



practicus

Odborný časopis Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP

tip tohoto čísla

Funkční poruchy pohybové soustavy



č. 8/2014

ročník 13

pro
praktické
lékaře
zdarma

Vkladem
tohoto čísla je
Doporučený postup
REVMATOLOGIE

Vydává
Společnost
všeobecného
lékařství ČLS JEP

www.practicus.eu

Zpráva z tiskové konference Aktuality diabetu:
Představení diagnostického přístroje ClearPath

Mobilní hospicová péče

Na konferenci milionářů

Zpráva z Víkendových vzdělávacích seminářů SVL ČLS JEP konaných roku 2014

Mamografický screening

Funkční poruchy pohybové soustavy

Fytoterapie v léčbě kašle - mechanismus účinku břečťanu, průkazy výsledků léčby

Hypertonik v primární péči – pohled nefrologa

Na český trh přichází vůbec první fixní antihypertenzní trojkombinace

Kazuistika ze soudně lékařské praxe

Jak (si) bezpečně ordinovat tablety aneb na které tablety ani SÚKL nemůže

Mallorca exchange 2014

Minihippokrates: 1. italská výměnná minikonference

Vzdělávací semináře SVL ČLS JEP

další informace: www.svl.cz, odkaz: [vzdělávání](#)

v listopadu 2014

Hlavní témata: Pečujeme o srdce i duši našich pacientů:

Kombinační terapie arteriální hypertenze – současné trendy.

Terapie dyslipidémie – zaměřeno na HDL-C a triglyceridy. Léčba úzkostí a depresí v ordinaci PL.

den	datum	čas	město a místo konání
sobota	1. 11.	9.00–13.00	Olomouc, Aula Právnické fakulty UP Olomouc, tř. 17. listopadu 8
sobota	1. 11.	9.00–13.00	Praha, Lék.dům, Sokolská 31
pondělí	3. 11.	16.30–20.30	Zlín, Aula SZŠ, Příluky 372
úterý	11. 11.	16.00–20.00	Pardubice, Hotel Zlatá Štika, Štrosova 127
středa	12. 11.	17.00–21.00	Jihlava, presbytář Hotelu Gustav Mahler, Křížová 4
čtvrtek	13. 11.	16.00–20.00	Liberec, Krajská nemocnice Liberec, Husova 10
čtvrtek	13. 11.	16.00–20.00	Ústí nad Labem, Best Western Hotel Vladimír, Masarykova 36
sobota	15. 11.	9.00–13.00	Brno, Kancelář veřejného ochránce práv, Údolní 39
čtvrtek	20. 11.	16.00–20.00	Hradec Králové, Nové Adalbertinum, Velké náměstí 32
čtvrtek	20. 11.	16.00–20.00	Ostrava, Hotel Imperial, Tyršova č. 6
čtvrtek	20. 11.	16.00–20.00	Praha, Lék.dům, Sokolská 31
sobota	22. 11.	9.00–13.00	Plzeň, Šafránkův pavilon, alej Svobody č. 31
středa	26. 11.	16.00–20.00	Praha, Lék. dům Sokolská 31
středa	26. 11.	16.00–20.00	České Budějovice, Clarion Congress Hotel, Pražská třída 2306/14

v prosinci 2014

Hlavní témata: Polypill – sen, který se stává realitou. Mimojícnové projevy refluxní choroby jícnu.

den	datum	čas	město a místo konání
pondělí	1. 12.	16.30–20.30	Zlín, Aula SZŠ, Příluky 372
čtvrtek	4. 12.	16.30–20.30	Karlovy Vary, Hotel „U Šimla“, Závodní 1
čtvrtek	4. 12.	16.00–20.00	Liberec, Krajská nemocnice Liberec, Husova 10
sobota	6. 12.	09.00–13.00	Olomouc, Aula Právnické fakulty UP Olomouc, tř. 17. listopadu 8
sobota	6. 12.	09.00–13.00	Plzeň, Šafránkův pavilon, alej Svobody č. 31
sobota	6. 12.	09.00–13.00	Praha, Lék. dům, Sokolská 31
úterý	9. 12.	16.00–20.00	Hotel Imperial, Tyršova č. 6, Ostrava
úterý	9. 12.	16.00–20.00	Pardubice, Hotel Zlatá Štika, Štrosova 127
středa	10. 12.	17.00–21.00	Jihlava, presbytář Hotelu Gustav Mahler, Křížová 4
středa	10. 12.	16.00–20.00	České Budějovice, Clarion Congress Hotel, Pražská třída 2306/14
čtvrtek	11. 12.	16.00–20.00	Hradec Králové, Nové Adalbertinum, Velké náměstí 32
čtvrtek	11. 12.	16.00–20.00	Praha, Lék. dům, Sokolská 31
čtvrtek	11. 12.	16.00–20.00	Ústí nad Labem, Best Western Hotel Vladimír, Masarykova 36
sobota	13. 12.	09.00–13.00	Brno, Kancelář veřejného ochránce práv, Údolní 39
středa	17. 12.	16.00–20.00	Praha, Lék. dům, Sokolská 31

OBSAH

INFO SVL

- 04** | ZPRÁVA Z TISKOVÉ KONFERENCE AKTUALITY DIABETU:
PŘEDSTAVENÍ DIAGNOSTICKÉHO PŘÍSTROJE CLEARPATH
MUDr. Martin Seifert
- 05** | MOBILNÍ HOSPICOVÁ PÉČE.
MUDr. Bohumil Skála, Ph.D.
- 06** | NA KONFERENCI MILIONÁŘŮ
doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D., MUDr. Martin Seifert
- 08** | ZPRÁVA Z VÍKENDOVÝCH VZDĚLÁVACÍCH SEMINÁŘŮ SVL ČLS JEP
KONANÝCH ROKU 2014
MUDr. Dana Moravčíková
- 15** | MAMOGRAFICKÝ SCREENING
MUDr. Zuzana Miškovská, Ph.D.

ODBORNÉ ČLÁNKY

- 16** | FUNKČNÍ PORUCHY POHYBOVÉ SOUSTAVY
MUDr. Kateřina Študentová, MUDr. Karel Pitr
- 21** | FYTOTERAPIE V LÉČBĚ KAŠLE – MECHANISMUS ÚČINKU
BŘEČŤANU, PRŮKAZY VÝSLEDKŮ LÉČBY
MUDr. Daniela Kolečková, RNDr. Dana Nováková
- 24** | HYPERTONIK V PRIMÁRNÍ PÉČI – POHLED NEFROLOGA
prof. MUDr. Václav Monhart, CSc.
- 29** | NA ČESKÝ TRH PŘICHÁZÍ VŮBEC PRVNÍ FIXNÍ
ANTIHYPERTENZNÍ TROJKOMBINACE
prof. MUDr. Jiří Widimský jr., CSc.

KAZUISTIKY

- 30** | KAZUISTIKA ZE SOUDNĚ LÉKAŘSKÉ PRAXE
MUDr. Pavel Brejník

PC A DOKTOR

- 38** | JAK (SI) BEZPEČNĚ ORDINOVAT TABLETY
ANEŽ NA KTERÉ TABLETY ANI SÚKL NEMŮŽE
MUDr. Cyril Mucha

ZE SVĚTA MLADÝCH PRAKTIKŮ

- 40** | MALLORCA EXCHANGE 2014
- 41** | MINIHIPPOKRATES: 1. ITALSKÁ VÝMĚNNÁ MINIKONFERENČE
- 42** | ZNALOSTNÍ TEST

practicus

odborný časopis SVL ČLS JEP
8/2014, ročník 13

Vydavatel:

Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP

Adresa redakce:

Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP
U Hranic 16, 100 00 Praha 10
tel.: 267 184 064
fax: 267 184 041
e-mail: practicus.svl@cls.cz
www.practicus.eu

Redakce:

Šéfredaktorka:

MUDr. Jaroslava Laňková, lankova@svl.cz

Redakční rada: MUDr. Pavel Brejník, doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc., MUDr. Rudolf Červený, Ph.D., MUDr. Eva Grzegorzová, MUDr. Alice Havlová, MUDr. Otto Herber, MUDr. Toman Horáček, MUDr. Igor Karen, MUDr. Stanislav Konštacký, CSc., MUDr. Josef Kořenek, CSc., MUDr. Zuzana Miškovská, Ph.D. MUDr. Dana Moravčíková, MUDr. Cyril Mucha, doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D., MUDr. Bohumil Skála, Ph.D., MUDr. Jana Vojtišková

Poradci redakce: MUDr. Jiří Burda, MUDr. Jiří Havránek, MUDr. Ambrož Homola, Ph.D., MUDr. Jiří Horký, MUDr. Karel Janík, MUDr. Milada Kratochvílová, MUDr. Marie Manoušková, Ph.D., MUDr. Anna Richterová, MUDr. Alexandra Sochorová, MUDr. Helena Stárková, MUDr. Alena Šimurdová, MUDr. Jan Šindelář

Odborní redaktori:

MUDr. Ilona Dobešová, MUDr. Cyril Mucha

Manažerka časopisu:

Hana Čížková

Spolupracovnice časopisu:

Andrea Vrbová, Romana Hlaváčková

Náklad 6 000 ks. ••• Vychází 10× ročně. ••• **Pro praktické lékaře v ČR zdarma.** ••• Roční předplatné pro ostatní zájemce **610 Kč.** ••• Přihlášky přijímá redakce. ••• Toto číslo bylo dáno do tisku 10. 11. 2014 MK ČR E13477, ISSN 1213-8711.

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

© SVL ČLS JEP, 2013



Zpráva z tiskové konference Aktuality diabetu: Představení diagnostického přístroje ClearPath

MUDr. Martin Seifert

praktický lékař, Praha Karlín

Dne 14. 10. 2014 proběhla v knihovně III. interní kliniky Všeobecné fakultní nemocnice v Praze tisková konference na téma aktuality diabetu. Ve skutečnosti šlo o představení nového „screeningového“ přístroje ClearPath firmy Videris, s. r. o., který údajně dokáže odhalit tkáňové změny provázející diabetes mellitus až 7 let před vznikem orgánových komplikací. Celou konferenci nahrávaly kamery České televize, Televize Prima i dalších televizních stanic a mikrofony několika radiostanic. Celkový počet účastníků byl odhadem okolo dvaceti. Já jsem se prezentace zúčastnil jako vyslanec SVL ČLS JEP.

Na úvod konference vystoupili s krátkým sdělením zástupce firmy Videris, Mgr. Dana Jurásková, Ph.D., MBA, ředitelka Všeobecné fakultní nemocnice v Praze, emeritní profesor IV. interní kliniky VFN doc. Petr Bartůňek a prof. MUDr. Štěpán Svačina, DrSc., MBA, přednosta III. interní kliniky VFN a 1. LF UK, který hrdě zhodnotil III. interní kliniku VFN jako vrcholné diabetologické pracoviště, které se touto chorobou historicky zabývá. Dále vystoupili s powerpointovou prezentací doc. MUDr. Martin Prázný, CSc., Ph.D., zástupce diabetologického centra III. interní kliniky VFN a prof. MUDr. Jan Škrha, DrSc., MBA, vedoucí diabetologického centra III. interní kliniky VFN. Ve stručnosti nás uvedli do problematiky současného epidemiologického stavu diabetu jak v České republice, tak i na celém světě a přiblížili nám proces glykace bílkovin a jeho využití v diagnostice.

Přístroj ClearPath už se zkouší nějakou dobu v USA. V České republice je zatím tento jediný exemplář, který má dočasně zapůjčený III. interní klinika VFN, která na něm provádí testovací a studijní měření. Přístroj měří na základě fluorescence míru glykace proteinů v oční čočce. Měření je tedy zkrácené u patologických stavů čočky, jako katarakta, stavy po operaci čočky apod. Hodnoty se pohybují asi od 0,1 do 0,5, přičemž asi od 0,25 je už hodnota patologická, ovšem v závislosti na věku. Celý proces vyšetření vyjde asi na 1 minutu, samotné měření asi na 6 s.

Následoval prostor pro dotazy, které zodpovídal převážně profesor Škrha. Domnívá se, že by přístroj mohl nalézt uplatnění v časně diagnostice diabetu i v posouzení rizika rozvoje komplikací onemocnění. Představuje si ho spíše na specializovaných pracovištích, nežli v běžných ambulancích, a to především pro jeho vyšší cenu (nyní asi kolem 500 000 Kč). Všichni zúčastnění specialisté se shodli na tom, že přístroj najde mnohem větší uplatnění v zemích jako USA, kde žije velké procento obyvatel, kteří se k lékaři běžně nedostanou, a diagnóza diabetu bývá u nich stanovena příliš pozdě.

Po skončení diskuze byli profesor Škrha a docent Prázný zpovídáni novináři, zatímco si ostatní přítomní mohli vyzkoušet vyšetření na vlastní kůži... či spíše oči. Vyšlo mi 0,12! Byl jsem tedy ujštěn doktorem Škrhou mladším, který přístroj obsluhoval, že si klidně mohu dát laskonku či punčový dortík, jež se na místě nabízely.

V Praze dne 14. 10. 2014





Mobilní hospicová péče

MUDr. Bohumil Skála, Ph.D.
Praktický lékař, Lanškroun

Vážené kolegyně, vážení kolegové, rád bych se vyjádřil k e-mailové diskusi na téma MOBILNÍ HOSPICOVÁ PÉČE.

Nejprve se MUDr. Miškovská ptala, kam se posouvá spektrum péče agentur domácích služeb. Toto téma, tedy co je nevhodnější po odborné, ekonomické a lidské stránce, se táhnou jako červená nit současnými jednáními jak na MZ ČR, tak na zdravotních pojišťovnách. Je několik možností, jak péči agentur domácích služeb pojmut. Dovolte mi, abych vám je představil:

- 1) K dispozici je ambulantně dostupný lékař se specializovanou způsobilostí v oboru paliativní medicíny, který vede vlastní tým, složený ze sociálního pracovníka, duchovního, psychologa...
 - a) Z nemocnice nebo od praktika jsem vyzván jako jakýkoli další odborný konzultant a vyjadřuji se ke konkrétnímu pacientovi, nastavují se kritéria, která umožní odbornému ambulantnímu specialistovi (z oboru paliativní medicíny) vykonávat návštěvy, a tak podobně.
 - b) Stanovím plán péče, což odpovídá Karnofskému indexu, a nyní navrhnu společně s ošetřujícím lékařem (onkologem, praktikem) a pacientem (pokud je toho schopen) a jeho rodinou plnou dispensární péči, kterou zajišťují včetně léčby symptomů, vedu také dokumentaci pro informaci toho lékaře, který o konzultaci požádal, respektive lékaře, který mi předal pacienta do péče paliativní ordinace. Vykonávání návštěv ambulantního lékaře je sice nezvyklé, ale vhodné.

Na půdě Společnosti paliativní medicíny a poskytovatelů domácí péče se vede také spor o to, jaké sestry popsanou péči poskytnou. Lékaři z oboru paliativní medicíny preferují své pracovnice, které si specialista vyškolí. Tato varianta byla na MZ ČR a na pojišťovnách nakonec schválena
2. Paliativní lékař pracuje samostatně a na ošetrovatelskou práci si najímá agenturu domácí péče (plně vybavenou 7/7/24/24, technicky i personálně). Diskutuje se o ceně za den péče, za výkon DRG (varianta).

Jako zástupci odborné společnosti jsme jednoznačně, ruku v ruce se zástupci SPL, trvali na tom, že VPL odesílá a koordinuje jako jakoukoli ambulantní péči konzilium. To rozhoduje o dalším postupu, tedy o rozsahu práce lékaře z oboru paliativní medicíny (jak to ve skutečnosti funguje s dostupností a s docházením do jiných odborných ambulancí, nyní víme všichni – pacienti docházejí, kam chtějí). Nyní má nemocnice povinnost oznámit registrujícímu PL, ale také možnost nastavit na 14 dní klasickou domácí péči, a v tom případě o postupu rozhodujeme my.

Tato povinnost má být také zakotvena při indikaci mobilní hospicové péče z lůžka nemocnice přímo na pacienta doma (o další péči by měl rozhodovat tým – a přinejmenším registrující PL měl být informován).

Je řada důvodů, proč se dostáváme do sporů:

- Péči nechce a neumí poskytnout pacientova rodina
- Péči nechce pacient
- Péči neumožní společnost Reálné překážky
- Ale také my sami občas nechceme

A tak opravdu současné mobilní hospice fungují v jiném světě. Jsou navázané mnohdy na charitu a na diecéze, žijí z darů, příspěvků, nikoli ze zdrojů pojištění.

Řada z nich je hraničně militantních a neslyšících na kritické hlasy, v nichž spatřují útok (finance je občas opravdu nezajímají).

Pracovníci hospiců jsou bytostně přesvědčeni, že mají pravdu, že vše dělají správně a za správné věci také bojují. Zatím jen slovně, někteří nastavují hruď, třímají prapory a v nedávných časech by vedli na barikády rodiny pacientů, aby nám skeptikům ukázali.

Někteří vyznávají heslo, že je třeba vymýtit nepravověrné a nevěřící (v myšlenky, že jen oni se umějí postarat o nemocné a umírající), a to prosím nezlehčuji, vedl jsem s nimi celou řadu diskusí...

Na ně se nabalují vizionáři zisku: umírající člověk má rodinu, a ta zaplatí.

Reálně víme o několika regionech, kde agentury domácí péče – v režii některých organizací – tzv. kradou pacienty z lůžek onkologií, jednoznačně nabízejí tzv. hospicové služby (ač nemají ani vybavení, ani erudici), vybírají poplatky za svou návštěvu, mají ve svém týmu lékaře (mnohdy ani ne specialistu) a indikují léky, pomůcky, práci, úkony...

Rodina chodí již se soupisem, co má praktik předepsat a zařídit, a sestry již mají vyplněný dotazník, další formulář pro paliativní domácí hospicovou péči....

A když praktik vyjádří pochybnosti, tak se rodina pacienta obratem dozví, že on je ten zloduch, který odpírá možnost důstojné smrti pro jejich příbuzného.

Opět hovořím ze zkušenosti, nikoli své, ale vzešlé z mapování aktivity hospicové domácí paliativní péče v rámci výuky bakalářů v posledním ročníku LF Hradec Králové.

VZP zatím na území krajů Hradeckého, Pardubického a Ústeckého neneviduje ani jednu smlouvu agentury DP, která by umožňovala těmto agenturám lege artis hospicovou péči nabízet.

Pokud budou stanovena pravidla, vyškolení pracovníci, dostupná technika, jestliže bude jasně dáno, že se prakticky jedná o systém odborné ambulantní péče, bude to ku prospěchu pacientů, což tvrdím s plnou odpovědností (doporučenými postupy paliativní péče se jako koordinátor zabývám léta). Nejde o lékařskou a lidskou praxi, ale o technické, systémové záležitosti, a ty musí být jasné.

P. S. Sami vidíte a čtete prvotní námítky: berou nám práci... chtějí se přizvít...

A tedy znovu opakuji: není potřeba stát na jedné nebo druhé straně, máme svůj svébytný pohled na pacienty, nenechme se tedy vmanipulovávat do argumentů, které poslouží právě jen zlatokopům, tady spíše supům, slétajícím se nad kořist, která se nemůže bránit.



Na konferenci milionářů

doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D., Vědecký sekretář SVL ČLS JEP
MUDr. Martin Seifert, praktický lékař, Praha Karlín

Titul této zprávy je nadsázkou, ke které svádí zkušenost z návštěvy Běloruska, ale jakkoli je hořce ironická, není míněna zle.

Na konferenci WONCA ve Varšavě v roce 2011 mne oslovil běloruský kolega Alexander a zajímal se o naši primární péči. Pozval jsem ho na světovou konferenci do Prahy a zapomněl na něj. Bělorusové do Prahy nepřijeli, ale později mne pozvali na svůj národní kongres letos v září. Byl jsem blízko k rozhodnutí se omluvit, navíc když jedním jazykem kongresu byla ruština. Pak jsem si ale vzpomněl na devadesátá léta a na podporu kolegů ze západní Evropy, a dospěl k názoru, že je čas, abychom také my velkoryse dávali a pomáhali. Právě v den, kdy jsem s pocitem dobrého skutku potvrdil Bělorusům návštěvu, slyšel jsem v rozhlase kritickou rozpravu o Lukašenkově režimu...

Bělorusové měli nakonec zájem i o vystoupení mladého praktika, a tak jsme se chystali dva. Prezentace i doprovodné texty jsme nechali přeložit do ruštiny. Sháněli jsme informace o Bělorusku. Zjistili jsme, že je rodištěm fenomenálního výtvarníka Marka Chagala, klíčového стратега studené války Gromyka, izraelských politiků Menachima Begina a Šimona Perese, že odtud pochází tvůrce ruských stíhaček Suchoj a že nejslavnějším a také nejbohatším běloruským sportovcem je biatlonistka Domračevová. Stát je veden již 20 let nezastupitelným prezidentem Lukašenkem. V Bělorusku nejsou hory, zato hodně lesů, jezer a bažin. Oficiálním jazykem je kromě běloruštiny i ruština. Běloruština má více shodných slov s češtinou, ale moc ji ve městech neuslyšíte.

Kongres byl umístěn do zhruba půlmilionového města Gomelu, 300 km na jihovýchod od Minsku, v provincii nejbližší ukrajinského Černobylu, která se po katastrofě v roce 1986 prakticky vylidnila. Jedním z opatření, jak provincii vrátit život a přivést tam lékaře, bylo založení university včetně lékařské fakulty.

Národní kongres lékařů ambulantní péče se konal po 6 letech. Z pěti set účastníků bylo jen 55 praktických lékařů, ale bylo nám řečeno, že pravidelná setkání praktických lékařů se konají na regionální úrovni. Organizátorem kongresu bylo Ministerstvo zdravotnictví Běloruska (MZB) a to také sjednalo podporu farmaceutických firem. O nezávislé odborné společnosti praktických lékařů nepadlo ani slovo. Kongres byl jen pro zvané, na náklady MZB, a převažovali lékaři na různých vedoucích pozicích, z centra i regionů. Drtivé bylo tříhodinové slavnostní zahájení, ve kterém vystoupilo podle hierarchie postavení asi 15 činnovníků. Ministr nakonec přijet nemohl, nahradil ho náměstek. Zahájení vyvrcholilo státní hymnou. Odborný program ve třech sekcích zhruba odpovídal našemu, s tím, že předná-

šeli vesměs specialisté a organizátoři. To, že jsem přednesl svůj příspěvek ke screeningu v ruštině, brali všichni jako samozřejmost.

Pouze vybraní lékaři se mohli zúčastnit dvou sekcí k rozvoji primární péče, které se konaly v jiné budově, a na které MZB pozvalo kromě nás také Lotyšské, Estonské, Kazachy a zástupce Ruska. A to byly sekce mimořádně zajímavé.

V našem prvním příspěvku dr. Martin Seifert popsal rezidenční program, specializační přípravu a postavení mladých praktiků v ČR. Následující hodinu pak byl grilován dotazy v ruštině, na které se také snažil rusky odpovídat. Naivně směřoval výzvu, určenou pro mladé běloruské praktiky k připojení do programu Vasco da Gama, přítomným zasloužilým lékařům. Jako molodce ho potom všichni plácali po zádech.



Diskuze v hale univerzity v Gomelu

Až příliš tvrdé mi připadalo srovnání příspěvků mluvčích zemí z EU (Lotyšsko, Estonsko a ČR) s příspěvky Bělorusů, Rusů a Kazachů. Zdůrazňovali jsme roli privatizace a možnosti autonomie praktických lékařů. Hovořili jsme o tom, jakým motivačním nástrojem je financování praxí a jakou roli hrají nezávislé organizace, jako je naše odborná společnost nebo sdružení. Oproti tomu zdůrazňování výhod státního systému, centrálního řízení a poliklinik v Bělorusku znělo archaicky, až komicky. Také v Rusku a v Kazachstánu dominuje státní zdravotnictví, ale finanční podmínky lékařů v těchto zemích jsou lepší, než v Bělorusku. Plat zdravotní sestry činí zhruba 3 miliony běloruských rublů (odpovídá asi 6000 korunám), asistent lékaře bere 3–4 miliony a řadový lékař 5 milionů. Alexander je vedoucím praktickým lékařem v oblasti Grodno (odpovídá našemu kraji) a je pyšný na svůj plat 9 milionů. Pracuje na venkovské poliklinice a s kolegou sdílí prakticky nepřetržitou dostupnost svým pacientům. Za výkony mimo pracovní dobu nedostává další odměnu.

