-measles-and-rubella-elimination-rvc>
9. <http://ecdc.europa.eu/en/publications/>
10. European Centre for Disease Prevention and Control. Ongoing outbreak of measles in Romania, risk of spread and epidemiological situation in EU/EEA countries - 3 March 2017, Stockholm, ECDC; 2017
11. SZÚ – EPIDAT
12. MZ ČR – Administrativní kontroly proočkovanosti



# Bažení (craving): klíčový znak návykových nemocí a způsoby, jak ho zvládat



MUDr. Karel Nešpor, CSc.  
Psychiatrická nemocnice Bohnice

## Úvod

Byli jsme první, kdo se u nás soustavněji zabýval bažením (Nešpor a Csémy, 1999). Anglické slovo „craving“ je pro většinu pacientů nejasné, hledali jsme proto vhodný překlad. Abychom odlišili craving a normální touhu, rozhodli jsme se pro výraz „bažení“. Ten je srozumitelný a zároveň archaický a v současnosti jinak málo používaný. V tomto textu se nebudeme zabývat farmakologickými možnostmi, jak bažení zmírnit. Ty bývají většinou přeceňovány (např. Nešpor, 2016).

## Diagnostická hodnota bažení

V běžné klinické praxi nemá bažení takový diagnostický význam jako zhoršené sebeovládání a jeho projevy. Řada pacientů neví, co je to bažení, a považují ho za chuť nebo důsledek svého svobodného rozhodnutí. Dalším problémem je skutečnost, že závislí jedinci si nedostatečně uvědomují své duševní stavy, což se týká bažení i emocí. Alexitymie, tj. nedostatečné rozeznávání a vyjadřování emocí, je mezi závislými častější než v běžné populaci (Thorberg a spol., 2011). To, že si pacient začne během léčby uvědomovat bažení, lze proto mnohdy považovat za známku pokroku.

## Bažení je objektivně zjištělné

Projevy bažení jsou v případě různých návykových nemocí podobné, existují ale i rozdíly, např. bažení po alkoholu je spojeno zvýšeným sliněním. S jistou mírou zjednodušení lze říci, že bažení provázejí objektivně měřitelné příznaky stresu (Zhao a spol., 2012). Intenzita bažení se většinou snižuje úměrně délce abstinence (Wang a spol., 2013). Tento pokles ale není lineární a intenzivní bažení se může při setkání se silným spouštěčem objevit i po delší abstinenci. Byly také popsány změny, které bažení vyvolává při vyšetření funkční magnetickou rezonancí (např. Sinha a spol., 2005). Obrazy při vyšetření touto metodou se liší nejen s ohledem na druh látky a intenzitu bažení (Wilson a Sayette, 2015). Bažení, k němuž dochází během intoxikace, bažení při odvykacím stavu nebo vlivem negativní emocí a bažení,

které se nazývá „zaujetí a očekávání“, aktivuje jiné části mozku (Koob a Volkow, 2011).

## Jak rozpoznat bažení

Cílem je rozpoznat bažení včas, dokud je slabé podstatně usnadňuje jeho zvládnutí. Jak v tom může terapeut pacientovi pomoci:

**Poskytnout informace:** Jde především o to, aby jedinec vnímal bažení jako příznak návykové nemoci, ne jako normální chuť nebo přání.

**Pomocí rozpoznávat zevní podněty, které vyvolávají bažení (zevní spouštěče):** Typicky to bývají rizikové prostředí, známí, kteří zneužívají alkohol nebo drogy, a větší částka peněz.

**Pomocí rozpoznávat vnitřní podněty, které vyvolávají bažení (vnitřní spouštěče):** Sem patří únava, stres, silné emoce, dehydratace, nuda atd.

**Pomocí rozpoznávat motivační vliv bažení:** Dotyčný je přitahován rizikovým prostředím a společnosti a objevují se fantazie týkající se návykových látek.

**Pomocí rozpoznávat známky stresu:** Ten se projevuje neklidem, vzrušením, sevřením na prsou, tlakem v břiše, třesem, bušením srdce, pocením, bolestmi hlavy atd. Břišní svaly se napínají, dýchání se zrychluje a přesouvá do horních částí hrudníku. V souvislosti se stresem se objevují i silné negativní emoce jako netrpělivost, hněv a úzkost.

**Pomocí rozpoznávat kognitivní poruchy:** K jejich projevům patří zhoršená paměť, nesoustředěnost, chyby v práci a špatná komunikace. Prodlužuje se reakční čas, což je nebezpečné např. v dopravě. Jistý patologický hráč, který se u nás léčil, vjel pod vlivem bažení s osobním automobilem do podchodu metra. Objevují se vzpomínky na stavy intoxikace nebo návykového chování a zhoršuje se vnímání okolí. Časté bývají racionalizace a nerealistické vnímání skutečnosti. V našem slangu hovoříme pro názornost o „myšlenkových zmetcích“.

**Zlepšit sebeuvědomování:** V tomto směru jsou užitečné různé formy psychoterapie, psaní deníku, arteterapie, muzikoterapie, jóga, meditační a relaxační techniky. Důležitý je i životní styl, např. jestliže jedinec přiměřeně spal a odpočíval, uvědomuje si bažení i emoce mnohem lépe, než kdyby byl vyčerpaný.

## Zvládání bažení s ohledem na jeho typ

**Bažení při intoxikaci:** Z praxe víme, že zvládnout tento typ bažení je nejobtížnější. Kromě silného bažení se objevuje oslabení kognitivních funkcí vlivem intoxikace nebo kocoviny. K tomu přistupují rizikové emoce a stres vyvolaný zátěžovými životními událostmi v důsledku recidivy. Vzhledem k uvedenému se doporučuje, aby jedinec při recidivě nespolehal na sebe, ale požádal

o pomoc odborníky nebo svépomocnou organizaci.

**Bažení při odvykacím stavu:** Léčba bažení v tomto případě zahrnuje také zvládnutím odvykacího stavu. To je někdy poměrně snadné, jindy obtížné, např. při protražovaném odvykacím stavu po benzodiazepinech. U dlouho trvajících odvykacích stavů lze použít většinu postupů, které zmiňujeme dále.

**Bažení typu „zaujetí a očekávání“ a bažení vlivem negativních emocí:** Mezi rizikové emoce řadíme také silnou radost. Radíme proto „oslavit velký úspěch doléčováním“. U obou těchto typů bažení lze používat dále uvedené postupy.

### Konkrétní způsoby, jak zvládnout bažení

Tyto způsoby jsme rozdělili podle toho, na který znak bažení působí především (Nešpor a spol., 2011).

**Předejít setkání s vnějším spouštěčem nebo oslabit jeho působení:** Sem patří vyhnout se rizikovému prostředí nebo ho rychle opustit, mediální gramotnost, vyhýbat se hudbě, která by mohla vyvolat bažení a kterou má jedinec spojenou se zneužíváním návykových látek, ukončit rizikový rozhovor atd. Postupy této skupiny jsou mnohem důležitější, než si laici uvědomují. Podstatně se tak usnadní střídavost, a navíc lze ušetřený čas použít k posílení rodinných vztahů, vzdělávání nebo rozvoji dobrých zálib.

**Předejít setkání s vnitřním spouštěčem nebo oslabit jeho působení:** Záleží na charakteru vnitřního spouštěče, např. při únavě pomůže odpočinek, při dehydrataci (ta je nebezpečná zvláště u závislých na alkoholu) se osvědčilo napít se vody. Zvládnout rizikové emoce je možné změnou vztahového rámce. Dobrá organizace času pomáhá předejít nudě i časové tísně atd. Zmíněné napítí se vody je prakticky zadarmo a předčí drahé a neúčinné léky. Soustavné využívání postupů této kategorie je prevencí recidiv a příznivě ovlivňuje zdravotní stav i jinými mechanismy.

**Oslabit motivační vliv bažení:** Osvědčila se dvojkombinace negativní a pak pozitivní motivace, např. nechci se probouzet s kocovinou, chci přijít do zaměstnání včas a v pořádku. Při práci s motivací lze využívat vlastní zkušenosti i zkušenosti jiných, což se běžně děje ve svépomocných organizacích typu Anonymních alkoholiků.

