



PRACTICUS

pro praktické lékaře zdarma • č.1/2025 • ročník 24



TÉMA:

Spolupráce praktického lékaře a Úřadu práce

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

OBSAH

PRACTICUS

odborný časopis SVL ČLS JEP
1/2025, ročník 24

INFORMACE SVL

- 4 **EDITORIAL**
MUDr. Otto Herber

ODBORNÝ ČLÁNEK

- 6 **SULODEXID V ORDINACI PRAKTICKÉHO LÉKAŘE**
MUDr. Karel Roztočil
- 9 **ZMĚNA OMEZENÍ SYMBOLU "L" V PŘESKIPCI VŠEOBECNÉHO PRAKTICKÉHO LÉKAŘE**
MUDr. Michal Prokeš, PharmDr. Josef Suchopár
- 14 **SPOLUPRÁCE PRAKTICKÉHO LÉKAŘE A ÚŘADU PRÁCE**
MUDr. Ladislava Buková

SCREENINGOVÉ PROGRAMY

- 17 **ANEURYZMA ABDOMINÁLNÍ AORTY – NOVÝ SCREENINGOVÝ PROGRAM V ČR**
MUDr. Theodor Adla
- 22 **PROGRAM ČASNÉHO ZÁCHYTU KARCINOMU PROSTATY**
MUDr. Marcela Koudelková

ZPRÁVY Z VÝROČNÍ KONFERENCE SVL

- 25 **JAK DOÚČTOVAT ROK 2024? BONIFIKAČNÍ PROGRAMY OČIMA JEDNOHO Z NÁS**
MUDr. Tomáš Maškulík
- 28 **ŠEST NEJČASTĚJŠÍCH BARIÉR OPTIMÁLNÍ KOMPENZACE KREVŇNÍHO TLAKU**
MUDr. Petra Vysočanova
- 32 **HYPERTENZE JAKO NEJVÝZNAMNĚJŠÍ KV RIZIKOVÝ FAKTOR ZTRÁTY LET ŽIVOTA VE ZDRAVÍ**
MUDr. Igor Karen

Vydavatel:

Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP

Adresa redakce:

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

Redakce:

Šéfredaktor:

MUDr. Dana Moravčíková
ordinace@mudr-moravcikova.cz

Zástupci šéfredaktora:

MUDr. Otto Herber
ordinace@mudrherber.cz

MUDr. Jana Vojtíšková
janav.doktor@volny.cz

Manažerka časopisu:

Hana Čížková
practicus.svl@cls.cz

Redakční rada: MUDr. et MUDr. Jiří Bartoš, MUDr. David Bergmann, MUDr. Ludmila Bezdíčková, MUDr. Lenka Bilková, MUDr. Pavel Brejník, doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc., MUDr. Rudolf Červený, Ph.D., MUDr. Šárka Drbalová, MUDr. Jiří Havránek, MUDr. Ambrož Homola, Ph.D., MUDr. Jiří Horký, MUDr. Kateřina Javorská, MUDr. Igor Karen, MUDr. Stanislav Konštacký, CSc., MUDr. Norbert Král, MUDr. Vladimír Marek MUDr. Astrid Matějková, MUDr. Petra Mestická, MUDr. Cyril Mucha, MUDr. Claudia Ondrušová, MBA, MUDr. Miloš Ponižil, doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D., MUDr. Bohumil Skála, Ph.D., MUDr. Helena Stárková, MUDr. Jan Šindelář, MUDr. Petr Šonka, MUDr. Josef Štolfa, MUDr. Sylva Táborská

Spolupracovnice časopisu:

Andrea Vrbová, Barbora Kyselová

Náklad 5 350 ks. ••• Vychází 6x ročně.

Pro praktické lékaře v ČR zdarma. Roční předplatné pro ostatní zájemce **800 Kč.** ••• Přihlášky přijímá redakce. Toto číslo bylo dáno do tisku 10. 2. 2025 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, 2025

EDITORIAL



MUDr. Otto Herber

zástupce šéfredaktora časopisu Practicus

Milé kolegyně a milí kolegové,

v loňském roce jsme postupně vydávali přehledové články o screeningových programech v primární péči. V tomto tématu budeme pokračovat i letos. Postupně vám nabídneme shrnutí, výsledky, změny a doporučení, jak s programy pracovat, jak se s nimi vyrovnat a můžete i očekávat sjednocenou publikaci všech screeningových programů pro každodenní praxi.

V tomto čísle Practicusu obracím vaši pozornost ke dvěma screeningovým programům. Jedná se o již zavedený **Populační pilotní program časného záchytu karcinomu prostaty** a od letošního ledna o zcela nový screeningový program pod názvem **Aneuryzma abdominální aorty**.

U prvně jmenovaného screeningového programu si nelze nevsimnout, jakou mírou se do něho zapojili praktičtí lékaři. Z výsledků je vidět, že téměř veškerá indikace pochází právě z první linie. Velké poděkování patří třem tisícům praktických lékařů, kteří se do projektu zapojili v prvním čtvrtletí loňského roku a kteří vyšetřili 75 000 pacientů. Výsledkem je záchyt skoro 9 % pacientů, kteří se ocitají v rizikové skupině s PSA > 3 mmol/l.

Screening aneuryzmatu abdominální aorty je úplná novinka. Proto uvádíme metodiku v plném rozsahu. I tady věřím, že se oborově zapojíme a netrpělivě budeme očekávat výsledky.

Stále častěji přicházejí naši pacienti s požadavkem na prevenci. Management prevence je, i přes veškerou odpovědnost pacienta za své zdraví, na nás. Proto se snažíme vydávat a aktualizovat doporučené postupy a zároveň oceníme, když nám sdělíte vaše návrhy nebo požadavky, ale i kritiku ohledně jejich koncepce a obsahu.

S přáním klidného roku 2025

srdečně zdraví Otto Herber

Logistika zasílání abstrakt



**XIX. jarní
interaktivní konference**
Praha
16.–18. května 2025

**XLIV.
výroční konference**
Zlín
12.–15. listopadu 2025

Zaslání

4. března 2025

31. srpna 2025

Schválení

17. března 2025

15. září 2025

**Abstrakta zasílejte
přes webová rozhraní**

www.jik-svl.cz

www.konference-svl.cz

Cyklus konferencí Společnosti všeobecného lékařství v roce 2025



Registrace

www.praktickylekarostrava.cz

17.–18. ledna
Ostrava



Registrace

www.praktickylekarbudejovice.com

14.–15. února
České Budějovice



Registrace

www.olomouc-svl.cz

4.–5. dubna
Olomouc



Registrace

www.praktickylekarhradec.com

11.–12. dubna
Hradec Králové



Registrace

www.praktickylekarbrno.com

26.–27. září
Brno



Registrace

www.praktickylekarpraha.com

10.–11. října
Praha

e-mail: sekretariat@target-md.com

Pořadatel: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP • **Organizátor:** TARGET-MD s.r.o.

Sulodexid v ordinaci praktického lékaře



MUDr. Karel Roztočil

Institut klinické a experimentální medicíny, Klinika transplantační chirurgie, Praha

Sulodexid byl vyvinut před více než 40 lety v Itálii a patří mezi látky s vlastnostmi využitelnými k léčbě jak tepenných, tak žilních onemocnění. Odlišuje se tak od většiny ostatní farmakoterapie, která se obvykle zaměřuje jen na jeden úsek cirkulace. Do klinické praxe u nás byl přípravek zaveden v 90. letech minulého století a od té doby s ním bylo získáno mnoho klinických zkušeností, které je možné předat do širšího využití v ordinacích praktických lékařů, kteří jsou od 1. 7. 2024 oprávněni k jeho preskripci.

Složení přípravku

Svým složením patří preparát mezi glykosaminoglykany, tedy do stejné skupiny jako hepariny nebo heparinoidy, od nich se však odlišuje jak farmakologickými vlastnostmi, tak terapeutickým působením. Získává se extrakcí ze střevní sliznice prasat a obsahuje směs dvou hlavních složek – 80 % heparan-sulfátu a 20 % dermatan-sulfátu. Molekulární hmotnost heparan sulfátu je 7000 Da, zatímco nízkomolekulární hepariny mají 4-5000 Da a nefrakcionovaný heparin 15000 Da. Druhá složka přípravku – dermatan sulfát, má molekulovou hmotnost 25000 Da. Na rozdíl od heparinů je možné jeho podávání i per os, protože se vstřebává střevní sliznicí. Jeho působení na koagulační parametry je mírné a podávání léku je spojeno s nižším rizikem krvácení, než je tomu u heparinu. Po orálním podání nedochází k ovlivnění hodnot aktivovaného parciálního tromboplastinového času (aPTT).

Sulodexid je vyráběn jak ve formě injekcí (i.v. nebo i.m.), tak perorálně použitelných měkkých tobolek. Po perorálním podání je detekovatelný za 30-60 minut a maximální plazmatické koncentrace je dosaženo za cca 4 hodiny. Distribuuje se v endotelu cévního systému a je z něj následně uvolňován přibližně po dobu 72 hodin. Metabolismus sulodexidu se odehrává převážně v játrech a vylučování se děje především močí.

Farmakologické vlastnosti

Účinnost léku, vzhledem k jeho chemické struktuře, byla zpočátku hlavně spojována s působením na koagulaci. V dalších letech přibývalo stále více experimentálních i klinických prací objasňujících a upřesňujících mechanismus účinku přípravku a prokazujících celou řadu dalších farmakologických vlastností. V současnosti si můžeme hlavní mechanismy působení rozdělit do tří skupin. Jde o 1) antitrombotické, 2) reologické a 3) ochranné působení na endotel. Uvedené tři složky nepůsobí nezávisle a doplňují se. Za nejdůležitější lze považovat efekt týkající se ochrany a obnovení integrity cévní stěny na úrovni cévního endotelu a jeho glykokalyxové části¹⁻³.

Glykokalyx tvoří tenkou vrstvu na vnitřním povrchu cév, složenou z proteoglykanů, hyaluronové kyseliny, glykoproteinů a leukocytů a jeho tloušťka se liší v závislosti na velikosti cévy. V oblasti mikrocirkulace měří přibližně 0,5 μm , v oblasti velkých cév dosahuje cca 4,5 μm . Úlohou glykokalyxu je ochrana endoteliálních buněk před zánětlivými, aterogenními a trombogenními látkami cirkulujícími v krevním oběhu spolu s krevními elementy. Za patologické situace může být vrstva glykokalyxu snižena nebo porušena a tyto změny mohou iniciovat další pochody spojené s aktivací koagulačního systému nebo vývojem aterosklerózy⁴. Glykokalyx se uplatňuje také v inhibici trombogeneze tím, že váže řadu mediátorů s antikoagulačním působením, jako je antitrombin, heparinový kofaktor II a inhibitor tkáňového faktoru.

Antitrombotické působení sulodexidu vede ke snížené tvorbě trombinu díky blokádě antitrombinu III a heparin-kofaktoru II. Současně ovlivňuje spontánní fibrinolýzu intravaskulárních trombů zvýšením koncentrace plasminogen aktivátoru (tPA) a inhibicí tkáňového plasminogen inhibitoru (PAI) s výslednou redukcí cirkulujícího fibrinogenu. Vedle toho dochází i ke snížené agregaci trombocytů⁵.

Zlepšená perfuse ischemických tkání po aplikaci sulodexidu může souviset se zlepšením reologických vlastností krve, které bylo po aplikaci preparátu zjištěno v několika studiích^{8,9}. Jde především o nálezy významného poklesu hladin fibrinogenu, na nichž viskozita krve závisí. K významným změnám krevního toku dochází zejména na úrovni mikrocirkulace, kde dochází k normalizaci porušených kapilárních funkcí a transkapilární výměny¹⁰.

Také třetí účinek, ochrana a reparace poškození endotelu, má vazby na koagulační systém, při udržování jeho stability. Glykosaminoglykany obecně jsou důležité pro udržování integrity a funkce endoteliálního glykokalyxu. Ochranné působení sulodexidu na cévní endotel

bylo potvrzeno pomocí několika různých metod hodnotících endoteliální dysfunkce⁶.

Z hlediska patogeneze aterosklerózy může mít význam i zjištěný hypolipidemický účinek sulodexidu, který byl studován v experimentu u cholesterolem krmených králíků a projevilo se snížením cholesterolemie a nižší akumulací cholesterolu v břišní aortě. Pokud jde o pacienty s dyslipidemií, je k dispozici několik placebem kontrolovaných klinických studií, prokazujících statisticky významné snížení celkové cholesterolemie, VLDL-cholesterolu, triglyceridů, nárůst HDL-cholesterolu a Apo A1.⁷

K antitrombotickému působení mohou přispívat i protizánětlivé vlastnosti preparátu. Sulodexid inhibuje aktivaci leukocytů, jejich adhesivitu k endotelu a snižuje uvolňování cytokinů, faktoru nekrózy tumoru a destičkového agregačního faktoru. S uvedenými vlastnostmi souvisí i protizánětlivé působení sulodexidu inhibicí makrofágů, heparanázové a metaloproteinázové aktivity^{24,25}.

Klinické použití

Klinické stavy, u nichž je preparát indikován, jsou mnohočetné a týkají se jak tepenných, tak žilních a mikrocirkulačních poruch (Tabulka. 1). V dalším textu se zaměříme na přehled terapeutického využití sulodexidu u tří hlavních cévních onemocnění: ischemické choroby dolních končetin, chronické žilní nedostatečnosti a žilní trombózy.

Tepenná onemocnění	ischemická choroba dolních končetin
	ischemická choroba srdeční
	okluzivní onemocnění mozkových tepen
Žilní onemocnění	žilní trombóza
	posttrombotický syndrom
Poruchy mikrocirkulace	diabetická mikroangiopatie

Ischemická choroba dolních končetin

Ischemická choroba dolních končetin je u naprosté většiny pacientů způsobena obliterující aterosklerózou. Obecná strategie léčby u těchto pacientů je zaměřena jednak na prevenci, jednak na léčbu samotných projevů ischemie. Konkrétní obsah léčebných přístupů a opatření, týkajících se prevence a léčby ischemie, se liší v závislosti na stádiu onemocnění. U pokročilých případů je třeba zlepšit prokrvení provedením revaskularizační operace nebo perkutánní intervence. U klaudikujících pacientů se ve většině případů postupuje konzervativně – vedle kontroly rizikových faktorů aterosklerózy zavedením pohybové léčby a preskripcí látek s prokázaným účinkem na klaudikace. V případě, že se jedná o dosud neléčené pacienty, s krátkou anamnézou potíží, je úspěšnost konzervativní léčby relativně dobrá. Přibližně u 75 % z nich dojde po několika měsících léčby k takovému zlepšení, že není u nich zapotřebí uvažovat o revaskularizačním výkonu.

Preparáty s prokázanou účinností na klaudikace nejsou početné. Doporučené postupy uvádějí obvykle 2 substance – cilostazol a naftidrofuryl. Recentně publikované konsensy přiřazují k těmto látkám také sulodexid¹¹. Uvedení sulodexidu mezi substancemi doporučenými k léčbě klaudikací se opírá o systematické analýzy výsledků dosavadních klinických studií. Jednou z nich je meta-analýza, která zpracovala více než 700 publikací, věnovaných účinku sulodexidu u pacientů s cévními onemocněními¹². Studie prokázala po podávání sulodexidu, ve srovnání s placebem, statisticky významné prodloužení klaudikační vzdálenosti, měřené standardním testem na pohyblivém pásu. Po tříměsíčním podávání sulodexidu došlo k průměrnému prodloužení bezbolestné chůze o 70-90 m. Prodloužení klaudikační vzdálenosti při tom korelovalo se změnami dalších hodnocených parametrů, jako je index ABl, který se ve srovnání s placebem významně zlepšoval při podávání sulodexidu.

Zlepšení klaudikační vzdálenosti odlišuje sulodexid od jiných antitromboticky působících přípravků. Dosavadní studie neprokázaly, že by samotné podávání antikoagulancií nebo protideštičkových látek vedlo ke zlepšení klaudikačních potíží. Další výhodnou vlastnost sulodexidu, ve srovnání s jinými vasoaktivními látkami, by mohlo představovat snížení kardiovaskulárního rizika po jeho podávání. Meta-analýza randomizovaných kontrolovaných studií, zaměřená na celkovou a kardiovaskulární mortalitu, infarkt myokardu, cévní mozkové příhody, žilní trombózy a plicní embolie ukázala statisticky významně nižší výskyt těchto příhod při užívání sulodexidu ve srovnání s placebem¹³.

Chronická žilní insuficience

Chronické selhání funkce žilního systému na dolních končetinách je nejčastěji komplikací chronických žilních onemocnění. K žilní stáze může ale docházet i u necévních onemocnění, způsobujících trvalé zvýšení žilního tlaku na končetinách, jako je obezita, artróza, paréza končetin, srdeční selhání aj. Žilní insuficience se zpočátku projevuje mírným edémem, může ale postupně progredovat až do stádia tvorby bérkových vředů. V tomto pokročilém stupni se žilní insuficience stává zátěží s vážnými ekonomickými a sociálními dopady jak pro pacienty, tak pro zdravotní systém. Příčinou je vleklé hojení kožních ulcerací. Z klinického hlediska jsou proto mimořádně významné výsledky studií ukazující, že přidání sulodexidu ke standardní lokální a kompresní léčbě bérkových vředů může urychlit průběh jejich hojení^{14,15,16}.

Jako příklad si můžeme uvést výsledky randomizované dvojité slepé multicentrické studie SUAVIS, která shromáždila údaje u 235 pacientů s bérkovými vředy při chronické žilní nedostatečnosti: při léčbě sulodexidem bylo za 2 měsíce úplně zhojeno 35 % a za 3 měsíce 53 % oproti 21 % a 33 % při placebu¹⁷. S dobrým klinickým efektem byl sulodexid podáván i pacientům s velkými ulkusey (průměrná velikost 12,4 cm²), kde po 7týdenním užívání sulodexidu se zhojilo 70 % ve srovnání s 35 % v kontrolní skupině. Na základě výsledku klinických

studií byl vypočítán parametr NNT – průměrný potřebný počet pacientů léčených sulodexidem ke zhojení ulkusu = 4, který naznačuje relativně významný podíl přípravku na hojení kožních defektů¹⁸. Na základě uvedených výsledků je sulodexid uváděn v celé řadě doporučených postupů, jak mezinárodních, tak národních, k farmakologické podpoře lokální léčby bérkových vředů^{19,20}.

Sekundární prevence žilní trombózy

Standardní léčba akutní žilní trombózy se u většiny pacientů opírá o podávání antikoagulancií. Jedním z problémů žilní trombózy je relativně častý výskyt rekurencí, k nimž nejčastěji dochází v prvních měsících po ukončení antikoagulační léčby. Zprávy o možnosti použití sulodexidu k prevenci rekurencí žilních trombóz se poprvé objevily v registru publikovaném před 20 lety²¹. Studie zahrnovala 405 pacientů s akutní žilní trombózou, kteří po 6měsíční standardní antikoagulační léčbě byli rozděleni do dvou skupin, z nichž jedna byla po vysazení warfarinu převedena na sulodexid a druhá zůstala bez terapie. Výsledky po dvou letech sledování ukázaly významný rozdíl mezi oběma skupinami. K rekurencím žilních trombóz došlo u 7,4 % pacientů dostávajících sulodexid, zatímco v kontrolní skupině byl výskyt 17,9 %. Uvedené výsledky byly podnětem k uspořádání mezinárodní, multicentrické, dvojité zaslepené, placebem kontrolované studie, s názvem SURVET. Dvouleté sledování proběhlo u 615 pacientů, kteří absolvovali standardní interval antikoagulační léčby pro akutní neprovokovanou žilní trombózu. Primárním sledovaným údajem byl výskyt tromboembolických příhod, ke kterým došlo u 4,9 % pacientů užívajících sulodexid a u 9,7 % osob dostávajících placebo²². Uvede-

né nálezy vedly k zařazení sulodexidu do celé řady národních a mezinárodních doporučených postupů, týkajících se prevence žilní trombózy. Volba preparátu vychází z posouzení klinické situace jednotlivých pacientů, rizika rekurence, rizika krvácení a také stavu renálních funkcí. I když preventivní účinek sulodexidu není stejný (cca 50 % oproti 80–90 % u antikoagulancií) může být v klinické praxi s výhodou použitelný u osob s vyšším rizikem krvácivých projevů.

Souhrn

Sulodexid je látka patřící do skupiny glykosaminoglykanů a obsahuje 80 % heparan sulfátu a 20 % dermatan sulfátu. Ve srovnání s jinými glykosaminoglykany má sulodexid antitrombotické vlastnosti při současně nižším riziku krvácení a na rozdíl od heparinů je možné jeho podávání jak parenterálně, tak perorálně. Má prokázány mnohočetné účinky, z nichž jako nejdůležitější lze považovat ochranné působení na cévní endotel. Kontrolovanými klinickými studiemi je dobře doložena účinnost preparátu u pacientů s kludivakemi, kde vedle zlepšené výkonnosti při chůzi se může současně uplatnit i snížení kardiovaskulárního rizika. Evidence účinku je rovněž u nemocných s pokročilými případy chronické žilní nedostatečnosti, u kterých je sulodexid použitelný k podpoře hojení bérkových vředů. Podávání sulodexidu také významně snižuje výskyt rekurencí žilní trombózy po ukončení standardní antikoagulační léčby a může být použitelný v sekundární prevenci tohoto onemocnění. Uvedené indikace sulodexidu jsou obsaženy v současných mezinárodních a národních doporučených postupech.