Lékařské školy jsou bezplatné, pokud student dosáhne při přijímacích zkouškách určité hranice bodů. 2 roky po ukončení studia jsou absolventi zavázáni pracovat v Bělorusku podle systému jakýchsi umístěnek. Lékařů je dostatek. Ostatně běloruský diplom platí kromě Běloruska jen v Ruské federaci. Po absolvování fakulty absolvují všichni lékaři roční nemocniční praxi, po které následuje 1–2 roční specializace. Kvalifikační zkoušku organizují university. V primární péči působí tzv. terapeuti, s nižší (roční) specializací, kteří odpovídají našim obvodním lékařům z předlistopadové éry. Vyšší (dvouletou) specializaci mají všeobecní praktičtí lékaři (VPL), kteří ošetřují i děti, ale působí na poliklinikách vedle pediatrií a dalších ambulantních specialistů. Aktuálně je naplňován záměr, aby vedle sestry působil v každé ordinaci také asistent lékaře se vzděláním na půli cesty mezi sestrou a lékařem.

Navštívili jsme dětskou polikliniku s mnoha specialisty, celkem moderní, ale bohužel jsme neměli příležitost podívat se do ordinací. Vlastně jsme s žádným řadovým praktičkem nemluvili, potkali jsme jen samé lékaře ve vedoucích funkcích. Pochopili jsme, že klíčová mezinárodní doporučení jsou převáděna do ministerských metodických pokynů, které určují kvalitu péče. Preskripce je generická a je omezena na vybrané molekuly. Zdravotní péče je bezplatná, ale stejně jako v Ruské federaci pacienti platí plnou cenu léků. Mohou si například koupit antibiotika nebo léky na hypertenzi bez receptu.

Den jsme strávili v hlavním městě Minsk, ve kterém bylo ještě možné vnímat dozvuky MS v hokeji. Hlavním tématem města je ovšem válka, kterou připomínají četné pomníky a zejména monumentální, nově přebudované muzeum Velké vlastenecké války, do kterého proudí davy školáků. Každý Bělorus vám připomene, že během 2. světové války přišlo o život 2,5 milionu z 8,5 milionu příslušníků národa. V každé rodině jsou oběti. Staré město Minsku bylo za války celé zničeno. V posledních letech je postup-

ně rekonstruováno do víceméně původní podoby, podobně jako ve Varšavě. Hospoda se nenabízí na každém rohu, ale přeci jen nějaké najdete. Na jídelním lístku najdete vždy soljanku, boršč a další východoevropská jídla, která jsou vždy umně připravena. Typicky běloruské jsou prý „draničky“ – naše bramboráky. Pravidlem bývá pivo vařené podle českého receptu, velmi často přímo v restauraci či v malém přilehlém pivovaru. Dobrá večeře ve dvou v centru Minska vás vyjde na půl milionu rublů. Nejtatraktivnější večerní program vám pak nabídne národní cirkus v dominantní kamenné aréně v centru.

Poznali jsme Bělorusy jako hrdé a šťastné lidi, kteří mají rádi svoji zemi a jsou vděční za mír a klid, který mají k životu. To zdůrazňují, zatímco ekonomická a občanská svoboda, možnost cestovat a poznat svět, nejsou ani pro rozhovory se vzdělanými lékaři vhodné náměty.

Měl jsem v úmyslu, jako pozornost kolegům, v Gomelu vylosovat jeden volný vstup na evropskou konferenci WONCA 2017, která se bude konat v Praze. Brzy jsem ale pochopil, že nemůže rozhodnout los, ale jen kdosi v Minsku. Byla to poučná návštěva k 25. výročí naší demokracie.



S běloruským hostitelem, kolegou Alexandrem



Zpráva z Víkendových vzdělávacích seminářů SVL ČLS JEP konaných roku 2014

MUDr. Dana Moravčíková
Praktický lékař, Olomouc

Stalo se již dobrým zvykem a tradicí, že se všeobecní praktičtí lékaři během roku pravidelně setkávají na cyklu Víkendových vzdělávacích seminářů SVL ČLS JEP. Množství pozitivních reakcí, které jsme obdrželi v rámci zpětné vazby a i nakonec účast všeobecných praktických lékařů (VPL) na seminářích, svědčí o jejich výrazně zvyšující se oblibě. V letošním roce proběhl již 7. ročník těchto vzdělávacích programů. Standardními místy našeho setkávání se staly Jeseník, Srní, Luhačovice, Špindlerův Mlýn a na závěr tradičně moravský Mikulov. Vybírali jsme pro vás témata medicínských oborů, která jsou zajímavá a přínosná do klinické praxe VPL. Velmi pozitivní reakce jsme zaznamenali na workshop MUDr. Igora Karena s tématem „Přístrojová technika v ordinacích VPL se zaměřením na pacienty s diabetem mellitus“. Rovněž jeho přednášky: Centrálně působící antihypertenziva v ordinaci VPL, Cílové hodnoty komorbidit u různých typů pacientů s DM 2. typu a Jak můžeme být úspěšnější v léčbě pacientů s diabetem mellitus a hypertenzí, jsou témata, která sehrávají čím dál tím důležitější postavení v praxi VPL. Kolegům setkávajících se nejen na našich „víkendovkách“ je známa přednášková erudice MUDr. Karena, která byla vedle teoretických pohledů doplněna i o praktickou část. Námi probíraných tématech jsme se nemohli vyhnout ani oblasti infekcí, a to zvláště horních a dolních cest dýchacích. Jedná se přece jen o dávku naší každodenní praxe v ordinacích! Mluvili jsme o racionální antibiotické terapii v ordinaci VPL (MUDr. Igor Karen) a na otázku jsou-li úzkospektrá penicilinová antibiotika dostatečná pro léčbu horních cest dýchacích nám velmi fundovaně odprezentoval RNDr. Miloš Červený. Otázkami kardiovaskulárních rizik a komu a kdy dát vysoké dávky statinů bylo tématem odborné prezentace prof. MUDr. Hany Rosolové, Dr.Sc. a MUDr. Tomáše Freibergera, Ph.D. Při přednášce nám byl představen projekt MedPed, který je zaměřen na závažné geneticky podmíněné poruchy tukového metabolismu, a to především takové, které vedou k předčasným úmrtím v důsledku akcelerovaného rozvoje aterosklerózy. V této fázi projektu je největší pozornost věnována familiární hypercholesterolemii. Cílem projektu MedPed je včas diagnostikovat a účinně léčit co největší počet postižených jedinců a tím dramaticky snížit jejich riziko předčasných úmrtí. Z následujících okruhů na téma „Dna a kardiovas-

kulární riziko“ nám odpřednášel doc. MUDr. Petr Němec. S mnohdy marginálně pojímaným tématem „Když úzkost bolí“, nás seznámil MUDr. Pavel Doubek. Rovněž tyto přednášky se setkaly s velmi dobrou odezvou. Do našeho časopisu Practicus jsme pro vás vybrali některá velmi zajímavá sdělení, oslovili přednášející a ti nám ze svých prezentací připravili článek, viz níže k jejich sdělení.

Bilastin v léčbě chronické urtikarie

MUDr. Nina Benáková, Ph.D.

*dermatovenerologická klinika 1. LF UK
a dermatologická ordinace Immunoflow Praha*

Urtikarie tvoří etiopatogeneticky nesourodou skupinu, která se na kůži projevuje výsevy kopřivkových pupenů (pomfy, urtiky), případně i angioedémem. Typický je náhlý vznik a obvykle prchavý charakter. Kopřivka a angioedém představují spektrum jedné choroby – podkladem je edém v korigu, avšak v různé hloubce. Kopřivka je častým kožním projevem, celoživotní prevalence se pohybuje mezi 15–30, na chronickou kopřivku trpí cca 1% populace.

Akutní kopřivka odeznívá sama spontánně a obvykle nevyžaduje nějakou náročnou vyšetřovací a léčebnou intervenci. Léčba a zvládnutí chronické urtikarie jsou náročná a svízelná – žádný stávající lék není totiž plně uspokojivý. Je to pochopitelné vzhledem k heterogenitě příčin, mediátorů, spouštěcích vlivů a dalších kofaktorů. Oproti předchozím dobám ale již existují dostupné a aktualizované Evropské doporučené postupy pro diagnostiku a léčbu urtikarie (EAACI/GA(2)LEN/EDF), poskytující lékařům objektivně prověřené vodítka v diagnostice i léčbě. Zjednodušily anamnézu vytipováním zásadních otázek pro detekci příčin a spouštěcích faktorů a volbu léčby, zpřehlednily klasifikaci, zakomponovaly do klasifikace a vyšetřovacího algoritmu nové poznatky o urtikariálních syndromech a angioedému, navrhly racionální postup pro laboratorní vyšetřování, v léčbě prověřily třístupňové schéma dle reakce na léčbu antihistaminiky a další pozitiva.

Stávající klasifikace (viz tab. 1) rozděluje kopřivky do dvou kategorií z hlediska vyvolatelnosti projevů na spontánní (nelze je opakovaně vyvolat) a indukovatelné (lze je opakovaně vyprovokovat stejným vlivem). Zvláště pak

Tabulka 1. Klasifikace urtikarií

Spontánní urtikarie	Indukovatelné urtikarie	Urtikariální syndromy
Akutní - ze známých příčin - z neznámých příčin	Fyzikální: dermatografická tlaková chladová tepelná solární vibrační Jiné: kontaktní cholinergní aquagenní <i>námahou indukovaná</i>	Autoinflamatorní: - Schnitzlerův syndrom - Muckle-Wellsův syndrom, chladová familiární urtikarie, NOMID aj. kryopyrinopatie - polymorfní těhotenská erupce - Stillova choroba Urtikariální vaskulitida (lupus erythematosus, Sjogrenův syndrom, kryoglobulinemie, hypokomplementemie)
Chronické - ze známých příčin - z neznámých příčin	Chronické časně nebo pozdní	Chronicky recidivující

Námahou indukovaná kopřivka nepatří již k fyzikálním, ale bere se jako příznak anafylaxe

řadí urtikariální syndromy, kdy je urtikarie jedním z řady příznaků systémové choroby. Tyto urtikarie nesvědčí, jsou bez angioedému, mediátorem je především IL-1. Dále do této zvláštní skupiny patří urtikariální vaskulitida, kde kopřivka trvá déle jak 24 hodin a je bez angioedému.

Chronické urtikarie představují crux pro pacienta i lékaře, protože jsou až v 50% bez zjistitelné příčiny či spouštěcích faktorů. Chronicky mohou probíhat urtikarie jak spontánní (nejčastější), tak indukovatelné (méně časté), tak v rámci urtikariálních syndromů (řidké). Za chronickou kopřivku se považuje trvání nad šest týdnů s výsevy minimálně 2x týdně. U chronických spontánních kopřivek se odhaduje autoimunitní etiologie cca na 40% (autoprotilátky proti IgE a proti receptoru pro IgE na mastocytech a basofilech), o zbytek se dělí vlivy infekční a potravinové (pseudoalergické). Kromě mastocytů a jejich klasických mediátorů se objevuje role i dalších mediátorů (leukotrieny, PAF, prostaglandiny, bradykinin, interleukiny, složky komplementové a hemokoagulační kaskády aj.). Kopřivku lze tedy definovat jako reakční formu kůže na různé vasoaktivní mediátory.

V diagnostice urtikarie je výtěžnější cílená, strukturovaná anamnéza a klinické vyšetření než laboratorní vyšetření. Elementární jsou čtyři níže uvedené rozlišující otázky, od nichž se odvíjí další vyšetřovací a léčebný postup.

Angioedém kopřivku obvykle provází (alergický a pseudoalergický angioedém), nemusí tomu tak být ale vždy. Recidivující samotné angioedémy bez kopřivky budí podezření

Základní anamnestický postup k rozlišení typu chronické urtikarie

	Otázka	Kladná odpověď → typ kopřivky, opatření
1.	Kopřivka a angioedém?	suspekce na <i>spontánní</i> či <i>indukovatelnou</i> kopřivku → základní vyšetření, edukace pacienta, prevence, zahájit léčbu antihistaminiky
2.	Doprovodné příznaky? teploty, artralgie, myalgie, únava, cefalea, bolesti břicha	suspekce na autoinflamatorní <i>urtikariální syndromy</i> kopřivka bývá bez angioedému → rozšířený panel vyšetření, vč. systémových chorob
3.	Pomfy nad 24 hodin?	suspekce na <i>urtikariální vaskulitidu</i> či <i>dermatitidu</i> → biopsie → rozšířený panel vyšetření
4.	Lze kopřivku vyvolat? fyzikálními/kontaktními vlivy? tlak, teplo, chlad, slunce, voda, cvičení, pocení, tření, vibrace	suspekce na <i>indukovatelné urtikarie</i> → prevence spouštěcích faktorů, event. expoziční/ fyzikální testy zahájit léčbu antihistaminiky
5.	Kopřivka bez doprovodných příznaků, trvá méně jak 24 hodin a není indukovatelná	→ <i>spontánní urtikarie</i> → základní vyšetření, zahájit léčbu antihistaminiky

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

na bradykininem zprostředkované typy angioedému jako je polékový (ACEI, NSAR) nebo komplementový (inhibitor C1 složky). Samotná recidivující kopřivka bez angioedému pak na autoinflamatorní choroby.

Léčba by měla být komplexní. Pro celkové zvládnutí kopřivky je významná edukace a psychosomatický přístup lékaře k pacientovi. Málokdy lze příčinu kopřivky odhalit a odstranit, proto je v praxi důležité eliminovat či alespoň minimalizovat obecné spouštěcí faktory. Praktické jsou pro pacienty i písemné informace a sledování potenciálních spouštěcích vlivů formou deníčku. Léky první volby **nesedativní H1 antihistaminika 2. generace**, a to v kontinuálním podávání. Pokud je efekt léčby antihistaminiky ve standardním dávkování (1x1 tbl./den) malý, je dle současných doporučených postupů (aktualizace 2013) druhým krokem **zvýšit dávkování na dvojnásobek standardní dávky**, což se ukazuje být účinnější než kombinace stávajících nesedativních antihistaminik. Prokázaný účinek vyšších dávek, tzv. supraklinických/supraterapeutických, je pro CU zdokumentován jen u následujících antihistaminik: *bilastin*, *fexofenadin*, *desloratadin*, *levocetirizin* a *rupatadin*. A pokud ani při čtyřnásobném dávkování výše uvedených antihistaminik není kopřivka pod kontrolou, přichází na řadu třetí krok – přidání imunosupresivních léků k antihistaminikům. Jmenovitě se jedná o *montelukast* (antagonista leukotrienů) nebo *cyklosporin A* (inhibitor kalcineurinu) anebo *omalizumab* (monoklonální protilátka proti IgE). Celkové kortikoidy se doporučují jen jako krátký náraz pro zvládnutí akutní exacerbace.

Bilastin (Xados®) je nové nesedativní antihistaminikum druhé generace se specifickým a selektivním H1 antihistaminovým účinkem (nemá účinky anticholinergní, -adrenergní, -muskarinové). Navíc má i účinky protizánětlivé a imunomodulační (via IL-4, TNF alfa). K jeho přednostem patří rychlý nástup účinku do jedné hodiny a dlouhé udržení účinné hladiny po dobu 24 hodin. Je indikován kromě urtikarie též pro léčbu alergické rinokonjunktivitidy, a to od věku 12 let (zatím, studie na dětské populaci běží). Standardní dávkování je 1 tableta á 20 mg/den. Bilastin není metabolizován přes jaterní cytochromy, proto prakticky nemá lékové či potravinové interakce, což je výhodné zejm. u pacientů s četnou medikací. S věkem ani s tělesnou hmotností, při hepato- či nefropatiích není třeba dávku upravovat. Má výborný bezpečnostní profil – nepotencuje účinky alkoholu, neakumuluje se. Není sedativní, vazebný potenciál bilastinu pro H1 receptory v mozku je minimální a i obecně jsou vedlejší účinky

léku na úrovni placebo. Ve srovnávacích studiích měl bilastin z hlediska případné sedace lepší profil než cetirizin, desloratadin nebo levocetirizin. Bilastin prokázal velmi dobrou bezpečnost a snášenlivost i ve zvýšeném dávkování (2–4x), které je u chronických spontánních a fyzikálních urtikarií často zapotřebí.

Bilastin představuje vítané rozšíření spektra moderních nesedativních antihistaminik, je to lék s velmi dobrým poměrem účinnosti k bezpečnosti.

Podrobnější informace viz Benáková N.: Chronické urtikarie v teorii a praxi. *Alergie* 2014, 2, 28-32.

Sekundární osteoporóza – úloha PL v prevenci a léčbě

J. Jenšovský

Interní klinika I. LF UK, Ústřední vojenská nemocnice-Vojenská fakultní nemocnice Praha

Přednosta prof. MUDr. M. Zavoral, Ph.D.

Osteoporóza /OP/ je onemocnění spojené s úbytkem kostní hmoty a změnami architektury- mikroarchitektury kostí, spojené s vyšším rizikem zlomenin. Jedná se o stav s velmi významnou složkou dědičnosti a plíživým vývojem, začínajícím často již v časném dětství. Zvláště zádné a významné bývají formy osteoporózy sekundární, spojené s dobře definovanou vyvolávající příčinou. Je potřeba si uvědomit, že riziko zlomenin se zvyšuje již v pásmu denzitometrické osteopénie a nelze čekat až pacient klesne do pásma OP se zahájením preventivních a terapeutických opatření. Navíc, a to je v poslední době patrné stále více, nejde při hodnocení rizika zlomenin pouze o výsledek denzitometrie /DXA/, ale o hodnocení celkového stavu pacienta, komplexu jeho rizikových faktorů, z nich nejvýznamnější je riziko pádů. K naprosté většině zlomenin dochází u osob mimo pásmo OP u pacientů s osteopénií. Je proto potřeba zamýšlet se trvale nad tím, zda choroba, kterou pacient trpí nebo léky, které užívá, nemohou být spojeny s vyšším rizikem progresu do pásma OP.

K základním rizikovým faktorům farmakologickým patří jistě systémové užívání glukokortikoidů /GK/. Tyto léky užívá v populaci celkem téměř 1% osob, ve věku nad 70 let to ale může být až 2,5% populace. Celkem užívá léky, o kterých se ví, že se mohou podílet na vzniku OP asi 4–5% osob. Přitom /GIOP – glucocorticoid induced osteoporosis/ se objevuje až u poloviny osob léčených kortikoidy déle než půl roku a až jedna třetina takto postižených osob utrpí OP

zlomeninu. Stav skrývá dvě zrádnosti. Za prvé se nejedná o proces lineární. Je porušen vztah mezi poklesem kostní denzity vyjádřeným T skóre a rizikem zlomenin. Pokles již o 1 SD/směrodatnou odchylku/ zvyšuje riziko vertebrálních zlomenin šestinásobně! Za druhé existuje velmi významná interindividuální vnímavost skeletu jednotlivých pacientů ke kortikoidům. Dominantně je vždy postižen skelet s převahou trabekulární kosti, tedy páteř s hlavním rizikem obratlových zlomenin. Proces probíhá dvoufázově. Ve fázi první se jedná především o urychlení kostního obratu a rychlé ztráty kostní denzity, ve fázi druhé, chronické, se pak jedná především o útlum osteoformace. V každém kostním cyklu se tvoří až o 30 % méně nové kosti. Jedná se o proces velmi komplexní, podávání kortikoidů vede také k útlumu sekrece sexagenů, snížení metabolické aktivity IGF-I apod. Tedy obecně o deficit anabolických působků a současně je ovlivněn i metabolismus fosfokalciový deficit vstřebávání kalcia ve střevě, vliv na renální hospodaření s kalcium, sekundární hyperparatyreóza aj. Otázka nejnižší škodlivé dávky kortikoidů je předmětem letitých dohadů. Zdá se, že již dávky kolem 2,5 mg prednisonu podávané delší dobu mohou vyvolat OP spolehlivě. Rozporné jsou často také údaje o rizikovosti inhalačních steroidů. Je potřeba si uvědomit, že osoby užívající tyto léky jsou více ohroženy OP již z principu své nemoci, nemluví o celé řadě rizikových faktorů přidružených, jako např. kouření, nedostatečný příjem kalcia a všudypřítomný deficit D vitamínu. K největším a nejvýraznějším kostním ztrátám při nasazení GK dochází v první fázi – půl roku až rok po nasazení. Muži bývají k tomuto procesu citlivější, než ženy.

Podávání GK ale nemusí vést pouze k vzniku OP, komplikací poměrně velmi častou a také velmi často opomíjenou jsou aseptické nekrózy. Vyskytují se u 4–25 % pacientů na GK, postihují nejčastěji hlavice velkých kloubů, typicky kyčle. Jejich etiologie není jasná, uvažuje se o poruše cévního zásobování, embolizacích či kumulaci mikrofraktur. Jediným příznakem je bolestivost postižené oblasti. Pokud se na komplikaci včas nepomyslí, je proces rychle progredující a končí velmi často náhradou kloubu jako jediným možným řešením. Zradou je, že osteonekróza nebývá vidět na prostém snímku a je třeba indikovat MRI vyšetření, které ji odkryje spolehlivě. Sami máme v ordinaci 30letého muže, u kterého po podání 5 mg prednisonu z nefrologické indikace po dobu dvou měsíců došlo k osteonekróze hlavic obou ramenních a obou kyčelních kloubů.

Z výše uvedeného celkem logicky vyplývá, že máme-li omezit riziko vzniku GIOP, je třeba léčbu plánovat, provést vyšetření fosfokalciového metabolismu a denzitometrii před nasazením terapie a vlastní podávání kortikoidů pečlivě

monitorovat. Je třeba korigovat hypogonadismus a deficit anabolických působků, je potřeba případně zajistit nutriční intervenci.

Zvláště zrádnou formou sekundární OP je OP transplantáční. Jedná se o komplexní proces spojený s vlivem GK, imunosupresiv, deficitem anabolismu a převahou katabolických procesů, hypogonadismem a nedostatkem pohybu. K nejvíce ohroženým patří pacienti po transplantacích jater.

K dalším rizikovým terapiím spojeným s rozvojem možné sekundární OP patří chronické podávání heparinu, některých antikonvulziv u epileptiků, antacida s obsahem alumina, ale i blokátory protonové pumpy, léčba agonisty či antagonisty luteinizačního hormonu. K opomíjeným příčinám sekundární OP patří dlouhodobé snížení mobility, poddiagnostikování velmi četné celiakie a z dalších chorob jistě revmatoidní artritida, Bechtěrevova nemoc, idiopatické střevní záněty, stavy po zkratových operacích GIT, malnutrice, myeloproliferativní choroby, hypertyreóza a hyperparatyreóza aj. V poslední době vidíme stále častěji dramatické sekundární OP u mladých osob s mentální anorexií a u osob se selektivními poruchami příjmu potravy- extrémní diety.

Riziko zlomenin není ale, jak již uvedeno, závislé pouze na hodnotách DXA ale, především je spojené s rizikem pádů. V této souvislosti je třeba si všimat, kromě osteopénie, i sarkopénie. Jedná se o úbytek příčně pruhované svalové hmoty a její výkonnosti spojený s postupujícím věkem, ale také s mnoha možnými sekundárními příčinami, velmi podobně jako u osteopénie. Podobně jako osteopénie je dysbalancí mezi odbouráváním a novotvorbou tkáně. V klinické medicíně nejdramatičtějším a klasickým projevem negativního dopadu sarkopénie je stav spojený např. se zlomeninou krčku proximálního femoru. Deset dní naprostého klidu na lůžku může vést ke ztrátě 1,5 kg svalové hmoty („lean body mass“), k čemuž v normálním životě dochází za celou dekádu stárnutí. Nelze se proto divit notoricky známé špatné prognóze pozdně operovaných či konzervativně ošetřovaných pacientů. Jak osteopénie-poróza tak i sarkopénie spadají do komplexu hodnocení stupně křehkosti geriatrických pacientů- syndrom křehkosti „frailty“ syndrom.

