



PRACTICUS

pro praktické lékaře zdarma • č.5/2017 • ročník 16



22nd WONCA Europe Conference

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



Společenský večer Obecní dům, WONCA 2017

Všichni jste srdečně zváni!

XXXVI. výroční konference

Společnosti všeobecného lékařství

8. – 11. listopadu · Kongresové centrum Zlín



Hlavní téma: „Evropské a české praktické lékařství, kdo koho dohání?“

Výzva k zaslání abstrakt

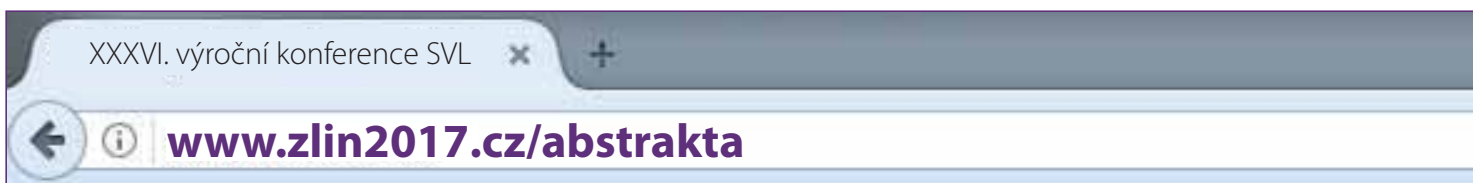
Vytvořte svůj abstrakt přes webové rozhraní, kde vyplníte jednotlivá pole. Po odeslání abstrakta Vám bude zaslán potvrzující e-mail o přijetí. V případě potřeby můžete abstrakt také následně upravovat. O přijetí abstrakta Vás budeme informovat.

Důležité termíny:

1. září Deadline pro zaslání abstrakt
11. září Oznámení o přijetí abstrakt

Přístup k webovému rozhraní www.zlin2017.cz/abstrakta:

Webovou adresu zadejte do příkazového řádku svého prohlížeče (viz obrázek).



Elektronická forma přihlášení abstrakt

WONCA

05–07 ČESKO-SLOVENSKÝ DEN WONCA 2017

INFO SVL

08 PŘEDÁNÍ ČESTNÉHO ČLENSTVÍ

09 KOLONICKÁ KAPSLE

ODBORNÝ ČLÁNEK

10 MOŽNOSTI A LIMITY NENÁDOROVÉ RADIOTERAPIE
MUDr. Evžen Dvonč

12 MODERNÍ PÉČE O NOHY
Jaroslav Fešar

ZPRÁVY Z KONFERENCE

16 ZDRAVOTNÍ A ETICKÉ ASPEKTY ASISTOVANÉ REPRODUKCE
doc. PhDr. Ing. Hana Konečná, Ph.D.

18 STK PRO CHLAPY – PRAKTICKÁ PŘEDNÁŠKA PRO PRAKTICKÉ LÉKAŘE
MUDr. Zuzana Švandlenková

19 JARNÍ INTERAKTIVNÍ KONFERENCE SVL ČLS JEP - WORKSHOP
O KOMPRESIVNÍ TERAPII
MUDr. Julia Černožská

20 ROLE VŠEOBECNÝCH PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ A NÁRODNÍ
AKČNÍ PLÁN PRO ALZHEIMEROVU NEMOC A DALŠÍ ODBOBNÁ
ONEMOCNĚNÍ NA LÉTA 2016 AŽ 2019
MUDr. Simona Papežová

22 OSTEOPORÓZA: JAK JI DIAGNOSTIKOVAT A LÉČIT?
MUDr. Ludmila Brunerová, Ph.D.

24 DEFICIT TESTOSTERONU, PREVALENCE, PŘÍZNAKY, DIAGNOSTIKA
MUDr. Tatána Šrámková, CSc.

26 RIZIKA SPOJENÁ S CHŘÍPKOU U GERIATRICKÝCH NEMOCNÝCH
prof. MUDr. Hana Matějovská Kubešová, CSc.

MÝTY A OMYLY

29 VÝŽIVOVÝ ZÁZRAK - KOKOSOVÝ TUK?
doc. Ing. Jiří Brát, CSc.

ZE SVĚTA MLADÝCH PRAKTIKŮ

32 GENETIKA PRO PRIMÁRNÍ PÉČI

PC A DOKTOR

34 JAK ZJISTIT, ODKDY MÁ POPLATNÍK ZAČÍT EVIDOVAT TRŽBY

AKTUALITY

35 ANTIBIOTIKA SOUVISÍ S PREKURZORY RAKOVINY STŘEV

36 RODIČOVSKÁ OBEZITA OVLIVŇUJE NEUROMOTORICKÝ
VÝVOJ DĚTÍ

37 AKUTNÍ KORONÁRNÍ SYNDROM: POZOR NA KOUNISE!

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

Spolupracovnice časopisu:

Andrea Vrbová, Romana Hlaváčková

Náklad 6 000 ks. • • • Vychází 10x ročně.
Pro praktické lékaře v ČR zdarma.
Roční předplatné pro ostatní zájemce
610 Kč. • • • Přihlášky přijímá redakce.
Toto číslo bylo dáno do tisku 26. 5. 2017 MK
ČR E13477, ISSN 1213-8711.

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

EDITORIAL



MUDr. Stanislav Konšťacký, CSc.
Šéfredaktor časopisu Practicus

Milé kolegyně, milí kolegové,
být na francouzském královském dvoře a mít k tomu oprávnění, bych mohl zvolat: „Le Roi est mort, vive le Roi!“ - Král je mrtev, ať žije král! Ano v uplynulém měsíci jsme zorganizovali úspěšnou Jarní interaktivní konferenci, ze které vám přinášíme fotografii níže, a jsme v přípravě na Wonca Europe 2017 a rovněž již začaly přípravy na výroční konferenci ve Zlíně. I přes velkou nabídku těchto vzdělávacích a společenských akcí vám opět přinášíme další zajímavé články, z nichž na některé bych rád upozornil. Dr. Dvonč informuje o možnostech a limitech nenádorové radioterapie. Jistě se nejčastěji setkáváme s ozařováním

terapeutickými dávkami při Calcar calcanei, ale existují i další diagnózy, pro které je vhodné tuto metodu použít. Doktor Felšar informuje o moderní péči o nohy a jistě je to vhodným doplněním článku o halluxech, který jsme uvedli v *Practicusu 2/2017*. K *STK pro chlapy* jsme se již vyjadřovali v předchozím čísle našeho časopisu a jedna z přednášek JIK jí byla věnována. Díky moderování naší mladé kolegyně Dr. Zuzany Švadlenkové patřila tato přednáška k těm nejúspěšnějším. Jsme rádi, že na naší konferenci vystoupila a také poskytla příspěvek k otištění prof. Hana Matějovská Kubešová z Brna. Její článek *Rizika spojená s chřipkou u geriatrických nemocných* je zajímavě podaná informace o nemoci ve specifické věkové kategorii. Rovněž další články, ať již se týkají role nás praktiků v péči o pacienty s Alzheimerovou chorobou od Dr. Papežové, nebo problematice osteoporózy od Dr. Brunerové, jsou zaměřeny na naše starší pacienty. Jistě i další články si najdou své čtenáře a budeme se těšit na setkání na některé z budoucích konferencí, případně při čtení dalšího čísla našeho časopisu *Practicus*.

V Hradci Králové 19. června 2017





22nd WONCA Europe Conference

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

Všechny Vás srdečně zveme do

Místnosti (lékařských) dovedností na kongresu WONCA

Chtěli byste si vyzkoušet fungování moderních lékařských přístrojů pro ordinace praktických lékařů a nevíte jak na to? Uvažujete o modernizaci své ordinace? Přijďte do skills lab na kongresu WONCA 2017. Na základě jasných instrukcí si vyzkoušíte diagnostické metody, které začínají být součástí ordinací praktických lékařů nejen v okolních státech na západ od nás, ale i v ČR. V laboratorní místnosti si budete moci projít celkem 8 stanovišť, kde si v soukromí prakticky vyzkoušíte metody: spirometrie, EKG s modulem automatické-

ho odhalení rizika náhlého úmrtí, automatický rehabilitační přístroj, ABI Bosso, automatický externí defibrilátor, CRP, diagnostický ultrazvuk a 24 hodinové měření tlaku krve. Místnost bude k dispozici po předchozím objednání ve dnech 29. a 30. 6. 2017, tedy i v době Česko-Slovenského dne, můžete si tedy i jen odskočit. „Jednacím jazykem“ bude mj. čeština. Další instrukce na www.wonca2017.eu.

MUDr. Cyril Mucha, MUDr. Nela Šrámková

a na

Evropskou konferenci pro mladé praktické lékaře

Vážené kolegyně, vážení kolegové, dovoluujeme si vás pozvat na evropskou konferenci pro mladé praktické lékaře, která se bude konat ve dnech 27.–28. 6. 2017 v Kaiserštějnském paláci v Praze (tradičně před hlavní evropskou konferencí WONCA 2017, která se koná od 28. 6.–1. 7. 2017). Registrace je v plném proudu a kapacity jsou bohužel omezené, proto prosím neváhejte, a pokud máte zájem, včas se přihlaste. Konferenci pořádají Mladí praktici ve spolupráci se společností Vasco da Gama Movement (evropská společnost pro mladé lékaře).

Můžete se těšit na vystoupení zahraničních hostů: konferenci zahájí prezidentka Wonca Europe Anna Stavdal, a pozvání přijala také Dr. Sara Rigon, jedna ze zakla-

datelek evropského výměnného programu pro mladé praktické lékaře (Hippokratův program). Přípraveno je několik workshopů, budete si na sobě moci vyzkoušet na sobě modely, které imitují stáří, věnovat se prevenci (spolu se společností Loono) nebo navštívit psychosomatický workshop Dr. Bernharda Panhofera.

Informace o prekonferenci i možnost registrace naleznete na webových stránkách:
<http://www.woncaeurope2017.eu/yd-vdgm.page>
Případné dotazy můžete posílat na e-mail:
preconference-prague@vdgm.eu

za Mladé praktiky z.s.
MUDr. Norbert Král



22nd WONCA Europe Conference

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

Program Česko-Slovenský den 30. 6. 2017

| čas | přednáška | délka | | přednášející |
|------------------|---|-----------|---------|---|
| 8.30–8.45 | Úvod, zahájení | 15 | | O. Herber |
| 8.45–8.55 | Specializační příprava ve všeobecném praktickém lékařství v ČR a vybraných státech EU | 10 | ČR | S. Býma |
| 8.55–9.20 | Quo vadis, všeobecné lékařstvo na Slovensku 2013–2017? Komplexný pohľad na reformu primárnej zdravotnej starostlivosti v SR vrátane rezidentského programu. | 25 | SR | M. Palušková, Š. Laššán |
| 9.20–9.35 | Vývoj personální situace ve všeobecném praktickém lékařství a jeho perspektivy v ČR | 10 | ČR | S. Býma |
| 9.35–9.45 | Diskuze | 10 | | O. Herber |
| přestávka | | 75 | | |
| 11.00–11.15 | Péče o pacienty s DM v ČR v primární péči | 15 | ČR | I. Karen |
| 11.15–11.23 | Meranie členkovo-brachiálneho indexu – súčasť preventívnej prehliadky | 8 | SR | K. Dostálová |
| 11.23–11.30 | Klostridiová kolitída – častá a nebezpečná nozokomiálna nákaza | 7 | SR | L. Kukučková |
| 11.30–11.45 | Od projektu k realitě - využití ABI ve všeobecných praxích. | 15 | ČR | J. Vojtíšková |
| 11.45–12.00 | Modul v PC praktického lékaře pro záchyt familiární hypercholesterolemie | 15 | ČR | O. Herber |
| 12.15–12.30 | Diskuze | 15 | | D. Moravčíková, P. Makara |
| přestávka | | 90 | | |
| 14.00–14.20 | Srovnání stavu eHealth v ČR a SR. | 20 | ČR + SR | J. Hencel, C. Mucha |
| 14.20–14.35 | Spolupráca všeobecných lekárov s asistentami osvetu zdravia v Rómskych komunitách | 15 | SR | P. Marko, T. Hrustič, M. Kubo |
| 14.35–14.50 | Venkovské lékařství v ČR | 15 | ČR | D. Halata |
| 14.50–15.05 | Nové kompetencie všeobecných lekárov na Slovensku | 15 | SR | I. Vaverková |
| 15.05–15.20 | Nové kompetence všeobecných praktických lékařů v ČR | 15 | ČR | R. Červený |
| 15.20–15.35 | Vzdelávanie v odbore všeobecné lekárske na Slovensku | 15 | SR | K. Gazdíková |
| 15.35–15.50 | Multioborový portál pro lékaře – www.kapitoly-online.cz | 15 | ČR | O. Herber |
| 15.50–16.00 | Diskuze | 10 | | D. Halata, J. Hencel |
| přestávka | | 30 | | |
| 16.30–16.45 | Srovnání péče o pacienty závislých na opiátech včetně infekčních komplikací. | 15 | ČR | J. Štolfa |
| 16.45–17.00 | Zdravotná starostlivosť o marginalizované skupiny obyvateľstva - očakávania a realita | 15 | SR | M. Holendová, M. Palušková, T. Hrustič, M. Kubo |
| 17.00–17.15 | Mladí praktici a jejich role ve VPL | 15 | ČR | M. Pfeiferová |
| 17.15–17.25 | Diskuze | 10 | | C. Mucha, M. Holendová |
| 17.25–17.30 | Závěr | 5 | | O. Herber |

Akce je zařazena do seznamu akcí akreditovaných ČLK dle stavovského předpisu č. 16.



22nd WONCA Europe Conference

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

Pozvánka na jedinečný společenský večer praktických lékařů v Obecním domě 30. června 2017

Největší kulturní akce v dějinách českého praktického lékařství.

Mimořádnou společenskou událostí pro všechny praktické lékaře bude slavnostní večer v Obecním domě v Praze. Jsou zváni všichni lékaři. **Pro účast není nutná registrace na konferenci.** Přihlášky přijímá sekretariát SVL ČLS JEP, tel: 267 184 042, 267 184 064, e-mail: seminare.svl.cz

Obecní dům je nejslavnější budova secesní architektury v Praze. Byl vybudován na místě bývalého Královského paláce v r. 1383–1485. Dodnes patří k nejobdivovanějším místům v Praze. Slavnostní společenský večer bude probíhat ve všech sálech Obecního domu, raut bude jistě skvělý a kapela výborná. Velkým tahákem bude kapela Pajky Pajk se sólistkou Dashou.



Potvrzení o účasti na vzdělávacím programu Česko-Slovenského dne zakončeného společenským večerem je možno daňově uplatnit.

Potvrzení zajistí sekretariát SVL ČLS JEP

Předání čestného členství

Společnost všeobecného lékařství uděluje každoročně na své Výroční a též na Jarní interaktivní konferenci, čestná členství.

Na letošní Jarní interaktivní konferenci ve Slovanském domě, obdrželi čestná členství:



MUDr. Alice Havlová

MUDr. Alice Havlová promovala v roce 1971, lékařskou kariéru zahájila na interně v Městské nemocnici Ostrava. Od roku 1994 provozuje soukromou praxi v Ostravě – Radvanicích. Od roku 2002 vykonává funkci regionálního konzultanta v Ostravě a od roku 2010 působí ve výboru SVL a v redakční radě časopisu Practicus.



MUDr. Jana Vojtíšková

MUDr. Jana Vojtíšková se kvalifikovala ve vnitřním lékařství. Od začátku devadesátých let rozvíjí svoji praxi v Praze v blízkosti Vyšehradu. Svou pracovitost a talent rozdává při pedagogické činnosti na fakultě, v ordinaci, ale zejména ve prospěch naší společnosti. Sdílí odpovědnost za časopis Practicus. Měla významnou zásluhu na úspěchu konference WONCA v roce 2013 a patří mezi klíčové osobnosti přípravného výboru letošní konference WONCA 2017.



doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc.

doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc. absolvoval Vojenskou lékařskou akademii v Hradci Králové v roce 1979.

Přípravné období na práci ve výboru SVL strávil jako rektor Vojenské lékařské akademie JEP. Po skončení vojenského závazku přešel na Lékařskou fakultu v Hradci Králové, kde působí dodnes jako přednosta Ústavu sociálního lékařství. Od roku 2002, kdy byl zvolen poprvé do čela naší společnosti, se zasloužil o její růst ve všech ohledech: organizačním, odborném i ekonomickém.



Kolonická kapsle

Vážené kolegyně, vážení kolegové,
dovolujeme si vás požádat o pomoc a spolupráci na aktuálně probíhající multicentrické studii, která porovnává účinnost kolonické kapslové endoskopie a klasické optické kolonoskopie v záchytu polypů a karcinomů tlustého střeva u pacientů s pozitivním imunochemickým testem na okultní krvácení do stolice (FIT). Všichni pacienti budou vyšetřeni stejným testem – QuikRead go (Orion Diagnostica), cut-off 75 ng/ml.