Literatura:

- Broekhuizen L.N., Lemkes B.A., Mooij H.L. et al.: Effect of sulodexide on endothelial glycocalyx and vascular permeability in patients with type 2 diabetes mellitus. *Diabetologia* 2010, 53, 2646-2655.
- Kristova V., Liskova S., Sotnikova R. et al.: Sulodexide improves endothelial dysfunction in streptozotocin-induced diabetes in rats. *Physiol. Res* 2008, 57, 491-494.
- Coccheri S.: Biological and clinical effects of sulodexide in arterial disorders and diseases. *Inter Angiol* 2014, 33, 263-74.
- Nieuwdorp M., Mooij H.L., Kroon J. et al.: Endothelial glycocalyx damage coincides with microalbuminuria in type 1 diabetes. *Diabetes* 2006, 55(4), 1127-1132.
- Hoppensteadt D.A., Fareed J.: Pharmacological profile of sulodexide. *Int Angiol* 2014, 33, 229-35.
- Acosta J., Monsalve P., Cardona F.R.: Sulodexide effect on flow-mediated vasodilatation of brachial artery in patients with endothelial dysfunction: a double-blind comparative study with placebo. *Avances Cardiol.* 2013, 33 (2), 108-115.
- Crepaldi G., Fellin R., Calabro A. et al.: Double-blind multicenter trial on a new medium molecular glycosaminoglycan. Current therapeutic effects and perspectives for clinical use. *Atherosclerosis* 1990, 81 (3), 233-243.
- Ceriello A., Quatraro M., Ettorre M. et al.: Glycosaminoglycans administration decreases fibrinogen in plasma levels in diabetic patients. *Diabetes Nutr Metab* 1993, 6, 1-4.
- Castelluccio A., Bologna E.: Effect of sulodexide on blood viscosity in patients with peripheral vascular disease. *Curr Med Res Opin* 1991, 12, 325-331.
- Lunetta M., Salanitri T. et al.: Lowering of plasma viscosity by the oral administration of the glycosaminoglycan sulodexide in patients with peripheral arterial disease. *J Int. Med. Res.* 1992, 20(1), 45-53.
- Antignani P.L., Gargiulo M., Gastaldi G., Jawien A., Mansilha A., Poredos P.: Lower extremity arterial disease perspective: IUA consensus document on „lead management“ Part 1. *Intern. Angiol.* 2023, 42(5), 382-95.
- Gaddi A.V., Capello F., Gheorghie-Fronea O.F., Fadda S., Darabont R.O.: Sulodexide improves pain-free walking distance in patients with lower extremity peripheral arterial disease: A systematic review and meta-analysis. *JRSM Cardiovasc Dis* 2020, 9, 1-14.
- Bikdeli B., Chatterjee S., Kirtane A., Parikh S., Andreozzi G., Gibson C.M., Goldhaber S., Eikelboom J., Krumholz H.M., Stone G.: Cardiovascular events in patients receiving sulodexide versus control: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *JACC* 2019, 73(9), 144.
- Pomplio G., Nicolaidis A., Kakkos S.S., Integlia D.: Systematic literature review and network meta-analysis of sulodexide and other drugs in chronic venous disease. *Phlebology* 2021, 36(9), 695-709.
- Carroll B.J., Piazza C., Goldhaber S.Z.: Sulodexide in venous disease. *J Thromb Haemost* 2019, 17, 31-38.
- Tomkowski W., Dybowska M.: Effectiveness and safety of sulodexide in the treatment of venous diseases. *Acta Angiol* 2019, 25(3), 157-161.
- Coccheri S., Scondotto G., Agnelli G. et al.: Venous arm of the SUAVIS (Sulodexide Arterial Venous Italian Study) Group. Randomised, double-blind, multicentre, placebo controlled study of sulodexide in the treatment of venous leg ulcers. *Thromb Haemost* 2002, 87, 947-952.
- Andreozzi G.M.: Role of sulodexide in the treatment of CVD. *Int. Angiol* 2014, 33, 255-262.
- Kearon C., Kahn S.R., Agnelli G. et al.: Antithrombotic therapy for venous thromboembolic disease. *ACCP Guidelines.* 8th Ed. *Chest* 2008, 133, 454S-545S.

Změna omezení symbolu "L" v preskripci všeobecného praktického lékaře



MUDr. Michal Prokeš
DrugAgency, a.s.



PharmDr. Josef Suchopár
DrugAgency, a.s.

Úvod

V první části tohoto sdělení je vysvětleno, jakým způsobem novelizace vyhlášky č. 376/2011 Sb.¹, kterou se provádějí některá ustanovení Zákona o veřejném zdravotním pojištění, vydaná dne 26. června 2024 (pod číslem č. 199/2024 Sb.), změnila dikci § 32, a tedy význam preskripčního omezení „L“. Dále je uvedeno, jakých léků se změny týkají, a v příštích dvou článcích u vybraných uvolněných léků připomeneme jejich bezpečnostní problematiku s důrazem na antidiabetika. Poslední sdělení bude zakončeno kazuistikou, ve které ukončení kouření způsobilo předávkování olanzapinem (jeden z uvolněných léků), které však nebylo považováno za nežádoucí účinek, ale za příznaky Parkinsonovy choroby. Při přípravě článku byly využity materiály, které byly shromážděny pro vytvoření 2. dílu knihy *Lékové interakce*. Informace v tomto sdělení jsou určeny i pro lékaře, kteří nehodlají žádný z uvolněných léků předepisovat, protože se mohou setkat s pacienty, kterým takové léky předepsal jiný lékař.

Vyhláška č. 376/2011 Sb.¹ stanovuje, že preskripční omezení na odbornost lékaře je jednou z podmínek úhrad léků, které stanovuje Státní ústav pro kontrolu léčiv (SÚKL). Podmínky úhrad léků jsou stanoveny limitací preskripce, je-li to zapotřebí s ohledem na účinnost a bezpečnost přípravku nebo s ohledem na veřejný zájem. Symbolem „L“ jsou označeny léky, které může na úhradu pojišťovnou předepisovat lékař konkrétní

odbornosti. Takový lékař v individuálních případech může delegovat pravomoc na lékaře jiné odbornosti. Symbolem „E“ jsou označeny léky, které také může na úhradu pojišťovnou předepisovat lékař uvedené odbornosti, ale delegace na lékaře jiné odbornosti není povolena. Proč bylo preskripční omezení „L“ v minulosti zavedeno? Počátkem 90. let minulého století to bylo prvním opatřením proti prudkému nárůstu výdajů pojišťoven na léky, který byl způsoben přílivem dražších zahraničních léků, které (podle tehdejší legislativy) byly všechny plně hrazeny. Kategorizační komise Ministerstva zdravotnictví, jejíž členy byli (kromě jiných) jak specialisté, tak i zástupci všeobecných praktických lékařů, pak k regulaci užívala i další typy omezení, a to zejména omezení indikační (tzv. „P“), které, když bylo správně užíváno, bylo „chytřejší“, neboť stanovovalo podmínky úhrady existenci určité diagnózy či stavu pacienta. Od počátku roku 2008 pak došlo ke změně legislativy: stanovování cen, úhrad a podmínek úhrad je nyní správním řízením, jehož účastníci jsou pouze zdravotní pojišťovny a držitelé registračního rozhodnutí („výrobci léků“) a kde poslední slovo mají úředníci SÚKL. To kromě jiného znamená, že zástupci odborných společností (včetně SVL) byli vyřazeni z rozhodovacího procesu. Různá omezení se začala rychle množit a byla také často vzájemně kombinována. Lékaři o se v nich začali obtížně orientovat, a to také proto, že omezení na odbornost začala být zapisována i do textu indikačních omezení (aniž by tyto léky byly označeny „L“ nebo „E“) a dále proto, že i léky se stejným obsahem a indikacemi mají omezení různá.

Od roku 2012 se zástupci Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP a Sdružení praktických lékařů ČR snaží o zvrácení výše popsané byrokratizace medicíny a usilují o uvolňování preskripce. Poslední kapkou pro zahájení takové aktivity byl přehmat úředníků SÚKL, kdy byly přípravky obsahující antidepresivum mirtazapin (po snížení jeho ceny) nejprve uvolněny pro všechny lékaře a po nějaké době opět omezeny na odbornost psychiatra a neurologa. I když nesmyslnost nového omezení byla od počátku zřejmá, trvalo několik let, než byl přehmat napraven. Výborem SVL byl následně vypracován seznam skupin léků, o jejichž uvolnění bude usilováno a který byl schválen i výborem SPL ČR. Na základě usilovné práce bylo toto snažení úspěšné v těchto případech: uvolněna byla antidiabetik ze skupiny gliptinů, hypolipidemika ezetimibu, močových spasmolytik a léků k terapii benigní hypertrofie prostaty, ze systémových antimykotik byl uvolněn flukonazol, z léků na neuropatickou bolest byl uvolněn pregabalin (ale jen pro tuto diagnózu), dále byly uvolněny léky

na Alzheimerovu chorobu, léky na osteoporózu, COX-2 selektivní NSA a některá další léčiva. U mastí s obsahem glukokortikoidů 3. a 4. funkční třídy bylo sice omezení na odbornost odstraněno, objevilo se však v textu omezení indikačního („P“).

Současný text vyhlášky 376/2011 Sb. a seznam lékových skupin, kterých se uvolnění týká

První dva odstavce § 33 mají od 1. 7. 2024 následující znění (nový text je tištěn tučně):

Preskripční omezení

- (1) Je-li to s ohledem na účinnost a bezpečnost přípravku nebo s ohledem na veřejný zájem účelné, úhrada přípravku se omezí pro předepisování takového přípravku lékařem se specializovanou způsobilostí označením odborností uvedených v rozhodnutí (dále jen „preskripční omezení“). Ústav přípravek s preskripčním omezením v rozhodnutí označí symbolem „L“.
- (2) Přípravek s preskripčním omezením podle odstavce 1 věty druhé je oprávněn předepsat k úhradě zdravotní pojišťovnou pouze lékař se specializovanou způsobilostí s označením odborností uvedených v preskripčním omezení, který má pro tuto specializovanou způsobilost uzavřenu se zdravotní pojišťovnou smlouvu o poskytování předmětné zdravotní péče, nebo jím písemně pověřený jiný lékař,

nebo v případě léčivých přípravků, které nemají omezení používání upraveno v Souhrnu údajů o přípravku nebo v příloze rozhodnutí o registraci v případě léčivých přípravků registrovaných postupem podle přímo použitelného předpisu Evropské unie o registraci léčivých přípravků, lékař se specializovanou způsobilostí v oboru všeobecné praktické lékařství, praktické lékařství pro děti a dorost nebo pediatrie, který má pro tuto specializovanou způsobilost uzavřenu smlouvu se zdravotní pojišťovnou.

Ústavem je ve výše uvedeném textu míněn SÚKL. Vysvětleme si toto šroubované souvětí:

- (1) Symbol „L“ nezmizí, avšak jeho význam je změněn.
- (2) Léčivé přípravky označené „L“ je možno volně předepisovat všeobecnými praktickými lékaři (VPL) a také i dětskými lékaři, kromě následující výjimky.
- (3) Toto uvolnění se nevztahuje na léčivé přípravky, kde v jejich Souhrnu údajů o přípravku (SPC) je uvedeno, že je mohou předepisovat pouze lékaři s určitými znalostmi nebo zkušenostmi

SPC by si sice měl prostudovat každý lékař, který hodlá dotýčný lék ve své praxi předepisovat, ale vázat na něj podmínky úhrady ze zdravotního pojištění uvedeným

způsobem je čin vsutku odvážný. Naštěstí takových přípravků není mnoho a lékaři v SPC nemusí listovat hluboko v textu, protože text omezující preskripci na určité schopnosti lékařů bývá uveden již v bodě 4. 2. dotýčného SPC, tak jak je uvedeno na Obrázku 1 (poslední věta zkopírovaného textu). Existují i výjimky – např. u linezolidu je omezení na odbornost uvedeno na konci textu bodu 4. 1.

Na konci našeho článku nabízíme rychlejší způsob zjištění, zda je v SPC uvedeno určité omezení na lékaře.

Jaké jiné léky omezené „L“ s textem omezení v SPC byly kromě přípravku Flamexinu zjištěny? Významné jsou především injekční přípravky s obsahem methotrexátu, které jsou určeny k léčbě řady revmatických i jiných onemocnění. Preskripce injekčních forem methotrexátu proto zůstává omezena na specialisty (REV, DER, GIT, PNE, NEF) s možností delegace preskripce například praktickým lékařům. Podobná „limitující“ informace o určitých schopnostech lékařů pro předpis byla nalezena v SPC i u několika dalších léků, jako

Obrázek 1: Ukázka dokumentu SPC pro přípravek Flamexin, kde je v poslední zkopírované větě uvedeno omezení na určité schopnosti předepisujícího lékaře

sp. zn. sukls234267/2022

SOUHRN ÚDAJŮ O PŘÍPRAVKU

1. NÁZEV PŘÍPRAVKU

FLAMEXIN 20 mg tablety

2. KVALITATIVNÍ A KVANTITATIVNÍ SLOŽENÍ

Jedna tableta obsahuje piroxicamum betadexum 191,2 mg (odpovídá piroxicamum 20 mg). Pomocná látka se známým účinkem: jedna tableta obsahuje 102,8 mg monohydrátu laktosy. Množství sodíku v jedné tabletě se pohybuje v rozmezí 0,56 mg až 0,84 mg. Úplný seznam pomocných látek viz bod 6.1.

3. LÉKOVÁ FORMA

Světle žluté ploché tablety šestiúhelníkového tvaru s půlicí rýhou na jedné straně. Tabletou lze rozdělit na stejnou dávku.

4. KLINICKÉ ÚDAJE

3.2. Terapeutické indikace

FLAMEXIN je indikován k symptomatické léčbě osteoartrózy, revmatoidní artritidy nebo ankylozující spondylitidy.

Vzhledem ke svému bezpečnostnímu profilu (viz bod 4.2, 4.3 a 4.4) není mezi nesteroidními antirevmatickými léky první volby. Rozhodnutí předepsat piroxicam by mělo být založeno na zhodnocení celkového rizika pro pacienta (viz bod 4.3 a 4.4).

4.2. Dávkování a způsob podání

Piroxicam by měl předepisovat lékař se zkušeností s diagnostikou a léčbou zánětlivých a degenerativních revmatických onemocnění.

například u rekombinantních choriových gonadotropinů je uvedeno v Tabulce 1.

Dále byl podobný text zjištěn v SPC u přípravků Protopic (mast s takrolimem) a Elidel (mast s pimekrolimem): „Léčbu má zahajovat pouze lékař se zkušeností s diagnostikou a léčbou atopické dermatitidy“. V našem krátkém sdělení v Bulletinu praktických lékařů ČR jsme vyslovili obavy, že je zřejmě nebude možno volně předepisovat, naštěstí tyto obavy nebyly naplněny: i nadále jej mohou praktičtí lékaři volně předepisovat, neboť již před několika lety (na žádost SVL a SPL ČR) SÚKL do výčtu odborností, které mohou tyto léky předepisovat, doplnil zkratku „PRL“, což je zkratka SÚKLu pro všeobecné praktické lékaře, a mohou je předepisovat i dětští lékaři (PED).

Uvedená Tabulka 1 (na straně 15) obsahuje výčet léků označených „L“, které VPL nově může volně předepisovat. U některých je uvolnění velkým přínosem (antidiabetika), u jiných zřejmě zůstane nevyužito (například hormony, systémové antimykotikum isavuconazol) a u ATB lze doporučit, aby lékaři nově uvolněné cefalosporiny III. generace ani chinolony pokud možno ani nezačali předepisovat z důvodů vzniku rezistence a u chinolonů i možnosti poškození pacienta.

Závěr

Novelizace vyhlášky č. č. 376/2011 ze dne 25. června 2024 přinesla mnoho dobrého, ale lékařům také více starostí. Zavedení povinnosti zjišťovat u léků „L“ z jejich SPC, zda neobsahují „upravené omezení používání“, je skutečně politováníhodné opatření. Všeobecní praktičtí lékaři totiž v řadě případů dotyčné znalosti mají. Například „omezení používání“ pro přípravek Effentora (fentanyl) je v jeho SPC následující: „Léčba má být zahájena a vedena pod dohledem lékaře, který má zkušenosti s léčbou opioidy u pacientů s karcinomem“. Skutečně se naši regulátoři domnívají, že všeobecní praktičtí lékaři nemají takové zkušenosti a že pacienti, kteří bolestivě umírají na rakovinu, léčí vždy onkologové, hematologové nebo lékaři z center bolesti? Zatím ještě existují podobné přípravky, které mají podobný rychlý účinek a jejichž preskripce byla uvolněna (viz Tabulka 1), co ale uděláme pak, až i jim lékové agentury vnutí onu „omezující“ větu do SPC?

Doplňující informace: Jak nejrychleji identifikovat přípravek s omezením preskripce v SPC.

Autoři tohoto textu (po důkladném tréninku při sepisování článku) již dokáží informaci o omezení v SPC zjistit během několika sekund, je však takový trénink to pravé, co je třeba od praktických lékařů v dnešní době vyžadovat?

Tabulka: Lékaři si jistě mohou stáhnout celé SPC a v něm hledat (viz výše), ale rychleji to lze takto:
1. Na internetovém vyhledávací zadám adresu „su.kl.gov.cz“. Na obrazovce pak z nabídky vyberu "Veřejnost".
2. Na další obrazovce zadám do vyhledávacího okénka název léčivého přípravku, například „Metoject“, a stisknu tlačítko „hledej“.
3. Objeví se tabulka s názvy léčivých přípravků „Metoject“. Vyberu jeden z nich, který je hrazený, a kliknu do názvu „Metoject“.
4. Dostanu základní informace o přípravku, což vidím v horní liště (bílý text v oranžovém poli).
5. Pokud kliknu na další položku vpravo v horní liště „Doprovodné texty“, dostanu se na obrazovku, ze které si mohu stáhnout například SPC daného přípravku.
6. To nyní nepotřebuji, proto kliknu ještě více doprava na nabídku „Ceny a úhrady“.
7. Informace na nové obrazovce skutečně uvádějí ceny a úhrady, zajímavá může být průměrná cena v lékárně. Já však potřebuji sjet dolů (myší nebo postranní lištou), až k položce „omezení používání dle SmPC“ (SmPC je moderní název pro SPC).
8. V případě přípravku „Metoject“ vidím slovo „Ano“, což znamená, že tento přípravek omezení v SPC má a že (v případě léku „L“) se na něj nevztahuje uvolnění pro praktické lékaře.
9. Pokud v položce „omezení používání dle SmPC“ je napsáno „Ne“, znamená to, že žádné omezení v SPC není. Pak zbývá ověřit, zda přípravek nemá indikační omezení úhrady („P“), a pokud ano, že v textu „P“ není uvedeno omezení na odbornost (je to na téže obrazovce výše nad „SmPC“). Pokud ani zde není omezení na odbornost, tak má praktický lékař jistotu, že přípravek je uvolněn i pro jeho preskripci.
10. Pokud chci vyhledat informaci u dalšího léčivého přípravku, kliknu na nabídku „zpět na vyhledávání“, která je malým písmem napsaná úplně nahoře vlevo.

Tabulka 1: Uvolnění preskripce léků v důsledku změny významu symbolu „L“ pro praktické i dětské lékaře. Doporučujeme, aby lékař před prvním předepsáním léku „L“ jeho SPC zkontroloval; texty SPC bývají čas od času změněny a současně znění (listopad 2024) po už určité době nemusí být aktuální.