Jaká je tedy úloha PL v prevenci a intervenci sekundární osteoporózy? Je třeba na tuto možnost především pomyslet! Je třeba co nejčasněji vyšetřit ohrožené osoby DXA a zhodnotit biochemické rizikové parametry. U osob zvláště významně ohrožených rychlou progresí např. GIOP je možno provádět denzitometrickou kontrolu i 1x ročně. Je třeba dbát na dostatečnou, především proteinovou nutriční, omezit imobilizaci a podporovat aktivní pohyb a je potřeba zajistit dostatečný

přísun kalcia a vitamínu D. Přísun kalcia v populaci je nyní obecně nedostatečný a z hlediska saturace vitamínem D se potýkáme s doslova pandemií. Přitom potřeba obou těchto působků je u chronicky nemocných osob na rizikové farmakoterapii ještě umocněna. Je potřeba provést edukaci o obsahu kalcia v jednotlivých potravinách, preferovat přísun především tvrdých sýrů jako nejpřirozenějšího zdroje kalcia. Problém s vitamínem D je jednak v nedostatku slunečního svitu v našich zeměpisných šířkách po většinu roku a jednak v obavách populace z oslunění – riziko indukce karcinomu kůže. Jistě nebudeme nutit geriatrickou populaci k masivnímu opalování či návštěvám solárií a mořské ryby také nepatří v ČR k často konzumovaným potravinám z řady důvodů. Pak ale musíme zajistit dostatečný přísun D vitamínu exogenně. Nejedná se vůbec jenom o podporu vstřebávání kalcia. Deficit D vitamínu vede k celé řadě následků, kde dominuje myopatie – svalová slabost a nevykonnost spojená s jeho deficitem /hypovitaminosis D - related myopathy/. Tento stav pochopitelně inklinuje k menší fyzické vykonnosti a aktivitě, zvyšuje nestabilitu a riziko pádů. Intervencí D vitamínem tedy neovlivňujeme pouze hospodaření s kalcíem, ale i fyzickou a svalovou vykonnost a stabilitu. U skutečně profundních a dlouhodobých deficitů D vitamínu vidáme efekt suplementace téměř zázračný, opakovaně jsme pozorovali u osob upoutaných prakticky na vozík téměř totální mobilizaci v průběhu několika měsíců doplňování D vitamínu. Efekt suplementace D vitamínem na zlepšování svalové hmoty je dobře dokumentovatelný např. pomocí MRI stehenních svalů. Také osteomalacie není v dnešní době univerzálního deficitu D vitamínu tak vzácná jak by se zdálo. Podezření by měla vždy budit vyšší celková alkalická fosfatáza a sekundární hyperparatyreóza. Doporučená substituční dávka kalcia u ohrožených osob by se měla pohybovat mezi 1–1,5 g, základní substituční dávka D vitamínu kolem 800 j, v případech hlubokého deficitu ale často i mnohem více. Hladiny 25-OH derivátu D vitamínu jsou přitom v krvi dobře měřitelné a monitorovatelné. Je potřeba si uvědomit a sdělit zcela adresně vše pacientům již léčeným pro osteoporózu, že adekvátní saturace kalcíem a D vitamínem je naprosto nezbytnou podmínkou úspěšnosti léčby jakýmkoli a jakkoli drahým (antiresorpčním i osteoanaboličným) působkem užívaným v rámci intervence osteoporózy. Efekt suplementace Ca+D vitamínem pochopitelně stoupá s kompliancí pacientů k intervenci a proto je třeba užívat přípravky s dobrou tolerancí, adekvátním složením a dobrou vstřebatelností.

Je třeba si uvědomit, že saturací pacientů kalcíem a D vitamínem nejen zlepšujeme vstřebávání kalcia, ale ovlivňujeme také svalový aparát, můžeme zvýšit svalov-

ou vykonnost, stabilitu a omezit riziko pádů a zlomenin. Saturace D vitamínem je jednou z mála přístupných a prokazatelných intervencí syndromu křehkosti. U pacientů na kortikoidní terapii a u starších osob se sníženými renálními funkcemi s výhodou kombinujeme klasickou suplementaci také s terapií alfa-kalcidolem.

Pro skeptiky a „nevěřící Tomáše“ přikládáme obrázky denzitometrie muže narozeného v roce 1974, se sníženou mobilitou, který k nám byl doporučen pro těžkou „osteoporózu“. Zaměstnáním IT specialista, zaměřením vegan, jinak nestonal, léky nebral. V laboratorním obraze dominoval deficit D vitamínu. Denzitometricky pásmo těžké dekalcinace skeletu-„osteoporózy“ jak na páteři, tak i na krčku kosti stehenní. U pacienta byla provedena edukace a zahájena saturace kalcíem a D vitamínem, která během 3 let vedla k normalizaci DXA nálezu na páteři a přechodu do pásma penie na krčku. V obou oblastech jsme registrovali vzestup kostní denzity o 28%! Pacient se aktuálně věnuje rekreačnímu běhu a připravuje se na svůj první maraton.

Prevence OP a zamyšlení se nad možností sekundární OP by měly být integrální součástí práce PL. V době prodlužujícího se věku dožívání, v době polypragmázie a medicínských superspecializací ad absurdum, v době velmi sporného přísunu kalcia v dietě a v době pandemického deficitu vitamínu se jedná o jednu z priorit. Přitom náklady na intervenci jsou buď velmi malé anebo si suplementaci může hradit i pacient sám. Je ale potřeba psychicky opustit podvědomé schéma kalcium – D vitamín – kost a inkorporovat do našeho myšlení pojmy jako sarkopénie, syndrom křehkosti a snižování rizika pádů.

Literatura viz autor.

Režimová opatření pro pacienty s dyslipidemií

doc. Ing. Jiří Brát, CSc.

Vím, co jím a piju, v. o. s.

V tisku a na internetu se v poslední době šíří informace zabývající se vlivem výživy na neinfekční onemocnění hromadného výskytu. Můžeme se setkat s titulky článků: „Jezte tučná jídla. Budete zdravější a zhubnete“ nebo „Vědci se mýlili, zabijákem srdce jsou cukry, ne tuky“. Média prezentují některá fakta jako nové objevy vědy. Vše se točí okolo živin, které negativně ovlivňují rizikové faktory spojené se zdravotním stavem jedince. O žádné nové objevy se však nejedná. Podle Světové zdravotnické organizace (WHO) a Organizace OSN pro výživu (FAO)

jsou za rozvoj civilizačních onemocnění zodpovědné hlavně 4 živiny: nasycené mastné kyseliny (dále SAFA), transmastné kyseliny (dále TFA), sodík pocházející především ze soli a cukr, zejména přidaný¹. Každá z těchto rizikových živin má definovanou hodnotu tolerovaného příjmu. Pro SAFA je to 10 % z celkového příjmu energie, což odpovídá přibližně 20 g denně pro osobu se střední fyzickou aktivitou definovanou cílovou hodnotou energetického příjmu 2000 kcal denně. Tolerovaný příjem pro TFA je velmi nízký, doporučuje se „as low as possible“, tedy co možná nejnižší, max. 1 % z celkového příjmu energie, což představuje 2–2,5 g denně. Pro přidaný cukr platí limit 10 % z celkového příjmu energie. To odpovídá přibližně 50 g cukru (8 čajových lžiček) pro středně fyzicky aktivní dospělou osobu. Do tohoto množství se započítávají veškeré monosacharidy (glukóza, fruktóza) a disacharidy (sacharóza), které jsou používány jako suroviny při výrobě potravin nebo v domácnostech při přípravě pokrmů a slazení nápojů. Omezení se rovněž týká cukru v medu, sirupech, ovocných džusech a koncentrátech. Světová zdravotnická organizace přišla v březnu 2014 s návrhem ještě více snížit limit pro přidaný cukr na 5 % z celkového příjmu energie, tj. na polovinu. Tolerované množství pro sůl je 5 g denně pro osoby s normálním krevním tlakem. Hypertonici by měli sůl ještě více omezovat. Zatímco kritérium pro sůl funguje nezávisle na ostatních výše jmenovaných živinách. Složení tuků a množství přidaného cukru souvisí s celkovou skladbou naší stravy. V rámci stravy nezávisí jenom na tom, co jíme, ale i na tom, co nejíme, a v jakém množství. V tomto směru platí jednoduchá pravidla: mít vyvážený příjem a výdej energie a dbát na dodržování tolerovaných množství pro rizikové živiny. Pokud je příjem některých z rizikových živin překračován, měla by následovat odpovídající úprava stravovacího režimu. Jako nejefektivnější způsob prevence se jeví nahrazovat konzumaci SAFA a TFA nenasycenými mastnými kyselinami a podobně i přidaný cukr komplexními sacharidy s vyšším podílem vlákniny. Nadměrná konzumace SAFA a TFA zvyšuje hladinu LDL-cholesterolu, který patří mezi nejvýznamnější rizikové faktory kardiovaskulárních onemocnění. Česká republika patří mezi země s velmi vysokou konzumací nasycených mastných kyselin 16,9 % z celkového příjmu energie². Nadměrná konzumace

přidaného cukru snižuje hladinu protektivního HDL-cholesterolu, který je v poslední době vyzdvihován jako samostatný nezávislý rizikový faktor, dále zvyšuje rovněž hladinu triacylglycerolů v krvi. U pacientů s poruchou metabolismu tuků je proto důležité znát skladbu stravy a navrhnout priority změn stravovacích návyků dle individuálních potřeb. Kdo má vyšší příjem sladkostí, měl by se zaměřit na snížení jejich příjmu. Kdo konzumuje více živočišných tuků (máslo, sádlo, tučné maso a mléčné výrobky s vyšším obsahem tuku), měl by přednostně volit rostlinné tuky jako olej řepkový, roztíratelné tuky s vyváženým složením mastných kyselin (např. Flora), upřednostňovat libové maso, mléčné výrobky s nižším podílem tuku a konzumovat více ryb obsahující nedostatečné omega 3 polynenasycené mastné kyseliny. Logo „Vím co jím“ informuje spotřebitele, že obsah rizikových živin v daném výrobku odpovídá kritériím mezinárodního vědeckého výboru, a může být jednoduchým vodítkem správného výběru potravin při sestavování nutričně vyváženého jídelníčku. K režimovým opatřením patří i přiměřená fyzická aktivita. Doporučuje se věnovat pohybu alespoň 30 minut denně při střední zátěži. Ideální z tohoto pohledu je svižnější chůze, kterou lze provozovat v každém věku a širokém rozsahu tělesné hmotnosti. Při vyšší tělesné hmotnosti funguje tělo jako zátěž a pomalejší chůze má obdobný efekt jako rychlá chůze u osob s normální hmotností. Dobrou orientační pomůckou je denně ujít 10000 kroků.

Poděkování: firmě Target-MD, s. r. o. a MUDr. Martinu Doležalovi za skvělou spolupráci při uspořádání již 7. ročníku Víkendových vzdělávacích seminářů SVL ČLS JEP, všem našim přednášejícím, vám všem účastníkům.

Farmaceutickým firmám: Sandoz, Pfizer, Teva, Berlin-Chemie, QuickSeal, Takeda, Unilever, Boehringer Ingelheim, Ipsen

Odborní garanti Víkendových vzdělávacích seminářů SVL ČLS JEP MUDr. Igor Karen, MUDr. Dana Moravčíková

Literatura:

1. Joint WHO/FAO expert consultation. Diet, nutrition and prevention of chronic diseases. WHO Tech. Report Series 916. Geneva: WHO 2003.
2. Micha R, Khatibzadeh S, Shi P, Fahimi S, Lim S, Andrews KG, Engell RE,

Powles J, Ezzati M, Mozaffarian D. Global, regional, and national consumption levels of dietary fats and oils in 1990 and 2010: a systematic analysis including 266 country-specific nutrition surveys. *Br Med J*, 2014; 348: 1-20.



Mamografický screening

MUDr. Zuzana Miškovská, Ph.D.
Praktický lékař, Průhonice

Vážené kolegyně, vážení kolegové,
pro VPL se podařila dobrá věc v mamografickém screeningu. V novém sazebníku výkonů (od 1. 1. 2015) bude nový výkon, viz níže.

Tento výkon nám usnadní práci s vysoce rizikovými ženami, které se „nevešly do screeningových vyšetření, a přitom jsme věděli, že vyšetření potřebují. Je to výkon vztažený k prevenci, takže se nepočítá do indukované péče, na žádanku je zapotřebí uvést typ a míru individuálního rizika.

Výkon screeningové mamografie a podmínky úhrady zůstává beze změn (od 45 let věku, á 2 roky, na akreditovaném pracovišti) a také se nezapočítává do regulací.

Stále platí, že při klinicky jasném nálezu se indikuje mamografie diagnostická, bez ohledu na věk a interval, ale ta se započítává do indukované péče.

S pozdravem
Miškovská

SCREENINGOVÁ MAMOGRAFIE DIGITÁLNÍ V DISPENZÁRNÍ PÉČI (OBĚ STRANY, KAŽDÁ VE DVOU PROJEKČÍCH)

Výkonem se vykazují vyhledávací mamografická vyšetření asymptomatických žen s konkrétním rizikovým faktorem. Vyšetření je prováděno pouze na screeningových pracovištích (centrech) na základě doporučení dispenzarizujícího lékaře (obvykle onkolog, chirurg, registrující praktický lékař nebo registrující gynekolog). Vyhledávací mamografické vyšetření pro ženy v dispenzární péči dle Vyhlášky MZ ČR č. 39/2012 Sb., o dispenzární péči: u asymptomatických žen s velmi

vysokým rizikem vzniku karcinomu prsu – s hereditární nádorovou predispozicí k nádorům prsu prokázanou genetickým testováním nebo s celoživotním kumulativním rizikem vyšším než 20 % (včetně žen s histologickým nálezem atypické hyperplazie nebo lobulárního karcinomu in situ a po prodělané radioterapii na oblast hrudníku do 18. roku věku). Vyšetření žen léčených pro karcinom prsu se vykazuje výkonem 89180 – Diagnostická digitální mamografie.

Kategorie: P - hrazen plně

OF: 1/6 měsíců

OM: S - pouze na specializovaném pracovišti

Čas výkonu: 30,0

Body: 590

Nositel	INDX	Čas
L3	3	20,0

ZUM: ne

ZULP: ne



Funkční poruchy pohybové soustavy

MUDr. Kateřina Študentová

Všeobecná praktická lékařka, lékařka myoskeletální medicíny, Rokycany

MUDr. Karel Pitr

Soukromý rehabilitační lékař, lékař myoskeletální medicíny a lymfolog, Plzeň

Úvod

Funkční poruchy pohybové soustavy postihují 80 % populace. Jsou nejčastější příčinou bolesti vůbec. Strukturální poruchy, například výhřez meziobratlové ploténky, lze snadno diagnostikovat zobrazovacími metodami. U funkčních poruch je tomu jinak. Chybí u nich zobrazitelný patologický strukturální nálezn. Je zde „pouze“ porucha funkce, například blokáda sakroiliakálního kloubu. Nelze však říct, že strukturální poruchy jsou významnější a závažnější, než poruchy funkční. Obojí činí pacientovi bolest a mnohdy ho činí práce neschopným. Je třeba obojí tyto poruchy správně diagnostikovat a léčit.

Myoskeletální medicína

Vyšetřováním funkčních poruch pohybového systému, jejich léčbou a diferenciací diagnostikou se zabývá myoskeletální medicína. Myoskeletální medicína je samostatný medicínský obor. Nejbliže má k oboru rehabilitace. Neplatí však, že každý rehabilitační lékař ovládá a aktivně praktikuje myoskeletální medicínu. Naopak přibývá lékařů jiných oborů – zejména všeobecných praktických lékařů a algeziologů, kteří výkony myoskeletální medicíny provádějí v rámci svého oboru. To je jim umožněno absolvováním certifikovaného kurzu myoskeletální medicíny a získáním oprávnění k těmto výkonům. Ty lze poté nasmlouvat se zdravotní pojišťovnou (*tabulka 1*). Myoskeletální medicína však nesmí být redukována jen na výkony hrazené zdravotní pojišťovnou. Nezbytnou součástí je vždy funkční vyšetření, diferenciací diagnostika, edukace pacienta, ošetření a návrh pohybové léčby.

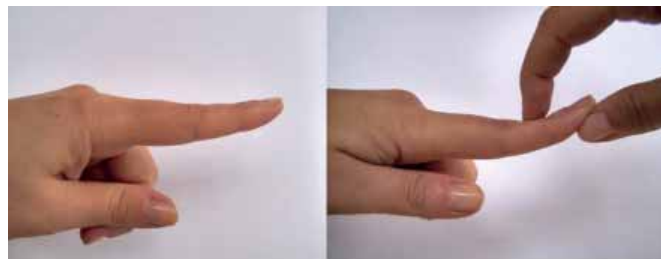
Tabulka 1: V současnosti může VPL nasmlouvat tyto kódy.

Kód	Název	Body
21510	Měkké a mobilizační techniky	162
21520	Mobilizace páteře nebo kloubu - s nárázem	108

Kloubní blokáda

Rozsah pohybu v kloubu je určen mnoha faktory. Především geometrickým tvarem styčných ploch, kloubním pouzdem a rozmístěním svalových úponů v okolí kloubu. Rozlišuje se pohyb aktivní, vedený pacientem a pohyb pasivní, vedený druhou osobou, který je vždy většího rozsahu, viz *obr. 1 a 2*.

Obr. 1 a 2: Maximální extenze v distálním interphalangeálním (DIP) kloubu, kterou aktivně provedla pacientka. V této pozici je možné extenzi ještě zvětšit, avšak již pouze pasivně.



Při pasivním vedení pohybu v kloubu dojde vyšetřující do krajní polohy, kdy cítí první lehký odpor. Jedná se o tzv. fyziologickou bariéru. Při dosažení fyziologické bariéry je možné lehce zapružit, a tím ještě zvětšit rozsah pohybu v kloubu. Jedná se o kloubní vůli (tzv. joint play). Při kloubní blokádě dochází k omezení rozsahu pohybu v kloubu, které může být různě velké. Při pasivním vedení pohybu se narazí na tuhý odpor, tzv. patologickou bariéru, která nepruží.

Blokáda kloubu způsobuje reflexně změny dalších struktur. Dochází ke zvýšení svalového napětí a k tvorbě spoušťových bodů bolesti ve svalech (trigger points). Svalové spasmy mohou být natolik výrazné, že způsobí například poruchu stereotypu chůze (antalgická chůze), nebo pozitivní Lasségův příznak – jedná se však o spasmus ischiokrurálních svalů (hamstringů). Reflexní změny při kloubní blokádě lze sledovat dokonce i na kůži a vnitřních orgánech.

CAVE: funkční blokáda není totéž, co pojem blokové postavení obratlů na RTG snímku – zde se jedná pouze o popis vzájemné polohy obratlů.

Mobilizace, manipulace

Kloubní blokádu lze odstranit manipulací nebo mobilizací. Farmakoterapie analgetiky a myorelaxancii nedokáže obnovit správnou funkci kloubu. Lze jí docílit pouze dočasné zmírnění potíží, nikoliv jejich vyřešení. Tvrdší kloubní blokádu nelze odstranit ani cvičením, ani masáží.

Manipulace (neboli mobilizace s nárázem) je jednorázový zákrok, při kterém je po dosažení patologické bariéry v kloubu proveden terapeutem krátký velmi rychlý náraz. Dochází ke slyšitelnému „lupnutí“, zvukovému fenoménu provázejícím oddálení kloubních plošek, které ovšem není kritériem správně provedené manipulace. Poté ihned dochází k obnovení funkce kloubu (až k přechodné hypermobilitě), k reflexnímu snížení svalového napětí a úlevě od potíží.

Mobilizace je zákrok, při kterém se při dosažení patologické bariéry opakovaným pružením nebo jiným mechanismem tato bariéra pomalu posunuje dále, až je dosaženo fyziologického rozsahu pohybu v kloubu. Je k pacientovi šetrnější, avšak je náročnější na čas i vynaloženou energii terapeuta.

Následky blokad

Dojde-li ke kloubní blokadě například intervertebrálního kloubu v jinak intaktním terénu (např. u mladistvých), vyskytne se krátce trvající bolest, která se spontánně sama upraví. Dojde ke kompenzaci, kdy funkci zablokovaného kloubu přebírají klouby okolní. U páteře, která obsahuje i s žebry 100 kloubů, vyřazení jednoho pohybového segmentu snadno unikne pozornosti. Blokáda jednoho intervertebrálního kloubu totiž prakticky nezmění celkovou hybnost páteře (která bývá běžně jako jediná vyšetřována). Omezení hybnosti takového zablokovaného kloubu vede k přetěžování a následné hypermobilitě okolních kloubů. Ty se v čase zvýšenému rozsahu pohybu brání tvorbou osteofytů. V tomto okamžiku teprve dochází k rozvoji strukturálních změn, které jsou viditelné na RTG snímku. V zablokovaném segmentu naopak dochází k hypotrofizaci chrupavek a meziobratlové ploténky, jejichž výživa je závislá na pohybu, viz obr. 3. Tvorbou osteofytů se hypermobilitní okolní klouby postupně znehýbnou a způsobují stejným mechanismem přetěžování dalších vedlejších kloubů, čímž patologický řetězec dále pokračuje. Takové degenerativní změny činí páteř méně odolnou, náchylnou k dalším poruchám funkčním i strukturálním.



Obr. 3: RTG snímek krční páteře jako demonstrace funkčních a následně i strukturálních změn. Snížení meziobratlové destičky segmentu C5/6, jako následek dlouhodobé funkční blokády. Hypermobilita jako kompenzace ve vedlejších segmentech, která se bude dále kompenzovat tvorbou osteofytů. Zvýrazněné kontury zúžených štěrbin znamenají artrózu (unkovertebrální i intervertebrální). Celkové postavení – hyperlordóza při předsunutém držení hlavy.

Příčiny blokad

Kloubní blokády vznikají z mnoha příčin. Nejdůležitější z nich je chronické přetěžování, které souvisí se špatnými pohybovými stereotypy a svalovou dysbalancí. Dalším důležitým faktorem je trauma. Příčinou vzniku blokády je

pak inkoordinovaný pohyb nebo pád. V anamnéze pacientů s bolestí v kříži často odhalíme pád na zadek. Obdobně whiplash injury v minulosti nalezneme u mnoha pacientů s potížemi v oblasti krční páteře. Pozoruhodná vazba je mezi vznikem některých infekcí a kloubních blokad. Například při akutní tonzilitidě vzniká téměř vždy blokáda hlavových kloubů (atlanto-okcipitální skloubení). Kloubní blokády vznikají také reflexně při poškození vnitřních orgánů.

Poruchy pohybových stereotypů

Jednou z příčin vzniku kloubních blokad jsou poruchy pohybových stereotypů. Jedná se o chybné zapojení pořadí svalů v základních pohybových aktivitách člověka. To je chůze, abdukce horních končetin, dýchání, nošení a zdvihání břemen a další. Správné dynamické stereotypy zapojují vhodně jednotlivé svaly ve správném pořadí a tvoří tak pohyb nenáročný, ekonomický. Chybné dynamické stereotypy zapojují k pohybu často i vzdálené svalstvo a vynechávají svaly pro daný pohyb náležitě. Například při chybném stereotypu extenze v kyčli, ke které dochází při každém kroku, je utlumené gluteální svalstvo a přetěžované vzpřimovače Th/L přechodu. Takový dynamický stereotyp je zatěžující a vede dalšímu rozvoji potíží.

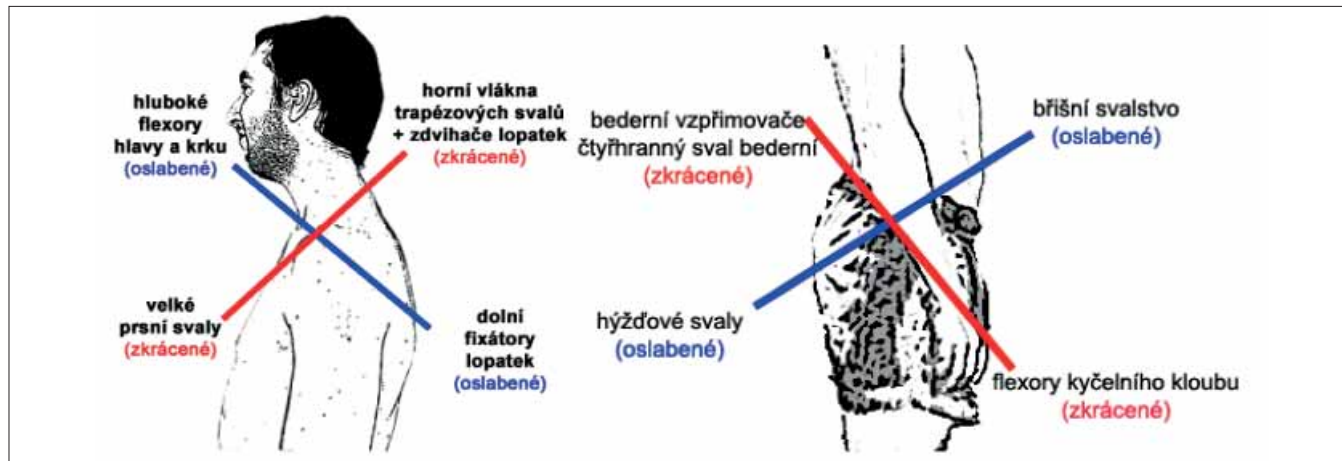
Svalové dysbalance

S poruchami pohybových stereotypů úzce souvisí problematika svalové dysbalance. Jedná se o nerovnováhu svalů působících proti sobě. Zatímco některé svaly mají tendenci k hyperaktivitě a tuhosti (svaly statické, posturální), jiné mají tendenci k ochabování (svaly fázičné), viz tabulka 2. Obvykle se jedná právě o antagonistické svalové páry. Vznikají tak charakteristické změny statiky (postoj, držení těla), viz obr. 4, 5, i pohybových stereotypů. Svalové dysbalance porušují správně koordinovanou motoriku a narušují i správnou centraci kloubů během pohybu, čímž dochází k jejich přetěžování.