1. Jedná se o multicentrickou, prospektivní studii, které se účastní 3 pracoviště v ČR: Ústřední vojenská nemocnice – Vojenská fakultní nemocnice Praha, Institut klinické a experimentální medicíny Praha a Fakultní nemocnice Hradec Králové.
2. Cílem této studie je prokázat, že vyšetření tlustého střeva kolonickou kapslí u osob s pozitivním FIT dokáže zachytit stejný počet adenomových polypů, případně časných stadií nádorů tlustého střeva, jako klasická kolonoskopie. Může se tak stát filtrovým testem a snížit počet zbytečných kolonoskopií.
3. Studie je určena pro každého jedince, který podstupuje screeningovou kolonoskopii

Mezi kritéria pro zařazení patří:

- **Věkové rozmezí:**
 - o 50–75 let, ročníky 1941–1966
- **Screeningový pacient:**
 - o Indikace kolonoskopie: FIT+ (QuikRead go, cut-off 75 ng/ml)
 - o NE symptomy: anémie, enteroragie, váhový úbytek, střevní obstrukce
 - o Osobní anamnéza: NE kolorektální karcinom a/nebo polypektomie
 - o Rodinná anamnéza: NE příbuzný 1. stupně (rodič, sourozenec, dítě) s KRK ve věku ≤ 60 let, NE hereditární syndromy KRK (FAP, Lynchův syndrom)
- **Další omezení:**
 - o Kolonoskopie (z jakékoliv indikace) před ≤ 3 roky
 - o Nespecifické střevní záněty (Mb. Crohn, ulcerózní kolitida)
 - o Vážné komorbidity (těžké srdeční selhávání, implantovaný kardiostimulátor, těžká renální / jaterní insuficience)

5. Příprava na vyšetření je stejná jako u klasické optické kolonoskopie. Den před vyšetřením pacient lačnící a vypije celkem 4 litry projímadla (2 l večer před vyšetřením, 2 l ráno před vyšetřením).

6. Průběh vyšetření:

- Ráno v 8.00 hod. pacient polkne kapsli a zapije jí malým množstvím vody. Kapsle má velikost cca 31×11 mm a po polknutí pořizuje fotky trávicího traktu rychlostí 4–35 snímků za sekundu
- Pacient se nyní může volně pohybovat. V případě potřeby jsou mu podávány roztoky urychlující průchod kapsle
- Vyšetření probíhá v nemocnici v průměru 4–5 hodin a končí vyloučením kapsle z těla pacienta
- Poté je pacientovi provedena klasická kolonoskopie
- Vyhodnocení záznamů z kapsle a z kolonoskopie probíhá nezávisle dvěma lékaři
- Vyšetření se provádí ambulantně a je bezbolestné

7. **Hlavní výhodou je krátká čekací doba na vyšetření.** Zájemci dostanou termín k vyšetření tlustého střeva **přednostně do 1–2 týdnů**. Další výhodou je **vysoká senzitivita a specifčnost vyšetření**, protože dochází ke dvojité kontrole tlustého střeva.

8. V Praze se pacient odeslaný z vaší ambulance dostaví na recepci Endoskopie kliniky Hepatogastroenterologie IKEM, Vídeňská 1958/9, Praha 4 nebo na Oddělení gastrointestinální endoskopie, Interní klinika 1. LF UK a ÚVN, pavilon A7, 2. patro a v Hradci Králové na Endoskopické Centrum Fakultní Nemocnice Hradec Králové. Na žádanku prosíme, uveďte **výsledek testu v ng/ml** (cut-off 75 ng/ml) a **datum jeho odevzdání a poznámku „Studie“**. Na recepci pacient dostane termín kapslového a kolonoskopického vyšetření, střevní přípravu a žádanku na odběry (nemusí být nalačno!).

V případě jakýchkoliv dotazů jsme vám k dispozici na telefonních číslech (po–čt 7.00–15.30, pá 7.00–14.00):

- 261362617 – IKEM
- 973 203 076 – ÚVN
- 495 834 768 – FN Hradec Králové

Možnosti a limity nenádorové radioterapie



MUDr. Evžen Dvořák

ordinace radioterapie, Medifin, a. s.
Poliklinika Praha 5, Kartouzská 6

Paprsky „X“ byly objeveny W. C. Roentgenem v roce 1895 a již krátce na to, v roce 1897, byly prokázány analgetické účinky ultra nízkých dávek tohoto záření. Až o něco později byly zjištěny účinky cytotoxické.

Klinicky se nenádorová radioterapie provádí ve střední Evropě již více než 70 let, od třicátých let 20. století; historicky jako tzv. kontaktní RTG terapie povrchová s napětím na rentgence 45–60 kV u některých vybraných kožních onemocnění a dále jako hloubková RTG terapie středovoltážním RTG ozařovačem o napětí 160–200 kV, která je hojně využívána ve stanovených indikacích i v současné době.¹

Klinický účinek ozáření je v zásadě dvojitý:

- analgetický
- protizánětlivý, který v sobě zahrnuje i účinek antiedematosní

Bylo popsáno několik hypotéz radiobiologického účinku ionizujícího záření v tkáni u benigních onemocnění; ani jedna však nedokázala beze zbytku vysvětlit veškeré aspekty, jedná se bezpochyby o komplexní, velmi složitý děj.¹

Ve 30. letech měla nenádorová radioterapie poměrně velkou indikační šíři, neboť v té době byly ještě značně omezené možnosti farmakoterapie. Při následně pokračující tendenci ke snižování radiační zátěže populace a s rozvojem nových léčebných metod se indikační oblast tohoto druhu léčby začala postupně zužovat.

Dnes jsou pravidla a zásady pro klinické uplatňování nenádorové radioterapie zakotveny ve schválených Národních radiologických standardech – poslední aktuální verze uveřejněna ve Věstníku MZ ČR, částka 2/2016 z 26. 1. 2016.

Pro indikace přicházející v úvahu v oboru praktický lékař pro dospělé je používán dnes prakticky výhradně tera-

peutický orthovoltážní RTG přístroj.

Hlavní zásady nenádorové radioterapie:³

- aplikuje se vždy co *nejnižší* jednotlivá a celková dávka záření, která zajistí klinický efekt /dávka záření je mnohonásobně nižší než v radioterapii protinádorové/
- použití jednoduchých ozařovacích technik /přímé pole, ev. dvě protilehlá pole/
- orientovat svazek záření směrem od trupu pacienta a od radiosensitivních orgánů /štítná žláza, gonády, oční čočka/
- používají se ochranné prostředky – např. olověný límec /oblast krku/, olověná zástěra /oblast pánve/
- věk pacientů vyšší než 40 let; u mladších pacientů je nutné pečlivě zvažovat event. rizika vedlejších účinků záření v pozdějších letech (chronická poškození, karcinogeneze). *Nepodkročitelná hranice věku pacienta je 30 let.*

Diagnózy vhodné pro nenádorovou radioterapii:

- Calcar calcanei /*absolutně nejčastější diagnóza*, se kterou jsou dnes pacienti odesíláni na nenádorovou RT/
- Entézipatie plantární aponeurosy /fasciitis plantaris/ – při nepřítomnosti ostruhy v oblasti patní kosti

Zánětlivá onemocnění:

- Periarthritis humeroscapularis
- Peritendinitis Achillei s infiltrátem i bez v oblasti úponu Achill. šlachy
- Epicondylitis radialis /ulnaris/ humeri
- Jiné entézipatie
- Synovitis, bursitis
- Hidradenitis axilaris
- Paronychia /dnes již vcelku výjimečně/

Osteoartrózy a ostatní degenerativní onemocnění:

- Coxartrosis
- Gonartrosis
- Omartrosis
- Hallux rigidus
- Spondylartrózy – LS přechod, SI skloubení

Fibroblastická onemocnění:

- Fibromatosa palmární fascie /Dupuytrenova/ – indikované jen *včasné formy bez kontraktury prstů ruky*
- M. Peyronie /induratio penis plastica/ – indikovaná pouze včasná forma do 5 měsíců od začátku příznaků
- prevence recidivy kožních keloidů – ozařuje se ihned po operaci /excisi/ do 24 hodin

Dřívější indikace – *dnes již opuštěné*: např. furunkl, M. Bechtěrev, neuritis, neuralgie

Efektivita nenádorové RT:

Dle různých literárních statistik i víceletých klinických zkušeností úspěšnost radiace /vymizení obtíží/ – patní ostruha okolo 80 %, loket 70–80 %, koleno 70 %, kyčel 60 %.

Větší roli hraje doba trvání obtíží, menší roli stupeň postižení verifikovaný RTG snímkem dané lokality.

Pochopitelně degenerativní proces /artróza/ nevyimí, potlačí se pouze zánětlivá složka a společně s analgetickým účinkem se pacientovi zpravidla zvýší životní komfort při zátěži, pohybu, event. se zabrání zhoršení funkce postiženého orgánu.

Ozařovací časy jsou krátké – v rozmezí 1 až 4 minut na jedno ozařované pole. Ozařování probíhá 2x až 3x týdně a celá léčebná série, tak jako na jiných pracovištích v Evropě, zpravidla netrvá déle než 14 kalendářních dnů.

Klinický efekt však dobíhá delší dobu – 8 až 9 týdnů od ukončení série ozáření. Opakování léčebné série ozáření je možné sice už po 6 týdnech, zpravidla se ale provádí s delším časovým odstupem – až po 4 měsících. Možné je sérii ozáření opakovat maximálně 2x v průběhu 10 let. Radioterapie by neměla být kombinována současně s jinou fyzikální terapií.

Kontraindikace nenádorové radioterapie:³

a) absolutní kontraindikace:

- nejasná nebo neověřená diagnóza
- pacient mladší než 30 let
- kožní změny v ozařovaném poli způsobené aplikací dráždivých látek, akutní alergické kožní reakce, poranění kůže, puchýře
- chronické poškození kůže v ozařovaném poli /popálení, poleptání, omrznutí/
- nitroková aplikace kortikoidů v krátké době před radioterapií /6 týdnů/
- ozařování imobilních pacientů v místech ohrožených vznikem dekubitů
- předchozí radioterapie, nejsou-li spolehlivé údaje o ozařovacích podmínkách a dávkách
- gravidita a ozařování oblasti pánve u žen ve fertilním věku
- genetické onemocnění s vrozenou hypersenzitivitou k ozáření, např. Nijmegen breakage syndrom (autosomálně recesivně dědičná porucha reparace DNA, která snižuje reparační schopnosti buněk po zásahu ionizujícím zářením a zvyšuje riziko vzniku malignit i homo- i heterozygotů)

b) relativní kontraindikace:

- ozáření po předchozím nenádorovém ozáření na jiném pracovišti
- hematologická onemocnění

Nenádorová radioterapie je plně hrazena z prostředků veřejného zdravotního pojištění za předpokladu, že pacient je na ozařování doporučen na základě žádanky vystavené zpravidla praktickým lékařem pro dospělé, ortopedem, chirurgem, revmatologem, neurologem nebo rehabilitačním lékařem.

Pacienti jsou odesíláni k radioterapii nenádorového onemocnění při nevhodnosti či neúčinnosti jiné dostupné standardní léčebné metody. Indikaci k radioterapii potvrzuje vždy lékař se specializovanou způsobilostí v oboru radiační onkologie. Vzhledem k riziku negativních stochastických efektů záření v následujících letech by indikující lékař měl v doporučení uvést, že se jedná o stav, u kterého byly všechny ostatní léčebné možnosti zcela vyčerpány a nebo nejsou aplikovatelné.

Nález u osteoartrózy by měl být vždy verifikován RTG snímkem /popis rentgenologa, CD/

Klinické shrnutí:

V indikovaných případech je léčba benigních onemocnění analgetickými/ protizánětlivými dávkami ionizujícího záření efektivní, s nízkým rizikem a relativně levná.²

Léčba je plně hrazena z prostředků veřejného zdravotního pojištění na základě platné žádanky odesílajícího lékaře. Většinou dochází s časovým odstupem ke zlepšení životního komfortu pacienta a k následnému omezení medikace – hl. ze skupiny analgetik, nesteroidních antiflogistik.

Tato specifická léčba s dlouhou tradicí má své místo v systému naší zdravotní péče i v 21. století a přináší benefit pacientům především z vyšších věkových skupin.

Literatura:

- 1/ Radioterapie, Jiří Zámečník, Avicenum 1983
- 2/ Radiační onkologie v praxi, Pavel Šlampa a kol., MOÚ Brno 2004
- 3/ Věstník MZ ČR, částka 2/2016 z 26. 1. 2016

Moderní péče o nohy



Jaroslav Fešar

prezident České podologické společnosti, z.s.

Odrazovým můstkem do současné podologie je špičková pedikérská odbornost. Po ukončení pedikérského kurzu a následném ověření znalostí před autorizovanou osobou se nováček v této profesi rozhoduje, kterým směrem se v oblasti poskytování odborné péče vydá. Při zahájení kurzu si vždy vyslechnu od všech uchazečů důvody, které je vedly k tomu, že se přihlásili do kurzu, který z nich má udělat opravdové profesionály v takto náročné a odpovědné profesi. Vždy mám radost, když se zájemci ve své výpovědi dozývají ke kladnému vztahu k péči o nohy, když se dozvím, že pečují o nohy svých blízkých a příbuzných, byť jen formou amatérskou, i tak však nepostradatelnou. Není totiž jednoduché pečovat o klienty s různými nemocemi, všelijak zanedbané, nemohoucí a postižené.

Jak jsem již naznačil, cest, kterými se vydat, je několik a je na každém, kterou z nich se rozhodne ve své praxi ubírat.

Cestu, kterou jsem se před mnoha lety rozhodl jít já, nazývám zdravotnická. Dnes ji můžeme definovat jako podologickou. Spočívá ve využití principů současného zdravotnictví od vstupní konzultace, cíleného vyšetření, správné diagnostiky, stanovení nejvhodnějšího postupu až po edukační činnost, doporučování domácí péče a prodej vhodných přípravků. Samozřejmostí je evidence klientů, mezioborové vzdělávání a intenzivní spolupráce s lékaři. Zásadním heslem této cesty je pomáhat udržovat dobrou kondici nohou a podílet se na jejich uzdravování a léčení, a to i celé pohybové soustavy. Zde je nejdůležitější odstranit bolest, zmírnit potíže nebo se jich definitivně zbavit, zlepšit mobilitu, ulevit, odstranit přebytečné a vhodně edukovat. Zdravotnické vzdělání není podmínkou, ale je vhodné a lepší, když jej máte.

Druhým směrem je cesta estetická. Ta zahrnuje kromě nezbytně nutného komplexního ošetření nohou i lakování, nehtovou modeláž, peeling, zábaly, masky, vonné esence a všelijaké kontaktní techniky. Tato cesta je taktéž důležitá a potřebná. Své nohy bychom měli i rozmazlovat. Tento rozsah činností řadíme mezi činnost pedikérskou.

V obou případech je třeba respektovat své kompetence, znalosti a také správně odhadnout, co zvládneme a na co povolat jiného spolupracujícího odborníka.

Pedikér ošetřuje nohy od kotníků dolů. Upravuje nehty, odstraňuje ztvrdlou kůži, otlaky, praskliny, kuří oka, řeší zarostlé nehty osvojenými metodami, masíruje nohu.

Pedikér neléčí. Neodstraňuje bradavice, nepracuje na noze postižené infekčním kožním onemocněním a neaplikuje podkožní anestezii.

Přístrojová pedikúra

Přístrojová technika ošetření nohou je v ČR a SR známá od začátku devadesátých let minulého století. Není tedy žádnou novinkou a většina klientů, kteří chodí na pedikúru, tuto techniku znají. Jedná se o moderní způsob ošetření nohou bez použití ostrých skalpelových nástrojů porušujících integritu kůže a bez nutnosti namáčení nohou ve vodní lázni. Zde se používají pouze nástroje, které se povrchu pokožky pouze dotýkají. Výjimkou jsou nástroje na kuří oka. Přístrojová pedikúra se vyznačuje naprostou bezkrevností, bezbolestností, je absolutně bezpečná z hygienického hlediska a její ovládnutí a používání je základem pro další podologický rozvoj. Na mnoho podologických dovedností je podologický přístroj naprostou nutností. Současná legislativa nerozlišuje použitou techniku ošetření nohou, avšak chce-li odborník pracovat přístrojovou suchou metodou, je nutné absolvovat přeškolení kurz.

Podologie

Podologie se v Čechách a na Slovensku stala synonymem péče o nohu. Jedná se o péči preventivní a rekonvalescentní. Naším klientům pomáháme lépe chodit a spolupracujícím lékařům zdárněji a účinněji uzdravovat.

Podologie kromě mezioborové spolupráce nabízí mnoho různých dovedností, kterými lze dosahovat těch nejlepších výsledků. Mezi základní znalosti, které musí každý odborník ovládat, patří alespoň základní vyšetření chodidel, navrhování individuálních stélek do obuvi, výroba individuálních korekčních pomůcek, zhotovování náhradních nehtových destiček pro např. úrazem poškozené nehty, rovnání zarostlých nehtů různými rovnicími technikami a masáž chodidel.

Samozřejmostí jsou mimo jiné základy latinského jazyka, základy zdravotnické části oboru, naprostá znalost anatomie nohy, hygiena, znalosti z oboru psychologie, mikrobiologie, epidemiologie, první pomoc, právo a živnostenské předpisy. Mezioborová spolupráce je bezpodmínečně nutná zejména v oborech diabetologie, podiatrie, dermatologie, flebologie, neurologie, chirurgie a ortopedie. Podolog se zabývá diagnostikou a řeše-

ním potíží nohou v rámci své kompetence. Pomáhá nohy a celou pohybovou soustavu uzdravovat, zlepšuje mobilitu nohy a zvyšuje její kondici.

Silikonové korekční pomůcky

Meziprstní korektor dokáže ve formě pasivní podpory, ale i aktivní síly v působení pomáhat při vbočování palce a stěsnání prstců. Prstci odborně nazýváme prsty dolní končetiny. Korektor zhotovujeme nejčastěji na oddělení stěsnaného palce a druhého prstce. Typickým příkladem je hallux valgus, neboli vbočený palec. Další častou indikací je stěsnání prstců, kladívkové prstce nebo korekce stavu po operačních výkonech. Korektorem lze vyřešit mnoho vznikajících nebo jinak neřešitelných defektů, ale jejich zhotovování vyžaduje kromě znalostí z oboru anatomie ještě cit a kreativitu. Nejčastěji jej zhotovujeme ze silikonových materiálů, které jsou příjemné, odolné, velmi funkční a vyhovující zejména z hygienického hlediska.