Léková skupina	Podrobnosti a poznámky
Léčiva střevních onemocnění	Glukokortikoid: budesonid, DMARDS: sulfasalazin a mesalazin
Eradikační léčba HP	PYLERA: 2. linie eradikační léčby <i>Helicobacter pylori</i> : léčivý přípravek obsahuje metronidazol, tetracyklin a vizmut.
Nemoci jater a žlučových cest	Kyselina ursodeoxycholová-indikace: Disoluce žlučových kamenů, primární biliární cirhóza, primární sklerotizující cholangitida, hepatitis různé etiologie s cholestatickým syndromem, reaktivní gastritida při duodenogastrickém refluxu. Podávání pro léčbu NAFLD nebylo schváleno (a jeho předpis na tuto indikaci je tedy „off label“).
Protiprůjmové mikroorganismy	MUTAFLOOR, přípravek obsahuje <i>Escherichia coli</i> a je určen pro léčbu poruch flóry tlustého střeva (od 12 let věku) vč. profylaxe ulcerózní kolitidy.
Antidiabetika	Uvolněny byly některé z inzulínů a další antidiabetika: pioglitazon, gliptiny (uvolnění zbylých 7 přípravků, které dosud nebyly uvolněny), repaglinid, analoga GLP1 (kde uvolnění platí i pro druhou, vyšší úhradu). Pozor: U řady přípravků s pioglitazonem a s gliptiny je v rámci „P“ omezena preskripce na diabetologa v případě, že je pacient současně léčen inzulínem. To se týká i kombinovaných přípravků s pioglitazonem a s gliptiny.
Hořčík – kombinace solí	MAGNOSOLV: Uhlíčan a oxid hořečnatý – určen k léčbě stavů provázeným nedostatkem hořčíku
„Hepariny“	VESSEL DUE F: sulodexid (molekula podobná heparinu)
Kardiologie	SOTAHEXAL (sotalol), neselektivní β-blokátor
Hypolipidemika	NILEMDO: kyselina bempedoová, a NUSTENDI: kyselina bempedoová a ezetimib (indikace – nesnášenlivost statinů)
Kožní: Jiná antimykotika pro lokální aplikaci	POLINAIL, AMOROLFIN, LOCERYL: léčivé laky na nehty obsahující antimykotika
Kortikosteroidy pro topickou aplikaci, kombinace	ALPICORT: prednisolon v kombinaci s kyselinou acetylsalicylovou
Látky k terapii dermatitidy kromě kortikosteroidů	PROTOPIC: mast s takrolimem a ELIDEL: mast s pimekrolimem (uvolněny již před několika roky a uvolnění trvá)
Inhibitory prolaktinu	Uvolněny MEDOCRIPTINE: bromokriptin, DOSTINEX: kabergolin, NORPROLAC (chinagolid): indikací je zejména hyperprolaktinémie (podrobnosti jsou uvedeny v textu P)
Androgeny	TESTAVAN: testosteron v gelu: substituční léčba mužského hypogonadismu při deficitu testosteronu.
Progestiny	Progesteron-indikace: Prevence předčasného porodu, asistovaná reprodukce. Dydrogesteron: nedostatek progesteronu, hormonální substituční terapie. Norethisteron: zastavení dysfunkčního krvácení, odsun menstruace, endometrióza. Lynestrenol: podobné indikace, též určité karcinomy endometria.
Gonadotropiny a jiné látky stimulující ovulaci	Choriový gonadotropin: neuvolněn - omezení je v textu SPC. Uvolněn byl pouze klomifen.
Hypofyzární a hypotalamické hormony	Uvolněn byl somatotropin (ale ne všechny jeho agonisté), desmopressin (strukturální analog lidského antidiuretického hormonu) a glukagon (např. GlucaGen HypoKit)
Antibiotika	Uvolněny byly cefalosporiny III. generace (cefixim, cefpodoxim), dále dosud omezené fluorochinolony (pefloxacin, norfloxacin, levofloxacin a moxifloxacin). NEBYL uvolněn linezolid (odbornost je uvedena v SPC*)
Antimykotika	Uvolněny byly itraconazol, vorikonazol a isavuconazol (flukonazol je již uvolněn). NEBYLY uvolněny přípravky obsahující posakonazol
Onkologické progestiny	Uvolněny byly megestrol a medroxyprogesteron (včetně přípravku PROVERA): Ca prsu, endometria, kachexie
Antirevmatika	Glukosamin a chondroitin sulfát
Analgetika	Analgetika na průlomové bolesti obsahující fentanyl: Uvolněna byla preskripce: Lunaldin sublinguální tbl, Fentalis Acut sublinguální tablety, Menasu sublinguální tablety. Preskripce NEBYLA uvolněna (text v SPC): Effentora bukální tablety, Fenroo bukální tablety, Vellofent sublinguální tablety, Instanyl nasal spray a Pecent nasální sprej
Antiepileptika	Uvolněn byl lamotrigin, levetiracetam a zonisamid. NEBYLY uvolněny topiramát (omezení je v textu P), ani rufinamid (omezení je v textu SPC), ani vigabatrin (omezení je v textu SPC). Pregabalin (většinu přípravků) může PL sám předepisovat u neuropatické bolesti, podobné je to u gabapentiu (ale u některých přípravků je omezení obsaženo v textu P)

Tabulka 1 – pokračování: Uvolnění preskripce léků v důsledku změny významu symbolu „L“ pro praktické i dětské lékaře. Doporučujeme, aby lékař před prvním předepsáním léku „L“ jeho SPC zkontroloval; texty SPC bývají čas od času změněny a současně znění (listopad 2024) po už určité době nemusí být aktuální.

Léková skupina	Podrobnosti a poznámky
Antiparkinsonika	Uvolněny byly agonisté dopaminu (ropinirol, pramipexol, rotigotin), amantadin, apomorfin; (dopamin a inhibitory dekarboxylázy byly uvolněny již dříve)
Antipsychotika	Uvolněny byly ziprasidon, lurasidon, klozapin, amisulprid (sulpirid byl již uvolněn dříve), sporný je však risperidon v perorálních lékových formách**; uvolněna byla část přípravků s olanzapinem a s kvetiapiinem (ostatní mají omezení na odbornost v textu „P“ nebo mají symbol „E“, omezení v SPC nebylo zjištěno). Dále byly uvolněny některé přípravky obsahující paliperidon v nízkých dávkách do 9 mg včetně (INVEGA), ale jiné mají symbol „E“.
Antidepresiva	Uvolněny byly bupropion, venlafaxin, moklobemid (Aurorix), a duloxetin, který je indikován nejen u deprese, ale i k léčbě bolesti u diabetické neuropatie a k léčbě generalizované úzkostné poruchy. Pozor: 2 z 12 přípravků s duloxetinem mají „E“ a ty uvolněny nejsou.
Plicní nemoci	antagonisté leukotrienů: montelukast
Léky na oční choroby	XOROX: mast s aciklovirem. VIRGAN oční gel s ganciklovirem. Oční kapky s glukokortikoidy (řada přípravků). Oční kapky s NSA (řada přípravků). Antiglaukomatika (nikotinoliv ale jejich kombinace). Analoga prostaglandinů (např. latanoprost).
Jiné skupiny léků	OTOBACID N: dexamethason a cinchokain - ušní kapky: otitis externa, media
	BUCCOLAM: Midazolam v předplněné stříkačce pro perorální podání
	SLENYTO Melatonin, přípravek: speciální poruchy usínání (definované v SPC i v P), praktický lékař jej může předepisovat
	MYTELASE: Ambenonium: myasthenia gravis (Syntostigmin ale nebyl uvolněn – text omezení je v P)
	PLAQUENIL: Hydroxychlorochin: dříve se jednalo o antimalarikum, ale nyní je hrazen pouze jako DMARDS

Poznámky:

* linezolid - text v SPC: Léčba přípravkem smí být zahájena pouze v nemocnici a po konzultaci s příslušným odborníkem, jako je mikrobiolog nebo specialista v oboru infektologie.

**risperidon p.o.: SÚKL má všechny takové přípravky označeny jako s omezením v SPC (až na přípravek Rilpetid); ovšem v textu SPC se takové omezení týká jen pro indikace „poruchy chování dětí a mladistvých“, netýká se schizofrenie ani manické epizody. Jak to bude hodnotit pojišťovna není známo.

Literatura:

1. Vyhláška č. 376/2011 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení Zákona o veřejném zdravotním pojištění, ve znění vyhlášky č. 525/2021 Sb.

Spolupráce praktického lékaře a Úřadu práce



MUDr. Ladislava Buková

ordinace MUDr. Marie Marešová, s.r.o., Praha

Posudková péče je nedílnou součástí poskytování zdravotních služeb a prolíná se každodenní agendou praktického lékaře. Následující sdělení si klade za cíl seznámit lékaře s nejčastějšími formuláři, které mohou být po praktickém lékaři vyžadovány buď uchazečem o zaměstnání (dále také „UoZ“), anebo přímo Úřadem práce (dále také „ÚP“). Přednáška je souborem mých znalostí a zkušeností, se kterými se chci s vámi podělit. Nejsem zaměstnanec Úřadu práce, nevystupuji proto jako odborník na tuto problematiku.

Základní legislativa:

- Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů (zejména § 21 a § 147 b), dále „ZoZ“
- Zákon č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi, ve znění pozdějších předpisů
- Vyhláška č. 346/2017 Sb., o závazném vzoru potvrzení o dočasné neschopnosti uchazeče o zaměstnání plnit povinnosti uchazeče o zaměstnání z důvodu nemoci nebo úrazu a o závazném vzoru potvrzení o ošetření nebo vyšetření uchazeče o zaměstnání ve zdravotnickém zařízení

Uchazeč o zaměstnání (UoZ) má právo zejména

- na zprostředkování zaměstnání
- na podporu v nezaměstnanosti – za splnění zákonem stanovených podmínek
- na úhradu zdravotního pojištění – po celou dobu v evidenci ÚP
- důchodové pojištění – doba vedení v evidenci ÚP se uchazeči započítává jako náhradní doba důchodového pojištění
 - › po celou dobu, kdy UoZ pobírá podporu v nezaměstnanosti
 - › pokud nepobírá podporu v nezaměstnanosti, tak max. 3 roky (před dosažením 55 let max. 1 rok)

Čerpání podpory v nezaměstnanosti (= podpůrní doba)

- 5 měsíců uchazeč do 50 let
- 8 měsíců uchazeč 50–55 let
- 11 měsíců uchazeč nad 55 let

Výše podpory v nezaměstnanosti

- první 2 měsíce 65 % průměrného čistého výdělku UoZ
- další 2 měsíce 50 % průměrného čistého výdělku UoZ
- zbytek podpůrní doby 45 % průměrného čistého výdělku UoZ

Pokud ale UoZ ukončil předchozí zaměstnání bez vážného důvodu sám nebo dohodou se zaměstnavatelem, dostane jenom 45 % průměrného čistého výdělku po celou dobu čerpání podpory, tzn. už od prvního měsíce. Mezi vážné důvody (kdy ke krácení podpory v nezaměstnanosti nedojde) patří např. zdravotní důvody, které podle lékařského posudku brání vykonávat zaměstnání (§ 5 Zákon č. 435/2004 Sb. o zaměstnanosti, dále „ZoZ“).

Uchazeč o zaměstnání (UoZ) má povinnost např.:

- dostavit se na pracoviště ÚP ve stanoveném termínu
- projednat doporučené zaměstnání ve lhůtě stanovené ÚP
- podrobit se na žádost ÚP lékařskému nebo psychologickému vyšetření

POTVRZENÍ O DOČASNÉ NESCHOPNOSTI UCHAZEČE O ZAMĚSTNÁNÍ PLNIT POVINNOSTI UCHAZEČE O ZAMĚSTNÁNÍ Z DŮVODU NEMOCI NEBO ÚRAZU (dále jen „Potvrzení o dočasné neschopnosti“)

VYSTAVENÍ, VEDENÍ a UKONČENÍ

- ZoZ, § 21, odst. 4,5 – Potvrzení o dočasné neschopnosti se vydává:
 - › na žádost UoZ (= uchazeč musí sám lékaře informovat, že je evidován na ÚP)
 - › a je-li to důvodné (= nemoc nebo úraz a současně existující povinnost vůči ÚP, tj. např. stanovený termín schůzky na ÚP)
- Potvrzení o dočasné neschopnosti vydává poskytovatel zdravotních služeb, který poskytuje uchazeči o zaměstnání zdravotní péči v případě této nemoci nebo úrazu
- Musí lékař toto potvrzení vystavit? ANO – viz Zákon č. 435/2004 Sb., § 21, odst.4 a Zákon č. 372/2011 Sb., § 45, odst. 3 písm. a)
- Podoba Potvrzení o dočasné neschopnosti je stanovena vyhláškou č. 346/2017 Sb. – originální propisovací tiskopis má 3 listy
 - › jeden list tiskopisu lékař předá uchazeči o zaměst-

nání při zahájení nemoci, vyplní datum vystavení tiskopisu a datum počátku nemoci (data by se měla shodovat, pokud nepůjde o jeden z případů zpětného vystavení);

- › jeden list předá uchazeči o zaměstnání při ukončení nemoci (opět vyplní datum ukončení nemoci a datum, kdy bylo o ukončení nemoci rozhodnuto);
- › jeden list si lékař ponechá v dokumentaci.
- Jaké Potvrzení o dočasné neschopnosti ÚP akceptuje?
 - › Potvrzení na standardizovaném propisovacím tiskopisu dle vyhlášky č. 346/2017 Sb.;
 - › Potvrzení vytvořená na základě závazného vzoru, např. tisk z www.zakonyprolidi.cz;
 - › elektronická verze tiskopisu dle vyhlášky č.346/2017 Sb. vytištěná z lékařského programu (SmartMedix, PC Doktor apod.).

POTVRZENÍ O DOČASNÉ NESCHOPNOSTI UCHAZEČE O ZAMĚŠTNÁNÍ PLNIT POVINNOSTI UCHAZEČE O ZAMĚŠTNÁNÍ Z DŮVODU NEMOCI NEBO ÚRAZU	
Potvrzení pro Úřad práce České republiky o vzniku a ukončení dočasné neschopnosti uchazeče o zaměstnání	
Toto potvrzení doloží uchazeč o zaměstnání Úřadu práce České republiky.	
Příjmení a jméno	Rodné číslo ¹⁾
Krajská pobočka Úřadu práce České republiky Adresa pracoviště:	
Adresa místa pobytu v době dočasné neschopnosti:	
Trvání dočasné neschopnosti od:	Vydáno dne:
Otisk razítka poskytovatele zdravotních služeb, který potvrzení vydal, jmenovka a podpis lékaře	
Trvání dočasné neschopnosti do ²⁾ :	Datum:
Otisk razítka poskytovatele zdravotních služeb, který potvrzení vydal, jmenovka a podpis lékaře	

- Jaké Potvrzení o dočasné neschopnosti ÚP neakceptuje?
 - › vystavené na Výměnném listu;
 - › vystavené na Poukazu na vyšetření/ošetření typu K;
 - › vystavená na jiných potvrzeních určených pro ÚP dokládajících nemoc, např. pro potřeby hmotné nouze.
- Potvrzení o dočasné neschopnosti NELZE vystavit zpětně (na rozdíl od DPN podle zákona 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění), pokud se nejedná o některou z výjimek, např.:
 - › UoZ byl ošetřen ve zdravotnickém zařízení mimo běžné ordinační hodiny (LSPP, RZS) a tato zařízení s ohledem na povahu vykonávané činnosti běžně potvrzení o DPN nevystavují.
 - › Lékař neordinuje denně, UoZ jej nezastihl během ordinačních hodin.
 - › Zdravotní stav uchazeče o zaměstnání neumožňoval vyžádání potvrzení – stav bezvědomí při příjmu do nemocnice apod.

- › Potřeba vystavení potvrzení vyvstala až v průběhu hospitalizace – datum zpětného vystavení musí korespondovat s datem počátku hospitalizace/počátku nemoci.
- Ve všech případech zpětného vystavení dočasné neschopnosti je vhodné uvést důvod zpětného vystavení na zadní stranu Potvrzení o dočasné neschopnosti za účelem, předejde se tak možným nesrovnalostem při komunikaci s ÚP.
- Zahájení nemoci oznamuje na pobočku ÚP vždy uchazeč o zaměstnání, který má povinnost tuto informaci do 3 kalendářních dnů oznámit a toto Potvrzení o dočasné neschopnosti na pobočku ÚP do 8 kalendářních dnů doručit (= není to povinnost lékaře).
- Pro jednu nemoc/úraz je vždy vystaveno jedno Potvrzení o dočasné neschopnosti, tzn. u déletrvajících nemocí nelze vystavovat každý měsíc či jiné časové období nové Potvrzení o dočasné neschopnosti.
- Datum kontroly – ZoZ se stanovením termínu kontroly u lékaře nezabývá, nicméně ÚP uvítá, pokud bude datum kontroly lékařem uvedeno např. na zadní straně formuláře.
- ÚP je oprávněn se dotazovat lékaře na trvání nemoci – zejména u dlouhodobých nemocí, či v případech, kdy jsou uchazeči o zaměstnání vypláceny další dávky, aby nedocházelo k přeplatkům na dávkách či neoprávněnému vedení v evidenci uchazečů o zaměstnání (viz ZoZ, § 147 b).
- Vycházky – pro stanovení rozsahu a doby povolených vycházek se použije § 56 odst. 6 zákona 187/2006 Sb. o nemocenském pojištění (tj. nejvýše v celkovém rozsahu 6 hodin denně, a to v době od 7 hodin do 19 hodin).
- Ukončení nemoci – lékař vyplní datum ukončení nemoci a datum, kdy bylo o ukončení nemoci rozhodnuto, vyplněné Potvrzení dodává na ÚP přímo uchazeč (= není to povinnost lékaře).

HOSPITALIZACE v nemocnici a následné předání do péče VPL

- Je-li uchazeči o zaměstnání Potvrzení o dočasné neschopnosti vydáno v době jeho hospitalizace v nemocničním zařízení, nemocnice ukončí platnost Potvrzení o dočasné neschopnosti při propuštění pacienta.
- Pokud uchazeč o zaměstnání nebude ani následně schopen plnit povinnosti uchazeče o zaměstnání, požádá o vydání nového Potvrzení o dočasné neschopnosti svého registrujícího VPL nebo jiného poskytovatele zdravotních služeb, který mu poskytuje zdravotní péči z důvodu nemoci či úrazu.
- Potvrzení o dočasné neschopnosti UoZ nelze „převzít“ (na rozdíl od DPN podle zákona 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění), je třeba po propuštění z nemocnice vystavit nové Potvrzení o dočasné neschopnosti a poskytovateli těchto zdravotních služeb náleží úhrada za vydání důvodného Potvrzení o dočasné neschopnosti.

POTVRZENÍ O OŠETŘENÍ/VYŠETŘENÍ UCHAZEČE O ZAMĚŠTNÁNÍ VE ZDRAVOTNICKÉM ZAŘÍZENÍ	
Potvrzení pro Úřad práce České republiky o ošetření/vyšetření uchazeče o zaměstnání ve zdravotnickém zařízení	
Toto potvrzení doloží uchazeč o zaměstnání Úřadu práce České republiky.	
Příjmení a jméno	Rodné číslo ¹⁾
Krajská pobočka Úřadu práce České republiky Adresa pracoviště:	
Datum a doba ošetření/vyšetření: od _____ hod., do _____ hod.	
Vydáno dne:	
Otisk razítka poskytovatele zdravotních služeb, který potvrzení vydal, jmenovka a podpis lékaře	
¹⁾ Není-li rodné číslo přiděleno, uveďte se evidenční číslo pojištěnce nebo datum narození.	
Poučení: Lékař vydá dvě vyhotovení potvrzení o ošetření/vyšetření uchazeče o zaměstnání ve zdravotnickém zařízení. Uchazeč o zaměstnání je povinen jedno vyhotovení potvrzení doložit Úřadu práce České republiky nejpozději do 8 kalendářních dnů ode dne vydání tohoto potvrzení, druhé vyhotovení potvrzení si ponechává lékař.	

POTVRZENÍ O OŠETŘENÍ NEBO VYŠETŘENÍ UCHAZEČE O ZAMĚŠTNÁNÍ VE ZDRAVOTNICKÉM ZAŘÍZENÍ (dále jen „Potvrzení o ošetření“)

- Jde o analogii „propustky k lékaři“, tedy potvrzení, že UoZ byl ošetřen ve zdravotnickém zařízení v době, kdy měl plánovanou součinnost s ÚP.
- Podoba Potvrzení o ošetření je stanovena vyhláškou č. 346/2017 – originální propisovací tiskopis má 2 listy:
 - › jeden list tiskopisu lékař předá uchazeči o zaměstnání při ošetření (lékař vyplní datum a hodinu ošetření), uchazeč o zaměstnání jej doručí na Úřad práce;
 - › druhý díl potvrzení si lékař ponechá v dokumentaci.

FAKTURA za vyúčtování zdravotní služby lékařem

- Je vystavována obvykle 1× měsíčně na konci měsíce za všechna vydaná Potvrzení o ošetření a Potvrzení o dočasné neschopnosti v uplynulém měsíci, kterými byla ukončena neschopnost uchazeče o zaměstnání plnit povinnosti UoZ.
- Ukončení platnosti Potvrzení o dočasné neschopnosti

je součástí administrativního úkonu souvisejícího s již vydaným potvrzením a nejedná se tudíž o další administrativní úkon, tj. ÚP hradí pouze 1×, a to při ukončení platnosti.

- Faktura musí obsahovat rozpis osob (UoZ), za které je účtováno, jejich jméno, příjmení, datum narození, datum vydání potvrzení.
- Faktura je adresována Úřadu práce ČR, kontaktnímu pracovišti v sídle okresu
- Na jednu fakturu nelze účtovat uchazeče o zaměstnání z více okresů (tzn. jedna faktura = fakturace na jedno kontaktní pracoviště v sídle okresu).
- IČO Úřadu práce je jednotné pro celou ČR – 72496991.
- Pokud lékař zapomene poslat fakturu a není plátcem DPH, může fakturovat i 3 roky zpětně – promlčecí lhůta dle § 629, zákona 89/2012 Sb.

Úhradu poskytuje ÚP, a to na základě vyúčtování předloženého poskytovatelem zdravotních služeb. Částka je stanovena dle Cenového předpisu MZ ČR.

Autorka by zároveň ráda velice poděkovala p. Bc. Markétě Balcarové z Úřadu práce v Mělníku za vstřícnost, skvělou spolupráci a četné rady při konzultacích.

