



PRACTICUS

pro praktické lékaře zdarma • č.05/2020 • ročník 19



TÉMA:

Otoskopie v rukou praktického lékaře

EUVASCOR[®]

atorvastatin / perindopril arginin



POLOVIČNÍ
OCHRANA
NESTAČÍ

TLAK A CHOLESTEROL POD KONTROLOU V JEDNÉ KAPSLI



OBSAH

PRACTICUS

odborný časopis SVL ČLS JEP
05/2020, ročník 19

INFO SVL

04 EDITORIAL

ODBORNÝ ČLÁNEK

06 VÝHODY SPOLUPRÁCE PRAKTICKÉHO LÉKAŘE S NUTRIČNÍM TERAPEUTEM

Mgr. Aneta Sadílková

09 VASKULÁRNÍ A CHRONOLOGICKÝ VĚK. PROČ SE LIŠÍ A JAK JEJ MŮŽEME OVLIVNIT?

prof. MUDr. Aleš Linhart, DrSc.

15 TZV. NEALKOHOLICKÁ PIVA PŘEDSTAVUJÍ RIZIKO ZVLÁŠTĚ PRO DĚTI, DOSPÍVAJÍCÍ A OSOBY S NÁVYKOVOU NEMOCÍ

MUDr. Karel Nešpor, CSc.

18 OTOSKOPIE V RUKOU PRAKTICKÉHO LÉKAŘE

MUDr. Jan Heřman, Ph.D., doc. MUDr. Richard Salzman, Ph.D.

22 SOUČASNÝ STAV SEXUÁLNĚ PŘENOSNÝCH CHOROB V ČR

MUDr. Filip Rob, Ph.D., prof. MUDr. Jana Hercogová, CSc., MHA

Z NAŠICH ORDINACÍ

26 TEĎ NEMŮŽU, PÍŠEME ANTICKÝ MÝTUS ANEB POHLED DO ZÁKULISÍ ZDRAVOTNICKÉHO ZAŘÍZENÍ

Mgr. Barbora Večeřová

30 ORDINACE PRO CHUDÉ OSTRAVA A COVID-19

MUDr. Andrea Pekárková

DOPISY REDAKCE

32 GDPR – UCHOVÁVÁNÍ DOKUMENTACE

AKTUALITY

33 MAJÍ SE PACIENTI S PRIMÁRNÍMI IMUNODEFICIENCEMI OBÁVAT COVID-19 VÍCE NEŽ BĚŽNÁ POPULACE?

AKTUALITY ZE ZAHRANIČÍ

34 LOVAH EXCHANGE HOLANDSKO

TISKOVÁ ZPRÁVA

36 COVID-19 VS. CHŘIPKA. CHŘIPCE LZE PŘEDEJÍT OČKOVÁNÍM, PŘESTO JEJ VYUŽÍVÁ MÁLO LIDÍ

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: doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc., MUDr. Otto Herber, doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D., MUDr. Pavel Brejník, MUDr. Josef Štolfa, MUDr. Igor Karen, MUDr. Jozef Čupka, MPH, MUDr. David Halata, MUDr. Toman Horáček, MUDr. Kateřina Javorská, MUDr. Stanislav Konštacký, CSc., MUDr. Jan Kovář, MUDr. Dana Moravčíková, MUDr. Cyril Mucha, MUDr. Josef Olšr, MUDr. Bohumil Skála, Ph.D., MUDr. Boris Šťastný, MUDr. Jana Vojtíšková, MUDr. Lenka Bilková, MUDr. Miloš Ponížil, MUDr. Burda Jiří, MUDr. Červený Rudolf, Ph.D., MUDr. Drbalová Šárka, MUDr. Havránek Jiří, MUDr. Homola Ambrož, Ph.D., MUDr. Horký Jiří, MUDr. Marek Vladimír, MUDr. Mestická Petra, MUDr. Sochorová Alexandra, MUDr. Stárková Helena, MUDr. Šindelář Jan,

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 25. 5. 2020 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, 2020

EDITORIAL



MUDr. Stanislav Konštacký, CSc.
Šéfredaktor časopisu Practicus

Milé kolegyně, milí kolegové,

nejkrásnější měsíc nám pomalu končí a současná situace nám dovolila jej pozorovat pouze přes roušku nebo jinou ochranu obličeje. Přitom máj je opravdu plný krásných květů a vůní. Ještě že už ty nejhorší dny máme částečně za sebou a začínáme se lépe nadechovat a vnímat přírodní krásu. Nechal jsem se unést tím, že jsme skutečně kvůli stresu a nejrůznějším povinnostem přestali čerpat sílu z krás přírody. Nadále každý týden v úterý a ve čtvrtek mnoho z nás usedá před počítače ke sledování webinářů, které si získaly velkou oblibu a distanční formou umožňují další vzdělávání.

Opět vám přinášíme další číslo našeho časopisu, který je naplněn zajímavými články a na některé z nich bych vás rád upozornil.

Problematika vaskulárního a chronologického věku je zpracovaná podle přednášky prof. Linharta doktorkou Zafarovou a ukazuje, jak pracovat s tabulkami SCORE pro odhad vaskulárního věku. Opět připomíná zásady správné životosprávy. Rovněž včasná a odpovídající léčba může i přes genetickou predispozici ovlivnit i vaskulární věk.

Výhody spolupráce praktického lékaře s nutričním terapeutem jsou obsahem informace Mgr. Sadílkové. Představuje nám systém vzdělání těchto pracovníků i náplň jejich práce. Uvádí, ve kterých případech může být nutriční terapeut pomocníkem při léčbě některých našich pacientů.

Připomenutím otoskopie a její výtěžnosti při

diagnostice je článek dr. Heřmana a prof. Salzmana. Bohatá obrázková dokumentace přiblíží tuto problematiku.

I když žijeme v době koronavirové pandemie, neměli bychom zapomínat ani na další infekční onemocnění, mezi něž jistě patří sexuálně přenosné choroby Dr. Rob a prof. Hercogová nás informují o současné situaci v této oblasti. Opět je článek dokumentován fotografiemi s typickými znaky jednotlivých onemocnění. Je důležité věnovat při každodenní praxi zvláště pacientům MSM, kteří bývají častěji postiženi těmito nemocemi.

Zajímavou informaci přináší článek Dr. Pekárkové o péči v ordinaci pro chudé v době COVID-19 v Ostravě. Problémy s testy, které se tam objevily, jistě zaznamenali i někteří z nás. Autorka ukázala na specifika této skupiny pacientů a přiblížila, jak organizovala lékařskou péči o ně.

Na závěr editoriale jsem si nechal pár slov o článku, který není ani odborný, ani sponzorován farmaceutickou firmou, ale dokresluje situaci, do které se leckdo mohl dostat nebo dostal během pandemie. Ti z vás, kteří mají malé děti a museli vedle své práce ještě zastávat roli učitele, se mohou se situací jeho pisatelky, Mgr. Večeřové, leckdy ztotožnit. Ještě že ne každé dítě chodí do výběrové školy, která bazíruje na antice, jen bych rád věděl, jestli se v ní dostanou k projednávání XX. a XXI. století, protože znalost doby, kterou jsme prožívali my starší, je u mladé generace velice chatrná. Jako poznámku bych uvedl relativně častou odpověď studentů 2. ročníku lékařské fakulty na otázku: „Vývoj praktického lékařství v Československu“. Několik studentů začalo svou odpověď slovy: „Již za Karla IV. byla založena univerzita...“ a já se snažím je posunout na začátek XX. století a pak ještě blíže k letům 1948, 1968 nebo 1989, a dozvídám se informace, které se rozhodně rozcházejí s realitou. Ale doufáme, že se dočkáme dob, kdy vedle ukončení pandemie budou znalosti naší mladé generace o něco lepší (vždyť jste je teď dva měsíce učili i vy).

Vážená paní doktorko, vážený pane doktore,

v návaznosti na aktuální epidemiologickou situaci bychom vám rádi poskytli informace týkající se plánovaných vzdělávacích aktivit Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP. Výbor Společnosti všeobecného lékařství schválil ohledně zrušených či přesunutých akcí (s novým termínem) následující postup:

VII. kongres praktických lékařů SVL v Olomouci (Olomouc; 6.-7. května 2020)

1. Akce je v kontaktní podobě definitivně zrušena (je nahrazena virtuálním kongresem – bližší informace na www.e-konference.online).
2. Pokud jste se již na akci registrovali, může být registrační poplatek převeden na jakoukoli další vzdělávací akci SVL v roce 2020.
3. Pokud byste si náhradní vzdělávací akci nevybrali či nemohli vybrat do konce roku 2020 (vzhledem k nepředvídatelné epidemiologické situaci), převedeme vám registrační poplatek na stejnou vzdělávací akci SVL v roce 2021 (Olomouc 2021).
4. Pokud by vám nevyhovovaly možnosti jmenované v bodech 2 a 3, bude vám vrácen celý registrační poplatek na základě dobropisu (zde ztrácí organizátor i pořadatel již odvedené DPH).

Akce přesunuté na nový termín v roce 2020 (například Víkendové vzdělávací semináře, Jarní interaktivní konference)

1. Akce jsou v kontaktní podobě přesunuty na náhradní termín (nové termíny jsou uvedeny na stránkách www.svl.cz a www.target-md.com). Postgraduálnímu vzdělávání byla věnována i moje přednáška v rámci webináře z 30. dubna (bližší na www.praktickylekar.online záložka „Knihovna“).
2. Pokud jste se již na vzdělávací akce registrovali, je váš registrační poplatek převeden na nový termín v roce 2020.
3. Pokud by vám náhradní termín vzdělávací akce nevyhovoval, může být registrační poplatek převeden na jakoukoli další vzdělávací akci SVL do konce roku 2020.
4. Pokud byste si náhradní vzdělávací akci nevybrali či nemohli vybrat do konce roku 2020 (vzhledem k nepředvídatelné epidemiologické situaci), převedeme vám registrační poplatek na stejnou vzdělávací akci SVL v roce 2021 (Víkendové semináře, JIK 2021).
5. Pokud by vám nevyhovovaly možnosti jmenované v bodech 2 až 4, bude vám vrácen celý registrační poplatek na základě dobropisu (zde ztrácí organizátor i pořadatel již odvedené DPH).

Za výbor Společnosti všeobecného lékařství, ale i za organizátora našich vzdělávacích akcí, si dovoluji požádat u zrušené akce (Olomouc 2020) na využití možností popsanych v bodech 2 a 3. U přesunutých akcí (Víkendové semináře, JIK 2021) na nový termín si dovoluji požádat o využití možností popsanych v bodech 2 až 4. Při využití výše uvedených preferovaných možností dochází k minimalizaci již vzniklých ztrát.

doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc.
předseda SVL ČLS JEP

Výhody spolupráce praktického lékaře s nutričním terapeutem



Mgr. Aneta Sadílková

nutriční terapeutka, Sekce nutričních terapeutů ČAS
III. interní klinika 1. LF UK a VFN v Praze

Úvod

Výživa, resp. strava, patří mezi základní biologické lidské potřeby a přímo ovlivňuje zdraví člověka. Životní styl a v užším smyslu výživa má nesmírný potenciál jakožto preventivní i léčebný prostředek. Nastavení správných stravovacích zvyklostí je jedním ze základních pilířů prevence i nefarmakologické léčby řady onemocnění a stavů. Nutriční terapeut představuje v tomto ohledu klíčový článek v systému zdravotní péče, který poskytováním individualizované nutriční péče umožňuje nejen zlepšení zdraví a klinických výsledků u konkrétního pacienta, ale v konečném důsledku také snížení nákladů na zdravotní péči. Z čistě praktického, ale i ekonomického hlediska přináší spolupráce s nutričním terapeutem lékaři také významnou časovou úsporu.