**Zvládnout stres:** Pomáhají tělesná cvičení, chůze nebo tělesná práce (Giménez-Meseguer a spol., 2015, Tritter a spol., 2015), relaxační techniky, klidné dýchání do

břicha s prodlouženým výdechem, úsměv a smích, uklidňující společnost nebo prostředí, jóga (např. Shahab a spol., 2013), čchi-kung (Smelson a spol., 2013), klidné břišní dýchání s prodlouženým výdechem atd.

**Zlepšit rozhodování:** Kognitivní funkce jsou při bažení oslabené, proto jsou vhodné jednoduché postupy. Pomáhá, když jsou tyto postupy dobře vštípené častým opakováním. To je jeden z důvodů, proč je u návykových nemocí tak důležité dlouhodobé doléčování nebo spolupráce se svépomocnou organizací. Často postačuje si uvědomit, že určitý pocit je známkou bažení, a počkat, až bažení odezní. Lze odvést pozornost, poradit se s někým vhodným, udělat opak toho, k čemu člověka nutí bažení, pozorovat myšlenky a nereagovat na ně, korigovat chyby myšlení, uvažovat o příčinách bažení a jeho souvislostech atd.

### Kombinování více postupů

V případě silného bažení lze použít současně nebo v rychlém sledu za sebou více zmíněných postupů. Některé kombinace jsou vhodnější než jiné. Obvykle to první, co doporučujeme, je uvědomit si bažení a přerušit působení spouštěče. Častá je také zmíněná dvojkombinace negativní a pozitivní motivace. Techniky zlepšující rozhodování budou účinnější, jestliže se dotyčný před tím zklidnil např. fyzickou aktivitou nebo klidným dýcháním. Kombinováním různých postupů ke zvládnutí bažení jsme se podrobněji zabývali jinde (Nešpor, 2012).

### Zvládání bažení v širších souvislostech

Z výše uvedeného přehledu je zřejmé, že bažení má v mnoha směrech blízko k silným emocím a že souvisí se stresem. Stres je častým spouštěčem bažení, a navíc bažení doprovází. Bažení a zhoršené sebeovládání vedou k zátěžovým událostem, a ty působí stres. Bažení, stres i silné emoce lze zvládat stejnými nebo podobnými postupy. Pacientům doporučujeme, aby to dělali co nejčastěji, protože tím se zdravé návyky a dovednosti dobře zapamatují. Pak bývá jedinec schopen je použít, i když jsou oslabené jeho kognitivní funkce např. vlivem únavy. Dobře zvládat silné emoce a stres je užitečné i ze zdravotního hlediska a s ohledem na mezilidské vztahy (Nešpor, 2013).

Literatura k dispozici u autora



# Kombinovaná tableta usnadní život starším pacientům po srdeční příhodě

**Všeobecná fakultní nemocnice v Praze je součástí projektu SECURE, ve kterém se zjišťuje účinnost kombinované tablety zahrnující léky pro sekundární prevenci kardiovaskulárních příhod u pacientů ve věku nad 65 let. Studie má zhodnotit potenciální přínos kombinované tablety ve srovnání s běžnou terapií (tří samostatných léků).**

Projekt SECURE byl zahájen v roce 2015 a bude probíhat až do roku 2020. Podílí se na něm **jedenáct organizací z osmi evropských zemí**. Do studie bude postupně zařazeno 3 206 pacientů, z toho 250 z České republiky. Všeobecná fakultní nemocnice v Praze spolupracuje s dalšími nemocnicemi z ČR, nejvíce pacientů (celkem 70) bude z VFN a po cca 30 pacientech z ostatních zařízení. K dnešnímu dni je v ČR randomizováno 52 pacientů, z toho 26 ve VFN.

**V první fázi** projektu proběhla **příprava a schvalování studie na mezinárodní i lokální úrovni**. V České republice bylo provádění klinického hodnocení SECURE povoleno Státním ústavem pro kontrolu léčiv, multicentrickou etickou komisí a zároveň i lokálními etickými komisemi všech center účastnících se projektu v ČR.

**Ve druhé fázi** byla nejprve ve všech zúčastněných zemích **iniciována samostatná centra** a poté již proběhl **nábor pacientů do studie**. V současné době je **otevřeno 61 z téměř 80 center v rámci Evropy**. V České republice už funguje všech sedm řešitelských pracovišť (v jedné je zařazení dalšího nového centra – Nemocnice Podlesí, a. s., které již řešíme s etickou komisí). „Do studie bylo randomizováno ke dni 25. 2. 2017, 354 pacientů, z toho 52 z ČR, což je velký úspěch celého českého týmu. Pacienti chodí na pravidelné 3- a 6měsíční kontroly. Při nich dostávají studijní medikaci, kterou následně samostatně užívají,“ vysvětluje **doc. MUDr. Jean-Claude Lubanda, Ph.D., primář II. interní kliniky VFN a 1. LF UK**.

**Cílem projektu je prokázat**, že zjednodušení léčby díky kombinované tabletě (polypill) je efektivnější ve srovnání se základní běžnou terapií. Pacienti nad 65 let, kteří prodělali koronární příhodu, budou v rámci sekundární prevence akutního infarktu myokardu užívat pouze jednu kombinovanou tabletu, na rozdíl od běžné terapie, při níž užívali 3 léky samostatně. Jedna tableta obsahuje 3 složky (atorvastatin – acetylsalicylová kyselina – ramipril). Vedlejším výsledkem projektu je zhodnocení ekonomického dopadu a porovnání regionálních rozdílů.

**Projekt je podpořen v rámci programu EU Horizont 2020**. VFN se na projektu podílí jako jeden z členů mezinárodního konsorcia. Koordinátorem projektu je Centro Nacional de Investigaciones Cardiovasculares Carlos III (CNIC) ze Španělska.

## Pro další informace:

Petra Pekařová, Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, e-mail:petra.pekarova@vfn.cz, tel.: 602 113 645  
Regina Rothová, AMI Communications, e-mail:regina.rothova@amic.cz, tel.: 724 012 629

## O Všeobecné fakultní nemocnici v Praze

[www.vfn.cz](http://www.vfn.cz)

Všeobecná fakultní nemocnice v Praze (VFN) představuje významné zdravotnické zařízení, patřící mezi největší nemocnice v ČR. Všeobecná fakultní nemocnice v Praze poskytuje základní, specializovanou a zvláště specializovanou léčebnou, ošetrovatelskou, ambulantní a diagnostickou péči dětem i dospělým ve všech základních oborech. Zajišťuje také komplexní lékařskou péči, včetně technologicky náročných příprav cytostatik nebo sterilních léčivých přípravků.

Kromě poskytování zdravotní péče je VFN hlavní výukovou základnou 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze a současně jedním z nejvýznamnějších vědeckých pracovišť v oblasti léčebných a diagnostických metod v České republice. Nemocnice má nejdelsí tradici akademické medicíny v ČR a od svého založení do současnosti je největším výzkumným medicínským pracovištěm v ČR.

## O projektu SECURE

[www.vfn.cz/projekt-secure/](http://www.vfn.cz/projekt-secure/)

Projekt SECURE Secondary prevention of Cardiovascular disease in the Elderly trial SECURE

Datum zahájení projektu: 1. 5. 2015

Datum ukončení realizace projektu: 30. 4. 2020

Rozpočet projektu: celkem 5 998 786 €, z toho pro VFN 242 125 €, bez spolufinancování z vlastních zdrojů VFN

Garant projektu (pracoviště): II. interní klinika VFN a 1. LF UK  
Registrační číslo projektu: 633765 - SECURE - H2020-PHC-2014-2015/H2020-PHC-2014-two-stage

**This project has received funding from the European Union's Horizon 2020 research and innovation programme under grant agreement No 633765**

# Pro koho je evidence tržeb povinná

V dalším díle seriálu o EET se budeme věnovat tomu, koho se EET týká a jaké zde platí podmínky.

Zjednodušeně lze říci, že elektronická evidence tržeb je povinná pro všechny podnikatele, kteří přijímají tržby v hotovosti. (A to bez ohledu na to, zda se jedná o plátce daně z přidané hodnoty, nebo ne.) Ovšem nikoli jen pro podnikatele, v některých případech stihne tato povinnost i neziskové subjekty, jako jsou např. různé spolky (sportovní kluby, hasičská sdružení, divadelní spolky apod.).

Z povinnosti evidovat tržby jsou naopak zákonem plošně vyňaty mj. obce a města a jimi zřizované příspěvkové organizace.