MUDr. Ladislava Buková

POKRAČOVÁNÍ V PŘÍŠTÍM ČÍSLE – POSUDKY PRO POTŘEBU ÚŘADU PRÁCE

Literatura:

- www.uradprace.cz
- www.zakonyprolidi.cz
- Mgr. J. Uher, APPEL 01/2023
- Mgr. J. Uher, webinář 5. 9. 2023 na www.prakticky lekar. online.cz
- Informace pro registrující poskytovatele nebo jiné poskytovatele zdravotních služeb k novele zákona č. 435/2004 Sb. účinné k datu 1. 10. 2017, vydal ÚP ČR, Krajská pobočka v Hradci Králové, 2021

Ceny platné pro rok 2025

Vydání potvrzení o dočasné neschopnosti uchazeče o zaměstnání plnit povinnosti UoZ z důvodu nemoci nebo úrazu na žádost UoZ	170 Kč
Vydání potvrzení o ošetření nebo vyšetření uchazeče o zaměstnání poskytovatelem zdravotních služeb na žádost UoZ	170 Kč

Aneuryzma abdominální aorty – nový screeningový program v ČR

MUDr. Theodor Adla

Česká radiologická společnost ČLS JEP

PhDr. Karel Hejduk

Národní screeningové centrum ÚZIS ČR

MUDr. Samuel Heller, Ph.D.

Česká angiologická společnost ČLS JEP

doc. MUDr. Debora Karetová, CSc.

Česká angiologická společnost ČLS JEP

prof. MUDr. Martin Köcher, Ph.D.

Česká společnost intervenční radiologie ČLS JEP

prof. MUDr. Jiří Moláček, Ph.D.

Česká společnost kardiiovaskulární chirurgie ČLS JEP

doc. MUDr. Jan Raupach, Ph.D.

Česká společnost intervenční radiologie ČLS JEP

prof. MUDr. Miloslav Roček, CSc.

Česká radiologická společnost ČLS JEP

MUDr. Petr Šubrt

Sdružení praktických lékařů ČR

za pracovní skupinu pro přípravu Národního pilotního screeningového programu časně detekce aneuryzmatu břišní aorty, ve spolupráci s ÚZIS a NSC při Ministerstvu zdravotnictví ČR

Úvod – definice, prevalence, rizikové faktory vzniku a průběh nemoci

Aneuryzma abdominální aorty (dále AAA) je definováno jako fokální rozšíření břišní aorty nad 3 cm, nebo 50% nárůst její šíře (pokud by se například jednalo o astenické jedince menšího vzrůstu apod.). Většinou se jedná o fuziformní tvar dilatace, méně často o sakulární. Většina výdutí je uložena pod odstupy renálních tepen a část z nich zasahuje i ilické tepny.

Prevalence AAA v posledních 20 letech klesla (z původních cca 5–8 % u mužů starších 65 let), což se přikládá poklesu nikotinismu v populaci a také zlepšení léčby arteriální hypertenze a dyslipidémie. Na druhou stranu se věk dožití v posledních 20 letech i v ČR zvýšil, a protože je věk významným rizikovým faktorem vzniku AAA, je možno předpokládat určitý přírůstek nemocných s AAA ve vyšších věkových kategoriích. O prevalenci AAA máme spolehlivá data ze zemí, kde probíhá screening jejich výskytu: například ze Švédska (Swedish Screening Programme), kde se u 65letých mužů pohybovala prevalence v 1,7 % (a u dalších 0,5 % byla předtím odhalena mimo screening), a z Velké Británie (UK National Screening Programme), kde byla prevalence 1,3 %. Screeningový program ve Spojených státech probíhající

výlučně u kuřáků ale reportoval 5% prevalenci. Prevalence u žen je 4× nižší.

Nejsilnějším rizikovým faktorem vzniku AAA je kouření a vyšší věk. Další rizikové faktory zahrnují *aterosklerotické onemocnění v jakémkoliv jiném tepenném povodí, arteriální hypertenzi, dyslipidémii, pozitivní rodinnou anamnézu a etnický původ* (nižší výskyt je zejména u Asiátů). Genetická vazba je jasná u Marfanova nebo Ehlers-Danlosova syndromu, i když častěji se u těchto nemocných vyvine aneuryzma v oblasti hrudní aorty.

Malá část aneuryzmat je tzv. „*mykotických*“ (*infekčních*), přičemž tímto termínem nazýváme jakoukoliv infekční příčinu (bakteriální, mykotickou nebo virovou). K infekci ve stěně aorty může dojít z různých příčin, zejména u imunokompromitovaných pacientů. Často ale ke kolonizaci (*Stafylococcus aureus, Salmonella*) dochází po intimálním poškození stěny aorty. Zvláštní forma aortitidy bývala kdysi častější ve vazbě na infekci *Treponema pallidum*.

Zánětlivé neinfekční aneuryzma reprezentuje také malou skupinu nemocných. V dnešní době jsou ale častěji odhalována díky možnostem PET-CT zobrazení: jejich stěna je tenčí oproti běžným, aterosklerotickým, a často je okolí postiženo fibrotickým procesem (ureter, duodenum, vena cava inferior...). Bývají zvýšeny markery zánětu, včetně sedimentace erytrocytů, a někdy také některé specifické markery, jako jsou například anti-nukleární protilátky nebo imunoglobuliny typu IgG4. *Vzácnou příčinou AAA je posttraumatický vznik.*

ICHS – ischemická choroba srdce, ICHDK – ischemická choroba tepen dolních končetin; USG – ultrasonografie; OSR (open surgical repair) – chirurgická léčba, EVAR (endovascular aortic repair) – endovaskulární léčba aorty

Přirozeným průběhem u aneuryzmat břišní aorty je pozvolný asymptomatický růst, daný multifaktoriálním degenerativním procesem ve stěně aorty. U většiny nemocných dochází k postupnému růstu výdutě, s čímž stoupá od určitého momentu i riziko ruptury. U malých aneuryzmat (3–5 cm) je toto riziko velmi nízké (< 1% ročně), nicméně u velkých pak kontinuálně narůstá a je významné. Jediným protektivním stavem pro růst výdutě se paradoxně jeví přítomnost diabetes mellitus (spekuluje se o úloze glykovaných proteinů ve stěně aorty, také jsou data o možném protektivním vlivu užívání metforminu). Hlavním prediktorem potenciální ruptury je právě diametr aorty – u aneuryzmat širší 5,5 cm činil v jedné studii z konce minulého milénia (Lederle et al.) až 12,5 % ročně a zásadně pak riziko narostlo při šíři 6,5 cm (na 35 % ročně). Průměrný roční růst byl v dané studii 2,2 mm/rok.

**Definice AAA: lokalizované rozšíření abdominální aorty nad 3 cm
(nebo nad 50 % očekávaného rozměru)**

Rizikové faktory vzniku AAA: - vyšší věk (nad 65 let) - nikotinismus (i ex) - pozitivní rodinná anamnéza - přítomnost jakéhokoliv onemocnění na aterosklerotické bázi (ICHS, cerebrovaskulární postižení, ICHDK) - arteriální hypertenze - hyperlipoproteinémie	Typy aneurysmat dle velikosti (a doporučené intervaly jejich USG sledování): - malá aneurysmata (3–5 cm) - velká aneurysmata (>5 cm)	
	Malá AAA: - 30–39 mm: USG vyš. 1× za 3 roky - 40–49 mm: USG vyšetření 1× ročně - 50–54 mm: USG vyš. 1× za půl roku (muži, u žen exkluze dříve)	Velká AAA: muži ≥ 55 mm ženy ≥ 50 mm - reference do kardiovaskulárního centra k rozhodnutí o definitivním typu léčby: - OSR nebo EVAR

Diagnostika AAA

Běžným klinickým (fyzikálním) vyšetřením, tedy palpací břicha, lze výduť vyhmátat pouze u štíhlých osob, navíc až od určitého diametru. Toto vyšetření tedy není spolehlivé pro detekci výdutě u většiny osob.

Intaktní výduť jsou obvykle bez symptomatologie. Pokud by nemocný přišel k lékaři pro bolest břicha, s iradiací do zad nebo genitálií a měl současně palpační bolestivost v průběhu hmatné (tedy zřejmě zvětšené) aorty, pak se může jednat o tzv. „symptomatickou“ výduť (a je potřeba provést urgentní ultrasonografii, nebo přímo CT angiografii). Symptomy vznikají při komplikacích výdutě – buď kompresí okolních orgánů (dolní duté žíly, duodena, ureteru), nebo distální embolizací z nástěnného trombu. Až symptomy penetrace a ruptury jsou dramatické: jde o pokles tlaku, bledost, krutou bolest v břiše nebo zádech a rozvoj šokového stavu.

Duplexní ultrasonografie (DUS) je základním vyšetřením u rizikové populace pro vznik AAA a disponuje vysokou senzitivitou i specificitou (> 97 %). Velmi často je také prováděna z jiných důvodů (vyšetření jater, žlučníku, ledvin) a rozšíření aorty je pak náhodným nálezem. Důležité je správné změření příčného rozměru aorty v nejširším místě, kolmo na longitudinální osu. Za validní bereme maximální zjištěný diametr ve dvou na sebe kolmých rovinách. Sonografista musí být proškolen, zejména v rámci screeningových programů, aby byla celostátně zachována konzistentní metodika měření. DUS je suverénní metodou následně i pro periodické sledování malých aneurysmat.

CT angiografie (CTA) je klíčovým vyšetřením při posuzování rozsahu postižení a také plánování typu léčebné intervence (zejména zjištění možnosti endovaskulární implantace stentgraftu). Poskytuje informace také o stavu torakoabdominální aorty, typu a uložení výdutě, angulace aorty nad místem výdutě a také o stavu přístupových tepen (pánevních), opět jde o důležité informace zejména pro endovaskulární léčbu. *CTA je také metodou volby pro potvrzení diagnózy ruptury a je i důležitým nástrojem ve sledování nemocných po odstranění výdutě, zejména při přesné detekci možných komplikací endovaskulární léčby (EVAR), zejména přítomnosti tzv. endoleaků.*

Screening AAA

Se screeningovými programy mají zkušenosti některé země, například Spojené království Velké Británie a Severního Irska, také v Dánsku, Austrálii a Švédsku. Tyto programy přinesly signifikantní snížení mortality na rupturu AAA, některé i pokles celkové mortality, vyzněly i pozitivně ve smyslu poměrů nákladů na vyhledávání (a nákladů na související léčbu) a přínosů v souvislosti s přežitím. Data z UK a Švédska ukazují, že screeningové programy jsou ekonomicky příznivé i v dnešní době, kdy prevalence AAA má klesající tendenci. Dokonce se uvažuje, že vzhledem k delší délce života by měly být screeniny prováděny u mužů i ve vyšším věku (například nad 75 let), zejména těch, kteří byli nebo jsou kuřáky.

Je velmi málo známo o přínosu screeningu u žen, nicméně právě pro nízkou prevalenci u žen je nepravděpodobné, že jejich zahrnutí do screeningu by bylo přínosné z pohledu nákladové efektivity. Nicméně i ženy kuřačky a zejména ty s pozitivní rodinnou anamnézou ruptury AAA by měly být individuálně ultrasonograficky alespoň jednou v životě, a sice ve věku 50 let (stejně jako muži s pozitivní rodinnou anamnézou v tomto věku) vyšetřeny. Také zjištění jakékoliv tepenné výdutě v organismu (podkolenní tepny, mozkové apod.) by mělo vést k vyšetření aorty. Nemocní mohou totiž trpět jak syndromy abnormální skladby pojiva (tedy i méněcenností tepenné stěny), nebo tzv. dilatační formou aterosklerózy, kde lze předpokládat tendenci k tvorbě výdutí na více místech organismu.

Konzervativní metody léčby nemocných s AAA

Léčba AAA zahrnuje intervenci kardiovaskulárních rizik a spočívá v podávání hypolipidemik – zejména statinu (případně v kombinaci s ezetimibem), ev. kyseliny bempedoové v případě intolerance statinu, dále anti-hypertenziv (ACE-inhibitorů, betablokátorů) a zahrnuje i léčbu protidestičkovou (s podáním acetylsalicylové kys. nebo klopidogrelu). Snažíme se tak léčit mechanismy vedoucí k progresi aterosklerotického procesu a také snížit tensi v aortě. Protidestičková léčba je míře- na spíše na prevenci jiných kardiovaskulárních příhod

než na trombus ve výdutí, který je u většiny stavů přítomen, ale trombus sám o sobě není indikací k podání léčby antikoagulační.

U 12 000 nemocných ve Velké Británii se prokázalo, že 5leté přežití nemocných s AAA se významně zlepšilo u těch, kteří brali statin (64 % vs 42 %), protidestičkový lék (64 % vs 40 %), nebo antihypertenzní léky (62 % vs 39 %). Zejména u statinů svědčí observační data o tom, že jejich podávání vedlo k menší progresi AAA a rupturám a opakovaně u nich byl zjištěn zásadní vliv na snížení kardiovaskulární mortality. Léčba metforminem u diabetiků byla vyhodnocena jako protektivní pro růst AAA, čímž se spekuluje o inhibičním vlivu tohoto léku.

Byla zkoušena řada i dalších léků, které měly ve studiích za cíl bránit progresi růstu výdutě, ale neprokázaly v tomto ohledu pozitivní efekt. Šlo například o antibiotika.

Nejlevnějším a efektivním nástrojem pro zhoršení průběhu nemoci jedinců s AAA je zamezení dalšího kouření. Vysazení cigaret může snížit růst o 20 % a snížit na polovinu riziko ruptury. Tedy *screeningové programy by měly být doplněny odborným vedením v léčbě nikotinu*, podpořením i behaviorální léčbou a farmakoterapií.

Co se týká tělesné zátěže, neměla by být spojena se vzestupem tence nad 180 mm Hg a tachykardií nad 140/min. Nemocní s malými aneuryzmaty mají mít pravidelnou pohybovou aktivitu, čímž zlepšují svůj kardiovaskulární status. Nedoporučujeme sporty typu vzpírání.

Metody exkluze AAA a načasování výkonu

Pokud průměrný průměr aneurysmatu i s event. přítomným trombem dosáhne 5,5 cm u mužů a 5 cm u žen, je riziko operace menší než riziko ruptury. Proto jsou tyto rozměry obecně považovány za indikaci k plánované (elektivní) léčbě. Výjimkou mohou být sakulární výdutě, kdy je možno uvažovat o časnější indikaci. Také pokud dochází k rychlému nárůstu velikosti aneurysmatu – 1 cm za rok nebo 0,5 cm za půl roku – pak by měla být exkludována i aneuryzmata menší.

- Chirurgická léčba (OSR)

Chirurgická léčba spočívá v náhradě aneuryzmaticky postižené aorty a případně dilatovaných pánevních tepen chirurgickou cévní protézou. U pacientů, kteří nemají postižené pánevní tepny, je většinou volena aorto-aortální náhrada rovnou tubulární protézou s proximální anastomózou těsně pod renálními tepnami, kde v délce cca 0,5 cm má aorta vždy kvalitnější stěnu a ze zkušenosti nedilatuje. Distální anastomóza je šita obvykle v tomto případě těsně nad bifurkací aorty. Pokud jsou aneuryzmaticky postiženy i pánevní tepny, pak lze zvolit aorto-biilickou náhradu. V dnešní době je chirurgická léčba metodou volby u všech mladších pacientů, zejména pod 65 let, kteří nemají významné komorbidity. Dále je vhodná pro pacienty, kteří jsou sice starší, ale nejsou vhodní pro endovaskulární léčbu, většinou z důvodu nevhodné kotvící zóny pro stentgraft v oblasti krčku výdutě těsně pod renálními tepnami.

Operace se provádí většinou transabdominálně, aorta je zasvorkována nad a pod aneuryzmatem, je odstra-

něn nástěnný trombus z vaku výdutě, prošity odstupy lumbálních tepen a pak je dovnitř vaku našita aortální cévní protéza. Nakonec je protéza překryta zúženým původním vakem výdutě, aby nedocházelo ke kontaktu protézy s ostatními orgány, je přešito retroperitoneum a sešita břišní stěna.

Tento postup má velkou výhodu jednak z dlouhodobého hlediska – šité anastomózy mají lepší výdrž, protéza je ohebná a nemá kovový skelet, který by se mohl zlomit a pacienty není ve většině případů třeba dlouhodobě pravidelně sledovat.

Nevýhodou je náročnost výkonu pro pacienta a pobyt na jednotce intenzivní péče. Méně častým rizikem může být nutnost nasazení svorky nad renální tepny u pacientů s aneuryzmatickým postižením viscerálního segmentu aorty pro větší riziko vzniku renální insuficience nebo i viscerální ischémie a další pooperační komplikace vyplývající z povahy laparotomie a relativně rozsáhlého výkonu. Krevní ztráty jsou dnes v kardiocentrech většinou elegantně řešeny tzv. cell savery, kdy je odsávaná krev z rány filtrována a navracena zpět do oběhu. Operace výdutě břišní aorty je z kardiovaskulárního hlediska jednou z nejméně zatěžujících operací pro kardiovaskulární aparát. Vzhledem k tomu, že většina pacientů s výdutí břišní aorty má současně koronární nemoc, je vhodné u všech pacientů s jakoukoli abnormalitou v echokardiografickém nebo EKG obraze provést koronarografii a případně adekvátní revaskularizaci myokardu, optimálně ještě před operací výdutě.

- Endovaskulární léčba (EVAR)

Jde o miniinvazivní metodu, která je pro pacienty méně zatěžující než chirurgická exkluze. A protože se samotná nemoc – AAA – posunuje do vyšších věkových skupin, je stále častěji používána. Pro nejčastější infra-renální výdutě břišní aorty s kvalitním krčkem výdutě (část aneuryzmaticky nepostižené aorty pod renálními tepnami) je u pacientů nad 70 let považována za metodu volby.

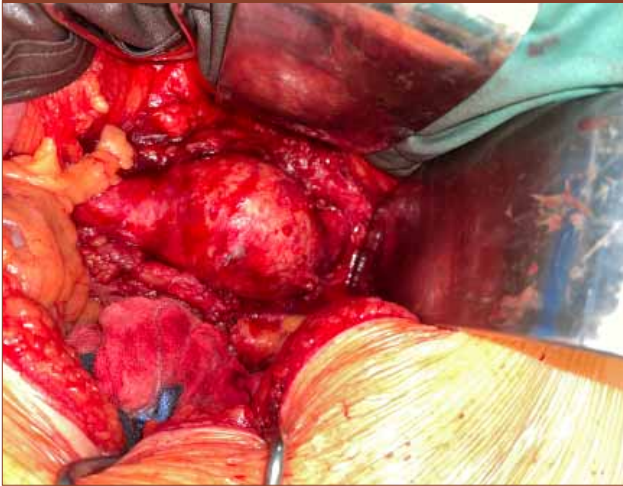
Běžná endovaskulární léčba AAA (EVAR) spočívá v zavedení větveného bifurkačního stentgraftu do postižené aorty z obou femorálních tepen. Kraniální konec stentgraftu obvykle začíná těsně u odstupů renálních tepen a končí ve společných pánevních tepnách nad odstupy vnitřních pánevních tepen, tím je dosaženo exkluze výdutě z toku a tlaku krve. Samozřejmě, jsou běžně prováděny různé variace např. pokud výduť přesahuje i na společné pánevní tepny, pak je třeba utěsnit stentgraft např. v zevní pánevní tepně a uzavřít vnitřní pánevní tepnu, aby nedocházelo kolaterálami ke zpětnému plnění výdutě. Výjimečně jsou u inoperabilních pacientů prováděny i komplexní výkony, kdy jsou implantovány stentgrafty s větvemi pro viscerální tepny.

Stentgraft je cévní protéza vyztužená kovovou kostrou, často opatřená fixačními háčky, zaváděná v sheatu (plastové buzi) o tloušťce od 12 F do 20 F po zavedených vodičích (drátech), z obou třísel.

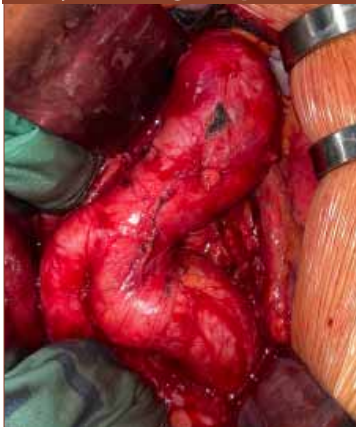
Výkon se dnes provádí obvykle perkutánně, pouze v lokální anestezii, při vědomí s mírnou analgosedací, kdy jsou vstupy do společných femorálních tepen následně

ošetřeny perkutánně zaváděnými stehy nebo kolagenovými zátkami. Chirurgický vstup do cévního řečiště je používán pouze v přítomnosti cévních rekonstrukcí (např. femoropopliteálního bypassu) nebo při výrazném

Aneuryzma abdominální aorty v chirurgické praxi



Aneuryzma abdominální aorty v chirurgické praxi



stenotickém nebo kalcifikačním postižení v místě vstupu, kde tudíž je nutná současná chirurgická korekce třísla / třísel.

Po výkonu krev proudí pouze stentgraftem a aneuryzma je vyřazeno z působení krevního tlaku. Mezi stentgraftem a vakem výdutě je krev, která většinou trombotizuje. To je optimální stav. Výkon je prováděn v anti-

biotiky chráněném koagulu, aby se předešlo možné hematogenní infekci. Nežádá se však stává, že zůstávají průchodné lumbální tepny a často dolní mesenterická tepna a dochází k částečné reziduální perfúzi části vaku kolaterálami, např. u některých antikoagulovaných pacientů. Tento jev se nazývá endoleak, protože nejde o skutečný leak. I v jeho přítomnosti je riziko komplikací malé, pokud se vak výdutě nadále nezvětšuje, protože kolaterální oběh z drobných větví nepředstavuje většinou hydrodynamické riziko pro možnou rupturu vaku.