Nutriční terapeut – zdravotnický pracovník

Definice, legislativa

Nutriční terapeut je nelékařský zdravotnický pracovník dle zákona č. 96/2004 Sb.1), o nelékařských zdravotnických povoláních. Jeho kompetence a činnosti jsou tedy definovány legislativou a jsou úzce spojeny s výživou člověka. Nutriční terapeut je se svým odborným zdravotnickým vzděláním schopen poskytovat široký rozsah činností, a to ve sféře preventivní, dispenzární a léčebné. V oblasti preventivní se jedná zejména o edukaci (předání informací), poskytování poradenství o vhodném stravování, výběru potravin, skladbě jídelníčku. Nezastupitelná úloha nutričního terapeuta spočívá v zamezování šíření dezinformací spojených s výživou, různých alternativních výživových směrů a módních redukčních diet, které mohou vést k poškození zdraví jedince. V oblasti dispenzární a léčebné poskytuje nutriční terapeut jako jediný kvalifikovaný nelékařský zdravotnický odborník nutriční péči. Při práci s jednotlivci nebo skupinou se jedná zejména o detekování nutričního rizika, nutriční vyšetření, stanovení nutričního plánu a edukace, jejichž cílem je udržení nebo zlepšení stavu výživy a kvality života jedince.

Vzdělání v oboru Nutriční terapeut

Vzdělávání se řídí kvalifikačním standardem vydaným MZ ČR a MŠMT k vyhlášce č. 39/2005 Sb. pro studijní program Nutriční terapeut. Pro získání odborné způsobilosti k výkonu povolání je nutné absolvovat vzdělání v oboru Nutriční terapeut, které je realizováno v rámci studijních programů Nutriční terapie, bakalářský studijní program nebo Diplomovaný nutriční terapeut, vzdělávací program pro Vyšší odborné školy zdravotnické. Standardní doba studia je nejméně 3 roky, z toho praktické vyučování činí nejméně 1 800 hodin.

Nutriční terapeut může dále získat specializaci ve zdravotnictví, v souladu s nařízením vlády č. 31/2010 Sb., a to absolvováním vzdělávacích programů specializačního vzdělávání v rámci akreditovaných zařízení uvedených na seznamu vydaném MZ ČR. Optimální doba specializačního vzdělávání je 18–24 měsíců, vzdělávací program obsahuje celkem 560 hodin teoretického vzdělávání a praktické výuky, která tvoří alespoň 50 % celkového počtu hodin. Absolvent specializačního vzdělávání je v souladu s legislativou „nutriční terapeut se specializací“. Specializační vzdělávání je realizováno mimo jiné prostřednictvím 2letého navazujícího magisterského studijního programu Nutriční specialista na 1. LF UK a na LF Masarykovy univerzity.

Rozlišení nutričního terapeuta a výživového poradce

Na rozdíl od nutričního terapeuta, jehož vzdělání a kompetence jsou dané platnou legislativou, spadá výživový poradce (či jakákoliv jiná varianta označení – nutriční poradce, výživový specialista aj.) mezi volné živnosti. Označení výživový poradce tedy není podmíněno vzděláním, a může se tak nazvat kdokoli, kdo splňuje podmínky pro udělení živnostenského oprávnění (tj. svéprávnost a bezúhonnost). Existuje mnoho kurzů pro výživové poradce s různou délkou trvání pohybující se v rozmezí několika dnů až měsíců. Některé z nich jsou akreditovány, např. MŠMT, přesto je jejich kvalita různá. Kurzy nemohou v žádném případě nahradit několikaleté studium oboru Nutriční terapeut a Nutriční specialista, v rámci kterého je kromě výuky teoretických znalostí zajištěna rovněž odborná praxe studentů v klinickém provozu v řádu stovek hodin. Zásadním rozdílem mezi nutričním terapeutem a výživovým poradcem, který by si měla odborná i laická veřejnost uvědomovat, je ten, že výživový poradce je oprávněn poskytovat konzultace a doporučení výhradně zdravým osobám.

Zdravotní výkony v gesci nutričního terapeuta

Činnost nutričního terapeuta (odb. 916) je hrazena výkonově dle seznamu výkonů daného vyhláškou

č. 134/1998 Sb. 2) Zdravotních výkonů poskytovaných nutričním terapeutem ambulantně v rámci zdravotnického zařízení, které lze na základě vzniklého smluvního vztahu vykazovat pojišťovně, je aktuálně šest. Jejich přehled uvádí tabulka 1.

Pole působnosti nutričního terapeuta ve spolupráci s praktickým lékařem

V rámci primární péče se nutriční terapeut může uplatnit zejména u pacientů s nadváhou a obezitou, diabetes mellitus 2. typu (DM 2. typu), dyslipidemií, hyperurikémií, hypertenzí, dále u pacientů s kardiovaskulárním onemocněním (ISCH, ICHDK, stav po IM, CMP, stavy vyžadující užívání antikoagulancií, jejichž účinnost je ovlivňována dietou – warfarin), u pacientů s onkologickým onemocněním, u pacientů s rizikem malnutrice nebo v malnutrici a v neposlední řadě u široké skupiny pacientů s gastrointestinálním onemocněním či obtížemi. Nutriční péče i doporučení musí být individualizované, aby mohly přinést prospěch konkrétnímu pacientovi. Individuální konzultaci vedenou nutričním terapeutem proto nelze nahradit předáním edukačního letáku s obecnými doporučeními. Seznam nutričních terapeutů dostupných v rámci krajů ČR lze nalézt v Národním registru poskytovatelů zdravotních služeb na webových stránkách Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR (www.uzis.cz), užitečné informace jsou rovněž na webových stránkách Sekce nutričních terapeutů ČAS (www.nutricniterapeuti.cz). Jedním z klíčových faktorů úspěšné léčby je adherence pacienta. Ta může být prokazatelně zvýšena tím, že pacient porozumí podstatě vzniku a faktorům ovlivňujícím dané onemocnění a stane se aktivním článkem v procesu změny schopným tyto faktory vědomě ovlivňovat. Nejvýrazněji se tento fakt uplatňuje u pacientů v období stanovení diagnózy. Ochota pacienta spolupracovat je výrazně zvýšena i v případě, že pacient po kvalitně provedené nutriční konzultaci aplikuje dietní doporuče-

ní a ta mu přináší úlevu od jeho obtíží. Tento jev typicky nastává u pacientů s některou formou gastrointestinálních obtíží. Role nutričního terapeuta spočívá rovněž v prevenci malnutrice a sarkopenie u seniorů, která bezpochyby představuje významný klinický i ekonomický problém. Profit přináší individualizované nutriční konzultace také u pacientů onkologických, ať už v jakékoli fázi léčby, nebo v remisi onemocnění jako prevence nárůstu hmotnosti, popřípadě vzniku dalšího nádoru.

Obezita

Obezita je sama o sobě závažným onemocněním zkracujícím očekávanou délku života a zároveň představuje primární rizikový faktor vzniku DM 2. typu, ale i řady dalších onemocnění a metabolických poruch. Rozvoj těchto komorbidit (DM 2. typu, spánková apnoe, hypertenze, dyslipidémie, kardiovaskulární onemocnění, onkologická onemocnění) může vést ke zvýšení nákladů na zdravotní péči pro společnost a snížení kvality života pro jednotlivce.³⁾ Nastavení správných stravovacích zvyklostí je jedním ze základních pilířů nefarmakologické léčby obézního pacienta. Principem moderní nutriční péče o obézní pacienty je komplexní a zároveň individuální přístup k pacientovi, zohlednění všech komorbidit a nastavení takové redukční diety, která bude vycházet z jeho dosavadního stravovacího režimu.⁴⁾ Nutriční terapeut vede v rámci individuálních nutričních konzultací obézního pacienta na jeho cestě k potřebným změnám tak, aby byly pro pacienta dlouhodobě snesitelné, aby docházelo k pozvolnému poklesu hmotnosti a k jejímu následnému udržení. Kvalitně edukovaný pacient, který porozumí principu redukčního racionálního stravování, si svůj jídelní režim dokáže řídit sám a další konzultace již v budoucnu nepotřebuje. To nepochybně vede k ekonomické úspoře, a to jak v důsledku snížení četnosti návštěv lékaře, tak s ohledem na zlepšení zdravotního stavu a z toho plynoucí nižší potřeby farmakoterapie.

Tabulka 1

Číslo	Název	Doba trvání	Omezení frekvencí	Přímé náklady	Režijní náklady	Celkem
6411	Vyšetření, zhodnocení nutričního stavu nutričním terapeutem	45	1/1 den	148	105	253
6413	Sestavení nutričního plánu pacienta	45	3/1 čtvrtletí	147	105	252
6415	Edukace nutričním terapeutem	75	1/1 rok	196	176	372
6417	Reedukace nutričním terapeutem	45	3/1 čtvrtletí	118	105	223
6419	Propočítání nutriční bilance (sw nástrojem)	20	1/1 den	58	47	105
6421	Indikace sippingu nutričním terapeutem	30	1/1 den	98	70	168

Diabetes mellitus 2. typu

I v době moderních léčebných postupů a farmakoterapie má strava, kromě dalších režimových opatření, v prevenci i léčbě diabetes mellitus 2. typu nezpochybnitelný význam. Při vhodné kombinaci všech dostupných možností lze zpravidla dosáhnout cílových hodnot nejen glykovaného hemoglobinu, ale současně výrazně zlepšit celkový zdravotní stav diabetika. Přestože je DM 2. typu časté onemocnění, povědomí o podstatě jeho vzniku a ovlivnitelných faktorech vedoucích k uspokojivé kompenzaci je stále nízké a je opředeno celou řadou mýtů. Rozpory panují především v oblasti stravovacích návyků, jež jsou důležitou komponentou životního stylu nejen u pacientů s DM 2. typu. Jelikož 90 % pacientů s touto diagnózou trpí nadváhou či obezitou, je redukce hmotnosti základním opatřením jak v prevenci, tak léčbě tohoto onemocnění. Edukace pacienta s DM 2. typu má zásadní význam, avšak v minulosti byla zaměřena výhradně na omezení sacharidů, přestože víme, že dlouhodobou kompenzaci ovlivní zejména redukce tělesné hmotnosti a důraz na kvalitu. V poslední době dochází k posunu od rigidního způsobu edukace diabetiků (doporučení typu „stejná dieta pro všechny“), naopak zdůrazňován bývá fakt, že neexistuje standardizovaný nutriční plán pro všechny pacienty s DM 2. typu. V souvislosti s tím je zmiňována nutnost zajištění individuální konzultace s nutričním terapeutem, která, zvláště pokud je směřována do období stanovení diagnózy, mívá na další průběh onemocnění zásadní vliv.

Onemocnění gastrointestinálního traktu

Poruchy a onemocnění trávicího traktu (jícen, žaludek, střeva, konečník, slinivka břišní, žlučník a žlučovody, játra) výrazně ovlivňují trávení stravy, vstřebávání živin a vyprazdňování. Dietní změny a úprava životního stylu jsou typické způsoby léčby výše popsaných stavů. Dostupná data ukazují, že pacienti s gastrointestinálním onemocněním či poruchou, kteří absolvovali konzultaci vedenou nutričním terapeutem, měli vyšší adherenci k předepsané dietě a pocítovali mírnější obtíže.⁵⁾ Nutriční terapeut je primárně určen k tomu, aby podpořil proces léčebné výživy a poskytl pacientovi individuální nutriční konzultace, čímž zmírní dopad onemocnění jak na samotného pacienta, tak na systém zdravotní péče.