Obrázek



Ortonyxie – rovnání zarostlých nehtů

Rovnění nehtů je nejzásadnější odborností každého podologa. V zahraničí je ortonxyie nedílnou součástí podologického vzdělání a její význam v případech zarůstání nehtů je téměř nepopsatelný. Jestliže jste měli zarostlý nehet, prodělali jste několik chirurgických zákroků a po mnoha letech vám pomohlo až rovnátka na nehty, dáte mi za pravdu, že je to metoda takřka geniální. Nehtová rovnátka jsou ve světě známá již od roku 1873. Tehdy nechal pan Edward E. Stedman v americkém státě Ohio patentovat svůj první rovnací aparát. Byl z ortodontického drátu a položil tak základy jedné z nejdůležitějších pedikérsko-podologických dovedností. Od té doby vznikla celá řada rovnacích aparátů, které se liší zejména způsobem připevnění k nehtu, ale i materiálem, ze kterého jsou vyrobeny. Prakticky je ale princip vždy stejný. Základní principy uplatňované při rovnání nehtů jsou čas a síla rovnání. Rovnění nehtů s dlouhodobým nebo trvalým účinkem dosahujeme tehdy, působíme-li

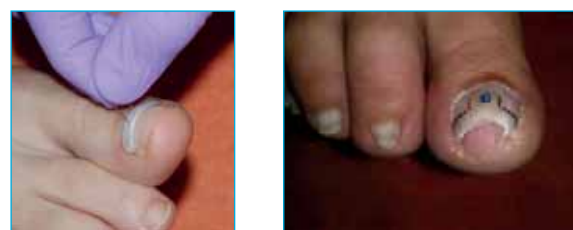
na nehet malou silou, ale dostatečně dlouhou dobu. Je to přesný opak chirurgického zákroku. Z hlediska dlouhodobé perspektivy je tedy konzervativní neinvazní metoda rovnání daleko efektivnější.

Podotýkám, že těmito metodami se nehty napravují, tedy vliv na ně je čistě rekondiční. V žádném případě se nejedná o léčení nehtu. Nehty léčí pouze dermatolog, případně chirurg.

Název nehtové rovnátka do praxe jako první v České republice zavedl Jaroslav Fešar v roce 2009, inspirovaný svou původní profesí zubního technika s nástavbovou specializací v oboru čelistní ortopedie. Do té doby se u nás používal pouze termín nehtová špona, který v českém jazyce není vzhledem k povaze zdravotnického prostředku tím nejvhodnějším názvem.

Nehtová rovnátka rozlišujeme podle materiálu, ze kterého jsou vyrobeny, a dle principu, který při rovnání uplatňujeme. Obecně lze rovnátka na nehty rozdělit na plastová, kovová a kombinovaná. Na nehty se připevňují shora nebo se zachytí o okraje nehtu zdola. Rovnátka dále známe jednoduchá a složitá. Podolog po vyšetření a zhodnocení stavu zarůstání a prozkoumání etiologie potíží zvolí správný typ aparátu.

Obrázek



Nehtová protetika

Nehtovou protetiku bychom zjednodušeně mohli popsat jako obnovu či doplnění nehtu. Jedná se o moderní, jednoduchou a dokonalou metodu, která klientům opraví mnohé deformace nehtů. Ošetřený nehet lze upravit tak, že defekt na nehtu lze mnohdy stěží rozpoznat. Náhradní nehet je vytvořen z pryskyřice, která se používá i ve stomatologii, nebo speciálních gelů. Tento materiál je obvykle dobře snášen, nealergizuje a svými vlastnostmi je téměř identický skutečnému nehtu. Nehet lze také vyrobit ze speciálního materiálu, který se upraví do požadovaného tvaru a ke zbytku původního nehtu se připevní pomocí pryskyřice.

Nehtová destička plní několik zásadních funkcí. Jejich ztráta může způsobit poškození nehtového aparátu. Nejdůležitější funkcí nehtu je funkce ochranná. Pod nehtem je velké množství cévních a nervových zakonče-

ní, která tvrdá keratinová destička chrání. Další význam má v přenosu informací. V neposlední řadě je to funkce estetická. Ze sociálně-estetického hlediska pro mnoho zejména dívek a žen je to vlastně funkce nejdůležitější.

Mnoho deformací nehtů způsobuje nevhodná obuv, nesprávná úprava nehtů, traumatické stavy, genetické predispozice nebo některá onemocnění, např. mykociká, či některé infekční nemoci. Nejčastěji zhotovujeme nehtovou náhradu po různých traumatech či ne zcela povedených operačních zákrocích, kdy nehtová ploténka nedoroste do původní délky, případně se její růst zastaví v určité části. Abychom mohli provádět nehtovou protektiku, je nutné kotvit nový nehet alespoň na jedné třetině původní délky nehtu. Základna musí být pevná a stabilní. Nehet nesmí být mykotický ani nesmí být přítomné bradavice či jiná infekční onemocnění.

Existuje několik typů nehtových protetických náhrad. Nejčastěji je to technika destičková nebo litá (modelovací). Náhradní nehet je od vlastního téměř k nerozeznání a klientům, zejména ženám, navrácí sebevědomí a pocit zdravých a hezkých nehtů.

Obrázek



Vyšetření Nohou

Vyšetření nohou patří mezi nejdůležitější aktivity každého odborníka v oblasti péče o nohy. Nejvíce tato činnost náleží odborníkům s fyzioterapeutickým vzděláním a profesionálům řádně vyškoleným s dostatečnou praxí a zkušenostmi. Podmínkou pro výkon této činnosti je samozřejmě naprostá znalost anatomie nohou a celé pohybové soustavy. Nejdůležitější je, aby odborník vhodnou metodou vyšetřil nohy, dokázal doporučit vhodnou obuv, navrhl správné stélky a klienta patřičně edukoval. Mezi základní edukační prvky patří nácvik správné chůze, odstraňování špatných stereotypů, výběr vhodné obuvi a cviky na posílení postury a nožního aparátu. Součástí vyšetření nohou je zkoumání vzájemných souvislostí mezi nohou a celou končetinou včetně celé pohybové soustavy. Toto vyžaduje alespoň základní znalosti z oborů

ortopedie, fyzioterapie a rehabilitace. Podolog spolupracuje s lékařem a v případě jakýchkoliv nesrovnalostí, které vyžadují hlubší diagnostiku a následnou léčbu, klienta odesílá na specializované pracoviště. Nejčastější je vyšetření statické, tedy ve stoji. Pokročilejší je vyšetření dynamické, v pohybu. Toto vyšetření je dokonalejší a podává lepší výpověď o stavu nohou a celé pohybové soustavy.

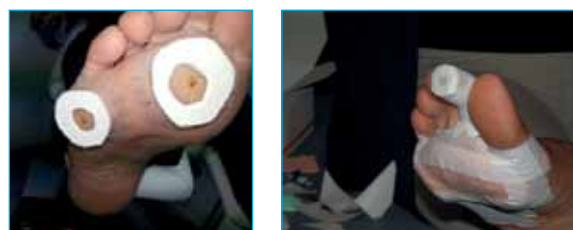
Obrázek



Okluzivní krytí defektů

Okluzivní krytí je optimální pro hojení trhlin, prasklin a za daných podmínek nehojících se drobných defektů. Vytvořené odlehčené prostředí redukuje případné infekční komplikace a umožňuje klidné hojení. V podologické praxi je tato technika novodobě hojně využívána pro svoji jednoduchost a velkou účinnost. Mnohdy při přetrvávajícím zatížení nelze dosáhnout ideálního hojení praskliny na trvale zatěžované patě, zbavení se kuřáho oka v místě, kde tlak stále přetrvává nebo vymizení otlaku na plosce, když není možné bez tohoto opatření zabezpečit odlehčení. Okluzivní krytí se provádí z materiálů různých rozměrů a tuhosti. Vyškolený podolog navrhuje nejen typ okluzivní techniky, ale i přípravek vhodný k urychlení hojivého procesu.

Obrázek



Spolupráce s lékaři

Obrázek



Dermatologové jsou největšími spojenci podologů. Vzájemně se na našich vzdělávacích akcích nejen mezioborově obohacujeme a doplňujeme, ale také v každodenní praxi spolupracujeme. Vzhledem k tomu, že podolog se bezprostředně dotýká pokožky a nehtů, je třeba v mnoha případech provádět vyžádaná vyšetření, ať mykologická nebo bakteriální. Dermatolog se také ujímá kožních defektů či virových bradavic.

Praktičtí lékaři jsou zpravidla prvními, s kým pacient konzultuje své zdravotní problémy a současně těmi, kteří jej odesílají na další specializovaná pracoviště. Praktický lékař snadno rozpozná, zda pacienta odešle v případě nemožnosti provést zákrok bez anestezie na chirurgické pracoviště nebo do podologického centra, které v případě potřeby využívá možnosti spolupráce s dermatologem.

Diabetologové se zabývají léčbou pacientů s onemocněním diabetes mellitus. S tímto onemocněním je spojena celá řada pozdních komplikací. Mezi nejčastější společné téma diabetologů a podologů patří syndrom diabetické nohy. Nejčastější skupinou jsou pacienti s angiopatií a neuropatií a na nohách se jim objevují vředy, otevřené rány a různé defekty. O takové pacienty pečují výhradně diabetologové a vyškolené podiatrické sestry. Podolog pacienty s cukrovkou odesílá na specializované pracoviště v okamžiku, není-li v jeho silách a kompetenci dále o klienta pečovat. Běžnou diabetickou nohu podologie zvládá bez problémů, a klienti jsou tak pod dohledem vyškoleného odborníka. Pro pacienty s diabetem je doporučována přístrojová pedikúra.

Chirurgie nám pomáhá zejména v případech, nevíme-li si rady s komplikovaným zarostlým nehtem, který je konzervativním způsobem, s přítomností bakteriální infekce a s granulací a bez lokální anestezie nemožné dále ošetřovat. Podolog odesílá klienty po předchozí domluvě ke konzultaci na spolupracující chirurgické pracoviště, kde se rozhodne o způsobu úpravy nehtu či rekonstrukci celého nehtového aparátu.

Ortopedie je specializací, která se zabývá pohybovou soustavou. Podolog denně sleduje nohy svých klientů, a tak se v první linii setkává s ortopedickými defekty, jako jsou špatná postavení nožní klenby a následné deformace v oblasti kloubů, palců a prstců. Vyšetřením a výrobou vhodných stélek mnohdy klientovi úplně pomoci nemůžeme. Ortopedi nám pomáhají v oblasti správné diagnostiky s pomocí moderních diagnostických přístrojů, cíleným vyšetřením, vhodnou medikací, rehabilitací nebo operačními zákroky.



Česká podologická společnost je organizací, která sdružuje odborníky z oblasti preventivní a rekondiční péče o nohy. Sdružuje zejména pedikéry, fyzioterapeuty, zdravotní sestry, ale i další odborníky, kteří se zabývají komplexní péčí o nohu. Podolog pracuje s nohou bez defektů a aktivně spolupracuje s lékaři. Ti léčí a my pomáháme uzdravovat. Jen vzájemnou spoluprací můžeme dosahovat společného cíle, a tím je zdravá a funkční noha.

Mottem naší společnosti je „Pomáháme lépe chodit“.
www.podolog.cz

Zdravotní a etické aspekty asistované reprodukce (ART)



doc. PhDr. Ing. Hana Konečná, Ph.D.

Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity
v Českých Budějovicích
Adam Česká republika

V současné době se mění definice rodiny; ruší se hranice mezi zdravím a nemocí, ženou a mužem; neznáme hranice mezi právem a přáním, darováním a prodejem či mezi autonomií jednotlivce a vlivem prostředí; neumíme určit kdo je rodič, kdy začíná a končí život. ART je výkladní skříň změn, jedním z jejich prvních dopadů. Práce všeobecného lékaře (VPL) se všechny tyto změny zásadně dotýkají, například:

- A. Rodinné prostředí se považuje za podstatnou determinantu průběhu, léčby i prognózy nemoci (i za determinantu jejího vzniku – např. obezita u dětí). Rodina se ale mění. ART je často závislá na pomoci třetí (a další) osoby. Už se objevují, a čím dál tím častěji se budou mezi pacienty objevovat osoby, které mají víc „rodičů“ (při náhradním mateřství to může být kromě náhradní matky a žadatelů o proceduru i dárce spermií a dárkyně vajíčka). Jsou vážné úvahy o tom, že se všechny tyto osoby zapíší do dokumentu typu rodny list. V budoucnu se naopak může objevit člověk, který bude mít rodiče jediného, a může to být muž; pravděpodobně to umožní zvládnutá procedura transplantace dělohy a pokrok při vývoji umělé gamet.
- B. Mnohé cesty k rodičovství, především ty mimo původní definici „nemoci“, jsou možné jen díky darování vajíček, spermií, částí těchto buněk, dělohy, odnošení dítěte (náhradní mateřství). VL zřejmě bude žádán o zdravotní zhodnocení budoucích dárců.
- C. VL bývá „Osobním průvodcem pacienta zdravotnictvím (a životem)“; může být prvním, kdo s pacientem plány na rodičovství řeší, může být také brán za nezávislého konzultanta při pacientově rozhodování o léčbě. Každopádně je podstatným odborníkem při rozhodování o fertilitě preservation (metodách uchování plodnosti při invazivní, například onkologické léčbě).

VL by se proto měl v problematice aspoň přibližně orientovat. Na velmi malém prostoru není možné vysvětlit složitou problematiku, mohu se jen dotknout několika témat. Pro hlubší vhled je nutné pátrat v odborné literatuře, několik tipů je na konci článku.

Komunikace. Problém nutno popisovat jako párový. V komunikaci nesmí padnout fráze typu „vina je na straně ...“; vše popisovat jako nemoc, která si nevybírá. Partneři mívají velmi rozdílné potřeby sdílení; nutno hned na začátku dohodnout co se jak komu řekne. Navíc nikdy nelze na začátku vyloučit nutnost použití darovaných gamet/embrya/dělohy. I když se partneři rozhodnou dítě o okolnostech pak informovat, mělo by být právě dítě informováno jako první. Stres, úzkost, osobnostní charakteristiky, víra, vztah s partnerem, feminita/maskulinita, ... se neprokázalo jako faktor ovlivňující otěhotnění. Dalším mýtem je, že se bezdětné partnerství rozpadne. Není potvrzeno. Také není prokázáno, že život s dítětem geneticky vlastním je šťastnější než život s dítětem z darované gamety, s dítětem adoptovaným, či než život bez dítěte. Pokud má pár alternativní řešení v záloze, léčbu snáší výrazně lépe.

Plánování rodičovství a socialfreezing. Plodnost ženy ani muže se civilizačně snižuje, důvodem vyšší potřeby ART je odkládání rodičovství. ART nad 40 let věku ženy je v naprosté většině s darovanými vajíčky. I muži by měli být informováni o tom, že s věkem se plodnost snižuje a zvyšuje se pravděpodobnost výskytu vrozených vývojových vad dítěte. Jako důvody odkládání rodičovství se uvádějí delší doba studia, potřeba dosáhnout stabilní pracovní pozice, potřeba vytvořit finanční rezervy, výhoda delší doby k nalezení vhodného partnera a zvyšující se věk dožití. Důvody jsou iracionální: magisterské studium končí ve 25 letech; s pracovní stabilitou jsou na tom hůř starší osoby (kdo vezme do práce padesátníci s předškolákem?); finanční náklady na dítě výrazně rostou s jeho věkem; delší doba hledání partnera, umožněná od 90. let dostupnou hormonální antikoncepcí, nezastavila rozvodovost (ta se stále zvyšuje); věk dožití se sice zvyšuje, ale „prodlužování naděje na dožití tedy spočívá ve zvyšování počtu let prožitých v nemoci.“ (MZ ČR 2014). Skutečným důvodem odkládání je neexistence stálého partnera. Nutno mladým lidem vysvětlit, že dokonalý partner/partnerka neexistuje a život je jedno velké riziko. Nelze také úplně souhlasit s tvrzením, že k dítěti je nutno dozrát; dozrává se totiž právě rodičovstvím. Za velmi problematické lze považovat „socialfreezing“, kryokonzervaci gamet pro užití v pozdější době. U žen je to procedura náročná i finančně a nenabízí žádné záruky.

Dárci gamet. V roce 2014 v ČR denně darovalo vajíčka skoro 14 mladých žen, trend je jasně narůstající. Hlavním, ale málo častým rizikem je ovariální hyperstimulační syndrom; už jsou evidována i úmrtí. U dárců spermií nehrozí riziko zdravotní, ale psychosociální: šok z nepříznivé diagnózy může ovlivnit muže při hledání partnerky. Dárci i dárcyně musí být dopředu dobře informováni. Dárčovství je ze zákona krajní alternativou, musí být nekomerční. Inzerování za účelem nabídky a poptávky je trestné.

Náhradní mateřství je procedura, kdy jiná žena donosí dítě pro žadatele; procedura je možná i s dárcovskými gametami. Hlavními riziky jsou: určení právního rodičovství, vymahatelnost dohod uzavřených před porodem dítěte, registrace novorozence při proceduře v zahra-

ničí, akceptovatelnost cest získávání náhradní matky, kompenzace. V ČR je matkou dítěte žena, která dítě porodila, předávání dítěte je prostřednictvím adresného osvojení. Každá dohoda je trestná, bude se považovat za obchod s dětmi, podobně jako „nepřiměřené“ kompenzace a inzerce. Při rozhodování zda podstoupit proceduru je znalost podrobných informací absolutní nutností.