Pokud však stentgraft dobře netěsní, a krev zatéká přímo z aorty nebo z pánevních tepen pod normálním tepenným tlakem do výdutě (endoleak typu I), pacient

je ohrožen rupturou, stejně jako by žádný předchozí výkon neproběhl.

Pro EVAR jsou specifické také určité „pozdní komplikace“, proto je zásadní u takto řešených nemocných dlouhodobé sledování. Stentgraft je sice elegantní metodou, ale ze sledování velkých kohort je známo, že přibližně po 12 letech se začínají objevovat u pacientů s implantovaným stentgraftem pozdní komplikace. Z tohoto důvodu je nutno pacienty dlouhodobě sledovat. Hlavními sledovanými parametry jsou 1. velikost vaku, 2. přítomnost event. endoleaku a 3. průchodnost nožiček. Z našeho pohledu a zkušenosti je optimální sledovat pacienty sonograficky, pokud jsou vyšetřitelní v pravidelných ročních intervalech. Pokud se vak nezvětšuje, je vše v zásadě v pořádku. Na některých pracovištích se ještě používají opakovaná CT vyšetření, která ale nemají opodstatnění, pokud nemáme přímo podezření na komplikaci a pacient je sonograficky dobře vyšetřitelný.

Závěr

Od ledna 2025 je v České republice zahájen program screeningu aneuryzmat břišní aorty, a sice u všech mužů ve věku 65–67 let. V této úzké věkové kategorii (jde o „pilotní program“) jde jednak o zjištění prevalence AAA v dané věkové kategorii a také o časný záchyt této nemoci. Nemocní budou osloveni svými praktickými lékaři, u nichž jsou registrováni, bude jim vysvětlen přínos zjištění šíře jejich aorty a s žádankou budou odesláni na příslušná sonografická pracoviště (rentgenologická nebo angiologická) k vyšetření. Toto se nevztahuje na ty nemocné, kteří již o AAA vědí a jsou pro ně sledování, nebo dokonce jsou již po operaci nebo implantaci stentgraftu. S nálezem – ať negativním nebo pozitivním – se vyšetření muži vrátí k odesílajícímu praktickému lékaři. Následně u těch, jejichž aorta měří 3 a více cm, bude zahájena dispenzarizace a příslušná konzervativní léčba v nejbližším Kardiovaskulárním centru (KVC). Při splnění indikačních kritérií exkluze ($\geq 5,5$ cm) bude na základě obrazu z CT angiografie a posouzení operability / inoperability pacienta v rámci indikačních seminářů jednotlivých KVC určena nejvhodnější metoda odstranění výdutě.

Mluvme tedy s muži daného věku o této nové možnosti prevence ruptury nepoznané výdutě a využijme benefitu tohoto programu. Časně zjištění a zahájení příslušné léčby může jednak růst výdutě zpomalit, ale hlavně odvrátit jejich často fatální průběh. Aktuální údaje o programu lze nalézt na:

www.zachransiaortu.cz

www.splcr.cz a v Bulletinu SPL č. 1/2025

Literatura:

1. Zettervall SL, Schanzer A. ESVS 2024 Clinical Practice Guidelines on the Management of Abdominal Aorto-iliac Artery Aneurysms: A North American Perspective. *Eur J Vasc Endovasc Surg.* 2024 Feb;67(2):187-189. doi: 10.1016/j.ejvs.2023.10.036. Epub 2023 Nov 2. PMID: 37918617.

2. Mazzolai L, Teixido-Tura G, Lanzi S, et al. ESC Scientific Document Group. 2024 ESC Guidelines for the management of peripheral arterial and aortic diseases. *Eur Heart J.* 2024 Sep 29;45(36):3538-3700. doi: 10.1093/eurheartj/ehae179. PMID: 39210722

ČASNÝ ZÁCHYT ANEURYSMATU ABDOMINÁLNÍ AORTY (AAA)		
01135 – MANAGEMENT - 246 bodů s následným sledováním pojištěnce	01137 – pozitivní výsledek – pacient odeslán do KKVC	Z13.6
	01138 – negativní výsledek – pacient bez následného sledování	Z13.6
	01139 – pozitivní výsledek – pacient odmítl pokračovat v Programu	Z13.6
01136 – MANAGEMENT - 164 bodů pojištěnec odmítl zařazení do Programu		Z13.6

KONTAKTY NA REGIONÁLNÍ KKVC		
Centrum	Odpovědný lékař	Telefon
VFN Praha	doc. MUDr. D. Karetová, CSc.	224 962 639
FN Motol, Praha	MUDr. R. Fiala, Ph.D.	224 435 264
IKEM Praha	MUDr. P. Procházka	236 053 111, 236 055 103, 724 150 812
Nemocnice Na Homolce, Praha	prof. MUDr. P. Štádl, Ph.D.	257 272 542
FN Olomouc	MUDr. J. Indráková	588 442 408, 588 442 409, 588 445 454
FN U Sv. Anny Brno	MUDr. M. Dvořák, Ph.D.	543182436
FN Brno - Bohunice	MUDr. V. Vaverka, MUDr. P. Kysela	532 232 869
FN Plzeň	MUDr. Štěrbáková, prof. MUDr. Moláček	377 103 044
FN Hradec Králové	doc. MUDr. R. Malý, Ph.D.	495 833 882
FN Ostrava	MUDr. P. Jelínek, MBA	735 146 530
Nemocnice Jihlava	MUDr. F. Dvořák	567 157 677
Nemocnice AGEL Třinec - Podlesí	MUDr. M. Wierzgoň	558 304 806
Nemocnice České Budějovice	MUDr. M. Holý	387 876 951, 387 876 952
Krajská zdrav. Masarykova nemocnice Ústí n. L.	MUDr. J. Dvořák	477 112 503
Nemocnice Liberec	MUDr. Z. Velička	485312575
Karlovy Vary	MUDr. Alexandra Šulcová	354225608
Pardubice	MUDr. Karel Bláha	466 014 153

Program časného záchytu karcinomu prostaty



MUDr. Marcela Koudelková^{a,b}, MUDr. Otto Herber^c,
Prof. MUDr. Roman Zachoval, Ph.D, MBA^d,
MUDr. Michaela Matoušková^e, MUDr. Petr Šubrt^f,
Mgr. Markéta Vranová^a, Mgr. Kateřina Hejmanová^{a,b},
PhDr. Karel Hejduk^{a,b}, RNDr. Ondřej Májek, Ph.D.^{a,b}

^aÚstav zdravotnických informací a statistiky České republiky, Národní screeningové centrum, Praha;

^bInstitut biostatistiky a analýz, Lékařská fakulta Masarykovy univerzity, Brno

^cSpolečnost všeobecného lékařství ČLS JEP

^dUrologická klinika, 3. lékařské fakulty UK Praha a Fakultní Thomayerovy nemocnice, Praha

^eUrocentrum Praha

^fSdružení praktických lékařů ČR

Rakovina prostaty je nejčastějším zhoubným nádorem mužů. Ročně onemocní tímto nádorem okolo 8 000 mužů, což je téměř třikrát více než před přibližně 20 lety. Program časného záchytu karcinomu prostaty byl v České republice zahájen v lednu 2024 a představuje významný krok ke zvýšení detekce časných stádií tohoto onkologického onemocnění. Klíčovou úlohu v prováděném screeningu karcinomu prostaty jednoznačně zastávají všeobecní praktičtí lékaři (VPL). Oslovují muže do programu na základě definovaných vstupních kritérií, zajistí jejich edukaci a základní management v rámci screeningu.

Koho oslovit do screeningu karcinomu prostaty?

V rámci organizovaného screeningového programu je úlohou praktického lékaře provést výběr mužů splňujících předepsaná vstupní kritéria. Cílovou populací pro oslovení jsou:

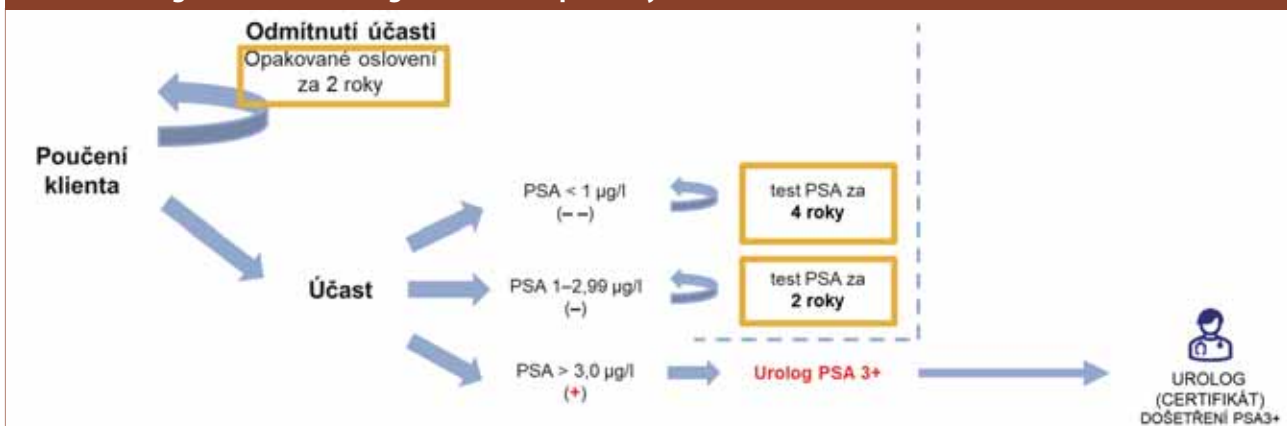
- **muži ve věku 50–69 let** (+364 dní)
- **bez anamnézy C61**, bez suspekce na C6[#]
- praktický lékař či urolog neprovedl vyšetření PSA (prostatický specifický antigen) v posledních 2 letech. V případě kratšího intervalu se vyhodnocuje poslední stanovení PSA (Metodická doporučení 06/2024²)
- muž není v pravidelné dispensární péči u urologa (pokud je již v této péči, oslovení a další vyšetření provádí příslušný urolog)

VPL (všeobecný praktický lékař) provede edukaci a krátce vysvětlí přínosy a rizika testování PSA. V případě, že muž se zařazením do screeningu souhlasí, VPL zajistí odběr krve pro stanovení PSA. Na žádance je nutno uvést dg. Z12.5 (Screeningové vyšetření specializované na novotvar prostaty), tzn. že je žádáno o screeningové vyšetření PSA v rámci programu časného záchytu karcinomu prostaty. Další screeningové testování proběhne na základě naměřené hodnoty PSA (Obrázek 1).

Pokud muž se zařazením do screeningového programu nesouhlasí, je možné ho zařadit za další 2 roky (dle schváleného algoritmu – Obrázek 1) až do dosažení horní věkové hranice pro tento screening.

V případě, že je hodnota PSA do 1,0 µg/l, přichází muž ke kontrolnímu odběru za 4 roky. Pokud je hodnota PSA 1,0–2,99 µg/l, kontrolní odběr bude proveden za 2 roky. Jako **pozitivní** výsledek screeningového testu je považována hodnota **PSA 3,0 µg/l a více**.

Obrázek 1: Algoritmus screeningu karcinomu prostaty – oslovení VPL



Co v případě pozitivní hodnoty PSA?

Pokud je hodnota **PSA 3,0 µg/l a více**, je muž předán do péče urologa s certifikátem provádět screeningové vyšetření prostaty – došetření u PSA 3+, který provede komplexní urologické vyšetření a indikuje další vyšetření dle algoritmu programu.

V tomto kroku je důležité muže správně směřovat na konkrétní pracoviště urologie, která jsou do screeningového programu zapojena. Aktuální síť pracovišť je k dispozici na webových stránkách programu: www.prostascreeing.cz a webových stránkách České urologické společnosti (v části: Seznam pracovišť způsobilých provádět screeningová vyšetření prostaty). Muž s pozitivním výsledkem screeningového testu zůstává u certifikovaného urologa po celou dobu setrvání ve screeningu, a to až do dovršení horní věkové hranice programu, tj. 70 let.

Jak správně vykazovat v rámci screeningového programu?

Pro účel vykazování a identifikace muže zařazeného do screeningového programu je k dispozici nový **screeningový výkon 01130: MANAGEMENT ČASNÉHO ZÁCHYTU KARCINOMU PROSTATY** (272 bodů) a příslušné signální výkony (Tabulka 1), které nejsou bodově hodnocené a pouze nesou informaci o výsledku odběru PSA (nicméně je jejich vykazování podmínkou pro úhradu výkonu 01130). Tyto kódy byly nasmlouvány všem praktickým lékařům automaticky.

Praktický lékař po oslovení pacienta vykáže zdravotní pojišťovně výkon *Managementu časného zachytu karcinomu prostaty* (výkon 01130) a dále dle hodnoty PSA uvede jeden ze signálních výkonů, a to vždy ve stejný den, protože pouze společné vykazování je podmínkou pro úhradu zdravotní pojišťovnou.

V případě **odmítnutí** se zapojit do programu lékař vykáže, kromě výkonu 01130, také signální výkon 01134 – odmítnutí.

Tabulka 1: Management vykazování na základě výsledku naměřené hodnoty PSA

Hodnota PSA	Další postup	Signální kód*
Do 1,0 µg/l	Muž je sledován s kontrolním odběrem za 4 roky.	01131
1,0–2,99 µg/l	Kontrolní odběr PSA je za 2 roky.	01132
3,0 µg/l a více	Muž je předán do péče urologického pracoviště s certifikátem.	01133
Odmítnutí programu	V jakékoli fázi, pokud muž další účast ve screeningu odmítne, je nutné vykazovat příslušný signální kód.	01134

*VPL vykazuje zdravotní pojišťovně výkon 01130 – Management časného zachytu karcinomu prostaty spolu s příslušným signálním kódem podle konkrétní hladiny PSA.

Jak správně označit žádanku?

Žádanka pro stanovení PSA **musí jasně deklarovat, že je žádáno o screeningové vyšetření PSA v rámci programu časného zachytu karcinomu prostaty**. Správné označení je důležité pro laboratoř, která provádí

vyšetření. Laboratoř vykazuje výkony dle označení na žádance. Textová specifikace nebo zaškrtnutí položky na žádance je dle domluvy se spolupracující laboratoři, která vyšetření PSA provádí. Doporučujeme výše uvedení kód dg. Z12. 5.

Co dělat, když je stanoveno PSA v kratším intervalu než 2 roky?

Do programu je **možné zařadit i muže, kterým bylo PSA stanoveno v posledních dvou letech**. V takovém případě se bere zřetel na poslední výsledek PSA. U těchto osob se vynechá iniciální náběr pro stanovení PSA. Oslovující lékař vyhodnocuje pouze ta stanovení PSA, která byla indikována pouze jím v předchozím období. Další pokračování ve screeningu je dle schváleného algoritmu vyšetření (interval stanovení dalšího PSA, či přímé odeslání k certifikovanému urologovi). Plátcům zdravotní péče poté praktický lékař vykazuje výkon **01130 MANAGEMENT ČASNÉHO ZÁCHYTU KARCINOMU PROSTATY** a **příslušný signální výkon** dle výsledku vyhodnocovaného stanovení PSA (01131–01133, resp. 01134 v případě odmítnutí zařazení do programu).

Mohu zařadit i muže mimo věkový limit screeningu?

U mužů starších 70 let se aktivní oslovování do screeningového programu neprovádí. Vyšetření v této věkové skupině je možné pouze na základě individuálního zvážení lékaře, přičemž v těchto případech nejsou vykazovány screeningové výkony.

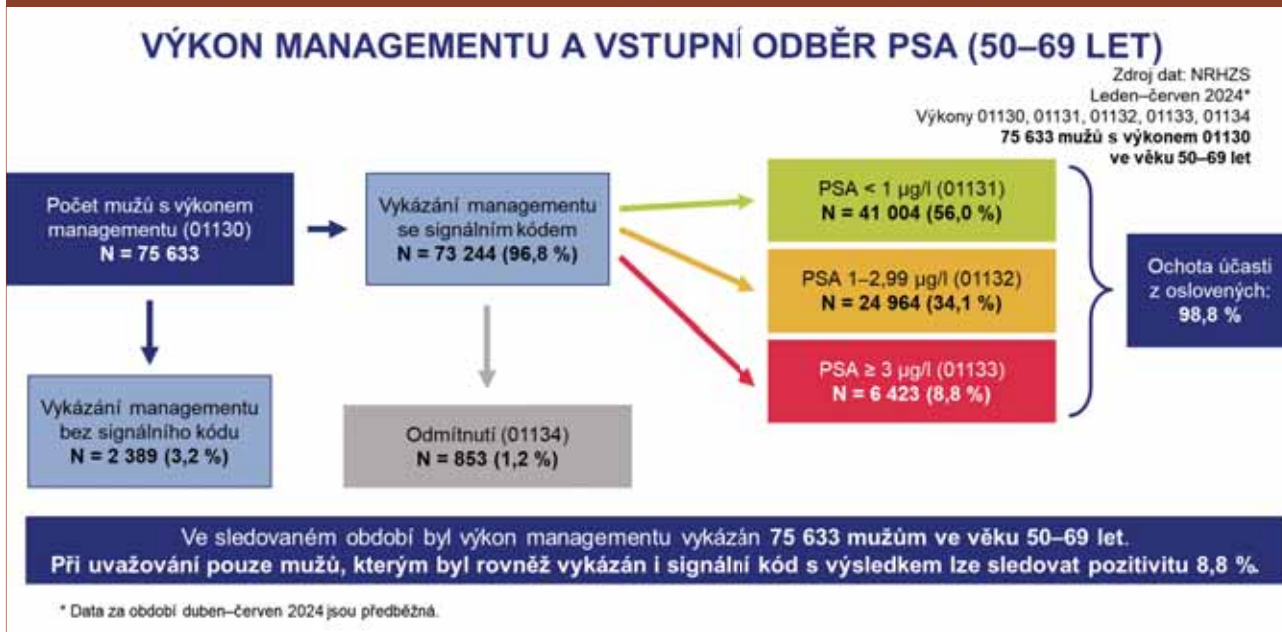
U mužů ve věku 45–49 let a dále u cílové věkové skupiny (50–69 let) s pozitivní rodinnou anamnézou karcinomu prostaty (C61), zejména pokud se vyskytl u otce nebo syna, nebo u mužů s jinou známou predispozicí (např. mutace genů BRCA1/BRCA2), se postupuje mimo standardní screeningový algoritmus. Ani v těchto případech nejsou vykazovány screeningové výkony.

Co nám ukazují první výsledky?

Do června 2024 bylo do programu osloveno více než 75 tisíc mužů ve věku 50–69 let. Z toho ochotu k účasti projevilo 98,8 %. Podíl mužů s pozitivním výsledkem (PSA ≥ 3 µg/l) činí 8,8 % (6423). 41 004 (56,0 %) mužů mělo hodnotu PSA <1 µg/l a bude jim provedeno PSA opět za 4 roky. Hodnotu PSA v intervalu PSA 1–2,99 µg/l mělo 24 964 (34,1 %) a další kontrolu v rámci screeningu budou mít za 2 roky. Nejčastěji muže do programu oslovovali praktičtí lékaři. Doposud se do programu zapojilo 3 047 praktických lékařů (dle IČZ u výkonu managementu). Praktičtí lékaři oslovují muže v rámci preventivních prohlídek. Za první půlrok realizace bylo 25,7 % mužů, kteří absolvovali preventivní prohlídku, zároveň osloveno i se vstupem do programu.

První výsledky *Programu screeningu karcinomu prostaty* ukazují ochotu mužů zapojit se do prevence tohoto onemocnění, což potvrzuje téměř 99% souhlas se vstupem do programu. Praktickým lékařům, kteří sehrávají klíčovou roli v oslovování pacientů, se již podařilo oslovit více než 75 tisíc mužů.

Obrázek 2: Výsledky vstupního odběru PSA za období leden – červen 2024



Výzva do budoucna je zvýšení povědomí mužů o významu prevence

Program nejen podporuje včasný záchyt karcinomu prostaty, ale také efektivní stratifikaci dle hodnot PSA, čímž umožňuje cílené sledování a optimalizaci další péče. Výzvou do budoucna je pokračovat v imple-

mentaci screeningu a podílet se na zvýšení povědomí mužů o významu prevence. Praktickým lékařům náleží nezastupitelná role v implementaci tohoto programu, a proto je důležité aktivní zapojení co největšího počtu lékařů.

Nepřítomnost abnormalit při fyzikálním vyšetření (digitálním rektálním vyšetření), absenci významně zvýšené hladiny PSA nebo jiných varovných příznaků, jako jsou potíže s močením, krev v moči nebo bolest v oblasti malé pánve.