Nádorová onemocnění

Nádorová onemocnění a výživa mají úzkou spojitost. Strava může v kombinaci s dalšími faktory snížit i zvýšit riziko vzniku nádorového onemocnění, zároveň má

nepochybně vliv na průběh léčby, na prognózu i na riziko relapsu. Adekvátní nutriční podpora jako prevence rozvoje malnutrice má být poskytnuta každému onkologickému pacientovi. Nutriční terapeut je členem zdravotnického týmu, který pravidelně vyhodnocuje nutriční stav pacienta, poskytuje mu individuální konzultace vedoucí k zajištění optimální výživy, popřípadě indikuje využití enterální výživy formou sippingu či cestou výživových sond. Nedostatečně zmiňována je důležitost pokračujícího nutričního sledování u pacientů v remisi onkologického onemocnění, kde je vysoké riziko rozvoje obezity a z ní vyplývajících zdravotních komplikací, včetně relapsu onemocnění.

Malnutrice a sarkopenie

Demografické stárnutí populace představuje zátěž pro systém zdravotní péče. Neadekvátní výživa ve stáří přispívá k rozvoji malnutrice, syndromu geriatrické křehkosti, sarkopenii a progresi celé řady onemocnění. Problematika těchto stavů je multifaktoriální. Konzultace s nutričním terapeutem může ukázat na faktory ovlivňující příjem stravy, její skladbu a trávení živin. Data ukazují, že včasná nutriční intervence poskytnutá nutričním terapeutem u pacientů v malnutrici nebo jejím riziku může snížit riziko rozvoje komplikací, snížit počet hospitalizací i rehospitalizací, zkrátit dobu hospitalizace, snížit mortalitu a náklady na zdravotní péči.⁶⁾

Shrnutí pro praxi

V rámci primární péče je nutriční intervence potřebná u celé řady diagnóz a může praktickému lékaři přinést významnou časovou i ekonomickou úsporu. Prospěch pro pacienta spočívá ve zlepšení zdravotního stavu a kvality jeho života. Principem moderní nutriční terapie není předávání obecných informací o výživě, ale individualizovaných doporučení. Úkolem nutričního terapeuta je poskytovat informace konkrétní, vyžádané, ve správný čas a ve správné formě, informace pro pacienta pochopitelné a zařaditelné do jeho života. Legislativně stanovený rozsah a četnost nutričních konzultací poskytovaných nutričním terapeutem toto umožňuje. Dostupnost nutriční péče pro pacienty je však v současné době v rámci primární péče hrubě nedostatečná, a tak praktický lékař ani jeho pacienti nemají možnost profitovat ze spolupráce s nutričním terapeutem. Sekce nutričních terapeutů ČAS za podpory Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP vytváří strategii vedoucí ke zlepšení této situace.

Zdroje:

- 1) Zákon č. 96/2004 Sb. Zákon o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (Zákon o nelékařských zdravotnických povoláních)
- 2) Vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů
- 3) World Health Organisation. (n.d.). Global Strategy on diet, physical activity and health. Retrieved from: https://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood_consequences/en/

- 4) Svačina, S., Fried, M., Býma, S., Matoulek, M. (2018). Obezita. Doporučené diagnostické a terapeutické postupy pro všeobecné praktické lékaře. SVL ČLS JEP.
- 5) Academy of Nutrition and Dietetics Evidence Analysis Library. (2015). MNT: gastrointestinal disorders. Retrieved from <https://www.andeal.org/topic.cfm?menu=5284&cat=5232>
- 6) Tappenden, K., Quatrara, B., Parkhurst, M.L., Malone, A., Fanjiang, G., & Ziegler, T.R. (2013). Critical role of nutrition in improving quality of care: An interdisciplinary call to action to address adult hospital malnutrition. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 113(9), 1219-1237.

Vaskulární a chronologický věk. Proč se liší a jak jej můžeme ovlivnit?



prof. MUDr. Aleš Linhart, DrSc., FESC, FCMA
předseda České kardiologické společnosti

Vaskulární věk neboli stáří našich cév nemusí odpovídat našemu kalendářnímu věku. Rozdíl může činit i desítky let. Stárnutí cév je totiž ovlivněno celoživotní kumulací působení kardiovaskulárních rizikových faktorů, především krevního tlaku a LDL cholesterolu. Někteří jedinci jsou geneticky predisponováni ke zvýšeným hodnotám těchto faktorů a jejich cévy jsou již od mladého věku vystaveny jejich působení, které se při kombinaci rizikových faktorů násobí. Vznikl tak koncept předčasného stárnutí cév – EVA („Early Vascular Aging“). Jedince s tímto syndromem lze v praxi dobře identifikovat s cílem časné intervence a účinné prevence kardiovaskulárních příhod. A protože kardiovaskulární příhody jsou nejčastější příčinou úmrtí českých mužů i žen, je ochrana zdraví cév faktorem, který zásadním způsobem rozhoduje o délce našeho života.

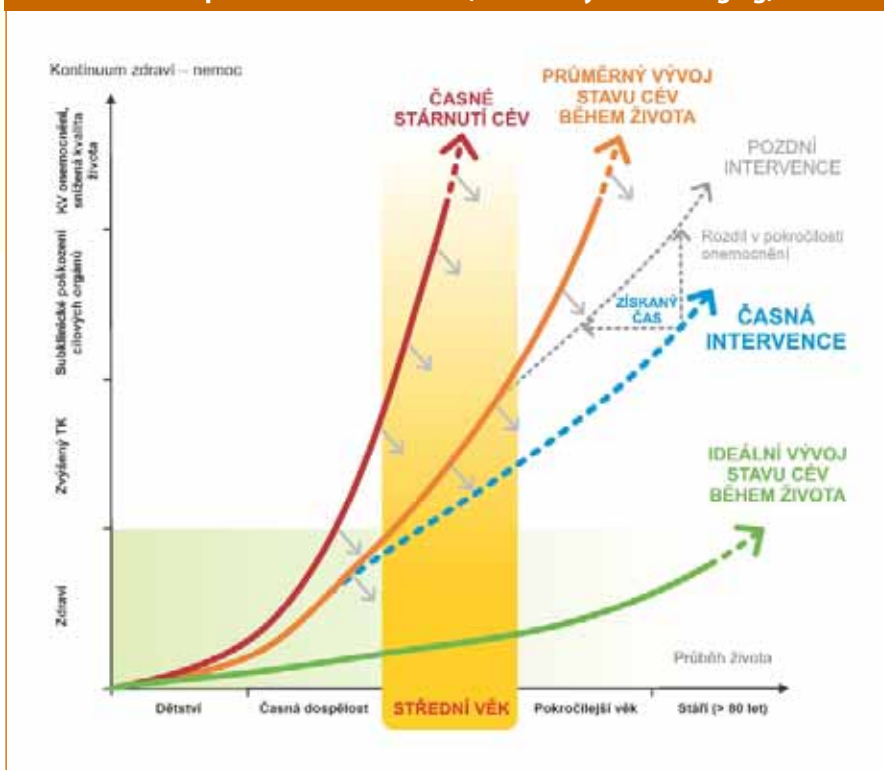
Stárnutí cév

Stárnutí buněk je dáno vyčerpáním jejich regeneračních schopností a lze jej odečíst např. ze zkrácení telomer. Věk je nejdůležitější nemodifikovatelný rizikový faktor většiny onemocnění a úmrtí člověka po 28. roku věku. Evolučně a geneticky jsme byli naprogramováni k tomu být zdraví do doby reprodukce. Lepší hygiena, výživa a zdravotní péče nám dnes ale umožňují žít mnohem déle. V současné době umírá v ČR asi 43 % mužů a více než 50 % žen na kardiovaskulární (KV) choroby. Pro délku našeho

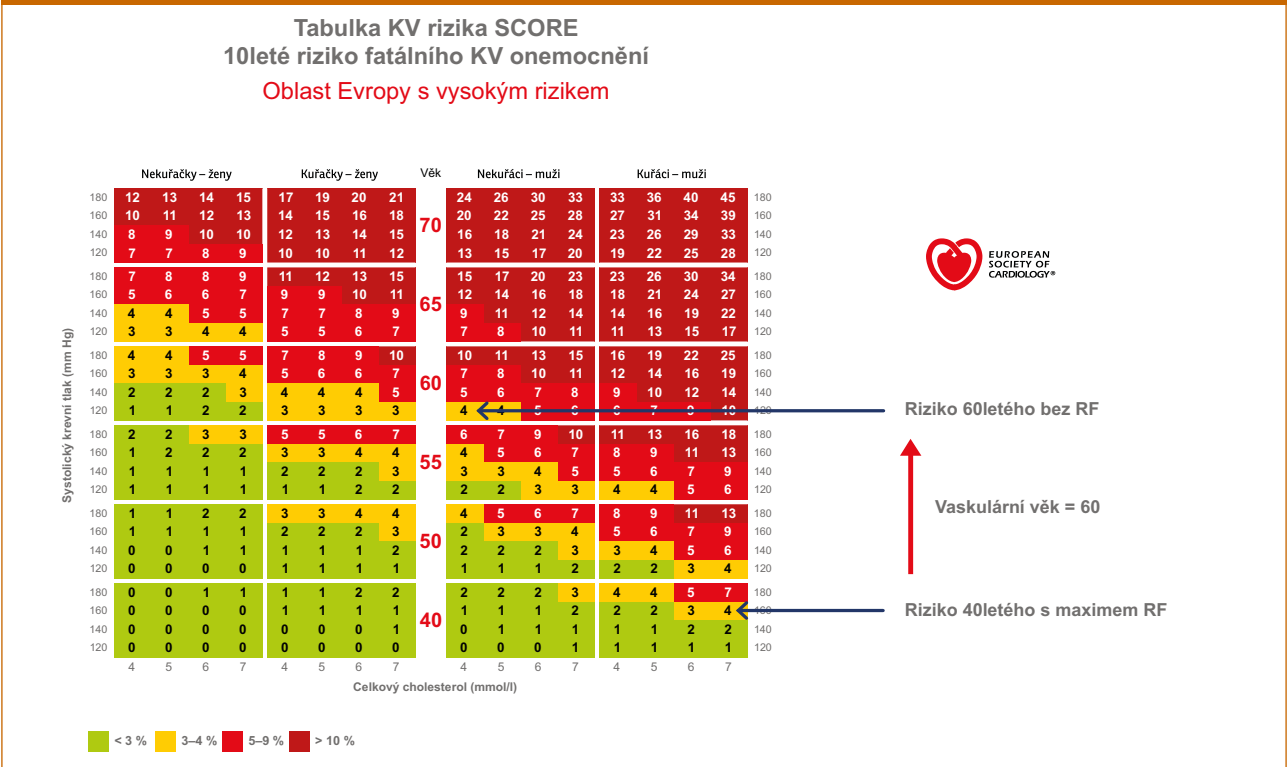
života je tedy jedním z rozhodujících faktorů zdraví cév neboli tzv. vaskulární věk.

