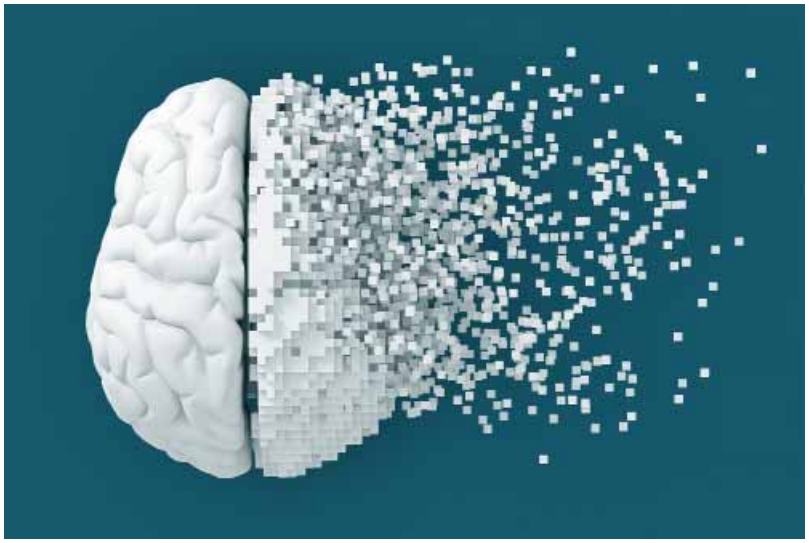
Odborný časopis Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP

PRACTICUS

pro praktické lékaře zdarma • č.4/2024 • ročník 23



TÉMA:

Lékaři představili doporučené postupy pro boj s Alzheimerovou nemocí

XVIII. jarní interaktivní konference

Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP

17.–19. května 2024

Slovanský dům, Praha

Registrace je možná na webových stránkách **www.jik-svl.cz**

E-mail: **sekretariat@target-md.com**

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

OBSAH

PRACTICUS

odborný časopis SVL ČLS JEP
4/2024, ročník 23

INFO SVL

04 **EDITORIAL**
MUDr. Stanislav Konštacký, CSc.

05 **LÉKAŘI PŘEDSTAVILI DOPORUČENÉ POSTUPY PRO BOJ S ALZHEIMEROVOU NEMOCÍ**

08 **MEZIOBOROVÉ STANOVISKO K ROZSAHU VYŠETŘENÍ V SOUVISLOSTI S PORANĚNÍM O POUŽITOU INJEKČNÍ JEHLU A PŘI ZNÁSILNĚNÍ**

10 **ZDRAVOTNÍ PÉČE OČIMA PACIENTŮ**

ODBORNÝ ČLÁNEK

15 **JAK VYSTAVĚT LÉČBU HYPERTENZE EPIDEMIOLOGICKÁ DATA PODÁVAJÍ NEMILOU ZPRÁVU**
MUDr. Pavel Rutar

NAŠE ZKUŠENOSTI

19 **NA CHVÍLI PRAKTIKEM O PÁR TISÍC KILOMETRŮ DÁL**
MUDr. Astrid Matějková

KAZUISTIKA

25 **REHABILITACE PÁNEVNÍHO DNA MOČOVÉ INKONTINENCE S VYUŽITÍM MAGNETOSTIMULACE**
doc. MUDr. Petr Konečný, Ph.D., MBA, Mgr. Jana Vyskotová, Ph.D.

ZPRÁVA Z WEBINÁŘE

27 **MOXONIDIN V LÉČBĚ ARTERIÁLNÍ HYPERTENZE**

AKTUALITY

32 **JAK SOUVISÍ POSTCOVIDOVÝ SYNDROM S POŠKOZENÍM MOZKU?**

33 **PODIVNÁ NULA**

Vydavatel:
Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP

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

Redakce:

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

Zástupci šéfredaktora:
MUDr. Dana Moravčíková
dana.moravcikova@medicina.cz

MUDr. Jana Vojtíšková
janav.doktor@volny.cz

Manažerka časopisu:
Hana Čížková
practicus.svl@cls.cz

Redakční rada: MUDr. 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. Otto Herber, 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. Dana Moravčíková, MUDr. Cyril Mucha, MUDr. Claudia Ondrušová, MBA, MUDr. Miloš Ponížil, 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 6 000 ks. • • • Vychází 10× ročně. **Pro praktické lékaře v ČR zdarma.** Roční předplatné pro ostatní zájemce **800 Kč.** • • • Přihlášky přijímá redakce. Toto číslo bylo dáno do tisku 22. 4. 2024 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, 2024**

EDITORIAL

MUDr. Stanislav Konštacký, CSc.
Šéfredaktor časopisu Practicus

Milé kolegyně, milí kolegové,

letošní Apríl plní svůj název dokonale, začátkem týdne 20 stupňů a teď, když se dívám na obrazovku, tak mi ukazuje 6 stupňů – není to radostný pohled, ale vlastně i dnešní číslo začínáme neradostným onemocněním, a to Alzheimerovou nemocí. Její výskyt se zvyšující se dobou dožití v populaci stoupá; věk ale není jediným rizikovým faktorem rozvoje demence. Před týdnem mi volala spolužačka z gymnázia, tenkrát to byla střední všeobecně vzdělávací škola, a zvala na setkání našeho maturitního ročníku. Tedy na setkání lidí „jistého věku", lidí, kteří se toho ještě dožili. Vždycky, když se jako organizátorka ozve, doporučuje mi nejrůznější alternativní metody léčby, vloni to byl zázračný léčitel, letos ozdravné působení řapíkatého celeru, o kterém si koupila tlustou knihu. Přitom na rozdíl od zázračných léčitelů je právě taková aktivita, jakou je udržování sociálních kontaktů, základní prevencí demence. V našem článku se na Alzheimerovu nemoc podíváme šířeji a to představením nových doporučených postupů. Jsme rádi, že jsme se mohli jako Společnost všeobecného lékařství, zastoupeni doc. Býmou a dr. Matějkovou, podílet na jejich tvorbě a nyní je prezentovat široké veřejnosti. Celé znění doporučených postupů určených pro nás, praktické lékaře, už nyní můžeme najít na svl.cz.

Jako další vám přinášíme Mezioborové stanovisko k rozsahu vyšetření v souvislosti s poraněním použitou injekční jehlou a při znásilnění. Byť se snažíme maximálně dodržovat bezpečnostní opatření, může se stát nám i našim pacientům, že se poraní o použitou injekční jehlu, jsou exponováni krvi nemocných nebo z nemoci podezřelých osob a pro praktického lékaře je zásadní znát postupy následné péče. Stejně nezbytná je tato znalost, pokud se v ambulanci dostaneme do kontaktu s obětí znásilnění.

O zdravotní péči očima pacientů o projektu PaRIS informuje podrobně článek doc. Seiferta a dr. Krále. Ukončení projektu se předpokládá koncem tohoto roku a po zpracování všech dotazníků bude publikována zpráva pro odbornou i laickou veřejnost.

O hypertenzi nebudeme nikdy vědět všechno; rozšířit znalosti v této oblasti si můžeme v článku dr. Rutara, kde dokládá, jak velké procento našich občanů trpí hypertenzí, jaké procento je nesprávně léčeno a jak vysoký je podíl úmrtí následkem onemocnění kardiovaskulárního aparátu.

V dalším článku se přesouváme o pár tisíc kilometrů dál. Dr. Matějková se s námi přenese do tropické Afriky, na rovník, kousek od Viktoriina jezera. Je to čtení jako z dobrodružné literatury, ukazuje zdravotní péči v úplně jiných pracovních a klimatických podmínkách a možná pro někoho z kolegů bude návodem k následování a získávání podobných zkušeností.

Magnetostimulace není u nás doposud běžně používanou metodou. Jak ji lze využít při rehabilitaci pánevního dna při inkontinenci, je obsahem sdělení doc. Konečného a Mgr. Vyskotové.

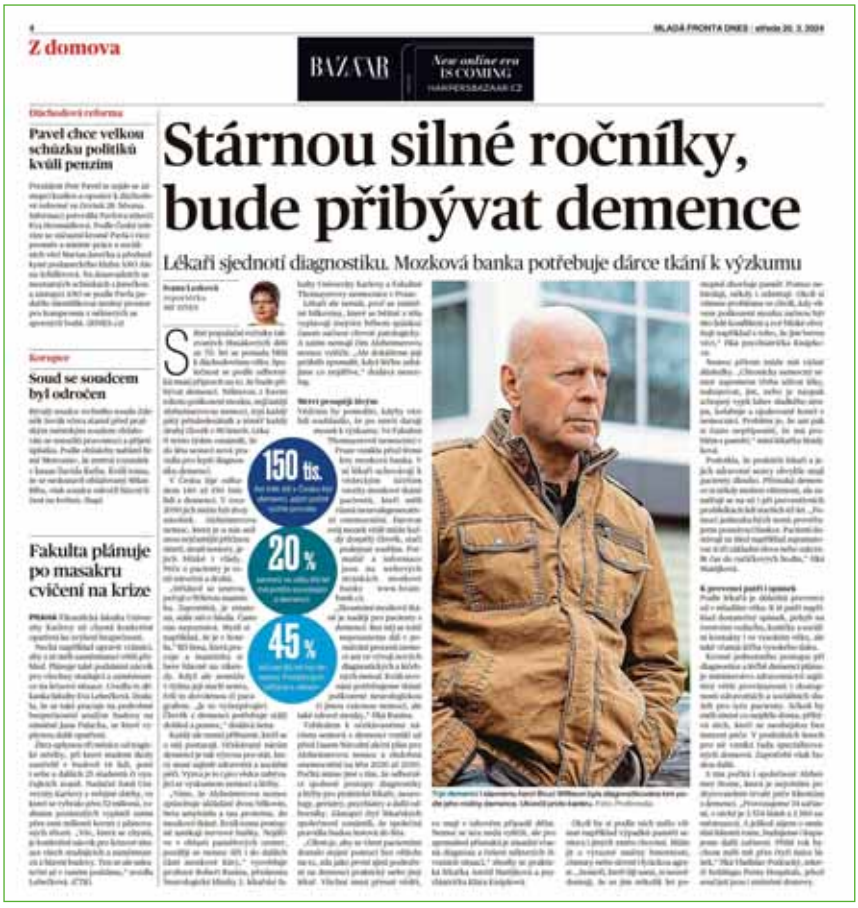
I další články o Moxonidinu v léčbě arteriální hypertenze a jak souvisí postcovidový syndrom s poškozením mozku, lze jen doporučit.

Practicus, který dnes držíte v ruce, má ještě navíc jednu novinku. A to veskrze praktickou. Se stárnutím naší populace souvisí nejen už výše zmíněná Alzheimerova nemoc, ale také osteoporóza, která se v posledních týdnech a měsících stala velkým tématem našich ambulancí. Před očima roste síť denzitometrií, máme uvolněné bisfosfonáty, rozjíždí se populační screening. Jak na osteoporózu prakticky se dozvíte právě v tomto čísle. Příloha – praktický návod hlavní autorky dr. Dejdarové a týmu našich kolegů je vložený uvnitř čísla, abyste ho mohli mít po ruce při běžné práci v ambulanci. Pro ty z vás, kteří preferují elektronickou formu, ho najdete jako dodatek v Doporučených postupech na www.svl.cz.

Přeji vám krásné, co nejméně aprílové jaro, a nezapomínejme, že tou nejlepší prevencí nejen před osteoporózou a Alzheimerovou nemocí je pobyt a pohyb na čerstvém vzduchu.

Lékaři představili doporučené postupy pro boj s Alzheimerovou nemocí

Česko stárne. A se silnými ročníky, které se blíží k důchodovému věku, experti předpovídají strmý nárůst případů Alzheimerovy nemoci a dalších druhů demencí. Přestože je podle lékařů další růst případů demencí nevyhnutelný, existují způsoby, jak snížit riziko jejich rozvoje. Například udržováním společenských kontaktů nebo důslednou léčbou zvýšeného krevního tlaku už ve středním věku, protože podle posledních zjištění neléčená hypertenze riziko demencí zvyšuje. Jak správně diagnostikovat a léčit pacienty s Alzheimerovou nemocí a dalšími demencemi je obsahem nových doporučených postupů, které společně vypracovali neurologové, geriatři, psychiatři a praktičtí lékaři. To bylo tématem on-line tiskové konference, kterou pro odborné i laické novináře uspořádala Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP 18. března.



Z domova

BAZAR

Stárnou silné ročníky, bude přibývat demence

Lékaři sjednotí diagnostiku. Mozková banka potřebuje dárce tkání k výzkumu

Pavel chce velkou schůzku politiků kvůli penzím

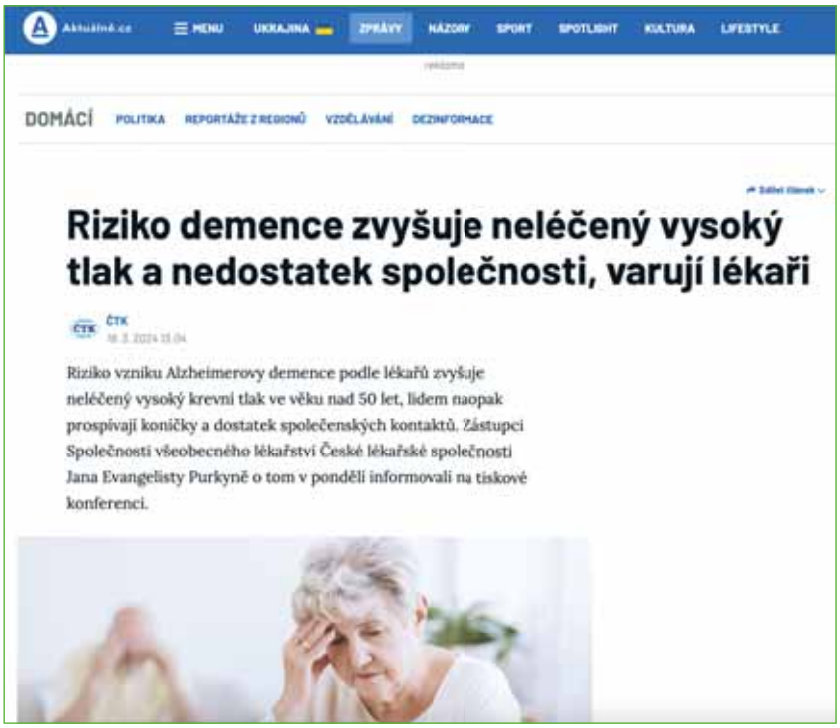
Soud se soudcem byl odročen

Fakulta plánuje po masakru cvičení na krize

150 tis.

20 %

45 %



Aktuálně.cz MENU UKRAJINA ZPRÁVY NÁZORY SPORT SPOTLIGHT KULTURA LIFESTYLE

DOMÁCÍ POLITIKA REPORTÁŽE Z REGIONŮ VZDĚLÁVÁNÍ DEZINFORMACE

Riziko demence zvyšuje neléčený vysoký tlak a nedostatek společnosti, varují lékaři

ČTK

Riziko vzniku Alzheimerovy demence podle lékařů zvyšuje neléčený vysoký krevní tlak ve věku nad 50 let, lidem naopak prospívají koníčky a dostatek společenských kontaktů. Zástupci Společnosti všeobecného lékařství České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně o tom v pondělí informovali na tiskové konferenci.

Alzheimerova nemoc podle dostupných dat postihuje zhruba 5 % populace ve věku 65 a více let. Počty pacientů s touto nemocí či jiným druhem demence dlouhodobě rostou – v Česku žije s demencí 140 000 lidí, z toho přibližně 60 % má Alzheimerovu nemoc. Podle současných odhadů bude v roce 2050 až o 30 % nemocných více. Hlavním důvodem je zejména stárnutí populace. *„Riziko rozvoje demence se však můžeme pokusit alespoň snížit nebo oddálit. Řada studií v poslední době ukazuje, že nebezpečí vzniku demence výrazně zvyšuje neléčená hypertenze po 50. roku života. Významným faktorem je i nedostatečná společenská aktivita. Je tedy velmi zdravé chodit mezi lidi, aktivně se zajímat o dění kolem sebe, mít koníčky a neuzavírat se v nějaké své malé bublině,“* uvedl na tiskové konferenci prof. MUDr. Robert Rusina, Ph.D., přednosta

MEDICAL TRIBUNE

MEDICÍNA · ZDRAVOTNICTVÍ · KOMENTÁŘE · VZDĚLÁVÁNÍ · SPECIÁLY

Nové guidelines určí kompetence a pomohou s diagnostikou a léčbou AN

12 minut čtení | 2. 4. 2024 | Zdenka Kolářová | Vyšlo v titulu Medical Tribune

Ilustrační foto. Všechny osoby jsou modelem. Zdroj: iStock

V Česku žije s demencí 140 000 lidí, z toho přibližně 60 procent má Alzheimerovu nemoc (AN). Podle současných odhadů bude zejména vzhledem ke stárnutí populace v roce 2050 až o 30 procent nemocných s demencemi více. Proto je velmi důležité, aby vznikl jednotný přístup, jak onemocnění diagnostikovat a léčit. O vzniku nových českých guidelines informovali v rámci tiskové konference pořádané Společností všeobecného lékařství ČLS JEP zástupci čtyř zainteresovaných oborů, kteří se na jejich přípravě podílejí.