Literatura:

- Doporučené diagnostické a terapeutické postupy pro všeobecné praktické lékaře: Léčba vybraných urologických onemocnění, Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, 2023, str. 11-12. Dostupné z: <https://www.svl.cz/doporucene-postupy/lecba-vybranych-urologickych-onemocneni-100090>
- Koudelková, M., Zachoval, R., Ferda, J., Babjuk, M., Matoušková, M., Herber, O., Šubrt, P., Springer, D., Trnková, M., Burgetová, A., Büchler, T., Vranová, M., Hejčmanová, K., Chloupková, R., Gregor, J., Dušek, L., Hejduk, K., Májek, O.: Prostatescreening.cz – Program časného záchytu karcinomu prostaty [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2024. [cit. 2024-12-04]. Dostupné z: <https://www.prostatescreening.cz>
- Metodika realizace populačního pilotního programu časného záchytu karcinomu prostaty v ČR vydaná ve Věstníku MZ ČR č. 11/2023
- Metodická doporučení – Upřesnění Metodiky realizace populačního pilotního programu časného záchytu karcinomu prostaty v ČR. Dostupné z: https://www.prostatescreening.cz/res/file/dokumenty/Metodicka_doporučení-Upřesnění_Metodiky_realizace_populacního_pilotního_programu_casného_zachytu_karcinomu_prostaty_v_CR_v1.pdf
- Manuál vykazování zdravotních výkonů Programu – všechny odbornosti (aktualizace 07/2024)
- Registrační list zdravotního výkonu 01130: <https://szv.mzcr.cz/Vykon/Detail/01130/>
- Seznam pracovišť způsobilých provádět screeningová vyšetření prostaty. Dostupné z: <https://www.cus.cz/o-spolecnosti/program-casného-zachytu-karcinomu-prostaty-v-cr/seznam-pracovist-zpusobilych-provadet-screeningova-vysetreni-prostaty/>

Jak doučtovat rok 2024? Bonifikační programy očima jednoho z nás



MUDr. Tomáš Maškulík

Ursamedica Praktik, s. r. o., Určice

V tomto článku se zaměřím na bonifikace, které za svou práci můžeme navíc od pojišťoven získat. Text vznikl na podnět z webináře SVL ze dne 19. 11. 2024, který naleznete v archivu na stránkách www.praktickylekar.online. Asi se divíte, proč píšu o programech minulého roku nyní. Důvodů je několik. Podmínky programů na rok 2025 sice zatím nemáme k dispozici, ale obvykle se významně neliší od předešlého roku. A právě nyní nastává čas, kdy se podepsáním nebo odmítnutím úhradových dodatků rozhodneme, zda o tyto programy vůbec stojíme. Proto je dobré mít představu o jejich podmínkách.

Dispenzarizace a signální kódy u dispenzarizací

Dalším důvodem je, že v naší každodenní praxi léčíme pacienty podle doporučených postupů, ale to bohužel pro účely bonifikací nestačí. Bonifikační programy vyžadují vykázaní signálních kódů a samozřejmě kódu dispenzarizace 09532 s příslušnou diagnózou. Tyto kódy můžeme se správným datem z roku 2024 odeslat na VZP do 5. 3. 2025.

U VoZP, ČPZP a u OZP až do 31. 3. 2025.

Situaci komplikuje skutečnost, že bohužel každá pojišťovna má jiné podmínky na bonifikaci.

Právě nyní je vhodný čas pro kontrolu, zda jsme zadali signální kódy u nemocí, které pojišťovny bonifikují. Tedy arteriální hypertenzi, diabetes mellitus a hyperlipoproteinémii.

Signální kódy pro hodnotu tlaku krve jsou 17711 při systole pod 140 mmHg, 17712 při hodnotách 140–145 mmHg, 17713 při hodnotách 145–150 mmHg a 17714 nad 150 mmHg.

Při LDL pod 3,0 mmol/l kódujeme 11311, 11312 při hodnotách 3,0–3,2 mmol/l, 11313 při hodnotách 3,2–3,4 mmol/l a 11314 nad 3,4 mmol/l.

A pro HbA1c využijeme kódy 13111 při hodnotě 53 mmol/mol, 13112 při hodnotách 53–56, 13113 při hodnotách 56–60 a 13114 pro HbA1c nad 60 mmol/mol. Podmínky bonifikací při dispenzarizaci pacientů s arte-

riální hypertenzi a diabetem mellitem naleznete v Tabulce 1, podmínky pro pacienty s hyperlipoproteinémií a prediabetem v Tabulce 2.

Specifické programy VZP PLUS a ČPZP PLUS

Zásadní informací je, že o programy VZP PLUS nebo ČPZP PLUS je nutné aktivně zažádat, pokud jsme se jich v předešlém roku neúčastnili, vyžadují podepsání samostatného úhradového dodatku, kde se zavazujeme komunikovat s pojišťovnami elektronicky včetně EP2. Je vyžadováno mít funkční objednávkový systém a ordinační dobu minimálně 30 ordinačních hodin týdně rozloženou do 5 dní. V ordinační době musí být neustále přítomen atestovaný praktický lékař, což je ale podmínka opakující se již nemálo let v úhradových vyhláškách. Dobrou zprávou je, že každý den nemusíme mít stejný počet ordinačních hodin.

Minimální počet pacientů (tedy karet) v programech je stanoven na 600× index okresu, který je uveden v úhradové vyhlášce.

Rozdílné podmínky jsou pro registraci nových pacientů. ČPZP požaduje možnost registrace nových pacientů bez omezení. VZP má strop, nad který netrvá povinnost ordinace registrovat nové pacienty. Je to počet přepočtených (jednicových) pacientů dle vzorce 2000× index okresu.

Rozdíl mezi programy je také v preferovaných oblastech, bonifikacích pro nově založené praxe v těchto oblastech a bonifikacích za nové pacienty.

Za splnění podmínek v obou programech dochází k navýšení kapacity o 3 koruny.

Oba programy bonifikují návštěvní službu, screening karcinomu prsu a kolorektálního karcinomu a také očkování proti chřipce a pneumokokům a nízkou nákladovost (i když rozdílným výpočtem). ČPZP navíc bonifikuje za screening karcinomu plic; VZP navíc za racionální antibiotickou terapii, úsporu při předepisování levnějších léků a za dodržování pozitivního listu VZP.

Specifickou podmínkou VZP je ke každému výkonu 01021 a 01022 vykázat jeden ze signálních kódů:

- 11315 – pacient s nízkým kardiovaskulárním rizikem dle SCORE2/SCORE OP nebo nepřítomnost rizikového faktoru – známý důvod, který by znamenal další plánovanou návštěvu dříve než v rámci preventivní prohlídky,
- nebo 11316 – pacient s kardiovaskulárním rizikem (vysokým nebo velmi vysokým dle SCORE2/SCORE OP) a BMI do 25 kg/m²,
- nebo 11317 – pacient s kardiovaskulárním rizikem (vysokým nebo velmi vysokým dle SCORE2/SCORE

OP) a BMI vyšším než 25 kg/m². Pokud je vykážeme minimálně u 80 % prohlídek, pak získáme za každou 50 korun navíc. Jenom doplním, že výpočet kardiovaskulárního rizika provádíme dle aktuálního doporučení. Tedy nízké riziko je u lidí pod 50 let pod 2,5 % a ve věku 50–70 let pod 5 %. Pokud pacient užívá statin nebo má věk nad 70 let, pak nemůže mít malé riziko.

Kapitace a ordinační doba

Navýšení kapitace u VZP a ČPZP je vázáno právě na výše uvedené bonusové programy. Pokud ordinujeme více než 35 hodin týdně, pak nás VZP bonifikuje navýšením kapitace o 4 koruny, o 6 korun si kapitaci zvýšíme, pokud ordinujeme nad 40 hodin týdně. Pro týmové praxe ordinující více než 50 hodin týdně je navýšení kapitace až o 9 korun.

Z ostatních pojišťoven bonifikuje širší ordinační dobu také ZPMV 8 korunami ke kapitaci při 50 ordinačních hodinách a splnění dalších podmínek z jejich úhradového dodatku. VoZP má několik hladin navýšení kapitace podle ordinačních hodin (40 nebo 50 nebo 60 týdně) spolu se splněním podmínek uvedených také v jejich úhradovém dodatku.

Lékařská služba první pomoci

Bonifikace ambulancí, kde pracuje lékař, který odslouží alespoň 10 služeb LSPP za rok, již v úhradové vyhlášce pro rok 2024 není. V úhradovém dodatku ho ponechaly jenom ZPMV a VoZP. VoZP platí bonifikaci 4.000 korun v celé republice kromě Zlínského kraje, kde nemá koeficient. ZPMV platí 10.000 korun v Jihočeském, Jihomoravském a Královéhradeckém kraji. Jinde jenom 5.000 korun. Opět podle koeficientu kraje, který odráží poměr pojištěnců v daném regionu, a naleznete ho v úhradové vyhlášce. Podmínkou je odeslat potvrzení od provozovatele LSPP na pojišťovny do 15. 3. 2025.

Další bonifikace

Všechny pojišťovny bonifikují dle úhradové vyhlášky malé praxe.

Bonifikován je i diplom celoživotního vzdělávání 1 korunou ke kapitaci a 4 haléři ke každému bodu, pokud má platný diplom minimálně 50 % nositelů výkonů.

Bonifikovány jsou dále preventivní prohlídky, akreditace a školení nových praktických lékařů, ale tady jsou opět rozdílné podmínky mezi jednotlivými pojišťovnami.

VoZP a OZP navíc bonifikují návštěvní službu.

OZP a ZPŠ nízkou nákladovost.

RBP má vlastní bonifikační program P90+ a pilotní projekt preDIA II.

ZPŠ dále bonifikuje specifickými výkony screening thyreopatie, terapii hypothyreózy, screening karcinomu prostaty u mužů pod 50 let, prevenci kolorektálního karcinomu pomocí TOKS pod 50 let, screening nádorů v dutině břišní a ledvin pomocí SONO a zhodnocení kardiovaskulárního rizika.

Screening kolorektálního karcinomu bonifikují kromě VZP a ČPZP také OZP a ZPMV, která bonifikuje i za očkování proti chřipce.

Ještě by se dalo rozepisovat i o dalších drobných rozdílech v bonifikacích za naší práci u jednotlivých pojišťoven, jako jsou kupříkladu drobné nuance v cenách bodu u jednotlivých vybraných výkonů u různých pojišťoven, ale prostor pro tento článek je zde omezen.

Závěr

Bonifikace od pojišťoven představují významnou příležitost pro praktické lékaře, jak zvýšit příjmy ordinací a zároveň podpořit kvalitu poskytované péče. Jak jsme viděli, každý pojišťovací systém má svá specifika a rozdílné podmínky, které je nutné pečlivě sledovat. K dosažení maximálních bonifikací je klíčové mít nejen přehled o pravidlech každé pojišťovny, ale také se zaměřit na správné vykazování výkonů a signálních kódů. Tento přehled by měl posloužit jako užitečný návod a inspirace k efektivnímu využití bonifikačních programů, které mohou být pro praxi nejen finančně výhodné, ale i přínosné pro kvalitu poskytované zdravotní péče.

Tabulka 1: Podmínky bonifikací při dispenzarizaci pacientů s arteriální hypertenzí a diabetem mellitem.

Pojišťovna	Arteriální hypertenze	Diabetes mellitus
VZP*	2 podmínky – 50 % pacientů má vykááno 17711 50 % pacientů má vykááno 11311 Při splnění obou podmínek bonifikace 400 korun. Při splnění jedné podmínky bonifikace 100 korun. Při nesplnění podmínek bez bonifikace. Signální kód tlaku musí být vykáán 2krát. Minimálně 10 pacientů.	2 podmínky – 50 % pacientů má vykááno 13111 50 % pacientů má vykááno 11311 Při splnění obou podmínek bonifikace 400 korun. Při splnění jedné podmínky bonifikace 100 korun. Při nesplnění podmínek bez bonifikace. Signální kód HbA1c musí být vykáán 2krát. Minimálně 10 pacientů.
ČPZP	Nutné EKG a odběry za 14 měsíců. 2 podmínky – 50 % pacientů má vykááno 17711 50 % pacientů má vykááno 11311 Při splnění obou podmínek bonifikace 400 korun. Při splnění jedné podmínky bonifikace 200 korun. Při nesplnění podmínek bonifikace 100 korun.	Nutné EKG a odběry za 14 měsíců. HbA1c musí být vyšetřen a vykáán 2krát. 2 podmínky – 50 % pacientů má vykááno 13111 50 % pacientů má vykááno 11311 Při splnění obou podmínek bonifikace 400 korun. Při splnění jedné podmínky bonifikace 200 korun. Při nesplnění podmínek bonifikace 100 korun. U vyšetření diabetické nohy 13024 nutné vykáat signální kód 13115 nebo 13116.
VoZP	Pacient musí být registrován celý rok. EKG musí být vykááno s dg. I10 až I15. Signální výkon tlaku být vykáán musí, ale nezohledňuje se kompenzace. Nutný odběr krve a předpis antihypertenziv. Bonifikace 500 korun.	Pacient musí být registrován celý rok. Signální kód HbA1c musí být vykáán 2x, ale nezohledňuje se kompenzace. Nutný odběr krve a oční vyšetření. Předpis antidiabetik minimálně 2x za rok. Bonifikace 500 korun.
OZP	Specifický kód 69050. Nutný odběr krve a oční. Bonifikace 500 korun jenom za kompenzované pacienty – vykáán kód 17711.	300 korun za kompenzovaného diabetika s vykáaným 13111. Dalších 200 korun, pokud má LDL pod 2 mmol/l – specifický kód 11301 a měl odběr krve, oční a vyšetřenou diabetickou nohu – 13024.
ZPMV	Bonifikace jenom za pacienta, kterého dispenzarizujeme více než 1/2 roku. Nutný odběr krve a EKG a předpis antihypertenziv. Bonifikace 400 korun + dalších 250, pokud je pacient kompenzován – vykáán kód 17711.	Bonifikace jenom za pacienta, kterého dispenzarizujeme více než 1/2 roku. Nutný odběr krve a předpis antidiabetik. Bonifikace 400 korun + dalších 250, pokud je pacient kompenzován – vykáán výkon 13111.
ZPŠ	12 korun měsíčně za pacienta, který v posledních 14 měsících měl odběr krve, EKG a předepsaná antihypertenziva.	42 korun měsíčně za pacienta, který v posledních 14 měsících měl odběr krve, 2x vyšetřen HbA1c a 2x předepsána antidiabetika.

* VZP požaduje, aby alespoň 80 % dispenzarizovaných pacientů mělo vykáané signální kódy. Pokud dosáhnete jenom kupříkladu 75 %, pak na bonifikaci ztrácíte nárok. Na druhou stranu, pokud dosáhnete například 85 %, bonifikaci dostanete i za zbylých 15 %. Pokud se zaměříte na důslednou kontrolu vykazování, je to z tohoto důvodu nejpodstatnější asi právě u VZP.

Tabulka 2: Podmínky bonifikací při dispenzarizaci pacientů s prediabetem a hyperlipoproteinémiemi

Pojišťovna	Prediabetes	Hyperlipoproteinémie
VZP	200 korun za každého prediabetika, pokud se z prediabetiků stanou diabetici v méně než 20 % za poslední 2 roky	Bez specifické bonifikace
VoZP	Bez bonifikace	Pacient musí být registrován celý rok. Po odběru lipidogramu vykáat signální výkon LDL, ale nezohledňuje se kompenzace. Nutno předpsat hypolipidemika a vykáat 09532 s dg. E78*. Bonifikace 500 korun.
ZPMV	Bez bonifikace	Bonifikace jenom za pacienta, kterého dispenzarizujeme více než 1/2 roku a nedispenzarizujeme pro jinou nemoc. Nutný odběr lipidogramu, předpsat hypolipidemika a vykáat 09532 s dg. E78*. Bonifikace 400 korun + dalších 250, pokud je pacient kompenzován – vykáán výkon 11311.
ZPŠ	42 korun měsíčně za pacienta, který měl v posledních 14 měsících odběr lipidogramu a HbA1c a vykáán výkon 01204.	12 korun měsíčně za pacienta, který měl v posledních 14 měsících odběr lipidogramu a předepsaná hypolipidemika.

Šest nejčastějších bariér optimální kompenzace krevního tlaku



MUDr. Petra Vysočanová

(Interní kardiologická klinika LF MU a FN Brno, Jihlavská 340/20, 625 00 Brno), odborná asistentka

Abstrakt

Mezi hlavní důvody, proč není kompenzace hypertenze dostatečná, patří neochota pacientů dlouhodobě a pravidelně užívat léčbu, neboť vysoký krevní tlak jim nečiní akutní obtíže.

Léčbu hypertenze však nelze opomíjet zejména u mladších hypertoniků a také u žen. Jejich KV riziko stoupá již při nižších hodnotách TK a za 10 let po menopauze se vyrovná mužům. Vzestup TK je u nich tedy rychlejší. Nejvíce jsou ohroženy ženy s výraznými vazomotorickými projevy menopauzy. U žen po menopauze je proto potřeba pečlivě kontrolovat TK. Rizikové je zejména kolísání TK, proto je potřebný správný výběr antihypertenziv s doloženou 24hodinovou účinností.

Cílem léčby hypertenze je dosažení hodnot TK dlouhodobě pod 130/80 mm Hg.

Důvodem nedostatečné kompenzace hypertenze je také terapeutická inercie. Zahrnuje volbu antihypertenziv s nízkou účinností nebo nedostatečnou 24hodinovou kontrolou TK, pomalou titraci léčby, časté změny léčby a nepravidelnou kontrolu TK.

Jestliže neléčíme hypertenzi důsledně, přicházíme o zdraví, kvalitu života a životy pacientů, a sami také o peníze a o čas.

1) „Nic mi není a mám brát léky, které mi nedělají dobře“

Důvody, proč pacienti neužívají předepsaná antihypertenziva zahrnují kromě nejčastějšího zapominání užívání a spotřebování balení léků také výskyt nežádoucích účinků, absenci příznaků hypertenze, velké množství léků nebo léky pacientovi nevyhovují, nejsou účinné, léčba je zatěžující. Proto je velmi důležitá edukace. Každý pacient by měl znát možné důsledky nekompenzované hypertenze. Začátkem uzdravení je poznání vlastní nemoci a ochota pacienta užívat léky předepsané lékařem.

Kazuistika

Příkladem může být 49letý muž s dlouholetou hypertenzí, kterou ale neléčil, protože neměl žádné obtíže, naopak užívání antihypertenziv u něj vedlo k nevykonnosti a potížím s erekcí. Byl přijat v březnu 2021 na koronární jednotku pro náhle vzniklou nevolnost a bolesti zad. Naměřen mu by TK 220/120 mm Hg a srdeční frekvence 98/min. Zjištěna byla disekce aorty, pro kterou podstoupil náročný chirurgický výkon. Akutní mortalita nemocných s disekcí aorty je kolem 60 %. Pacient přežil, ale již se nikdy nevrátí k plné vykonnosti. Vznik této příhody u mladého jedince s nekompenzovanou hypertenzí není překvapením. Závislost výskytu komplikací má v mladších věkových skupinách mnohem těsnější souvislost s kompenzací TK než u starších pacientů.¹ Pacient byl propuštěn s preskripcí 10 léků (celkem 15 tablet za den). Při kontrole v říjnu 2021 byl TK 124/76 a tepová frekvence 62/min. Medikace mu byla redukována také díky využití fixní kombinace na 3 léky (4 tablety denně): metoprolol 100 mg 2× denně, fixní kombinace perindopril/indapamid/amlodipin 10/1,25/5 mg 1× denně a spironolakton 12,5 mg 1× denně. Tato následná úprava terapie po stabilizaci stavu pacienta je v rukou praktického lékaře.

Propojení dat z registrů a zdravotních pojišťoven s daty z Národního sociálního informačního systému (NSIS) v ČR ukázalo, že invalidní nebo starobní důchod a příspěvek na péči z důvodu závislosti pobíralo v roce 2022 mezi pacienty s léčenou hypertenzí větší podíl jedinců než v obecné populaci. Znamená to tedy značnou finanční zátěž pro celou společnost. V produktivním věku 20–64 let je téměř 880 000 hypertoniků. Pracuje 690 000 (78,7 %) z nich. Z těchto pracujících hypertoniků je pouze 56,5 % bez invalidního důchodu, bez starobního důchodu a s pracovní neschopností kratší než 30 dní za rok.²

Americká studie hodnotila, jaké faktory mohou pomoci zlepšit adherenci pacientů k léčbě hypertenze. Jak ukázaly výsledky, nepomohl telemonitoring TK, připomínkové SMS, pravidelný dotaz lékaře na užívání léků, ani zapojení partnerů.³ Naopak nedávná čínská studie doložila zlepšení adherence k léčbě hypertenze, snížení rizika KV onemocnění/úmrtí a snížení výskytu srdečního selhání při opatřeních zahrnujících dostupnost zdravotníka v blízkosti bydliště pacienta, dostupnou cenu léků, edukaci zdravotníků o měření TK, akcentaci antihypertenzní léčby a možností ovlivnění životního stylu pacienta a edukaci pacientů o domácím měření TK a správném životním stylu.⁴

2) „Vysoký krevní tlak nebolí“

Kazuistika

V září 2020 byl na koronární jednotku přijat 41letý muž pro náhle vzniklé bolesti na hrudi, klidovou dušnost a slabost. Do té doby byl podle svého přesvědčení „zcela zdrav“, ale u lékaře nebyl 13 let. Měl pozitivní rodinnou anamnézu hypertenze. Vstupně byl zjištěn TK 198/123 mm Hg, srdeční frekvence 84/min. Koronografie neprokázala žádnou stenózu koronárních tepen. Magnetická rezonance srdce prokázala výraznou hypertrofii myokardu. Byla stanovena diagnóza hypertenzní krize a pacient byl propuštěn s medikací perindopril (10 mg), amlodipin (10 mg), indapamid (2,5 mg) a bisoprolol (5 mg). Tato léčba byla nastavena tak, aby ji po stabilizaci stavu bylo možné upravit s využitím fixních kombinací a snížit tak počet tablet, které pacient každodenně užívá. Adherence pacienta k léčbě byla velmi dobrá. Při kontrole v říjnu 2023 měl při léčbě fixní kombinací perindopril/indapamid/amlodipin 10/2,5/5 mg 1× denně a bisoprololem 2,5 mg 1× denně (tedy pouhými 2 tabletami za den) TK 128/80 mm Hg a tepovou frekvenci 60/min. Albuminurie téměř vymizela, tloušťka srdeční stěny byla normální a příznivé změny na EKG byly patrné již po 1 roce léčby.