Evidovat není nutno příjem z činnosti, která sice je podnikáním, ale příjem z této činnosti je z hlediska obvyklých tržeb ojedinelý. V případě ambulantních lékařů však toto neznamená, že by nemuseli evidovat občasné úhrady od pacientů. Naopak, přestože se sice jedná o občasné úhrady, i tyto platby podléhají evidenci tržeb.

Podle zákona o evidenci tržeb je nutno evidovat takovou tržbu, která splňuje dvě základní podmínky:

- formální náležitosti pro evidovanou tržbu
- zakládá rozhodný příjem

Formální náležitosti splňuje tržba, která je uskutečněna:

- v hotovosti,
- prostřednictvím platební karty,
- šekem,
- směnkou,
- stravenkami či jinými poukázkami,
- započtením kaucí nebo jiné jistiny, složené jedním z předchozích způsobů.

Velké debaty a nepochopení vyvolává zahrnutí tržby uskutečněné platební kartou do povinnosti tuto tržbu evidovat, neboť v tomto případě nemůže dojít k jejímu

krácení. Ministerstvo financí tuto povinnost vysvětluje takto: „Ačkoliv platby kartou zanechávají elektronickou stopu, cílem e-tržeb je evidence většiny plateb v maloobchodě za zboží a služby. Platby kartou jsou druhou největší skupinou hned po platbách v hotovosti, není tedy možné je vyloučit. V takovém případě by data zasílaná Finanční správě měla omezenou vypovídající hodnotu a nemohlo by dojít k naplnění slibu, že kontroly budou cílené a poctiví podnikatelé nebudou obtěžováni.“

Rozhodným příjmem se pro účely evidence tržeb rozumí u fyzických osob příjem ze samostatné činnosti, která je podnikáním. Není tak nutné evidovat např. příjem z pronájmu nebo nahodilé a jednorázové příjmy, které nejsou podnikáním (prodej přebytků ze zahrady na trzích apod.).

U právnických osob se rozhodným příjmem rozumí příjem z činnosti, která je podnikáním.

Evidenci tržeb podléhají rovněž platby mezi dvěma podnikateli, pokud jsou prováděné v rámci podnikání a jsou provedeny jedním z výše uvedených způsobů.

Povinnost evidovat tržby nastala od 1. prosince 2016 pro první skupinu podnikatelů, a to v oboru ubytovacích (NACE 55) a stravovacích (NACE 56) služeb. Od 1. března 2017 evidují tržby všichni obchodníci. Od 1. března 2018 povinnost evidovat tržby dolehne na všechny zbývající subjekty s výjimkou určitých řemeslníků, mezi které patří např. výrobci nábytku, opraváři domácích spotřebičů, kadeřnice nebo provozovatelé saun a solárií. Tito řemeslníci budou evidovat tržby až od 1. června 2018.

**V případě lékařské péče nastává povinnost evidence tržeb od 1. března 2018.**

Ing. Tomáš Hajdušek, daňový poradce

# Rostlinná nebo živočišná strava?



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

Pro člověka je typická smíšená strava, která dodává organismu veškeré potřebné živiny. Na druhou stranu některé složky stravy konzumujeme v nadbytku, což má negativní vliv na naše zdraví. Ve společnosti stále více narůstá trend preferovat rostlinnou stravu před živočišnou. Lidé, kteří se pro tento způsob stravování rozhodnou, to dělají z různých popudů. Někdo se nechce podílet na zabíjení zvířat, jiný považuje rostlinnou stravu za zdravější. Jsou i důvody ekologické, rostlinná strava je šetrnější k životnímu prostředí. Nebo je to ode všeho trochu. Existuje řada forem vegetariánství. Striktní vegani se zcela vyhýbají potravinám, kde se objeví jakákoliv složka živočišného původu, a to i v případech, u nichž nedochází k usmrcení zvířat. Veganství je spojováno s odmítáním jakéhokoli využívání zvířat k lidskému užítku. Vegani odmítají i včelí med. Někteří považují tuto filosofii za svůj životní styl a nenosí ani kožené věci. Ještě přísnější zásady týkající se stravování mají frutariáni. Ti uznávají rostliny jako plnohodnotné živé organismy. Podle jejich filosofie nesmí být rostlina při sběru plodů zraněna, a proto někteří jedí jen plody spadlé na zem. Jiní považují oddělení zralého plodu za nedestruktivní zásah do rostliny podobně jako stříhání nehtů. Frutariáni jedí například jablka, rajčata, ale vyhýbají se bramborům nebo luštěninám. Vitariánství je zvláštní odnož veganské stravy, která dovoluje konzumovat pouze potraviny připravené do teploty 42 °C, aby se zachovala přirozená aktivita enzymů přítomných v surovinách. Laktovegetariáni jedí mléčné výrobky, ovovegetariáni vejce, lakto-ovovegetariáni tolerují mléčné produkty a vejce, vymezují se pouze proti masu a surovinám, získaným zabitím živočicha. Existují rovněž různé formy tzv. polovegetariánské nebo semivegetariánské stravy. Umírnění pescovegetariáni vegetariáni jedí ryby a pulovegetariáni vegetariáni konzumují kuřata, pesco-pulovegetariáni vegetariáni odmítají jen maso savců.

Vylučování některých složek ze stravy může vést k nedostatku některých živin. Při veganství bývá rizikový příjem některých aminokyselin, vitamínu B12, vitamínu D, železa, jódu, selenu, vápníku a omega-3 polynenasycených mastných kyselin. Veganství vyžaduje sofistikované plánování jídelníčků k sestavení stravy obsahující potřebné živiny, což se ne vždy podaří. Pomocí musí často doplňky stravy, které u obecné populace s pestrou, vyváženou stravou nejsou nutné. Nedostatečný příjem vitamínu B12 u veganů může vést k anémii. Příznaky anémie se nemusí bezprostředně projevit, diagnostiku deficitu maskuje kyselina listová, která u veganů bývá konzumována v dostatečném množství. Na nedostatek vitamínu B12 může ukazovat zvýšená hladina homocysteinu v krvi. Vitamin D se vyskytuje převážně v živočišných produktech. Přispívá k udržování normálního stavu kostí a zubů a podílí se na správném vývoji kostí u dětí. V populaci je obecně nedostatečný. V organismu může vzniknout při expozici slunečnímu svitu. Vitamin D2 (ergokalčioferol) není na rozdíl od vitamínu D3 (cholekalčioferol) živočišného původu. Proto jej mohou konzumovat i vegani. Vitamin D2 je přítomen v některých houbách, lze jej získat např. z pekařského droždí a bývá obohacující složkou řady potravin rostlinného původu určených hlavně veganům. Hemově vázané železo v masu je organismem lépe využitelné než železo v potravinách rostlinného původu. Proto vegani mohou mít nedostatečný příjem železa. Vitamin C, který je ve stravě vegetariánů bohatě zastoupen, na druhou stranu pomáhá vstřebávání železa.

Vápník přítomný v rostlinných zdrojích bývá hůře využitelný než např. z mléčných výrobků. Některé rostlinné zdroje obsahují kyselinu fytoovou nebo šťavelovou, které vápník vážou ve formě solí a brání jeho vstřebávání. Obecně vyšší příjem vlákniny u vegetariánů má pozitivní efekt na zažívání, na druhou stranu snižuje vstřebávání vápníku i železa. Esenciální aminokyseliny nebývají rovnoměrně zastoupeny ve všech rostlinných zdrojích. Maso a vejce mají lepší komplexní složení jednotlivých aminokyselin než některé rostlinné zdroje. Obiloviny jsou deficitní na lysin, luštěniny na methionin. Vegani proto musí kombinovat rostlinné potraviny různého původu, aby dosáhli plnohodnotné bílkovinné stravy. Doporučenou kombinací jsou luštěniny, obiloviny, ořechy a semena. Ryby představují zdroj omega-3 mastných kyselin s prodlouženým řetězcem (eikosa-pentaenová, dokosa-hexaenová), které jsou důležité pro správnou funkci mozku a vykazují řadu dalších