Neurologické kliniky 3. LF UK a Fakultní Thomayerovy nemocnice. Včasná diagnóza je podle expertů klíčová, první impuls k ní přitom často vzejde z okolí pacienta, které zaznamená změny v jeho chování. Nejsnazší způsob prvotního vyšetření je návštěva v ordinaci praktického lékaře v rámci preventivní prohlídky. *„Už nyní v našich ordinacích probíhá screeningové vyšetřování při preventivních prohlídkách u pacientů od 65 let věku. Pomocí jednoduchých testů prověřujeme, zda nejsou snížené jejich kognitivní funkce. Pacienti při testu dostávají mimo jiné za úkol zapamatovat si tři základní slova a zakreslit čas do ručičkových hodin. Pokud po vyšetření a provedeném testu máme u pacienta podezření na snížení kognitivních funkcí, zahájíme ihned další podrobnější vyšetření,“* sdělila MUDr. Astrid Matějková, členka výboru Společnosti všeobecného lékařství (SVL) ČLS JEP. V roce 2035 by podle demografických výhledů mohlo v Česku žít přibližně 500 000 lidí ve věku 85 let a více. I proto jsou podle expertů klíčové nové doporučené postupy péče o pacienty s demencí. Ty v tuto chvíli autoři finalizují a zveřejnit by je měli během několika týdnů. *„Postupy jasně definují role, kompetence a dostupnost jednotlivých lékařských specialistů různých odborností a vymezují postup diagnostiky a léčby. Cílem je, aby nezáleželo na tom, k jakému specialistovi se pacient s demencí dostane jako k prvnímu. Všichni lékaři musí přesně vědět, co mají v případě diagnózy*

BLESK.CZ

Menu Celebrity Zprávy Politika Hráči Krimi Sport Fc

Pacientů s Alzheimerem výrazně přibude, varují lékaři! Komu hrozí nemoc nejčastěji?

Téma on-line tiskové konference vzbudilo mezi novináři značný zájem. Na přenos se se jich přihlásily bezmála tři desítky. Dosud se na základě sdělení tiskové konference objevilo více než 60 výstupů napříč všemi typy médií – audiovizuálními, on-line i tištěnými. Reportáže zazněly např. v Českém rozhlase, v České televizi nebo ve vysílání CNN Prima NEWS. Články se objevily například v Deníku N, deníku Právo či Mladé frontě DNES, na webech Aktuálně.cz, Novinky.cz, Blesk.cz, SeznamZprávy.cz nebo iDNES.cz. Z odborných médiích téma zaznělo v časopisech Medical Tribune a Profi Medicína či na portále ProLékaře.cz.

demence dělat," uvedl prof. Rusina. Nové postupy také určí, kteří pacienti s demencí mohou zůstat v péči praktických lékařů a kteří by měli být v rukách specialistů z oblastí neurologie, psychiatrie nebo geriatrie.

Na tiskové konferenci vystoupili MUDr. Astrid Matějková (členka výboru SVL ČLS JEP), prof. MUDr. Robert Rusina, Ph.D. (přednosta Neurologické kliniky 3. LF UK a Fakultní Thomayerovy nemocnice), MUDr. Ing. Klára Knápková (psychiatrička z M & K psychiatrie) a MUDr. Zuzana Šnajdrová (členka výboru České gerontologické a geriatrické společnosti ČLS JEP).

Mezioborové stanovisko

k rozsahu vyšetření v souvislosti s poraněním o použitou injekční jehlu a při znásilnění

Společnost infekčního lékařství (SIL) ČLS JEP
Společnost všeobecného lékařství (SVL) ČLS JEP
Sdružení praktických lékařů ČR (SPL)
Česká společnost nemocniční epidemiologie a hygieny ČLS JEP (SNEH)

K 1. lednu 2024 vstoupila v platnost novela vyhlášky **č. 389/2023 Sb., o systému epidemiologické bdělosti**. Výše uvedené společnosti považují po konzultaci s NRL pro HIV a hepatitidy za potřebné poskytnout odborné veřejnosti výklad k některým bodům **Přílohy č. 1**, a to zejména upřesnění nepodkročitelného rozsahu vyšetření, přehled indikovaných testů a dalších opatření.

I. u osob, které se poranily o použitou injekční jehlu, a u osob po mimořádné expozici krvi nemocných nebo z nemoci podezřelých osob, kdy došlo k poranění a závažné kontaminaci kůže a sliznic, se provádějí následující vyšetření:

Vyšetření po expozici	Co nejdříve, maximálně do 72 hodin po expozici*	Za 30 dní po expozici	Za 90 dní po expozici	Za 180 dní po expozici
HBV	HBsAg** Anti-HBs** Anti-HBc total**	NE	HBsAg**	HBsAg**
HCV	Anti-HCV***	Anti-HCV***, §	Anti-HCV***, §	Anti-HCV***, §
HIV	Anti-HIV + p24 §§	NE	Anti-HIV + p24 §§	Anti-HIV + p24 §§

* první vyšetření u hepatitidy B se provádí před aplikací vakcíny, případně hyperimunního globulinu
** v případě, kdy je první odběrem prokázána negativita HBsAg a současně pozitivita anti-HBs nebo anti-HBc total, se další vyšetřování markerů virové hepatitidy B ukončí
*** v případě pozitivity anti-HCV vyšetřující laboratoř provede nebo zajistí provedení testu PCR HCV RNA z téhož vzorku
§ v případě pozitivity anti-HCV v některém předchozím vyšetření se tento test již neprovádí, ale vzorek se vyšetřuje metodou PCR HCV RNA
§§ pozitivita vyhledávacího testu anti-HIV + p24 se musí vždy konfirmovat v NRL pro HIV

Vyšetření metodou PCR HCV RNA, PCR HIV RNA či PCR HBV DNA může být indikováno ošetřujícím lékařem v situacích, kdy je z epidemiologického hlediska žádoucí

- zkrácení diagnostického okna do případného vytvoření protilátek resp. HBsAg nebo
- vyloučení časné infekce u ohroženého pacienta z jiného zdroje než inkriminovaného poranění.

V případě známého zdroje potenciálně kontaminového materiálu je vhodné vyšetření zdrojové osoby zahrnující HBsAg, anti-HBs, anti-HBc total, anti-HCV, anti-HIV + p24.

Tato vyšetření je možné doplnit o PCR HCV RNA, PCR HIV RNA či PCR HBV DNA, pokud jsou k tomu epidemiologické důvody a tato vyšetření jsou dostupná. Při negativním výsledku vyšetření na přítomnost infekce virem hepatitidy B, hepatididy C a HIV u potenciálního zdroje, pokud je známý, lze sledování vyšetřované osoby ukončit.

Další opatření u poraněných osob:

- Očkování proti virové hepatitidě B se provádí do 7 dnů po kontaktu, pokud osoba exponovaná krvi nebyla proti hepatitidě B řádně očkována nebo pokud nejsou její údaje o očkování známy a neprodělala onemocnění hepatitidou B v minulosti.
- Pokud je potenciální zdroj HIV pozitivní nebo jeho HIV status není znám, nejpozději do 72 hodin se kontaktuje specializované HIV centrum (Příloha č. 1) k zajištění postexpoziční profylaxe HIV infekce. HIV centrum postupuje v souladu s aktuálně platným Doporučeným postupem péče o dospělé infikované HIV a postexpoziční profylaxe infekce HIV (SIL ČLS JEP).
- Zjišťování subjektivních potíží a klinických příznaků, které mohou souviset s onemocněním virovou hepatitidou či HIV infekcí, a v případě potřeby laboratorní vyšetření aktivity aminotransferáz.
- Vždy záznam o události ve zdravotnické dokumentaci poraněné osoby.

II. u osoby, u níž existuje podezření, že se stala obětí trestného činu znásilnění dle odstavce (4) Přílohy, zajistí osoba poskytující péči neprodleně dle bodu a) anamnézu, vyšetření a odběry biologického materiálu, postupuje dle výše uvedené tabulky doplněné takto:

Vyšetření po expozici	Co nejdříve, maximálně do 72 hodin po expozici	Za 30 dní po expozici	Za 90 dní po expozici	Za 180 dní po expozici
HAV	Anti-HAV IgM a IgG nebo total §§§	NE	Anti-HAV IgM a IgG nebo total §§§	NE
syfilis	RPR + TPHA	RPR + TPHA	RPR + TPHA	NE

§§§ v případě pozitivity anti-HAV IgG nebo total v prvním vzorku se další vyšetření neprovádí
Gonokokové onemocnění a infekce způsobená Chlamydia trachomatis se zjišťují metodou PCR ve výtěru z místa případné nákazy, a to dle epidemiologické souvislosti, případně klinických příznaků.

Vyšetření potenciálního zdroje nákazy a další opatření u potenciální oběti znásilnění se provádějí obdobně jako při poranění použitou injekční jehlou (viz výše).

K bodu d) Přílohy lze u obětí trestného činu znásilnění **preventivně aplikovat antibiotika:**
Ceftriaxon 1 g i.m./i.v. v jedné dávce + **Azitromycin** 2 g p.o., rozdělit do dvou dávek po 1 g v odstupu 12 hodin (rozdělení do dvou dávek je výhodnější z hlediska snášenlivosti a nižšího výskytu nauzey)
+ u žen **Metronidazol** 500 mg p.o. dvakrát denně po dobu 7 dnů.
Alternativně je možné použít Metronidazol 500 mg p.o. – 2 tablety jednorázově (tedy dávku 1 g).

Příloha č.1. Seznam HIV center ČR

- Fakultní nemocnice Bulovka, Budínova 2, Praha 8, budova 7, tel. 266 082 629, ÚPS: 266 082 700
- Ústřední vojenská nemocnice, U Vojenské nemocnice 1200, Praha 6, pavilon E, vchod E5, tel. 973 208 255,
- ÚPS: 973 202 926
- Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem, Na Kabátě 285, pavilon I, tel. 477 112 621 (nepřetržitě)
- Fakultní nemocnice Plzeň, Dr. Beneše 13, tel. 377 402 546, ÚPS: 377 402 264
- Nemocnice České Budějovice, B. Němcové 54, tel. 387 874 656, ÚPS: 387 874 611
- Fakultní nemocnice Hradec Králové, Sokolská 581 (pavilon 6), tel. 495 832 531, ÚPS 495 832 212
- Krajská nemocnice Liberec, Husova 10, tel. 485 312 297, ÚPS: 771 254 205
- Fakultní nemocnice Brno, Jihlavská 20, pavilon B, tel. 532 232 267, ÚPS: 532 232 269
- Fakultní nemocnice Ostrava, 17. listopadu 1790, Ostrava-Poruba, tel. 597 374 272, ÚPS: 597 374 256

MUDr. Pavel Dlouhý, *předseda SIL*
doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc., *předseda SVL*
MUDr. Petr Šonka, *předseda SPL*
MUDr. Pavel Totušek, *předseda SNEH*

Zdravotní péče očima pacientů

Informace o zapojení České republiky do mezinárodního projektu PaRIS

Projekt PaRIS (*Patient Reported Indicators Survey*) byl již na stránkách časopisu Practicus představen. Jedná se o největší mezinárodní studii všech dob mezi dospělými pacienty v primární péči.

Cílem je provést průzkum zkušeností chronicky nemocných pacientů s poskytováním primární péče a zjistit, jak pacienti hodnotí výstupy této péče. Projekt by měl umožnit mezinárodně srovnatelné hodnocení, v pozadí různých charakteristik a chování pacientů, poskytovatelů a zdravotních systémů, s následnou podporou kapacity v jednotlivých zemích pro hodnocení a zlepšování poskytování zdravotní péče tak, aby odpovídala potřebám lidí. Obsahem projektu je dotazníkový průzkum mezi poskytovateli primární péče a jejich pacienty. Po několika letech metodologických příprav byl proveden v roce 2022 pilotní průzkum a na základě jeho vyhodnocení pak hlavní průzkum v roce 2023. Do průzkumu se zapojilo 20 zemí OECD.

V České republice byl tento průzkum realizován za spolupráce MZ ČR, ÚZIS a ČLS JEP, pod metodickým vedením Národního projektového manažéra. Sběr dat u poskytovatelů byl splněn na více než na 100 % (106 VPL oproti plánovaným 100), sběr dat u pacientů byl splněn na 68 % (5 131 dotazníků od pacientů z plánovaných 7 500).

Článek popisuje metodiku projektu, průběh sběru dat a prezentuje předběžné výsledky projektu. Získaná data budou předmětem analýzy na mezinárodní i národní úrovni a budou k dispozici do konce roku 2024.

Východiska projektu

Stárnutí populace a přibývání osob, trpících jedním a více chronickými onemocněními, je známým trendem v současnosti. Chronická onemocnění (CHRO) představují významnou zátěž pro individuální osoby a jejich rodiny s dopadem na kvalitu života, funkcionalitu, sociální i finanční postavení. Zároveň přinášejí velké nároky na zdravotní systém a celou společnost. Zvyšování kvality péče o osoby s CHRO a zlepšování výstupů této péče při současné kontrole růstu nákladů je zásadní výzvou pro zdravotnické systémy. Klíčová role je přisuzována primární péči, která je nejblíže lidem a jejíž úroveň hraje největší roli v laickém hodnocení zdravotní péče. Vnímání aktuální role primární péče i její rostoucí role v budoucnu je u nás zohledněno v probíhající reformě primární péče, která je součástí programu Zdraví 2030. Ale právě z této oblasti zdravotní péče není dostatek informací s ohledem na kvalitu a výstupy péče z perspektivy pacientů.

K hodnocení zdravotní péče obvykle využíváme biostatistické údaje; informace, získané prostřednictvím dat vykazovaných poskytovateli péče pro různé registry a zejména pro potřeby úhrad ze zdravotního pojištění. Máme tak informace o incidenci a mortalitě vybraných onemocnění, o počtu provedených kloubních náhrad, koronárních stentů, o počtu domácích návštěv u pacientů a např. preventivních prohlídek, provedených praktickými lékaři. Tyto parametry umožňují sledování výkonnosti zdravotního systému v čase, kapacit a alokaci prostředků v jeho rámci i mezinárodní srovnání. Nevysvětlují ale, do jaké míry poskytovaná péče odpovídá skutečným potřebám lidí. Nezohledňují rozdíly v chování pacientů a poskytovatelů v systémech poskytované péče. Nepodávají výpověď o tom, jaké mají pacienti zkušenosti s poskytovanou péčí a jak hodnotí její výstupy.

Záměr a cíle projektu

Pomoci politikům a organizátorům zdravotnictví porozumět, jak zdravotní systém uspokojuje potřeby chronicky nemocných lidí, a podpořit kapacitu pro hodnocení a zlepšování této péče, je cílem mezinárodního projektu PaRIS, který z iniciativy ministrů zdravotnictví vznikl na půdě OECD v roce 2017.

Projekt by měl přinést mezinárodně srovnatelné hodnocení pacientů se zkušeností s poskytováním péče a jejími výstupy, v pozadí různých charakteristik a chování pacientů, poskytovatelů a zdravotních systémů. Zároveň vyhodnotit zapojení pacientů do péče a míru zaměření péče na pacienta. Výstupem by mohla být podpora kapacity v jednotlivých zemích pro hodnocení a zlepšování poskytování zdravotní péče tak, aby potřebám lidí odpovídala. Konečně cílem je opakovatelnost průzkumu v čase

Příprava dotazníků

Metodologické přípravy, včetně tvorby, překladů a validizace dotazníků pro poskytovatele i pacienty, trvaly více než 2 roky a probíhaly pod vedením mezinárodního konsorcia expertních firem až do roku 2021. Tým NPM pak zajistil jejich překlad do českého jazyka se zpětnou validizací (metodou TRAPD) a následné dvoufázové kognitivní testování. Podstatou kognitivního testování byla snaha odhalit možné problémy s otázkami/odpověďmi, které vyžadují kognitivní procesy: myšlení, paměť, vzpomínání, posuzování, rozhodování, a také ověřit, zda jsou napříč dotazovanou populací otázky srozumitelné a pochopitelné.

Dotazník pro poskytovatele obsahoval několik sekcí otázek, zaměřených na
- charakteristiky praxe
- kvalifikaci, role a kompetence jednotlivých pracovníků praxe
- způsob, jakým je vedena zdravotnická dokumentace a jak je nakládáno s informacemi
- organizaci a způsob poskytování péče o chronické pacienty, včetně mezioborové spolupráce
- demografické údaje respondenta

Několik otázek bylo věnováno organizaci péče během pandemie covid-19. Vyplnění dotazníku on-line trvalo 15–20 minut.

Dotazník pro pacienty měl 115 otázek, rozdělených do sekcí, zaměřených na
- subjektivní hodnocení zdravotního stavu respondenta a jeho fyzické/duševní pohody
- hodnocení vlastní péče o zdraví
- přístup k předcházení nemocem a k řešení vlastních zdravotních problémů
- zkušenosti se zdravotní péčí poskytovanou v ordinaci praktického lékaře
- využití dalších zdravotních služeb
- popis poslední konzultace/návštěvy u praktického lékaře
- zkušeností s poskytováním péče během pandemie covid-19
- demografická data respondenta a okolnosti ovlivňující využívání zdravotních služeb

Vyplnění dotazníku on-line nebo v papírové formě zabralo zhruba 25–30 minut.