Tabulka 2: Svaly statické a fázičné

<p>Svaly statické (tendence k hyperaktivitě a tuhosti)</p>	<p>Dorzálně: triceps surae, ischiokrurální svaly, bederní erektor spinae, quadratus lumborum, horní část trapézu. Ventrálně: adduktory stehna, rectus femoris, tensor fasciae latae, iliopsoas, šikmé břišní svaly, pectoralis, subscapularis, scaleni, sternocleidomastoideus, flexory horní končetiny.</p>
<p>Svaly fázičné (tendence k ochabnutí)</p>	<p>Dorzálně: glutei, dolní část trapézu, serratus ant., supraspinatus, infraspinatus. Ventrálně: tibialis ant., extenzory prstů nohy, peronei, vasti, rectus abdominis, hluboké flexory šíše, extenzory horní končetiny.</p>

Obr. 4 a 5: Horní a dolní zkřížený syndrom dle prof. Jandy.



Ošetření měkkých tkání

Funkční poruchy kloubní vždy doprovází funkční poruchy měkkých tkání – kůže, podkoží, svalstva a fascií. Obdobně, jako u mobilizace kloubní, se provádí mobilizace měkkých tkání k obnově jejich funkce. Jedná se o protahování nebo uvolňování jednotlivých vrstev měkkých tkání. U svalů s trigger points se používá metoda postizometrické relaxace (PIR). Jedná se o opakované vyvolání izometrické kontrakce svalu a jeho následné uvolnění (nikoliv protažení). Po každé izometrické kontrakci je relaxace svalu větší a dochází k vymizení trigger points, svalových spasmů a tím i potíží pacienta. Ošetření měkkých tkání je stejně důležité, jako mobilizace kloubních blokad.

Myorelaxancia

Ve snaze uvolnit svalové spasmus bývají pacientům paušálně předepisována myorelaxancia. To často není přínosné, mnohdy vysloveně škodlivé. Svaly spastické reagují na podaná myorelaxancia slaběji než okolní svaly zdravé (je to dáno zhoršeným prokrvením a odlišným pH v kontraktuře) a dochází tak spíše k nechtěnému efektu celkové svalové slabosti a ke zhoršení dysbalance, než k uvolnění spasmu. Tento stav je nežádoucí. Oslabením nosného svalového korzetu páteře dojde spíše ještě ke zhoršení potíží pacienta. Svalové spasmus v okolí kloubní blokády mají dokonce pozitivní ochrannou funkci, a proto není vhodné odstraňovat, dokud trvá kloubní blokáda. Myorelaxancia mají být při bolestech zad indikována individuálně, výhradně u akutních pacientů v celodenním režimu stonání na lůžku. Vždy krátkodobě a v plné terapeutické dávce. Viz tabulka 3.

Tabulka 3: Užití myorelaxancií v ordinaci VPL

Potíže pacienta	Pracovní neschopnost	Myorelaxancia	Další doporučení
Akutní krční ústřel	Ano	Ano při výrazném spasmu	<ul style="list-style-type: none"> klid na lůžku krční límec analgetika suché teplo
	Ne	Ne	<ul style="list-style-type: none"> analgetika krční límec možný do dopravních prostředků suché teplo
Akutní lumbago	Ano	Ano při výrazném spasmu	<ul style="list-style-type: none"> klid na lůžku analgetika suché teplo
	Ne	Ne	<ul style="list-style-type: none"> analgetika bederní pás při námaze suché teplo mírný pohyb bez rotací
Zhoršení chronických vertebrogenních potíží	Dle intenzity potíží	Ne	<ul style="list-style-type: none"> soustavná RHC edukace a motivace k pravidelnému cvičení analgetika dle stavu

Zřetězení funkčních poruch

Funkční poruchy pohybového aparátu nezůstávají osamoceny, ale způsobují řetězec navzájem provázaných poruch. Tomuto jevu se říká zřetězení. U jednoho pacienta se vyskytují zároveň kloubní blokády, reflexní změny v kůži, podkoží, fasciích a vnitřních orgánech, svalové dysbalance, trigger points a poruchy pohybových stereotypů. Ošetření všech těchto nálezů není možné a ani není nutné. Je zapotřebí správně rozpoznat klíčová místa daného řetězce poruch a na nich zasáhnout. Klíčovým bodem terapie bývají nejčastěji kloubní blokády a svalové trigger points. Po ošetření technikami myoskeletální medicíny, edukaci pacienta a příslušné pohybové léčbě často ostatní změny v řetězci odezní. Při trvání potíží je nutná další kontrola lékařem a přehodnocení nálezu.

Závěr

Je důležité časně rozpoznat pacienta s funkční poruchou pohybové soustavy a správně ho léčit. Vyšetření celkové hybnosti páteře (např. Thomayerova distance, záklon nebo úklony trupu) neposkytuje potřebnou informaci o funkci jednotlivých kloubů (segmentů) páteře. Blokády intervertebrálních kloubů takto mohou být snadno přehlédnuté, přecházejí do chronicity a způsobují degenerativní změny páteře. Pro praktické lékaře je vhodným řešením absolvovat základní kurz myoskeletální medicíny, naučit se vyšetřovat a ošetřovat pohybový aparát (akreditované pořadatele kurzů v ČR shrnuje tabulka 4), nebo odeslat pacienta včas k rehabilitačnímu lékaři, který ovládá a aktivně vykonává myoskeletální medicínu. Léčba analgetiky a myorelaxancii pacientovi může ulevit, ale nevyřeší příčinu jeho potíží.

Literatura:

1. Lewit K.: Manipulační léčba v myoskeletální medicíně. Sdělovací technika. Praha, 2003.
2. Janda V.: Základy kliniky funkčních (neparetických) hybných poruch. Ústav pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků. Brno, 1984.
3. Čihák R. : Anatomie 1. Grada. Praha 2006.
4. Kolář P. et al.: Rehabilitace v klinické praxi. Galén. Praha, 2009.

Tabulka 4: Pořadatelé akreditovaných základních kurzů myoskeletální medicíny v ČR

	pracoviště	lektori
1.	IPVZ Praha	MUDr. Jan Vacek, PhD.
2.	NCO NZO Brno	MUDr. Alena Šnoplová MUDr. Miriam Toppischová
3.	LF UK Hradec Králové	doc. MUDr. Eva Vaňásková, PhD.

Shrnutí pro praxi:

Svalové dysbalance a poruchy pohybových stereotypů jsou nejčastější příčinou vzniku kloubní blokády páteře. Akutní kloubní blokáda se projevuje omezením pohyblivosti kloubu různého rozsahu a bolestí, která může sama odeznít. Vymizením bolestivosti však nedojde k vymizení blokády. Ta bez odborného zásahu přetrvává, stává se chronickou. Na jejím podkladě dochází k rozvoji degenerativních změn. Kloubní blokáda způsobuje reflexní změny v měkkých tkáních i vnitřních orgánech. Kloubní blokádu lze odstranit manipulací nebo mobilizací. Zvýšené napětí svalstva a měkkých tkání pak mobilizací měkkých tkání a postizometrickou relaxací. Tyto výkony provádí nejčastěji rehabilitační lékař, ale i lékař jakékoliv jiné odbornosti, který absoluuje certifikovaný kurz myoskeletální medicíny.

Zdroj obrázků:

<http://www.jakvcicit.com/horni-a-dolni-zkrizeny-syndrom/>
<http://www.florbalovytrenar.cz/cviceni-brisnich-svalu/>

- a) Je synonymem léčebné rehabilitace
- b) Smí ji vykonávat pouze rehabilitační lékař
- c) Zabývá se funkčními poruchami pohybového systému, jejich léčbou a diferenciální diagnostikou

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



Fytoterapie v léčbě kašle - mechanismus účinku břečťanu, průkazy výsledků léčby

MUDr. Daniela Kolečková, Klinika ušní, nosní a krční 2. LF UK a FN Motol

RNDr. Dana Nováková, Klinika nukleární medicíny a endokrinologie, FN Motol

V otorinolaryngologii (ORL) má fytoterapie dobře zavedenou roli, zejména při onemocnění horních cest dýchacích. Pečlivý výběr jednotlivých preparátů/přípravků a jejich správné použití může být velkým přínosem pro pacienty, především v případech kontraindikace podávání antibiotik nebo zjištěné rezistence vůči antibiotikům. Používání rostlinných preparátů/přípravků by také mohlo ušetřit podávání dalších léků.

Používání rostlinných preparátů/přípravků, ačkoli jsou dlouhodobě předepisovány díky svým dobře zavedeným a tradičním účinkům, musí splňovat stejná kritéria kvality, účinnosti a neškodnosti, jako klasická chemická léčiva. Pro medicínu založenou na důkazech je významné, zda byla účinnost preparátů prokázána v kvalitních klinických studiích. V roce 2013 byl publikován článek „Fytotherapeutické a přírodně adjuvantní terapie v ORL“ (1) (Ciuman 2013). Tento přehledný článek se zaměřil na fytoterapii v ORL, která je dobře zavedena v rámci Evropského společenství, s odkazy na klinické studie nebo meta-analýzy. Uvedený článek se zabývá formou a účinky mnoha rostlinných léčiv, je zmíněn i břečťan – *Hedera Helix*.

Fytoterapie

Termín fytotherapie v lékařství použil poprvé Henri Leclerc (1870–1955). Historie používání přírodních produktů je velmi dlouhá. Lidé se naučili využívat přírodní produkty pro své zdraví a volit jednotlivé rostliny podle specifických onemocnění.

Medicína založená na důkazech povolila uvedení fytotherapeutických léků vzhledem k tomu, že byly v posledních letech doloženy jejich přínosy a výhody v klinických studiích a meta-analýzách. Kromě toho, vzhledem k dlouhé tradici fytotherapie na individuální bázi a na medicíně založené na zkušenostech, byl poskytnut základ pro zvážení off-label použití v případech, kdy chybí klinické studie.

Obecně lze říci, že fytofarmaka nejsou určena pro urgentní a akutní medicínu, jsou ale vhodná při onemocněních mírné až střední intenzity a to zejména v případech funkčních nebo chronických onemocnění a adjuvantní terapie, při prevenci relapsu a rekonvalescenci.

Oproti chemickým léčivům mají fytotherapeutika širší léčebný rozsah, menší nežádoucí účinky a méně interakcí s jinými léky. Na jaře letošního roku, roku 2014, bylo Evropskou lékovou agenturou (na podnět Belgické lékové agentury), po hlášených nežádoucích účincích, hlavně alergických reakcích, včetně kožních projevů, zahájeno přehodnocení Ambroxolu a Bromhexinu. Toto hlášené riziko se vztahuje hlavně na děti do věku šesti let.

Kašel

Kašel je nejčastějším důvodem návštěv u lékařů primární péče, představuje asi 8% všech konzultací (2) (Holzinger 2014). Nejčastější příčiny akutního kašle jsou infekce horních dýchacích cest a akutní zánět průdušek, které dohromady představují více než 60% diagnostikovaných případů. Infekce dýchacích cest jsou zodpovědné přibližně ve 20% případů za nezpůsobilost k práci.

Nachlazení a akutní bronchitida

Nejčastější příčinou akutního kašle jsou infekce horních cest dýchacích. Dalšími typickými příznaky jsou bolest v krku, rýma, bolesti hlavy, bolesti svalů, únava a někdy i vysoké teploty. Příčinou jsou obvykle virové infekce. Jsou způsobené nejčastěji adenoviry, rinoviry, viry chřipky, koronaviry, respirační syncytiálními viry a virem coxsackie). Kašel při akutní bronchitidě je nejprve suchý a později se mění v produktivní. Není žádná jasná hranice mezi nachlazením a akutní bronchitidou (zapojení dolních cest dýchacích). Ve dvou třetinách případů nachlazení je kašel omezený a netrvá déle než 2 týdny, zatímco v případě bronchitidy může kašel přetrvávat i několik týdnů (3) (Ebel 2013).

Fytofarmaka v léčbě kašle

Prokázat efekt fytotherapie je obtížné. Je složité interpretovat výsledky studií vzhledem k metodické heterogenitě jednotlivých studií a rozdílnému složení jednotlivých přípravků rostlinného původu.

Fytofarmaka mající účinky proti dráždivému suchému kašli obsahují polysacharidy, které váží vodu a produku-

jí slizniční vrstvu inhibující hyperaktivitu řasinek epitelu. Mezi byliny, které se používají pro výrobu fytofarmak patří ibišek – list nebo kořen, (*Althaea officinalis*, Malvaceae), jitrocel kopinatý – list (*Plantago lanceolata*, Plantaginaceae) nebo stélky Islandského mechu (*Cetraria islandica*, Parmeliaceae). Na léčbu produktivního kašle se používají byliny usnadňující vykašlávání: květ prvosenky jarní (*Primula veris*, Primulaceae), tymián nebo květ divizny (*Verbascum densiflorum*, *V. phlomoides*, *V. thapsus*) a listy břečťanu (*Hedera helix*, Araliaceae). Tyto rostliny obsahují saponiny, které snižují viskozitu hlenu snížením povrchového napětí vody a zvýšením ciliální aktivity, mají protizánětlivý a bronchospasmolytický účinek.

Břečťan v léčbě kašle

Hedera helix – břečťan patří do rodiny Araliaceae. Je to bylinný lék obsahující saponiny. Je často používán v monoterapii pro své expektorační a bronchospasmolytické účinky, je velký počet kontrolovaných klinických studií, ve kterých byl prokázán jeho léčebný účinek. Používá se suchý extrakt z listů břečťanu nebo vodní – lihový extrakt listů z břečťanu (extrakce ethanol 30 %, 5–7.5:1) Používají se různé formy léčivého přípravku, sirup, šumivé tablety, kapky a tablety. (V České republice je prozatím dostupná pouze verze sirupu.)

Kromě zánětu horních cest dýchacích se extrakt z břečťanu používá na léčbu chronického zánětlivého onemocnění průdušek s průvodním kašlem. Na dobře zdokumentovaném výzkumu a ověření klinické a farmakologické účinnosti se podílela „Studijní skupina historie a vývoje léčebné botaniky“ na univerzitě ve Würzburgu v Německu. Břečťan byl vybrán jako „léčivá rostlina roku“ 2010, při nominaci poskytované každoročně v Německu.

V roce 2004 byla identifikována centrální molekula, která je odpovědná za léčebný účinek při použití suchého extraktu z břečťanového listí. Jedná se o -hederin, triterpenesaponin. (4) (Hegener 2004 a (5) Runkel 2005).

Tolerance různých extraktů obsahujících přípravky břečťanu s výjimkou potahované tablety byla také testována mnohokrát v různých studiích ((6) Hecker 2002, (7) Bolbot et al., 2004 a (8) Stauss-Grabo 2011).

V roce 2009 publikovali autoři z Uruguaye článek: „Tolerance, bezpečnost a účinnost *Hedera helix* extraktu při zánětlivých onemocněních průdušek v podmínkách klinické

praxe: prospektivní, otevřená, multicentrická studie přípravku u 9657 pacientů“ (Fazio 2009) (9). V této postmarketin- gové studii bylo celkem 9657 pacientů (z toho 5181 dětí) s bronchitidou (akutní nebo chronické průduškové záněty) léčeno sirupem obsahujícím suchý extrakt z listů břečťanu. Po sedmi dnech léčby vykazovalo 95 % pacientů zlepšení příznaků nebo vyléčení. Bezpečnost léčby byla velmi dobrá s celkovým výskytem nežádoucích účinků 2,1 % (především gastrointestinální poruchy a to v 1,5 %). U pacientů, kteří dostali současně další léky, bylo prokázáno, že při použití antibiotik nebyl žádný další přínos v léčbě, ale relativní riziko výskytu nežádoucích účinků bylo zvýšeno o 26 %. Bylo prokázáno, že extrakt ze suchých listů břečťanu je účinný a je dobře tolerovaný u pacientů s bronchitidou.

V období těhotenství a kojení by se měl sirup se suchým extraktem z břečťanových listů užívat pouze po poradě s lékařem.

Suchý extrakt z listů břečťanu je registrována jako expektorační u pacientů s respiračními onemocněními spojenými s produktivním kašlem. Vedle jeho sekretolytických vlastností, jsou popsány bronchospasmolytické účinky. Existuje však pouze omezené množství údajů o možném léčebném účinku u astmatických pacientů. V září 2014 byla publikována studie „Tolerance a účinnost doplňkové léčby lékem proti kašli, který obsahuje suchý extrakt z listů břečťanu, na plicní funkci u dětí s bronchiálním astmatem“ (10) (Zeil 2014). V této dvojitě zaslepené, placebem kontrolované, randomizované, zkřížené studii bylo sledováno 30 dětí, věk 9,07 roků (min. 6 maxim. 11 let), které měly částečné nebo nekontrolované přetrvávající alergické astma i přes dlouhodobou léčbu 400 ug Budesonidu. Ve studii, která začala sledováním ve čtyřech týdnech vstupního období bez léčby. Poté dostávaly děti po dobu dalších čtyř týdnů buď suchý extrakt z listů břečťanu, navíc k jejich inhalačním kortikosteroidům, nebo placebo. Následovala další čtyřtýdenní fáze bez léčby s následným čtyřtýdenním přechodem na opačnou léčbu. Po každém léčebném období byly analyzovány: funkce plic a kvalita života.

Po týdnech léčby suchým extraktem z listů břečťanu, ve srovnání s placebem, došlo u dětí s částečným nebo nekontrolovaným přetrvávajícím alergickým astmatem k výraznému zlepšení funkce plic.

Literatura:

1. Ciuman RR Phytotherapeutic and naturopathic adjuvant therapies in otorhinolaryngology. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2012 Feb;269(2):389-97
2. Holzinger F, Beck S, Dini L, Stöter C, Heintze C. The diagnosis and treatment of acute cough in adults. Dtsch Arztebl Int. 2014 May 16;111(20):356-63
3. Ebell MH, Lundgren J, Youngpairoj S How long does a cough last? Comparing patients' expectations with data from a systematic review of the literature. Ann Fam Med. 2013 Jan-Feb;11(1):5-13
4. O. Hegener, L. Prenner, F. Runkel, S.L. Baader, J. Kappler, H. Häberlein Dynamics of beta2-adrenergic receptor-ligand complexes on living cells Biochemistry, 43 (2004), pp. 6190–6199
5. F. Runkel, L. Prenner, H. Häberlein Ein Beitrag zum Wirkmechanismus von Efeu Pharmazeutische Zeitung, 4 (2005), pp. 19–26
6. Hecker M, Runkel F, Voelp A. [Treatment of chronic bronchitis with ivy leaf special extract-multicenter post-marketing surveillance study in 1,350 patients]. Forsch Komplementarmed Klass Naturheilkd. 2002 Apr;9(2):77-84.
7. Y.U. Bolbot, E. Prokhorov, S. Mokia, A. Yurtseva Comparing the efficacy and safety of high-concentrate (5–7.5:1) ivy leaves extract and Acetylcysteine for treatment of children with acute bronchitis Drugs of Ukraine, 11 (2004)
8. Stauss-Grabo M, Atiye S, Warnke A, Wedemeyer RS, Donath F, Blume HH. Observational study on the tolerability and safety of film-coated tablets containing ivy extract (Prospan® Cough Tablets) in the treatment of colds accompanied by coughing. Phytomedicine. 2011 Apr 15;18(6):433-6
9. Fazio S, Pouso J, Dolinsky D, Fernandez A, Hernandez M, Clavier G, Hecker M Tolerance, safety and efficacy of Hedera helix extract in inflammatory bronchial diseases under clinical practice conditions: a prospective, open, multicentre postmarketing study in 9657 patients. Phytomedicine. 2009 Jan;16(1):17-24
10. Zeil S, Schwanebeck U, Vogelberg C Tolerance and effect of an add-on treatment with a cough medicine containing ivyleaves dry extract on lung function in children with bronchial asthma. Phytomedicine. 2014 Sep 15;21(10)

I N Z E R C E

Odkoupím/převzmu obvod praktického lékaře pro dospělé v Hradci Králové, Pardubicích nebo Plzni a blízkém okolí. Mám atestaci, licenci ČLK a dlouholetou praxi. Prosím nabídněte.
Kontakt: 774 304 112 • **e-mail:** BeBeAmbulance@seznam.cz

Oblastní nemocnice Příbram, a.s. přijme praktického lékaře s atestací v oboru VPL, příp. s ukončeným INT kmenem a zařazením do oboru VPL. V případě zájmu, prosíme, zašlete strukturovaný životopis na:
Kontakt: 318 641 161 • **e-mail:** kvetuse.kucerova@onp.cz • www.nemocnicepribram.cz

Do ordinace praktického lékaře pro dospělé ve Slaném, hledám lékaře/ku nejlépe s atestací VPL na 2–3 dny v týdnu. Vhodné pro důchodce či lékařky s malými dětmi s možností variability zástupu s pozdějším převzetím praxe bez finančních nároků.
Kontakt: 602 970 280



Hypertonik v primární péči pohled nefrologa

prof. MUDr. Václav Monhart, CSc.

Interní klinika 1. LF UK a ÚVN Praha, Nefrologická ambulance Synlab, s. r. o.

Členství autora v odborných společnostech:

Česká nefrologická společnost (člen výboru a čestný člen společnosti), Česká společnost pro hypertenzi (člen výboru a čestný člen společnosti), Česká internistická společnost ČLS JEP, European Society of Hypertensiology, European dialysis and Transplant Association - ERA, New York Academy of Science.

Prevalence hypertenze v České republice ve věku 25–64 let se pohybuje kolem 40 % a je častější u mužů než u žen. Ve věku nad 65 let se vyskytuje nejméně u 60 % obyvatel. Esenciální hypertenze je přibližně u 90 % hypertoniků. Zbývajících 10 % má sekundární hypertenzi provázející endokrinní onemocnění (nejčastěji primární hyperaldosteronismus), chronická onemocnění ledvin a syndrom spánkové apnoe. Na možnost sekundární hypertenze pomýšlíme při zhoršení nebo náhlém začátku závažné hypertenze, u rezistence na farmakologickou léčbu nebo jsou-li přítomny klinické a laboratorní markery naznačující možnost sekundární příčiny hypertenze.

Mezi **základní vyšetření hypertoniků** patří sérový kreatinin, moč chemicky a močový sediment, albuminurie a odhad glomerulární filtrace (podle rovnice MDRD nebo CKD-EPI). Výběrovou metodou je sonografické vyšetření ledvin. Při podezření na sekundární renovaskulární hypertenzi se indikuje dopplerovské vyšetření renálních tepen (1).

Pacient s podezřením na sekundární hypertenzi by měl být vyšetřen na specializovaném pracovišti (centrum pro hypertenzi) s možností podrobnějších laboratorních vyšetření, hlavně hormonálních (např. renin, aldosteron, katecholaminy) a zobrazovacích metod (sonografie, CT nebo MR ledvin, nadledvin, arteriografie).

Včasný průkaz sekundární příčiny hypertenze je důležitý z hlediska možnosti kauzální chirurgické nebo intervenční radiologické léčby (primární hyperaldosteronismus, feochromocytom, koarktace aorty, renovaskulární hypertenze na podkladě fibromuskulární dysplazie).

Vztah hypertenze a ledvin

- 1) Ledviny se účastní v patogenezi esenciální hypertenze.
- 2) Onemocnění ledvin jsou nejčastější příčinou sekundární hypertenze (renální parenchymatózní hypertenze a renovaskulární hypertenze).
- 3) Hypertenze bez zdůvodnění etiologie vede k následnému poškození ledvin.
- 4) Hypertenze je významným faktorem progresu onemocnění ledvin.

V roce 2012 iniciativa KDIGO (KDIGO Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease) vydala nová doporučení pro hodnocení a sledování nemocných s CKD (2).

Definice chronického onemocnění ledvin (chronic kidney disease - CKD) - funkční nebo strukturální abnormalita ledvin, která trvá déle než 3 měsíce a má dopad na zdraví nositele.

Kritéria pro CKD: (1) přítomnost poškození ledvin nebo (2) pokles glomerulární funkce ledvin (GF) pod 60 ml/min/1,73 m² (1 ml/s/1,73 m²) - **tab. 1**. Trvání > 3 měsíce odlišuje chronické onemocnění ledvin od akutního poškození ledvin.