Vaskulární věk dané osoby je definován jako věk, který by měl člověk se stejným vypočteným KV rizikem bez rizikových faktorů (tj. s rizikem daným pouze věkem a pohlavím). Jde o stav cév daný celoživotní expozicí rizikovým faktorům. Patří mezi ně především **hypertenze a zvýšená hladina LDL cholesterolu**. Náchylnost ke každé z těchto poruch je determinována geneticky¹ a je výrazně ovlivněna životním stylem. Jejich efekt na rozvoj KV onemocnění spolu s působením dalších KV rizik, jako je kouření, obezita, nedostatek pohybové aktivity, přítomnost diabetu aj., se násobí.² Genetické sklony k vyšší hladině LDL cholesterolu nebo zvýšenému krevnímu tlaku (TK) jsou určeny několika desítkami exomových variant. U jedinců s geneticky danou náchylností k těmto rizikovým faktorům dochází díky jejich dlouhodobému působení s časným počátkem v průběhu života k rychlejšímu stárnutí cév, než je tomu u průměrné populace. Naopak u jedinců se šťastnějším genetickým naprogramováním náchylnosti k těmto rizikovým faktorům je KV riziko dlouho v průběhu života výrazně nižší. Srovnání populací s geneticky podmíněnými odlišnými hodnotami LDL cholesterolu

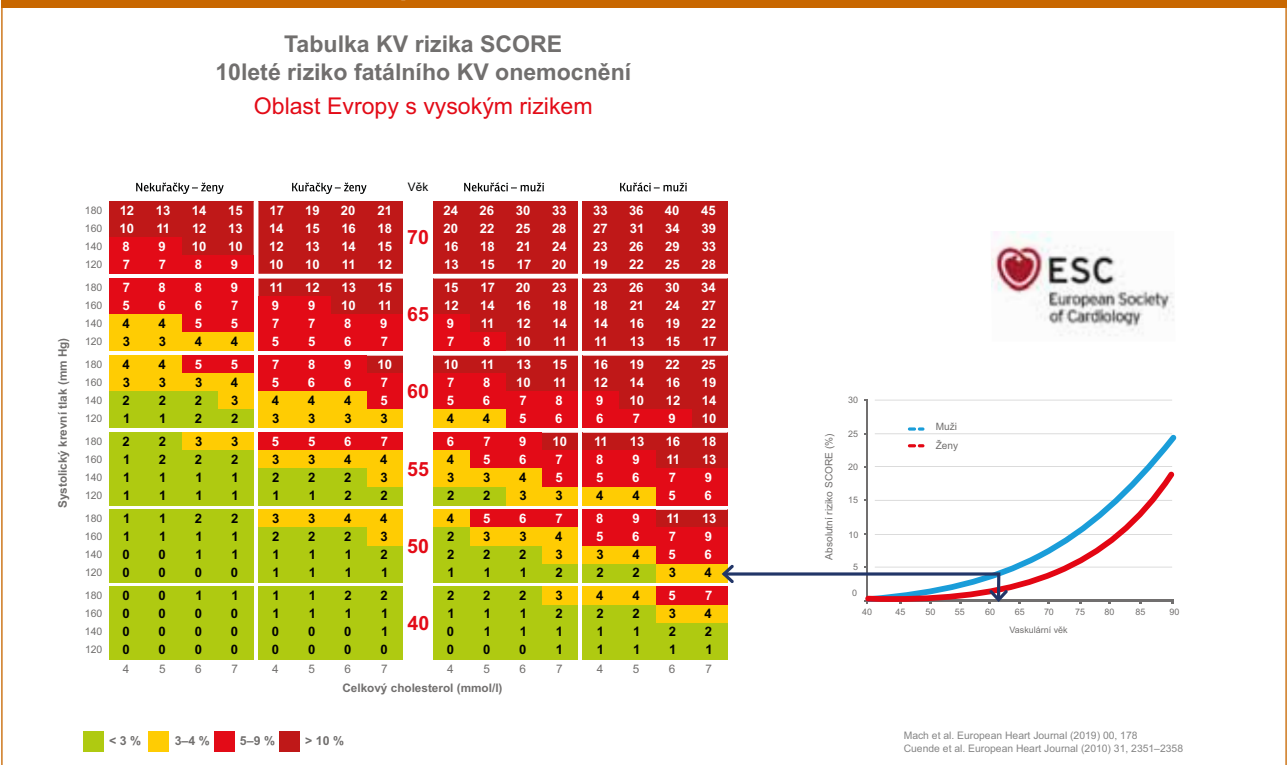
Obrázek 1: Koncept časného stárnutí cév (EVA – Early Vascular Aging).³



Obrázek 2a: Použití tabulek SCORE pro odhad vaskulárního věku^{13,14}



Obrázek 2b: Použití tabulek SCORE pro odhad vaskulárního věku^{13,14}



a TK u 438 952 účastníků projektu UK Biobank (průměrný věk 65 let, 54 % mužů), kteří byli stratifikováni podle 100 exomových variant determinujících hladinu LDL a 61 exomových variant determinujících hodnotu TK, ukázalo, že celoživotní expozice hladině LDL cholesterolu nižší o 1 mmol/l a současně systolickému tlaku krve nižšímu o 10 mm Hg je spojena s 80% snížením celoživotního rizika KV onemocnění a 68% snížením celoživotního rizika úmrtí z KV příčin.¹ **Koncept rychlého stárnutí cév** byl pojmenován **EVA (Early Vascular Aging)**, (obr. 1).³ U osob se syndromem EVA je potřebná časná intervence KV rizik v průběhu života, která musí být dlouhodobá a vytrvalá, aby se významně zkrátila expozice jednotlivým rizikovým faktorům.

Měření stárnutí cév

Prvním z parametrů, podle kterých lze určit cévní věk jedince, je **endoteliální funkce**. Tu lze měřit např. podle reaktivní hyperémie na koronárních tepnách, na tepnách předloktí či na konečku prstu pomocí fotoplety-smografického senzoru. Bylo prokázáno, že endoteliální dysfunkce v koronárních tepnách je spojena s vyšším výskytem KV příhod, jako je infarkt myokardu, cévní mozková příhoda (CMP) nebo úmrtí z KV příčin.^{4,5}

Dalším parametrem, který je jedním z nejcitlivějších ukazatelů stárnutí tepen, je **tuhnutí cév**. Lze jej měřit podle **rychlosti propagace pulsově vlny (PWV)**, např. pomocí aplanační tonometrie. Rychlost je určena z časového zpoždění mezi začátkem systolické vlny

v oblasti karotické a femorální tepny a vzdálenosti obou registrovaných míst. V tepně se sníženou elasticitou se pulsní vlna šíří rychleji. U velké kohorty osob s normálním krevním tlakem bylo prokázáno, že s přibývajícím věkem PWV narůstá. U jedinců daného věku byl ale zjištěn výrazný rozptyl naměřených hodnot.⁶ Je rovněž doloženo, že se zvyšující se PWV roste riziko KV příhod.⁷ Zvýšení PWV o 1 směrodatnou odchylku proti průměru znamená nárůst rizika KV příhod o 25 % u osob starších 70 let, u jedinců do 50 let ovšem o celých 83 %.⁸

Nedostatečná elasticita tepen je také důvodem zvýšení pulsního tlaku a ovlivňuje tvar pulsní vlny. Je to dáno odrazem pulsní vlny na periférii a návratem do centrálních tepen, kde se výsledný tlak sčítá. Při dostatečné elasticitě tepen k tomu dochází v diastole. Nepříznivé je setkání pulsní vlny a odražené pulsní vlny během systoly, ke kterému dochází při zvýšené tuhosti tepen. Tento jev lze odečíst z kontury pulsově vlny a změřit jako tzv. augmentační index. **Augmentační index** má prokázaný vliv na KV mortalitu.⁹

Na vaskulární věk lze usuzovat také podle **tloušťky intimy a medie (IMT)**. I když stále platí, že větší tloušťka těchto vrstev tepenné stěny zvyšuje riziko KV příhod,¹⁰ bylo zjištěno, že zejména díky chybám v měření je použití IMT jako hlavního prediktoru morbidity nedostatečné a není již doporučováno.¹¹

Namísto IMT se v současné době používá **analýza ateromových plátů**. Ukázalo se, že nejrizikovější jsou měkké pláty bohaté na lipidy. Densní kalcifikované pláty

Obrázek 3: Tabulka SCORE přepočtená na vaskulární věk.^{13,14}



jsou spojeny s méně závažnou prognózou. Bylo např. zjištěno, že echogenita plátu predikuje výskyt CMP lépe než přítomnost významné stenózy dané arterie.¹²

Určení vaskulárního věku v klinické praxi

Všechny uvedené parametry vyžadují složitá přístrojová měření. Pro určení vaskulárního věku v klinické praxi je nutná jednodušší metoda. Nástrojem, pomocí kterého lze odhadnout vaskulární věk v denní praxi, jsou **tabulky SCORE**, ze kterých lze odhadnout riziko fatální KV příhody v následujících 10 letech u daného jedince podle pohlaví, věku, kouření, hladiny LDL cholesterolu a krevního tlaku.^{13,14} Po určení rizika dané osoby, např. 40letého muže se všemi rizikovými faktory zahrnutými v tabulce SCORE (riziko výskytu fatální KV příhody v následujících 10 letech 4 %) lze vyhledat, že stejné KV riziko má 60letý muž bez rizikových faktorů (obr. 2a). Tabulku SCORE lze převést i do grafu, ze kterého je možné vaskulární věk na základě přítomných rizikových faktorů odečíst (obr. 2 b) a existuje již také tabulka SCORE převedená na vaskulární věk (obr. 3).^{13,14} Lze ji velmi dobře použít pro vysvětlení vaskulárního věku pacientovi. Ukázalo se, že informace o cévním věku, je pro pacienta významnější motivací k dodržování terapeutických opatření než informace o riziku KV příhod v následujících 10 letech.¹⁵

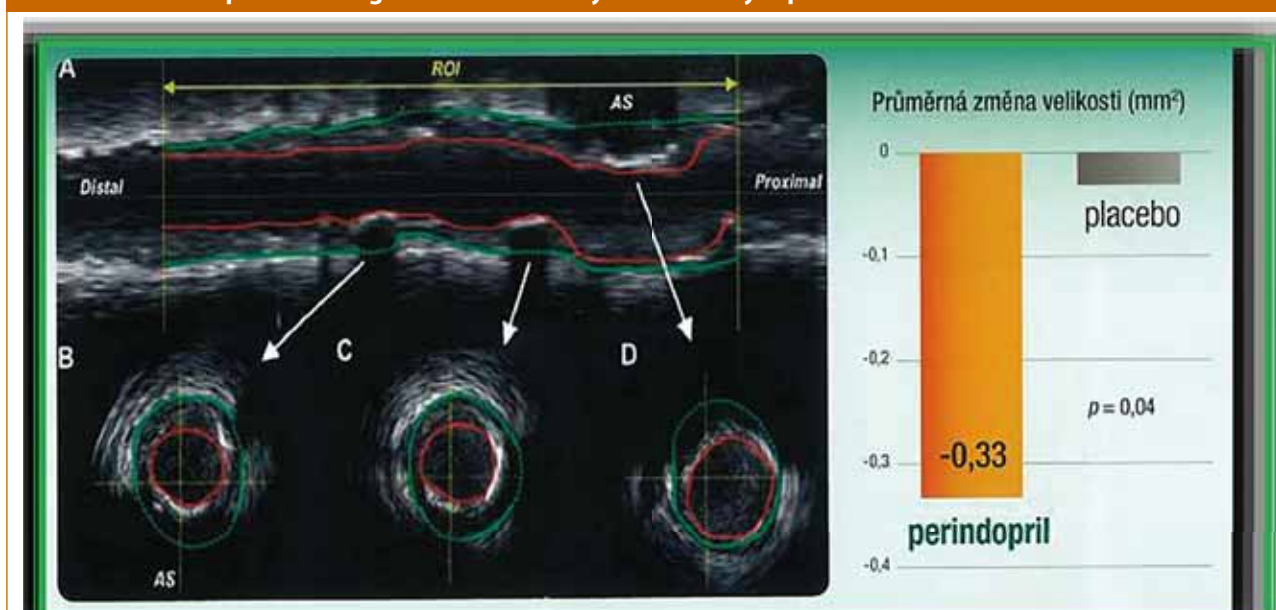
Terapeutický přístup k pacientům s časným stárnutím cév

Syndrom časného stárnutí cév (EVA) je charakterizo-

ván zvýšenou tepennou tuhostí a vyšší PWV. Alternativně je možné ho charakterizovat nálezem zesílení IMT, ateromových plátů, zhoršení endoteliální funkce nebo vysoké hodnoty augmentačního indexu.¹⁶ Terapeutickým postupem je u takového jedince změna životního stylu, kompenzace hypertenze a hypercholesterolemie. Je smutným faktem, že režimová opatření velmi často selhávají. O to významnější je **důsledná farmakologická kompenzace rizikových faktorů**.