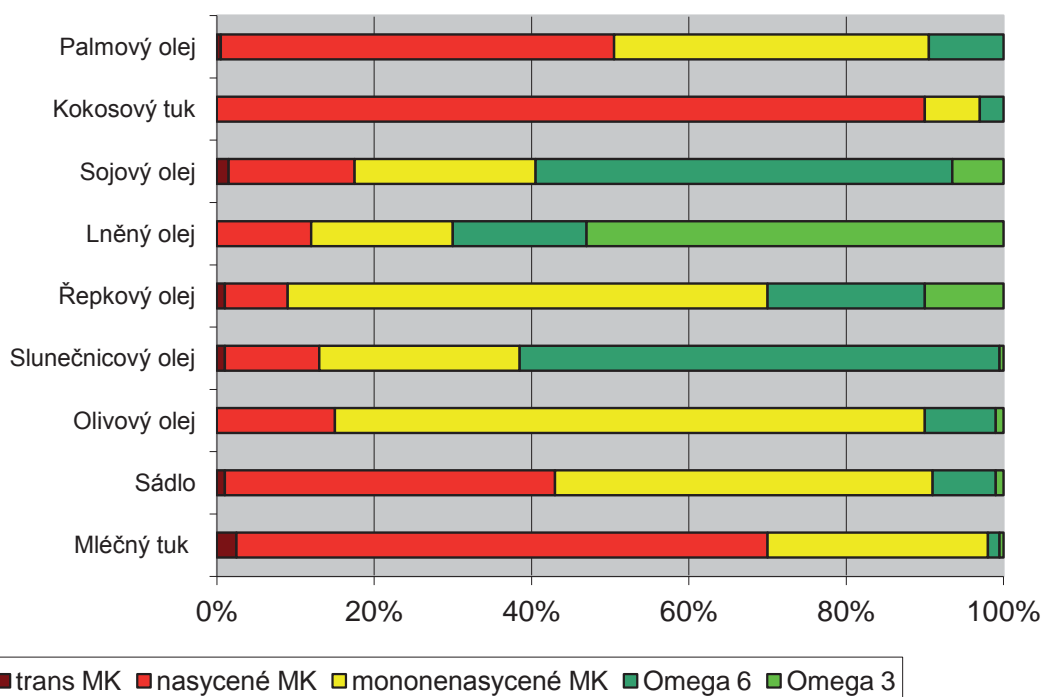
prospěšných účinků. V organismu mohou vznikat z kyseliny alfa-linolenové. Stupeň konverze je však nízký. Na kyselinu dokosahehexaenovou bývá přeměněno jen několik procent kyseliny alfa-linolenové. Kyseliny eikosapentaenová a dokosahehexaenová bývají proto nazývány jako pseudoesenciální, v organismu sice vznikají, ale jen v malé míře, proto se doporučuje je konzumovat přímo v rámci stravy. Příjem omega-3 mastných kyselin rostlinného původu musí být u veganů z tohoto důvodu výrazně vyšší. Je potřeba přednostně volit oleje a tuky, které jsou dobrým zdrojem omega-3 mastných kyselin (řepkový, lněný), vlašské ořechy, chia semínka a roztíratelné tuky z těchto olejů vyrobené.

Na druhou stranu veganská strava může mít oproti klasické konvenční určité zdravotní přednosti. Stravu charakterizuje nízký obsah nasycených mastných kyselin a cholesterolu, vysoký obsah rostlinných bílkovin, vlákniny, hořčíku, draslíku, kyseliny listové, vitaminů C a E a celé řady dalších biologicky aktivních látek vyskytujících se v rostlinné stravě (polyfenoly, rostlinné steroly, karotenoidy apod.). Vitamin E přispívá k ochraně buněk před oxidativním stre-

sem, což je mimo jiné potvrzeno schváleným zdravotním tvrzením v rámci evropské legislativy. Zelenina a ovoce mají nižší energetickou hodnotu a při vyšším příjmu zeleniny bývá i celkový příjem energie nižší.

V poslední době publikovaná výživová doporučení odborných společností jsou koncipována na bázi potravin, místo dřívějšího doporučování či omezování příjmu jednotlivých živin. Pro spotřebitele je to mnohem srozumitelnější. Není nutné do detailu počítat pro jednotlivé živiny, co se během dne snědlo či vypilo. Stravu na rostlinné bázi charakterizuje vyšší konzumace ovoce, zeleniny a celozrnných produktů, luštěnin, ořechů, semen, rostlinných olejů a roztíratelných tuků z nich vyrobených. Živočišné produkty (maso, vejce, mléčné výrobky) nejsou obecně vyloučeny. Jedno ze zjednodušení říká, že by měl být podíl potravin rostlinného původu ve stravě nejméně dvoutřetinový. Vzniká nový trend flexitariánství, který se asi nejvíce blíží zásadám pestré, vyvážené stravy. Flexitariáni jedí převážně stravu rostlinného původu, živočišným produktům se nevyhýbají, ale zařazují je do stravy jen občas. Do tohoto typu stravy mimo jiné patří i obecně propagovaná středomořská nebo

## Složení mastných kyselin vybraných olejů a tuků



americká DASH (Dietary Approach to Stop Hypertension) strava. Americké doporučení je založeno na převážné konzumaci produktů rostlinného původu (zelenina, ovoce, celozrnné obiloviny). Zahrnuje dále nízkotučné mléčné výrobky, ryby, drůbež, luštěniny, ořechy a rostlinné oleje a tuky s převahou nenasycených mastných kyselin. Omezuje příjem potravin s vysokým obsahem nasycených mastných kyselin (tučné maso, plnotučné mléčné výrobky, tropické tuky), slazené nápoje a sladkosti. DASH strava je rovněž charakteristická nízkým příjmem sodíku. Středomořská strava, kromě výše zmíněných potravin, je založena na častém používání olivového oleje, který je doslova nabitý antioxidanty, a umírněně konzumací červeného vína. Modifikovaná středomořská strava v zemích, kde olivový olej není typickou složkou potravin, doporučuje používat místo olivového oleje řepkový. Podobně jsou laděna i skandinávská doporučení z roku 2012, která bývají někdy nazývána v médiích stravou Vikingů. Strava je bohatá na listovou a kořenovou zeleninu, hrášek, fazole, zelí, cibuli, rajčata, ovoce, ořechy, semena, celozrnné obilné produkty, ryby a mořské plody, nízkotučné mléčné výrobky, rostlinné oleje (zejména řepkový, lněný) a roztíratelné tuky z nich vyrobené.

Vliv stravy s různým podílem rostlinného a živočišného původu na zdraví byl srovnáván v řadě studií. Poznatky ze studií publikovaných v posledních desetiletích ukazují, že lidé s převahou rostlinné stravy oproti těm, kteří mají vysoký příjem masa ve stravě, mají nižší hladinu cholesterolu v krvi<sup>1</sup>. Vyšší podíl rostlinné stravy na úkor živočišných produktů ve svém důsledku způsobuje, že nasycené mastné kyseliny ve stravě jsou nahrazovány polynenasycenými, což má prokazatelně pozitivní účinek na snížení hladiny cholesterolu. Vyplývá to mimo jiné ze schváleného zdravotního tvrzení z kategorie snížení rizik onemocnění. Evropská komise schvaluje pouze zdravotní tvrzení postavená na vědeckém základě po předchozím posouzení Evropským úřadem pro bezpečnost potravin EFSA.

Strava s převahou rostlinných produktů bývá spojována s nižším výskytem diabetu 2. typu<sup>2</sup>. Posun ve stravovacích návycích ve prospěch rostlinné stravy

ukazuje i na snížení celkové mortality<sup>3</sup>. Můžeme se však setkat i s názorem, že snížení mortality nejde jen na vrub stravy rostlinného původu. Ti, kteří preferují rostlinnou stravu, mají obecně zdravější životní styl, jsou více pohybově aktivní, nekouří a mají nižší konzumaci alkoholu. U dlouhodobě sledovaných kohort zdravotních sester a pracovníků ve zdravotnictví se ukázalo, že vyšší příjem bílkovin živočišného původu byl spojen se zvýšenou kardiovaskulární a celkovou mortalitou hlavně v případech, že se u osob vyskytoval alespoň jeden rizikový faktor životního stylu (kouření, nadváha či obezita, vyšší konzumace alkoholu, nedostatečná fyzická aktivita)<sup>4</sup>.