Klasifikace CKD vychází z příčiny (C - cause), kategorie GF (G1-G5) a albuminurie (A1-A3) - **tab. 2**. Za hranici patologické GF se považuje hodnota < 1,0 ml/s/1,73 m² (kategorie **G3a** a výše). Albuminurie je nezávislým rizikovým faktorem jak celkové, tak kardiovaskulární mortality, má negativní vliv na výslednou funkci ledvin.

Vyšetřování filtrační funkce ledvin v klinické praxi (3)

1) Stanovení hladiny sérového kreatininu (Skr) je málo přesným ukazatelem pro vyšetření GF či clearance kreatininu. Hodnota Skr je ovlivněná extrarenálními faktory - snížená produkce kreatininu u osob se svalovou atrofií, malnutricí nebo závažnější jaterní lézí, střevní vylučování kreatininu (u pokročilejších CKD), příjem potravin obsahujících kreatinin, objem svalové hmoty (odlišný u mužů, žen a dětí, úbytek ve stáří), velikost distribučního prostoru pro kreatinin (otokové stavy). Vyšetření Skr Jaffého reakcí, kde prokazovaný endogenní chromogen není specifický jen pro kreatinin - možnost interference s glukózou, kyselinou močovou, kyselinou askorbovou a některými léky (cefalosporiny, trimetoprim, cimetidin), je méně přesné. Novější enzymatické stanovení kreatininu je specifičtější, ale nákladnější.

2) Renální clearance kreatininu (Ckr) - výpočet GF vychází ze Skr a dalších faktorů - věk, pohlaví, hmotnost, rasa, urea a albumin. Získaná hodnoty Ckr se přepočítává na ideální tělesný povrch (1,73 m²). Nevýhodou je nadhodnocení GF, protože kreatinin je vylučován nejen GF, ale také tubulární sekrecí. U jedinců s normální funkcí ledvin Ckr přesahuje skutečnou hodnotu GF o 10–20 %, ale u pacientů s CKD 5. stadia 5 až o 100 i více procent. Stanovení Ckr vyžaduje přesný sběr moči, vyloučení větší fyzické námahy a konzumace většího množství masa.

3) Výpočtové metody - odhad (estimate - eGF) ze Skr: **eGF ze zjednodušené rovnice MDRD** (vycházející ze studie Modification of Diet in Renal Disease). Normální hodnota je $\geq 1,5 \text{ ml/s/1,73 m}^2$, výsledek 1,0–1,5 ml/s/1,73 m² se hodnotí individuálně, jednoznačně patologická je eGF-MDRD < 1,0 ml/s/1,73 m². Od 40 let věku klesá eGF přibližně o 0,17 ml/s/1,73 m² na dekádu, v 80–90 letech dosahuje poloviční hodnoty proti jedincům mezi 20–30 roky. eGF-MDRD je praktic-

ká metoda, ale méně přesná u dětí a určitých skupin pacientů. Výrazné zkreslení eGF je u hodnot > 60 ml/min/1,73 m².

eGF z rovnice Lund-Malmö je použitelná pro věkově rozsah 1–85 let a hodnoty SKr 17–545 μmol/l. **eGF z rovnice CKD-EPI** se upřednostňuje k posouzení GF v běžné populaci.

Odhad GF ze sérového cystatinu C je lepší než predikce výpočtem ze SKr.

Albuminurie - možnosti stanovení:

- 1) Albumin v moči ze 24-hodinového sběru (**AER** - albumin excretion rate) - vyšetření není pro nemocné příliš pohodlné a je navíc zatíženo vysokou chybivostí.
- 2) Poměr albumin/kreatinin (**ACR – albumin/creatinine ratio**) je přesnou a jednoduše proveditelnou metodou vyšetření albuminu ve vzorku moči, nejlépe první ranní.

Proteinurie - možnosti stanovení:

- 1) Vyšetření bílkoviny v moči ze 24-hodinového sběru (**PER - protein excretion rate**) rovněž není pro nemocné příliš pohodlné. Patologická hodnota > 150 mg/24 hodin.
- 2) Poměr protein/kreatinin (**PCR – protein/creatinine ratio**) v jednorázovém vzorku moče je přesný a pacienta nezatěžuje.

Hematurie - možnosti stanovení:

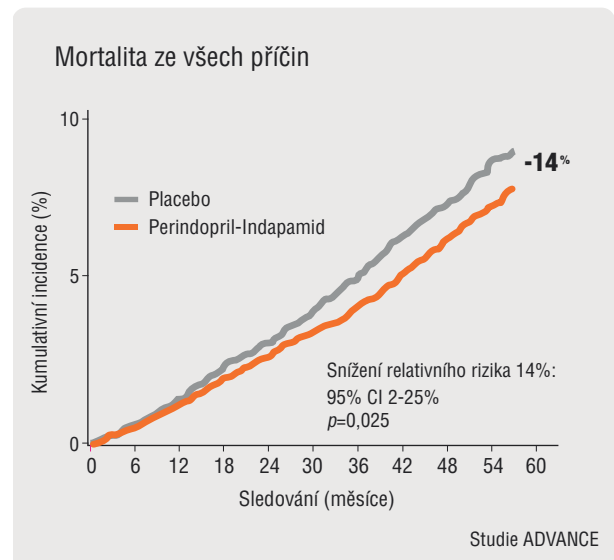
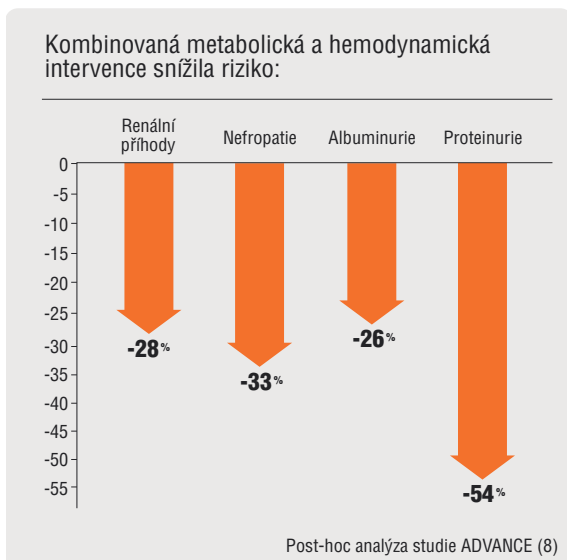
- 1) **Testovací proužek** - vyšetření je orientační a slouží k průkazu krve (hemoglobinu) v moči.
- 2) **Počet erytrocytů v močovém sedimentu**
- 3) **Průtoková cytometrie moče** je moderní a přesnou metodou pro posouzení hematurie (erytrocyturie) - patologická hodnota > 10 erytrocytů/μl moče

Glomerulární původ hematurie podporuje přítomnost erytrocytárních válců nebo známky dysmorfie při vyšetření močového sedimentu ve fázovém kontrastu. Signifikantní je průkaz > 80 % dysmorfních erytrocytů (> 6 % akantocytů).

Léčba hypertenze u chronických onemocnění ledvin

Nemocní s CKD mají vysoké riziko KV příhod. Cílem léčby není jen úprava hodnot TK, ale také snížení zvýšené albuminurie nebo proteinurie. Hodnoty TK by měly klesnout pod 140/90 mmHg, nejlépe až k 130/90 mmHg (4,5). Nezbytnou součástí léčby je intervence dalších rizikových faktorů - nutnost hypolipidemické a antiagregační léčby. První volbou ze skupiny základních antihypertenziv je blokáda systému renin-angiotenzin-aldosteron (RAAS) inhibitory angiotenzin-konvertujícího enzymu (inhibitory ACE), při jejich nesnášenlivosti antagonisty receptorů angiotenzinu II typu AT₁ (AT₁-blokátory). Při glomerulární filtraci <0,5 ml/s/1,73 m² jsou thiazidová i thiazidům podobná diuretika (indapamid) neúčinná a je nutné je zaměnit za silné saluretikum (furosemid). Léčba inhibitory ACE nebo je podávána nemocným ve všech stadiích CKD včetně chronického dialyzačního programu. U CKD stadia 4–5 se léčba začíná nízkými dávkami - riziko přechodného zhoršení renálních funkcí a zvýšení sérové hladiny draslíku. Kombinovaná léčba inhibitory ACE s AT₁-blokátory se nedoporučuje. Výjimkou je indikace nefrologa u jedinců s výraznou proteinurií, která je neovlivnitelná maximálními dávkami samotných inhibitorů ACE nebo AT₁-blokátorů.

Dlouhodobě působící inhibitor ACE perindopril arginin se v játrech metabolizuje na účinnou látku perindoprilát, který má prokázaný kardioprotektivní a nefroprotektivní účinek, jak u diabetického, tak i u nediabetického postižení ledvin. Výhodná je kombinace se sulfonamidovým diuretikem - thiazidovým analogem indapamidem, který má navíc prokázané vazodilatační působení a neovlivňuje glycidový i lipidový metabolismus (6). **Fixní kombinací perindoprilu s indapamidem v prospektivní randomizované studii ADVANCE významně snížila především renální komplikace diabetu 2. typu (o 21%), ale také celkovou a kardiovaskulární mortalitu (o 14% a 18%) ve srovnání s placebem (7).** Post-hoc analýza studie ADVANCE (8) zjistila, že kombinovaná metabolická a hemodynamická intervence snížila riziko všech renálních příhod o 28%, nově vzniklé či zhoršení již přítomné nefropatie o 33%, nového výskytu zvýšené albuminurie o 26% a proteinurie o 54%.



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

Úloha praktických lékařů v péči o nemocné s chronickými onemocněními ledvin:

Hlavním úkolem při opakovaném zjištění patologického močového nálezu je odeslání pacienta k nefrologovi. Ten by měl určit diagnózu a doporučit další sledování a léčbu pacienta s ohledem na základní diagnózu a kategorii GF.

Každý nemocný s CKD by měl mít provedeno vyšetření GF a albuminurie minimálně jedenkrát za rok (9). Praktický lékař by se měl snažit o ovlivnění rizikových faktorů CKD (arteriální hypertenze, DM, obezita, dyslipidémie, hyperurikémie, léky) a edukaci nemocných ke změně životního stylu, dietě a vhodnosti omezit příjem soli.

Tabulka 1:

Kritéria pro definici chronického onemocnění ledvin (CKD)

Kritérium	Specifikace	Komentář
Ukazatele poškození ledvin	Albuminurie	AER > 30 mg/den nebo ACR > 3 mg/mmol
	Patologické nálezy v močovém sedimentu	Hematurie, erytrocytární, leukocytyární a granulované válce
	Elektrolytové a další změny vyvolané poškozením tubulů	Renální tubulární acidóza, nefrogenní diabetes insipidus, Fanconiho syndrom, renální ztráty draslíku či magnézia, cystinurie
	Histologické změny	Glomerulární, tubulointersticiální, cévní, cystická a kongenitální onemocnění ledvin
	Strukturální změny ledvin při zobrazovacím vyšetření ledvin (sono, CT, MRI)	Cysty, kalcifikace, ageneze ledviny, stenóza renální tepny, hydronefróza, jizvy v korové části ledvin
	Transplantace ledviny	
Glomerulární filtrace (GF)	GF < 1,0 ml/s/1,73 m ²	Kategorie GF G3a-G5

AER – exkrece albuminu ledvinami za 24 hodin; ACR – poměr albumin/kreatinin v moči

Tabulka 2:

Prognóza chronického onemocnění ledvin podle kategorií glomerulární filtrace a albuminurie (modifikováno dle KDIGO 2012)

				Kategorie trvalé albuminurie		
				A1	A2	A3
				Normální až mírně zvýšená < 3 mg/mmol < 30 mg/24 h	Středně zvýšená 3–30 mg/mmol 30–300 mg/24 h	Výrazně zvýšená > 30 mg/mmol > 300 mg/24 h
Kategorie glomerulární filtrace (ml/min/1,73 m²)	G1	Normální nebo vysoká	≥ 90	Nízké riziko progrese CKD	Středně zvýšené riziko progrese	Vysoké riziko progrese
	G2	Lehce snížená	60–89			
	G3a	Lehce až středně snížená	45–59			Velmi vysoké riziko progrese
	G3b	Středně až výrazně snížená	30–44			
	G4	Výrazně snížená	15–29			
	G5	Selhání ledvin	< 15			

Literatura:

- Filipovský J, Widimský J Jr, Ceral J, et al. Diagnostické a léčebné postupy u arteriální hypertenze - verze 2012. Doporučení České společnosti pro hypertenzi. Hypertenze & kardiovaskulární prevence 2012; 1: 1-16.
- KDIGO CKD Work Group. KDIGO Clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease. Kidney Int Supplements 2013; 3: 1-150.
- Doporučení České nefrologické společnosti a České společnosti klinické biochemie ČLS JEP k diagnostice chronického onemocnění ledvin (odhad glomerulární filtrace a vyšetřování proteinurie). Aktuality v nefrologii 2014; 20: 59-76.
- KDIGO Blood Pressure Group. KDIGO Clinical practice guideline for the management of blood pressure in chronic kidney disease. Kidney Int Supplements 2012; 2: 337-414.
- Monhart V. Doporučení KDIGO pro léčbu zvýšeného krevního tlaku u chronického onemocnění ledvin. Aktuality v nefrologii 2013; 19: 7-16.
- Monhart V. Diuretika v léčbě hypertenze. Kap Kardiol 2014; 6: 52-54.
- Patel A, ADVANCE Collaborative Group, et al. Effects of a fixed combination of perindopril and indapamide on macrovascular and microvascular outcomes in patients with type 2 diabetes mellitus (the ADVANCE trial): a randomised controlled trial. Lancet 2007; 370: 829–840.
- Zoungas S, de Galan BE, Ninomiya T, et al; ADVANCE Collaborative Group. Combined effects of routine blood pressure lowering and intensive glucose control on macrovascular and microvascular outcomes in patients with type 2 diabetes: New results from the ADVANCE trial. Diabetes Care 2009; 32: 2068-2074.
- Ryšavá R. Chronické onemocnění ledvin – role nefrologa a praktického lékaře. Med. praxi 2014; 11: 106-108.

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



Na český trh přichází vůbec první fixní antihypertenzní trojkombinace

prof. MUDr. Jiří Widimský jr., CSc.
III. interní klinika VFN a 1. LF UK

Cílových hodnot krevního tlaku dosahuje stále jen polovina léčených hypertoniků. Nedostatečná compliance nemocných tedy zůstává stěžejním limitem úspěšnosti dlouhodobé léčby vysokého krevního tlaku. Současným trendem ve farmakoterapii (a to nejen tohoto onemocnění) je kombinovat, nejlépe fixně – již několik fixních dvojkombinací přineslo v posledních letech důkazy o významném zlepšení spolupráce pacientů vedoucí k lepší kontrole krevního tlaku. **Prof. MUDr. Jiří Widimský, CSc.**, vedoucí Centra pro výzkum, diagnostiku a léčbu hypertenze III. interní kliniky 1. LF UK a VFN v Praze, v tomto kontextu komentuje příchod první fixní trojkombinace osvědčených antihypertenziv na náš trh.

Základním problémem nedostatečné kontroly hypertenze (a pravděpodobně také hypercholesterolemie a diabetu 2. typu) stále zůstává non-compliance nemocných k doporučené a nasazené farmakologické léčbě – statistická data z hypertenzních center ukazují na to, že pouze 50 % hypertoniků užívá svoje léky tak, jak by mělo. „Většina z nich vykazuje navíc koincidenci dalších onemocnění, během dne musí leckdy zkonsumovat i 10–15 různých tablet, což pochopitelně zásadně snižuje jejich ‘zájem’ tyto přípravky dlouhodobě, spíše doživotně, užívat. Trendem v moderní farmakoterapii (nejen) vysokého krevního tlaku (TK) jsou proto fixní lékové kombinace. Až doposud jsme mohli našim nemocným doporučovat pouze dvě různá léčiva v jediné tabletě, a to v několika různých variantách. Významnou novinkou je v tomto kontextu příchod vůbec první fixní antihypertenzní trojkombinace, kterou je perindopril-indapamid-amlodipin (Triplixam), tedy ACE-inhibitor, diuretikum ze skupiny thiazidových analogů a dihydropyridinový blokátor kalciových kanálů,“ vysvětluje na úvod J. Widimský a připomíná, že na nedávném kardiologickém kongresu v Barceloně byly prezentovány výsledky maďarské klinické studie PIANIST, publikované v prestižním odborném farmakologickém časopise, kde bylo touto fixní trojkombinací léčeno téměř 5 000 nemocných s vysokým TK, a to s velmi dobrým antihypertenzním účinkem. Většina pacientů s dříve hůře kontrolovanou hypertenzí vykazovala v průběhu několikaměsíčního užívání Triplixamu podstatné zlepšení či dokonce normalizaci TK.

Důkazy hovoří jasně

O prospěšnosti podávání fixních dvojkombinací vypovídají také závěry velkých klinických studií. „Především studie ASCOT (perindopril-amlodipin), resp. její antihypertenzní větev (ASCOT-BPLA) či studie ADVANCE (perindopril-indapamid) u diabetiků 2. typu s vysokým krevním tlakem, potvrdily u těchto fixních dvojkombinací dostatečný efekt na snižování kardiovaskulární (KV) morbidit a mortality, zároveň byl pozorován i trend k redukci celkové mortality,

což je pozoruhodné a v rámci celého spektra studií zaměřených na hypertenzi spíše ojedinělé,“ míní J. Widimský. Na jakém principu je vlastně založena idea fixně trojkombinovat právě tato léčiva? Bez výjimky splňují základní požadavky, které jsou obecně na jednotlivé přípravky pro fixní kombinace kladeny – jejich biologický poločas, resp. délka působení, jsou podobné, což zajišťuje účinnou kontrolu TK po celých 24 hodin. „Všechny složky vhodné pro fixní kombinace musí mít zároveň komplementární mechanismus účinku, v našem případě tedy snižují krevní tlak odlišným způsobem. Pokud jsou ve fixních antihypertenzních kombinacích obsaženy látky s aditivním, komplementárním či dokonce synergistickým působením, pak to může výrazně přispívat ke zlepšené kontrole krevního tlaku,“ upozorňuje J. Widimský s tím, že pro všechny 3 účinné látky máme k dispozici dostatečnou evidenci o tom, že podávané v monoterapii 1× denně účinně (a jak bylo řečeno po celých 24 hodin) snižují TK, a to i po ránu – v rizikovém období, kdy u některých léků vyhasíná terapeutický efekt a může dojít k prudkému nárůstu tlaku s nejvyšší incidencí KV příhod, především infarktů myokardu. Perindopril, amlodipin i indapamid vykazují v tomto smyslu výhodný protrahovaný antihypertenzní účinek, který trvá asi 28–30 hodin.

Zachované flexibilní dávkování

Nemalou výhodou nové fixní trojkombinace je také zachované flexibilní dávkování. „K dispozici jsou 4 různé síly léku Triplixam® – můžeme díky tomu navyšovat či naopak ubírat dávku jeho jednotlivých komponent. Kombinováno může být například 5 mg perindoprilu/5 mg amlodipinu/1,25 mg indapamidu, při výběru jiných sil můžeme například navyšovat dávku až do 10 mg perindoprilu a amlodipinu, resp. 2,5 mg indapamidu,“ vypočítává J. Widimský, který závěrem zdůrazňuje, že optimální kontrola vysokého krevního tlaku by měla být společným cílem specialistů i lékařů primární péče, kteří by také měli léčit valnou většinu nekomplikovaných hypertoniků: „Tato nová fixní trojkombinace určitě není primárně určena pro nemocné s mírnou hypertenzí bez komplikací, jelikož těmto pacientům ve většině případů stačí dvojkombinace antihypertenziv pro účinnou kontrolu TK. Měli by ji dostávat převážně pacienti se středně těžkými a těžšími formami onemocnění (s hodnotami krevního tlaku bez léčby 180/110 mmHg a vyššími), kterých je zhruba čtvrtina z celkového počtu. V nejnižší síle je podání Triplixamu® vhodné také u hypertoniků, kde není dvojkombinací antihypertenziv dosahováno dostatečné kontroly krevního tlaku a také tam, kde nemocní užívají např. perindopril, indapamid či amlodipin, či jiné molekuly z těchto skupin, v samostatných tabletách.“



Kazuistika ze soudně lékařské praxe

MUDr. Pavel Brejník

Praktický lékař pro dospělé, Kladno

Tato kazuistika se zabývá postupem praktického lékaře, který dle stěžovatelů neposkytl lékařskou pomoc a vědomě zanedbal své povinnosti. Znalec tuto problematiku řešil pro jednání nezávislé odborné komise příslušného krajského úřadu. Případ se vlekł od dubna 2011, kdy bylo podáno trestní oznámení stěžovatelů, do června 2014, kdy jej řešila nezávislá odborná /dříve znalecká/ komise. Neobvyklý byl případ tím, že jedním z iniciátorů trestního oznámení a stížností byl praktický lékař.

Případem se zabývala policie, znalci, okresní sdružení ČLK i ústřední ČLK a spis měl v květnu 2014, kdy jej znalec dostal k posouzení, 527 stran.

Znalci byla k dispozici zdravotní dokumentace pacientky/ dále P/ záznamy praktického lékaře /dále PL/ od 8. 11. 2009 do 5. 1. 2011, kde bylo konstatováno:

18. 11. 09 cítí se dobře stav stabilizovaný, oběhově kompenzovaná, DK bez otoků, předpis Anopyrin, Lipirex, Sertralin, Amprilan

8. 1. 10 předpis vložných plen pro inkontinenci 4 balení na 2 měsíce

27. 4. 10 pouze předpis léků bez osobní přítomnosti. Recepty Sertralin, Amprilan, Euthyrox

3. 5. 10 výrazné zhoršení psychomotorických funkcí vhodné neurologické vyšetření

20. 8. 10 výrazné zhoršení psychomotorických funkcí při AS demenci, vhodné neurologické vyšetření, TK 140/80, předpis Lipirex

10. 9. 10 předpis léku Sertralin bez osobní přítomnosti

30. 9. 10 subjektivně bez potíží, stav stabilizovaný, žádá pouze předpis léků, medikace nezměněna, předpis Sertralin

9. 11. 10 kontrolní dispensární vyšetření thyreopatie, odeslána k laboratornímu vyšetření

19. 12. 10, stav stabilizovaný, kardiálně kompenzována, bez otoků TK 160/90, medikace saturující, závěr progresse demenčního syndromu, nálada relativně dobrá

9. 1. 11 pouze předpis léků bez osobní přítomnosti Sertralin, Anopyrin, Gingio

Dále znalec vycházel ze záznamů výjezdů ZZS, kde byl následující popis události:

a/ Výzva 11. 4. 2011 12.19 hod, výjezd 12.21 hod, na místě 12.23 hod.

NO: dnes přišla v 11 hodin domů z města, hůře mluvila, najedla se, náhle jí spadla pravá ruka, pokles koutku, porucha řeči, volají ZZS

OA: deprese, neurologické problémy, opakovaně TIA

Při příjezdu při vědomí, chodí po bytě, dysartrie, mírný pokles koutku, konzultace o příjmu na neurologii v Jihlavě. Během transportu úprava stavu, obnovena hybnost pravé HK, symetrie koutků, stále přetrvává dysartrie, podané

léky – infuze s fyziologickým roztokem, hodnoceno jako: Cévní mozková příhoda neurčitá – mozkové krvácení nebo infarkt, výjezd provedla diplomovaná sestra, řidič, pouze 2-členná posádka

b/ Převoz z CT krajského města na neurologii JIP Nemocnice v okresním městě, výzva a výjezd 14.04, předání 14.40 hod, podána infuze s Manitolem, transport bez problémů, diagnóza stejná

Ve zdravotní dokumentaci PL není záznam o telefonických hovorech se stěžovateli.

Vyšetřovatel Policie ČR předal ČLK spis podle § 159a odst. 1 písm. b) tr. ř. ke kárnému projednání osoby PL pro jednání spočívající v tom, že dne 11. 4. 2011 okolo 11.00 hodiny přijal jako praktický lékař před koncem ordinčních hodin telefonát od manžela poškozené, který jej informoval, že jeho ženě se přitížilo, je jí hodně špatně, přestala mluvit a nemůže se hýbat, přičemž se jej, jako praktického lékaře v jehož péči poškozená dlouhodobě byla, dotazoval na to, co má dělat, kdy mu ze strany PL bylo sděleno, že „je již na odchodu a pospíchá, aby manželce podávali vodu a pokud by se stav nezlepšil, tak aby volali 155 „přičemž následně byl hovor bez dalšího vysvětlení či opatření ukončen. Synem a rodinou byla P sledována, byly jí podávány tekutiny, avšak její stav se nelepšil a tak ve 12.19 hod. byla volána ZZS, která P transportovala k dalšímu vyšetření do krajské nemocnice a následně do okresní nemocnice, kde byla dne 11. 4. 2011 hospitalizována a kde dne 13. 4. 2011 v 00.10 hod. umírá na rozsáhlé nitromozkové krvácení s následným otokem mozku s centrální poruchou řízení životních funkcí.