Pro snižování krevního tlaku se jako nejvýhodnější ukázaly inhibitory systému renin-angiotenzin (RAS). Při použití **ACE inhibitorů** lze snadno s relativně nízkou dávkou dosáhnout poklesu krevního tlaku. Plný efekt ACEI na bradykinin, nutný pro dosažení remodelace cévní stěny, se ale dostavuje až u vyšších dávek.¹⁷ Např. ve studii SECURE, což je podstudie studie HOPE, bylo prokázáno, že ramipril v dávce 10 mg v porovnání s dávkou 2,5 mg denně vede při srovnatelném snížení krevního tlaku k významně většímu poklesu průměrné maximální IMT a. carotis.¹⁸ Metaanalýza studií se **statiny** ukázala, že při léčbě těmito přípravky je možné dosáhnout dokonce regrese IMT, a to přesto, že IMT se přirozeně s věkem zvyšuje.¹⁹ Regrese nekalcifikovaných ateromových plátů byla prokázána také při léčbě perindoprilem (obr. 4). Mírně kalcifikované zůstaly touto léčbou neovlivněny a významně kalcifikované pláty progredovaly.²⁰ To dokládá potřebu časného terapeutického zásahu v době, než dojde ke kalcifikaci ateromových plátů. Inhibitory RAS (ACEI a sartany) i statiny prokázá-

Obrázek 4. Perindopril vede k regresi nekalcifikovaných ateromových plátů.²⁰



ly také účinek na snížení PWV (obr. 5).^{21,22} Tato léčba je tedy schopna příznivě ovlivnit tuhost tepen. Perindopril prokázal snížení tuhosti tepen nezávisle na poklesu krevního tlaku.²³ Navíc se ukázalo, že dosažené snížení PWV je významně větší při vyšších dávkách.^{23,19} Při srovnatelném poklesu TK se zlepšila distenzibilita karotické tepny více po dávce 8 mg než 4 mg perindoprilu denně.²³ Podobný efekt byl pozorován i u olmesartanu v dávce 20 mg vs. 40/80 mg.¹⁹ Atorvastatin prokázal snížení arteriální tuhosti u osob s hypertenzí, s ICHS, ale nikoliv u zdravých dospělých jedinců.²⁴⁻²⁶

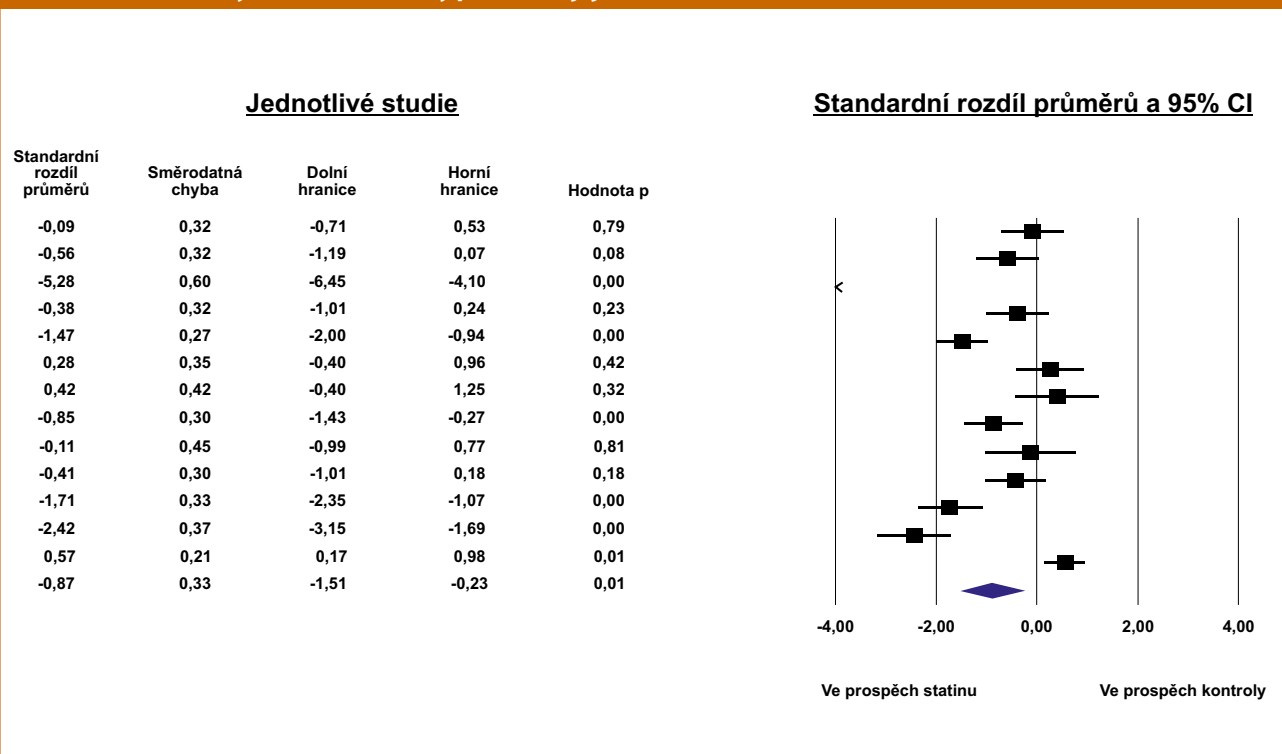
Kompenzace rizikových faktorů u jedinců s předčasným stárnutím cév by tedy měla být **časná, intenzivní a také dlouhodobá**. Nedostatečnou adhezenci pacientů k léčbě antihypertenzivy a statiny,²⁷ která je patrná zejména u mladších jedinců, lze zlepšit využitím fixních kombinací účinných látek v jedné tabletě.²⁸ Pozorované zlepšení adherence dosáhlo u pacientů s KV onemocněním nebo s vysokým rizikem KV onemocnění 44 %.²⁸ Takovou možnost od 1. října 2019 nabízí fixní kombinace perindoprilu a atorvastatinu, který je dostupný v 6 různých kombinacích dávek.²⁹

Závěr

Vaskulární věk je dán kumulací expozice cév rizikovým faktorům. Může se od kalendářního věku daného jedince značně lišit. Koncept časného stárnutí cév (EVA), které je determinováno genetickou predispozicí k vysokému krevnímu tlaku a vysoké hladině LDL cholesterolu, vykazuje vysokou prevalenci zejm. u hypertoniků. Je charakterizováno zvýšenou tuhostí tepen a předčasnou aterosklerózou. Vaskulární věk pacienta je možné odečíst z tabulek SCORE a udává, jaký věk by měl člověk se stejným vypočteným KV rizikem bez přítomnosti rizikových faktorů. Terapeutický přístup u osob s EVA vyžaduje časnou, intenzivní a dlouhodobou multifaktoriální intervenci. Největší přínos prokázala kombinace inhibitorů RAS a statinů. Jejich fixní kombinace v jedné tabletě může zvýšit adhezenci k léčbě, a dosáhnout tak účinné prevence KV příhod.

Podle přednášky prof. MUDr. Aleše Linharta, DrSc., FESC, FCMA (Komplexní kardiovaskulární centrum VFN a 1. LF UK, Praha) Připravila MUDr. Zuzana Zafarová

Obrázek 5: Metaanalýza studií se statiny prokázala jejich účinek na snížení PWV.²¹



Literatura:

1. Ference BA, Bhatt DL, Catapano AL, et al. Association of Genetic Variants Related to Combined Exposure to Lower Low-Density Lipoproteins and Lower Systolic Blood Pressure With Lifetime Risk of Cardiovascular Disease. *JAMA*. 2019; 322(14): 1381-1391.
2. Jackson R, Lawes CM, Bennett DA, et al. Association of Genetic Variants Related to Combined Exposure to Lower Low-Density Lipoproteins and Lower Systolic Blood Pressure With Lifetime Risk of Cardiovascular Disease. *Lancet* 2005; 365: 434-441.
3. Olsen MH, Angell SY, Asma S, et al. A call to action and a lifecourse strategy to address the global burden of raised blood pressure on current and future generations: the Lancet Commission on hypertension. *Lancet* 2016; 388: 2665-2712.
4. Schächinger V, Britten MB, Zeiher AM. Prognostic impact of coronary vasodilator dysfunction on adverse long-term outcome of coronary heart disease. *Circulation*, 2000, 101: 1899-1906.
5. Shechter A, Koren-Morag N, et al. Usefulness of brachial artery flow-mediated dilation to predict long-term cardiovascular events in subjects without heart disease. *Am J Cardiol* 2014; 113: 162-167.
6. Mattace-Raso F, Hofman A, Verwoert GC, et al. Determinants of pulse wave velocity in healthy people and in the presence of cardiovascular risk factors: establishing normal and reference values. *Eur Heart J*. 2010 Oct; 31(19): 2338-2350.
7. Safar H, Mourad JJ, Safar M, Blacher J. Aortic pulse wave velocity, an independent marker of cardiovascular risk. *Arch Mal Coeur Vaiss*. 2002 Dec; 95(12): 1215-1218.
8. Ben-Shlomo Y, Spears M, Boustred C, et al. Aortic pulse wave velocity improves cardiovascular event prediction: an individual participant meta-analysis of prospective observational data from 17,635 subjects. *Am Coll Cardiol*. 2014 Feb 25; 63(7): 636-646.
9. London GM, Blacher J, Pannier B, et al. Arterial wave reflections and survival in end-stage renal failure. *Hypertension*. 2001 Sep; 38(3): 434-438.
10. Baldassarre D, Hamsten A, Veglia F, et al; IMPROVE Study Group. Measurements of carotid intima-media thickness and of interadventitia common carotid diameter improve prediction of cardiovascular events: results of the IMPROVE (Carotid Intima Media Thickness [IMT] and IMT-Progression as Predictors of Vascular Events in a High Risk European Population) study. *J Am Coll Cardiol*. 2012 Oct 16; 60(16): 1489-1499.
11. Polak JF, Szklo M, O'Leary DH. Carotid Intima-Media Thickness Score, Positive Coronary Artery Calcium Score, and Incident Coronary Heart Disease: The Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis. *J Am Heart Assoc*. 2017 Jan 21; 6(1).
12. Grønholdt ML, Nordestgaard BG, Schroeder TV, et al. Ultrasonic echolucent carotid plaques predict future strokes. *Circulation*. 2001 Jul 3; 104(1): 68-73.
13. Mach F, Baigent C, Catapano AL, et al; ESC Scientific Document Group. 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk. *Eur Heart J*. 2019 Aug 31. [Epub ahead of print]
14. Cuende JI, Cuende N, Calaveras-Lagartos J. How to calculate vascular age with the SCORE project scales: a new method of cardiovascular risk evaluation. *Eur Heart J*. 2010 Oct; 31(19): 2351-2358.
15. Lopez-Gonzalez AA, Aguilo A, Frontera M et al. Effectiveness of the Heart Age tool for improving modifiable cardiovascular risk factors in a Southern European population: a randomized trial. *Eur J Prev Card*. 2015 Mar; 22(3): 389-396.
16. Cunha PG, Boutouyrie P, Nilsson PM, Laurent S. Early Vascular Ageing (EVA): Definitions and Clinical Applicability. *Curr Hypertens Rev*. 2017; 13(1): 8-15.
17. Campbell DJ, Kladis A, Duncan AM. Effects of converting enzyme inhibitors on angiotensin and bradykinin peptides. *Hypertension*. 1994 Apr; 23(4): 439-449.
18. Lonn E, Yusuf S, Dzavik V, et al. Effects of ramipril and vitamin E on atherosclerosis: the study to evaluate carotid ultrasound changes in patients treated with ramipril and vitamin E (SECURE). *Circulation*. 2001 Feb 20; 103(7): 919-925.
19. Laurent S, Boutouyrie P; Vascular Mechanism Collaboration. Dose-dependent arterial destiffening and inward remodeling after olmesartan in hypertensives with metabolic syndrome. *Hypertension*. 2014 Oct; 64(4): 709-716.
20. Bruining N, de Winter S, Roelandt JR, et al; EUROPA/PERSPECTIVE Investigators. Coronary calcium significantly affects quantitative analysis of coronary ultrasound: importance for atherosclerosis progression/regression studies. *Coron Artery Dis*. 2009 Sep; 20(6): 409-414.
21. Upala S, Wirunsawanya K, Jaruvongvanich V, Sanguankeo A. Effects of statin therapy on arterial stiffness: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trial. *Int J Cardiol*. 2017 Jan 15; 227: 338-341.
22. Ong KT, Delorme S, Pannier B, et al. Aortic stiffness is reduced beyond blood pressure lowering by short-term and long-term antihypertensive treatment: a meta-analysis of individual data in 294 patients. *J Hypertens*. 2011 Jun; 29(6): 1034-1042.
23. Tropeano AI, Boutouyrie P, Pannier B, et al. Brachial pressure-independent reduction in carotid stiffness after long-term angiotensin-converting enzyme inhibition in diabetic hypertensives. *Hypertension*. 2006 Jul; 48(1): 80-86.
24. Kanaki AI, Safaridis PA, Georgianos PI, et al. Effects of Low-Dose Atorvastatin on Arterial Stiffness and Central Aortic Pressure Augmentation in Patients With Hypertension and Hypercholesterolemia. *Am J Hypert* 2013. 26 (5): 608-616.
25. Meng X, Qie L, Wang Y, et al. Assessment of arterial stiffness affected by atorvastatin in coronary artery disease using pulse wave velocity. *Clin Invest Med*. 2009 Dec 1; 32(6): E238.
26. Ballard KD, Taylor BA, Capizzi JA, et al. Atorvastatin Treatment Does Not Alter Pulse Wave Velocity in Healthy Adults. *Int Sch Res Notices*. 2014 Nov 13; 2014: 239575.
27. Chapman RH, Benner JS, Petrilla AA, et al. Predictors of adherence with antihypertensive and lipid-lowering therapy. *Arch Intern Med*. 2005 May 23; 165(10): 1147-1152.
28. Huffman MD. The Polypill: From Promise to Pragmatism. *PLoS Med*. 2015 Aug 11; 12(8): e1001862.
29. SPC Euvascor. www.sukl.cz