Ekologicky orientovaní strávníci preferují rostlinnou stravu z pohledu vlivu na životní prostředí. Změna stravovacích návyků může způsobit redukcí skleníkových plynů a snížit plošné nároky na využití půdy potřebné pro výrobu potravin až o 70–80 %, pokles spotřeby vody může jít i na polovinu<sup>3</sup>. Medián poklesu výše zmíněných indikátorů se pohybuje v rozmezí 20–30 % podle toho, jaký podíl stravy živočišného původu byl nahrazen stravou rostlinnou. Objevuje se nový pojem „udržitelná strava“. Podle OSN organizace pro výživu a zemědělství (FAO) se jedná o stravu s nízkou zátěží pro životní prostředí, která je v souladu s potravinovou a výživovou bezpečností a přispívá ke zdravému životu generace současné i budoucích generací. Udržitelná strava respektuje biodiverzitu a chrání přírodní ekosystémy. Vychází z optimálního využití přírodních a lidských zdrojů. Je akceptovatelná z hlediska místní kultury, přístupná, ekonomicky dostupná, bezpečná a vyhovující po výživové stránce. Co je zdravé pro člověka, by mělo být zdravé i pro Zemi.

Závěrem můžeme konstatovat, že umírněnou konzumaci živočišných produktů spolu s převažující rostlinnou stravou lze považovat za optimální řešení z hlediska dosažení žádoucího příjmu všech živin, které organismus potřebuje ke svému správnému fungování. Konzumace rizikových živin, jako jsou nasycené a transmastné kyseliny, sůl a cukr, zvláště přidaný, jsou v tolerovaných mezích. Oproti typickému stravování v západní a střední Evropě s vyšším příjmem rizikových živin představuje takto koncipovaná strava i nižší zátěž pro životní prostředí

#### Literatura:

1. Ferndowsian HR, Barnard ND. Effects of plant-based diets on plasma lipids. *Am J Cardiol.* 2009; 104: 947–956.
2. Satija A, Bhupathiraju SN, Rimm EB, et al. Plant-Based Dietary Patterns and Incidence of Type 2 Diabetes in US Men and Women: Results from Three Prospective Cohort Studies. *PLOS Med.* 2016; 13 (6): e1002039. doi:10.1371/journal.pmed.1002039.

3. Aleksandrowicz L, Green R, Joy EJM, et al. The Impacts of Dietary Change on Greenhouse Gas Emissions, Land Use, Water Use, and Health: A Systematic Review. *PLOS ONE* 2016; 11(11): e0165797. doi:10.1371/journal.pone.0165797.
4. Song M, Fung TT, Hu FB, et al. Association of Animal and Plant Protein Intake With All-Cause and Cause-Specific Mortality. *JAMA Intern Med.* 2016; 176 (10):1453-1463.



# Fixní kombinační léčba hypertenze a dyslipidémie

MUDr. Jaroslav Brotánek

Interní oddělení Thomayerovy nemocnice

**K nejdůležitějším rizikovým faktorům aterosklerózy stále neoddiskutovatelně patří hypertenze a dyslipidémie. U velkého množství pacientů se navíc tyto faktory vyskytují společně. Při jejich léčbě však mnohdy nedosahujeme cílových hodnot. Jednou z možných významných příčin může být špatná adherence nemocných k léčbě, jak demonstrují naše kazuistiky. Fixní kombinace antihypertenziv a hypolipidemika v jedné tabletě nám mohou v tomto směru výrazně pomáhat. Jejich účinnost na jedné a zjednodušení léčby na druhé straně mohou vést k úspěšnému dosažení léčebných cílů.**

**Klíčová slova: ateroskleróza – hypertenze – dyslipidémie – adherence – Lipertance**

## Úvod

Hypertenzní nemoc v dnešní době nesporně patří mezi nejuvýznačnější rizikové faktory aterosklerózy a kardiovaskulárních onemocnění. Podle posledních údajů trpí hypertenzí v České republice asi 3,5 milionů osob.<sup>1</sup> Mezi další významné rizikové faktory řadíme dyslipidémii, diabetes mellitus a kouření. Je velmi nepříznivé, že se tyto rizikové faktory často vyskytují společně a vzájemně se mezi sebou kombinují. Pro hypertenzi a dyslipidémii to platí dvojnásob. Celosvětově každý druhý hypertonik má dyslipidémii. V České republice je to dokonce až 70 % hypertoniků!<sup>2</sup> Společný výskyt těchto dvou chorob u pacientů výrazně akceleruje aterosklerotický proces. I přes účinné léky, které máme v současnosti k dispozici, nedosahujeme ve velkém měřítku kontroly obou rizikových faktorů. Proč tomu tak je? Na některou z příčin se pokusím najít odpověď v následujících dvou krátkých kazuistikách.

## Kazuistiky

Asi před osmi lety do mé ambulance začal docházet pacient ZP, kterému je v dnešní době 64 let. Má pozitivní rodinnou anamnézu, o které jsem již věděl, protože jsem dříve sledoval i jeho matku, která prodělala několik infarktů myokardu (první již před šedesátým rokem věku) a nakonec zemřela na terminální fázi chronického srdečního selhání. Sám nemocný se léčil pro hypertenzi, kterou měl neuspokojivě kompenzovanou, ač již vyzkoušel různá antihypertenziva. Při péči o své zdraví se pacient rozhodně nechová příliš zodpovědně. Kouří 30 cigaret denně a přísun alkoholu, převážně tvrdého, jednoznačně přesahuje doporučené dávky pro hypertonika. A o nějakých zdravých stravovacích návycích už vůbec nemluvě. Takže vůbec nepřekvapí, že dalším

onemocněním v anamnéze byla dna. V laboratoři byla jeho dominantním problémem hypercholesterolemie (celkový cholesterol 6,8 mmol/l, HDL cholesterol 1 mmol/l, LDL cholesterol 4,7 mmol/l, TAG 1,8 mmol/l), dále hyperurikémie 610 μmol/l. Ostatní výsledky, překvapivě ve vztahu k životnímu stylu, byly kupodivu v normě, včetně jaterních testů a glykémie. Při vstupní návštěvě při fyzikálním vyšetření byla patrná obezita (BMI 34 kg/m<sup>2</sup>), vstupní tlak měl 180/105 mmHg a tepová frekvence byla 86 pulsů za minutu. Ostatní somatický nálezy byly v normě, až na šelest nad pravou karotidou. Sonografie karotid prokázala její významnou stenózu, takže pacient v 56 letech prodělal chirurgickou endarterektomií. Sám si sice dobře uvědomoval, že mu operace třeba zachránila život, ale na jeho přístupu k životnímu stylu se moc nezměnilo. Prakticky vůbec nic se nezměnilo... Veškerá doporučení se mýjela účinkem. Krevní tlak se sice při kombinaci Prestance 10/10 mg 1x1, Indapamid 2,5 mg 1x1 a Concor 10 mg 1x1 znormalizoval. Tedy „znormalizoval“: velmi často jsem na kontrole slyšel: „Doktore, mně už došly prášky!“ Rozumějme, že došly před třemi týdny. „Doktore, já si zapomněl léky na chalupě a týden už je neberu.“ Nebo: „Byl jsem několik dnů na služební cestě a nechal jsem léky doma.“ Takže ve výsledku, když při kontrole náhodou léky nedošly, byl krevní tlak 130/80 mmHg, jinak kolem 170/100 mmHg. Podobně to bylo i s ostatní medikací (Atoris 40 1x1, Milurit 300 1x1 a Godasal 100 1x1). Lipidogram byl stále patologický a dnové záchvaty v mezidobí jsem už přestal počítat.

Jenže jak praví jedno české přísloví, tak dlouho se chodí se džbánem pro vodu, a komplikace na sebe nenechala dlouho čekat. Pacient byl přivezen sanitou RZP pro asi tři dny postupně progresivně narůstající náhovou dušnost, která se v noci před zavoláním o pomoc změnila v klidovou. Samozřejmě, příhodě předcházelo opět několikadenní vysazení medikace. Již v sanitce byl naměřen krevní tlak 220/110 mmHg. Dušnost byla provázena opresí na hrudi, takže bylo primárně pomýšleno na možnou koronární příhodu. Ale EKG bylo bez vývoje, troponin byl sice lehce zvýšený (21 ng/l), ale nevykazoval dynamiku, zato bylo vysoce abnormální NT-proBNP (4413 ng/l). Na zadopředním snímku hrudníku byly známky plicního edému, echokardiografie prokazovala difúzní hypokinezi stěn levé komory srdeční a její ejekční frakci 40 %. Stav byl zvládnut podáváním intravenózních diuretik a nitrátů, při kterém došlo k rychlé normalizaci krevního tlaku i ústupu městnání. Elektivně provedená koronarografie zjistila pouze difúzní postižení věnčitých tepen s maximálními stenózami



do 50 %. Po dimisi při dalším sledování jsem pacientovi nasadil preparát Lipertance 40/10/10 mg 1x1. Nebyl již nutný furosemid, proto jsem se v léčbě navrátil k indapamidu. Echokardiograficky stanovená ejekční frakce se zlepšila na 50 %.