Projekt získal souhlas etické komise. Byl vytvořen a schválen národní plán implementace (tzv. Country Road Map, CRM). Podle tohoto plánu realizoval tým NPM v roce 2022 pilotní fázi průzkumu. Spolupráce s lékaři byla zajištěna prostřednictvím České lékařské společnosti JEP (ČLS) a její největší organizační složky, Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP (SVL). K předběžnému hodnocení pilotního průzkumu, z dat od zhruba 1 200 praxí a téměř 60 000 pacientů, zapojených v 15 zemích OECD, přispěla ČR dotazníky od 27 všeobecných praktických lékařů (VPL) a 560 pacientů.

Hlavní průzkum

Na úrovni OECD proběhlo na podzim roku 2022 vyhodnocení pilotního průzkumu a na jeho základě byla publikována doporučení pro hlavní průzkum. Změny v dotaznících byly zohledněny v aktualizovaných národních překladech, a ty byly podrobeny novému kognitivnímu testování. Zkušenosti z pilotní fáze se promítly do národních aktualizací CRM, zejména s ohledem na dodržování pravidel GDPR. V případě České republiky bylo zásadní změnou v designu projektu posílení role Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS), jako partnera v oblasti IT technologií, schopného provádět masovou mailovou komunikaci nebo automatizované čtení papírových dotazníků. Spolupráce mezi poskytovateli, ČLS JEP a ÚZIS byla ošetřena tzv. trojcestnou smlouvou.

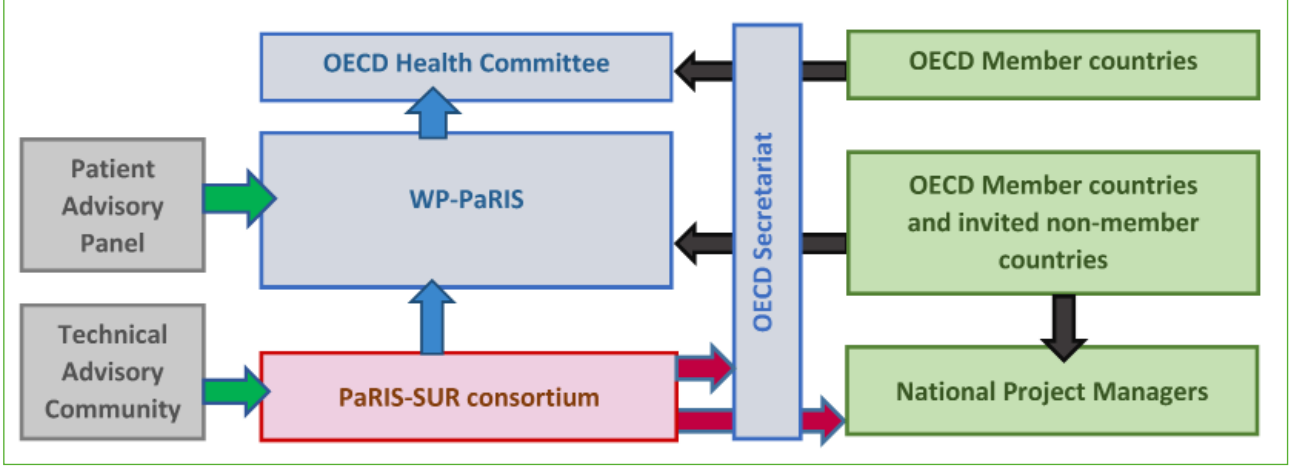
Harmonogram hlavního průzkumu předpokládal jeho zahájení v dubnu a ukončení sběru dat do konce října 2024. Tým NPM šel do hlavního průzkumu s cílem získat dotazníky od 100 všeobecných praktických lékařů a jejich prostřednictvím od 7 500 pacientů, resp. 75 z každé ordinace.

Řízení projektu a role zúčastněných subjektů

Obrázek č. 1 znázorňuje mezinárodní řídící strukturu projektu PaRIS. Na úrovni OECD je projekt řízen **Pracovní skupinou pro projekt PaRIS** (The OECD Working Party for Paris, WP-PaRIS). Jejími členy jsou kromě pracovníků sekretariátu OECD a pozvaných expertů, zástupci zemí, participujících na projektu. Pracovní skupinu doplňují zástupci mezinárodního Poradního panelu pacientů. WP-PaRIS provádí plánování a strategické rozhodování, schvaluje metodiku projektu, vydává dokumenty a komunikuje se zúčastněnými zeměmi. Zodpovídá se Zdravotnímu výboru OECD.

Konsorcium expertních firem s know-how v oblasti podobných průzkumů, vybrané OECD, zajišťuje projekt po stránce metodologické, informační a analytické, poskytuje podporu jednotlivým zemím a zároveň garantuje takovou národní implementaci, která umožňuje mezinárodní porovnatelnost výsledků.

Obr. č. 1: Řídící struktura mezinárodního projektu PaRIS



Organizační struktura řízení projektu v ČR je znázorněna na obrázku č. 2. Projekt zaštiťuje **Ministerstvo zdravotnictví (MZ)**. Za přípravu a realizaci průzkumu na národní úrovni odpovídá **NPM**, jmenovaný MZ ČR. NPM spolupracuje s konsorciem a je v kontaktu se sekretariátem OECD. Na národní úrovni zajišťuje souhlas etické komise, spolupracuje s lokálními institucemi na tvorbě národní metodiky a organizace projektu, zajišťuje informovanost o projektu v odborné i laické veřejnosti, vytváří lokální tým a koordinuje realizaci jednotlivých fází projektu. Ve spolupráci s **Českou lékařskou společností JEP (ČLS)** a její organizační složkou, **Společností všeobecného lékařství ČLS JEP (SVL)** navazuje spolupráci s poskytovateli a prostřednictvím ÚZIS lékaře a pacienty hromadně oslovuje a je jim k dispozici k vysvětlování projektu. ÚZIS spravuje klíčové registry poskytovatelů; Národní registr hrazených zdravotních služeb (NRZHS) a Národní registr poskytovatelů zdravotních služeb (NRPZS). V registrech identifikuje oprávněné ordinace pro zařazení do výběru (živé ordinace, poskytující služby ve všeobecném praktickém lékařství, registrující více jak 900 pacientů, s mailovým kontaktem a adresou datové schránky) a provádí zaslepený výběr 1 000 ordinací. Tyto ordinace následně oslovuje. Provádí randomizaci pacientů ze zaslaných souborů od poskytovatelů a následně oslovuje ty, u nichž je k dispozici mailová adresa. Následně opakuje oslovení ve dvou připomenutích. Role ČLS a její odpovědnost a hospodaření s projektovými prostředky je dána smlouvou s MZ. Prostřednictvím této smlouvy je umožněno financování projektu, které pokrývá odměňování poskytovatelů, IT podporu poskytovatelům a týmu NPM, administrativní činnosti A materiální náklady.

Sběr dat poskytovatelů a pacientů

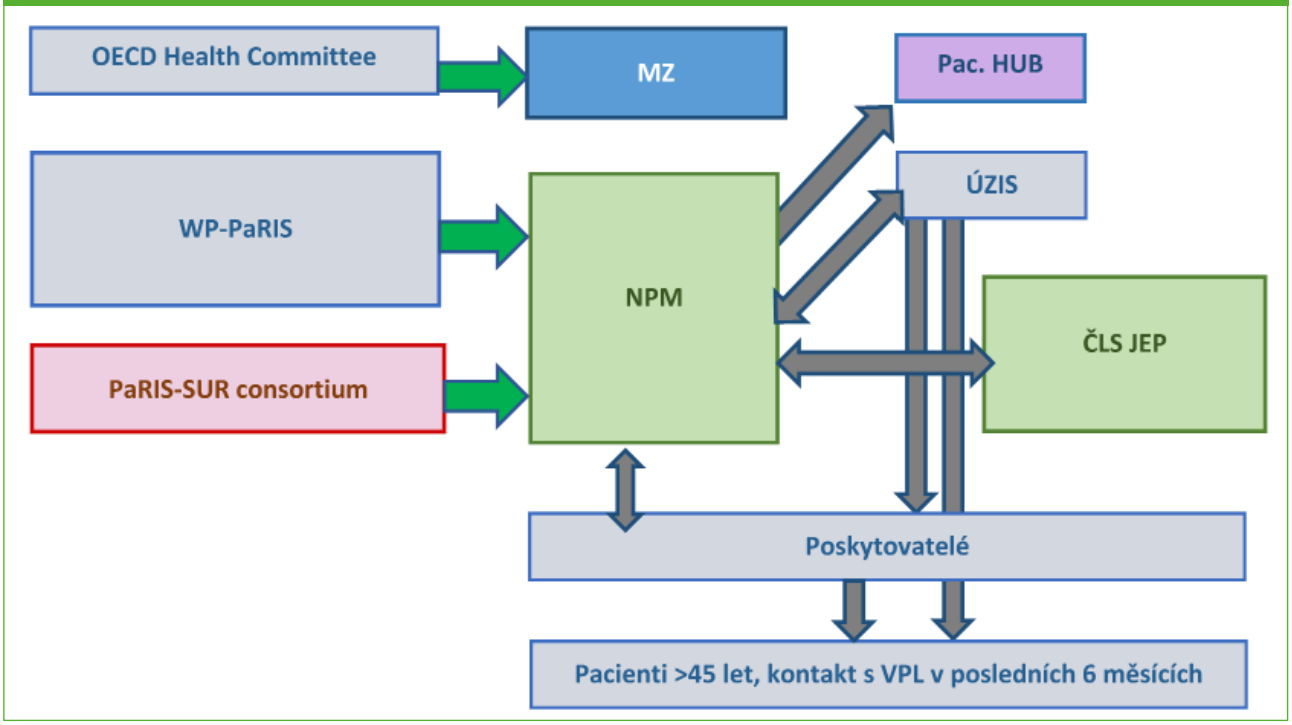
Sběr dat u poskytovatelů

Z celkového 4 865 ordinací VPL, identifikovaných propojením registrů, spravovaných ÚZIS (NRZHS, NRPzS), bylo vybráno 2 803 praxí oprávněných; aktivních ordinací, registrujících alespoň 900 pacientů, disponujících mailovou adresou a datovou schránkou. Z tohoto vzorku bylo vybráno jednoduchou randomizací a následně obdrželo pozvání do projektu (mailem, datovou schránkou) 1 000 ordinací. Na základě opakovaného hromadného oslovení z ÚZIS (16. 5. 2023 resp. 12. 6. 2023) a další individuální komunikace získal tým NPM ke spolupráci 106 ordinací VPL (viz obrázek č. 3). Zajistil administraci výše zmíněné trojcestné smlouvy s ČLS a ÚZIS. Spolupracující zástupce každého pracoviště, vesměs lékař, pak podepsal smlouvu s ČLS JEP o vlastní projektové činnosti a odměně za ni. Ve třech případech (řetězce praxí) jeden lékař zaštiťoval a převzal odpovědnost za spolupráci více pracovišť (dvou, tří a v jednom případě deseti). Následně lékaři obdrželi odkaz na on-line dotazník. V rámci této spolupráce VPL po administrativním vypořádání obou smluv vyplnili **106 kompletních on-line PaRIS dotazníků.**

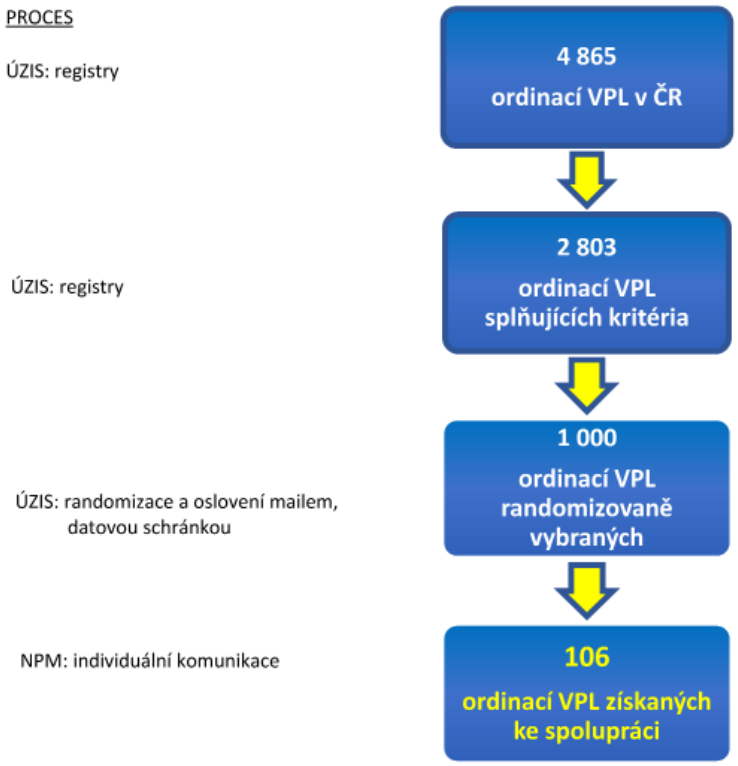
Obr. č. 3 Diagram výběru poskytovatelů v projektu PaRIS

Sběr dat u pacientů

VPL ze 106 praxí poskytli za IT podpory týmu NPM prostřednictvím svého ambulantních softwaru **106 souborů oprávněných pacient**ů, tj. pacientů starších 45 let, kteří v posledních 6 měsících navštívili nebo byli v kontaktu s ordinací. V následujícím kroku došlo k očistění souborů s ohledem na věk pacientů a možnost jejich identifikace a soubory obsahující pouze nezbytná kontaktní data byla odeslána v chráněném režimu ÚZIS. Celkový počet pacientů ze 106 praxí, kteří splnili kritéObr. č. 2: Organizační struktura řízení projektu v ČR

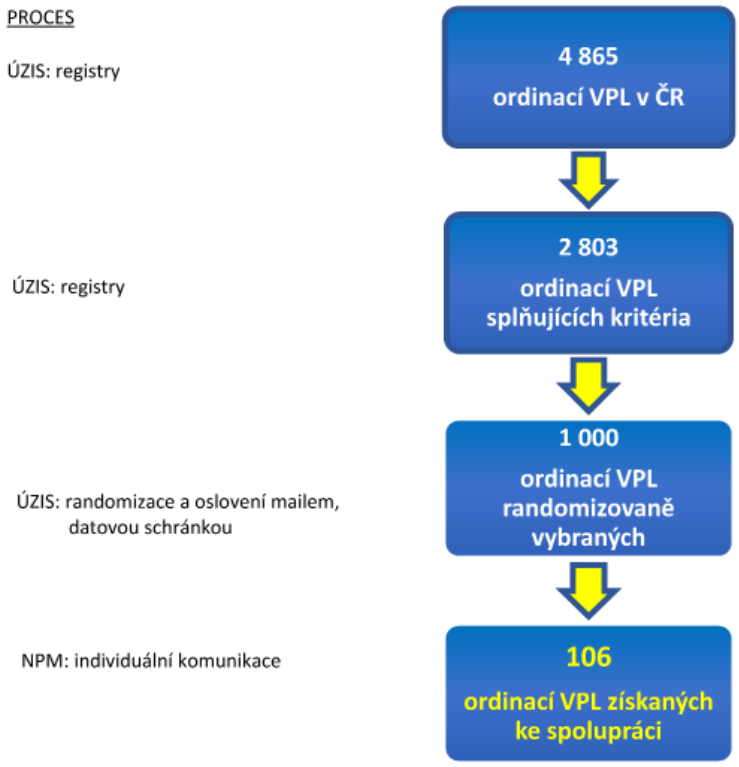


Obr. č. 2: Organizační struktura řízení projektu v ČR



ria pro zařazení do průzkumu, byl **53 002 (28 250 žen a 24 752 mužů)**. Randomizací ÚZIS byl z tohoto počtu vybrán vzorek **26 232 pacientů (13 611 žen, 12 621 mužů)**.

Obr. č. 4: Diagram výběru a zapojení pacientů v projektu



ÚZIS rozeslal první pozvánku do projektu s odkazem na on-line dotazník 9 607 pacientům z tohoto vzorku s dostupnou mailovou adresou v týdnu od 22. do 26. 9. 2023. Příjem e-mailu byl potvrzen u 9 247 pacientů. Připomínka byla odeslaná v týdnu od 23. do 28. 10. 2023 a posléze druhá připomínka 28. 11. 2023. Zároveň byl seznam pacientů z každé ordinace, vybraných ÚZIS do projektu, předán prostřednictvím NPM příslušnému VPL. VPL byl požádán, aby pacienty kontaktoval, poskytl jim vysvětlení a aktivně motivoval k účasti v průzkumu. VPL mohl poskytnout odkaz na on-line vyplnění dotazníku nebo nabídnout vyplnění papírového dotazníku. Finalizace dotazníku pro papírový tisk se prodloužila do října v důsledku opakovaných úprav některých otázek s ohledem na jejich význam v češtině a mezinárodní porovnatelnost (zdržení na straně konsorcia) a úprav nezbytných pro automatizované čtení, které zajišťoval ÚZIS. Celkem bylo do praxí zasláno během listopadu týmem NPM 3 500 papírových dotazníků. Dotazníky byly vybaveny ofrankovanou obálkou s adresou ČLS. Kódování dotazníků, online i v papírové formě, umožňuje jejich přiřazení k jednotlivým praxím.