Přístup osamělých a homosexuálních osob k ART není v ČR vyloučen. Zákon požaduje, aby o proceduru žádala žena společně s mužem; je tedy možné si přivést svého dárce/dárcyni. Anonymní dárčovství je v tomto případě problém, je to úplně jiná situace než je-li žadatelem spolu žijící heterosexuální pár: stát nemůže odepírat dítěti přístup k chybějící rodičovské osobě.

Reference:

Adam Česká republika: Analýzy, z nichž příspěvek vychází, jsou volně dostupné i s přesnými citacemi zdrojů zde: <http://www.adamcr.cz/informacni-odbor/reprodukci-medicina/etika>.

Huser, M. (2014). Onkofertilita – nová oblast reprodukční medicíny. Praha: Mladá fronta.

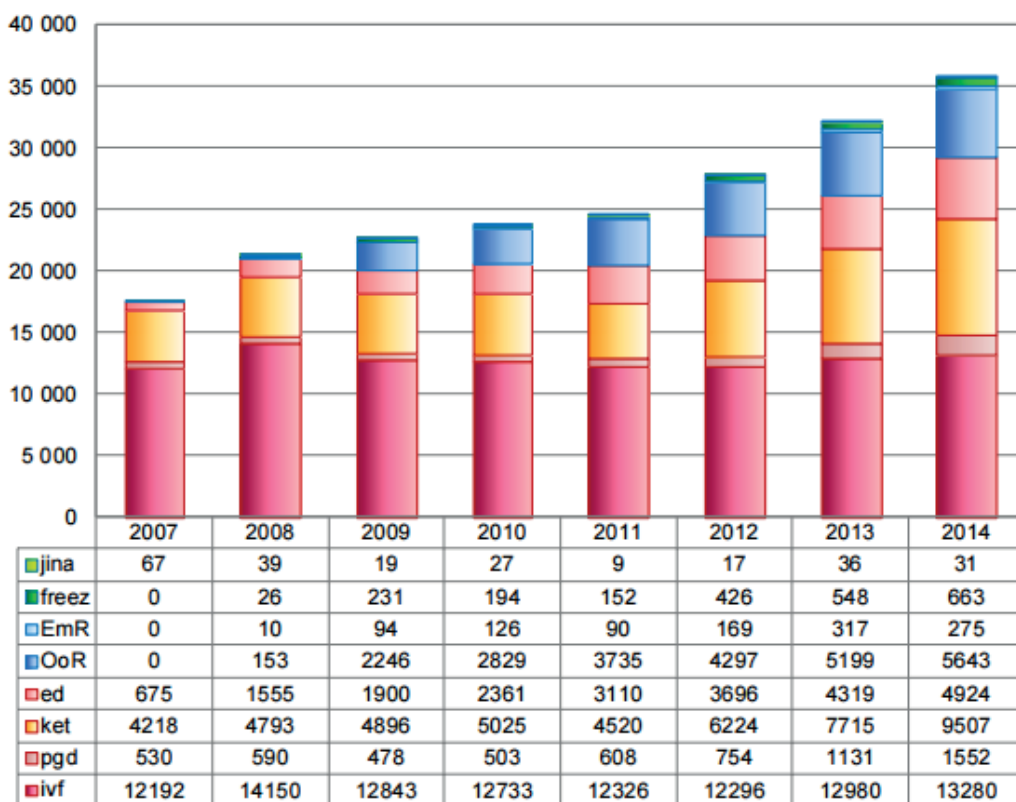
Konečná, H. (2009). Na cestě za dítětem. Praha: Galén

Konečná, H. (2012). O „negenetickém“ rodičovství trochu jinak. Informace pro zdravotníky. Praha: SNRP. Ke stažení zde: <http://www.nadacesirius.cz/soubory/ke-stazeni/brozury/SNRP-O-negenetickem-rodicovstvi-trochu-jinak-informace-pro-zdravotniky.pdf>.

Mardešić, T., a kol. (2013). Diagnostika a léčba poruch plodnosti. Praha: Grada.

Režábek, K. (2008). Léčba neplodnosti. Praha: Grada.

Graf: Počet cyklů zaslaných do NRAR tříděno podle Zamýšleného cíle cyklu



V roce 2007 a 2008 nebylo třídění cyklů na položku OoR a EmR, tyto cykly jsou - v roce 2007 úplně a v roce 2008 zčásti - zařazeny do cyklů „IVF“ případně „jina“. Skutečné počty těchto cyklů lze vidět od roku 2009.

- Z tabulky je patrné, že počet „klasických“ IVF cyklů, tedy cyklů s cílem léčit neplodnost, je přibližně stabilní. Prudký nárůst je v cyklech s cílem „Darovat oocyty (ED)“ a v cyklech s „přijetím darovaných oocytů (OoR)“.

STK pro chlapy – praktická přednáška pro praktické lékaře



MUDr. Zuzana Švandlenková
Ordinace Řepy, s.r.o.

V sobotu 29. 4. jsme měli možnost vystoupit s Nadačním fondem Petra Koukala na XI. jarní interaktivní konferenci ve Slovanském domě. Zakladatel nadačního fondu Petr Koukal byl už v 8:15 v plné síle na pódiu a vítal lékaře, kteří si přivstali, aby jeho přednášku zhlédli. Spolu s ním vystoupila praktická lékařka Zuzana Švandlenková, která je členkou dozorčí rady fondu. Spojení obou přednášejících není náhodné, Petr totiž Zuzce s velkou pravděpodobností vděčí za svůj život. Právě jí se před sedmi lety svěřil s tím, že se mu na varleti vytvořila bulka, a přestože se tomu ostatní kamarádi smáli a i Petr posléze tento nebolestivý problém přešel mávnutím ruky, Zuzka okamžitě jednala, ihned ho objednala k urologovi a dohlédla na to, že tam opravdu půjde. Hned druhý den ráno Petrovi operovali zhoubný nádor a následně začal s chemoterapií. Protože ale přišel včas, za pár měsíců po té poslední se nejen uzdravil, ale dokonce se vrátil k vrcholovému sportu a vybojoval si účast na své druhé olympiádě.

A právě o tom oba mluvili ve Slovanském domě. O důležitosti prevence, která může zachránit život. O potřebě nestydět se zajít k lékaři a světit se mu s jakýmkoliv problémem. O tom, jak může STK pro chlapy lékařům pomoci svými kampaněmi, aby k nim



preventivně dorazilo co nejvíce mužů. Ale také o tom, jak je pak důležité, aby byl muž, který sebere odvahu a vydá se na prohlídku, náležitě opečován. Nejde o nic jiného než o svědomité vykonání prevence jednou za dva roky v rozsahu daném vyhláškou. Mnohým z vás to asi připadá jako samozřejmost, ale často nás oslovují muži, že jim jejich lékař prevenci z různých důvodů udělat nechce. Nejčastěji si vyslechnou, že jsou ještě příliš mladí – přestože statistiky hovoří o tom, že například rakovina varlete postihuje čím dál mladší muže.

Na druhou stranu existují lékaři, kteří by preventivní prohlídky dělali rádi, ale bojují s tím, že o ně muži nemají zájem. Zde zase může pomoci náš nadační fond, který



dělá osvětu ve firmách, školách, na kulturních i sportovních akcích a který za celou dobu svého fungování rozdal již několik set tisíc Manuálů pro údržbu chlapa. Ten vtipnou formou přirovnává péči o muže k péči o auto, kterému se muži bohužel velmi často věnují víc než sobě, a vyzývá k pravidelným prohlídkám.

Manuály pro údržbu chlapa s plakáty pošleme do čekáren i všem lékařům, kteří mají zájem stát se členy lékařského Klubu STK. Jen v sobotu nám předalo svůj kontakt 68 lékařů a doufáme, že další budou následovat. Pokud se chcete připojit i vy, stačí navštívit náš web www.stkprochlapy.cz a v sekci „Jsem lékař a chci pomoci v projektu STK“ vyplnit kontaktní údaje.

Konference v číslech

- 1000 rozdaných Manuálů pro údržbu chlapa
- 68 získaných kontaktů od lékařů, z toho 10 on-line, 58 u stánku
- 24 lékařek, které se rozplakaly u STK songu
- 20 fotek s Petrem a lékaři
- 6 sněžených chlebičků

Jarní interaktivní konference SVL ČLS JEP - Workshop o kompresivní terapii



MUDr. Julia Černohorská
Dermal centrum Mělník



Dne 28. 4. 2017 proběhl v salonku Slovanského domu workshop o kompresivní terapii. O přípravu tohoto workshopu jsme požádali MUDr. Julii Černohorskou, Ph.D. z Dermal centra Mělník, která nám přednášela problematiku žilního onemocnění již na konferenci v Karlových Varech. Přímo v diskuzi na této konferenci byla kolegyně vyzvána, zda by workshop o kompresivní léčbě připravila, tudíž byl mezi účastníky Jarní interaktivní konference velký zájem. V úvodu zazněla krátká



vat a klást paní doktorce různé otázky. Na všechny znala odpověď. Na dalších stanovištích se pracovalo s různými typy kompresivních punčoch. Dostali jsme vysvětlení o způsobech pletení a následných rozdílech v použití punčoch, byli jsme seznámeni s kompresními třídami a způsobem předepisování kompresivních punčoch. Dostali jsme mnoho praktických užitečných tipů, např. na navlékání punčoch. Všichni jsme dostali spoustu nových informací o nám ještě neznámých materiálech, např. na ošetřování bérceových vředů apod. Smyslem workshopu bylo získat co největší množství praktických informací a dovedností souvisejících s kompresivní terapií, kterou bychom měli v našich všeobecných praxích odborně zvládat. Soudě podle zájmu a komentářů spokojených lékařů byl workshop velmi vydařený a přínosný. Děkuje velice paní doktorce Černohorské za pečlivou přípravu a současně bychom chtěli poděkovat i jejím odborným asistentům, jmenovitě Mgr. Prokopové Dagmar s kolegyní, Ing. Martinu Pobořilovi a Mg. Poláškové Evě.

Zpracovala MUDr. Jana Vojtíšková

přednáška, která vysvětlila podstatu a význam kompresivní terapie v léčbě chronického žilního onemocnění. Poté byli účastníci rozděleni do čtyř pracovních skupin, které cirkulovaly po místnosti. Byla připravena čtyři různá stanoviště, kde byl pod vedením odborníků nácvik bandážovacích technik. Všichni účastníci workshopu si měli možnost vyzkoušet různé techniky jako nakládání jednoduché a vícevrstevnaté bandáže. Byly předvedeny a vysvětleny rozdíly a způsob nejvhodnějšího použití různých typů obinadel, byla možnost si vše ohmatat, vyzkoušet si s těmito materiály pracovat



Role všeobecných praktických lékařů a Národní akční plán pro Alzheimerovu nemoc a další obdobná onemocnění na léta 2016 až 2019



MUDr. Simona Papežová
Psychiatrická ambulance
Lovosická 440/40, Praha 9

Anotace: Usnesením č. 85 Vlády České republiky ze dne 3. 2. 2016 byl přijat Národní akční plán pro Alzheimerovu nemoc a další obdobná onemocnění na léta 2016 až 2019². Tímto usnesením ukládá ministru zdravotnictví, ministryním práce a sociálních věcí a školství, mládeže a tělovýchovy a předsedovi Grantové agentury České republiky spolupracovat na plnění úkolů stanovených Národním akčním plánem. Národní akční plán řeší problematiku demencí v celé šíři, stanovuje cíle, které by měly vést k zajištění péče o pacienty ve všech stádiích těchto závažných onemocnění. Velmi klíčová role při plnění akčního plánu připadá všeobecnému praktickému lékaři.

Klíčová slova: Alzheimerova demence, Národní akční plán pro Alzheimerovu nemoc a další obdobná onemocnění na léta 2016 až 2019, všeobecný praktický lékař.

Úvod

Celospolečenským problémem v rozvinutých zemích se stává nárůst onemocnění demencí a nutnost tuto situaci řešit. Na tuto skutečnost upozorňují odborníci zabývající se léčbou těchto onemocnění, a uvědomují si jí i orgány státní správy s cílem najít řešení. Proto byl schválen **Národní akční plán pro Alzheimerovu nemoc a další obdobná onemocnění na léta 2016 až 2019**, který vycházel z Návrhu koncepce řešení problematiky Alzheimerovy choroby a obdobných onemocnění v ČR. Smyslem akčního plánu je zajistit odpovídající péči o pacienty ve všech stádiích těchto závažných onemocnění v návaznosti na potřeby pacienta, které průběh onemocnění přináší.

Budoucí vývoj

Prognóza populačního vývoje ukazuje, že v nadcházejících letech bude základním rysem vývoje obyvatelstva jeho progresivní stárnutí. Se stárnutím populace vzroste s největší pravděpodobností také počet osob s chronickými, zejména neurodegenerativními, onemocněními provázanými demencí³. V roce 2015 na světě žilo

46,8 milionů osob s demencí, předpokládá se zdvojnásobení tohoto čísla každých 20 let. Podle aktuálních projekčních studií bude v roce 2030 na světě žít 74,7 milionů osob s demencí, v roce 2050 131,5 milionů osob s demencí. V současné době se počet nových případů demence odhaduje na 9,9 milionů za rok⁴. Přesná čísla pro ČR nemáme, na základě zahraničních prevalenčních studií je odhadován aktuální počet osob s demencí v ČR na přibližně 150 tisíc. Prevalenční studie dále naznačují, že hranici 200 tisíc osob s demencí ČR dosáhne v roce 2023, hranici 300 tisíc v roce 2036. Demencí je v ČR postižen každý třináctý člověk starší 65 let, každý pátý člověk starší 80 let a každý druhý člověk starší 90 let⁵.

Náklady

V roce 2015 organizace Alzheimer's Disease International ve své zprávě odhadla celosvětové náklady na demenci na 818 miliard amerických dolarů. Do roku 2018 tyto náklady vzrostou na 1 bilión amerických dolarů, do roku 2030 na 2 bilióny amerických dolarů. S vysokými finančními náklady na péči jsou spojeny zejména pokročilá stadia demence. V počátečních fázích onemocnění, kdy převládají hlavně obtíže s pamětí, mohou osoby s demencí bez větších problémů setrvávat ve vlastním prostředí. V dalších stádiích nemocní ztrácí soběstačnost a vyžadují celodenní asistenci, v závěrečných fázích nemoci již potřebují trvalou komplexní péči. Včasná diagnóza demence, správná léčba a adekvátní psychosociální intervence mohou tedy významným způsobem zpomalit průběh onemocnění, oddálit pokročilá stadia nemoci a prodloužit období kvalitního života.

Významné cíle akčního plánu z pohledu praktického lékaře

Z pohledu zajištění vhodné péče se všeobecných praktických lékařů nejvíce dotýkají následující cíle: zajištění včasné a správné diagnózy syndromu demence, úhrada léčby z veřejného zdravotního pojištění, zlepšení přístupu k vhodné péči, zajištění vhodné péče a její koordinace, prevence v rámci zdravotních a sociálních služeb. Další cíle se zaměřují na změnu postoje k nemocným ve společnosti, tedy výchově k ohleduplnosti vůči seniorům, hledání řešení zvýšení podpory pro pečovatele, zajistit edukace rodinných pečujících a asistentů sociální péče, zvýšení povědomí široké veřejnosti o onemocnění, podporu rozvoje vzdělávání pro profesionální pečující, vzdělávání pracovníků ve školství a veřejném sektoru, koordinaci úsilí v oblasti výzkumu, organizaci epidemiologického dozoru a podporu zapojení České republiky do celoevropské spolupráce.

Úloha praktického lékaře v prevenci, diagnostice a léčbě demence

Praktičtí lékaři by se měli aktivně podílet především na včasné diagnostice, léčbě, péči o pacienty s demencí a prevenci onemocnění. Tuto oblast řeší v rámci akčního plánu cíl **1. 3. Vytvoření podmínek pro zařazení screeningového vyšetření kognitivních funkcí do všeobecné preventivní prohlídky u seniorů.** V současné době probíhá ověřování zvoleného testu v rámci pilotního projektu ÚZIS ve spolupráci s praktickými lékaři. Jedná se o krátký cca 5 minutový test, který je prováděn při preventivních prohlídkách lidem nad pětadesát let. Cílem projektu je zachytit nemoc co nejdříve, stanovit diagnosu a započít léčbu. Nemoc tak lze zpomalit a posunout období závislosti pacienta na péči ostatních či pobytových sociálních službách. Prvním projevem choroby je porucha krátkodobé paměti. Pacient neví, co dělal před chvílí, kam něco odložil nebo co snídal, pamatuje si ale věci z dávné minulosti. Později se u něj zhorší soběstačnost, až je zcela závislý na péči ostatních. Odhaduje se, že jedna ordinace provede screeningové vyšetření u dvou osob týdně a zachytí dva pacienty měsíčně. Pokud budou výsledky testu pozitivní, doplní praktický lékař další vyšetření, nebo odešle nemocného ke specialistovi. Po vyhodnocení pilotního projektu bude následovat začlenění tohoto screeningového vyšetření v rámci novelizace do Vyhlášky č. 70/2012 Sb., o preventivních prohlídkách, dále pak budou následovat jednání o zařazení nového výkonu do Seznamu zdr. výkonů, a současně také budou zahájena jednání se zdravotními pojišťovnami o možnosti financování.