V rámci prověřování, jenž bylo zahájeno ve smyslu ust. § 158 odst. 3 tr. řádu, dne 24. 6. 2011, pro podezření ze spáchání přečinu „Neposkytnutí pomoci“ dle § 150 odst. 2 tr. zákoníku, případně z jiného tr. činu dle zvláštní části tr. zákoníku, se policejní orgán zabýval podaným trestním oznámením, jenž bylo cestou Okresního státního zastupitelství podáno synem poškozené, pro „vědomé neposkytnutí první lékařské pomoci a vědomé zanedbání lékařské péče“ a kde bylo oznamovatelem namítáno, že si PL, jako registrující a ošetřující lékař P, vědomě nezajistil více informací, neprojevil žádnou snahu osobně pomoci, tedy zajistil aktuální návštěvu lékaře, nezajistil péči zavoláním RZS, jak je povinností lékaře, který sezná, že zdravotní stav pacienta je akutní a on sám akutní péči nemůže poskytnout.

Z uvedených materiálů mimo jiné vyplývá, že P se dne 11. 4. 2011 vrátila před 11.00 hodinou z města a manžel na ni pozoroval změnu chování, kdy žena „jako by o sobě nevěděla“. Dále nemohla mluvit a zhoršila se její motorika.

Byla ale při vědomí, okolí sledovala, snědla oběd. Proto byl následně rodinou kontaktován do ordinace její ošetřující PL.

Ten ve svém vyjádření mimo jiné uvedl, že konec ordinace doby měl v uvedený den v 11.00 hodin a potvrdil, že před koncem ordinace doby mu volal manžel P, který mu do telefonu sdělil, že manželka přišla z procházky domů a že přestala mluvit. Jiné obtíže neudával a nelíčil, že by se stav dramaticky horšil, pouze se dotazoval, co má dělat. On ho přerušil a sdělil mu, že je na odchodu a že spěchá, ale již si nepamatoval, zda mu uváděl i samotný důvod, kdy jel na základě předchozích telefonátů do ordinace k jiným 2 akutním pacientům. S ohledem na výše uvedené panu volajícímu sdělil, aby manželce podali vodu a pokud by se stav do hodiny nezlepšil, tak aby volali 155. Záznam o tomto do dokumentace nikde neučinil, neboť šlo pouze o telefonický hovor. Dále PL uvedl, že takto byl kontaktován ze strany manžela P již několikrát, vždy před koncem ordinace doby a vysvětloval mu, že musí volat dříve, že má často nasmlouvané jiné úkony či návštěvy. Příčina, proč P přestala mluvit, se nerozebírala. Popřel, že by byl přímo žádán o návštěvu. Podání tekutin pak doporučil z důvodu, aby měl mozek dostatek tekutin a zlepšila se jeho činnost, což je všeobecný problém starších pacientů, kteří nemají správný pitný režim před či během denní aktivity. Domníval se, že v daném případě by se mohlo jednat o poruchu centrálního nervového systému, ale na takové případy není jako obvodní lékař vybaven a jeho prací je spíše prevence. Po nahlédnutí do dokumentace uvedl, za dobu, po kterou měl pacientku v péči, tak u něj jmenovaná byla 5x na vyšetření a 3x pro léky. Trpěla těžkou formou Alzheimerovy choroby a dalšími problémy souvisejícími s věkem.

Zdravotní obtíže P byly potvrzeny i z dalších vyžádaných odborných lékařských zpráv.

Dne 8. 3. 2011 byla pacientka vyšetřena na psychiatrické ambulanci v jiném krajském městě se závěrem: Alzheimerova choroba s pozdním začátkem, dif., dg. možný smíšený typ demence.

Jak dále uváděli rodinní příslušníci, a to manžel, první syn policista a druhý syn lékař, též PL, trpěla P v posledních 2 letech záchvatovými stavy. Při těchto stavech měla někdy brnění obou rukou, jindy brnění jazyka, výpadky paměti a někdy i poruchu řeči. Tyto stavy trvaly asi 10–15 minut. V posledních 7 letech pozoroval manžel též pozvolné zhoršování paměti. Tyto stavy mohly být projevy tzv. TIA = transitorní ischemické ataky, mohly však být i projevem Alzheimerovy choroby, kterou diagnostikoval u nemocné psychiatr. Upřesnění diagnózy mohlo provést vyšetření mozku magnetickou resonancí, které nebylo provedeno. Vyšetření CT mozku bylo v mezích normy.

Znalcem z oboru neurologie byl zhodnocen průběh poskytnuté zdravotnické péče, kdy pacientka byla vozidlem RZP 11. 4. 2011 ve 12.19 hod., výjezd vozidla ve 12.21 hod., zásah na místě 12.23 hod. Dle informací ZZS kraje odvezena na neurologické oddělení krajské nemocnice. Na tomto oddělení je tzv. iktové centrum a u pacientů s náhlou cévní mozkovou příhodou ischemického rázu je možné provedení tzv. trombolýzy. U P bylo provedeno CT mozku a bylo zjištěno mozkové krvácení, takže tato léčba nepřicházela v úvahu. Neurolog rozhodl, že u P přichází

v úvahu jen léčba konzervativní a tam provedl tentýž den zápis ve 14.06 hod. Pro nedostatek místa JIP neurologického odd. nemocnice byla P převezena na JIP neurologického–interního oddělení okresní nemocnice. Zde byla přijata, dle zápisu v 16.28 hod. Zde byla léčena a na tomto oddělení dne 13. 4. 2011 přes veškerou léčbu zemřela. Znalec konstatuje, že u P vzniklo dne 11. 4. 2011 okolo 11 hodiny dopoledne náhlé mozkové krvácení, které vedlo přímo k jejímu úmrtí. Vznik této choroby byl tedy v příčině souvislosti s jejím úmrtím. Eventuální okamžitý zásah PL, po oznámení rodiny, by nemohl odvrátit průběh nemoci postižené a nemohl zabránit jejímu úmrtí. Je však běžným postupem lékaře, kterému je oznámen vážný stav nemocného, že lékař se dostaví k pacientovi, vyšetří ho a zařídí další postup. V případě PL je však nutné vzít v úvahu, že u P se podobné, nikoli stejné, stavy již dříve opakovaly a vždy se tyto upravily bez přítomnosti lékaře.

K povinností praktického lékaře dojet v rámci ordinace hodin, či po jejich ukončení, k pacientce, případně k povinnosti lékaře přivolat bezodkladně vozidlo RZP, se vyjádřil i právní odbor Ministerstva zdravotnictví ČR, kde je konstatováno, že pokud nastane potřeba zajištění návštěvní služby, je lékař povinen tuto službu poskytnout a dále, že každý zdravotnický pracovník je povinen zejména poskytovat neprodleně první pomoc každému, jestliže by bez této pomoci byl ohrožen jeho život nebo vážně ohroženo zdraví a není-li pomoc včas dosažitelná obvyklým způsobem, a zajistit mu podle potřeby další odbornou péči. Každý lékař je povinen poskytnout první pomoc resp. zajistit jiný způsob poskytnutí odborné péče v případě, že se dozví o zhoršení zdravotního stavu pacienta.

Z výpovědi syna lékaře dále vyplývá, že zdravotní stav matky průběžně sledoval a zdravotní komplikace začala mít matka v posledních cca 5 letech. Předtím se jednalo o běžné občasné zdravotní problémy. Zhruba před 5 lety začínala matka více zapomínat, měla problémy s pamětí a vlastně se objevovaly první příznaky demence. Cca před 2 lety pro další zhoršování stavu a fakt, že žádné vyšetření nebylo provedeno, zajistil matce vyšetření u prim. neurologie v okresním městě, který provedl i CT vyšetření mozku. Matce byla nasazena léčba na demenci Alzheimerova typu a byl určen i ošetřující psychiatr. Během doby i přes léčbu došlo k dalšímu zhoršení zdravotního stavu, kdy se objevovaly stále častěji poruchy orientace v čase, občas matka trpěla bludy a tak jí byla doporučena změna psychiatra se sídlem v sousedním krajském městě. Zde byla matka na jediném vyšetření a to cca týden před smrtí. Problémy s řečí měla asi poslední rok nazpět, kdy zprostředkovaně od otce se dovídal, že mamka byla na chvíli „mimo“, včetně toho, že se při tomto hůře vyjadřovala (hledala slova). Toto ale nebylo časté, snad cca 1x za 2 měsíce a samovolně to odeznělo. O všem vždy byli informováni lékaři primář neurolog a psychiatr při kontrolách. Zda to bylo dáno na vědomí i praktickému lékaři syn lékař nevěděl, ale uvedl, že zprávy od neurologa by měly být přeposílány praktickému lékaři.

Dále potvrdil, že dne 11. 4. 2011 dopoledne, asi okolo 11 hodiny, byl telefonicky informován otcem o náhlé změně zdravotního stavu matky s tím, že je nově lehká

změna osobnosti a úplně přestala mluvit. Otec mu řekl, že informoval o zdravotním stavu PL, který se podle informací otce o zdravotní stav matky příliš nezajímal, rádově dvě tři věty, odmítl návštěvu s tím, že nemá čas a doporučil podat tekutiny, vyčkat hodinu a rozhodnout dále dle vývoje, eventuálně volat po hodině RZP. Otcí syn lékař okamžitě doporučil volat RZP pro podezření na náhlou cévní mozkovou příhodu. Na závěr uvedl, že se domnívá, že je profesionální povinností každého zdravotníka, nejen lékaře, poskytnout odpovídající péči dle svých momentálních možností. Je přesvědčen, že PL hrubě pochybil ve své povinnosti, když byl informován otcem o náhlé změně zdravotního stavu matky, že neprojevila žádnou snahu o získání jakýchkoli informací, aby mohl zajistit dostupnou péči. V tomto případě volat RZP. Osobně to hodnotí jako neposkytnutí první pomoci a i jako zanedbání lékařské péče a to i přesto, že si je vědom toho, že zdravotní postižení matky bylo natolik závažné, že ani rychlé poskytnutí pomoci nemohlo odvrátit smrt. Proto v tomto směru nikoho konkrétního neviní. K trestnímu oznámení pak připojil písemnosti o svých konzultacích k dané věci, článek z tisku a další písemnosti.

Manžel ve své výpovědi uvedl, že zdravotní stav manželky se začal zhoršovat asi před 7 lety, kdy začínala mít problémy s pamětí. Asi před třemi lety ji zemřela sestra a půl roku na to zemřela i její dcera a to na Alzheimerovu chorobu. Na dceru byla manželka hodně vázána a po její smrti se nervově zhroutila. Začala častěji chodit k obvodnímu lékaři. Ten však manželce nezprostředkoval žádnou další odbornou léčbu a předepisoval jí pouze léky na uklidnění. Léky sice zabíraly, ale stav ženy se po psychické stránce stále zhoršoval. Žena prostě stále více zapomínala. PL její stav neřešil a při jeho návštěvě uvedl, že to s ženou bude mít těžké. Manželka se lékaři bála říci o další vyšetření a tak syn, který je taktéž lékařem, zprostředkoval další vyšetření u neurologa a psychiatra. Tam začala manželka docházet, kdy neurolog nezjistil na CT žádnou mozkovou příhodu, avšak kardiologem byl upozorněn na to, že žena prodělala asi před dvěma lety mozkovou příhodu a že by měla být opatrná a nesmí jezdit autem. Všechny uváděné lékaře upozorňovali na to, že žena mívá časté „výpadky“, kdy přestala bez předchozích příznaků ovládat např. prsty u ruky a nemohla mluvit. To se opakovalo poslední dobou stále častěji, zhruba jednou za 2 měsíce. „Kolapsový“ stav trval zhruba 15 minut a poté samovolně odezněl, aniž by žena na sobě dále pozorovala nějaké zdravotní změny. Lékaři, ač na toto byli upozorněni, nijak nereagovali. Neříkali jim ani žádná doporučení. S ohledem na její zhoršující se stav vyjednal u neurologa další vyšetření, kde lékař konstatoval, že neshledává žádné příznaky onemocnění po neurologické stránce. Toto vyšetření bylo zhruba do týdne před její smrtí.

Dále jmenovaný uvedl, že dne 11. 4. 2011 byl s ženou doma, kdy dopoledne žena odešla do města a po jejím příchodu, nějak před 11 hodinou, na ní pozoroval, že „jako by o sobě nevěděla“. Proto ji přivedl do pokoje, kde ji posadil. Ona přestala mluvit a přestala se pohybovat. Oproti předchozím podobným stavům, byla při tomto žena více strnulá a nikdy ji takto nepamatoval. Proto PL do linku

do ordinace, kdy mu po telefonu sdělil, že ženě je špatně. Na to PL reagoval tak, že nemá čas, že odjíždí. On mu sdělil, že ženě je opravdu moc špatně, že nemluví a nemůže se hýbat, PL mu sdělil, aby jí dával pít a když to nepomůže, aby přivolal sanitku. Následně se synem policistou doma ženu „nutili“ do pití a sledovali její stav, který se však nelepšil. Proto zhruba za cca hodinu volali sanitku, která ženu odvezla.

Na závěr uvedl, že sám byl proti podání trestnímu oznámení, ale synové byli jiného názoru.

Přesto si myslí, že je povinností lékaře, když má svého pacienta ve vážném stavu a v podstatě jen kousek od ordinace, cca 300 m, že by měl jako lékař projevovat snahu a pokud možno se i osobně dostavit. PL považoval za dobrého doktora, ale vytkl mu jeho chování k pacientům, konkrétně k jemu samému, jenž mu přijde „strohé“, bez zájmu a lidského vztahu k pacientovi. Po smrti ženy se okamžitě přehlásil k jinému lékaři.

Kdy volal syna lékaře přesně neví, nějak okolo toho telefonátu s PL, možná i napřed, ale již si to opravdu nepamätuje. Žádné jiné instrukce neměl a tak matku se synem policistou sledovali a když se to nelepšilo, tak volali sanitku. Na závěr jmenovaný uvedl, že s ohledem na zdravotní stav ví, že by manželku stejně nikdo nezachránil, ale jde mu spíše o etiku a o to, že když prosil PL o pomoc, a má to 300 m od domu, tak že si nebyl schopen udělat čas a přijít se na svoji dlouhodobou pacientku, kterou má 15 až 20 let v péči, podívat, což považuje za hanebné.

Rovněž tak z výpovědi syna policisty vyplývá, že matka měla podobné ataky přibližně v posledních dvou letech, asi 2x, ale jednalo se o mírnější formu, kdy zadržávala, měla brnění rukou či drobnější motorické problémy, ale nikdy ne v této formě a rozsahu, tedy že by se nemohla hýbat. Při předchozích obtížích, u nich byl osobně, trvala vada řeči či brnění rukou maximálně do 5–8 minut, pak to odeznělo. Určitě o tom byli informováni i ošetřující lékaři matky. Dne 11. 4. 2011, když přišel domů, tak mu otec sdělil, že matka je nějaká špatná a on se šel na ní podívat. Matka seděla a zadržávala v řeči. Byla schopná ale sama vstát a došla ke stolu, kde pomalu jedla oběd. Pak si šla lehnout. Protože bylo vidět, že se její stav nelepší, tak otcí řekl, aby hned volal doktora a on šel volat do ordinace PL. Ten byl otcem žádám o to, aby přijel k matce domů, že se její stav výrazně zhoršil a byl žádán o radu, co mají dělat. PL otcí odbyl s tím, že pospíchá a že nepřijede, pouze uvedl, aby matku sledovali, podávali jí tekutiny a když se stav nezlepší, tak abychom za hodinu zavolali RZS. Pohybovat se matka s obtížemi mohla, do sanitky odešla za pomoci po svých. Bylo na ní vidět, že vyjadřování i pohybové možnosti se v průběhu té hodiny zhoršovaly, ale po celou dobu byla při vědomí, okolí vnímala, ale pít nechtěla. Sám se domníval, že se asi jedná o nějakou „mrtvičku“. Dále jmenovaný uvedl, že asi za 5 minut po oznámení zhoršení stavu matky volal sám a nebo otec, přesně již nevěděl, bratra lékaře, kterému uvedenou situaci rovněž popsali, tedy jak stav matky, tak to, že PL odmítl přijet k matce a odbyl nás s tím, že pospíchá, přičemž bratr říkal, aby se volala rychle. Sám pak začal vše vyřizovat a volal na záchranku, která

přijela z nejbližšího stanoviště. Na závěr jmenovaný uvedl, že pokud nejde o trestný čin, určitě se jedná o pochybení lékaře, jenž by mělo být řešeno ČLK.

Záchranářka RZP vypověděla, že po příjezdu seděla pacientka doma v obýváku a „rodina“ uváděla, že paní nekomunikuje, že má „mrtvičku“ a že se její stav zhoršuje. Po získání prvotních informací od rodiny prováděla vlastní vyšetření, kdy zjistila „mravenčení“ a zhoršenou citlivost jednostranné části těla (horní a dolní končetiny). Paní dále nesrozumitelně mluvila. Jelikož z vyšetření bylo dáno podezření na centrální mozkovou příhodu (mrtvičku či TIA), byla z místa provedena konzultace s „iktovým“ centrem, kde se s lékařem domlouvala na dalším postupu. Celý hovor by měl být nahráván přes centrálu. Následně bylo rozhodnuto o převozu pacientky do krajského města. Ještě předtím, při převozu, došlo u pacientky k mírnému zlepšení stavu, kdy příznaky mozkové příhody ustupovaly, paní lépe komunikovala a bylo jí i lépe rozumět. Sama říkala, že je jí lépe a že se cítí dobře. Začala také pohybovat o té doby ochrnutou částí těla, dokázala uchopit předměty a docházelo k úpravě stavu k lepšímu. Proto také zůstali v krajském městě a čekali, jak dopadnou potřebná vyšetření. Jelikož ale na CT vyšetření byl prokázán „nález“ na mozku, stav byl chronický a nebyla dána indikace k trombolýze, tak bylo domluveno, že pacientku převevou do spádové okresní nemocnice.

!! Po vyhodnocení spisového materiálu a jednotlivých důkazů dospěl policejní, orgán k závěru, že v dané věci nebyl spáchán trestný čin „Neposkytnutí pomoci“ podle § 150 odst. 2 tr. zákoníku, případně jiný trestný čin dle zvláštní části trestního zákoníku.

Dle citace § 150 odst 2 tr. zákoníku se přečinu „Neposkytnutí pomoci“ dopustí ten, kdo osobě, která je v nebezpečí smrti nebo jeví známky vážné poruchy zdraví nebo vážného onemocnění, neposkytne potřebnou pomoc, ač tak může učinit bez nebezpečí pro sebe nebo jiného, přičemž čin je postižen sazbou odnětím svobody na tři léta nebo zákazem činnosti. Činu se lze dopustit pouze opomenutím, přičemž po subjektivní stránce se žádá úmysl a pachatel zde má obecnou povinnost konat, poskytnout pomoc, a odpovídá pouze za neposkytnutí pomoci, nikoli za vzniklou poruchu zdraví.

V uvedeném případě však policejní orgán vycházel pouze z výpovědí jednotlivých stran, kdy zpětně nelze přesně obsah hovoru i formu žádosti o radu či návštěvu PL přesně doložit. V kontextu jednotlivých výpovědí je zřejmé, že všechny dotčené strany měly dostatečné informace o předchozím zdravotním stavu poškozené, která obdobnými zdravotními komplikacemi v minulosti trpěla, a byť nikdo nemohl předvídat skutečný stav věci, ze zjištěných podkladů vyplývá, že nikoho uvedený stav neznepokojoval natolik, že by vyhodnotil obtíže jako známku vážné poruchy zdraví či bezprostřední nebezpečí smrti a sám pak neprodleně přivolal poškozené RZP. O tomto svědčí fakt, že přítomní rodinní příslušníci nejprve čekali, zda stav samovolně odezní, tak jako v předchozích případech, a když uvedené obtíže přetrvávaly, tak spíše formou dotazu, jak tvrdí PL, žádali o radu, případně návštěvu, jak tvrdí ozna-

movatelé, což bylo před koncem jeho ordinačních hodin dne 11. 4. 2011. PL rodině sdělil, že je na odchodu a že pospíchá na návštěvy k jiným pacientům, přičemž doporučil, aby poškozené podávali vodu a pokud by se stav do hodiny nezlepšil, tak aby volali 155. Jelikož byl vázán koncem ordinační doby a dále dalšími domluvenými případy; a nebyl v daný okamžik na dosah poškozené, aby mohl učinit vyšetření, jenž by míru obtíží poškozené ozřejmila, a byl odkázán pouze na sdělení rodiny, poskytl radu, která sice nevedla ke zmírnění stavu či záchraně poškozené, což by s ohledem na vývoj zdravotního postižení ani nebylo v jeho silách. S ohledem na shora citované skutečnosti nelze ani v daném případě usuzovat na jednání PL, ve smyslu „nepřímého úmyslu“, tedy že věděl, že svým jednáním může způsobit porušení nebo ohrožení zájmu chráněného trestním zákoníkem, a pro případ, že jej způsobí, že s tím byl srozuměn, tedy že počítal s konkrétní okolností, která by mohla vést k poruše zdraví poškozené. K uvedenému rovněž tak přispívá fakt, že v uvedeném případě se mohl PL oprávněně domnívat, že šlo o shodné obtíže, jaké se již u pacientky vyskytly a které vždy bez následků samovolně odezněly. Komisař policie dále přihlédl i k tomu, že i syn MUDr. byl obeznámen s obtížemi poškozené, postupoval stejným způsobem jako PL, poskytl rodině radu, tedy přivolat RZP. Protože s ohledem na zdravotní stav a průběh postižení P, jenž se dne 11. 4. 2011 projevil náhlým mozkovým krvácením a bylo v přímé příčinné souvislosti s jejím následným úmrtím z příčin chorobných, kdy tento vývoj nebylo možno ze strany dotčených osob odvrátit, nepřichází v úvahu ani tr. odpovědnost za ostatní tr. činy uvedené v Hlavě I. - Trestné činy proti životu a zdraví.

S ohledem na shora uvedené se policejní orgán domnívá, že v jednání PL může jít o kárný delikt, jenž by mohl být projednán v kárném řízení u České lékařské komory a proto uvedenou věc dle § 159a odst. 1 písm. b) odevzdávám k dalšímu posouzení.

Případem se opakovaně zabývala ČR okresního sdružení ČLK a dne 27. 2. 2013 konstatovala:

1. Stav poškozené v době volání PL dle líčení manžela, ani v době příjezdu RZP neukazoval jednoznačně na akutní mozkovou příhodu.
2. Komorbidita P ukazuje, že podobné výkyvy zdravotního stavu nebyly výjimečné a PL reagoval doporučením a radou ze znalosti předchozí anamnézy adekvátně popisovanému stavu.
3. Z předloženého výpisu telefonních hovorů vyplývá, že manžel zemřelé P kontaktoval kromě PL ještě nejméně dva lékaře, z nichž ani jeden zřejmě neindikoval bezprostřední zavolání RZP. K samotnému zavolání RZP rodinou došlo se zpožděním oproti doporučení PL.
4. Tvrzení syna P, že celý hovor svého otce s PL poslouchal na paralelní lince vnímá čestná rada jako velmi nepravděpodobné. Důvodem je jak jeho časová dostupnost z pracovního procesu domů, tak i jeho případné etické chování (při jím udávaném akutním stavu své matky nečinně a bez osobní invence odposlouchává hovor svého otce s lékařem).

5. Ve vlastní stížnosti je formulace, že manžel zemřelé pacientky žádal PL o radu, jak má dál postupovat. Tuto PL poskytl. Nebylo žádáno o akutní návštěvu či poskytnutí první pomoci v době, kdy PL byl na odchodu k nahlášeným jiným akutním případům.
6. Při nepředpokládaném nepříznivém rozvoji choroby nemohl další osud pacientky změnit žádný jiný sebeodbornější či seberychejší postup.
7. Z vyžádaného posudku od neurologa rovněž vyplývá, že se nejednalo o žádné pochybení PL, natož pak o případné vědomé neposkytnutí první pomoci či zanedbání péče.

Čestná rada se shoduje, že nemůže posoudit, která strana interpretuje obsah inkriminovaného telefonického rozhovoru blíže skutečnosti, a právě proto se musí držet zásady platné již za římského trestního práva – in dubio pro reo (právní zásada, podle které není-li možné vinu jednoznačně prokázat vinu obžalovaného, proto je nutné na něj nahlížet jako na nevinného- pozn. znalce).