Do konce října, na kdy bylo původně plánováno ukončení sběru dat v projektu PaRIS, byla ČR více jak 100% v získání dotazníků od poskytovatelů (jako jedna ze 4 zemí z celkového počtu 20), ale měla k dispozici, podobně jako v ostatních zemích, jen necelou polovinu dotazníků od pacientů. Rozhodnutím OECD došlo k prodloužení sběru dat do 19. ledna 2024. Do systému bylo nakonec zadáno **5 131 dotazníků; 4 111 bylo on-line vyplněných dotazníků a 1020 (zhruba 20 % všech dotazníků) bylo na on-line platformu přepsáno z papírové formy**. Přehled výběru a zapojení pacientů do projektu PaRIS znázorňuje obrázek č. 4.

K datu finalizace tohoto článku nejsou k dispozici očištěná data od konsorcia, ve kterých budou tyto počty korigovány. Víme například, že část (zhruba 25 %) on-line pacientských dotazníků bylo vyplněno nekompletně.

Hodnocení sběru dat v hlavním průzkumu

Návratnost průzkumu u poskytovatelů činila zhruba 11 %; z 1 000 oslovených se podařilo získat 106 poskytovatelů pro spolupráci (2,2 % ze všech ordinací VPL v ČR, 3,8 % ze všech ordinací VPL v ČR

splňujících kritéria pro průzkum).
Výsledná návratnost na oslovení pacientů k vyplnění dotazníku činila 20 % (5 131 z 26 232 oslovených). Na základě prvního a opakovaného e-mailového oslovení 9 247 pacientů s dostupnými mailovými adresami zareagovalo on-line otevřením dotazníku 2 730 pacientů, což představuje uspokojivou návratnost 30 %. Dalších 1 381 pacientů vyplnilo on-line dotazník po podpoře od ordinací a týmu NPM. Z poskytovatelům vydaných 3 500 papírových dotazníků pro pacienty (nejméně 30 dotazníků na ordinaci), se vrátilo 1 020 dotazníků (29 %). Dotazníky docházely na ČLS JEP i po termínu 19. ledna, ale již nemohly být do průzkumu zařazeny. Obrázek č. 5 ukazuje nárůst pacientských dotazníků v čase.

Obr. č. 5 Nárůst počtu pacientských dotazníků v čase

Forma dotazníku	k 30. 10. 2023	k 27. 11. 2023	k 31. 12. 2023	k 19. 1. 2024
On-line dotazník	2 730	3 393	4 101	4 111
Papírový dotazník	265	1 020		
CELKEM	2 730	3 393	4 366	5 131

Celkově byl sběr dat u poskytovatelů splněn více jak na 100 %, sběr dat u pacientů byl splněn na 68 % (5 131/7 500); bylo získáno zhruba 50 pacientských dotazníků na poskytovatele.

Průzkum v ČR byl od začátku zatížen časovou ztrátou s ohledem na ujasňování pravidel GDPR a na složitý administrativní proces v souvislosti s uzavíráním trojcestné smlouvy, bez které nebylo možné předávat soubory pacientů. Po vyřešení problémů pak pro ÚZIS nebyl problém identifikovat z příslušných registrů oprávněné poskytovatele, získat randomizací jejich statisticky významný vzorek a oslovit je. Pro tým NPM pak nebyl problém za podpory ČLS, resp. SVL získat ke spolupráci potřebný počet poskytovatelů a získat od nich on-line dotazníky. V tomto směru byla Česká republika premiantem projektu, stejně jako v jeho pilotní fázi.

Zpoždění se promítlo i do zahájení sběru dat od pacientů. Bohužel jen u části randomizovaných pacientů k obeslání měl ÚZIS k dispozici v souborech e-mailové adresy. Mezi poskytovateli VPL byla v tomto směru v dokumentaci velká variabilita. Hromadné mailové rozesílky ÚZIS tak mohly oslovit jen zhruba třetinu oprávněných pacientů. Komplikací byla také finalizace české verze papírového dotazníku s ohledem na specifika českého jazyka a potřebu úprav pro automatizované čtení. V tomto směru došlo k prodlení i ze strany konsorcia. Nebýt výše popsaných problémů, bylo možné v termínu cíl naplnit.

Hodnocení spolupráce subjektů zapojených do projektu a perspektiva opakování průzkumu

Projekt vyžadoval spolupráci a koordinované úsilí všech zapojených subjektů. S ohledem na právní a administrativní požadavky byl složitější, než se předpokládalo, nicméně řešení se našla. Míra získání pacientů k průzkumu v jednotlivých ordinacích závisela do vysoké míry na angažmá zdravotníků. Spolupráci NPM s poskytovateli v tomto ohledu negativně ovlivnilo období konce a začátku roku, ve kterém projekt kulminoval.
Věříme, že použitý model projektu lze využít i pro event. **opakování průzkumu v budoucnosti**. Perspektivu opakovaného průzkumu do vysoké míry ovlivní výstupy provedeného průzkumu a jejich prezentace pro odbornou i laickou veřejnost.

Výstupy projektu

V současné době probíhá analýza a čištění dat z průzkumu na úrovni OECD. Národní data budou k dispozici až v průběhu roku. Závěrečná práva OECD je plánovaná na listopad 2024. Teprve potom bude možné publikovat národní data a představit výstupy projektu odborné i laické veřejnosti.
Předběžné výstupy (zahrnující data z 1 200 praxí a od 60 000 pacientů) byly prezentovány ministrům zdravotnictví zemí OECD na schůzce v Paříži v lednu 2024:

- Osm z deseti pacientů, starších 45 let, navštěvujících praktického lékaře, má chronické onemocnění. Jedna čtvrtina z nich má tři a více chronických onemocnění.
- Přibývání chronických onemocnění více negativně ovlivňuje pocit zdraví než přibývání věku.
- Lidé, kteří hodnotí lépe kvalitu primární péče, se cítí zdravěji, i když mají chronická onemocnění.
- 78 % procent respondentů věří praktickému lékaři, ať poskytuje péči samostatně, nebo ve skupinové praxi, a tato důvěra je vyšší než důvěra ve zdravotní systém jako takový.
- Dlouhodobý vztah s ošetřujícím praktickým lékařem zvyšuje důvěru pacienta a jeho hodnocení spokojenosti s poskytovanou péčí.
- Efektivní využití medicínských dat v praxi zlepšuje zkušenost s poskytovanou péčí. Lidé, kteří musí poskytovatelům opakovat medicínské informace, mají horší zkušenost s poskytovanou péčí.

doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D.
Národní projektový manažer

MUDr. Norbert Král, Ph.D.
zástupce Národního projektového manažera

Ústav všeobecného lékařství 1. lékařské fakulty UK

Jak vystavět léčbu hypertenze

Epidemiologická data podávají nemilou zprávu

MUDr. Pavel Rutar
Interní oddělení Nemocnice Na Homolce

V České republice i dnes umírá na choroby srdce a cév 38 procent mužů a 44 procent žen1. Že za těmito čísly nestojí jen nezdravý zdravotní styl, ale i rezervy v kontrole ovlivnitelných kardiovaskulárních rizikových faktorů, to je smutným faktem. Na základě dat z průzkumu post-MONICA se odhaduje, že v České republice žije asi 2,3 milionu hypertoniků, přičemž 22 % z nich nemá stanovenu diagnózu. 24 % hypertoniků sice o své diagnóze ví, ale z nějakého důvodu se neléčí a 38 % procent hypertoniků pak léčených je, nicméně nedosahuje cílových hodnot1,2 krevního tlaku! Ve světle výše uvedeného tedy vyplývá, že adekvátně je v České republice léčeno jen asi 16 % hypertoniků1,2, a to i přes to, že je prokázáno, že arteriální hypertenze stojí za více jak jednou třetinou aterosklerotických příhod[1,2]. Chceme-li skutečně zlepšit tuto nepříznivou situaci, musíme se k problematice hypertenze stavět čelem, být důslední nejen ve vyhledávání hypertoniků, ale i v jejich kontrolách a musíme být proaktivní v přístupu eskalace nasazené terapie. Díky moderní léčbě a rozsáhlým možnostem kombinační fixní terapie, jsme schopni vybudovat robustní „ochranný val", který naše pacienty před nepříznivým vlivem arteriální hypertenze uchrání.

ACE inhibitory jsou preferenční RAAS blokátory v léčbě arteriální hypertenze

Základními cíli léčby arteriální hypertenze je kromě snížení krevního tlaku ochrana před infarktem myokardu a především snížení mortality. S ohledem na tyto cíle tedy musíme pečlivě vybírat mezi dostupnými antihypertenzivy, neboť alfou a omegou správně vedené terapie hypertenze není prosté dosažení nižších hodnot krevního tlaku, nýbrž to, jakou cestou tohoto efektu dosáhneme. Při sestavování farmakoterapie hypertenze tedy primárně využíváme léky s prokázaným efektem na redukci kardiovaskulárního rizika a celkové mortality[3,4]. Základní skupinou léků doporučovaných jako první volba pro léčbu hypertenze jsou RAAS blokátory, mezi které patří ACE inhibitory a sartany. Dnes už máme k dispozici celou řadu dat, která nám pomáhají v rozhodování, zda v léčbě hypertonika využijeme ACE inhibitor či sartan. Například Bertrandova metaanalýza potvrdila efektní snížení celkové mortality u ACE inhibitorů o 10 %, naproti tomu sartany efekt na snížení celkové mortality neprokázaly[5] a obdobný závěr přinesla i metaanalýza CHENG, která vyčíslila signifikantní pokles mortality při léčbě inhibitory ACE na 13 %, ale u sartanů pokles celkové mortality v této metaanalýze prokázán nebyl[6]. Dokumentovaný rozdílný efekt na kardiovaskulární prognózu hypertoniků mezi ACEI a sartany je dán odlišným mechanismem účinku obou podskupin léků. Zatímco ACE inhibitory blokují kininovou kaskádu již v prvním kroku, čímž zabraňují degradaci bradykininu a současně snižují stimulaci všech receptorů pro angiotensin II, sartany díky specifickému obsazení pouze receptorů AT1 nikterak neovlivňují množství bradykininu a navíc způsobují relativní nadbytek angiotensinu II, čímž nepřímo způsobují nadměrnou aktivaci receptorů AT2-AT4, které mohou spouštět patofyziologické děje mitogenní, prozánětlivé a pro-fibrózní[7].

Bradykininy hrají důležitou kardioprotektivní roli

Významný benefit ACE inhibitorů na snižování mortality a celkového kardiovaskulárního rizika je přisuzován organoprotektivnímu a endotelprotektivnímu účinku zvýšené hladiny cirkulujícího bradykininu[8,9]. Zdravý endotel má důležité antitrombotické působení. Inhibitory ACE, a zejména pak perindopril, svým působením snižují apoptózu a zvyšují regeneraci endotelových buněk, čímž pomáhají chránit celistvost endotelu, která je pro předcházení akutním koronárním příhodám zcela zásadní. Sartany, díky samotné podstatě mechanismu jejich účinku, kdy neovlivňují hladinu bradykininu, tyto příznivé účinky nevykazují[10].

Perindopril – stabilní základní kámen v terapii hypertenze

ACE inhibitorem disponujícím asi největším množstvím dat o příznivém efektu na redukci kardiovaskulárního rizika je již výše zmíněný perindopril, molekula, která přináší 24hodinový účinek, molekula, za kterou stojí data z řady morbi-mortalitních studiích (EUROPA, ASCOT, ADVANCE), molekula, která mimo jiné dokáže i navodit regresi aterosklerotických plátů[6,8,9,11,12]. V loňském roce byla publikována odborná práce, která potvrdila pozitivní vliv ACE inhibitorů (a zejména perindoprilu) na redukci zánětlivých parametrů, jakými jsou CRP, TNF-alfa i IL-6. To, že se pak vliv zánětlivých parametrů přímo propisuje do kardiovaskulární prognózy, potvrdila také studie LEE, porovnávající dlouhodobé klinické výsledky u hypertoniků s akutním infarktem

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

myokardu, přičemž pacienti užívající sartany měli ve srovnání s kohortou pacientů užívajících ACEI[13] vyšší výskyt dvouletých závažných koronárních příhod, infarktu myokardu, kardiovaskulární mortality a úmrtí ze všech příčin.

Využití perindoprilu v monoterapii

I přes to, že je v posledních letech v léčbě arteriální hypertenze kladen důraz na využití kombinační farmakoterapie, nemůžeme opomíjet fakt, že u 20 % pacientů si k dosažení uspokojivé kontroly krevního tlaku vystačíme s monoterapií.17 Monoterapie je v léčbě hypertenze indikovaná u pacientů v nízkém kardiovaskulárním riziku trpících arteriální hypertenzí prvního stupně či u velmi křehkých seniorů. Takovým typickým vhodným kandidátem k monoterapii perindoprilem je tedy na jedné straně spektra křehká geriatrická pacientka s arteriální hypertenzí, u které se obáváme horší tolerance při razantnější korekci krevního tlaku a na straně druhé pak mladý muž bez současných dalších komorbidit, kterému jsme při preventivní prohlídce naměřili hodnotu krevního tlaku 145/90 mm Hg a na podkladě domácího měření či provedené 24hodinové monitorace krevního tlaku jsme posléze u tohoto pacienta stanovili diagnózu arteriální hypertenze prvního stupně. V obou případech je využití perindoprilu jako antihypertenziva v souladu s doporučenými postupy a současně nám poskytuje výborný odrazový můstek pro případ, kdy budeme nuceni terapii dále fortifikovat.

Široká paleta fixních kombinací s perindoprilem, aneb jak dosahovat úspěchu v terapii

Jak bylo uvedeno výše, monoterapie v léčbě arteriální hypertenze je dostatečně účinná asi u 20 % pacientů. Právě z tohoto důvodu se mezinárodní i česká odborná doporučení pro léčbu arteriální hypertenze shodují v tom, že u většiny pacientů má být léčba hypertenze zahájena pomocí fixní dvojkombinace antihypertenziv3,4. Kombinační terapie přináší rychlejší a lepší dosažení cílových hodnot, a zlepšuje tak prognózu pacientů. Cílového krevního tlaku, který je pro většinu hypertoniků pod hodnotou 130/80 mm Hg, má být dosaženo ideálně do tří měsíců od zahájení léčby4. Doporučení preferovat fixní formu kombinační léčby před formou volnou vychází ze znalosti, že fixní kombinace léků oproti kombinacím volným zvyšují perzistenci k terapii a snižují riziko hospitalizace[14,15]. Perindopril lze v léčbě hypertenze volně kombinovat s ostatními základními antihypertenzivy, kterými jsou kalciové blokátory, diuretika a betablokátory. Ve všech uvedených kombinacích je dostupná fixní forma. Nejvíce preferovanou kombinační léčbou arteriální hypertenze je dvojkombinace ACE inhibitoru s blokátorem kalciového kanálu4. Tato fixní dvojkombinace může být v případě potřeby snadno rozšířena na fixní trojkombinaci.

Závěr

Kardiovaskulární onemocnění stále představují obrovskou zátěž pro zdravotní systém a jsou významným hráčem na poli morbidity a mortality v České republice. I přes to, že se jedná o skupinu onemocnění, která jsou do velké míry preventabilní, stále ve své klinické praxi nacházíme pacienty s pozdními komplikacemi onemocnění srdce a cév. Jedním ze zásadních rizikových faktorů kardiovaskulárních onemocnění je arteriální hypertenze. Bohužel však i dnes řada pacientů trpících hypertenzí o svém onemocnění neví, řada jiných o svém onemocnění ví a nedbá na ně, a v neposlední řadě existuje i nemalá část pacientů, kteří o onemocnění vědí, k léčbě adherují, ale ani tak nedosahují uspokojivé kompenzace krevního tlaku. Rezervy jsou tedy jak na straně pacientů, tak ale i nás, lékařů.

Cílem léčby arteriální hypertenze je kromě snížení TK také redukce kardiovaskulární morbidity a mortality, čehož dosahujeme jedině správně volenou, povětšinou kombinační farmakoterapií, jejímž základem jsou léky s prokázaným kardiovaskulárním benefitem – dominantně ACE inhibitory. ACE inhibitory jsou, díky svému komplexnímu mechanismu účinku na RAA systém a díky potenci zvyšovat dostupnost bradykininu, spojeny s vyšším kardiovaskulárním benefitem než sartany. ACE inhibitorem s asi nejvyšším množstvím dostupných dat z klinických studií je perindopril.

Perindopril je antihypertenzivum s prokázanou organoprotekcí a schopností navozovat reverzi časných aterosklerotických změn. Nespornou výhodou perindoprilu je 24hodinový klinický efekt, který jej kromě využití v monoterapii činí vhodnou molekulou pro využití ve fixních kombinacích antihypertenziv podávaných v jedné tabletě jednou denně.

Pro dosažení úspěchu v léčbě arteriální hypertenze není důležitá jen správně zvolená kombinace účinných látek, ale velmi důležitou roli hraje i forma léčiva, která zásadně ovlivňuje adherenci pacienta k terapii a jeho perzistenci k léčbě. Pacienti užívající fixní kombinace antihypertenziv dosahují cílových hodnot krevního tlaku významně častěji proti pacientům užívajícím kombinace volné.