Účinnost trojkombinace antihypertenziv a její postupný nástup během 3 měsíců dokládá i multicentrická observační studie Tricolor provedená v běžné klinické praxi. Zahrnovala 1247 ambulantních pacientů ve věku

18–79 let. S trojkombinací perindopril/indapamid/amlodipin bylo postupně dosaženo cílové hodnoty TK u 39,9 % pacientů po 2 týdnech, u 74,6 % pacientů po 1 měsíci a u 93,3 % pacientů po 3 měsících léčby (Obrázek 1).⁵

Popsaný pacient, aniž by o své hypertenzi dříve věděl, byl a stále je ohrožen výskytem řady KV komorbidit. Hypertenzi má podle českých dat z roku 2023 77 % pacientů s akutním koronárním syndromem, 77 % pacientů s CMP, 75 % se srdečním selháním, 68 % s ICHS a 62 % se srdeční arytmií.² Data z NSIS ukazují, že jedinci s hypertenzí mají nejen častější pracovní neschopnost, ale že je u nich doba pracovní neschopnosti také delší. Počet dnů s pracovní neschopností byl mladších hypertoniků oproti obecné populaci vyšší o 46 % ve věku 20–29 let, o 41 % ve věku 30–39 let a o 33 % ve věku 40–49 let.²

3) „Tlak už mám skoro v pořádku“

Kazuistika

58letý muž měl od 40 let hypertenzi léčenou perindoprilem v monoterapii. Lék ale užíval nepravidelně, spoléhal na změnu životního stylu. Rovněž měl dyslipidémii léčenou pouze dietou, která se zlepšila po redukci tělesné hmotnosti. Pacient pravidelně sportoval, ale kouřil 5 cigaret denně. Jeho otec zemřel v 57 letech na infarkt myokardu.

V posledních 14 dnech pociťoval bolesti na hrudi při jízdě na kole do kopce. V den přijetí na koronární jednotku tyto bolesti přetrvávaly cca 3 hodiny. Koronografie ukázala výrazné aterosklerotické postižení.

Takový nález na koronárním řečišti není ani u relativně mladého pacienta překvapivím. Jak bylo uvedeno výše, léčená ale nekompensovaná hypertenze je spojena s nejvyšším rizikem KV příhod. Kromě toho jsou hypertenze a kouření u mladších pacientů nejsilnějšími prediktory akutního infarktu myokardu.⁶

U pacientů po IM jsou jednoznačně doporučeny ACEI. Důvodem je prokázané snížení rizika opakovaného IM při léčbě ACEI o 19 %. Při podávání perindoprilu byl prokázáno snížení rizika dalšího IM dokonce o 28 %.^{7,8}

Obrázek 1: Postupné dosažení cílových hodnot TK při léčbě trojkombinací antihypertenziv (perindopril/indapamid/amlodipin) u 93,3 % pacientů do 3 měsíců.⁵



4) „Ženy mají nízké kardiovaskulární riziko a pozor – mohou otěhotnět!“

Stále panuje přesvědčení, že ženy mají nižší KV riziko než muži, navíc mohou otěhotnět, a terapeutická inercie v KV prevenci u nich může být proto větší. Z pohledu hypertenze je ovšem důležité si uvědomit, že KV riziko stoupá u žen již při nižších hodnotách TK. Hypertenze u žen 3násobně zvyšuje riziko IM a srdečního selhání, 2násobně riziko fibrilace síní. Již 10 let po menopauze se KV riziko u žen vyrovná mužům.^{9,10} Nástup hypertenze u žen je tedy pozdější, ale dochází k významnějšímu vzestupu TK (Obrázek 2), na který cévní systém není připraven.^{11,12} Nejvíce jsou ohroženy ženy s výraznými vazomotorickými projevy menopauzy (návaly horka, noční pocení). Důvodem je vysoká vazomotorická aktivita. U žen po menopauze je proto potřeba pečlivě kontrolovat TK. Rizikové je zejména kolísání TK, které prokazatelně zvyšuje riziko CMP a úmrtí.¹³ U žen s hypertenzí je proto důležitý správný výběr antihypertenziv. Jak bylo prokázáno pomocí ambulantního monitorování TK (ABPM), trojkombinace perindopril/indapamid/amlodipin podávaná 1× denně dokáže udržet TK nejen během prvních 24 hodin po podání, ale také během druhých 24 hodin, pokud pacienti na užití léku zapomenou (Obrázek 3).¹⁴

5) „Mladý člověk má nízké riziko komplikací, na léčbu máme čas“

S léčbou hypertenze nelze váhat ani u mladých pacientů. Riziko KV komplikací totiž narůstá nejen s hodnotou TK, ale také s dobou trvání hypertenze. Zvýšené KV riziko

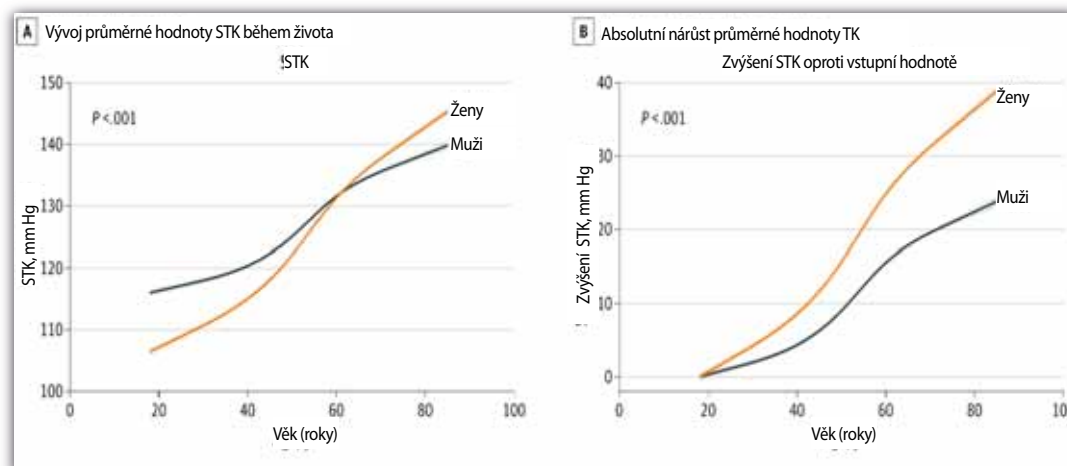
přetrvává i u mladých léčených hypertoniků.¹⁵ Doporučení Evropské kardiologické společnosti (ESC) uvádějí stejné cílové hodnoty TK i u hypertoniků mladšího věku. Od 40 let věku je doporučen minimálně 1× ročně screening hypertenze. Pokud je zjištěn TK 120–139/70–89 mm Hg, je doporučeno stanovit KV riziko dle SCORE 2 a pátrat po případném poškození cílových orgánů. Od hodnoty TK 140/90 mm Hg (a u jedinců se zvýšeným KV rizikem s TK 120–139/70–89 mm Hg) je doporučeno ABPM. Antihypertenzní léčbu nelze ani u mladších pacientů odkládat, cílových hodnot TK by mělo být dosaženo rychle. V průběhu léčby je již i v mladším věku třeba sledovat možné poškození cílových orgánů.¹⁶

6) Největší překážkou pacientů může být jejich lékař

Jak již bylo uvedeno, pouze 10 % hypertoniků dosáhne optimální kontroly TK. Důvodem je samozřejmě často nízká adherence pacientů k léčbě. Příčina ale může být i na straně lékaře. Jak ukázala nedávná studie, na nedostatečné kompenzaci hypertenze se podílí také nízká účinnost nebo nedostatečná titrace léčby, nestabilní kompenzace TK daná častou změnou léčby nebo nedostatečnou 24hodinovou účinností léků, které vedou ke kolísání TK, a také nepravidelná kontrola TK. Pacienti často zůstávají na dávkách léků nastavených během hospitalizace bez následné úpravy.¹⁷

Studie provedená ve Velké Británii zahrnující 581 260 pacientů s hypertenzí ukázala, že během 18 měsíců sledování mělo pravidelně při každé návštěvě změřený TK pouze 28 % z nich, u pacientů s nově

Obrázek 2: Průměrná hodnota systolického tlaku krve (STK) a průměrný vzestup STK u žen dle věku v porovnání s muži.¹²



JAMA CARDIOL. 2020;5(3):255-262. DOI:10.1001/JAMACARDIO.2019.5306

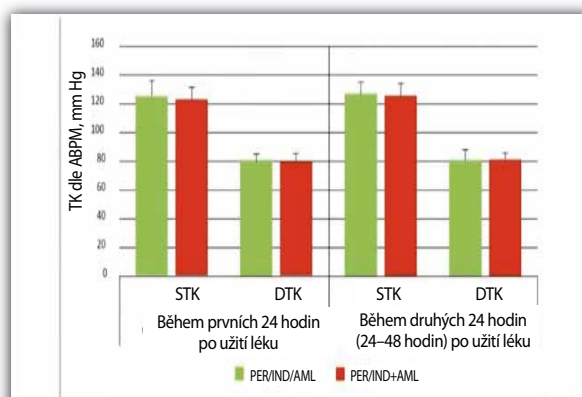
nasazenou léčbou dokonce jen 16 % a u pacientů s nekompensovanou hypertenzí jen 17 %. Reakce lékařů na nedostatečnou kompenzaci TK v podobě úpravy medikace byla navíc velmi pozdní.¹⁸

Terapeutická inercie je přitom pro pacienta nebezpečná. Bylo doloženo, že odklad intenzifikace terapie o 6 měsíců zvýší mortalitu o 24 %.¹⁹ Doporučení ESC

z roku 2024 uvádějí, že cílového TK by mělo být dosaženo do 3 měsíců.¹⁶ Nelze zapomínat ani na sekundární hypertenzi. Ta je popsána u 10 % hypertoniků, vyšetřována pouze u 1–3 %.

Literatura u autora

Obrázek 3: Volba antihypertenziv s doloženou 24hodinovou účinností (perindopril, indapamid, amlodipin) dává možnost kompenzace TK i během druhých 24 hodin, pokud pacient zapomene lék užít.¹⁴



Hypertenze jako nejvýznamnější KV rizikový faktor ztráty let života ve zdraví



MUDr. Igor Karen

(VPL Benátky nad Jizerou)
odborný garant pro AH za SVL ČLS JEP

Abstrakt

¾ pacientů s hypertenzí jsou léčeni u praktických lékařů, kteří tedy rozhodují o jejich prognóze. V ČR jsou více než 2 miliony pacientů s léčenou hypertenzí a jejich počet narůstá. Přes 51 % z nich tvoří ženy a 40 % hypertoniků je v produktivním věku. Cílem léčby hypertenze je snížení rizika poškození cílových orgánů a následného rozvoje srdečního selhání, infarktu myokardu [IM], fibrilace síní, cévní mozkové příhody [CMP], demence, hypertenzní retinopatie či selhání ledvin. Hypertenze je nejvýznamnějším ovlivnitelným rizikovým faktorem z hlediska ztráty let prožitých ve zdraví, navíc nejnáze a nejlevněji ovlivnitelným. Přesto pouze 10 % pacientů s léčenou hypertenzí dosahuje cílových hodnot krevního tlaku (dle aktuálních doporučení u většiny pacientů pod 130/80 mm Hg). Nekompensovaná léčená hypertenze je v porovnání s kompenzovanou hypertenzí rizikovější než hypertenze neléčená.

Hlavním z důvodů nedostatečné kompenzace hypertenze je nízká adherence k léčbě. Proto je velmi důležitá edukace. Ke zlepšení adherence k léčbě by měl každý pacient znát možné důsledky nekompensované hypertenze. S léčbou hypertenze nelze váhat ani u mladých pacientů. Riziko KV komplikací narůstá nejen s hodnotou TK, ale také s dobou trvání hypertenze. Cílové hodnoty TK jsou u mladších pacientů stejné a od 40 let věku u naivních pacientů je doporučen každoroční screening hypertenze, následně při záchytu zvýšených hodnot sTK či dTK je doporučena časná a rychlá kompenzace TK, posouzení KV rizika a vyšetření případného poškození cílových orgánů. Na nedostatečné kompenzaci TK se podílí i terapeutická inercie. Je přitom nebezpečná – odklad intenzifikace antihypertenzní terapie o 6 měsíců zvýší mortalitu o 24 %. Terapeutická inercie zahrnuje pozdní nasazení léčby, volbu léků s nízkou účinností či nedostatečným 24hodinovým efektem, nedostatečnou a pozdní titraci léčby, časté změny léků a nepravidelné monitorování TK a případných orgánových komplikací. Většina hypertoniků potřebuje k dosažení cílových

hodnot TK kombinací antihypertenziv. Dvojkombinace je doporučena již při zahájení léčby (nejlépe blokátor RAAS + BKK/ thiazidové diuretikum), trojkombinace v dalším kroku by měla zahrnovat nejlépe blokátor RAAS + BKK + thiazidové diuretikum. Vhodné je volit antihypertenziva s doloženou 24hodinovou účinností a titrovat léčbu co nejrychleji na optimální dávky. Preskripce fixních kombinací antihypertenziv je spojena s vyšší adherencí k léčbě i lepšími terapeutickými výsledky, což bylo doloženo např. u kombinace perindopril/amlodipin/indapamid. Cílových hodnot TK má být podle aktuálních doporučení dosaženo do 3 měsíců. V léčbě hypertenze nestačí jen iniciální nastavení léčby. Nutné je pacienta sledovat, a to z hlediska hodnot TK i poškození cílových orgánů hypertenze. Léčba by měla být na základě těchto vyšetření včas upravena.

Hypertenze v ČR

V roce 2023 bylo podle dat ÚZIS (Ústav zdravotnických informací a statistiky) v ČR přes 2,2 milionu pacientů s vykázanou léčbou hypertenze. Jde o nárůst o 10 % za posledních 10 let. Při zachování současného trendu v počtu léčených pacientů a demografických trendů populace je v ČR do roku 2030 očekáván vzestup na 2,4 milionu osob a do roku 2034 na 2,6 milionu osob s léčenou hypertenzí.^{1,2}

Pacienti s hypertenzí jsou léčeni převážně u praktických lékařů. Praktičtí lékaři předepisovali v roce 2023 antihypertenziva u 79 % hypertoniků. V každé ambulanci praktického lékaře v ČR bylo průměrně 469 hypertoniků, což znamená, že 26,6 % všech pacientů v jedné ambulanci má hypertenzi.¹

Významným zjištěním je, že 40 % pacientů s hypertenzí je v produktivním věku (ve věkové skupině 20–64 let). Věkový profil nemocných přitom předurčuje očekávaný další nárůst nejen kardiovaskulární nemocnosti. Celková zátěž české populace KV onemocněními je extrémní a v čase trvale narůstá. I když v období 2013–2023 došlo v ČR k poklesu prevalence ischemické choroby srdeční (ICHS), CMP a akutních koronárních syndromů, celková prevalence KV onemocnění stoupla o 21 %, což lze přičíst nárůstu výskytu poruch srdečního rytmu, srdečního selhání, onemocnění srdečních chlopní a kardiomyopatie. ČR tak stále patří k zemím s vysokou úmrtností na nemoci oběhové soustavy, z 28 evropských zemí na 10. místě.

Zdravotní rizika hypertenze

Cílem léčby hypertenze není jen snížit hodnotu TK, ale především minimalizovat riziko rozvoje orgánového poškození, KV a cerebrovaskulárních příhod a mortality. Nedostatečná kompenzace TK u hypertoniků vede

k poškození cílových orgánů – cév, srdce, mozku, očí a ledvin. Mohou se manifestovat jako srdeční selhání, IM, fibrilace síní, CMP, zhoršení kognitivních funkcí až demence, hypertenzní retinopatie, selhání ledvin či erektilní dysfunkce.

V ČR se během 10 let (2012–2022) rozvinulo KV onemocnění u 59 % osob s iniciálně nekomplikovanou hypertenzí. Ze všech pacientů léčených s hypertenzí v roce 2012 (N = 1 763 304) mělo do konce roku 2022 např. 23,5 % nově fibrilaci síní nebo jinou poruchu srdečního rytmu a u 12,7 % diagnostikováno srdeční selhání.¹ Hypertenze je nejvýznamnějším KV rizikovým faktorem ztráty let života ve zdraví. Jejím důsledkům (ICHs, CMP, intracerebrální krvácení, subarachnoidální krvácení, onemocnění srdce v důsledku hypertenze) lze připisat téměř 3000 ztracených let života ve zdraví, tzv. DALY (věkově standardizované roky života přizpůsobené invaliditě) na 100 000 obyvatel.³ Počet DALY v důsledku hypertenze vysoce převyšuje počet DALY daných vysokou hladinou LDL cholesterolu, vysokým BMI, vysokou glykemií nalačno a dysfunkcí ledvin (Obrázek 1).³

Nedostatečná kompenzace hypertenze v české klinické praxi

Zcela nedávno byly publikovány výsledky průřezové studie arteriální hypertenze v ČR týkající se prevalence, informovanosti a dosahování kompenzace TK u dospělých osob v produktivním věku (25–64 let). Šetření probíhala na Interní klinice 3. LF UK a FNKV v Praze. Ukázala, že pouze 10 % pacientů s hypertenzí má optimální hodnotu TK (<130/80 mm Hg).⁴ Nejčastějšími příčinami nedosahování cílových hodnot TK je

nedostatečná titrace léčby na silnější a účinnější dávky, nízká adherence k léčbě, nestabilní kompenzace TK daná častými změnami léčby, nedostatečná 24hodinová účinnost antihypertenziv vedoucí ke kolísání TK během dne a nedostatečné využití kombinované antihypertenzní terapie.

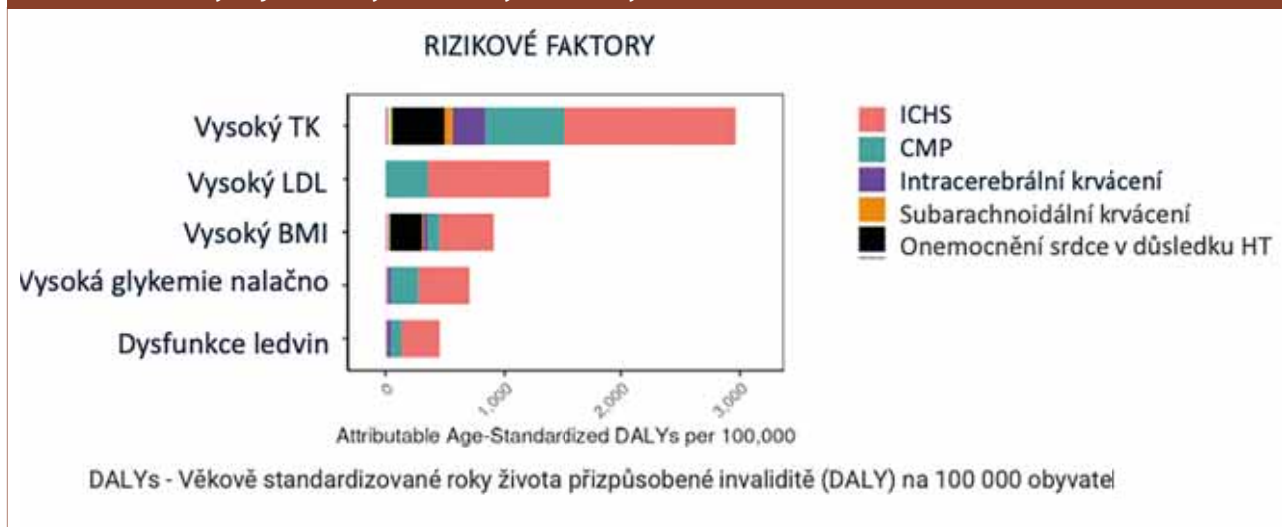
Z hlavních ovlivnitelných rizikových faktorů KV onemocnění (kouření, dyslipidémie, nadváha/obezita, hypertenze, diabetes, nedostatek pohybu, nezdravá strava) je arteriální hypertenze nejčastější diagnózou v ordinaci praktického lékaře a také terapeuticky nejsnadnější a nejlevněji ovlivnitelným faktorem. I když je samozřejmě potřebný holistický přístup s kompenzací všech rizikových faktorů přítomných u daného jedince.