V problematice léčby je velmi důležité řešit při revizi úhrad jednotlivých lékových skupin odstranění či úpravu preskripčních a indikačních omezení kognitiv, která nyní může předepisovat neurolog, psychiatr nebo gerontolog. Současná platná omezení brání včasnému zaháje-

ní léčby, která je tak zahájena až v pozdějších stádiích onemocnění, kdy efekt léčby již není dostatečný. V rámci diskusí je třeba vyjasnit, zda by bylo změnou přenesení léčby specialistou diagnostikovaného pacienta na praktického lékaře, či zda by praktický lékař léčbu i sám zahájil a vedl a ke specialistům by byli předáváni pouze pacienti s komplikacemi.

Jedním z cílů (cíl 3.2) je **podpora vzniku strukturované sítě pracovišť s definovanou péčí poskytovanou na jednotlivých úrovních.** Součástí této sítě bude jak všeobecný praktický lékař, tak ambulantní specialista, organizace poskytující terénní a sociální služby, specializovaná lůžková zařízení a pro veřejnost snadno dostupné informační kanály, jako je telefonická linka a internetový portál.

V současné době se jako problém ukazuje skutečnost, že značná část osob trpící demencí zůstává bez správné diagnózy a léčby až do pokročilých stádií onemocnění. Z hlediska rozpoznání prvních známek demence se jako nezastupitelná jeví role všeobecného praktického lékaře, který provází pacienta během všech stádií onemocnění a podílí se na tvorbě celého systému péče o něj. V oblasti včasného rozpoznávání nemoci by měl hrát roli všeobecný praktický lékař¹. Léčba a péče o pacienty s MCI a demencí budou dále rozpracovány v odborných doporučeních.

Závěr

Role praktického lékaře je v prevenci, diagnostice a léčbě pacientů se syndromy demence nezastupitelná. Národní akční plán **pro Alzheimerovu nemoc a další obdobná onemocnění na léta 2016 až 2019** tuto roli zohledňuje. Implementace akčního plánu by měla vést k výraznému zvýšení kvality péče o pacienty s Alzheimerovou demencí a obdobnými onemocněními.

Zdroje:

1. Národní akční plán pro Alzheimerovu nemoc a další obdobná onemocnění na léta 2016 až 2019
2. Usnesení Vlády České republiky ze dne 3. února 2016 č. 85
3. Burcin, Boris, Kučera, Tomáš. Prognóza populačního vývoje České republiky na období 2008-2070. Praha: 2010.

4. Alzheimer's Disease International. World Alzheimer Report 2015.
5. Mátl, Ondřej, Holmerová, Iva a Mátlková, Martina. Zpráva o stavu demence 2014. Praha: Česká alzheimerovská společnost, o. p. s., 2014.

Osteoporóza: Jak ji diagnostikovat a léčit?



MUDr. Ludmila Brunerová, Ph.D.

Osteocentrum Affidea Praha a 2. Interní klinika FNKV
a 3. LF UK Praha

Úvod – definice osteoporózy

Osteoporóza je definována jako systémové onemocnění skeletu charakterizované sníženou minerálovou kostní hustotou a porušenou mikroarchitektonikou, které vede ke zvýšenému riziku zlomenin. Světová zdravotnická organizace definovala osteoporózu na základě nízké kostní hustoty (bone mineral density, BMD) zjištěné denzitometricky jako T-skóre (směrodatná odchylka konkrétního pacienta od průměru stanoveného na zdravé mladé populaci) nižší než -2,5 (hodnoty T-skóre v rozmezí -2,5 až -1 se označují jako osteopenie a vyšší BMD než -1 znamená normu) či při přítomnosti nízkotraumatické zlomeniny (vzniklé poraněním, které by u zdravé kosti k fraktuře nevedlo). Ne všechny fraktury jsou považovány za osteoporotické – s osteoporózou obvykle nebývají spojeny fraktury kostí od kotníku distálně, fraktury metakarpů a článků prstů na rukou a obličejových kostí.

Epidemiologie

Osteoporóza představuje nejčastější metabolické onemocnění a její prevalence roste s věkem u obou pohlaví, významně strměji z důvodu ukončení hormonální aktivity ovarií v menopauze u žen. Výskyt osteoporotických fraktur ve všech typických lokalizacích se také zvyšuje s věkem, a to je důvodem, proč osteoporóza obsazuje čelní pozice v hodnocení „disability“, snížené kvality života a vysokých ekonomických nákladů.

Diagnostika a diferenciální diagnostika

Základním vyšetřením je denzitometrie provedená v klasických lokalizacích – bederní páteř a proximální femur/y. Je-li nálezh v těchto oblastech nehodnotitelný či pokud nelze vyšetření provést, vyšetřuje se nedominantní předloktí. Zajímavým parametrem, který lze získat pomocí speciálního softwaru z denzitometrického vyšetření u některých přístrojů je trabekulární kostní skóre (TBS), jehož hodnota koreluje s kvalitou kostní mikroarchitektoniky a ukazuje se být nezávislým predik-

torem fraktur. Nezbytnou součástí diagnostiky je klinické vyšetření včetně důkladné anamnézy (osteoporotické fraktury u rodičů, osobní anamnéza, farmakologická anamnéza, abusus...), laboratorní vyšetření (kalciofosfátový metabolismus: S-Ca, S-P, 25-OH vitamin D, parathormon, kalciurie; případně kostní markery: osteoformační např. P1NP/N-terminální peptid kolagenu 1, osteoresorpční, např. cross laps). Zásadní je diferenciálně diagnostické vyšetření laboratorní (vyloučení poruchy funkce jater, ledvin, hematologického onemocnění, hypogonadizmu u mužů ad.) a radiologické (rentgen páteře k vyloučení např. metastáz či kompresivních fraktur). Diagnóza osteoporózy je tedy diagnózou per exclusionem – je nutné vyloučit jiné osteopatie, které mohou být spojeny se sníženou BMD. Osteoporóza samotná není homogenní klinickou jednotkou, dále se dělí na primární (z této skupiny je nejčastější senilní) a sekundární (postmenopauzální, poléková – kortikoidy, inhibitory zpětného vychytávání serotoninu, antiepileptika ad., při zánětlivých střevních a revmatických onemocněních ad.).

Klinicko-denzitometrická data je možné zadat do kalkulátoru FRAX, který vypočítá 10leté riziko velké osteoporotické fraktury u konkrétního pacienta.

Léčba

Léčba osteoporózy zahrnuje režimová opatření (výživa, pohybová aktivita, konec kouření), substituci vápníkem (v dávce 800–1200 mg denně dle věku) a vitamínem D (preferenčně cholekalciferol v denním 800–1200 j či odpovídajícím týdenním dávkování). Specifická antiosteoporotická léčba je hrazena z prostředků zdravotního pojištění při diagnóze osteoporózy (denzitometrická kritéria, osteoporotické fraktura) po splnění indikačních kritérií. Podle mechanismu účinku ji dělíme na antiresorpční (bisfosfonáty, denosumab, selektivní modulatory estrogenových receptorů (*pozn. t.č. není na našem trhu dostupný preparát z této skupiny*)) a léčbu osteoanabolickou (teriparatid s velmi přísnými indikačními kritérii, případně stroncium s dosud neobjasněným mechanismem účinku, a výhledově nová biologika, např. romosozumab).

Prevence

Osteoporóza (a její komplikace – fraktury) je do určité míry preventabilní onemocnění. K dispozici máme data o fyzické aktivitě, vitamínu D, udržování přiměřeného BMI a nekouření.

Praktická doporučení – koho odeslat na denzitometrii a jak často?

Denzitometricky by měli být vyšetřeni pacienti obou

pohlaví se suspekci na osteoporózu/frakturu (např. z rentgenového vyšetření), dále osoby s rizikovou farmakoterapií, osoby po nízkotraumatické zlomenině a osoby starší 65 s rizikovým faktorem (např. podvýživa, zánětlivá střevní či revmatická onemocnění, malabsorpční syndromy, endokrinní onemocnění apod.). Denzitometrie je hrazena zdravotní pojišťovnou 1x ročně. Při monitoraci efektu léčby vyšetření opakujeme vstupně obvykle po roce, následně většinou po dvou letech. Skriningově je racionální opakovat denzitometrii podle rizikovosti pacienta/ky v intervalu 2–5 let.

Závěr

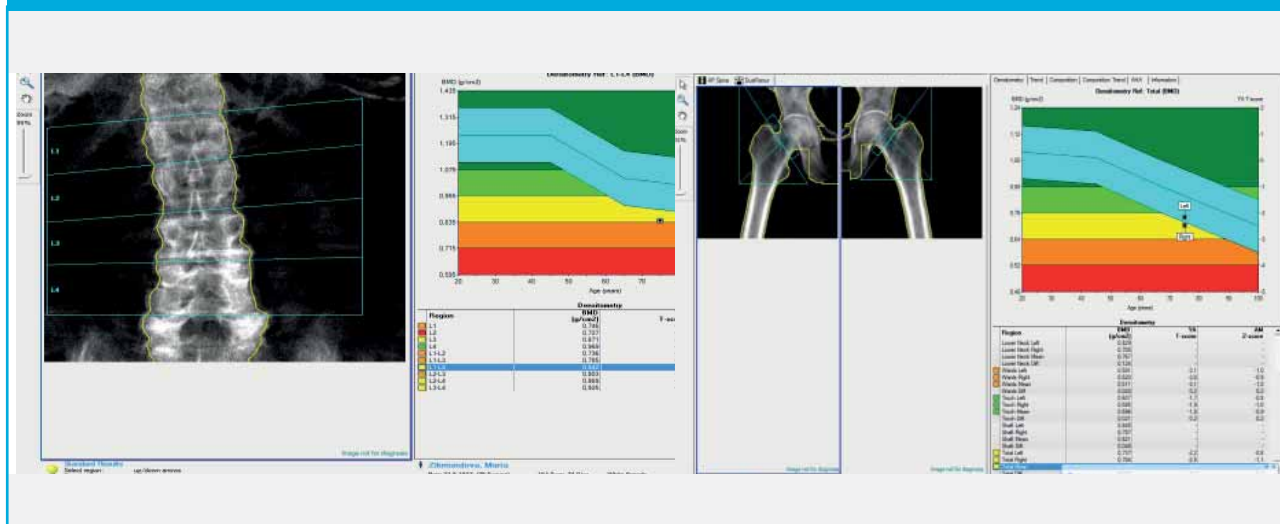
Osteoporóza je nejčastější metabolické kostní onemocnění spojené se zvýšeným rizikem fraktur, významnou disabilitou a drahou léčbou komplikací. Léčba je založena na dostatečném přívodu vápníku a vitamínu D a podávání antiosteoporotik dle mechanismu účinku (optimálně) a indikačních kritérií ZP (reálně). Specifická léčba významně snižuje riziko fraktur a zlepšuje prognózu pacientů.

Literatura:

<http://smos.cz/wp-content/uploads/2014/10/Rosa.pdf>
http://smos.cz/wp-content/uploads/2014/10/DP_2015.pdf

<https://www.sheffield.ac.uk/FRAX/tool.aspx?country=39>

Denzitometrický nálezn



Deficit testosteronu, prevalence, příznaky, diagnostika



MUDr. Taťána Šrámková, CSc.

Sexuologické oddělení FN Brno
Urologická klinika a Sexuologický ústav VFN a 1. LF
Karlovy univerzity Praha

Souhrn

Prevalence syndromu nedostatku testosteronu (testosterone deficiency syndrome, TDS) je významná u mužů nad 40 let věku a představuje závažný zdravotní problém, protože na základě vztahu nízkých hladin testosteronu (T) a diabetu, kardiovaskulárních onemocnění a osteoporózy vede ke snížení délky a kvality života. Léčbu však podstupuje < 10 % postižených mužů. Cílem je seznámit praktické lékaře se symptomy mužského stárnutí, diagnostikou a léčbou deficitu testosteronu.

Úvod

Celosvětově je patrný trend rostoucího podílu starší populace. Zvyšuje se průměrný věk, narůstá počet chorob spojených se stárnutím: kardiovaskulárních, cerebrovaskulárních, demence i DM 2. Významná patogenetická složka těchto onemocnění je ve stárnoucím nervovém, imunitním a endokrinním systému. Testosteron a jeho úbytek je spojován se stárnutím. Jakou hraje testosteron úlohu v organismu? Má anaboličnou a androgenní účinnost, potlačuje známky zánětu, má imunomodulační aktivitu, potlačuje expresi TNF-alfa, cytokinů IL-1beta, IL6 a zvyšuje tvorbu anti-aterogenního cytokinu IL-10, stimuluje lipolýzu, inhibuje aktivitu lipoprotein-lipázy. Důležitý je jeho protektivní vliv na některé rizikové faktory kardiovaskulárních onemocnění (KVO): obvod pasu, růst HDL cholesterolu, zvyšuje aktivitu syntáz oxidu dusnatého (NOS), produkci oxidu dusnatého (NO), tím ovlivňuje vaskulární tonus, cévní dilataci a krevní průtok. Má vliv na sociální vazby: zvyšuje: agresivitu, schopnost riskovat, snahu muže imponovat okolí a sebevědomí. Je pozitivní korelace s počtem partnerek negativní korelace mezi hladinou T a silou vazby k partnerce.

Prevalence

Prevalence late-onset hypogonadismu (tj. hypogonadismus s pozdním začátkem v dospělosti) je 25 % ve věku 40–62 let (ve věku nad 80 let > 50 %). Fyziologický pokles hladiny testosteronu je od 35. roku věku, roční pokles je o 0,4% celkového T. Až 20% mužů nad 75 let má hladiny T odpovídající mladým mužům, jsou to nositelé genu pro dlouhověkost (=zpomalení apoptózy).

ký pokles hladiny testosteronu je od 35. roku věku, roční pokles je o 0,4% celkového T. Až 20% mužů nad 75 let má hladiny T odpovídající mladým mužům, jsou to nositelé genu pro dlouhověkost (=zpomalení apoptózy).

Příznaky

Hypotestosteronémie, TDS je spojena s přítomností aterosklerózy a rizikovými faktory KVO jako jsou viscerální obezita, inzulinová rezistence, dyslipidémie, hypertenze. Hypotestosteronémie je prediktor iktu a ischemických atak. Erektální dysfunkce, spojená s nízkou hladinou testosteronu, tak představuje první nápadný příznak KVO či DM 2 (Tivesten A et al. 2009, Sievers C et al. 2010, Araujo AB et al. 2011). Epidemiologické studie prokazují, že muži mající nízkou hladinu testosteronu, se dožívají nižšího věku a mají vyšší úmrtnost na kardiologická, onkologická i respirační onemocnění (Laughlin GA et al. 2008). Symptomy hypotestosteronémie zahrnují (Stárka L 2002) oblast virility (snížená vitalita, úbytek svalové hmoty a síly, řídnutí ochlupení, abdominální obezita), sexuálních funkcí (snížení libida, omezení sexuální aktivity, zhoršení erekce, méně intenzivní ejakulace, snížený objem ejakulátu), vazomotoriku a nervový systém (epizodické pocení, návaly horka, insomnie) a poruchy psychických funkcí (podrážděnost nebo letargie, snížený pocit spokojenosti, nedostatečná motivace, nízké sebevědomí, snížená duševní energie, symptomy deprese, pocit strachu, problémy s krátkodobou pamětí). Typický pacient si stěžuje na ztrátu nebo snížení sexuální touhy a sexuální aktivity, únavu, erektilní dysfunkci a zhoršení ranních erekcí.

Diagnostika hypogonadismu

U muže s podezřením na late-onset hypogonadismus indikujeme komplexní vyšetření somatické (gynekologie, ochlupení, BMI, obvod pasu, varlata, penis, digitální rektální vyšetření), laboratorní a dotazníkové. Průkaz hypotestosteronémie provádíme biochemickými testy, odběr je třeba provést krve mezi 8. a 10. hodinou, doporučuje se opakovat měření 1–2krát. Dle Guidelines EAU (Doporučení Evropské urologické společnosti) je dolní rozmezí tT (celkový testosteron) 8–12 nmol/l, cutoff tT 12,1 nmol/l. Za nízkou hladinu se považuje tT < 11 nmol/l. Dle Stárky je subnormální tT < 7 nmol/l, šedá zóna 7–11 nmol/l, fyziologická hladina 11–35 nmol/l (Stárka L 2011). Ke stanovení hladiny T by nemělo dojít při akutním onemocnění. Jednorázový nález zvláště bez klinických symptomů nemusí znamenat hypogonadismus. Subjektivně prožívané symptomy nemusí být specifické (únava, snížení svalové síly, poruchy paměti), proto je nutná diferenciální diagnostika (Dohle GR et al. Guidelines EAU 2017).