V klinické praxi používáme perindopril jak v monoterapii, tak ve fixní kombinační léčbě. Perindopril

snižuje kardiovaskulární riziko pacientů a díky širokému portfoliu dostupných fixních kombinací základních antihypertenziv a originálního perindoprilu argininu, lze v případě potřeby léčbu hypertoniků velmi snadno upravovat, aniž by docházelo k navyšování počtu užívaných tablet. Kromě fixní dvojkombinační léčby vhodné pro většinu hypertoniků jsou dostupné i preparáty s fixní trojkombinací. Perindopril arginin tak lze označit za základní kámen moderní farmakoterapie arteriální hypertenze.

Zdroje:
1. ČSÚ
2. Cifkova R, Bruthans J, Wohlfahrt P, et al. 30-year trends in blood pressure, prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in the Czech Republic. the Czech MONICA and Czech post-MONICA studies. 2019; 37: e47.
3. Williams B, Mancia G, Spiering W, et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. Eur Heart J 2018; 39(33): 3021–104
4. Widimsky J, Filipovský J, Ceral J, et al. Doporučení pro diagnostiku a léčbu arteriální hypertenze ČSH 2022. Hypertenze Kardiovaskulární Prevence. 2018;Suppl.:19.
5. LONG TERM BENEFITS OF BLOOD PRESSURE TREATMENT ON THE INCIDENCE OF ATRIAL FIBRILLATION, HEART FAILURE AND CARDIOVASCULAR MORBIDITY AND MORTALITY: 20-YEARS FOLLOW-UP OF ASCOT-LEGACY. Gupta A et al. J Hypertens. 2021;39 (e-Supplement 1)
6. Bertrand ME, Ferrari R, Remme WJ, et al. Clinical synergy of perindopril and calcium-channel blocker in the prevention of cardiac events and mortality in patients with coronary artery disease. Post hoc analysis of the EUROPA study. Am Heart J. 2010 May;159(5):795-802. doi: 10.1016/j.ahj.2009. 12. 042. PubMed PMID: 20435188; eng.
7. Lévy BI, Mourad JJ. Renin Angiotensin blockers and cardiac protection. From basis to clinical trials. Am J Hypertens. 2021 Jul 15:hpab108. doi: 10.1093/ajh/hpab108. Epub ahead of print. PMID: 34265036.
8. Cheng J, Zhang W, Zhang X, et al. Effect of angiotensin-converting enzyme inhibitors and angiotensin II receptor blockers on all-cause mortality, cardiovascular deaths, and cardiovascular events in patients with diabetes mellitus. JAMA Intern Med 2014; 174: 773-785.
9. Ferrari R. Angiotensin-converting enzyme inhibition in cardiovascular disease: evidence with perindopril. Expert rev Cardiovasc Ther 2005; 3: 15-29.
10. Fortini, F.; Vieceli Dalla Sega, F.; Marracino, L.; Severi, P.; Rapezzi, C.; Rizzo, P.; Ferrari, R. Well-Known and Novel Players in Endothelial Dysfunction: Updates on a Notch(ed) Landscape. Biomedicines 2021, 9, 997. https://doi.org/10.3390/biomedicines9080997
11. Ceconi C, Fox KM, Remme WJ, et al. ACE inhibition with perindopril and endothelial dysfunction. Results of a substudy of the EUROPA study; PERTINENT. Cardiovasc Res 2007; 73: 237-246.
12. Van Vark L, Bertrand M, et al. Angiotensin-converting enzyme inhibitors reduce mortality in hypertension: a meta-analysis of randomized clinical trials of RAAS inhibitors involving 158998 patients.Eur Heart J, 2012; 33: 2088-97.
13. Lee J et al. PLoS One. 2023;18(3):e0281460.
14. Simons LA, Chung E, Ortiz M. Long-term persistence with single-pill, fixed-dose combination therapy versus two pills of amlodipine and perindopril for hypertension: Australian experience. Current medical research and opinion. 2017 Oct;33(10):1783-1787. doi: 10.1080/03007995.2017.1367275. PubMed PMID: 28805468; eng.
15. Verma AA, Khuu W, Tadrous M, Gomes T, Mamdani MM. Fixed-dose combination antihypertensive medications, adherence, and clinical outcomes: A population-based retrospective cohort study. PLoS Med. 2018;15(6):e1002584. Published 2018 Jun 11. doi:10.1371/journal.pmed.1002584
16. Vincent M, Marchand B. et al, Drug Des Discov 1992;9(1):11-28.
17. Studie post-Monica 2015-2018(Cor et vasa,2020,prof. Cífková)
18. Ceconi C et al. PERTINENT. Cardiovasc Res. 2007; 73: 237-246
19. Fox KMCeconi C et al. PERTINENT. Cardiovasc Res. 2007; 73: 237-246. The EUROPA study. Lancet 2003;362:782-788.
20. 4. Myers MG. Can J Cardiol. 1996;12:1191-1196. 5. Morgan T et al. Clin Exp Pharmacol Physiol.,1992;19:61-6. 6. Strauss MH, Hall AS. Circulation 2006; 114: 838⊠860.

Na chvíli praktikem o pár tisíc kilometrů dál

MUDr. Astrid Matějková
Ordinace PL AM-MED, s.r.o., Pardubice
Členka výboru SVL ČLS JEP

Je jaro 2023 a ke mně se po roce vrací dotaz, zda bych nejela na lékařskou misi do Afriky. Mládí strávené s knížkami Alberta Schweitzera, zatím jen cestovatelská láska k Africe, vyprávění naší kolegyně Lenky Dejdarové o jejích předchozích misích, možnost vzít s sebou syna medika – to vše zní více než lákavě. Naproti tomu stojí strach, že „nic neumím", „nebudu tam k ničemu platná", „co budu já, praktik a geriatr dělat u porodu", „kdo mě zastoupí".

První část vyřešit racionálně nejde, druhou část – zástup – na sebe berou moji dva kolegové – Ondra a Pavel, bez nich a mé sestřičky by to v žádném případě nešlo, to vám kolegům praktikům říkat nemusím. Tím pádem ale není na co se vymlouvat, nezbývá než sebrat odvahu a balit kufry. A pokud by vás zajímala tropická medicína, pohled do jiného světa očima českého praktika, dovolte mi s vámi sdílet pár střípků z měsíce stráveného v Africe.

Je začátek ledna 2024 a tým se schází na letišti ve Vídni. Tým lékařů a mediků, které v Nairobi čeká sanitka Dorotka a s ní duše zdravotnického zařízení Itibo Aleš Bárta, člověk, který když se z Indického oceánu na konci roku 2004 převalila vlna tsunami, nakoupil nejnutnější zdravotnický materiál a vyrazil s budoucí sestrou roku Jiřinou Špelinovou na Srí Lanku. Už tehdy je zaštítila humanitární organizace ADRA, se kterou spolupracoval i po návratu z Asie. Podpořili ho v plánech postavit a provozovat malou nemocnici někde v Africe. Vybral si Keňu, oblast čajových plantáží na západu země, ve výšce 2000 m.n.m. – Itibo, místo s vysokou hustotou obyvatel, kteří měli minimální přístup k lékařské péči – jen jednu boudu a v ní sestru Elisabeth. Začal rekonstruovat staré budovy a stavět nové, pomáhaly charitativní akce, sponzorské dary. A Alešův entuziasmus, se kterým do Itiba přivedl už spoustu českých doktorů a mediků, postupně nakazil i nás.

Zatím ale teprve sundáváme zimní bundy a měníme je nad ránem v Nairobi za kraťasy, kluci medici vyvážou batohy na střechu sanitky. A že těch zavazadel máme. Každý z nás, snad poprvé v životě, vytěžil možnost 2×23 kg odbavených. V jednom batohu jede osobní výbava s bílým oblečením a fonendoskopem, druhý je plný nakoupených léků a drobností pro děti. Do sanitky se naskládáme dopředu tři – Aleš, Lenka (praktik a endokrinolog), já (praktik a geriatr) a dozadu mladší část sestavy – Aťka (pediatr), medici Kačka, Kuba, Sebík a Filipové. A kromě Aleše nikdo netuší, do čeho jdeme, jen s respektem očekáváme dny příští. Nairobi projíždíme elegantně, čínská africká expanze je tady více než patrná, což pro nás neznamená nic jiného než obrovský most nad Nairobi a více než dobré hlavní tahy silnic. Co to bude do budoucna znamenat pro Keňu, raději nedomýšlíme. První zastávka na cestě je turistická. Itibo je dva dny cesty směrem k Viktoriinu jezeru a, abychom drželi zdravotnického ducha, spíme u Jezera hrochů, v Naivashe. Ráno při svítání se loďkami projedeme krajinou připomínající Burianovu Cestu do pravěku mezi hrochy, doplníme střechu sanitky jídlem na první půlku pobytu – na nákup pak už pojedeme jen jednou, a to k Viktoriinu jezeru. Pozdě odpoledne, už za tmy opouštíme asfaltku a šplháme po hliněné rozbrázděné cestě nahoru do Itiba. Lidí je kolem cesty spousta, ženy s náklady na hlavě, děti honící obruč, rozpadlé boudy kolem cesty. Všichni zdraví a mávají na sanitku. Průjezd bránou je vstupem do jiného světa. Jsme doma. „Účko" přízemních bílých budov s náměstíčkem, s lavičkami, s široko daleko tak neznámou věcí, jako je odpadkový koš, a hned na kraji „domeček". Místo, kde strávíme příští měsíc. Ložnička pro dva, tedy dvě nejstarší dámy, kam se řadím, ložnice pro šest, minipokojík Aleše. Společně sdílíme koupelnu, kuchyňku, společenskou místnůstku a prosklenou terasu – jídelnu a zároveň triážní pozorovatelnu. Přijde-li pacient po svých, máte čas, vidíte-li ho na motorce, mezi dvěma dalšími, a táhne nohy, kafe si dáte tradičně jako doma v ambulanci později, studené. Ale to jste zvyklí.

Jak vypadá keňské zdravotnictví? Je šest stupňů zdravotnických zařízení, v angličtině pojmenované takto:	
Level 1	Community Health Units
Level 2	Dispensaries and Private Clinics
Level 3	Health Centres
Level 4	Sub-county Hospitals and Nursing Homes
Level 5	County Referral Hospitals, Teaching and Referral Hospitals and Private Hospitals
Level 6	National Referral Hospital

Pro pohled z Evropy je důležité to, že stupeň 1–4 je čistě sesterský, naše itibská nemocnice je nejvyš-

ší sesterskou, doktor je přítomen jen tehdy, pokud je přítomná mise z Česka. Co to reálně znamená? Nemocnici řídí vedoucí klinický pracovník = vrchní sestra, v našem případě bratr. Jinak jsou v nemocnici sestry (čtyři na 24hodinový provoz), laboranti, administrativa, uklízečka, pomocný personál, security. Sestřičky mají postavené domky v areálu, ve kterých bydlí i s dětmi, jsou schopny jít s dítětem do práce, s dítětem na zádech rodit. Běžně se jim stane, že v noci přivezou porod, úraz, otravu, k tomu má hospitalizované na některých z asi 20 lůžek. Obdivuhodné, neuvěřitelné, co s tak omezenými možnostmi zvládnou. Navíc se nemocnice zaměřuje hlavně na preventivní péči – kontroly těhotných, očkování velmi podobné evropskému, jeden den v týdnu s pyšnými maminkami a vyšňořenými dětmi, které v rámci očkování absolvují něco jako preventivní prohlídku. Pro běžnou klinickou praxi mají k dispozici laboratoř – krevní obraz na malarické parazity, sputum na TBC, vyšetření moči, kompletní KO, glykémii, stolici na parazity, POCT – na malárii a HIV. V rámci WHO programu a různých nadací mají velmi dobře vedenou péči o HIV+ pacienty, ti jsou léčeni stejně jako kdekoliv jinde na světě. Pokud si to ovšem přiznají. Oblast kmene Kisii, kam spadáme, je jednou z nejpromořenějších oblastí stran HIV a AIDS je zde stále ještě bohužel stigmatem, trestem Božím, tzn věc skrývaná a tajená.

Co přináší Itibu česká stopa? Zcela nově analyzátor, na

který vybral český tým peníze v minulém roce, upřímně, člověk si už dnes moc nedokáže představit léčbu hospitalizovaného pacienta bez kreatininu nebo třeba kalia. Léta Alešovy práce dostala do Itiba rentgen, vybavení JIPečky, lůžka pro novorozence, zubařské křeslo, EKG, ultrazvuk. Určitě si teď říkáte, no a co já s tím, já ultrazvuk neumím, jak odečtu rentgen. Nenásleduje nic jiného než „musím to nějak zkusit", ostatně praktikům tahle situace není neznámá. Zjistíte, že spousta věcí se dá vyfotit a poslat domů rentgenologům, sondu od ultrazvuku, pokud vyskočíme z Lenčiných endokrinologických známých terénů, vám může přes Whatsapp vést kolega specialista sedící tisíce kilometrů daleko řešící za vás, zda kolabuje nebo nekolabuje dolní dutá žíla a zda dolít nebo nedolít, jak že vypadá ta placenta, když dotyčná krvácí, a co že je třeba s tím žlučníkem. Dolít, nebo nedolít. Ani to se nejeví tak jednoduché, jak se zdá, zaprvé, co si budeme povídat, není to úplně denní chleba praktika, zadruhé lineomat – dávkovač, na ten si také nesáhnete, takže vzpomenete starých sester a počítáte kapky za minutu, abyste dámě se saturací 37 (na všech prstech, všemi dostupnými oxymetry) na koncentrátoru kyslíku nějakým způsobem zkusili kapat syntophyllin a kortikoidy. Neskutečně jsou pomocní medici, s vysílačkami za pasem v noci vstávají k inhalacím, ladí kyslík, počítají příjmy a výdeje, mění flexily, tedy pokud najdou tu správnou ruku. Ono totiž v Keni nejste nikdy sám. K doktorovi chodí rodiny v celých delegacích, s hospitalizovaným, který má jen výjimečně pojištění, a tím pádem nárok na stravu, vám na pokoji bivakuje celá rodina, zakempují na parapetu, pod postelí a ke svému nemocnému si klidně 1–2 vlezou i přes noc do postele. Prostě všechno je jinak a nezvyklé. O to smutněji najednou působí jednotlivý, opuštěný pacient. Bývá to ten, který je z nějakého důvodu vyděděn z vesnice, a hlavně mladinká těhotná děvčátka bez partnerů. Jsi svobodná matka, rodina tě už nechce a je vám asi jasné, jak se taková holčina dál bude protloukat světem. My vidíme jen ten porod, u kterého je sama, a slzy do očí vám vhání představa jejího dalšího osudu. Porody jsou vůbec téma pro současnou Keňu. Keňa má mladou populaci – 73 % Keňanů je mladších 30 let a počet obyvatel Keni vzrostl v průběhu 20. století z necelých 3 milionů na 40 milionů. Novorozenecká úmrtnost byla obrovská, takže maximální snaha vlády je, aby ženy rodily v nemocnicích, a dokonce za to nemocnicím dává zvláštní úhradu. Nevím, proč jsem měla představu, že porody žen, vesničanek, zvyklých těžké práci, budou bez problémů. Hned první porod mě vyvedl z omylu. Resuscitace novorozence. Byla jsem zatraceně šťastná, že s námi jela Aťka, pediatr, která všechny ty děti narozené přidušené, ve zkalené plodové vodě, s přetrženou pupeční

šňůrou dokázala přivést ve zdraví na svět. A dokázala i to, co je pro pediatrii myslím ne úplně typické, a to dětskou paliativu. Pro mě jeden z nejobtížnějších okamžiků itibské mise. Holčička Faith, narozená s rozštěpem tvrdého i měkkého patra, kraniosynostózou, s minimální možností sát a s nemožností pro ni sehnat v rámci Keni jakoukoliv léčbu, s námi strávila jeden jediný měsíc života, který jí byl dán, s Habermannovou savičkou dovezenou z Nairobi, která aspoň dokázala, že byla spokojená, napitá. Ale miminko mrtvé, v papírové krabičce, s plačící matkou je to, co člověk vidět nechce. A smutek v Keni dokáže být velmi intenzivní. Smutek je hlasitý pláč až upadnutí do bezvědomí v těžké konverzní poruše, která vás vyděsí diferenciální diagnostikou kómatu, ale která velmi dobře zabere na inhalaci čpavku. To je keňský smutek. Náš smutek většinou vyvolaly keňské ženy – často přijely těžce potlučené manželem, plačící, schovávající své modřiny různého stáří, prosící o neobvazování ran, aby to nebylo vidět, ženy, které se po akutním ošetření musely vrátit do prostředí, ze kterého vyšly, jen s minimální šancí se odtamtud dostat. Stav, který je společností tolerován a nepříliš řešen. Zajímavé, že na druhém konci je ten nejvážanější člověk keňské komunity, a tou je stará dáma – omongina, člověk vážený, adorovaný rodinou.