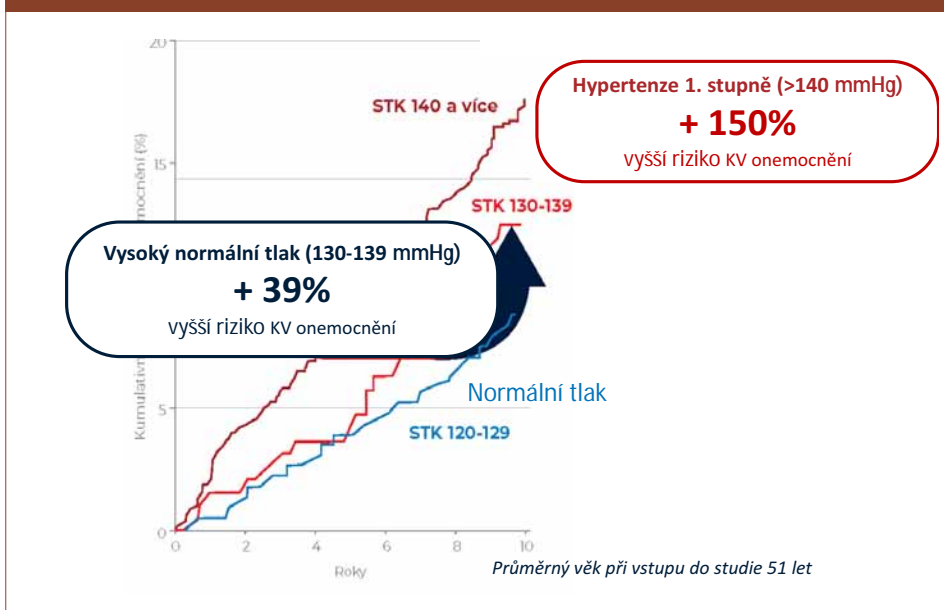
Potřeba dosažení cílových hodnot krevního tlaku

Podle doporučených postupů pro praktické lékaře pro léčbu hypertenze z roku 2024 (které vycházejí z aktualizovaných doporučení Evropské společnosti pro hypertenzi z roku 2023 a z doporučení České společnosti pro hypertenzi z roku 2022) je optimální cíl TK kolem 130/80 mm Hg a nižší.⁵ Důvodem, proč by měl být TK udržován na hodnotách 120–129/70–79 mm Hg, je doložený fakt, že i mírně zvýšený TK při dlouhodobém působení poškozuje cílové orgány.

U 7898 účastníků Framinghamské studie (průměrný věk při vstupu do studie 51,6 let, 54 % žen) byl sledován výskyt KV onemocnění v závislosti na kategorii TK. V podskupině pacientů s poškozením cílových orgánů bylo v porovnání s STK 120–129 mm Hg riziko KV onemocnění o 39 % vyšší, pokud byl STK v rozmezí

Obrázek 1: Počet ztracených let života ve zdraví (DALY) na 100 000 v důsledku KV/cerebrovaskulárních onemocnění daných jednotlivými rizikovými faktory.³



Obrázek 2: Nárůst rizika KV onemocnění v závislosti na hodnotě TK⁶

130–139 mm Hg, a dokonce o 150 % vyšší, pokud byl STK 140–149 mm Hg (Obrázek 2).⁶

Dosažení optimálních hodnot TK již u hypertenze 1. stupně také významně snižuje riziko poškození mozku v podobě vaskulární demence či Alzheimerovy choroby. Celkově bylo riziko demence u jedinců průměrného věku 55 let při vstupu do studie v následujících 10 letech při průměrném TK 131/81 mm Hg o 65 % nižší než při průměrném TK 144/97 mm Hg.⁷

Studie NHANES III, která porovnávala KV výsledky u 13 947 jedinců rozdělených do 4 kategorií – bez hypertenze, s kompenzovanou hypertenzí, s léčenou ale nekompensovanou hypertenzí a s neléčenou hypertenzí, ukázala nejvyšší riziko výskytu KV onemocnění, cerebrovaskulárních onemocnění a srdečního selhání během 19 let sledování ve skupině s léčenou ale nekompensovanou hypertenzí. Například riziko cerebrovaskulárního onemocnění bylo u osob s léčenou ale nekompensovanou hypertenzí o 77 % vyšší než u osob

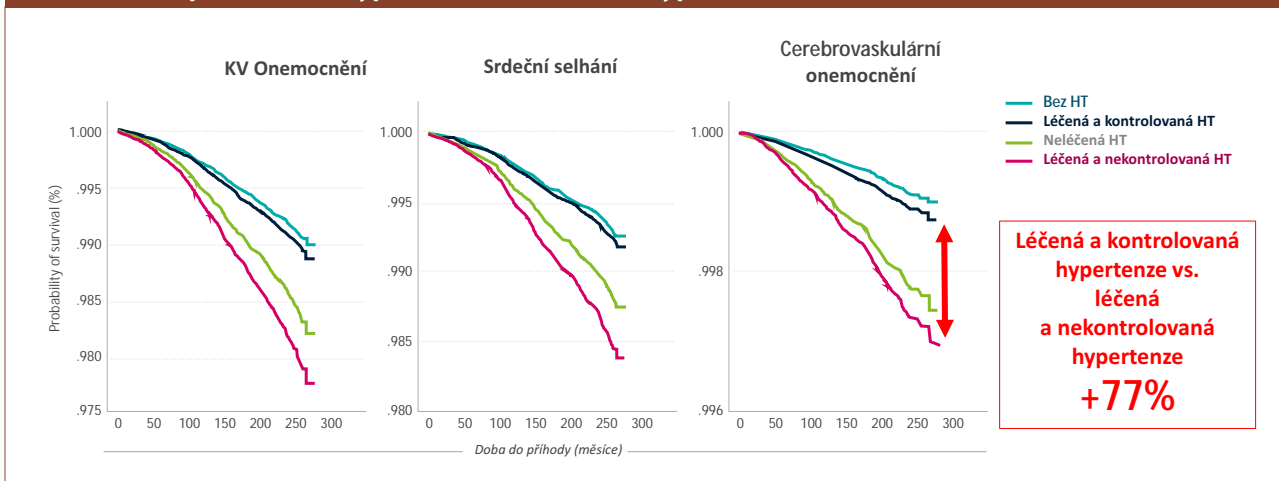
s kompenzovanou hypertenzí (Obrázek 3).⁸

Kombinovaná anti-hypertenzní léčba s titrací k optimálním dávkám nejlépe v jedné tabletě

Podle studie Post-Monica⁹ byla v letech 2015–2018 v ČR léčena velká část pacientů s hypertenzí monoterapií, a to 33,8 % mužů s léčenou hypertenzí a 43 % žen. Podle standardů Evropské společnosti pro hypertenzi z roku 2023 je ale monoterapie doporučena jen u úzké skupiny selektovaných pacientů. U většiny je potřeba kombi-

novaná léčba. S dvojkombinací antihypertenziv je kompenzace TK dosaženo u 60 % léčených, s trojkombinací u 90 % léčených hypertoniců.¹⁰ Také doporučení České společnosti pro hypertenzi navrhuje dvojkombinaci antihypertenziv u většiny pacientů již v 1. kroku léčby hypertenze, a to nejlépe inhibitor systému renin-angiotenzin-aldosteron (RAAS) + thiazidové diuretikum/blokátor kalciového kanálu (BKK), ve 2. kroku je pak doporučena trojkombinace, nejlépe inhibitor RAAS + BKK + thiazidové diuretikum.¹¹

Pro volbu ACEI oproti sartanu hovoří také výsledky porovnání účinnosti těchto skupin antihypertenziv spadajících do třídy inhibitorů RAAS u pacientů po infarktu myokardu. Během 2 let po této příhodě měli pacienti léčení sartany o 81 % vyšší mortalitu, o 60 % vyšší riziko úmrtí z KV příčin a o 76 % vyšší riziko infarktu myokardu než pacienti léčení ACEI.¹² Sartany by mohly být vhodné pro pacienty, u nichž se při léčbě ACEI vyskytuje jako nežádoucí účinek kašel. Údaje ze studií ADVANCE, EUROPA a PROGRESS ovšem uvádějí, že

Obrázek 3: Porovnání rizika KV onemocnění u jedinců bez hypertenze, s kompenzovanou hypertenzí, s léčenou ale nekompensovanou hypertenzí a s neléčenou hypertenzí.⁸

k přerušení léčby ACEI z důvodu výskytu kašle dochází pouze u 3,5–4,3 % léčených.

Výhodou kombinace perindopril + amlodipin + indapamid je spolehlivá kontrola TK během celých 24 hodin u všech uvedených antihypertenziv.¹³⁻¹⁵

Dosažení cílových hodnot TK u hypertoniků je ovlivněno nejen terapeutickou inercií, ale také adhezí pacienta k léčbě. Dostatečné množství dat potvrzuje, že zvýšení adherence lze dosáhnout spojením antihypertenziv do jedné tablety v podobě fixních kombinací. Například podle dat z registru italského Národního institutu zdraví z let 2010–2020 zahrnujícího 7 milionů pacientů byla preskripce fixní kombinace perindoprilu, amlodipinu a indapamidu v jedné tabletě oproti volné kombinaci stejných účinných látek (ve 2–3 tabletách) spojena s dvojnásobně vyšším počtem pacientů, kteří pravidelně tuto léčbu užívali. Navíc pouhé spojení těchto 3 antihypertenziv do jedné tablety vedlo ke snížení rizika úmrtí nebo KV příhod o 24 % a k poklesu celkových ročních nákladů na léčbu o 18 % díky nižšímu počtu hospitalizací (Obrázek 4).¹⁶

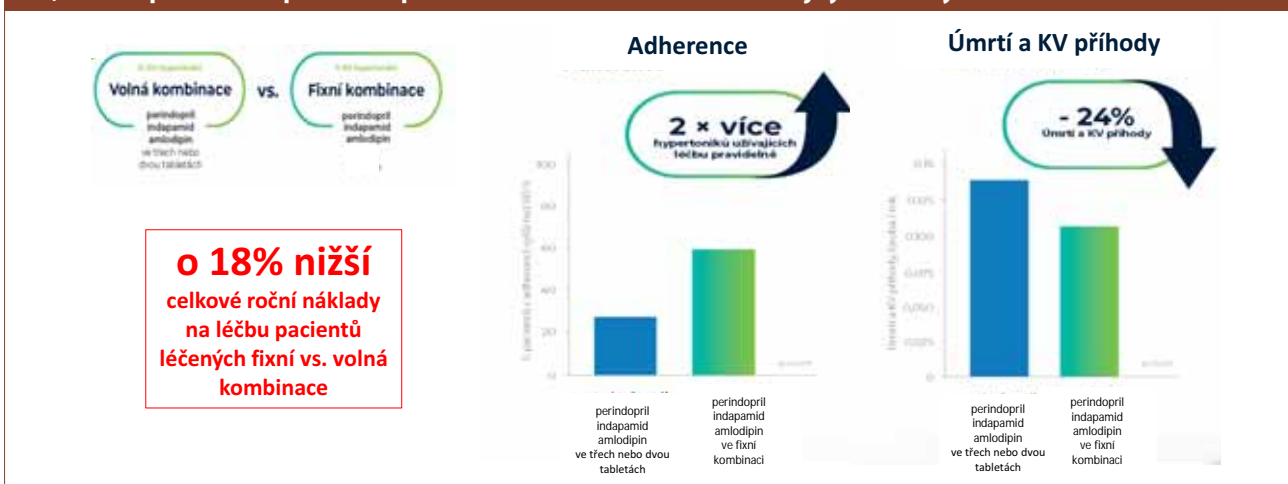
V léčbě hypertenze nestačí jen iniciační nastavení léčby. Nutné je pacienta sledovat, a to z hlediska hodnot TK v ordinaci, doma i v podobě 24hodinového ambulantního monitorování, ale také z hlediska poškození cílových orgánů hypertenze, např. echokardiografie, ultrasonografické vyšetření karotických tepen, ledvin, index kotníkových tlaků, testování kognitivních funkcí, oční vyšetření.

Shrnutí pro praxi

- Cílem léčby hypertenze je dosažení hodnot TK dlouhodobě pod 130/80 mm Hg.
- Většina hypertoniků potřebuje k dosažení těchto cílových hodnot TK kombinaci antihypertenziv.
- K zahájení antihypertenzivní terapie je doporučena dvojkombinace blokátoru RAAS s BKK nebo s thiazidovým diuretikem.
- Pokud není dosaženo cílových hodnot TK, je ve 2. kroku doporučena trojkombinace antihypertenziv, nejlépe blokátor RAAS + BKK + thiazidové diuretikum.
- Vhodné je volit antihypertenziva s doloženou 24hodinovou účinností a titrovat léčbu na optimální dávky.
- U „křehkých“ hypertoniků starších 80 let je potřebná opatrná úprava léčby s pomalejší titrací k cílovým hodnotám STK 140–150 mm Hg.
- U všech hypertoniků je nutná pravidelná kontrola TK v ordinaci s dodržением zásad správného měření TK a také domácí měření a ABPM.
- Pro zvýšení adherence pacientů k léčbě je doporučeno používání fixních kombinací antihypertenziv.

Literatura u autora

Obrázek 4: Zvýšení adherence a snížení mortality/rizika KV příhod při podávání fixní kombinace perindoprilu, amlodipinu a indapamidu v porovnání s volnou kombinací stejných účinných látek.¹⁶



Pozor, prosba o spolupráci

Vážené kolegyně a kolegové,

obě společnosti zastupující VPL (SVL i SPL) se snaží posunovat digitalizaci našich ordinací tak, aby nám v práci opravdu pomáhala. V rámci projektu „Digipraxe“ se snažíme mj. zmapovat firmy, které jsou schopné lékařům zajistit péči o IT v jejich ordinacích, tak aby se mohli soustředit jen na práci, kterou umí: péči o pacienty.

Abychom mohli firmy oslovit a následně srovnat jejich nabídky, je nutno o nich vědět.

Dovolte tedy prosbu: pokud máte firmu, která vám zajišťuje péči o IT ve Vaší ordinaci, pošlete nám na ní kontakt na adresu: digipraxe@email.cz Subject: IT firma. Pokud připojíte krátký komentář, jak jste s ní spokojeni, budeme velmi rádi.

Za IT skupinu MUDr. Cyril Mucha a MUDr. Jiří Bartoš

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

Vzdělávací semináře SVL ČLS JEP

hlavní téma únor/březen

Více pacient, méně papírování s Generativní AI.

den	datum	čas	město a místo konání
pondělí	3. 2.	16.30–20.30	Aula SZŠ, Broučkova 372, 760 01 Zlín
středa	5. 2.	16.30–20.30	Hotel U Šimla, Závodní 19/1, 360 01 Karlovy Vary
sobota	8. 2.	9.00–13.00	Teoretické ústavy LF UP Olomouc, Hněvotínská 3, 775 15 Olomouc
středa	12. 2.	16.00–20.00	Parkhotel Plzeň, U Borského parku 31, 320 04 Plzeň
sobota	22. 2.	9.00–13.00	EFI Palace Hotel, Bratislavská 234/52, 602 00 Brno
středa	26. 2.	16.00–20.00	PETROF Gallery, Na Brně 2136/4, 500 06 Hradec Králové 6
středa	5. 3.	16.00–20.00	Lékařský dům, Sokolská 31, 120 26 Praha 2
středa	12. 3.	17.00–21.00	Dělnický dům, Žižkova 1696/15, 586 01 Jihlava
středa	12. 3.	16.00–20.00	Penzion Šenk, Chrudimská 1315, 530 02 Pardubice
středa	19. 3.	16.00–20.00	SPA Hotel VITA, Skuherského 4, 370 01 České Budějovice
čtvrtek	20. 3.	16.00–20.00	Clarion Congres Hotel, Špitálské náměstí 3517, Ústí nad Labem
čtvrtek	20. 3.	16.00–20.00	Lékařský dům, Sokolská 31, 120 26 Praha 2
úterý	25. 3.	16.00–20.00	Hotel Imperial, Tyršova č. 6, 702 00 Ostrava
čtvrtek	27. 3.	16.00–20.00	Krajská nemocnice Liberec, Husova 1430/34, 460 01 Liberec

hlavní téma duben/květen

Migréna nebo bolest hlavy? Lze se migrény zbavit úplně? Základní diferenciální diagnostika a nejnovější možnosti cílené léčby.

den	datum	čas	město a místo konání
středa	2. 4.	16.30–20.30	Hotel U Šimla, Závodní 19/1, 360 01 Karlovy Vary
pondělí	7. 4.	16.30–20.30	Aula SZŠ, Broučkova 372, 760 01 Zlín
středa	9. 4.	16.00–20.00	SPA Hotel VITA, Skuherského 4, 370 01 České Budějovice
středa	9. 4.	16.00–20.00	Parkhotel Plzeň, U Borského parku 31, 320 04 Plzeň
čtvrtek	10. 4.	16.00–20.00	Clarion Congres Hotel, Špitálské náměstí 3517, Ústí nad Labem
čtvrtek	24. 4.	16.00–20.00	Krajská nemocnice Liberec, Husova 1430/34, 460 01 Liberec
sobota	26. 4.	9.00–13.00	Teoretické ústavy LF UP Olomouc, Hněvotínská 3, 775 15 Olomouc
sobota	26. 4.	9.00–13.00	EFI Palace Hotel, Bratislavská 234/52, 602 00 Brno
úterý	13. 5.	16.00–20.00	Hotel Imperial, Tyršova č. 6, 702 00 Ostrava
středa	14. 5.	16.00–20.00	Penzion Šenk, Chrudimská 1315, 530 02 Pardubice
středa	21. 5.	16.00–20.00	Dělnický dům, Žižkova 1696/15, 586 01 Jihlava
čtvrtek	22. 5.	16.00–20.00	Lékařský dům, Sokolská 31, 120 26 Praha 2
středa	28. 5.	16.00–20.00	PETROF Gallery, Na Brně 2136/4, 500 06 Hradec Králové 6
středa	28. 5.	16.00–20.00	Lékařský dům, Sokolská 31, 120 26 Praha 2

Pozvánky na semináře budou rozesílány e-mailem.

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 zadání odpovědí elektronicky na stránkách **www.svl.cz**, a to **nejpozději do 10. 3. 2025**.

Získané kredity budou úspěšným řešitelům připočítány k ročnímu souhrnnému certifikátu člena SVL ČLS JEP. Lékařům, kteří se nemohou prokázat číslem člena SVL ČLS JEP, kredity bohužel přiděleny nebudou.

Správné odpovědi z čísla 10/2024: 1c, 2bc, 3ab, 4bc, 5abc, 6c, 7a, 8c 9b, 10b

ZNALOSTNÍ TEST JE HODNOCEN 2 KREDITY ČLK

1. Pokud je uchazeči o zaměstnání vydáno Potvrzení o dočasné neschopnosti v době jeho hospitalizace v nemocničním zařízení:

- a) praktický lékař přebírá vedení Potvrzení o dočasné neschopnosti a označí datum převzetí na druhou stranu tiskopisu
- b) nemocnice ukončí platnost Potvrzení o dočasné neschopnosti při propuštění pacienta
- c) pokud uchazeč o zaměstnání nebude ani následně schopen plnit povinnosti uchazeče o zaměstnání, požádá o vydání nového Potvrzení o dočasné neschopnosti svého registrujícího VPL nebo jiného poskytovatele zdravotních služeb, který mu poskytuje zdravotní péči z důvodu nemoci či úrazu

2. Potvrzení o dočasné neschopnosti uchazeče o zaměstnání plnit povinnosti uchazeče o zaměstnání z důvodu nemoci nebo úrazu je oprávněn vydat:

- a) každý poskytovatel zdravotních služeb, který uchazeči o zaměstnání poskytuje zdravotní péči z důvodu nemoci či úrazu
- b) pouze registrující praktický lékař, a to i v případě, kdy je uchazeči o zaměstnání poskytována zdravotní péče specialistou jiného oboru
- c) pouze lékař nemocnice při nástupu uchazeče o zaměstnání k hospitalizaci

3. U které z následujících 3 skupin jedinců bylo zjištěno nejvyšší riziko KV a cerebrovaskulárních onemocnění?

- a) bez hypertenze
- b) s kompenzovanou hypertenzí,
- c) s léčenou, ale nekompenzovanou hypertenzí

4. Kolik procent pacientů s hypertenzí může dosáhnout s trojkombinací antihypertenziv perindopril/indapamid/amlodipin kompenzace TK pod 140/90 mm Hg do 3 měsíců?

- a) až 70 %,
- b) až 80 %,
- c) až 90 %

5. Sulodexid:

- a) má stejné vlastnosti jako heparin
- b) lze použít k sekundární prevenci žilní trombózy při zvýšeném riziku krvácení
- c) nahrazuje antikoagulancia v léčbě akutní žilní trombózy

6. Sulodexid u pacientů s ischemickou chorobou dolních končetin:

- a) snižuje výskyt amputací
- b) prodlužuje klaudikační vzdálenost
- c) nemá vliv na klaudikace

7. Zásadní vliv na pomalejší progresi AAA, redukci výskytu ruptur, stejně jako na snížení celkové kardiovaskulární mortality byl opakovaně zjištěn při podávání:

- a) betablokátorů
- b) statinů
- c) ACE inhibitorů

8. V případě, že je hodnota PSA do 1,0 µg/l, přichází muž ke kontrolnímu odběru za:

- a) za dva roky
- b) za čtyři roky
- c) nemusí na kontrolu

9. Může VPL zařadit do screeningu CaP muže s jinou onkologickou diagnózou?

- a) ano
- b) ne
- c) záleží na obtížích

10. Je možné zařadit do screeningu CaP muže ve věku 45–49 let a dále u cílové věkové skupiny (50–69 let) s pozitivní rodinnou anamnézou karcinomu prostaty?

- a) ano
- b) ne
- c) záleží na obtížích

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

ODPOVĚDI – TEST Č. 1/2025

Nyní je možné zadání odpovědí pouze elektronickou formou na stránkách **www.svl.cz**

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

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