Tzv. nealkoholická piva představují riziko zvláště pro děti, dospívající a osoby s návykovou nemocí



MUDr. Karel Nešpor, CSc.
Psychiatrická nemocnice Bohnice

Obsah alkoholu

Předně je třeba zdůraznit, že tzv. nealkoholická piva obsahují obvykle 0,4–0,5 % alkoholu. Dítě ve věku 6 let, jehož hmotnost je kolem 20 kg a které vypije půl litru tzv. nealkoholického piva, už může mít měřitelnou hladinu alkoholu v krvi. Alkohol u něj i vzhledem k nízké toleranci může např. způsobit úraz. Kromě toho zvyšuje setkání alkoholem v časném věku riziko problémů s alkoholem a jinými psychoaktivními látkami v pozdějších letech. Pití alkoholu a zneužívání drog v dětství a dospívání má i další rizika, např. je spojeno s vyššími možnostmi dlouhodobého poškození mozku, než je tomu u dospělých (Mooney-Leber a Gould, 2018).

Typická chuť a pach piva

Dítě, které si navykne na typickou chuť tzv. nealkoholického piva, se spíše napije podobně chutnajícího piva s vyšším obsahem alkoholu. S ohledem na nízkou hmotnost i toleranci dítěte při tom může nastat výrazná

intoxikace alkoholem. Typická chuť piva je také hlavní důvod, proč jsou tzv. nealkoholická piva vysloveně nevhodná pro osoby závislé na alkoholu. Chuť a pach tzv. nealkoholických piv vyvolává bažení (craving) po alkoholu a patří podle našich zkušeností k častým příčinám recidiv závislosti na alkoholu.

Sacharidy

Půl litru tzv. nealkoholického piva obsahuje kolem 25 g sacharidů, což odpovídá 1–2 malým kostkám cukru. Tento faktor není nevýznamný, uvážíme-li nárůst výskytu obezity v nižších věkových skupinách.

Další faktory

Piva, včetně tzv. nealkoholických, obsahují často mykotoxiny. Kromě toho lak uvnitř plechovek uvolňuje malá množství bisfenolu A. Zmíněné škodliviny se mohou podobně jako alkohol uplatňovat u dětí silněji. Neobstojí argument, že mykotoxiny a bisfenol A jsou obsaženy i v řadě jiných produktů. Je to naopak o důvod více jejich příjem omezit, zvláště u dětí a dospívajících.

Literatura

Mooney-Leber SM, Gould TJ. The long-term cognitive consequences of adolescent exposure to recreational drugs of abuse. *Learn Mem.* 2018; 25(9):481-491.



“Měl bych poslat pacienta na další radiologické vyšetření, když jedno nedávno podstoupil?”

Pokud skutečně existuje záznam zobrazení, které potřebujete, je pravděpodobné, že pokud se mezi tím nezměnil stav pacienta, nemá jeho opakování žádnou cenu.

Pacienti, kteří se léčí u několika lékařů, si často nevzpomenou, že nedávno podstoupili vyšetření zobrazovací metodou. Je zapotřebí se pacienta cíleně zeptat, aby se totéž vyšetření zbytečně neopakovalo, a tím se nezdržovalo stanovení diagnózy. Zbytečné opakování vyšetření je pro pacienta také nepohodlné.

Mluvte o tom se svými pacienty!

V některých případech je v zájmu pacienta právě nepodstoupení radiologického vyšetření!



Výhody pro pacienty

- Ušetří čas a vyhnou se nepohodlí spojenému s opakovaným vyšetřením
- Ušetří se zbytečné náklady



Poslání pacienta na vyšetření ionizujícím zářením v případě, že nedávno stejné nebo obdobné vyšetření podstoupil, pouze z důvodu, že je to snazší než získat snímky a klinické hodnocení z jiného zdravotnického zařízení, není dobrou praxí

Co když nelze získat snímky z nedávno podstoupeného radiologického vyšetření?

Radiologové nebo jiní ošetřující lékaři mohou po konzultaci s pacienty, zaslat alespoň klinické hodnocení vyšetření, když už ne přímo snímek. Klinická hodnocení a někdy i snímky z dřívějších vyšetření je možné získat také prostřednictvím systému ePACS nebo obdobného systému, pokud je dostupný.

Jak postupovat v případě chronického onemocnění?

Indikační kritéria pro zobrazovací vyšetření a doporučení odborných společností zabývajících se diagnostikou a léčbou příslušných onemocnění obsahují pokyny ohledně frekvence radiologických vyšetření, která jsou u chronicky nemocných pacientů nutná.

V případě pochybností je nejvhodnější požádat o radu radiologa.

Mluvte o tom s radiologem!

Otoskopie v rukou praktického lékaře



MUDr. Jan Heřman, Ph.D.

Klinika otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku,
LF a FN Olomouc



doc. MUDr. Richard Salzman, Ph.D.

Klinika otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku,
LF a FN Olomouc

Otoskopie je diagnostickou metodou vyšetření zvukovodu a bubínku pohledem. Tradičně se používalo kovové spekulum, do kterého se odrazil světelný paprsek z čelního zrcátka. V dnešní době se v ORL ambulanci využívá většinou spekulum a čelní světlo, případně otomikroskop. V ordinaci praktického lékaře se nabízí jako nejpraktičtější vyšetřovat uši pomocí otoskopu (Obr. 1).

Obr. 1: Otoskop



Vyšetření ucha zahájíme prohlédnutím retroaurikulární oblasti, kde mohou být jizvy po předchozích ušních operacích nebo zánětlivé změny při akutní mastoidi-

tidě. Dále prohlédneme boltce a okolí, kde bychom neměli přehlédnout kožní léze, především bazaliomy. Pokračujeme samotnou otoskopii, tedy nejprve vyšetřením zevního zvukovodu (Obr. 2), který může být zarudlý, případně zúžený a se sekrecí u otitis externa, můžeme zde pozorovat cerumen (ušní maz), případně cizí tělesa. Ve zvukovodu se mohou vyskytovat exostózy – drobné výrůstky v kostěné části zvukovodu (blíž bubínku).

Obr. 2: Zevní zvukovod vpravo



Nakonec vyšetřujeme bubínek (Obr. 4), který je za normálních okolností šedý, celistvý, bez vyklenutí a se světelným reflexem (odráží světlo otoskopu). Na bubínku a v jeho okolí mohou být známky akutního nebo chronického zánětu středního ucha.

Obr. 3: Normální bubínek, pravé ucho



Normální nález vyšetření ucha pak popíšeme takto: „Retroaurikulárně klidné, boltce a okolí bez patologického nálezu, zvukovody volné, bubínky klidné, šedé, celistvé, konturované, s reflexem.“

Pro přesnější lokalizaci lézí bubínku rozdělujeme bubínek na čtyři kvadranty podle myšlené přímky vzniklé

prodloužením rukojeti (manubria) kladívka a kolmici na ni v prostředku bubínku - umbo (Obr. 4).

Obr. 4: Kvadranty bubínku. ZH – zadní horní, ZD – zadní dolní, PH – přední horní, PD – přední dolní Právě ucho.



Níže uvádíme nejdůležitější nálezy, se kterými se může praktický lékař při otoskopii setkat. Léčbu některých zcela jistě zvládne zkušený a vzdělaný praktický lékař sám, jiné je vhodné odeslat k odbornému vyšetření otolaryngologem. Hranice zatím při neexistenci doporučených postupů schválených Českou společností všeobecného lékařství ČLS JEP a Českou společností otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku ČLS JEP není dána striktně a záleží na konkrétní situaci, na dostupnosti ORL specialisty, na vybavení, zkušenostech a někdy i odvaze praktického lékaře.

Ušní maz – cerumen

Cerumen se normálně tvoří v ceruminózních žlázkách zevního zvukovodu. Jeho přítomnost je zcela fyziologická, má ochrannou funkci a za normální okolností se pomalu posunuje směrem ven ze zvukovodu (Obr. 5). Nástěnné cerumen není nutné odstraňovat. Pravidelné odstraňování ušního mazu je vhodné jen u některých nemocných, např. uživatelů sluchadel, u pacientů po ušních operacích nebo se zúžením zvukovodů. Někdy nahromadění ušního mazu může bránit pohledu na bubínek při otoskopii. Potíže mohou také nastat, pokud mazová zátka zvukovod zcela uzavře a způsobí převodní nedoslýchavost. V těchto případech dočistí zvukovod lékař pod zrakovou kontrolou, čímž zabrání nechtěnému poranění zvukovodu nebo bubínku pacientem. Podle svých možností a vybavení se o něj může pokusit i praktický lékař. V ORL ambulanci využíváme zpravidla sání, zahnutý háček, ušní chapáček a výplach vodou o teplotě 37 °C. Výplach vodou o jiné teplotě může vést k akutní závratí pacienta. Stříkačku (nebo žanetku) při výplachu namíříme proti zadní stěně zvukovodu. Pokud máme pochybnosti o celistvosti bubínku, je výplach kontraindikovaný.