Příhoda byla pro pacienta přeci jenom trochu ponaučením. Snaží se dodržovat dietu a nezapomínat brát léky. Jen s kouřením se nemůže rozřehnat, ale omezil ho na 5–6 cigaret denně. Při kombináční léčbě (hypolipidemikum + antihypertenziva ve fixní kombinaci) se mu vylepšil lipidogram a krevní tlak je v mezích normy.

Druhá kazuistika je příběhem 68leté ženy, která před třemi roky pro nestabilní anginu pectoris prodělala dvojnásobný bypass na RIA a RC. Angioplastiky nebyly pro anatomické poměry v místě stenóz technicky schůdné. Anamnesticky měla pacientka ještě léčenou hypertenzi a hypercholesterolemii, jinak nikdy nebyla vážněji nemocná. V medikaci užívala Betaloc SR 1x1, Godasal 100 mg 1x1, Prestance 10/10 mg 1x1 a Tulip 40 mg 0-0-1. Krevní tlak měla zcela v normě, ale cílových hodnot LDL cholesterolu se i přes hypolipidemickou léčbu nedařilo dosáhnout (LDL byl stále kolem 3,2 mmol/l). Navýšení statinu na 80 mg pacientka odmítala z obavy z nežádoucích účinků, o kterých slyšela ve sdělovacích prostředcích. Eventuální přidání ezetimibu rovněž neakceptovala, protože už takhle užívá hodně tablet.

Zkusil jsem léčbu zjednodušit nasazením Lipertance 40/10/10 mg 1x1, což by mi umožnilo přidat ezetimib a setrvat na stejném počtu tablet. K mému údivu však při další kontrole LDL cholesterol poklesl na 1,7 mmol/l! Když jsem se pacientky zeptal, jak je to možné, tak mi tato distingovaná dáma s mírným uzarděním řekla, že většinou Tulip zapomínala (a nebo nechtěla?) brát. Nyní, když je hypolipidemikum spolu s léky na tlak v jedné tabletě, tak ho prostě užívá. Jak nečekaně snadné rozuzlení...

## Diskuze

Jak jsem již nastínil v úvodu, kombinace hypertenze a dyslipidémie je velmi častá. Je známo, že cílových hodnot při léčbě hypertenze dosahuje pouze 30,9 % pacientů. <sup>1</sup> Když se podíváme na současnou léčbu obou rizikových faktorů, zjistíme, že až 70 % pacientů nedosahuje cílových hodnot. <sup>3</sup> Dle posledních údajů z České republiky u pacientů mezi 40–65 lety života je kontrola těchto dvou rizikových faktorů pouze 10 %. <sup>4</sup> Podobné výsledky přinesly i studie EUROASPIRE I – IV, ve kterých hodnoty cholesterolu < 1,8 mmol/l nedosáhlo více než 3/4 pacientů se stabilní ICHS a cílových hodnot krevního tlaku nedosáhlo 50 % hypertoniků. <sup>5</sup> Přitom na druhou stranu je známo, že dyslipidémie přítomná u pacienta s hypertenzí zvyšuje riziko vzniku infarktu myokardu až pětkrát. <sup>6</sup>

Riziko neúspěchu léčby je mnohdy dáno nedostatečnou léčbou, nenasazením maximálních dávek statinů či suboptimální kombinací antihypertenziv. Ale velké procento neúspěchu je dáno samotným pacientem. Nespolupráce pacienta s léčbou představuje v dnešní době velký problém, který vede k neúčinnosti léčby a ve svém konečném důsledku zvyšuje morbiditu a mortalitu. Literatura v dnešní době rozlišuje několik pojmů, které se zabývají spoluprací pacienta. Asi nejdůležitějším je adherence, která udává shodu chování pacienta s doporučeným typem léčby. Dříve byla běžným pojmem compliance, která ukazovala ochotu pacienta podvolit se doporučením lékaře (mnoho literárních pramenů ale považuje adherenci a compliance za synonyma). Adherence však na rozdíl od compliance více odráží pacientovy postoje k léčbě a možnost spouřezhodování o terapii. Ještě více to zvýrazňuje termín konkordance, který staví zdravotníka a pacienta do rovnocenného vztahu (názor pacienta ale pak nemusí vždy odrážet optimální řešení navržené lékařem). Velmi důležitá je ale perzistence, která znamená setrvání pacienta na léčbě po doporučenou dobu. <sup>7, 8, 9, 10</sup> Jak je vidět v obou kazuistikách, tak adherence a perzistence hrály dominující úlohu. Literární data toto potvrzují. Bylo zjištěno, že u hypertoniků ve středním věku (40–59 let) polovina vysadí medikaci do jednoho roku! <sup>11</sup> Toto rozhodnutí pacientů však může mít fatální následky, protože nepokračování v léčbě zvyšuje výskyt CMP o 28 % a infarkt myokardu o 15 %. K těmto výsledkům dospěli autoři v Holandsku, kteří na obrovském souboru pacientů (77 193) bez kardiovaskulární příhody v anamnéze sledovali perzistenci k antihypertenzní léčbě v průběhu dvou let s následným výskytem infarktu myokardu či CMP v dalších 10 letech. Non perzistence byla prokázána u 55 % pacientů. Autoři odhadují, že pravidelné užívání antihypertenziv u těchto pacientů by ročně snížilo vznik infarktu myokardu či CMP až o 200 případů. Dalším zajímavým údajem je fakt, že nejmenší perzistence byla u pacientů užívajících od nasazení diuretika a betablokátorů (54–61 %) oproti pacientům, kteří užívali ACE inhibitory či sartany (40 %) <sup>12</sup> K podobným závěrům dospěla i další studie, která prokázala, že vyšší adherence než 80 % k antihypertenzní léčbě snižuje vznik cerebrovaskulárních příhod o 22 %. <sup>13</sup> Nyní je nutno si položit otázku, jak asi vypadá adherence u pacientů, kteří jsou nuceni užívat k antihypertenzní léčbě ještě hypolipidemika? Na to se pokusil dát odpověď ve své práci Chapman se spolupracovníky. Výsledky nebyly povzbudivé. Retrospektivní studie s 8 406 pacienty ukázala, že pouze jeden nemocný ze tří po šesti měsících užívá doporučenou kombinovanou léčbu. <sup>14</sup> Nechtěl bych ale, abychom se zabývali pouze neúspěchy v léčbě. Na druhé straně máme nespočet důkazů a velmi

povzbudivých informací o tom, jak můžeme moderními léky pacientům prospět. V dnešní době při kombinaci léčbě hypertenze preferujeme podávání ACE inhibitorů a blokátorů kalciových kanálů. Při nutnosti ovlivnit zároveň dyslipidémii saháme nyní po moderních statinech, zvláště po atorvastatinu. Dobrý efekt ve volné kombinaci perindoprilu, amlodipinu a atorvastatinu nám prokázalo několik velkých studií. Klíčovou byla studie ASCOT, kdy synergické působení těchto léků snížilo riziko nefatálního infarktu myokardu a fatální ICHS o 53 % proti 16 % u kombinace atenolol, thiazidové diuretikum a atorvastatin.<sup>15</sup> I v post-hoc analýze studie EUROPA přidání perindoprilu k amlodipinu a hypolipidemické léčbě zcela jasně dokázalo prospěšnost této terapie, protože tato kombinace vedla ke snížení celkové mortality o 58 % a kardiovaskulární mortality dokonce o 71 %.<sup>16</sup>

V naší kazuistice pacientka vyslovovala obavy z nežádoucích efektů statinu. U této skupiny léků se jedná hlavně o svalové potíže. Ty se ale vyskytují, jak dokládají literární prameny, jen u asi 10 % pacientů a u 30 % z nich vedou k vysazení léčby (tedy asi u 3 % pacientů).<sup>17</sup>