A co řešíte v keňské nemocnici? Rozdělíte se do skupin. Ambulance, lůžka, převazy, porodnice a domeček. A samozřejmě noční služba. Ambulance začíná, až Meléna, tak se vážně jmenuje uklízečka, vytře. A trvá tak do 17 hodin, kdy následuje služba. Na ambulanci chodí běžné i pro nás neběžné infekce, úrazy od lehkých přes šití až po závažné stavy, otravy, astma, alergie, hypertenze, tuberkulóza, bolesti břicha, možná až trochu překvapivě řada věcí podobných našim. Samozřejmě chronická onemocnění jsou pro místní komplikovaná. Dostupností péče, dostupností finanční. Léky dostanete do pytlíčku odsypané, jen dávkování musíte přehodit, prostě 3×1 je 1×3. Léky jsou velmi podobné těm, se kterými jsem začínala – devadesátky – enalapril, nifedipin, takže nezbývá než otestovat staropaměť. Paralen, diklofenak a omeprazol jsou základní léčba. Antibiotika jsou dostupná široce, antibiotická rezistence a boj s ní je něco, co sem ještě neproniklo. V lékárně si je můžou koupit sami, zkoušejí pár tablet od jednoho, od druhého a pak jim v nemocnici odsypou od třetího. Pestré jsou převazy ran všeho druhu – poúrazové, žilní bércové vředy, diabetické defekty, těžké mikrobiální ekzémy, občas je třeba něco zašít, při úrazech využijete rentgen. O lůžkách i porodnici jsem psala, jen s tou porodností ještě souvisí další ambulantní návštěva, a tou je zavedení antikoncepčních tyčinek. Společnost vyžaduje porození syna, nová generace žen už to začíná vidět jinak, ale ne vždy informaci o zavedení antikoncepce ví manžel…

A když se nedaří? Pak víte, že Keňa nekončí v Itibu. Pokud jsou v Itibu Češi, je v Itibu sanitka a je možné pacienta transportovat do nemocnice vyššího typu – tedy pokud na to má a pokud ho přijmou. A spousta odsud nechce – přece jen posílení personálu o 9 lidí je znát a české standardy, byť aplikované „v rámci možností“, jsou mnohdy lepší než spádová nemocnice.

A jaká je nejtěžší služba? No jasně že domeček – musíte uklidit, vyprat a uvařit pro devět lidí s potravinami, které nejste úplně zvyklí používat, v kuchyni, kde občas

nejde elektrika a ani na vaření s dešťovou vodu nejste příliš nastavení. Takže kromě stránek doporučených postupů a medicínských videí brouzdáte i na kucharce-prodceru a hledáte, jak upéct housky pro tým devíti lidí. Ještě že ty keňské kvasnice fungují jako brus. Nebo že by to bylo tou nadmořskou výškou?

Nadmořská výška, jak jsem už psala, je 2000 m.n.m. To znamená na místo na rovníku velmi přívětivé klima a procházky po kopečcích mezi bambulkami čajovníků vašemu zraku více než lahodí. Zabloudit nemůžete, jak opustíte bránu nemocnice, okamžitě máte kolem sebe spoustu malých afričančat, zvědavých, osahávajících si chlupaté ruce a nohy wazungů (bělochů). Roztomilých, od pohledu chudých dětí, většinou živených kukuřičnou kaší ugali, tu si v Keni dejte fakt jen pro zajímavost, se zeleninou sukuma wiki připomínající růžičkovou kapustu bez růžiček. A kam se hnete, všude vám lidi třesou rukama, zdraví, je vidět, jak si komunita české přítomnosti v Itibu váží a jak Čechy mezi sebe přijali.

A komunita není jen ta část pacientská. Jako správná mise navštívíte kostel, díky Lenčině sbírce ho dokonce během našeho pobytu dokážou vydláždit. Navštívíte školu. A když vám odpoledne přinese paní učitelka avokáda s tím, že děkuje, že děti, mezi kterými je spousta sirotků, byly vděčné za dárky – kartáčky na zuby, sešity, pastelky, bonbóny, tak vám najednou dojde, že pomoct máte i tady. Že možná to nejdůležitější, co můžete podpořit, je vzdělání. A začnete nakupovat pro děti ve třídách s bahnitou podlahou, bez oken a dveří lavice, začnete elektrifikovat, organizovat štukování, objednávat okna a dveře. Prostě všechno to patří tak nějak dohromady.

A co zjistíte v Africe? Že jste ve svých vyšetřovacích postupech závislí na anamnéze a výrazu tváře a že bez domluvy a v terénu jiných emocí to není vůbec jednoduché, že toho spoustu neumíte, ale že máte spoustu kolegů, na které se můžete obrátit a že distanční medicína funguje i z Afriky. Že jste zvyklí se rozhodovat sami a že je fajn být opět chvíli součástí týmu. Že vás medicína zase o něco víc baví a vzpomenete si, proč jste ji vlastně kdysi šli studovat. Že jsou věci, které jsou všude stejné – potkáte se s banalitami, musíte občas experimentovat, potkáte se s tragédiemi. A velmi si osvěžíte, co znamená v plné šíři být všeobecným doktorem.

A hlavně zjistíte, že i jednotlivec, když chce, tak dokáže neskutečné věci – třeba vybudovat nemocnici v Africe. A to ještě s lidskostí a pokorou.

Kdyby vás někoho moje povídání oslovilo, a i vy byste chtěli strávit měsíc v Africe nebo mít třeba v Africe kousek tabule nebo ultrazvuku, který nám teď odchází, ozvěte se mi. Nebo koukněte na darujme.cz projekt Itibo, nebo itibo.cz, kde najdete, jak se dá odjet nebo přispět.

S poděkováním všem, díky kterým jsem mohla na měsíc odjet, všem, se kterými jsem tam mohla být, a díky Africe, která mi dala víc, než jsem mohla dát já ji, Astrid.

Rehabilitace pánevního dna močové inkontinence s využitím magnetostimulace

doc. MUDr. Petr Konečný, Ph.D., MBA
Ústav klinické rehabilitace FZV Univerzita Palackého Olomouc
Centrum léčebné rehabilitace, nemocnice Agel SMN Prostějov

Mgr. Jana Vyskotová, Ph.D.
1. Ústav klinické rehabilitace FZV Univerzita Palackého Olomouc

Úvod

Močová inkontinence představuje značný medicínský i sociální problém, který významně ovlivňuje kvalitu života pacientů. Močová inkontinence je stav, při kterém dochází k nekontrolovanému úniku moči. Mohou se vyskytovat různé typy inkontinence jako jsou stresové, urgentní, smíšené a přetékavé inkontinence.[1] Jednou z nejčastějších poruch je stresová inkontinence, která je charakterizována jako stížnost na nedobrovolný únik moči v souvislosti s fyzickou námahou, kýchnutím nebo kašlem. Problémy s únikem moči mohou způsobit také manipulace s břemeny či sportovní aktivity. Za normálních okolností reaguje močová trubice na zvýšení nitrobřišního tlaku automatickou kontrakcí svěrače. Nitrobřišní tlak se tedy přenáší stejnou měrou na močový měchýř i na močovou trubici. Stresová inkontinence vzniká ve chvíli, kdy tlak uvnitř močového měchýře (intravezikální tlak) převýší tlak v močové trubici (intrauretrální). Standardně se dělí stresová inkontinence na tři stupně běžně využívané pro hodnocení v klinické praxi. I. stupeň: moč uniká po kapkách (přerušovaně) a to především při náhlém zvýšení nitrobřišního tlaku (např. při kašli, zvedání těžkých břemen, kýchnutí). II. stupeň: moč oproti prvnímu stupni začne unikat při mírnějším vzestupu nitrobřišního tlaku, především během chůze, běhu, chůzi do schodů či jiné lehké fyzické námaze. III. stupeň: při minimální fyzické námaze (pomalá chůze) či během klidového stoje uniká moč téměř permanentně.[2]

Mezi hlavní léčebné postupy v léčbě inkontinence patří chirurgické operativní zásahy a konzervativní léčba, která zahrnuje změny životního stylu, farmakoterapii a především fyzioterapii. Fyzioterapie pánevního dna se stává klíčovou složkou v komplexní rehabilitaci pacientů s močovou inkontinencí, neboť cílí na posílení svalů pánevního dna, čímž přispívá k redukci nebo úplné eliminaci nechtěného úniku moči.[3] V posledních letech získává na významu využití neinvazivních technik, zejména magnetické stimulace (HIFEM - High Intensity Focused Electro-Magnetic Technology), která umožňuje cílené posílení hluboko uložených svalů pánevního dna bez potřeby fyzické aktivity ze strany pacienta.[4]

Magnetostimulace pánevního dna, prováděná například přístrojem – terapeutickým křeslem Emsella[5], je pokročilá forma terapie, která využívá principy elektromagnetické indukce k dosažení hluboké a účinné stimulace svalů pánevního dna (obrázek). Základem této terapie je aplikace vysokointenzitního elektromagnetického pole, které proniká skrz biologické tkáně a stimuluje neuromuskulární tkáň bez vedlejších účinků nebo bolesti. Elektromagnetické pole je generováno pomocí cívky umístěné v sedadle přístroje, přičemž pacient sedí na něm oblečený. Dynamické změny v intenzitě a frekvenci elektromagnetického pole umožňují cílit na různé skupiny svalů pánevního dna a optimálně je aktivovat. Supramaximální svalové kontrakce indukované tímto procesem způsobují řadu fyziologických reakcí, včetně zvýšení krevního oběhu v oblasti pánve, zlepšení dodávky kyslíku a živin k svalům, a stimulace růstu a reparace svalových vláken. Důsledkem je zlepšení svalové síly, vytrvalosti a funkčnosti, což vede k lepší kontrole nad močovým měchýřem, redukci příznaků inkontinence a zlepšení sexuálních funkcí.

Důležitou součástí účinnosti této terapie je její schopnost cíleně aktivovat celou škálu svalů pánevního dna, což je obtížně dosažitelné standardními cvičebními metodami. Magnetostimulace tak poskytuje bezpečnou, neinvazivní a velmi efektivní alternativu pro léčbu řady problémů spojených s dysfunkcí pánevního dna.

Kazuistika

Prezentovaný případ se týká 41leté ženy s diagnózou poporodní stresové močové inkontinence II. stupně, která byla kombinována s lumbalgií. Počáteční hodnocení odhalilo signifikantní svalovou dysbalanci a insuficienci hlubokého stabilizačního systému. Pacientka podstoupila komplexní rehabilitační program, jehož novinkou bylo zařazení vysokointenzitní magnetoterapie pro aktivaci pánevního dna. Tato terapie byla realizována pomocí přístroje BTL EMSELLA.[5]

Po tříměsíčním rehabilitačním programu, zahrnujícím 20 sezení magnetostimulace pánevního dna, pacientka zaznamenala výrazné zlepšení – snížení bolesti zad na VAS 0/10 a významnou redukci inkontinenčních epizod,

což vedlo k prakticky úplnému vymizení symptomů inkontinence.

Závěr

Výsledky prezentované kazuistiky potvrzují efektivitu kombinovaného přístupu k rehabilitaci pánevního dna, kde významnou roli hraje magnetostimulace. Tato metoda se ukázala být nejen efektivním doplňkem tradičních fyzioterapeutických postupů, ale především přinesla pacientům výrazné zlepšení kvality života. K hodnocení kvality života byl použit mezinárodní dotazník CONTILIFE, který se skládá z 28 otázek zaměřených na celkovou kvalitu života pacientů trpících inkontinencí. Dotazník hodnotil, jak inkontinence ovlivňuje běžné denní aktivity, aktivity spojené s fyzickou námahou, emoční důsledky, vliv na sexuální život, celkový pocit spokojenosti a sebehodnocení pacientů. Výsledky před a po aplikaci terapie ukázaly signifikantní zlepšení ve všech hodnocených oblastech. Průměrné skóre kvality života v dotazníku CONTILIFE se zvýšilo, což naznačuje značné zlepšení vnímání vlastního zdravotního stavu a snížení negativního vlivu močové inkontinence na denní život pacientů. Zvláště bylo zaznamenáno výrazné zlepšení v oblastech emočních důsledků a sexuálního života, což ukazuje na zlepšení psychosociálních aspektů inkontinence.

Vzhledem k těmto výsledkům lze konstatovat, že kombinovaný rehabilitační přístup včetně magnetostimulace pánevního dna může významně přispět k zlepšení celkové kvality života u pacientů se stresovou inkontinencí. Výsledky potvrzují, že tato neinvazivní metoda je dobře tolerována, snižuje potřebu farmakoterapie a chirurgických zákroků a přispívá k významnému zlepšení kvality života pacientů. Interdisciplinární spolupráce mezi praktickými lékaři, urology, rehabilitačními lékaři a fyzioterapeuty je klíčová pro efektivní využití této terapie v klinické praxi.

Magnetická stimulace pánevního dna představuje slibnou, bezpečnou a pacienty dobře tolerovanou alternativu v léčbě močové inkontinence.

Závěry z prezentovaného článku byly prezentovány na XI. kongresu praktických lékařů V Olomouci 15. 3.–16. 3. 2024.

Magnetický stimulátor pánevního dna EMSELLA[5]

Literatura:
1. Halaška M, et al. Urogynekologie. Galén, 2004.
2. Hanuš T, Macek P, a kol. Urologie pro mediky. Praha: Karolinum, 2015.
3. Skalka P. Možnosti léčebné rehabilitace v léčbě močové inkontinence. Urologie pro praxi.2002: 3(3):94-100. ISSN 1803-5299. Dostupné z: https://www.solen.cz/pdfs/uro/2002/03/02.pdf.
4. Hou W, Lin P, Lee P, Wu J, Tai T, Chen S. Effects of extracorporeal magnetic stimulation on urinary incontinence: Journal of Advanced Nursing 2020:76(9):2286-2298. Dostupné z: doi:10.1111/jan.14450.
5. www.btl.cz

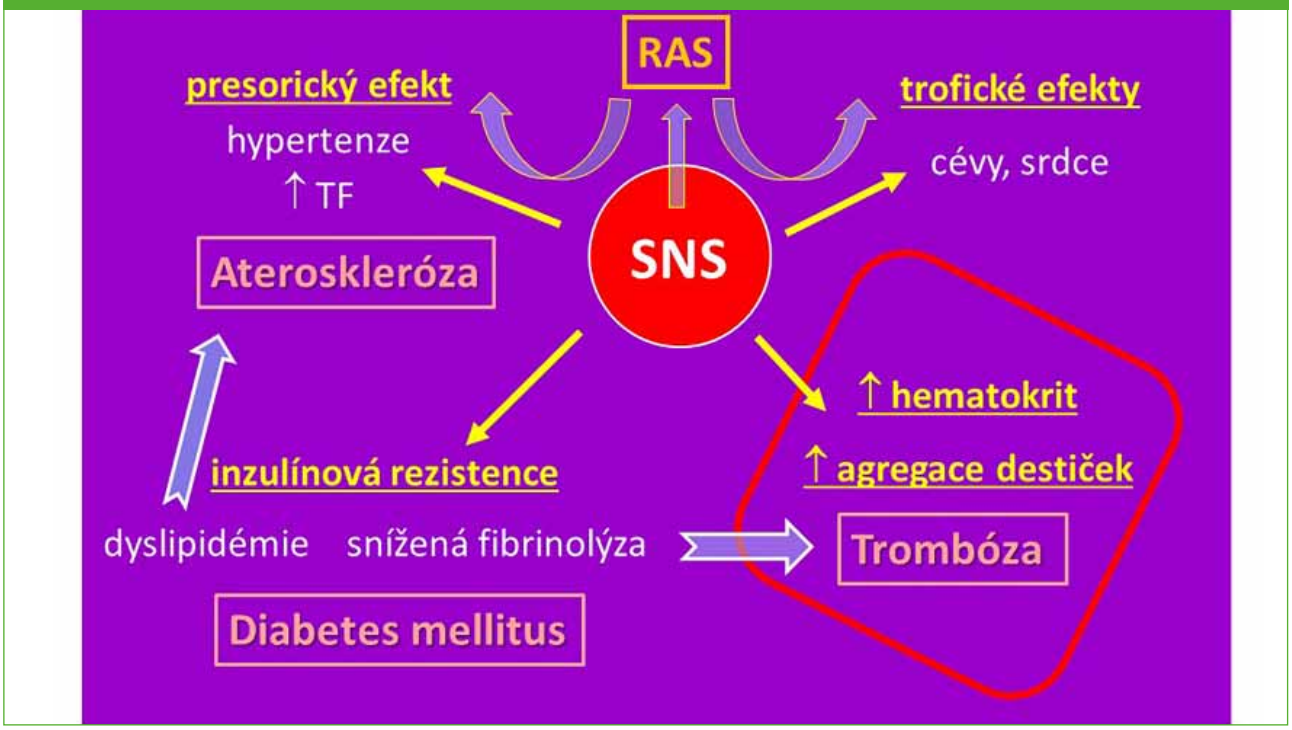
Moxonidin v léčbě arteriální hypertenze

Léčba hypertenze centrálně působícími léky má své pevné místo. Přínos moxonidinu zejména pro hypertoniky s obezitou, nadváhou, metabolickým syndromem nebo diabetem 2. typu připomněla v rámci webináře SVL ČLS JEP, který se konal 5. března, prof. MUDr. Hana Rosolová, DrSc., z Centra preventivní kardiologie II. interní kliniky LF UK a FN Plzeň.