Obr. 5: Nástěnné cerumen (označeno šipkou)



Cizí tělesa v zevním zvukovodu

Mimo ušní maz se mohou ve zvukovodu nacházet i různá cizí tělesa. Můžou se projevit zhoršením sluchu a / nebo tlakem v uchu. Nejčastěji se v našich podmínkách jedná o vatu z tyčinky po čištění. Především u dětí nebo mentálně retardovaných pacientů může jít i o nejrůznější jiné předměty, jako korálky, kousky hraček nebo drobnou zeleninu. Výjimečně se při otoskopii setkáme i s hmyzem (pavouk, moucha...) ve zvukovodu. K odstraňování cizích těles můžeme opět použít sání, zahnutý háček nebo chapáček. Živý hmyz nejprve usmrtíme např. olejem nakapaným do ucha. Jen pro vytažení vaty se může hodit pinzeta, pro jiná cizí tělesa ji nevyužíváme pro riziko posunutí tělesa hlouběji.

Perforace bubínku

K perforaci bubínku (Obr. 6) může dojít při traumatu (například facka na ucho, propíchnutí při čištění tyčinkou...) nebo při středoušním zánětu. Projeví se nejčastěji lehkou nedoslýchavostí (zalehnutím ucha). Menší traumatické perforace se mohou zhojit spontánně, prakticky vždy je ale vhodné ošetření otorinolaryngologem, který zavede papírovou protézu nebo indikuje plastiku bubínku (myringoplastiku). Perforace může být projevem cholesteatomu (metaplazie dlaždicobuněčného epitelu do středouší, lokálně invazivní proces, který postupně progreduje a vede k destrukci struktur středouší). Samotnou perforaci někdy není možné odlišit od retrakce nebo někdy i od cholesteatomu, a také proto by měl prakticky každou perforaci zkontrolovat specialista.

Obr. 6: Centrální perforace (označena šipkou) v předním dolním kvadrantu (pravé ucho) u pacienta s chronickým středoušním zánětem (oblast manubria a pars flaccida je abnormální)



Zánět zevního zvukovodu (otitis externa)

Jde o typickou diagnózu, kterou by mohl otoskopem diagnostikovat a při nekomplikovaném průběhu léčit praktický lékař. Externí otitidy se častěji vyskytují v létě v souvislosti s teplejším počasím a koupáním. Zánět se projeví z počátku svěděním ucha a později výraznou bolestí, při nezačínání léčby později i zápachající sekrecí. Ucho většinou, na rozdíl od zánětu středního ucha, není zalehlé. Pacientům doporučujeme zvukovod nedráždit a nečistit. V léčbě volíme antibiotické kapky (velice účinné jsou různé antibiotické kapky do očí, např. Gentadex nebo Maxitrol 2-3 kapky 3-5x denně po dobu minimálně jednoho týdne). Kompletně uzavřený zvukovod je třeba nejprve luminizovat vložením gázové špičky s Ichtoxylem. Otitis externa je většinou nezávažné, ale velmi bolestivé onemocnění, pacientům proto doporučíme vhodná analgetika podle potřeby. Ve výrazné většině případů nejsou indikována perorální antibiotika. Při protrahovaném průběhu nebo zhoršování příznaků by měl být pacient vyšetřen ORL specialistou, který provede stěr z ucha, a následně léčí cíleně podle citlivosti infekčního agens a zváží nasazení antibiotik i celkově. Vzácněji, většinou po delší léčbě antibiotickými kapkami, se můžeme setkat s mykoticou externí otitidou, kdy můžeme otoskopicky sledovat bělavé povlázky nebo černé mykotické hyfy. V léčbě využíváme antimykotické kapky (např. Batrafen). Především u imunosuprimovaných pacientů a diabetiků se můžeme vzácně setkat s tzv. nekrotizující externí otitidou (v minulosti nesprávně nazývanou maligní externí otitida). Jedná se o osteomyelitidu baze lební – šíření zánětu zvukovodu do spánkové kosti. U tohoto stavu je nutná mnohatýdenní často intravenózní aplikace antibiotik, zpravidla na ORL klinikách.

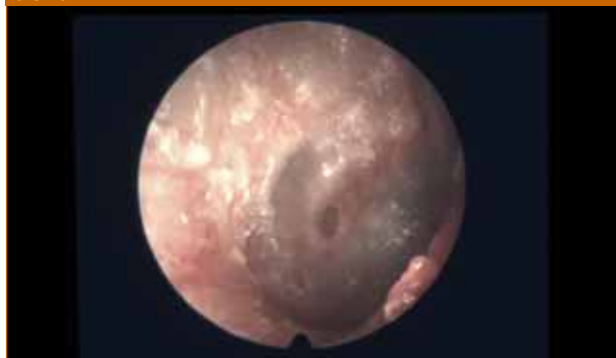
Obr. 7: Zúžení vchodu do zvukovodu u otitis externa vlevo



Akutní zánět středního ucha

Akutní mediotitida je typickou diagnózou dětského věku, může se ale vyskytnout i u dospělých. Většinou jí předchází infekce horních dýchacích cest. Projeví se silnou tepavou bolestí a zalehnutím ucha. Spontánní perforace bubínku, které je poměrně častá u dětí, se u dospělých vyskytuje vzácněji, respektive k ní dochází až po delším trvání zánětu. Pokud potíže začaly v den vyšetření a ORL lékař není snadno dostupný, může praktický lékař doporučit analgetika a případně předepsat ušní kapky (Otobacid nebo Otipax). Při protrahovaném nebo těžším průběhu je indikována antibiotická terapie (antibiotikem první volby je aminopenicilin), vyšetření ORL specialistou už je většinou nutné.

Obr. 8: Centrální perforace s navalitymi okraji při protrahovaném akutním středoušním zánětu, pravé ucho



Chronický zánět středního ucha

Pacienti s chronickým zánětem středního ucha, včetně těch po operacích uší, by měli být sledováni v odborných ORL ambulancích, především pro riziko rozvoje cholesteatomu

Obr. 9: Rozsáhlá perforace bubínku při chronickém středoušním zánětu, levé ucho



Obr. 10: Rozsáhlá kalcifikace (jizva) po opakovaných středoušních zánětech, levé ucho



Nádory středního ucha

Nádory středního ucha jsou i v ordinaci ORL raritní diagnózou, ale pro jejich závažnost na ně musí při otoskopii myslet i praktický lékař. Často je nelze otoskopicky odlišit od chronického středoušního zánětu. Na maligní onemocnění nás může nasměrovat až výrazná destrukce spánkové kosti na zobrazovacích metodách. Definitivně nám diagnózu potvrdí histologické vyšet-

ření. Diagnostika a léčba středoušních nádorů patří jedině do rukou zkušených středoušních chirurgů na specializovaných pracovištích. Zvláštním typem nádoru jsou chemodektomy středouší (paragangliom glomus tympanicum). Jedná se o velmi cévnatý nádor, který má typický otoskopický obraz pulzující fialové léze vytlačující bubínek, která při poranění nezastavitelně krvácí.

Obr. 11: Adenokarcinom středního ucha



Obr. 12: Chemodektom středouší (označen šipkou), levé ucho



Současný stav sexuálně přenosných chorob v ČR



MUDr. Filip Rob, Ph.D.

prof. MUDr. Jana Hercogová, CSc., MHA

Dermatovenerologická klinika 2. LF UK
a Nemocnice Na Bulovce

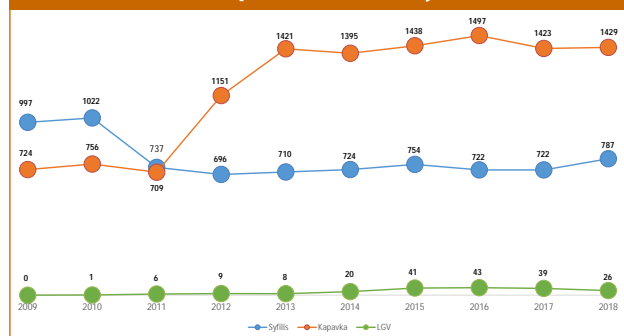
Úvod

Pohlavně přenosné choroby jsou v České republice (ČR) stále aktuálním tématem, na které musí lékaři téměř všech specializací myslet v rámci diferenciální diagnostiky různých stavů, zvláště u mladých sexuálně aktivních pacientů. V posledních letech se v ČR zvyšuje výskyt těchto onemocnění hlavně ve specifických skupinách, jakou jsou například muži mající sex s muži (MSM). Kromě dermatovenerologů se často s touto problematikou dostávají do kontaktu ve své klinické praxi praktičtí lékaři. Tento text se stručně věnuje povinně hlášeným pohlavně přenosným chorobám, které se na našem území vyskytují, tedy kapavce, syfilis a lymphogranuloma venereum (LGV).

Kapavka

Kapavka je infekce způsobená gramnegativním diplokokem *Neisseria gonorrhoeae* (*N. gonorrhoeae*) a je nejčastější z klasických pohlavně přenosných chorob. V posledních letech mají počty případů kapavky vzestupnou tendenci, a to jak v heterosexuální, tak i MSM populaci. V posledních letech je v ČR hlášeno kolem 1 400 případů onemocnění, další podstatná část gonokokových infekcí však často není odhalena a je léčena jako běžná urogenitální infekce. (Obr. 1)

Obrázek 1: Hlášené pohlavní choroby v ČR 2009–2018



K přenosu infekce dochází zpravidla jen při sexuálním styku, vzácně může dojít k nesexuálnímu přenosu (kontaktem sliznic s kapavčítým sekretem – například vertikálně při porodu či při současném sdílení sexuálních pomůcek několika osobami). Projevy se neobjevují dříve než za 24 hodin od infekce, typicky bývá inkubační doba 3–7 dní. V případě mužské uretritidy nebývá stanovení diagnózy problémem, neboť charakteristický hnisavý výtok se vyskytuje téměř u všech pacientů a více než polovina udává výraznou dysurii. (Obr. 2) Diagnostické obtíže může působit ženská uretritida (případně i cervicitida, která bývá současně přítomná asi v polovině případů díky šíření infekce *per continuitatem*), neboť

Obrázek 2: Gonokoková uretritida



dysuri udává i méně než polovina infikovaných žen a výtok z uretry má méně než třetina pacientek. V tomto případě může infekce probíhat téměř asymptomaticky či působit jen občasné bolesti v podbřišku, které často značí již ascendentní infekci, která může způsobit hluboký pánevní zánět a následně neplodnost. Vulvovaginita se vyskytuje pouze u dívek před zahájením puberty či u starších žen po přechodu, neboť ve fertilitním věku je v pochvě přítomný vícevrstevný dlaždicový (nikoliv cylindrický) epitel. V případě průkazu kapavky je nutné sexuální kontakty vyšetřovat dle typu styků (vaginální, orální, anální), které s infikovanou osobou měli, neboť gonokokové infekce v orofaryngeální a anální lokalizaci jsou ve většině případů asymptomatické.¹

Standardem pro diagnostiku gonokokových infekcí je v současnosti molekulárně genetické (PCR) vyšetření *N. gonorrhoeae*, které má při správné metodice odběru více než 95% senzitivitu.² Výhodou tohoto vyšetření je, že lze vzorek před laboratorním zpracováním ponechat i několik desítek hodin v lednici. Jednoduchým a dostupným testem pro stanovení mužské uretritidy zůstává mikroskopické vyšetření uretrálního fluoru barvením dle Grama, ve kterém jsou přítomné typické diplokoky. V případě mužské uretritidy má toto vyšet-

ření více než 90% senzitivitu, velmi často však selhává zvláště v případě cervikálního či análního stěru (méně než 50% senzitivita), proto negativní mikroskopické vyšetření není dostatečné pro vyloučení kapavky.² Nepostradatelnou součástí vyšetřování pacientů je kulti-vační vyšetření, které nejenže má 100% specificitu, ale také umožňuje vyšetření antibiotické citlivosti daného kmene, které je při celosvětově současně stoupající rezistenci *N. gonorrhoeae* nezbytné.