Po prostudování všech dostupných materiálů tedy čestná rada OS ČLK konstatuje, že nebylo prokázáno, že PL postupoval non lege artis a že by se dopustil zanedbání péče, neposkytnutí první pomoci či neetického chování při výkonu povolání lékaře. Ze všech výše uvedených důvodů tedy čestná rada OS ČLK v uznala obviněného lékaře nevinným podle § 10 odst. 2 písm. a) Disciplinárního řádu ČLK.

Ve spise byl i výpis telefonních hovorů manžela P v inkriminovanou dobu:

- 11. 4. 2011 11.08 syn lékař 1.07min
- 11. 4. 2011 11.10 PL 0.53
- 11. 4. 2011 11.19 Okresní nemocnice 0.34
- 11. 4. 2011 11.20 primář neurologie 1.40
- 11. 4. 2011 11.44 Okresní nemocnice 1.17
- 11. 4. 2011 11.49 syn Policie 0.13
- 11. 4. 2012 12.46 psychiatr krajské město 0.48
- 11. 4. 2012 12.48 Okresní nemocnice 1.30

Součástí spisu je i emotivní, ale věcná výpověď zdravotní sestry PL /je zároveň dcerou PL/, která sděluje, že vše se stalo až po 11 hod. po ordinálních hodinách PL, kdy byl již u dveří na odchodu ke 2 dalším návštěvám, vrátil se ke zvonícímu telefonu. PL striktně dodržuje časový harmonogram ordinace a pacienti, kteří k němu chodí to vědí. Před 11.00 se P vrátila z města – manžel ji usadil do křesla, nelíbila se mu, přestala se hýbat, stav se zhoršil, nevěděl, co má dělat, začal telefonovat. Byl sám doma /syna policistu volal až v 11.49 – viz výpis hovorů- dodán až 6. 6. 12- rok poté/. Syn policista uvádí lživou výpověď, že hovor odposlouchával a byl přítomen – účelové, aby byl svědek. Kdyby byl přítomen, určitě by se sám PL v telefonátu zeptal, co má s matkou dělat a hlavně by RZP přijela nejpозději v 11.20 hod., jak uvádí syn policista, že ji sám osobně volal ihned po telefonátu s bratrem lékařem, který jim to doporučil – dle jejich výpovědi 5 min. po telefonátu s PL a ne až ve 12.20!

V 11.08 voláno z pevné linky na linku syna lékaře. Manžel i syn lékař uvádějí, že hovor proběhl kolem 11.00, jeden z nich uvádí, že po telefonátu s PL, druhý před telefoná-

tem s PL. Syn lékaře byl první lékař, kterému byla nahlášená změna zdravotního stavu P. RZP ale nezajistil, nedoporučil, ani on zřejmě neshledal vážnost stavu, protože u P byly tyto stavy v poslední době časté a do 15 minut vždy ustoupily samy.

V 11.10 hovor s PL, byla přítomna, z 1 m si jasně pamatuje obsah, manželovi P sdělil, že musí jet na 2 další akutní návštěvy, že nemůže přijet. Manžel P se chtěl pouze na něco zeptat.

Klade si otázku, pokud hovor se synem lékařem proběhl až 5 min po hovoru s PL, což není nikde ve výpisu hovorů uvedeno, je pouze vypovězeno, že syn lékař byl otcem informován kolem 11.00 hod o stavu i následně hovoru s PL a následně ihned doporučena RZP- údajně ihned zajišťoval syn policista, který byl údajně přítomen, proč je tedy záznam na RZP až v 12.19!!!, příjezd 12.20 hod, téměř 1 hod 10 min od telefonátu s PL.

Klade si další otázku, že pokud hovor se synem lékařem proběhl před hovorem s PL, viz výpis hovorů, tak se bohužel syn lékař jako první dopustil chyby, ze které obviňují PL, nedoporučil ani nezavolal RZP!!! Znal přece jen zdravotní stav matky mnohem lépe, veškerá vyšetření indikoval on, záznamy v kartě tomu nasvědčují. PL byl sice registrujícím lékařem, ale za ošetřujícího lékaře by považovala spíše syna, k PL P v posledních 3 letech občas přišla pro léky.

Domnívá se, že manžel byl po celou dobu sám doma. Výpověď syna policisty hodnotí jako lživou, protože v 11.19 manžel volal neurologa, 11.44 další telefonát do nemocnice, nevěděl, co má dělat... Tudiž syn policista nemohl být přítomen, ten ihned volal RZP...

Až v 11.49 manžel P volal Policii- syna P, ten přijel, drželi se pokynů PL, podávali tekutiny, proto RZP až ve 12.20, takže ani syn lékař jim neřekl volat RZP, jak všichni 3 uvádějí ve svých výpovědích, jinak by RZP přijela mnohem dříve. To proto, že všichni 3 shodně tvrdí, že telefonát synovi lékaři byl kolem 11 hod., jen přesně neví kdy, před či po telefonátu s PL a kdo mu vlastně volal, zda syn policista nebo otec....

Všechny 3 výpovědi rodiny pacientky jsou téměř z poloviny vymyšlené, účelové, neshodují se ani v čase, ani v obsahu. Nikdo nezjišťoval volaná čísla na výpisu, který byl dodán až v roce 2012.

Absolutně nechápe, jak si někdo může dovolit lhát jen proto, aby pošpinil někoho jiného, když se jedná o lékaře a zástupce Policie ČR. Etika? Trestný čin? Protože právě z toho, čeho PL obviňují, tj. z neposkytnutí a nezajištění RZP, to udělali oni sami!!! Všichni stejně jako PL předpokládali, že to je jen jeden z mnoha dalších opakujících se stavů P, že samovolně odezní (jako vždy) a možná právě jen PL byl jediným, kdo řekl, zavolat RZP, protože přesně podle jeho pokynů přijela.

Rozhodnutí ČR OS ČLK vyvolalo nesouhlas rodiny, která se odvolala na ústředí ČLK.

Věc byla Vědeckou radou ČLK předána k odbornému posouzení oborové komisi VR ČLK pro praktické lékařství dne 3. 6. 2013 k rukám předsedy komise. Oborová komise pro všeobecné praktické lékařství je složena ze 3 autorit v oboru všeobecného praktického lékař-

ství. Komise konstatovala, že na internetové prezentaci ordinace PL bylo ověřeno, že skutečně končí s ordinací denně v 11 hod (začíná v 6.30), kromě středy, kdy má ještě ordinaci od 14.00 do 18.00 hod. Je tedy kladena otázka, zde lékař PL jednal v souladu se zásadami správné lékařské praxe, když nevyjel na návštěvu k výše uvedené pacientce. Otázka zavinění smrti neposkytnutím povinné péče byla vyřešena vyšetřujícím orgánem policie, který na základě znaleckého posudku došel k závěru, že nebyl spáchán trestný čin a věc předal ke kárnému posouzení. Praktický lékař je několikrát za den postaven do situace, kdy se musí rychle rozhodovat a volit priority svého jednání tak, aby nedošlo k poškození zdraví nebo života pacientů. K řešení řady stavů je samozřejmě mnohdy minimálně vybaven. Obzvláště ožehavou problematikou je návštěvní služba, kdy si lékař musí stanovit přednost v pořadí návštěv tak, aby dojel nejprve ke stavům neodkladným, nebo potenciálně neodkladným. Toto rozhodování je součástí jeho schopností a znalostí a v této situaci se lékař dosti často dostane do časové tísně, ve které musí volit menší zlo. PL informován o stavu pacientky v situaci, kdy končil ordinaci a kdy tak spěchal, že nedokázal dostatečně s manželem jmenovanou rozebrat její stav a nedokázal se fakticky domluvit na optimálním řešení situace. Doporučil podání vody a při nezlepšení stavu volat RZS. Jako důvod tohoto rozhodnutí policii uvedl, že u starších osob jde často o deficit tekutin a že podáním tekutin lze zabránit rozvoji mozkové cévní příhody. Z toho je zřejmé, že musel v rámci diagnostické rozvahy počítat s rizikem mozkové cévní příhody, jakožto situace ohrožující pacientku. V této situaci měl v zásadě tyto akceptovatelné možnosti:

- a/ domluvit se zcela jednoznačně s rodinou, že stav pacientky se nejeví natolik závažným, aby nevykonal návštěvu (bydliště pacientky má být dle údajů několik set metrů od ordinace) a pak doporučit při event. zhoršení stavu povolat RZS. Podle vyjádření manžela jmenované k takovéto dohodě nedošlo a lékař hovor ukončil s tím, že nemá čas. Na další návštěvě pak strávil jednu hodinu
- b/ ohlásit dispečinku RZS, že stav je mu podezřelý z CMP, že má dvě další neodkladné návštěvy a žádá o výjezd
- c/ oznámit rodině, že vykoná návštěvu v pořadí daném akutností dalších dvou návštěv, přičemž první trvala údajně hodinu a druhá byla kontrolní po návštěvě předchozího dne, a tyto návštěvy si seřadit podle své rozvahy
- d/ prioritně navštívit P.

Zde nemůže platit, že praktický lékař není vybaven na řešení „takových“ stavů a pracuje především preventivně. Naopak. PL je tím, kdo musí být schopen tyto stavy diferenciaciálně diagnosticky posoudit a určit další postup léčby. Samozřejmě PL nemohl pacientku zachránit, v tomto směru je zcela exkulován. Jelikož však ne zvolil žádnou z výše uvedených akceptovatelných variant k optimálnímu vyřešení telefonického sdělení manžela pacientky, i když velmi pravděpodobně musel zvažovat možnost CMP, je nutno jeho postup považovat za nesprávný, tedy v tomto pohledu non lege artis.

Další stížnost syna policisty byla postavena na závěru odborné komise všeobecného praktického lékařství. Ve stížnosti adresované KÚ v roce 2014, po které následovalo jednání nezávislé odborné komise, syn policista žádal projednání ošetření, respektive neošetření matky, tedy neposkytnutí lékařské péče PL. Jeho matka se vrátila dne 11. 4. 2011 domů a rozbolela ji hlava a začala mít problémy s vyjadřováním. Tedy začala špatně mluvit, artikulovat a hledala slova.

V té době byl s otcem u ní, potíže nastaly doma, vzdušnou čarou cca 400 m od zdravotního střediska.

Měli strach z cévní mozkové příhody a volali PL, který je jejím praktickým lékařem a který měl ten den ordinaci do 11 hodin.

Od bratra ví, že v době ordinace praktický lékař nemůže konat návštěvní službu.

Ale měl by být schopen poskytnout pomoc či radu, minimálně na úrovni středně zdravotně vzdělaného dispečera nouzové linky 155. Pokud nemůže konat sám.

Nicméně pan doktor se nijak na zdravotní stav matky neptal, moc ho nezajímalo, sdělil otcovi, ať dává matce pít vodu a kdyby se do hodiny nezlepšila, tak aby volal RZP.

Přestože bylo již skoro 11 hodin, ani nenabídl návštěvu či cokoli jiného a sdělil, že má již 2 dříve plánované návštěvy. Takže by přijel až po třetí hodině, respektive až odpoledne.

Otec volal ihned poté jeho bratra, který je také praktickým lékařem, ten otcovi řekl, ať ihned volá RZP a otec tak učinil a matka byla odvezena sanitou s podezřením na CMP s tím, že původně nám osádka RZP řekla, že povevou matku do fakultní nemocnice, ve finále jeli ale krajského města!

Má první dotaz – jak je možné, vézt suspektní cévní mozkovou příhodu krajské nemocnice, když podle platných směrnic /to mu takto řekl bratr/ by měl být každý pacient do 2 hodin vyšetřen na specializovaném pracovišti?

Protože kvalitní ošetření, je možné jen do 2 hodin.

Cesta z bydliště sanitou do FN je trochu absurdní a sanitou bydliště – krajské město také. To by asi bylo lepší jet sanitou bydliště, okresní město a poté heliport!? Nebo se plete?

A druhý ne dotaz, ale vlastní stížnost se týká postupu PL. Zdravotní odbor v rámci přenesené péče garantuje dostupnost lékařské péče občanům. Česká lékařská komora, dejme tomu, může posoudit kvalitu, ale dostupnost péče není přímo její obor.

Myslíte si, stejně jako všichni lékaři v okresním městě, že matce s těžkou akutní cévní mozkovou příhodou, na kterou de facto do 24 hodin zemřela, neměla být jejím praktickým lékařem poskytnuta nějaká péče? Neměl se opravdu více zajímat o stav pacientky? Neměl alespoň sám zavolat RZP? Neměl tuto možnost nabídnout rodině? Neměl jet za 3 minuty po tomto telefonu na návštěvu sám? To už byla doba jeho normální návštěvní služby!

Měl dát opravdu přednost nedůležitým a ne urgentním plánovaným návštěvám, jak se brání?

Nevěří, že kdokoli, jen trochu rozumný, může souhlasit s názorem kolegů lékařů z okresního sdružení ČLK, protože evidentně není náplní jejich práce zjišťovat pravdu a objektivně ji vyhodnotit, ale spíše je ovlivňuje snaha o stavovskou kolegiálnítu.

Neviní PL z úmrtí matky, protože ani okamžitá odborná pomoc by zřejmě nezabránila úmrtí, ale to neřeší podstatu problému – neposkytnutí ani té nejmenší pomoci.

Určitě mohl a měl a podle něj i musel na záchranu jejího života a zdraví, jako lékař první linie, učinit minimálně to, že by se zachoval jako středně zdravotně vzdělaný zdravotník. On ale neučinil zhola nic a ještě špatně poradil. Profesionálně i lidsky selhal. Neposkytl žádnou pomoc své pacientce, která již v té dobějevila známky akutní cévní mozkové příhody a upřednostnil své jiné zájmy.

On a celá rodina toto jednání hodnotí jako poškození na zdraví z nedbalosti a neposkytnutí lékařské péče tak, jak mu ukládá tuto povinnost zákon.

Krajskému úřadu sděluje že má k dispozici rozsáhlou spisovou dokumentaci odborné komise v Praze, která řešila, co měl PL učinit a zamýšlí se nad schopností PL poskytovat lékařskou péči a stejný postup očekává i od zdravotního odboru krajského úřadu.

PL se ke stížnostem rodiny pacientky vyjadřoval několikrát. V roce 2014 sdělil, že absolutně nechápe, jak je vůbec možné, že 3 roky se tolik institucí zabývá stížnostmi, která je z větší části založena na nepravdivých výpovědích, lžích a čistě účelových jednáních, které jsou tak viditelné a snadno dokazatelné. Stačí si přečíst prvotní výpovědi rodiny P, zejména syna policisty a taktéž jeho bratra MUDr. a porovnat je s tím, co píší nyní – diametrální rozpory! Doporučuje podrobně prostudovat výpis telefonních hovorů, který tyto lži zcela jasně dokazuje. Nedílnou součástí vyjádření rozhodnutí OS ČLK ze dne 27. 2. 2013 o jeho nevině, kdy měl poprvé pocit, že fakta k celému dni skutečně někoho objektivně zajímala.

Výše uvedeného dne 11. 4. 2011 byl již na odchodu z ordinace a vrátil jsem se z čekárny ke zvonícímu telefonu. Bylo po ordináčích hodinách, přesně v 11.10 h a spěchal ke 2 již předešle nahlášeným případům. Přijal telefonický dotaz od manžela pacientky, a ptal se ho, co má dělat? Manželka se vrátila z procházky a přestala mluvit. Vzhledem k tomu, že pacientka trpěla těžkou formou Alzheimerovy choroby a podobné stavy měla již dříve, což mimo jiné potvrdili všichni příslušníci z rodiny, že se tyto stavy opakovaly a vždy samovolně odezněly (na tom jediném se snad ve výpovědích shodli), doporučil zkusit pacientku zavodnit a pokud se nezlepší, nejpozději do jedné hodiny po podání tekutin, zavolat neprodleně RZP. Celý hovor trval pouze 52 s, o návštěvu žádán nebyl, pouze o radu. Měl jinou akutní návštěvu a spěchal do garáže pro auto. Celý hovor může interpretovat téměř slovo od slova včetně svědecké výpovědi jeho zdravotní sestry, která byla po celou dobu hovoru přítomna přímo vedle něho v ordinaci a jako jediná osoba tento hovor slyšela. Paradoxem je však to, že ačkoli ji již ve své prvotní výpovědi uvedl, nikdy nikým vyslechnuta nebyla. Svědecké vyjádření později poslala na OS ČLK z vlastní iniciativy, protože už se na „to nemohla dívat“.

Z těchto důvodů na něho bylo podáno trestní oznámení pro neposkytnutí pomoci a další anabáze u ČLK. OS ČLK se jako jediné podrobně o celou situaci zajímalo, opakovaně byl prohlášen za neviněného včetně odborného posudku na okresní úrovni a vyjádření prim. neurologie. Na celo-

státní úrovni ČLK i přes vyjádření okresních orgánů bylo doporučeno potrestání OS ČLK. Z celostátní s ním nikdy nikdo nehovořil, neměl možnost se k ničemu vyjádřit osobně a vše bylo nesporně zhodnoceno, „od stolu“.

Vše, co zde uvedl, již doložil dříve. Pracuje v oblasti s největším věkovým průměrem v republice, pacientů s demencí má desítky, možná i více a podobných telefonních hovorů má několik týdně. Nechápe, jak je možné, že stěžovatelé podobného typu najdou vždy někde příznivou odezvu zejména nerozumí tomu, z čeho oni obviňují jeho, neudělal ani jeden z nich, zejména syn lékaře, který byl telefonicky kontaktován před ním – viz dokazovaný výpis telefonních hovorů. Zdravotní stav své matky pečlivě sledoval, objednával na různá odborná vyšetření, a když se pacientka dostavila k němu do ordinace, chtěla napsat jen léky tzv. „mezi dveřmi“ – i přes opakované výzvy, zda nepůjde dál. Pokud by tedy on nebo někdo jiný z rodiny P ihned volali RZP tak, jak tvrdí všichni, že jim ji doporučil volat, proč RZP přijela až ve 12.20h??? – přesně 1 h 10 min po telefonátu s ním!

Soudní znalec se specializací všeobecné lékařství konstatoval, že předmětem sporu jsou opakované stížnosti či trestní oznámení synů či manžela na postup PL při poskytování zdravotní péče zemřelé P. Manžel zemřelé hovořil 11. 4. 2011 53 vteřin s registrujícím praktickým lékařem o změně zdravotního stavu manželky, která podle interpretace PL, když se vrátila po procházce přestala mluvit. Jiné potíže ve smyslu dramatické změny zdravotního stavu neudával, návštěvu nežádal.

Podobně líčil potíže matky v poslední verzi stížnosti ze dne 14. 2. 14 syn policista. PL viní z toho, že se nijak na zdravotní stav matky neptal a nezajímal se o něj. Nenabídl návštěvu, sdělil otci, ať dá matce pít vodu a kdyby se do hodiny stav nezlepšil, tak má volat RZP.

P zemřela následujícího dne na JIP neurologického oddělení na hemoragickou CPM verifikovanou CT vyšetřením dne 11. 4. 11. Případem se zabývala Policie ČR, která oslovila znalce z oboru neurologie, který neshledal příčinou souvislost mezi smrtí P a postupem PL, komise ČLK na okresní úrovni, která zhodnotila postup PL jako lege artis a celostátní orgány ČLK, které uzavřeli postup PL jako non lege artis. Čestná rada celostátní ČLK pak doporučila případ ke kárnému řízení a poučila okresní orgány, že její závěry jsou pro ní závazné.

Z osobní anamnézy P lze konstatovat, že od roku 2006 začala zapomínat, měla problémy s pamětí, stav se zhoršoval, takže syn lékař zajistil vyšetření na neurologii, byla provedena CT mozku a nasazena léčba na demenci Alzheimerova typu, pro zhoršování stavu syn lékař zajistil léčení na psychiatrii, progredovaly poruchy orientace v čase, pacientka měla inkontinenci, trpěla bludy, takže bylo synem lékařem doporučeno změnit psychiatra. Problémy s řečí měla asi 1 rok nazpět, kdy se matka hůře vyjadřovala, chvíli byla mimo a stav pak samovolně odezněl. Toto se stávalo 1x za 2 měsíce/anamnestické údaje syna lékaře/.

Z teoretického hlediska jsou popsány stavy obvyklé u většiny pacientů s demencí Alzheimerova typu a obvyklá je i četnost stavů, u značného procenta však může být

frekvence těchto stavů vyšší. Znalec sám má v péči 2 pacientky, které tyto stavy mají cca 1x týdně a spojené nejen s poruchou řeči, ale i s poruchou hybnosti. Kauzální léčba Alzheimerovy nemoci neexistuje a kromě medikamentosní léčby jednou z možností, jak zpomalit průběh nemoci, je fyzická aktivita pacienta nebo pokusy o ní. Přitom často dochází k určité dehydrataci a následně dočasně změně úbytku řeči i hybnosti.

Jaká je četnost CPM u pacientů s demencí Alzheimerova typu? Znalec sám se při své 33 leté praxi s tímto letálním koncem nesetkal, drtivá většina pacientů s Alzheimerovou nemocí umírala jako ležící pacienti na hypostatickou pneumonii. Znalec proto učinil dotaz u významné autority z oboru geriatrie, která sdělila, že četnost CPM je u demencí 2%. Těž učinil dotaz, jaká je četnost stavů s dočasnou poruchou řeči u pacientů s Alzheimerovou demencí hospitalizovaných na její klinice. Odpověď zněla, že se vyskytovala u všech hospitalizovaných. Tato zkušenost odpovídá zkušenostem znalce s léčením pacientů s Alzheimerovou nemocí. Pouhé napití či příjem stravy tento dočasný stav ve většině upravuje bez nutnosti další lékařské intervence.

Je tedy nutné si položit otázku, zda PL mohl předpokládat a vědět, že dne 11. 4. 11 se stav změní v rozvinutou CPM hemoragickou. Z výše uvedeného teoretického přehledu je zřejmé, že to nemohl jednoznačně předpokládat. Postupoval tedy obvyklým způsobem, tedy doporučil doplnění tekutin a kdyby se stav nezlepšil, doporučil volat ZZS. Znalec by ve své praxi postupoval stejným způsobem. Stejným způsobem patrně uvažoval i syn lékaře, když otci, který mu kvůli změně zdravotního stavu matky volal předtím, než stav konzultoval s registrujícím praktickým lékařem. Totožně patrně uvažoval i primář neurologie, se kterým manžel P mluvil za 10 minut po praktickém lékaři a též s velkou pravděpodobností další zdravotník, se kterým manžel P mluvil 77 s poté, co před 34 minutami mluvil s PL a 20 minutami s neurologem. Znalec proto postup PL hodnotí jako lege artis. Příklad je nutno posuzovat z pohledu znalosti ante rei, tedy, co věděl a měl vědět PL v 11.10 a ne co mohl a měl vědět po již známém vyšetření CT s diagnózou hemoragické CPM, tedy post rei.

Záchranná služba byla zavolána 11. 4. 11 ve 12.19, tedy 1 hod po hovoru s PL. Proto se znalci jeví jako pravděpodobná verze, že ZZS volal syn policista dle doporučení PL a nikoli na doporučení bratra lékaře, poté co tento zavolání ihned doporučil, poté, co se dozvěděl anamnestické údaje od otce, neboť manžel P volal se synem lékařem v 11.08 hod.

Pokud si položíme otázku, jakou péči poskytla ZZS P, musíme konstatovat, že přijela ve 2-členné posádce řidič + záchranář- zdravotní sestra, tedy nikoli lékař. Po klinickém vyšetření, zajistila žílu a aplikovala fyziologický roztok – tedy tekutiny, byť nitrožilně jako primární léčebnou metodu, prakticky stejnou, jakou po telefonu doporučil PL. Tedy i dispečer vyhodnotil situaci tak, že poslal na návštěvu zdravotníka – sestru. V prvním kole léčebný postup byl stejný. Protiotoková léčba infusí Manitolu byla zahájena patrně až ve 14 hodin při transportu z krajské do okresní nemocnice. K prodlení v poskytování specializované zdravotní péče dle znalce nedošlo.

V otázce okamžitého vykonání návštěvy u P PL znalec konstatuje, že z dostupné spisové dokumentace nelze jednoznačně žádost o tuto službu zjistit. PL sám i jeho zdravotní sestra tuto žádost popírají a ani stěžovatel syn policista ve své poslední stížnosti 20. 2. 14 nepíše, že by o ni on či otec žádali. Proto se znalec domnívá, že pravděpodobnější je verze, že o službu nebylo požádáno. V otázce zavolání nebo nezavolání ZZS PL znalec konstatuje, že pokud praktický lékař v daný okamžik nezhodnotil stav jako náhlou změnu zdravotního stavu bezprostředně ohrožující život pacientky, tak ZZS nevolá.