Ačkoli se o hypertenzi hovoří již téměř sto let, zůstává nejčastějším kardiovaskulárním (KV) onemocněním. Potýká se s ní 40 procent obyvatel vyspělých zemí. Tři čtvrtiny hypertoniků mají obezitu nebo nadváhu a téměř každý má alespoň jeden metabolický rizikový faktor (RF). Hypertenze je hlavní ovlivnitelný RF kardiovaskulárních příhod. Je hlavním nezávislým faktorem ischemické choroby srdeční (ICHS), cévní mozkové příhody (CMP), renálního a kardiálního selhání. „Úroveň rizika je kontinuální, stoupá od těch nejnižších hodnot krevního tlaku (TK), přičemž důležitější je systolická hodnota (STK). Také již víme, že celá prognóza hypertonika je dána tou hodnotou krevního tlaku, které dosáhneme léčbou, a proto je terapie hypertenze tak důležitá," zdůraznila prof. Rosolová.

Jak vysvětlila, TK je regulován řadou systémů a svoji roli zde hraje i genetika, která se na variaci TK podílí 30 procenty. Zároveň platí, že hypertenze je dvakrát častější u osob, jejichž rodiče jsou hypertonici. K nejdůležitějším mechanismům regulujícím TK patří sympatický nervový systém (SNS), který reguluje srdeční výdej a periferní cévní rezistenci. Dalším hráčem je renin-angiotensin-aldosteronový systém (RAS), kde zvýšená tvorba angiotensinu II a zvýšené uvolňování mineralokortikoidů vede ke zvyšování TK, přičemž angiotensin II je největší vazokonstriktor v našem organismu. S věkem také klesá hustota nefronů, což je další faktor vedoucí ke zvyšování TK.

Graf 1: SNS a kardiometabolické riziko



Zásadní roli hraje sympatický nervový systém

Regulační aktivita SNS je rychlá, umožňuje regulovat TK již v řádu sekund. Zjistit úroveň SNS lze pomocí několika markerů. Tím nejjednodušším je tepová frekvence (TF) a TK. K detailnějším parametrům patří hodnoty noradrenalinu v plazmě a v moči, baroreflexní senzitivita, mikroneurografie, variabilita TF, obrat noradrenalinu nebo PET.

Jak ukázala již Framinghamská studie u nejdostupnějšího markeru, kterým je TF – čím vyšší je TF, tím vyšší je koronární, KV i celková úmrtnost. „Můžeme tedy říci, že tepová frekvence je prognostickým faktorem. Čím je TF vyšší, tím vyšší je riziko úmrtí a tím kratší je délka života," upozornila prof. Rosolová.

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

Srdeční frekvence > 80 tepů/min v klidu zvyšuje KV riziko u hypertoniků. Reflektuje vyšší aktivitu sympatiku, je ve spojení s vyšším rizikem fibrilace síní (FS) a srdečního selhání i zvýšené mortality hypertoniků, což ale platí i pro obecnou populaci[1].

Zvýšená aktivita SNS souvisí s řadou nemocí od hypertenze, CMP, ICHS, srdečního selhání až po nefrosklerózu, ledvinné selhání nebo metabolický syndrom včetně diabetu 2. typu (DM2T).

SNS, resp. katecholaminy mají jednak presorický efekt – zvyšují TK a TF, dále trofické efekty, hlavně na stěny arterií a levou komoru srdeční. SNS má i vztah k inzulinové rezistenci, která s sebou nese rozvoj dalších RF, jako je dyslipidémie, DM2T nebo snížená fibrinolýza, které jsou spojeny s dalšími RF, a proto přispívají k rozvoji aterosklerózy. Zvýšená aktivita SNS je také spojena s vyšším hematokritem a se zvýšenou aktivitou destiček. Zároveň je SNS ve velmi silné interakci s RAS (viz graf 1)

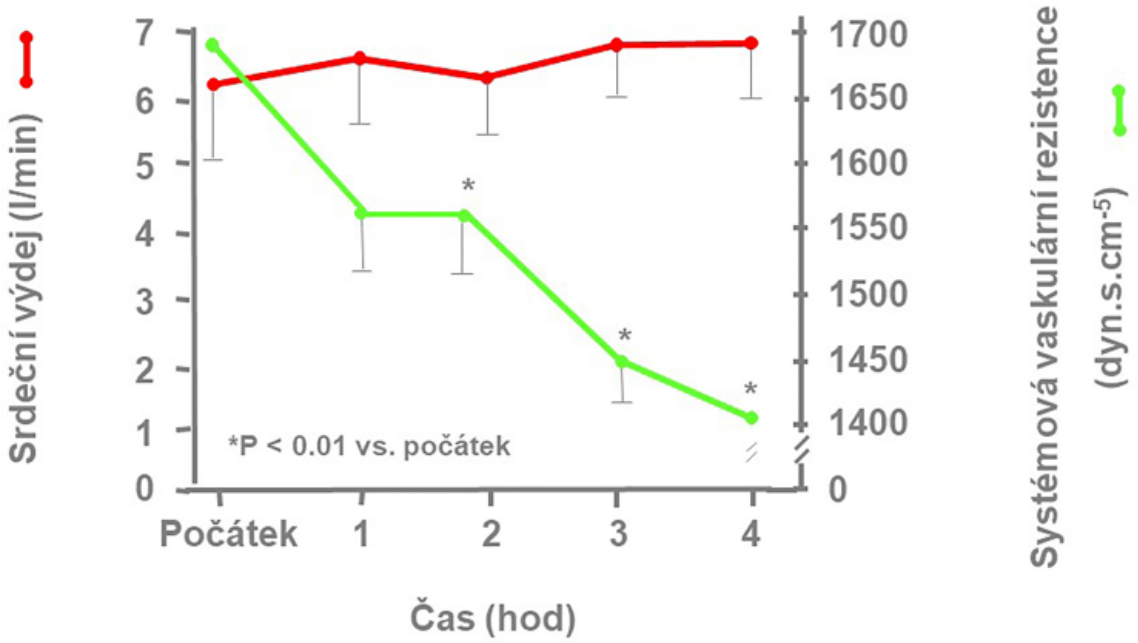
Jak snížit vysokou aktivitu SNS?

Snížení aktivity sympatiku je možné nefarmakologicky – nekouření (nikotin zvyšuje aktivitu SNS), zdravé stravování, omezení alkoholu, pravidelný pohyb, redukce hmotnosti, vyvarování se stresových situací nebo kompenzace stresu. Ukázalo se například, že hraní na hudební nástroj nebo poslech hudby má pozitivní účinek na vyvážení sympatického a parasympatického tonu vegetativního nervového systému[2].

V případě, že režimová opatření nestačí, nastupuje farmakologická léčba antihypertenzivy:

- inhibitory ACE,
- blokátory receptorů AT1 (sartany),
- blokátory kalciových kanálů (BKK),
- diuretika,
- betablokátory (BB),
- alfablokátory,
- centrálně působící látky.

Graf 2: Moxonidin: účinek na hemodynamické parametry



„Všechny tyto léky snižují krevní tlak a zároveň v různé míře i sympatickou nervovou aktivitu. Centrálně působící látky doporučujeme spíše do kombinace se základními skupinami antihypertenziv. V této skupině máme vedle léků ovlivňujících α-adrenoreceptory (α-metyldopa, guanfacin, clonidin) i látky působící vesměs na imidazolinové receptory (moxonidin, rilmenidin), které inhibují sympatickou aktivitu, vylučování noradrenalinu, redukují vazokonstrikci a mají méně nežádoucích účinků ve srovnání s látkami ovlivňujícími α-adrenoreceptory (únava, suchost v ústech, útlum)," uvedla prof. Rosolová. Mechanismus působení moxonidinu je velmi podobný baroreflexu, a proto lze jeho působení na centrální SNS označit jako fyziologické.

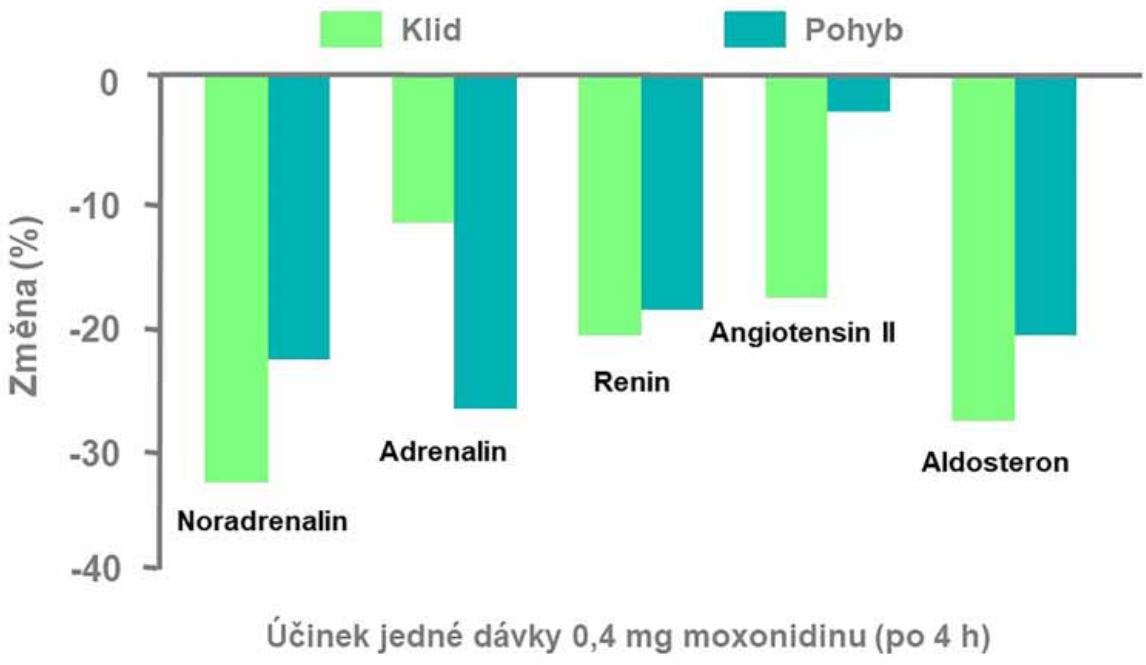
Moxonidin jako metabolicky protektivní antihypertenzívum

Moxonidin účinkuje jako středně silné antihypertenzivum. Jedna z provedených studií prokázala, že již po osmi týdnech léčby moxonidinem (0,4 mg) došlo k významnému snížení TK srovnatelnému s enalaprilem[3]. Další práce zaměřená na dlouhodobý účinek moxonidinu v monoterapii ukazuje významné snížení STK i DTK a lehce i TF s tím, že tento efekt přetrvával dlouhodobě[4].

Jiná z dřívějších prací potvrdila zajímavý účinek moxonidinu na jiné hemodynamické parametry u hypertoniků, je-li pacient léčen moxonidinem, klesá clearance daleko méně než např. při léčbě BKK[6].

Hypertonici mají vyšší riziko rozvoje diabetu 2. typu, zvláště jsou-li obézní nebo mají-li nadváhu či jiné rizikové faktory typické pro metabolický syndrom. Riziko nově vzniklého DM2T při léčbě různými antihypertenzivy se liší. Nejlepší výsledky mají sartany a inhibitory ACE, na opačném konci stojí BB a thiazidová diuretika. Moxonidin se pohybuje na úrovni inhibitorů ACE. Jako centrálně působící látka tím, že snižuje centrální aktivitu sympatiku, snižuje i inzulinovou rezistenci, a je tedy metabolicky protektivní.

Graf 3: Moxonidin: účinek na neuroendokrinní parametry



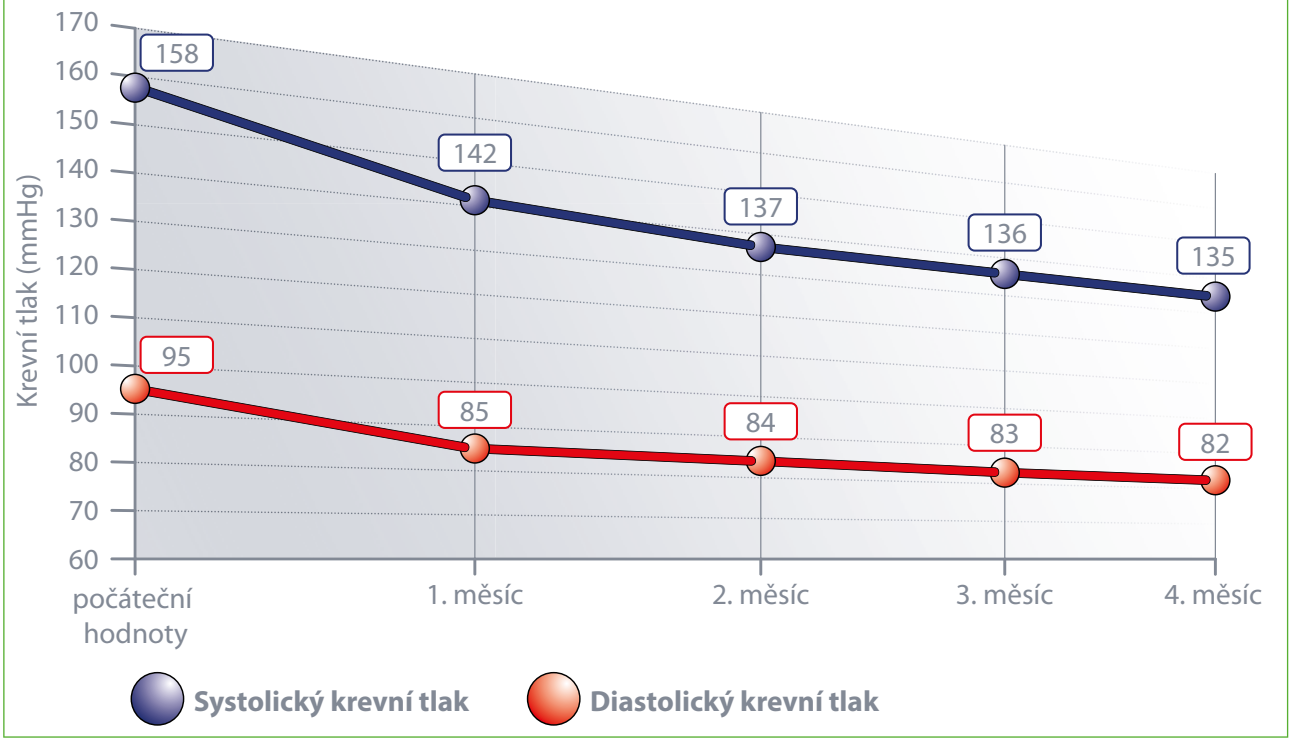
jako je srdeční výdej a systémová vaskulární rezistence. Zatímco srdeční výdej se během léčby vůbec nezměnil, vaskulární rezistence se významně snížila, což je žádoucí[5] (viz graf 2). „Data potvrzují, že moxonidin má komplexní účinek. Nejen, že snižuje aktivitu centrálního a následně periferního sympatiku, ale ovlivňuje i řadu neuroendokrinních parametrů, např. noradrenalin, adrenalin, renin, angiotensin II a aldosteron. Všechny parametry byly sníženy jak v klidu, tak při zátěži již po jedné dávce 0,4 mg," komentovala výsledek práce prof. Rosolová (viz graf 3).

Dnes již víme, že u dlouhodobých hypertoniků dochází k poklesu kreatininové clearance, avšak, jak se ukázalo,

Recentnější studie[7] ukazuje, že u obézních hypertoniků, kteří dodržovali hypokalorickou dietu, došlo po čtyřech měsících užívání moxonidinu k výraznému poklesu STK i DTK (viz graf 4).

Opomenout nelze studii CAMUS, na níž se v Německu podílelo 772 praktických lékařů (4 005 pacientů s MS, hypertenzí a nadváhou či obezitou). Monoterapie moxonidinem, který se titroval až na dávku 0,6 mg, ukázala pokles STK až o 27 mm Hg s tím, že nejvyšší pokles byl zaznamenán u pacientů s obezitou 3. stupně. „Čím obéznější pacient byl, tím lepší byl efekt léčby moxonidinem. K poklesu DTK došlo o cca 14 mm Hg (viz graf 5). U všech pacientů zařazených do studie je vedle

Graf 4: Výrazný pokles STK i DTK při léčbě moxonidinem u hypertoniků s obezitou

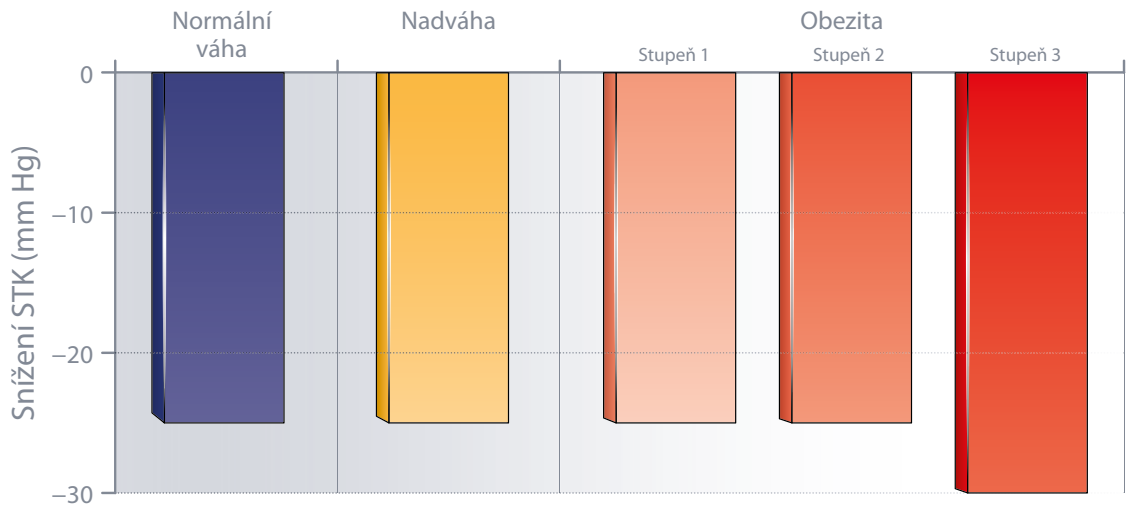


adherence k léčbě sledována také hmotnost. V tomto případě zhubli po osmi týdnech léčby pacienti o cca 1,5 kg," uvedla prof. Rosolová.