Statiny jsou rovněž velmi často doporučovány užívat večer. Tato zvyklost se odvíjí od doby, kdy byl hlavně předepisován simvastatin. Vzhledem k jeho krátkému biologickému poločasu a maximu syntézy cholesterolu v organismu mezi půlnocí a 3. hodinou ráno to bylo dávkování oprávněné. U atorvastatinu je tomu ale zcela jinak. Jeho biologický poločas je 14 hodin a jeho aktivních metabolitů až 30 hodin. Proto může být podáván ráno. A abychom nepracovali jen s domněnkou, i zde máme medicínu založenou na důkazech. Americká

studie prokázala, že ovlivnění hladin celkového cholesterolu, LDL cholesterolu, HDL cholesterolu a triglyceridů je naprosto stejné při podávání 40 mg atorvastatinu ráno nebo večer.<sup>18</sup>

K tomu, abychom dosáhli kýžených léčebných výsledků u našich pacientů a úspěšně překonali záudnost non adherence a non persistence, nám kromě neustálé mravenčí práce v edukaci nemocných přispívá i zjednodušení léčebných režimů ve formě tzv. polypill. Polypill jsou tablety obsahující několik účinných látek a podávaných jedenkrát denně. Literární data uvádějí, že fixní kombinace jsou schopny zvýšit adherenci nemocných až o 44 %.<sup>19</sup>

### Závěr

Můžeme s potěšením konstatovat, že v dnešní době máme právě jednu takovou fixní kombinaci na trhu. Jedná se o preparát Lipertance, který v sobě zahrnuje nejenom kombinaci dvou nesmírně účinných antihypertenziv perindoprilu a amlodipinu, ale zároveň obsahuje i atorvastatin. Všechny tři v něm zastoupené složky nám díky svým biologickým vlastnostem umožňují podávat tento lék ráno a jedenkrát denně. To nám výrazně pomůže v ovlivnění adherence a persistence u našich pacientů. Nemocným se zlepší životní komfort při užívání léků, ale zároveň, a to je to nejdůležitější, komplexně se jim ovlivní dva kardiovaskulární rizikové faktory. Práci lékaře navíc zjednoduší i možnost volby z pěti možných kombinací dávek, obsažených v preparátu, což mu umožní jemnou titraci léčby, která se pak stává pro každého pacienta takzvaně „šitou na míru“.

### Literatura:

- Cífková R, Bruthans J, Adámková V et al. Prevalence základních kardiovaskulárních rizikových faktorů v české populaci v letech 2006 – 2009. Studie Czech post-MONICA. *Cor et Vasa* 2011;53: 220 – 229
- Thoenes M, Bramlage P, Zhong S et al. Hypertension control and cardiometabolic risk: a regional perspective. *Cardiol Res Pract* 2012; Article ID925046; doi:10.1155/2012/925046
- Egan BM, Li J, Quanungo S et al. Blood pressure and cholesterol control in hypertensive hypercholesterolemic patients: national health and nutrition examination surveys 1988-2010. *Circulation* 2013;128: 29 – 41
- Wohlfart P. Léčba dyslipidemie u pacientů s hypertenzí. *Practicus* 2016;7: 16 – 19
- Nussbaumerová B, Rosolová H, Mayer O jr., et al. Residual cardiovascular risk in patients with stable coronary heart disease over the last 16 years (Czech part of the EUROASPIRE I – IV surveys). *Cor et Vasa* 2014;56: e98 – e104
- Stamler J, Wentworth D, Neaton JD. Prevalence and prognostic significance of hypercholesterolemia in men with hypertension. Prospective data on the primary screeners of the Multiple Risk Factor Intervention Trial. *Am J Med* 1986;80(2a): 33 – 39
- Vráblík M. Adherence v léčbě hypertenze: pomohou nové lékové formy? *Interní Med* 2012;14(11): 415 – 418
- Cramer JA, Roy A, Burrell A, et al. Medication compliance and persistence: terminology and definitions. *Value Health* 2008;11(1): 44 – 47
- Vytřísalová M. Adherence k medikamentózní léčbě – známá neznámá. *Remedia* 2009;19: 225–230
- Linhartová A, Kotlářová L. Compliance pacienta s léčbou z pohledu lékárníka. *Praktik lékáren* 2006;3: 135 – 136
- Van Wijk BL, Klungel OH, Heerdink ER, et al. Rate and determinants of 10-year persistence with antihypertensive drugs. *J Hypertens* 2005;23: 2101 – 2107
- Breekveldt-Postma NS, Beest FJAP, Siiskonen SJ, et al. The effect of discontinuation of antihypertensives on the risk of acute myocardial infarction and stroke. *Curr Med Res Opin* 2008;24: 121 – 127
- Kettani FZ, Dragomir A, Côte R, et al. Impact of a better adherence to antihypertensive agents on cerebrovascular disease for primary prevention. *Stroke* 2009;40: 213 – 220
- Chapman RH, Benner JS, Petrilla AA, et al. Predictor of adherence with antihypertensive and lipid lowering therapy. *Arch Intern Med* 2005;165: 1147 – 1152
- Sever P, Dahlöf B, Poulter N, et al. Potential synergy between lipid-lowering and blood-pressure-lowering in the Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial. *Eur Heart J* 2006;27: 2982 – 2988
- Bertrand J, Mourad JJ. Combining perindopril with a calcium channel blocker and a lipid lowering agent significantly decreases mortality: a subgroup analysis of EUROPA. *Circulation* 2013;128(22 suppl.) Abstract A 18906
- Rosenbaum D, Dallongeville J, Sabouret P, et al.

# Vzdělávací semináře

v květnu 2017



SVL ČLS JEP

## Hlavní témata

### Srdeční selhání a angína pectoris

den	datum	čas	město a místo konání
úterý	9. 5.	16.00–20.00	Hotel Zlatá Štika, Štrosova 127, Pardubice
středa	10. 5.	17.00–21.00	presbytář Hotelu Gustav Mahler, Křížová 4, Jihlava
středa	10. 5.	16.00–20.00	Lék.dům, Sokolská 31, Praha 2
středa	10. 5.	16.00–20.00	Clarion Congress Hotel, Pražská třída 2306/14, České Budějovice
čtvrtek	11. 5.	16.30 - 20.30	Hotel "U Šimla", Závodní 1, Karlovy Vary
čtvrtek	11. 5.	16.00–20.00	Clarion Grandhotel Zlatý Lev, Gutenbergova 3, Liberec 1
čtvrtek	11. 5.	16.00–20.00	Clarion Congres Hotel, Špitálské náměstí 3517, Ústí nad Labem
sobota	13. 5.	9.00–13.00	Kancelář veřejného ochránce práv, Údolní 39, Brno
sobota	13. 5.	9.00–13.00	Aula Právnické fakulty UP Olomouc, tř. 17. listopadu 8, Olomouc
pondělí	15. 5.	16.30 - 20.30	Aula SZŠ, Příluky 372, Zlín
úterý	16. 5.	16.00–20.00	Hotel Imperial, Tyršova č. 6, Ostrava
čtvrtek	18. 5.	16.00–20.00	Lék.dům, Sokolská 31, Praha 2
sobota	20. 5.	9.00–13.00	Šafránkův pavilon, alej Svobody č. 31, Plzeň
čtvrtek	25. 5.	16.00–20.00	Nové Adalbertinum, Velké náměstí 32, Hradec Králové

# Snížení finančních nákladů díky zavedení biosimilars v Evropě

Užívání biosimilars je v Evropské unii povoleno od roku 2006. Podobné biologické přípravky již za tak krátké období prokázaly svou efektivitu nejen z medicínského, ale také z ekonomického hlediska. Zavedení biosimilars totiž snížilo finanční náklady vynaložené na terapii mnoha chronických nemocí.

Po skončení patentové ochrany originálních biologických přípravků se na farmaceutickém trhu objevují takzvané biosimilars. Jedná se o biologické léčivé přípravky podobné těm původním. Všechny přípravky z řad biosimilars před jejich uvedením na klinický trh procházejí přísnou bezpečnostní kontrolou. Velkým přínosem biosimilars je skutečnost, že výrazně snižují náklady na léčbu, což prokázaly statistiky z let 2006–2013 zabývající se cenou jednotlivých přípravků.

## Biosimilars snižují náklady na léčbu

Biosimilars byly schváleny v roce 2006 pro použití ve státech Evropské unie. Konkrétněji se jednalo o zavedení biosimilars erythropoetinu (EPO), lidského růstového hormonu (HGH), faktoru stimulujícího kolonie granulocytů (G-CSF) a protilátky proti tumor nekrotizujícímu faktoru (anti-TNF).