Cíl substituční terapie

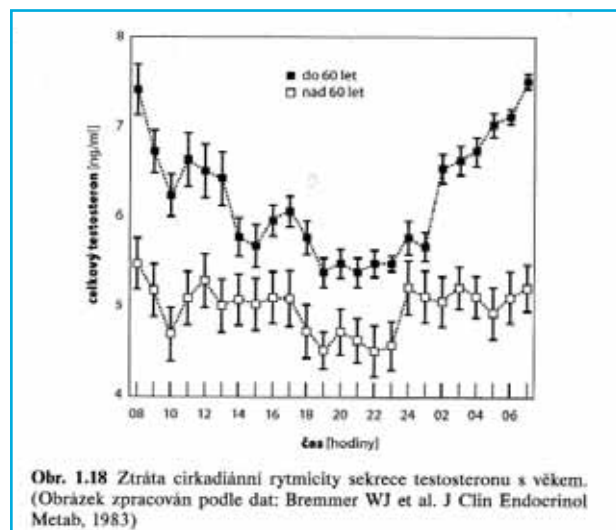
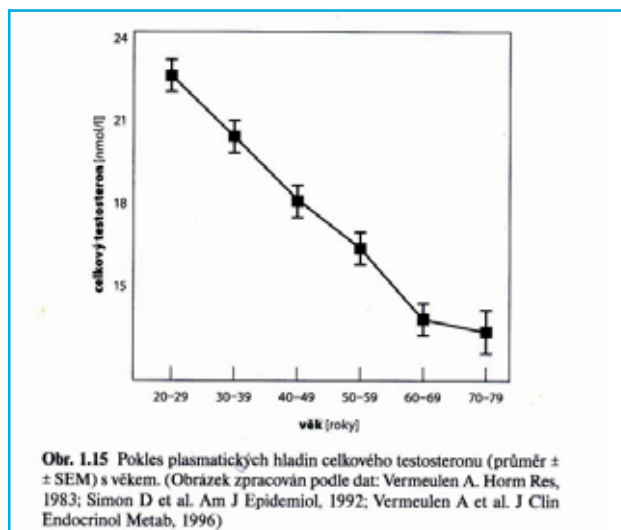
Cílem léčby je dosažení fyziologických hladin testosteronu u hypogonadálních mužů, zvýšení kvality života, zlepšení sexuálních funkcí, svalové síly, zvýšení energie, kostní denzity, pocitu životní pohody, zlepšení kardiovaskulární morbidity. Přesto léčbu podstupuje < 10 % postižených mužů ve srovnání s odhadem prevalence a vazbám na kardiovaskulární onemocnění, osteoporózu, cukrovku, metabolický syndrom, sexuální funkce, sarkopenii či psychickou pohodu. Důvody jsou nedostatečné povědomí lékařů o přidružených onemocněních ve vztahu k TDS a možnosti substituční terapie testosteronem, nepodložené obavy ve vztahu ke karcinomu prostaty či nedostatečné znalosti guidelines (Morales A. 2010).

Závěr

Prevalence TDS je významná u mužů nad 40 let věku. Hypotestosteronémie je významný zdravotní problém, protože na základě vztahu nízkých hladin T a diabetu, kardiovaskulárních onemocnění a osteoporózy vede snížení délky a kvality života. Hypotestosteronémie vyžaduje přítomnost klinických projevů a laboratorní potvrzení abnormální hladiny T. Je-li diagnóza TDS potvrzena, je doporučena úprava životního stylu a substituce T. Pacient musí být pravidelně monitorován provedením fyzikálního vyšetření, komplexní analýzy séra a digitálního rektálního vyšetření. Vzhledem k tomu, že úmrtí na kardiovaskulární onemocnění jsou stále na prvním místě, je diagnostika late-onsethypogonadismu důležitá z hlediska zlepšení morbidit i mortality na KVO a zlepšení kvality života.

| Celkový T nmol/l | Symptom |
|------------------|---|
| 15–20 | bez potíží (>20 plnohodnotná hladina) |
| 12–15 | snížené libido, pokles energie |
| 10–12 | nadváha, obezita, zhoršení ranních erekcí |
| 8–10 | deprese, poruchy spánku, hypoprosexie, DM 2 |
| 3–8 | ED, návaly horka |
| 0–3 | poruchy spermatogeneze |

Zitzmann M. et al 2006



Rizika spojená s chřipkou u geriatrických nemocných



prof. MUDr. Hana Matějovská Kubešová, CSc.

Klinika interní, geriatric a praktického lékařství
Lékařské fakulty Masarykovy univerzity

Chřipka jako onemocnění postihující vždy větší počet jedinců ve stejnou dobu a s podobnými příznaky doprovází lidstvo již od antických dob. První popsanou pandemií byla chřipka v roce 1580, kdy vojska španělského krále Filipa II. svými taženími významně podpořila její šíření. Zatím nejkatastrofálnější byla pandemie v letech 1918–1919, která postihla civilizaci vyčerpanou 1. světovou válkou a způsobila úmrtí 55 milionů lidí, zatímco počet obětí války samotné byl 19 milionů.

U nemocných vyššího věku má onemocnění chřipkou významně závažnější průběh a vyšší počet komplikací vzhledem k postupujícím involučním změnám, jako je snížená funkční rezerva kostní dřene, pokles intenzity humorální i buněčné odpovědi na stimulaci antigenem, pokles schopnosti fagocytózy a destrukce antigenem či významně pomalejší reakce komplementové kaskády.

Zejména pokles počtu a snížení funkční kapacity lymfocytů vede ke zvýšení náchylnosti starších nemocných k virovým onemocněním, ale také ke snížení intenzity odpovědi na očkování asi na 60 % oproti mladší populaci.

Se zvyšujícím se věkem narůstá i výskyt dalších faktorů, predisponujících k infekčním komplikacím, jako je malnutrice, diabetes mellitus, imunosupresivní terapie, přítomnost devitalizované tkáně či cizích těles kontaminovaným exo- nebo endogenně.

Dalším nepříznivým vlivem podporujícím rozšiřování chřipky i dalších infekčních chorob zejména v kolektivních seniorských zařízeních jsou kognitivní poruchy starších klientů, které obvykle minimalizují efekt lokálních protiepidemických opatření.

Involuční změny ovlivňují i nástup a průběh již vzniklého infektu. Méně intenzivní obranná reakce dovolí infekčnímu agens šířit se bez překážek, a tedy rychleji, za méně výrazných klinických příznaků spíše atypického charakteru. Jedním z nejčastějších úvodních symptomů nastupujícího infektu je slabost DKK až neschopnost chodit. Velmi často se také objevuje úplná ztráta chuti

k jídlu a snížení příjmu tekutin, které společně s febriliemi vedou k rychlé dehydrataci až prerenálnímu selhání. Zvyšuje se i pravděpodobnost poškození dalších orgánů v podobě myokarditidy, perikarditidy, pankreatitidy, encefalitidy, myositidy. Stonásobně například vzrůstá v průběhu chřipky u seniorů riziko nasedající pneumokokové pneumonie.

Z dalších komplikací nasedajících na probíhající chřipku je možno očekávat srdeční selhání vlivem respirační komplikace či přetížením oběhu při febrilních, zhoršení stavu výživy, dekompenzace ostatních chronických chorob, snížení až ztrátu soběstačnosti či multiorganové selhání s fatálním průběhem.

Z výše uvedených skutečností je zřejmé, že je nutno využít všech možností, jak onemocnění chřipkou u starších nemocných předejít. Očkování proti chřipce je k dispozici již několik desetiletí. Složení vakcín je každoročně upravováno podle aktuálních doporučení WHO. Důvěra seniorů v efekt očkování, a tím i procento seniorů očkování podstupujících, je však i přes úhradu zdravotními pojišťovnami velmi nízká.

Jedním z obvyklých argumentů, proč se nenechat očkovat, je známý nebo příbuzný seniora, který se nechal naočkovat, ale přesto chřipku prodělal. To samozřejmě může být pravda, ale v rámci přesvědčování bychom měli být schopni staršímu nemocnému vysvětlit, že:

1. ne každé předjarní respirační onemocnění je chřipka a očkování chrání proti právě chřipce, která může mít závažné organové komplikace
2. i když chřipka po očkování vznikne, její průběh je mírnější a výskyt komplikací podstatně nižší

Na druhé straně je prokázáno, že u starších nemocných snižuje očkování proti chřipce riziko onemocnění o 60–70 %, potřebu hospitalizace o 30 až 70 % a riziko úmrtí až o 80 %. Právě seniorům nad 65 roků věku a zejména seniorům multimorbidním doporučuje WHO očkování proti chřipce zcela jednoznačně.

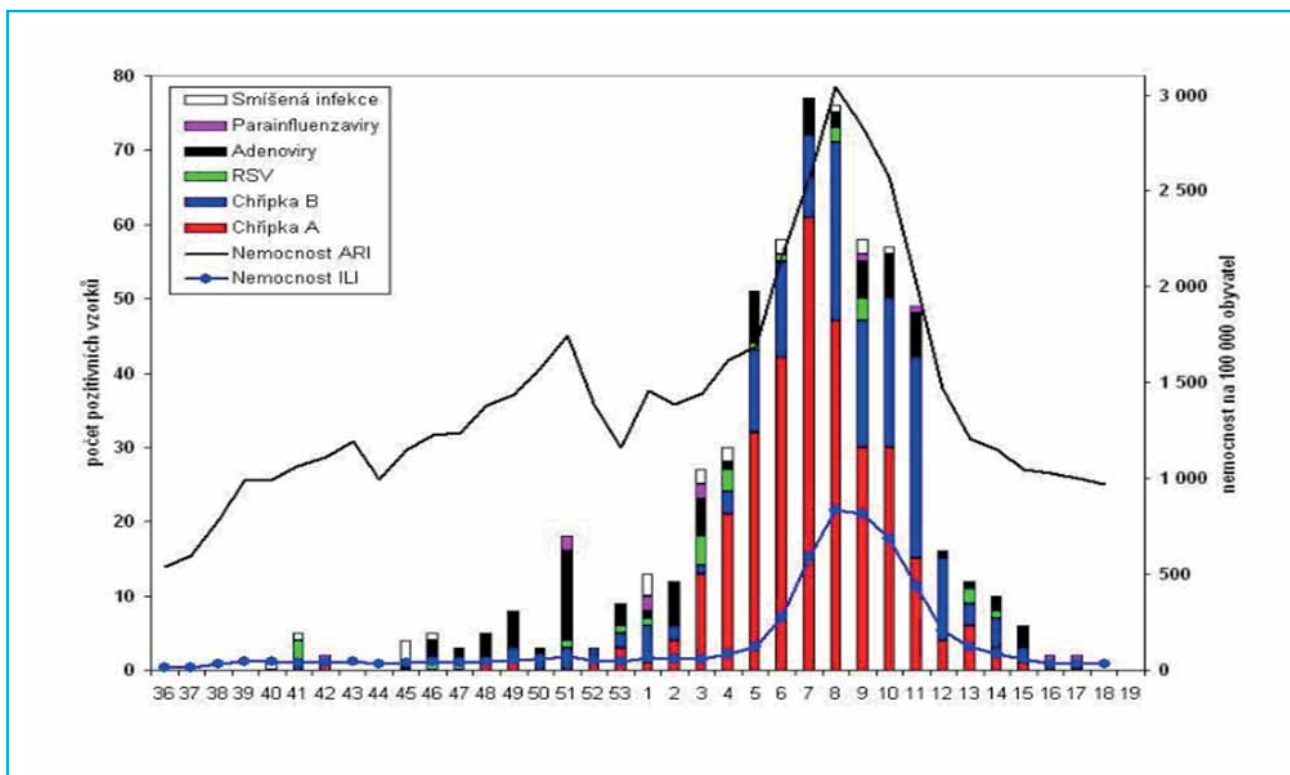
Závažná je ovšem i problematika očkování zdravotníků a dalších pečujících. Infikovaný zdravotník či pečující se stává zdrojem infekce pro seniory a na druhé straně lokální epidemie chřipky mezi personálem seniorského zařízení může významně zhoršit kvalitu i dostupnost péče.

V prevenci chřipky tedy hraje jednoznačně nejvýznamnější roli imunizace a v akceptaci imunizace seniory hrají zásadní roli sami zdravotníci – je prokázáno, že doporučí-li očkování lékař, zvýší se pravděpodobnost jeho skutečné realizace až na šestinásobek. Kromě významu imunizace bychom jako zdravotníci měli být

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

schopni seniorům vysvětlit nutnost adekvátní výživy pro prevenci chřipky zejména s důrazem na dodávku proteinů a vitaminů. Připomínat je nutno také příznivý vliv pravidelné pohybové aktivity ve venkovním prostředí s cílem zachovat tělesnou kondici a zvýšit aktivaci přiro-

zeného vitamínu D, který zvyšuje syntézu antimikrobiálních proteinů v buňkách a zvyšuje lokální odolnost zejména sliznic



- Havlíčková M. Jsme ohroženi pandemií chřipky? Med Pro Praxi 2008;5(2):60–61; 2. ECDC Fact Sheet for Health Professionals; http://ecdc.europa.eu/en/health-topics/seasonal_influenza/basic_facts/Pages/fact-sheet_professionals_seasonal_influenza.aspx
- Vakcinace proti chřipce ve stáří - Důležitý nástroj prevence hospitalizací a úmrtí [online][cit.04-09-2016]: www.tribune.cz/clanek/26048-vakcinace-pro-ti-chripce-ve-stari-dulezity-nastroj-prevence-hospitalizaci-a-umrti
- Varkey JB et al Curr Opin Pulm Med/CS 2009;6:35–43
- Národní doporučení k postupu pro očkování proti sezónní chřipce http://www.mzcr.cz/dokumenty/narodni-doporuceni-k-postupu-pro-ockovani-proti-sezonni-chripce-_6880_2073_5.html

Výživový zázrak - kokosový tuk?



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

Úvod

Kokosový tuk je prezentován v médiích, na internetu a u některých výživových poradců jako tuk s prospěšnými zdravotními účinky. Mnoho lidí těmito informacím uvěřilo a kupují kokosový tuk za vysokou cenu, především v prodejnách se zdravou výživou. Má kokosový tuk opravdu takové účinky, jak se uvádí? Argumentace spojená s pozitivními účinky kokosového tuku na lidské zdraví je poskládána z dílčích informací, které jsou vytrženy z kontextu a některé z nich nemají ani reálnou podstatu. Základní problém je, že každá potravina je vždy konzumována jako součást celodenní stravy. Z tohoto pohledu záleží na její skladbě. Jednotlivé potraviny konzumujeme v různých množstvích a nezáleží jen na tom, co jíme, ale i na tom co nejíme. Některé složky jednotlivých potravin mohou působit na organismus příznivě, jiné negativně. Určitá složka potraviny může ovlivňovat jeden rizikový faktor pozitivně, jiný zase negativně. Z tohoto pohledu je potřeba posuzovat i kokosový tuk.

Kokosový tuk a jeho složení

Zdrojem kokosového tuku je kokosová palma - kokosovník ořechoplodý (*Cocos nucifera L.*) z čeledi *Arecaeae* (arekovité), pěstuje se na Filipínách, v Malajsi, Indii a Indonésii a na Srí Lance. Sušený endosperm, nazývaný kopra, obsahuje 60–70 % tuku; jeho strouháním se získá kokosová moučka, která slouží k výrobě tuku. Světová produkce suroviny pro výrobu kokosového tuku – kopry je stabilní a pohybuje se ročně okolo 5,5 milionů tun. V kokosovém tuku jsou převážně zastoupeny nasycené mastné kyseliny (okolo 90 %), zbytek tvoří mastné kyseliny mononenasycené (cca 8 %). Polynenasycených mastných kyselin je v kokosovém tuku jen 1 až 2 %. Nejvíce je zastoupena kyselina laurová s 12 uhlíky v molekule, která tvoří 45–50 % všech mastných kyselin. Jedním z často uváděných argumentů ve prospěch kokosového tuku je informace, že obsahuje převáž-

ně mastné kyseliny se střední délkou řetězce. Ty jsou rozpustné ve vodě, proto se vstřebávají přímo do krve a postupují portální žilou do jater, kde se využívají především jako zdroj energie. Mastné kyseliny s dlouhým řetězcem jsou nerozpustné ve vodě, proto musí být transportovány v organismu přes lymfatický systém do centrálních žil ve formě lipoproteinových komplexů. Kyselina laurová bývá někdy zařazována mezi mastné kyseliny se střední délkou řetězce, což však není správné. Fyzikální vlastnosti mastných kyselin podmiňují způsob jejich vstřebávání. Zatímco kyselina kaprylová s 8 uhlíky byla bilančně z celkového příjmu zjištěna v lymfatickém systému jen ze 7,3 %, kyselina kaprinová s 10 uhlíky z 26,3 %, tak kyselina laurová je vstřebávána přes lymfatický systém z 81,7 %¹. To ukazuje na skutečnost, že kyselina laurová se chová více jako mastná kyselina s dlouhým řetězcem, kam ji mimo jiné řadí i Evropský úřad pro bezpečnost potravin EFSA². Rovněž produkty pro zvláštní výživu tuky se střední délkou uhlovodíkového řetězce tzv. MCT tuku (medium chain triglycerides) obsahují mastné kyseliny s 8 a 10 uhlíky. MCT a kokosový tuk se často zaměňují, mají však výrazně odlišné složení, mohou však mít stejný původ. Frakcionací kokosového tuku lze oddělit kyselinu kaprylovou a kaprinovou a získat tak skutečné tuky obsahující mastné kyseliny se střední délkou řetězce.