Znalec se měl vyjádřit k závěrům oborové odborné komise všeobecného praktického lékařství vědecké rady celostátní ČLK. Konstatoval, že chybí rozvaha nad harmonogramem telefonických hovorů stěžovatele manžela P, tím chybí i rozvaha nad uvažováním a postupy lékařů v této kauze (syn lékař, neurolog, neznámý zdravotník volaný 11. 4. 11 11.44 hod) chybí rozvaha nad příznaky s četností výskytu těchto příznaků u Alzheimerovy nemoci a stav je hodnocen z pohledu znalosti post rei. Tento jiný postup, dle znalce nesprávný, mohl být způsoben absencí dokladů ve spisu, ale i nedostatečným studiem dokumentů. Proto odborná oborová komise všeobecného praktického lékařství ČLK došla k odlišným závěrům než soudní znalec se specializací všeobecné praktické lékařství. Dílčí souhlas znalce se závěry oborové odborné komise VPL je v tom, že pokud by z telefonátu byly jednoznačné zřejmé příznaky CPM jako např. ochrnutí poloviny těla, bezvědomí, pak zavolání ZZS PL by bylo namísto, tato situace však 11. 4. 11 v 11.10 hod. nebyla.

Na otázky zadavatele znalce se specializací všeobecné lékařství odpověděl, že se domnívá, že PL postupoval obvyklým způsobem, tedy v souladu s platnými předpisy a k pochybení PL při telefonickém hovoru s manželem P nedošlo. P zemřela na hemoragickou CPM při dlouhodobém onemocnění demencí Alzheimerova typu. Tuto chorobu nemohl PL ovlivnit, zabránit jejímu rozvoji ani letálnímu konci, tedy smrti P

Co říci závěrem? Posuzování činnosti jiných lékařů znalci, komisemi je vždy ovlivněno subjektivním pohledem posuzujícího. Je na posuzujícím, aby vysvětlil závěry svých výroků a nepoškodil zájmy jak lékaře, tak pacienta. V tomto konkrétním případě znalec souhlasil se závěry OS ČLK a nesouhlasil se závěry odborné komise všeobecného praktického lékařství VR celostátní ČLK.

Čtenáři Practicusu nechť se zamyslí a sami posoudí, či stanovisko bylo správné. Nezávislá odborná komise krajského úřadu přijala závěry znalce a konstatovala, že PL postupoval lege artis a smrt pacientky nenastala v souvislosti s LPP PL. Z kuloárních informací se znalec dozvěděl, že PL dostal od ČLK pokutu, protože závěry celostátní ČR ČLK jsou pro OS ČLK závazná. Mimo oficiální výklad znalec konstatuje že výpis telefonátů manžela P odpovídá obvyklému myšlení většiny osob. Nejvíce věříme vlastnímu dítěti a teprve potom cizímu lékaři, proto nejprve volal syna lékaře a potom PL.



Jak (si) bezpečně ordinovat tablety aneb na které tablety ani SÚKL nemůže

MUDr. Cyril Mucha
Praktický lékař, Praha

Vážené kolegyně a kolegové, kyberzločin je slovo poměrně mladé, ale přesto se stává jedním z nejméně frekventovaných slov současnosti. V minulém díle našeho seriálu jsme si popsali desatero o bezpečnosti chytrého telefonu. V dnešním díle bychom se věnovali „krabičce“ jen o málo větší: zamysleli bychom se nad bezpečnostními riziky, které plynou z dalších mobilních zařízení – tabletů. Tablety je termín, jehož výskyt v technologickém slova smyslu již převyšil jeho farmaceutický význam. A to nejenom v obecné řeči, ale čím dál tím více se prosazuje i v ordinacích lékařů – praktiků.

Jak (si) tedy chytře a bezpečně ordinovat tablety? Pro tablety ve značné míře platí to samé, co pro chytré telefony – ve srovnání s klasickými počítači jsou váhově zanedbatelné a v mnohem vyšší míře hrozí jejich ztráta v důsledku prostého opomenutí či krádeže. Ale zatímco o chytrý telefon v důsledku ztráty či krádeže přišel bezmála každý čtvrtý (23 % podle průzkumu společnosti Intel) z nás, u tabletů bylo toto procento donedávna menší, důvod byl mimo jiné v tom, že tablety byly jako zboží dříve dražší a jejich majitelé na ně dávali větší pozor.

To už v současnosti neplatí: cenové hladina se rychle mění a tablety se v nyní zařadily mezi levnější spotřební zboží. Tablet s velmi solidním výkonem můžeme poříditi již v ceně

kolem dvou tisíc korun. Díky tomu, že je nejen velmi skladný, ale dá se využít na mnoho „běžných denních aktivit“, které spíše očekáváme od mnohem větších strojů (jen namátkou: vyřizování mailů, sledování zpravodajství a sociálních sítí, pořizování fotografií a videa, navigace apod.). Někteří z nás prostřednictvím tabletu již přistupují do kartotéky. Tablet je ideální pomocník doslova do kapsy zdravotnického pláště, při tom se něm dají dělat ty samé věci, jako na velkém počítači. A také je na něm podle již zmíněného průzkumu děláme: 18 % internetové populace v ČR na tabletu provádí transakce v internetovém bankovníctví, 60 % přistupuje k Facebooku a dalším sociálním sítím, 5 % na něm má uloženy PINy či jiné důvěrné identifikátory, téměř 10 % na tablet ukládá dokonce svá firemní data. Je to špatně? Určitě nemusí, pokud je tablet dostatečně zabezpečen. Lékaři jsou v této internetové populaci samozřejmě zastoupeni také. A i když si každý z nás říká, že já přeci nebudu nikdy tak neopatrný abych svůj, tablet někde zapomněl, resp. ho neměl zabezpečený/zamknutý, může se to týkat i nás. S touto výjimkou, že z nezabezpečeného či ledabyly zabezpečeného tabletu lékaře může vést cestička dokonce k patientským datům. Jak jsme již několikrát v předchozích dílech seriálu PC a doktor zdůrazňovali, data o pacientech představují největší bohatství lékaře, a současně jeho Achillovu patu. Lékař je ze zákona povinen tato citlivá data chránit, a jejich ztráta ho může ohrozit doslova existenčně.

Jak data na tabletu zodpovědně chránit?

Většina „zlatých pravidel“, která vám zaručí, že se o svá data na mobilních zařízeních nebudete muset bát, se vztahuje na všechna (mobilní) IT zařízení: mobilní telefony, tablety, netbooky i notebooky. Někteří zopakujeme, ale zdůrazníme zde s ohledem na tablet ty, které jsme poslední nestihli probrat.

V ledabyly chráněném ztraceném či odcizeném tabletu, který využíváme k pracovním účelům, najde jeho nový „majitel“ citlivá data jako na stříbrném podnose. Zapomeňte na hesla typu 1234 či křestního jména, jejich rozlousknutí je pro zkušené zloděje otázkou několika minut, zadejte skutečně silné heslo kombinující písmena s čísly. Vybavte se spolehlivým antivirovým softwarem, který za vás obstará bezpečnou komunikaci v nepřehledném světě internetu s jeho mnoha nástrahami. Antivir, a to i ve své



Tablet je přenosný počítač ve tvaru desky s dotykovou obrazovkou, která se používá jako hlavní způsob ovládní. Místo skuteč-

né/fyzické klávesnice se často používá virtuální klávesnice na obrazovce nebo psaní pomocí „tužky“ tzv. stylusu.

neplacené verzi, je schopen monitorovat základní bezpečnostní funkce tabletu. Je paradoxní, že ačkoli je tablet zranitelnější než například stolní počítač, téměř 40 % tabletů v ČR není vybaveno ani tou základní verzí bezplatného antiviru. U mobilů je to dokonce 60 %.

Zajímavou možností je možnost smazání dat na dálku v případě ztráty mobilního zařízení. Běžní uživatelé tyto programy téměř nevyužívají, většinou proto, že o nich nevědí. Nicméně takové programy existují i pro soukromé použití prakticky u všech mobilních operačních systémů. U tabletů a mobilních telefonů využívaných pro pracovní činnost je funkce ovládání telefonu na dálku včetně možností výmazu dat v podstatě nutností a potřebné informace vám může poskytnout váš spřízněný IT správce či

rodinný IT guru. Lékař by měl přece dělat především svoji práci – léčit pacienty – a ne po večerech pronikat do tajů bezpečnostního softwaru. Odborník vám může pomoci s nastavením pravidelného cyklu obměny bezpečnostních dat, šifrováním či nastavením antiviru na všech zařízeních, která využíváte pro přístup k internetu. Co nicméně zvládne po krátkém zaškolení každý uživatel je zálohování (dle průzkumu zálohuje jen cca 50 % uživatelů!). V případě ztráty či poškození zařízení přijdou o svá cenná data. Pokud plánujete využívat tablet ve své ordinaci nad rámec toho, že na něm čas od času v teple domova nakouknete do databáze, nastavte režim zálohování dat na každodenní. Opět vám s tím může pomoci software, který provádí zálohu automaticky, aniž byste na to museli myslet.

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

Mallorca exchange 2014

MUDr. Dušan Zhoř

VPL Kyjov s.r.o.

Od 8. do 13. září proběhl na Mallorce výměnný program pod hlavičkou Vasco da Gamma organizace. Celá stáž zahrnovala jak návštěvu zdejších zdravotnických zařízení, tak velmi zajímavou konferenci.

Já jsem navštívil Son Pisa Health Center, kde mě prováděla zákoutími zdejšího zdravotního systému Susana Martinez, lékařka s téměř dvacetiletou praxí v emergency room – období naší pohotovosti. Ukazovala mi organizaci jejich zdravotnického zařízení: první bylo „oddělení“ praktických lékařů, další část specialistů a poslední hospitalizační. Všechny byly on-line, takže v momentě jakéhokoliv problému na straně poskytovatelů serveru, připojení nebo počítače byly bez dat. Tento systém se mi zdál úžasný z hlediska následného sledování postupu při terapii – např. jestli si klient doporučenou medikaci opravdu vyzvedl včas.

Vyšetřovací postupy a charakteristika zdravotních středisek je zde podobná jako v pevninském Španělsku, o kterém jsem psal již v únorovém čísle: tedy jako první narazí pacient na administrativní část, ve které byly 3 pracovnice starající se o time-management celého zdravotního střediska. Dále pak extrakční sálek, kde se prováděly drobné chirurgické výkony a odběry krve. Intermediální lůžka, kde sloužili většinou mladší lékaři a kam byli odesíláni pacienti s akutními potížemi vyžadující intenzivnější ošetření. Pak již standardní ordinace lékařů a sester.

Lékaři začínali pracovní den kolem 8–8.30 na „sedánku“, kde se buď domlouval harmonogram následujících dní či se přednášeli zajímavosti ze světa chorob. Velmi mě udivilo s jakou grácií přednášející přešla ze španělštiny do angličtiny bez mrknutí oka. Ruku na srdce, kdo z nás by bez předchozího varování dokázal vystříhnout půlhodinovou přednášku v jiném než mateřském jazyce? V neposlední řadě se zde pravidelně jednou za měsíc objevovali specialisté, kteří VPL radili u diagnostických rozvah. Já jsem například zastihl kardiologa, který pacientovi vyjednal dřívější termín echokardiografie a holterovského ekg. I zde je velký problém předat pacienty do specializované péče. Nejvíce jsem to pocítil u paní s měsíc trvajícím kašlem, se suspektními fibrotickými změnami na RTG. Dostala termín návštěvy u plicního specialisty v prosinci. Také proto jsou VPL na Mallorce odkázáni více sami na sebe.

Měl jsem také možnost navštívit Emergency Department v Son Llätzer Hospital. Opět standardní pohotovostní systém jako je ve Španělsku zvykem: triážní sestra rozdává pacientům čísla 2–5, která znamenají závažnost stavů. Pacienti s číslem jedna přes tuto sestru ani neprocházejí a jsou rovnou vezení k lékařskému ošetření.

Za sestrou pak „sedí“ asi 5–7 většinou mladých lékařů, kteří pacienty vyšetřují a plánují další péči. Zajímavostí bylo, že v čekárně byla obrazovka, kde byl čas posledního čekajícího s daným číslem. Tedy pokud měl někdo číslo pět (nejméně závažný stav), tak mohl klidně čekat 3 hodiny. Pacienti v čekárně byli velmi ukáznění, nezaznamenal jsem jediný náznak pohrdání, okřikování personálu nebo dohadování se mezi sebou.

Po ošetření mladým lékařem, vyžadovali by to nějaký stav, byla připravena další část s boxy: místnost traumatická, box s negativním tlakem vzduchu, kde se vyšetřují klienti s podezřením na infekční choroby, dětský box s hračkami pro dětské pacienty a další. V těchto boxech jsou již přítomni zkušenější lékaři, kteří buď sami vyšetřují, nebo dělají dohled nad vyšetřováním u mladších kolegů. Na konci koridoru byla intermediální místnost, kde čekali klienti do 72 hodin buď na zlepšení stavu, nebo na překlad k hospitalizaci.

Další dny jsem navštěvoval Son Pisá Health Center, v odpoledních hodinách, dále prezentace, které obsahovaly podrobný popis zdravotního systému na Mallorce a ve Španělsku, vzdělávací program pro praktické lékaře před atestací a jiné zajímavosti.

Vlastní konference Second Balearic meeting nebyla pod masivní podporou farmaceutických firem, takže probíhala ve skromnějším rozsahu, ale s o to zajímavějšími tématy, o kterých se běžně nemluví. Většina konference se nesla ve filozoficko-etické rovině na témata poletující kolem primárních výzkumů ve farmacii či kolem farmaceutických lobby.

Zajímavosti na závěr:

Pacienti zde mají volbu při akutní tonsilitidě mezi depotním penicilinem v injekční intramuskulární formě a amoxicilinem v perorální formě. Asi 90 % jich preferuje jednodávkovou injekční formu.

Na transport raněných a nemocných z menších ostrovů na Mallorce slouží 2 lodě, letadlo a jedna helikoptéra nebo vrtulník.

Lidé na ostrovech v Baleárské oblasti mají u některých leteckých společností 60% slevu na cesty po Evropě.

Minihippokrates: 1. italská výměnná minikonference

Prostřednictvím Mladých praktiků jsem měla možnost zúčastnit se výměnného programu v Itálii. Byla to první akce tohoto typu v mém životě, proto jsem měla spoustu očekávání. Do Itálie jsem přiletěla o pár dnů dříve, abych si užila cestování po italských městech. Již první večer při procházce po Milánu jsem se setkala s italským zdravotnictvím, když jsem byla nucena poskytnout první pomoc osobě po kolapsu. Kolemjdoucí už našťestí zavolali sanitku, která byla do deseti minut na místě. Překvapilo mě, že dorazivší záchranáři příliš fyzikálně nevyšetřovali, soustředili se spíše na odebrání anamnézy. Nezabývali se tlakem, glykemií, nezaváděli kanylu...

Asi po dvou dnech cestování po Itálii jsem dorazila do Padova, kde na mě na nádraží čekal můj hostitel Dr. Riccardo Tonon se svým mladším kolegou. Hned jsme jeli do jeho ordinace a pracovní den tak začal. Díky objednacímu systému, pacienti chodili pravidelně a lékař tak neměl přeplněnou čekárnu našťvanými pacienty. Dle pana doktora je toto však u ostatních italských lékařů spíše raritou. Dottore Ricardo, jak mu říkali pacienti, se dříve specializoval na revmatologii, a tak měl hodně pacientů s bolestmi páteře a kloubů. Velkým přínosem pro mě bylo školení o trigger pointech a možnost samostatně si vyzkoušet techniku dry-needle či obštriku TrPs s anestetikem, které po detailnějším domácím dostudování i teď používám u svých pacientů s dobrým efektem. Soukromé telefonní číslo a e-mail Dr. Tonnona měl každý jeho pacient, ale dle sdělení pana doktora italská pacienta toho nezneužívají, což si v ČR nedokážu dost dobře představit. Sestřičku pan doktor neměl, klienty mu objednával vždy někdo z rodiny. Dr. Tonon používal šikovný počítačový program, kde informace o každém klientovi byla stručná a přehledná. Co mě trochu překvapilo, bylo to, že o pacientovi moc toho do počítače nepsal, takže měl více času se věnovat pacientům. „V Itálii je praktický lékař jako člen rodiny, pacienti mu plně důvěřují, nikoho by ani nenapadlo stěžovat si na něj,“ říkal pan doktor. Prý ještě nikdy nezažil žádnou stížnost, natož soudní proces, při kterém by mohl záznamy z prohlídky použít.

Peníze do italského zdravotního systému se od občanů získávají přes daně z příjmu, které jdou do národního rozpočtu, dále z daní, které jdou do regionálních rozpočtů, a spoluúčastí pacientů. Pacienti se podílí na platbách za diagnostická vyšetření, léky a návštěvy u specialistů. U pacientů s chronickým onemocněním jsou léky většinou plně hrazené, ostatní si léky kupují. Recepty, doporučení ke specialistovi, žádanky na rentgen či do laboratoře se píšou na stejný formulář.

Primární péči zajišťují praktičtí lékaři, kteří mají uzavřenu smlouvu s regionálními zdravotními úřady a kteří jsou placeni kapitačními platbami podle počtu pacientů. Pacient si může vybrat svého praktického lékaře. Děti jsou v péči pediatrů asi do 14 let, ale pokud si rodiče přejí, mohou navštěvovat praktického lékaře pro dospělé již od šesti let. Těhotné nejsou v péči praktiků.

Jak jsem zjistila, v Itálii je snad nejvíce lékařů v Evropě v přepočtu na obyvatelstvo. Vzdělávací program pro praktické lékaře před atestací je na 3 roky, 18 měsíců v nemocnici a 1 rok v ordinaci VPL. Stát posílá mladého neatestovaného praktika, kam je zrovna potřeba. Velkým přínosem pro

mladého lékaře je práce v Guardia Medica. Jedná se organizaci, která zajišťuje pohotovostní službu.

Pan doktor s celou svou rodinou byl výborný hostitel, společně jsme večeřeli (výbornou italskou pizzu či pastu), či absolvovali zajímavé prohlídky architektonických památek. Po čtyřech dnech jsem odjížděla do Modeny na konferenci, o které více napíše kolegyně.

MUDr. Oksana Unčovská

Výměnný program Minihippokrates s názvem 1. italská výměnná minikonference byl mým druhým podobného charakteru – jednalo se o setkání skupiny asi 20 mladých praktických lékařů z Evropy v zemi hostitele. Program se skládá z první části, kterou jsme trávili v ordinaci místního praktického lékaře, druhou částí je společné setkání skupiny mladých praktiků na konferenci.

Ráda bych Vás seznámila o průběhu naší druhé části výměnného pobytu v Itálii. Jednalo se o dvoudenní konferenci v italské Modeně. Příjezd do Modeny byl po „vlastní ose“ z důvodu našeho rozdílného rozmístění v hostitelských rodinách v předešlých dnech. Já jsem například měla možnost trávit tyto dny v Rimini u své hostitelky Sáry a její rodiny.

Zahájení konference bylo stanoveno na časně odpoledne. Jako první na programu byl workshop s názvem „Design thinking for primary care“. O jeho průběhu a přípravě na něj jsme byli již před příjezdem informováni od organizátorů. S celou přípravou měli jistě hodně práce a bylo vidět, že do příprav investovali mnoho času a vlastní nápaditosti. Tento typ workshopu byl pro mě něco nového. Probírali jsme metody, pomocí nichž můžeme řešit řadu problémů nejen v oblasti medicíny, jejich cílem je pokusit se najít společná kreativní řešení. Důležitý je aktivní přístup a důvěra v pozitivní vliv našeho konání. Workshop probíhal v mezinárodních týmech po osmi až dvanácti. Základem bylo vytyčit si konkrétní problém, myšlenku či postřeh třeba z běžného pracovního dne, který by zasluhoval naši pozornost. Následovaly procesy přeorganizování problému, vžití se do problému, volné asociace, pojmenování hlavních myšlenek, řešení a nápady, otázky „jak bychom mohli...?“ Došli jsme až k výběru daného řešení, následovala realizace našeho výstupu se závěrečnou týmovou prezentací, která probíhala druhý den před ostatními účastníky konference. Další náš společný workshop měl název „Můj typický pracovní den“, který moderoval britský profesor Mike Pringle. Příprava prezentací dle zadaných instrukcí probíhala v týmech složených ze zástupců jednotlivých zemí, a to již před naším odjezdem do Itálie. Celý workshop byl vlastně o sdílení a porovnávání našich často zcela rozdílných zkušeností z každodenní praxe. V programu konference byly zahrnuty také společné večery.

Italským organizátorům velmi děkuji za zorganizování celé akce a Mladým praktikům za možnost zúčastnit se jí! Výměnné pobyty představují možnost setkání s mladými praktickými lékaři z různých zemí a jsou nezapomenutelnou zkušeností a také motivací do každodenní praxe.

MUDr. Michaela Kříbská

Vážení čtenáři a řešitelé testů,
dle nového Stavovského předpisu České lékařské komory č. 16, podle § 5 přílohy č. 1, jsou od 1. 7. 2012 všechny znalostní testy v odborných časopisech hodnoceny jednotně, a to 2 kredity. Za správné vyřešení testu budou řešitelům přiděleny **2 kredity ČLK**. Podmínkou ČLK pro přidělení kreditů je zaslání odpovědi v písemné podobě na odpovědním lístku nebo elektronicky na www.svl.cz a **to nejpozději do 5. 12. 2014**.

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.

znalostní test je hodnocen 2 kredity ČLK

Správné odpovědi z čísla 7/2014: 1b, 2a, 3b, 4abc, 5ab, 6ac, 7ab, 8a, 9a, 10c

FUNKČNÍ PORUCHY POHYBOVÉ SOUSTAVY

1. Jako funkční poruchu pohybového aparátu lze označit

- a) blokové postavení obratlů na RTG snímku
- b) kloubní blokádu
- c) poruchu bez odpovídajícího patologického strukturálního nálezu

2. Užití myorelaxancií při bolestech zad

- a) je vhodné krátkodobě u akutního těžkého stavu se svalovými spasmy, se kterým pacient ulehne na lůžko
- b) je vhodné u všech akutních vertebrogenních potíží
- c) je vhodné u všech chronických vertebrogenních potíží

3. Kloubní blokáda je stav, kdy

- a) dochází k omezení rozsahu pohybu v kloubu
- b) aktivní pohyb v kloubu je většího rozsahu, než pohyb pasivní
- c) bariéra kloubu nepruží

4. Svaly statické

- a) jsou svaly posturální
- b) mají tendenci k hyperaktivitě a tuhosti
- c) mají tendenci k ochabnutí

5. Principem postizometrické relaxace je

- a) opakované vyvolání izometrické kontrakce svalu a jeho následné protažení
- b) opakované vyvolání izometrické kontrakce svalu a jeho následné uvolnění
- c) opakované vyvolání izometrické kontrakce svalu a následné střídání uvolnění a protažení

6. Myoskeletální medicína

- a) je synonymem léčebné rehabilitace
- b) je oprávněn ji vykonávat kterýkoliv lékař po absolvování certifikovaného kurzu myoskeletální medicíny
- c) zabývá se funkčními poruchami pohybového systému, jejich léčbou a diferenciální diagnostikou

HYPERTONIK V PRIMÁRNÍ PÉČI POHLED NEFROLOGA

7. Na možnost sekundární hypertenze pomýšlíme

- a) při zhoršení nebo náhlém začátku závažné hypertenze
- b) u rezistence na farmakologickou léčbu
- c) jsou-li přítomny klinické a laboratorní markery naznačující možnost sekundární příčiny hypertenze

8. Cílem léčby hypertenze u chronických onemocnění ledvin je

- a) úprava hodnot TK pod 140/90 mm Hg
- b) úprava hodnot TK pod 120/80 mm Hg
- c) snížení zvýšené albuminurie nebo proteinurie

9. Mezi kritéria pro CKD patří

- a) přítomnost poškození ledvin
- b) pokles glomerulární funkce ledvin (GF) pod 60 ml/min/1,73 m²
- c) trvání > 3 měsíce

10. Hladina sérového kreatininu je ovlivněna

- a) objemem svalové hmoty
- b) počtem červených krvinek
- c) velikostí distribučního prostoru (např. stavy s edémy)

Správné mohou být 1–3 možnosti.

Využijte tři platné pokusy o vyřešení tohoto testu elektronickou cestou na adrese www.svl.cz.

odpovědní lístek - test č. 8/2014

Jméno a příjmení

Adresa pracoviště

Členské číslo SVL (povinný údaj)

(bez tohoto čísla nemohou být kredity přiděleny)

Zakroužkujte 1–3 správné odpovědi:

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

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

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