Ačkoliv jsou na trhu k dispozici již od roku 2006, v některých zemích se nepodařilo dosáhnout odpovídajícího poklesu nákladů na terapii. Mezi jednotlivými státy jsou navíc signifikantní rozdíly. Tato skutečnost je příči-

tána rozdílům ve zdravotnických systémech jednotlivých zemí.

Například náklady na terapii erythropoetinem klesly v Chorvatsku o celých 75 %. Na druhou stranu například v Rumunsku neuvěřitelně narostly náklady za terapii G-CSF, a to o celých 600 %! Ze statistik vyplývá, že náklady spojené s terapií erythropoetinem poklesly ve většině evropských států, v České republice se však zvýšily o 50 %. Ve Finsku a Švédsku se také podařilo snížit náklady spojené s terapií lidským růstovým hormonem, v České republice se bohužel i tyto náklady zvýšily o více než 50 %. Náklady spojené s terapií G-CSF se podle statistik podařilo snížit pouze ve Španělsku přibližně o čtvrtinu. V České republice se i tyto náklady zvýšily o více než 50 %.

Vyspělé evropské země přehodnocují svůj pohled a začínají podporovat zaměnitelnost biosimilars. Příkladem může být Francie, Finsko, Nizozemsko či Německo. Jedním z důvodů jsou právě snížené náklady vynaložené na terapii.

Zdroj: Cost reductions due to biosimilars in Europe, publikováno 7. 8. 2015 na webu Generics and Biosimilars Initiative: [www.gabionline.net](http://www.gabionline.net)

Zdroj: <http://www.prolekare.cz/novinky/prolekare/snizeni-financnich-nakladu-diky-zavedeni-biosimilars-v-evrope-7266>

## I N Z E R C E

Hledám do zavedené ordinace PL na poliklinice ve Vlašimi lékařku-lékaře na zástup, cca 2 dny v týdnu a dále dle dohody.

V ordinaci je zkušená a zručná sestra. Možnost pozdějšího odkoupení praxe.

**Nabídky prosím na mail:** [zastup.ordinace@seznam.cz](mailto:zastup.ordinace@seznam.cz)

# Interakce paracetamolu s kofeinem

Přestože je na českém trhu hned několik přípravků obsahujících kombinaci paracetamolu a kofeinu, jejich vzájemné interakce nejsou tak zřejmé, jak by se na první pohled mohlo zdát.

## Příznivý efekt kombinací léčby

Běžně využívaným fenoménem kombinace paracetamolu a kofeinu je potenciace analgetického účinku paracetamolu. Přípravky nalézají své uplatnění v krátkodobé terapii lehké až střední bolesti, např. zubů, hlavy, při premenstruačním syndromu nebo v rámci pooperační bolesti.

## Farmakokinetické interakce

Byly publikovány in vitro studie ukazující, že se molekula kofeinu váže na stejné místo na cytochomu P450 jako paracetamol, čímž zpomaluje jeho oxidaci. Studie však byla provedena pouze na modelu *Escherichia coli*, a dávky kofeinu byly navíc několikanásobně vyšší než v kombinovaných přípravcích nebo v případech, kdy by pacient zapil běžnou dávku paracetamolu kávou či užil čistě kofeinovou tabletu.

## Kofein a závislost na analgetikách

Méně diskutovaným, ale o to nepříjemnějším tématem je role kofeinu při rozvoji závislosti na analgetikách. Zatímco závislost na paracetamolu je relativně vzácná, závislost na kombinovaných přípravcích je několikanásobně četnější. V kontextu obecného nadužívání analgetik zejména při bolestech hlavy a zároveň prokázaného potenciálu kofeinu k navození závislosti by tento jev neměl být přehlížen.

## Závěr

Platí tedy stále stejné osvědčené pravidlo dávat přednost raději monokomponentním léčivým přípravkům než polykompozitním a i mezi nimi je zapotřebí pečlivého výběru léčiva pro každého jednotlivého pacienta a jeho aktuální situaci či potřeby.



Zdroje:

Feeeney R. Medication overuse headache due to butalbital, acetaminophen, and caffeine tablets. *J Pain Palliat Care Pharmacother* 2016 Jun; 30 (2): 148–149, doi: 10.3109/15360288.2016.1167805.

Aichmuller C., Schütz C., Soyka M. Abuse of and dependence on mixed analgesics – clinical aspects and differential diagnostic problems. *Psychiatr Prax* 1998; 25 (5): 262–263.

Zdroj:

[http://www.prolekare.cz/novinky/prolekare/interakce-paracetamolu-s-kofoinem-7411?confirm\\_rules=1](http://www.prolekare.cz/novinky/prolekare/interakce-paracetamolu-s-kofoinem-7411?confirm_rules=1)



Vážení čtenáři a řešitelé testů,

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

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

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

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

**Správné odpovědi z čísla 3/2017: 1b, 2b, 3a, 4a, 5ab, 6c, 7b, 8c, 9bc, 10abc**

### ZNALOSTNÍ TEST JE HODNOCEN 2 KREDITY ČLK

**1. Jaké bílkoviny mají vhodnější a organismem lépe využitelné složení aminokyselin?**

- a) Živočišné
- b) Rostlinné
- c) Mezi živočišnými a rostlinnými není rozdíl

**2. Vegani mívají nedostatek vitamínu:**

- a) C
- b) D
- c) B12

**3. Které oleje lze považovat za dobrý zdroj omega 3 polynenasycených mastných kyselin?**

- a) Řepkový
- b) Slunečnicový
- c) Lněný

**4. Zevními spouštěči bažení jsou:**

- a) Prostředí lidí zneužívajících alkohol nebo drogy
- b) Nedostatek peněz
- c) Rizikové prostředí

**5. Metody jak zvládat bažení:**

- a) Napítí čisté vody
- b) Vyhýbat se hudbě, která by mohla vyvolat bažení
- c) Rozvoj dobrých zálib

**6. Mezi příznaky bažení patří:**

- a) Únava a stres
- b) Nesoustředěnost, bolesti hlavy
- c) Zvýšená chuť k jídlu

**7. Nemocný spalničkami je infekční pro okolí:**

- a) Od začátku výsevu exantému
- b) Od prvních příznaků katarálního stadia do 6. dne od vzniku vyrážky
- c) Dva dny před začátkem katarálního stadia do výsevu exantému

**8. Exantém u spalniček neočkovaných osob:**

- a) Se vyskytuje na horní části trupu zvláště v podpaží a tříselech, charakteristické jsou světle červené makulopapuly o velikosti 1 mm
- b) Začíná na obličeji a poté se šíří na trup jako drobně skvrnitý, růžový, s lividním nádechem, nesplývající, velikost skvrn bývá 1-3 mm
- c) Začíná výsevem makulopapulózní vyrážky o velikosti skvrn 3-5 mm za ušima a na zátylku, poté se šíří na obličej, trup a končetiny, makulopapuly jsou nepravidelné, místy splývající sytě červené až červenofialové barvy, někdy může mít exantém až hemoragický charakter

**9. Laboratorní diagnostika spalniček:**

- a) Založená na sérologickém vyšetření akutního vzorku krve (tj. nejčastěji vyšetřovaném klinickém materiálu) neposkytuje vždy, a to zejména u vakcinovaných, jednoznačně interpretovatelné výsledky
- b) Diagnostika metodou přímého průkazu infekčního původce z nasopharyngeálního výtěru, moče nebo likvoru je vhodnější než sérologie
- c) Odběr nasopharyngeálních vzorků se provádí do virového transportního média a měl by být proveden nejpozději do pátého dne od začátku klinické manifestace onemocnění

**10. Co patří mezi hlavní příčiny nedostatečné kontroly hypertenze a dyslipidemie?**

- a) Špatná životospráva-kouření, alkohol, nedostatek pohybu, obezita,
- b) Užívání kombinací terapie- AC blokátoru, statinu a blokátoru kalciových iontů
- c) Adherence nebo compliance k léčbě.

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

### ODPOVĚDNÍ LÍSTEK – TEST Č. 4/2017

Jméno a příjmení \_\_\_\_\_

Adresa pracoviště \_\_\_\_\_

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

Zakroužkujte 1–3  
správné odpovědi:

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