Pozdější práce pak prokázaly, že moxonidin na rozdíl od betablokátorů nesnižuje kapacitu zátěže nebo že pokud je tento lék podáván pacientům po ablaci FS a sníží se aktivita sympatiku, dochází k významně méně častým recidivám FS.

„Moxonidin redukuje sympatickou aktivitu centrálně, cestou imidazolových receptorů, ale i periferně, např.

Graf 5: Studie CAMUS – monoterapie hypertenze moxonidinem – čím obéznější pacient, tím lepší efekt



v ledvinách, kde ovlivňuje větší vylučování sodíku a vody. Jedná se o středně silné antihypertenzivum vhodné do kombinací, ale účinné je i v monoterapii. Redukuje inzulinovou rezistenci, což je výhodné pro hypertoniky s inzulinovou rezistencí pro prevenci vzniku diabetu 2. typu, ale i pro hypertoniky s MS, s obezitou nebo s diabetem 2. typu. Působí renoprotektivně a také zlepšuje psychický stres," shrnula prof. Rosolová.

Maximální dávka moxonidinu je 0,6 mg. Lze ji zkombinovat, např. 0,4 mg ráno a 0,2 mg večer. Lék je indikován nejčastěji do kombinací, zejména u obézních osob, pacientů s MS a DM2T. Jak ukázala berlínská empirická zkušenost, u těhotných žen prokázal moxonidin dobrou účinnost a lepší snášenlivost než metyldopa; nelze jej však těhotným ženám doporučovat. Kontraindikací moxonidinu je GF pod 30 ml/min/1,73 m^2, srdeční selhání a převodní poruchy. Moxonidin prokazuje výhody oproti podobně působícímu rilmenidinu (viz tabulka 1).

Jak prof. Rosolová uzavřela, sympatický nervový systém hraje velkou roli v regulaci TK, ale také v kardiometabolickém riziku i celkové mortalitě. Centrálně působící antihypertenziva prostřednictvím imidazolových receptorů v prodloužené míše nebo v ledvinách přinášejí další benefity v léčbě těžší hypertenze, hlavně v kombinační terapii.

kol

Měli byste vědět

Moxostad (moxonidin) je centrálně působící antihypertenzivum pro léčbu lehké až těžké esenciální hypertenze, včetně rezistentní hypertenze. Je metabolicky neutrální, nezpůsobuje ani nezhoršuje DM. Vhodný je do kombinace s jinými antihypertenzivy, i když funguje i v monoterapii. Je také vhodný k léčbě hypertenze spojené s psychickou tenzí.

Zdroj: Medical Tribune č. 4/2024

Tabulka 1: Porovnání centrálně působících látek dle SPC

MOXONIDIN	RILMENIDIN
Dávkování 1× denně, spolehlivý efekt 24 hodin – lepší adherence	Podávání 1–2× denně
Tři síly, lze lépe titrovat dávku (0,2; 0,3; 0,4)	Pouze jedna síla, nelze titrovat
Bez rizika rebound fenoménu	Častý rebound fenomén po vysazení
	Riziko kombinace s alkoholem
Bez doplatku pacienta	Doplatek pacienta

Reference
1. Mancia G, Kreutz R, Brunström M, et al. 2023 ESH Guidelines for the management of arterial hypertension The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension: Endorsed by the International Society of Hypertension (ISH) and the European Renal Association (ERA). J Hypertens. 2023 Dec 1;41(12):1874–2071.
2. McCrary JM, Altenmüller E. Mechanisms of Music Impact: Autonomic Tone and the Physical Activity Roadmap to Advancing Understanding and Evidence-Based Policy. Front Psychol. 2021 Aug 27;12:727231.
3. Küppers HE, Jäger BA, Luszick JH, et al. Placebo-controlled comparison of the efficacy and tolerability of once-daily moxonidine and enalapril in mild-to-moderate essential hypertension. J Hypertens. 1997 Jan;15(1):93–97.
4. Schwarz W, Kandziora J. [Long-term experiences with moxonidine, a new antihypertensive agent]. Fortschr Med. 1990 Nov 10;108(32):616–620.
5. Mitrovic V, Patyna W, Hüting J, et al. Hemodynamic and neurohumoral effects of moxonidine in patients with essential hypertension. Cardiovasc Drugs Ther. 1991 Dec;5(6):967–972.
6. Elliott WJ, Meyer PM. Incident diabetes in clinical trials of antihypertensive drugs: a network meta-analysis. Lancet. 2007 Jan 20;369(9557):201–207.
7. Abellán J, Leal M, Hernández-Menárguez F, et al. Efficacy of moxonidine in the treatment of hypertension in obese, noncontrolled hypertensive patients. Kidney Int Suppl. 2005 Jan;(93):S20–S24.

Jak souvisí postcovidový syndrom s poškozením mozku?

Mozková mlha (brain fog) patří mezi nejčastější symptomy postcovidového syndromu (long covid). Postihuje téměř každého druhého pacienta, který má po prodělání COVID-19 další kognitivní potíže, jako je porucha paměti nebo soustředění. A jak se ukazuje, nejde o subjektivní vjem pacientů – je totiž pravděpodobným projevem poškození mozku, které je způsobeno těžkým průběhem nákazy a přetrvává roky. Objektivní důkazy o zasažení CNS přinesla nová studie postřednictvím analýzy kognitivních testů, symptomů popisovaných pacienty, zobrazovacích vyšetření mozku a biomarkerů jeho poškození.

U 351 pacientů hospitalizovaných s vážným průběhem COVID-19 hledali vědci z Velké Británie důkazy o poškození mozku rok po nákaze virem a porovnávali je s nálezy 2927 kontrolních jedinců odpovídajícího věku.

Poškození mozku odpovídá zestárnutí mozku o 20 let

Pacienti s postcovidovým syndromem byli v kognitivních testech méně přesní a pomalejší a rovněž měli nejméně jednu duševní poruchu, jako je deprese, úzkost nebo posttraumatická stresová porucha. Pozorovaný deficit kognitivních funkcí odpovídal 20 letům stárnutí mozku. *„Problémy s kognicí a pamětí, na něž si pacienti stěžovali, byly spojené s neuroanatomickými změnami mozku,“* zdůraznil klíčový závěr studie její hlavní autor a ředitel Infection Neuroscience Lab na Liverpoolské univerzitě profesor Benedict Michael.

To má značný význam nejen pro odborníky, ale zejména pro nemocné – potvrdilo se totiž, že jejich symptomy nejsou jen výplodem jejich představivosti, ale existují objektivní důkazy, že mozek byl onemocněním COVID-19 skutečně zasažen. *„Výsledky naznačují, že klinici by měli překonat svůj skepticismus a zvážit možnost, že jejich pacienti utrpěli poškození mozku a měli by být řádně léčeni,“* řekl k výsledkům této studie neuropsychiatr z Vanderbiltovy univerzity James C. Jackson.

Atrofie mozku jako důsledek imunitní reakce

Jak vlastně onemocnění COVID-19 mozek podle prezentovaných zjištění poškozuje? Již předchozí výzkum naznačil, že mechanismus by mohl souviset s nedostatkem kyslíku, s nímž se při vážném průběhu této infekce mozek potýká, zejména u pacientů, jejichž stav vyžaduje umělou ventilaci. Zobrazení mozku pacientů s COVID-19 v předchozím výzkumu ukázalo atrofii šedé hmoty, která byla vyvolána zánětem ze zvýšené imunitní odpovědi, nikoliv virem samotným.

Vědci navrhli i možnou prevenci poškození – neuroprotektivní účinky by mohly vykazovat kortikosteroidy podávané k redukci zánětu během hospitalizace. Také další modality, které se využívají v léčbě nemocných s poškozením mozku, mohou být efektivní v léčbě symptomů mozkové mlhy spojené s postcovidovým syndromem. Patří sem řečová či kognitivní terapie, ergoterapie a specializovaná léčba případných duševních chorob.

Léčba symptomů mozkové mlhy může podle vědců pomoci pacientům vrátit se do normálního života. Zvýšené biomarkery mozkového poškození a změny na zobrazení mozku totiž korelují s problémy, s nimiž se pacienti potýkají v každodenním životě. Mohou se týkat zapamatování si informací, syntézy velkého množství informací, dodržení termínů nebo soustředění na právě probíhající činnost.

Výzkum nabídl odpovědi na některé otázky, další otázky otevřel

Přes cenná zjištění studie neříká nic o tom, zda COVID-19 může ovlivnit mozek jedinců, kteří prodělali tuto infekci v méně závažné formě.

Dále existuje obava, že i přes léčbu může být poškození mozku v rámci postcovidového syndromu dlouhodobé a urychlit nástup demence a Alzheimerovy nemoci u těch, kteří jsou k těmto neurodegenerativním chorobám náchylní. Naznačila to již dříve studie *National Institute of Neurological Disorders and Stroke*, podle níž u lidí, kteří již demencí trpí, COVID-19 akceleroval negativní strukturální i funkční změny v mozku.

Zdroj:
https://www.prolekare.cz/novinky/jak-souvisi-postcovidovy-syndrom-s-poskozenim-mozku-136974

Podivná nula

MUDr. Karel Nešpor, CSc.
Psychiatrická léčebna Praha

Za bezalkoholní piva a bezalkoholní vína se v Česku považují nápoje, kde obsah alkoholu nepřesahuje 0,5 %. Tyto nápoje nejsou tedy zcela bez alkoholu a představují riziko pro zranitelné skupiny populace (Hew a Arunogiri, 2024). Z klinické praxe známe případy, kdy jedinci závislí na alkoholu navzdory varování začali konzumovat bezalkoholní piva. To obvykle pokračovalo zvyšováním dávek a následně recidivou, kdy dotyční přešli k běžným pivům. Bezalkoholní piva bývají podobně balená, mají podobnou chuť a pach jako běžná piva. Pití bezalkoholního piva proto vyvolává u osob závislých na alkoholu bažení a zvyšuje riziko recidivy (Caballeria et al., 2022). Podle citovaných autorů osoby pijící nadměrné dávky alkoholu používají bezalkoholní piva jako doplněk, nikoliv náhradu alkoholických nápojů. Nelze prokázat, že by rozšíření bezalkoholních piv a podobných výrobků vedlo ke snížení celkové spotřeby alkoholu (World Health Organization, 2023). Pití bezalkoholních piv u dětí a dospívajících, osob užívajících určité léky, nebo těhotných žen navíc představuje negativní modely pro jejich okolí.

Výše uvedené skutečnosti by měli brát lékaři v úvahu a před bezalkoholními pivy varovat.

Literatura:
Caballeria E, Pons-Cabrera MT, Balcells-Oliveró M et al. „Doctor, Can I Drink an Alcohol-Free Beer?" Low-Alcohol and Alcohol-Free Drinks in People with Heavy Drinking or Alcohol Use Disorders: Systematic Review of the Literature. Nutrients. 2022; 14(19):3925.
Hew A, Arunogiri1 S. Zero alcohol, but not zero risk? Australian & New Zealand Journal of Psychiatry 2024; 58(1) 10–11.
World Health Organization. A Public Health Perspective on Zero- and Low-Alcohol Beverages: Brief 10. Geneva: World Health Organization, 2023; 15.

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

Vážení čtenáři a řešitelé testů,
dle nového Stavovského předpisu České lékařské komory č. 16, podle § 5 přílohy č. 1, jsou od 1. 7. 2012 všechny znalostní testy v odborných časopisech hodnoceny jednotně, a to 2 kredity. Za správné vyřešení testu budou řešitelům přiděleny **2 kredity ČLK**. Podmínkou ČLK pro přidělení kreditů je zadání odpovědí elektronicky na stránkách **www.svl.cz**, a to **nejpozději do 20. 5. 2024.**

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

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

ZNALOSTNÍ TEST JE HODNOCEN 2 KREDITY ČLK

1. Která z typů močové inkontinence se vyskytuje nejčastěji?
a) stresová
b) urgentní
c) z přetékání

2. Na kolik stupňů, běžně využívaných pro hodnocení v klinické praxi, se standardně dělí stresová inkontinence?
a) na tři stupně
b) na dva stupně
c) na jeden stupeň

3. Mezi hlavní léčebné postupy v léčbě inkontinence patří:
a) chirurgické operativní zásahy
b) farmakoterapie
c) fyzioterapie a fyzikální terapie

4. Jaká molekula z uvedených antihypertenziv patří do skupiny centrálně působících látek?
a) Amlodipin
b) Moxonidin
c) Perindopril

5. Jakým způsobem snižuje moxonidin krevní tlak?
a) blokuje průniku iontů Ca2+ do buněk svaloviny cév
b) blokuje přeměnu angiotensinu I na angiotensin II
c) snižuje aktivitu sympatického nervového systému

6. Jaké jsou běžně používané síly molekuly moxonidin?
a) 1,25 mg; 2,5 mg a 5 mg
b) 0,2 mg; 0,3 mg a 0,4 mg
c) 20 mg; 40 mg a 80 mg

7. Za bezalkoholní piva a bezalkoholní vína se v Česku považují nápoje, kde obsah alkoholu nepřesahuje:
a) 0,5 %
b) 0,5 ‰
c) 0 %

8. ACE inhibitory
a) jsou skupinou léků, která má prokázaný kardiovaskulární benefit
b) vedou ke zvýšení hladiny bradykininů, které působí organo- a endotelprotektivně
c) jsou dle řady metaanalýz z pohledu kardiovaskulární prevence výhodnější než sartany (AT1 blokátory)

9. Perindopril
a) nelze používat v léčbě arteriální hypertenze v monoterapii
b) je molekula, kterou lze v léčbě arteriální hypertenze snadno kombinovat s blokátory kalciových kanálů, betablokátory či diuretiky
c) dokáže navodit regresi aterosklerotických plátů

10. Kombinační léčba arteriální hypertenze
a) je k dosažení uspokojivé kompenzace krevního tlaku nutná u většiny pacientů s arteriální hypertenzí
b) je spojena s vyšším výskytem nežádoucích účinků a menším klinickým účinkem ve srovnání s eskalovanou monoterapií
c) ve formě fixních kombinací významně zlepšuje adherenci pacienta k terapii a dosažení lepších klinických výsledků

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

ODPOVĚDI – TEST Č. 4/2024

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

SVL ČLS JEP

Vzdělávací semináře

v květnu 2024

Hlavní témata

Komplexní péče o pacienty s chronickou žilní insuficiencí.

Hypertenze, nový doporučený postup 2024.

den	datum	čas	město a místo konání
pondělí	13. 5.	16.30–20.30	Aula SZŠ, Příluky 372, 760 01 Zlín
středa	15. 5.	16.00–20.00	Parkhotel Plzeň, U Borského parku 31, 320 04 Plzeň
středa	15. 5.	16.00–20.00	Penzion Šenk, Chrudimská 1315, 530 02 Pardubice
středa	22. 5.	16.00–20.00	Lék.dům, Sokolská 31, 120 26 Praha 2
středa	22. 5.	9.00–13.00	Kancelář veřejného ochránce práv, Údolní 39, 602 00 Brno
středa	22. 5.	16.30 - 20.30	Hotel „U Šimla“, Závodní 19/1, 360 01 Karlovy Vary
středa	22. 5.	17.00–21.00	Dělnický dům, Žižkova 1696/15, 586 01 Jihlava
středa	22. 5.	16.00–20.00	SPA Hotel VITA, Skuherského 4, 370 01 České Budějovice
čtvrtek	23. 5.	16.00–20.00	Clarion Congres Hotel, Špitálské náměstí 3517, Ústí nad Labem
čtvrtek	23. 5.	16.00–20.00	Krajská nemocnice Liberec, Klášterní ulice 131/14, 460 01 Liberec
sobota	25. 5.	9.00–13.00	Teoretické ústavy LF UP Olomouc, Hněvotínská 3, 775 15 Olomouc
čtvrtek	30. 5.	16.00–20.00	Kongresové centrum ALDIS, Eliščino nábřeží 375, Hradec Králové
čtvrtek	30. 5.	16.00–20.00	Lék.dům, Sokolská 31, 120 26 Praha 2
úterý	4. 6.	16.00–20.00	Hotel Imperial, Tyršova č. 6, 702 00 Ostrava

Pozvánky na semináře budou rozesílány e-mailem.

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