Vysoký příjem kokosového tuku údajně nevedí

Tento argument se opírá o způsob stravování etnické skupiny – obyvatelů ostrova Tokelau, kteří měli vysoký příjem kokosového tuku, přesto měli nízký výskyt srdečně cévních onemocnění. Kokosový tuk ani nasycené mastné kyseliny nepředstavují samy o sobě riziko, a to ani i při relativně vysoké konzumaci. Záleží na okolnostech, jak vypadá skladba stravy jako celek. Obyvatelé ostrova Tokelau jedli hodně ovoce a ryb, maso, ať už vepřové nebo drůbeží, se konzumovalo jen o svátečních příležitostech. Ve stravě byl velmi nízký příjem cholesterolu, organismus si většinu cholesterolu musel syntetizovat v játrech. Nasycené mastné kyseliny nezvyšují hladinu cholesterolu přímo, ale snižují počet LDL-receptorů, díky nimž je cholesterol méně vychytáván z krve. Vezmeme-li v úvahu konzumaci ryb a ovoce, je zřejmé z tohoto pohledu, že se rovnováha hladiny cholesterolu v krvi u této populace vytvářela za zcela odlišných podmínek, než je obvyklé u evropské stravy. Tuto skutečnost potvrzují i rozborů krevních testů, které byly u této populace prováděny. Hladiny cholesterolu nebyly vysoké, mnohem nižší než jsme zvyklí vidat

v našich oblastech. U mužů různých věkových skupin se pohybovaly v rozmezí 4,8–5,7 mmol/l při příjmu nasycených mastných kyselin 47% z celkového příjmu energie³. S přibývajícím věkem se hladina cholesterolu zvyšovala. Hodnoty cholesterolu jsou v normálu nebo jen mírně zvýšené ve vyšším věku. Konzumace ryb, ovoce a zvýšená fyzická aktivita z hlediska kardiovaskulárních rizik působily protektivně, což dohromady vysvětluje i nízký výskyt srdečně cévních onemocnění. I zde je možno však zaznamenat určité rozdíly a vyšší konzumace kokosového tuku má přeci jen vliv na hladinu cholesterolu i při takto rozdílné stravě, než jakou známe v Evropě. Obyvatelé sousedního ostrovního státu Pukapuka, kteří konzumovali méně kokosového tuku než obyvatelé ostrova Tokelau, ale zároveň mnohem více než je tolerovaný příjem (26 % z celkového příjmu energie), měli hladiny cholesterolu u mužů nižší o 1 mmol/l³. Hladiny celkového cholesterolu v krvi byly u této populace v rámci doporučených hodnot. Kyselina laurová byla nalezena ve významném množství i v tukové tkáni (přes 10 %) obyvatelů ostrovů Tokelau a Pukapuka. To rovněž vyvrací hypotézu, že by kyselina laurová podobně jako kyseliny se střední délkou řetězce sloužila výhradně jako zdroj energie a neukládala se do zásob.

Vliv kokosového tuku na hladinu krevních lipidů

| Tabulka č. 1 | |
|---------------------------|---|
| Studie | Zvýšení hladiny celkového a LDL-cholesterolu |
| Cox et al ⁴ | máslo > kokosový tuk > světlicový olej |
| Mendis et al ⁵ | kokosový tuk > sójový olej |
| Ng et al ⁶ | kokosový tuk > palmový olej / kukuřičný klíčkový olej |
| Reiser et al ⁷ | kokosový tuk > hovězí lůj > světlicový olej |
| Fisher et al ⁸ | kokosový tuk > kukuřičný klíčkový olej |
| Voon et al ⁹ | kokosový tuk > palmový olej > olivový olej |

| Tabulka č. 2 | |
|---------------------------|---|
| Studie | Zvýšení hladiny HDL-cholesterolu |
| Cox et al ⁴ | kokosový tuk > máslo > světlicový olej |
| Mendis et al ⁵ | kokosový tuk > sójový olej |
| Ng et al ⁶ | kokosový tuk > palmový olej / kukuřičný klíčkový olej |
| Reiser et al ⁷ | kokosový tuk > hovězí lůj = světlicový olej |
| Fisher et al ⁸ | kokosový tuk > kukuřičný klíčkový olej |
| Voon et al ⁹ | kokosový tuk > palmový olej > olivový olej |

Řada studií ověřovala účinky konzumace kokosového tuku na hladinu krevních lipidů. Kokosový tuk byl srovnáván s jinými tuky a oleji. Přehled výsledků některých studií je uveden v tabulce č. 1.

Z výsledků je zřejmé, že kokosový tuk výrazně zvyšuje hladinu celkového a LDL-cholesterolu. Rozdíly byly ve většině případů statisticky významné. Z hlediska vlivu na hladinu celkového a LDL-cholesterolu tak ve všech případech vycházely nejlépe kapalně oleje ve srovnání s živočišnými a tropickými tuky. Pokud se však podíváme na srovnání, jak kokosový tuk v těchto studiích ovlivnil hladinu HDL-cholesterolu, tak všechny výsledky byly pozitivní. Viz tabulka č. 2.

Nízká hladina HDL-cholesterolu je považována za samostatný rizikový faktor. Z výsledků je vidět, že konzumace kokosového tuku hladinu HDL-cholesterolu zvyšuje. Toto je hodně zdůrazňováno jako pozitivní vlastnost kokosového tuku v rámci různých internetových diskusí, o účincích na hladinu LDL-cholesterolu se píše méně nebo vůbec. Evropská společnost pro aterosklerózu dospěla ke konsensu, že vysoká hladina LDL-cholesterolu je příčinou vzniku aterosklerózy¹⁰. Hodnotu HDL-cholesterolu lze ovlivnit různými způsoby. Kromě farmakologické léčby nebo skladby stravy zvyšuje hladinu HDL-cholesterolu například pohyb nebo umírněná konzumace alkoholu. Rovněž kuřáci mají nízkou hladinu HDL-cholesterolu. Skončí-li s kouřením, hladina HDL-cholesterolu se obvykle zvýší. Ukazuje se však, že zvýšení hladiny HDL-cholesterolu nemusí vést ke snížení úmrtnosti¹¹.

Další „přednosti“ kokosového tuku

V souvislosti s kokosovým tukem se hovoří o jeho antimikrobiálních účincích. Tyto poznatky vycházejí většinou z *in vitro* testů a opět se netýkají kokosového tuku jako celku, ale kyseliny laurové, případně parciálního esteru monolaurylglycerolu (monolaurinu). Monolaurin poškozuje povrchovou lipidovou vrstvu mikroorganismů, což je princip antimikrobiálního účinku. Vzhledem k omeze-

nému výskytu a transportu kyseliny laurové nebo monolaurinu jako individuálních komponent v organismu jsou antimikrobiální účinky těchto látek souvisejících s přímou konzumací kokosového tuku velmi diskutabilní.

Kokosový tuk zpomaluje proces trávení, zajišťuje rovnoměrný přísun energie při současném snížení glykemického indexu. To bývá uváděno jako pozitivní vlastnost kokosového tuku v souvislosti s diabetem 2. typu. Snížování hodnoty glykemického indexu pokrmu po přidavku tuku je známou skutečností. Kokosový tuk není z tohoto pohledu jedinečný. Prevalence výskytu diabetu u dnešní populace ostrova Tokelau patří k nejvyšším na světě, podle statistik Světové zdravotnické organizace WHO činí okolo 30 %¹². Z toho je zřejmé, že ani kokosový tuk, který je v této populaci ve větší míře stále konzumován, nezachránil obyvatelstvo ostrova od této neinfekční nemoci hromadného výskytu.

Kokosový tuk údajně pomáhá nemocným s Alzheimerovou chorobou. Osoby trpící demencí mají sníženou schopnost využívat glukózu, která je hlavním palivem pro činnost mozku. Náhradním zdrojem energie mohou být v tomto případě ketosloučeniny, které vznikají metabolismem tuků obsahující mastné kyseliny

se střední délkou řetězce v játrech. Opět se jedná o záměnu kokosového tuku s produkty klinické výživy na bázi mastných kyselin kaprylové a kaprinové s 8 a 10 uhlíky v řetězci. Na stránkách sdružení pacientů trpících Alzheimerovou chorobou se můžeme dočíst, že neexistuje žádná klinická studie, která by prokazovala prospěšné účinky kokosového tuku pro pacienty trpící touto chorobou¹³.

Závěr

Kokosový tuk není ani superpotravina ani náhražka, jak bývá někdy nazýván, je-li použit ve zmrzlínách. Lze jej použít pro přípravu pokrmů nebo jako surovinu v potravinářském průmyslu. Z hlediska vlivu na lidské zdraví je potřeba mít na paměti, že obsahuje převážně nasycené mastné kyseliny, kterých konzumujeme v současné stravě nadbytek. Pokud by se kokosový tuk používal místo některých olejů, vedlo by to k deficitu esenciálních mastných kyselin. Podle vlivu na poměr celkový/HDL-cholesterol vychází kokosový tuk lépe než některé jiné tuky, které mají nižší podíl nasycených mastných kyselin. Ve srovnání s běžně používaným řepkovým olejem je na tom však hůře.

Literatura:

- Mu H, Høy CE. Effects of Different Medium-Chain Fatty Acids on Intestinal Absorption of Structured Triacylglycerols. *Lipids* 2000; 35: 83-89.
- EFSA Panel on Dietary Products, Nutrition, and Allergies (NDA). Scientific Opinion on Dietary Reference Values for fats, including saturated fatty acids, polyunsaturated fatty acids, monounsaturated fatty acids, trans fatty acids, and cholesterol. *EFSA Journal* 2010; 8 (33): 1461 [107 pp.].
- Prior IA, Davidson F, Salmond CE et al. Cholesterol, coconut, and diet on Polynesian atolls: a natural experiment: the Pukapuka and Tokelau Island studies. *Am J Clin Nutr* 1984; 34: 1552-1561.
- Cox C, Sutherland W, Mann J, et al. Effects of dietary coconut oil, butter and safflower oil on plasma lipids, lipoproteins and lathosterol levels. *Eur J Clin Nutr*. 1998; 52: 650-654.
- Mendis S, Kumarasunderam R. The effect of daily consumption of coconut fat and soya-bean fat on plasma lipids and lipoproteins of young normolipidaemic men. *Br J Nutr* 1990; 63: 547-552.
- Ng TK, Hassan K, Lim JB, et al. Nonhypercholesterolemic effects of a palm-oil diet in Malaysian volunteers. *Am J Clin Nutr* 1991; 53 (4 suppl): 1015S-1020S.
- Reiser R, Probstfield JL, Silvers A, et al. Plasma lipid and lipoprotein response of humans to beef fat, coconut oil and safflower oil. *Am J Clin Nutr* 1985; 42: 190-197.
- Fisher EA, Blum CB, Zannis VI, et al. Independent effects of dietary saturated fat and cholesterol on plasma lipids, lipoproteins, and apolipoprotein E. *J Lipid Res* 1983; 24: 1039-1048.
- Voon PT, Ng TK, Lee VK, et al. Diets high in palmitic acid (16:0), lauric and myristic acids (12:0 & 14:0), or oleic acid (18:1) do not alter postprandial or fasting plasma homocysteine and inflammatory markers in healthy Malaysian adults. *Am J Clin Nutr* 2011; 94: 1451-1457.
- Ference BA, Ginsberg HN, Graham I et al. Low-density lipoproteins cause atherosclerotic cardiovascular disease. 1. Evidence from genetic, epidemiologic, and clinical studies. A consensus statement from the European Atherosclerosis Society Consensus Panel. *Eur Heart J* 2017; 0: 1-14.
- Ko DT, Alter DA, Guo H et al. High-Density Lipoprotein Cholesterol and Cause-Specific Mortality in Individuals Without Previous Cardiovascular Conditions: The CANHEART Study. *J Am Coll Cardiol* 2016; 68 (19): 2073-2083.
- IDF Diabetes Atlas Sixth edition 2014 update, <http://www.idf.org/diabetesatlas>
- http://www.alz.org/alzheimers_disease_alternative_treatments.asp

Genetika pro primární péči



Dne 5. května proběhl v Londýně v sídle Royal College of General Practitioner Gen-Equip workshop s podtitulem Equipping European Primary Care Health Professionals to Deal with Genetics. Tento jednodenní workshop byl pomyslným vyvrcholením celého projektu, zabývajícím se genetikou v primární péči.

Cílem celého projektu je podpora a prohloubení spolupráce v oblasti vzdělávání, primární péče a genetiky a poskytnutí relevantních, praktických a lehce aplikovatelných informací pro všechny pracovníky primární péče. V čele celého projektu stojí profesorka Heather Skirton z Plymouth University, která se již přes dvacet let věnuje vzdělávání v oblasti genetiky ve Velké Británii a celé Evropě a v současné době je předsedkyní Evropské rady pro lékařskou genetiku. Organizační tým projektu sestává ze skupiny složené z odborníků ze šesti evropských zemí (UK, Nizozemsko, Česká Republika, Island, Itálie, Portugalsko), přičemž každý má určité zkušenosti v oboru lékařské genetiky a/nebo primární péče.

Proč je genetika důležitá pro primární péči?

Dle profesorky Skirton má nejméně 10 % pacientů v ordinaci praktických lékařů genetickou predispozici k určitém onemocněním. Genetické choroby jsou jednotlivě vzácné, dle odhadů však vzácné choroby postihují přibližně 7 % Evropanů. V celkovém počtu jde o 30 milionů osob. Podle údajů organizací zabývajících se výzkumem vzácných chorob (3) má 80 % těchto poruch genetický základ. Je tedy pravděpodobné, že mnohé pacienty, kteří vyhledají pomoc lékařů primární péče či si od nich vyžádají informace, trápí obavy z některé z těchto chorob.

Vzhledem k tomu, že ve většině evropských zemích fungují praktičtí lékaři pro pacienta jako pomyslná vstupní brána do celého systému zdravotní péče, jsou to právě oni, kdo mají možnost jako první detailně odebrat rodinnou anamnézu, vyhodnotit riziko a rozhodnout, zda pacienta odeslat dále ke specialistovi, v tomto případě genetikovi.

Lékaři v primární péči však udávají, že jim chybí znalosti o genetice, které by uplatnili v každodenní praxi, a nejsou tudíž schopni genetické služby poskytovat.

Workshop

Jednodenní workshop celkem absolvovalo 80 účastníků z 12 evropských zemí. Z profesního hlediska se jednalo zejména o všeobecné praktické lékaře, pediatry, genetiky a porodní asistentky. Živě byla diskutována témata jako inkorporace genetiky do primární péče, vytvoření snadno dostupné výukové platformy a sítě poradenských center.

Bylo definováno několik bodů, které definují hlavní výzvy na poli genetiky v primární péči.

- komplexnost genetiky jako vědy a její obtížné uchopení pro primární péči
- obtížné propojení genetiky a klinické medicíny
- nedostatek výukových zdrojů pro primární péči
- časová tíseň v ordinace praktického lékaře a nutnost efektivních a praktických materiálů
- zabudování a posílení vzdělávání v oblasti genetiky na pre- a postgraduální úrovni
- zvýšení povědomí neodborné veřejnosti

Opakovaně zaznívalo, jak je zcela zásadní správně odebrat anamnézu a zaměřit se na varovné signály, které pacient často uvádí jen okrajově nebo vůbec.

Dovedli byste reagovat na tyto dotazy pacientů?

Sofie: Sofii je 28 let a do ordinace si přichází pro prášky na spaní. Její problémy se spaním se datují od doby, kdy její sestra nečekaně zemřela (ve věku 23 let). Podle lékařů byl nejpravděpodobnější příčinou jejího úmrtí nediodagnostikovaný problém se srdcem. Sofie má strach o sebe a své dvě děti.

Jan: Janovi je 53 let. Těší se dobrému zdraví a za vámi přichází kvůli očkování proti chřipce (pracuje jako ošetřovatel v domově pro seniory). Zmiňuje se, že jeho matka zemřela na demenci ve věku 65 let, a ptá se, jestli mu můžete provést genetický test na demenci.

Marta: Martě je 35 let a je vaší dlouholetou pacientkou. V 19 letech jí byla diagnostikována epilepsie a osm let neměla záchvat. Teď je v sedmém týdnu těhotenství a chce se ujistit, že její dítě je zdravé.

Možnost vzdělávání pro všechny zdravotnické pracovníky

Chcete se dozvědět více o tom, jak odebrat rodinnou anamnézu, o genetických testech nebo o tom, co vašim pacientům mohou přinést genetické služby?

Je připravena série živých seminářů na témata související s rolí genetiky v primární péči.

Tyto semináře jsou bezplatné a připojit se k nim můžete přes internet z vašeho počítače. Stránky jsou i v českém jazyce. Veškeré podrobnosti a odkazy na vzdělávací moduly naleznete na stránkách www.primarycaregenetics.org.

www.primarycaregenetics.cz
Facebook: Primary Care Genetics
Twitter: #GenEquip

Zástupci projektu z České Republiky s prof. Heather Skirton, zleva: prof. Heather Skirton, Dr. Šárka Tesařová, Dr. Anna Švehláková, Dr. Václava Curtisová, Dr. Petra Kánská, Dr. Radka Pourová

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

Jak zjistit, odkdy má poplatník začít evidovat tržby

V předchozích dílech jsme si uvedli, že zavedení elektronické evidence tržeb má celkem čtyři fáze:

- od 1. prosince 2016 ubytovací a stravovací služby a pohostinství
- od 1. března 2017 maloobchod a velkoobchod
- od 1. března 2018 všichni ostatní s výjimkou vybraných řemeslných činností
- od 1. června 2018 vybrané řemeslné činnosti (např. textilní výroba, výroba nábytku, opravy domácích spotřebičů, kadeřnictví)

V praxi bývá problém s určením, do kterého oboru činnost poplatníka patří, a odkdy je tedy povinen své tržby evidovat. Uvedeme si proto, jakým způsobem lze toto zjistit.

Český statistický úřad

V zákoně jsou jednotlivé činnosti určeny odkazem na klasifikaci CZ-NACE, kterou vydává a udržuje Český statistický úřad. Aktuální znění této klasifikace je možné najít na adrese <https://www.czso.cz/csu/czso/klasifikace-ekonomickych-cinnosti-cz-nace>. Český statistický úřad rovněž poskytuje bezplatnou metodickou pomoc při zařazení činností poplatníka do klasifikace CZ-NACE. Kontakty na Český statistický úřad lze najít na jeho oficiálních internetových stránkách na adrese <https://www.czso.cz/csu/czso/kontakty>.

Jako pomůcku je možné použít informace, které o každém poplatníkovi, jemuž je přiděleno IČO, vede Český statistický úřad. Jednou z těchto informací je rovněž uvedení klasifikace CZ-NACE u jednotlivých činností poplatníka. Informace o poplatníkovi lze najít na adrese <http://apl.czso.cz/irsw/> po zadání jeho identifikačního čísla.

Finanční úřad

Každý poplatník může požádat svého místně příslušného správce daně o vydání rozhodnutí, kterým správce daně posoudí činnost poplatníka a určí, odkdy má poplatník zahájit evidenci tržeb. Předmětem závazného posouzení ale mohou být všechny zbývající situace, kdy není jasné, zda má poplatník povinnost provádět elektronickou evidenci tržeb.

Žádost o závazné posouzení podléhá správnímu poplatku 1 000 Kč. V podané žádosti je nutné, aby poplatník podrobně specifikoval, jaká je jeho činnost, ze které bude plynout posuzovaná tržba.

Stanovisko správce daně v rozhodnutí o závazném posouzení je závazné pro obě strany, tj. jak pro správce daně, tak pro poplatníka. Lhůta pro vydání rozhodnutí o závazném posouzení je nejvýše 3 měsíce, ovšem to je lhůta maximální. Daňový řád ukládá správci daně,

aby při vyřizování žádosti postupoval bez zbytečných průtahů.

Metodika Finanční správy ČR

Cenné informace z hlediska určení správného termínu pro zahájení evidence tržeb lze najít v metodických pokynech Finanční správy ČR. Základní metodický pokyn k aplikaci zákona o evidenci tržeb ze dne 31. srpna 2016 je dostupný na adrese http://www.etrzby.cz/assets/cs/prilohy/Metodika-k-evidenci-trzeb_v1.0.pdf.

Soukromé subjekty

Mnoho informací o zařazení činností do klasifikace CZ-NACE lze bezesporu najít volně na internetu. Adresu www.nace.cz je možné uvést jako jeden z mnoha volně dostupných informačních zdrojů.

Zatřídováním činností do klasifikace CZ-NACE se rovněž zabývá řada privátních subjektů, které lze najít na internetu. Jejich stanovisko sice není pro správce daně závazné, ale bývá zpravidla pro svoji vysokou odbornost respektováno.

Oblast zdravotnictví

Zdravotní péče je v klasifikaci CZ-NACE zařazena v oddíle 86 – Zdravotní péče. Tento oddíl zahrnuje akutní nebo dlouhodobou zdravotní péči poskytovanou nemocnicemi, a to jak všeobecnými, tak specializovanými chirurgickými a psychiatrickými klinikami a odděleními nemocnic, léčebnami pro osoby závislé na návykových látkách, sanatoriích, zařízeními preventivní medicíny, léčebnými a pečovatelskými ústavami, rehabilitačními středisky, nemocnicemi pro léčbu lepry a ostatními zdravotnickými zařízeními, která disponují ubytovacími možnostmi a která poskytují širokou paletu lékařské péče, ať už se jedná o diagnostiku, ošetření, nebo léčbu.

Tento oddíl dále zahrnuje konzultační a léčebné činnosti praktických lékařů, specializovaných lékařů a chirurgů. Patří do něj také všeobecná a speciální zubní péče a čelistní ortopedie. Kromě toho sem spadají i všechny činnosti humánní medicíny, které nejsou vykonávány v nemocnicích nebo lékaři, ale příslušníky středního zdravotnického personálu, kteří mají právní kvalifikaci k ošetřování pacientů.

Příjmy z poskytování zdravotní péče tak podléhají evidenci od 1. března 2018. Jak řešit případný souběh poskytování zdravotní péče a prodej zdravotních pomůcek, si řekneme v dalším pokračování tohoto seriálu.

Ing. Tomáš Hajdušek
daňový poradce

Antibiotika souvisí s prekurzory rakoviny střev

Osoby, které dlouhodobě užívají antibiotika, mají vyšší pravděpodobnost, že se u nich vyvinou polypy v tlustém střevě, které jsou prekurzorem většiny kolorektálních karcinomů. Tvrdí to studie Dr. Andrew Chana a kolegů z Harvard Medical School v Bostonu, zveřejněná v BMJ Gut.

Autoři uvedli, že jejich zjištění představují další podporu důkazů o souvislostech antibiotik s kolorektálním karcinomem a roli diverzity mikrobioty, kterou ATB mění, při karcinogenezi.

Vědci analyzovali data 16 660 zdravotních sester, které byly zahrnuty do známého dlouhodobého pozorová-

ní Nurses' Health Study. Ukázalo se, že u těch, které ve věku 20 až 39 let braly antibiotika dva měsíce a déle, byly v pozdějším věku častěji diagnostikovány adenomy. U žen, které byly vystaveny dlouhodobému působení antibiotik ve věku 40–50 let, se adenomy vytvářely ještě častěji.

Studie však nezkoumala, kolik polypů skutečně projde nádorovým zvratem. Autoři rovněž upozorňují, že výsledky jejich zkoumání nelze brát jako argument proti terapii ATB.

Zdroj:

<https://www.tevapoint.cz/antibiotika-souvisi-s-prekurzory-rakoviny-strev/#>

Rodičovská obezita ovlivňuje neuromotorický vývoj dětí

Studie recentně publikovaná v časopisu *Pediatrics* se zabývala vlivem rodičovské obezity na neuromotorický vývoj dětí v raném období prvních 3 let.

Úvod

Mezi faktory, které negativně ovlivňují vývoj CNS u plodu, řadíme prenatální zánětlivé procesy, adipokinovou dysregulaci, nedostatek mikronutrientů, hyperglykémii a abnormální vývoj serotoninového systému. Dle řady novějších longitudinálních studií existuje inverzní vztah mezi obezitou matek či předtěhotenským BMI (body mass index) a neuropsychickým vývojem dítěte.

V současné době je obezita celosvětový problém a je známo, že v USA vstupuje do těhotenství 1–5 % žen s BMI ≥ 30 . I když je primárním cílem výzkumu mateřská obezita, existují rovněž práce, které předpokládají negativní dopad paternální obezity na neuropsychický vývoj dítěte. Se zvyšujícím se BMI otce narůstá počet genetických mutací de novo a vznikají možné změny v epigenetickém programování spermií.

Metodika a průběh studie

Prezentovaná studie byla cílena na prokázání hypotézy, že nejen maternální, ale i paternální obezita ovlivňuje psychický vývoj dětí. Autoři zkoumali možnou asociaci mezi obezitou otců a neuropsychickým vývojem jejich potomků do věku 3 let.

Do studie byli zavzati rodiče ze státu New York se svými potomky z jednočetných či dvojčetných gravidit. Sledování začínalo 4 měsíce po porodu dítěte. Neuromotorický vývoj dětí byl hodnocen pomocí dotazníkové metody Ages and Stages Questionnaire (ASQ), patřící mezi validované screeningové metody pro záchyt emočních a sociálních problémů v raném dětství a identifikaci

ci vývojových opoždění. Schopnosti dítěte jsou dle této metody hodnoceny v 5 vývojových oblastech zahrnujících jemnou a hrubou motoriku, komunikaci, emocionální a sociální chování a schopnost řešit problém. Rodiče vyplňovali dotazníky v obdobích 4–6, 8, 12, 18, 24, 30 a 36 měsíců věku korigovaného dle gestačního stáří.

Při zahájení studie byly rovněž získány údaje o antropometrických datech včetně BMI u obou rodičů. Autoři studie vyhodnocovali celkem 3759 dotazníků z jednočetných gravidit a 1062 dotazníků dvojčat. Výsledky byly statisticky zpracovány s ohledem na následující mateřské proměnné faktory: věk, rasa, vzdělání, pojištění, rodinný stav, parita, nikotinismus.

Výsledky

Z výsledků vyplynulo, že děti obézních matek (26 %, BMI ≥ 30) měly vyšší nedostatky v oblasti jemné motoriky ve srovnání s dětmi matek s BMI < 25 . Tato asociace zůstávala i při dodatečném ohodnocení paternálního BMI. Obezita otců (29 %) byla u dětí spojena s vyšším rizikem poruchy v oblasti emocionálního a sociálního chování. I tento vztah přetrvával při dodatečném zhodnocení maternálního BMI. Děti, u jejichž obou rodičů bylo nalezeno BMI ≥ 35 , měly ještě navíc problémy v oblasti řešení problémů.

Závěr

Mateřská i paternální obezita jsou asociovány se specifickým opožděním raného vývoje dětí. Tento fakt je třeba mít na paměti při hodnocení jednotlivých vývojových milníků v neuromotorickém vývoji dětí.

Zdroj:

<http://www.prolekare.cz/novinky/prolekare/rodicovska-obezita-ovlivnuje-neuromotoricky-vyvoj-deti-7594>

Pokyn hlavní hygieničky ČR

Vážené kolegyně a kolegové,
na webové stránce www.svl.cz v sekci aktuality najdete nově pokyn hlavní hygieničky ČR Mgr. Evy Gottwaldové týkající se postupu poskytovatelů pracovně lékařských služeb a registrujících poskytovatelů v oboru všeobecné praktické lékařství při pracovně lékařských prohlídkách.

Akutní koronární syndrom: Pozor na Kounise!

V záplavě akutních koronárních syndromů s obdobným průběhem může naše pozornost polevit. Měli bychom však pamatovat, že ne vždy je příčinou ICHS. Zajímavý případ ukazuje například následující kazuistika.

Popis případu

70letá žena byla přijata na jednotku intenzivní péče s akutně vzniklou dušností a zhoršujícím se generalizovaným pruritem. Měla tachykardii, výrazný otok jazyka, generalizovanou vyrážku, usilovně dýchala a měla stridor. Výrazný otok horních cest dýchacích byl důvodem k okamžité intubaci.

V osobní anamnéze měla tato pacientka astma a hypertenzi, ale jinak u ní nebyly známé žádné běžné alergické projevy. Farmakologická anamnéza zahrnovala pravidelné podávání naproxenu, ibuprofenu, benazeprilu, kyseliny listové a hydroxyzinu.

Lékaři stav uzavřeli jako angioedém a bylo zahájeno podávání intravenózních kortikoidů a blokátorů histaminových receptorů. Krevní obraz, základní biochemické vyšetření, troponin I a skiagram hrudníku byly zcela v normě. Nicméně postintubační EKG ukázalo sinusovou tachykardii s dvoumilimetrovou elevací ST inferolaterálně. Troponin I vystoupal mírně nad normu (5 ng/ml), byla také patrná apikální a septální hypokineze stěny, která imponovala jako Tako-tsubo kardiomyopatie (syndrom zlomeného srdce). Levostranná katetrizace ukázala normální koronární arterie a ejekční frakci 20 %. Změny na EKG se po zahájení léčby normalizovaly. Lékaři stav přehodnotili jako tzv. Kounisův syndrom typu I, a to na základě koexistence angioedému, známek akutního infarktu myokardu s elevacemi úseku ST (STEMI) a normálního nálezu na koronárních arteriích.

Další vyšetření ukázala, že hladina IgE byla 221 IU/ml (norma < 114), vyšetření komplementu a tryptázy byla v normě.

Pacientka byla 4. den hospitalizace převedena na spon-tánní ventilaci a propuštěna.

Kounisův syndrom

Kounisův syndrom je charakterizován vazospasmem koronárních arterií, jenž je způsobený zvýšenou hladinou zánětlivých mediátorů během alergické reakce.

Existují tři typy:

1. typ I s normálním nebo téměř normálním nálezem na koronárních arteriích,
2. typ II s preexistující ICHS,
3. typ III s trombózou koronárního stentu.

Příčinou Kounisova syndromu může být řada běžně užívaných léků (inhibitory protonové pumpy, ACE inhibitory, NSAID, antibiotika...), chorob (angioedém, kopřivka, astma...) a environmentálních faktorů (jed blanokřídleho hmyzu, latex...). Etiologie prezentovaného případu byla patrně multifaktoriální.

Pacienti mají obvykle stenokardie bez elevace troponinu spolu s dermatologickou nebo systémovou manifestací alergie. Změny na EKG mohou mít charakter nejen elevace nebo deprese ST, ale i arytmii. Na rozdíl od akutního koronárního syndromu stupeň elevace ST nemusí korelovat s hladinou troponinu. Diagnózu může potvrdit magnetická rezonance srdce.

Svízelná bývá situace, když je kardiální nebo alergická symptomatika nenápadná nebo nepřítomná. V takovém případě může být Kounisův syndrom snadno přehlédnut.

Zdroj:

<http://www.prolekare.cz/novinky/prolekare/akutni-koronarni-syndrom-pozor-na-kounise-7592>

Vážení čtenáři a řešitelé testů,

dle nového Stavovského předpisu České lékařské komory č. 16, podle § 5 přílohy č. 1, jsou od 1. 7. 2012 všechny znalostní testy v odborných časopisech hodnoceny jednotně, a to 2 kredity. Za správné vyřešení testu budou řešitelům přiděleny **2 kredity ČLK**. Podmínkou ČLK pro přidělení kreditů je zaslání odpovědí v písemné podobě na odpovědním lístku nebo elektronicky na www.svl.cz, a to **nejpozději do 20. 6. 2017**.

Písemné odpovědi zasílejte na adresu: Oddělení vzdělávání SVL ČLS JEP, Sokolovská 31, 120 00 Praha 2.

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

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

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

ZNALOSTNÍ TEST JE HODNOCEN 2 KREDITY ČLK

1. Mezi indikace nenádorové radioterapie nepatří:

- a) coxartrosis
- b) revmatoidní artritida
- c) synovitis, bursitis

2. Po aplikaci série nenádorové radioterapie klinický efekt dobíhá cca:

- a) 2–3 týdny
- b) 8 týdnů
- c) minimálně 12 týdnů

3. Pacient ve věku 70 let, více jak 2 měsíce bolesti neurčitěho charakteru s projekcí do pravého SI skloubení a pravé kyčle; dg. však nebyla dosud bezpečně ověřena. Běžná medikace zatím bez efektu. Indikace k nenádorové radioterapii:

- a) ano, vzhledem k věku riziko poškození zcela minimální, při neúčinnosti dosavadní medikace lze očekávat klinickou úlevu
- b) ano, pokud indikaci k ozáření potvrdí ještě neurolog
- c) ne, jedná se o kontraindikaci, věk není rozhodující

4. Jakou hraje testosteron úlohu v organismu?

- a) má anabolickou a androgenní účinnost
- b) má protektivní vliv na některé rizikové faktory kardiovaskulárního onemocnění
- c) má vliv na sociální vazby

5. Jaké fraktury považujeme za osteoporotické?

- a) fraktury kostí od kotníku distálně
- b) fraktury metakarpů
- c) fraktury v lokalizacích bederní páteře a proximální femur/y

6. Mezi základní podologické dovednosti patří:

- a) ošetřování a rovnání zarostlých nehtů, nehtová protektiva a individuální korekční pomůcky

- b) zhotovování zubních náhrad a komplexní péče o chrup
- c) permanentní make-up a tetovací služby

7. Tuky pro zvláštní výživu (MCT tuky) obsahují převážně mastné kyseliny:

- a) s 8 a 10 uhlíky
- b) s 8, 10 a 12 uhlíky
- c) s 10, 12 a 14 uhlíky

8. Konzumace kokosového tuku:

- a) zvyšuje hladinu LDL-cholesterolu
- b) zvyšuje hladinu HDL-cholesterolu
- c) snižuje hladinu LDL-cholesterolu

9. Jaké je základní vyšetření pro diagnostiku osteoporózy?

- a) Rtg páteře a proximální femur/y
- b) denzitometrie provedená v klasických lokalizacích bederní páteře a proximální femur/y
- c) MR v klasických lokalizacích bederní páteře a proximální femur/y

10. Kolik podle odhadu zjistí jedna ordinace při vyšetření dvou osob týdně za měsíc nových případů demence?

- a) 2
- b) 3
- c) 4

Správné mohou být 1–3 možnosti.

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

ODPOVĚDNÍ LÍSTEK – TEST Č. 5/2017

Jméno a příjmení _____

Adresa pracoviště _____

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

Zakroužkujte 1–3
správné odpovědi:

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

Vzdělávací semináře

v červnu 2017



SVL ČLS JEP

Hlavní témata

Double cup - síla dvojího účinku.
Screeningová vyšetření a preventivní prohlídky
u chronických onemocnění ledvin.

| den | datum | čas | město a místo konání |
|---------|--------|-------------|---|
| čtvrtek | 1. 6. | 16.30–20.30 | Hotel "U Šimla", Závodní 1, Karlovy Vary |
| pondělí | 5. 6. | 16.30–20.30 | Aula SZŠ, Příluky 372, Zlín |
| čtvrtek | 8. 6. | 16–20 | Clarion Grandhotel Zlatý Lev, Gutenbergova 3, Liberec 1 |
| čtvrtek | 8. 6. | 16–20 | Hotel Imperial, Tyršova č. 6, Ostrava |
| čtvrtek | 8. 6. | 16–20 | Lék. dům, Sokolská 31, Praha 2 |
| čtvrtek | 8. 6. | 16–20 | Clarion Congres Hotel, Špitálské náměstí 3517, Ústí nad Labem |
| sobota | 10. 6. | 9–13 | Kancelář veřejného ochránce práv, Údolní 39, Brno |
| sobota | 10. 6. | 9–13 | Aula Právnické fakulty UP Olomouc, tř. 17. listopadu 8, Olomouc |
| sobota | 10. 6. | 9–13 | Šafránkův pavilon, alej Svobody č. 31, Plzeň |
| úterý | 13. 6. | 16–20 | Hotel Zlatá Štika, Štrosova 127, Pardubice |
| středa | 14. 6. | 17–21 | presbytář Hotelu Gustav Mahler, Křížová 4, Jihlava |
| středa | 14. 6. | 16–20 | Lék. dům, Sokolská 31, Praha 2 |
| středa | 14. 6. | 16–20 | Clarion Congress Hotel, Pražská třída 2306/14, České Budějovice |
| čtvrtek | 15. 6. | 16–20 | Nové Adalbertinum, Velké náměstí 32, Hradec Králové |