V případě potvrzení kapavky je léčbou první volby jednorázová aplikace ceftriaxonu 500 mg intramuskulárně a azitromycinu 2 g perorálně. V ČR se dosud kmeny rezistentní na ceftriaxon neobjevily, proto je možné toto antibiotikum podávat v monoterapii. V případě alergie na cefalosporinová antibiotika lze v léčbě využít jednorázovou aplikaci gentamicinu 240 mg intramuskulárně a azitromycinu 2 g perorálně.^{2,3}

Lékař diagnostikující kapavku (případně syfilis či LGV) je povinen sepsat hlášení pohlavně přenosné choroby (nebo požádat dermatovenerologa, aby tak učinil) a odeslat pacienta k dermatovenerologovi v místě bydliště, který následně provede dispenzarizaci v délce tří měsíců. Při potvrzení kapavky by mělo být provedeno vyšetření i ostatních pohlavně přenosných chorob včetně syfilis, HIV a ideálně i chlamydiové infekce.

Syfilis

Syfilis (příjice, lues) je systémové onemocnění způsobené bakterií *Treponema pallidum* subspecies *pallidum* (*T. pallidum*). V ČR je v posledních letech diagnostikováno ročně kolem 750 případů syfilis v různých stadiích. V poslední dekádě ubývá případů u heterosexuálních pacientů, ale naopak přibývá případů ve skupině MSM, kde se jedná často o opakované infekce.⁴ Onemocnění se přenáší pouze přímým kontaktem s kožním nebo slizničním projevem obsahujícím *T. pallidum* (syfilitický vřed, condylomata lata), krví či transplacentárně, zcela výjimečně bezprostředně kontaminovaným předmětem (sdílené sexuální hračky, tetovací jehla apod.).

Syfilis dle způsobu nákazy dělíme na kongenitální a získanou; vzhledem k zaměření tohoto článku pro praktické lékaře se bude tento text dále zabývat pouze získanou formou onemocnění. Získaná syfilis se dále dělí na časnou a pozdní formu. Do časný syfilis patří primární (ulcus durum), sekundární (condylomata lata, syfilitická balanitida) a časná latentní forma – v průběhu těchto období je pacient infekční. Časná syfilis je stanovena délkou trvání do dvou let od infekce. Delší trvání onemocnění, kdy již pacient není infekční, je nazýváno pozdní syfilis, zahrnuje pozdní latentní stadium a terciární syfilis, tedy neurosyfilis, kardiovaskulární a kožní syfilis. Jednotlivá stadia do sebe plynule přecházejí,

i bez léčby však většina pacientů setrvává v asymptomatickém pozdním latentním období onemocnění, terciární stadium syfilis propukne pouze u malé části neléčených pacientů.

Primární syfilis se klinicky manifestuje vznikem vředu (ulcus durum), který se objevuje 10-90 dní od infekce v místě inokulace infekce. (Obr. 3) Vřed bývá zpravidla solitární, u některých pacientů mohou být ulcerace vícečetné. Typickým znakem, který by měl lékaře vždy vést k vyšetření pacienta na syfilis, je nebolestivost vředu. Pokud nedojde k léčbě v primárním stadiu, vřed spontánně během týdnů regreduje a infekce přechází do sekundárního stadia.

Obrázek 3: Syfilitický vřed (ulcus durum)



Sekundární syfilis nastává po dvou měsících až dvou letech od infekce, je obrazem hematogenní diseminace treponem. Zpočátku se u pacientů mohou objevit nespecifické symptomy chřipkového charakteru (podobné akutnímu retroviróvému syndromu při HIV). Typickým příznakem sekundárního stadia je světle červený makulózní nesvědlivý exantém na trupu (roseola syphilitica), která se zvýrazní při zvýšeném prokrvení (např. fyzická námaha, teplá koupel). (Obr. 4) Nejvíce infekčním

Obrázek 4: Roseola syphilitica



projevem tohoto stadia onemocnění jsou condylomata lata, široce přisedlé, ploché, často macerované, papuly, které jsou zpravidla lokalizované v genitální či perianální oblasti. (Obr. 5) Kožní a slizniční projevy sekundární syfilis mohou být velmi rozličné a stručný přehled nejčastějších je uveden v tabulce. (Tab. č. 1)

Obr. 5. Condylomata lata



Terciární syfilis se u imunokompetentních pacientů rozvíjí za roky až desítky let od infekce. Terciární syfilis má kožní, kardiovaskulární a neurologickou formu.

Základem diagnostiky syfilis je sérologické vyšetření, které však může být v prvních třech měsících (primární stadium) negativní. Pokud má tedy pacient vřed na genitálu, je nutné provést i vyšetření exsudátu z vředu v zástinovém mikroskopu či stěr z vředu na velmi senzitivní PCR *T. pallidum*. Přímý průkaz treponemat lze provést taktéž z některých projevů sekundární syfilis, jako jsou condylomata lata či syfilitická balanitida. Vyšetření provádí dermatovenerolog. Každý pozitivní sérologický vzorek by měl být potvrzen v Národní referenční laboratoři pro syfilis.⁵

Lékem první volby jsou parenterálně aplikovaná penicilinová antibiotika, délka podávání se liší dle stadia onemocnění od jednoho do tří týdnů léčby (čím pozděj-

ší stadium, tím delší terapie). V případě alergie na betalaktamová antibiotika je druhou volbou doxycyklin perorálně, makrolidová antibiotika nejsou vhodná, neboť byly popsány případy rezistence *T. pallidum* na tuto skupinu antibiotik.⁶ Každý pacient s diagnostikovanou syfilis by měl absolvovat oční a neurologické vyšetření k vyloučení neurosyfilis. Dle současné legislativy jsou pacienti se získanou syfilidou dispenzarizováni až do 65 let věku.

LYMPHOGRANULOMA VENEREUM

Toto onemocnění je v ČR poměrně nové, častěji se v ČR vyskytuje až v poslední dekádě.⁷ LGV je způsobeno invazivními sérovary *Chlamydia trachomatis* (*Ch. trachomatis*) L1, L2 a L3. Toto onemocnění, původně se vyskytující hlavně v tropických oblastech, postihuje v současné Evropě prakticky výhradně MSM (velmi často HIV pozitivní). U těchto pacientů převážně způsobuje těžké proktitidy až proktokolitidy, které mohou být velmi jednoduše zaměněny za některý z idiopatických střevních zánětů. V ČR byl zaznamenán v roce 2015 vůbec první případ tohoto onemocnění ve střední a východní Evropě u heterosexuální ženy.⁸

Nejčastější klinickou manifestací je proktitida až proktokolitida různé tíže. Přibližně třetina pacientů je zcela asymptomatických, v nejtěžších případech mají pacienti krvavé průjmy, výrazné bolesti břicha, časté nucení na stoličnici s výrazným úbytkem na váze. Pokud není infekce včas diagnostikována, může dojít k tvorbě ulcerací na střevu s jejich následnou perforací a vzniku píštělí. LGV se taktéž může manifestovat jako mírně bolestivý vřed v anogenitální oblasti, který je nutné odlišit hlavně od syfilitického vředu (*ulcus durum*). LGV infekce v orofaryngeální oblasti je prakticky téměř vždy asymptomatická, případně jsou přítomné jen velmi mírné subjektivní obtíže charakteru zahlenění či análního dyskomfortu. V uretrální lokalizaci se chová LGV obdobně jako běžná chlamydiová infekce, více než polovina

Tabulka 1: Nejčastější projevy sekundární syfilis.

Projev sekundární syfilis	Klinický obraz
Roseola syphilitica	Nesvědčivý makulózní exantém na trupu
Condylomata lata	Široce přisedlé macerované papuly v oblasti introitu u žen či konečnicku
Syphilis papulosa et papulosquamosa	Šupící se papuly zpravidla na ploskách a dlaních, méně často na trupu
Corona veneris	Červené makuly až papuly na čele na přechodu vlasové linie
Leucoderma syphiliticum	Depigmentované makuly oválné zpravidla na krku či na hrudi
Alopecia syphilitica	Ložiskový výpad vlasů („vykousání vlasů od molů“)
Pharyngitis et laryngitis syphilitica	Faryngitida či laryngitida, které nelze dle klinického obrazu odlišit od jiných chorob

pacientů je zcela asymptomatických a pouze menší část infikovaných má obtíže charakteru mírných dysurií či čirého výtoku (a pokud není provedeno určení sérovaru *Ch. trachomatis*, je léčeno jako běžná chlamydiová infekce). V některých případech se však infekce v genitální oblasti manifestuje jako výrazná tříselná (většinou unilaterální) lymfadenopatie, kdy mohou být přítomné obrovské bolestivé pakety uzlin s tendencí ke spontánní perforaci. Asi třetina případů je asymptomatická a infikované osoby slouží jako přenašeči infekce.⁷

Diagnostika LGV se provádí pomocí pozitivního PCR testu *Ch. trachomatis* s následným dalším vyšetřením vzorku k potvrzení sérovaru L1–L3. Tento test je již dnes dostupný i v komerčních setech, případně lze požádat o vyšetření vzorku v Národní referenční laboratoři pro chlamydie. Pro diagnózu LGV mohou také svědčit extrémně vysoké titry protilátek proti *Ch. trachomatis*, nicméně sérologické vyšetření samo o sobě není spolehlivé a nelze ho považovat za diagnostické.⁹

V léčbě LGV infekce se uplatňuje doxycyklin v denní dávce 200 mg po 21 dní. U pacientů alergických na tetracyklinová antibiotika je lékem druhé volby erytromycin 500 mg perorálně po 21 dní. V případě výrazné lymfadenopatie je někdy nutná incize a drenáž postižených uzlin, aby se předešlo jejich perforaci.¹⁰

Kontrolní výtěr na *Ch. trachomatis* se provádí šest týdnů po zahájení léčby infekce. Obdobně jako u kapavky, LGV podléhá povinnému hlášení a dispenzarizaci, která je ukončena kontrolními sérologickými testy na syfilis a HIV po třech měsících.

Shrnutí pro praxi

Výskyt pohlavně přenosných chorob má v ČR dlouhodobě poměrně stabilní charakter. V posledních letech přibývá případů gonokokových infekcí a syfilidy, a to hlavně u skupiny mužů mající sex s muži. U těchto pacientů je nutné myslet v případě kapavky či chlamydií i na často asymptomatické rektální a faryngeální infekce. V poslední dekádě se v ČR také stále více vyskytuje nové onemocnění lymphogranuloma venereum, které se manifestuje často velmi těžkými proktokolickými obtížemi a může být zaměněno za nespecifický střevní zánět. Zvláště u mladých osob s nově vzniklými obtížemi v této oblasti je vhodné se zeptat na anamnézu pasivních análních styků.

Přehled literatury:

1. Kent CK, Chaw JK, Wong W, et al. Prevalence of rectal, urethral, and pharyngeal chlamydia and gonorrhea detected in 2 clinical settings among men who have sex with men: San Francisco, California, 2003. *Clin Infect Dis* 2005; 41: 67-74.
2. Jůzlová K, Rob F, Zákoucká H, et al. Doporučený postup pro léčbu kapavky v České republice. *Čes Dermatovenerol* 2016; 6: 7-13.
3. Rob F, Klubalová B, Nyčová E, et al. Gentamicin 240 mg plus azithromycin 2 g vs. ceftriaxone 500 mg plus azithromycin 2 g for treatment of rectal and pharyngeal gonorrhoea: a randomized controlled trial. *Clin Microbiol Infect* 2020;26: 207-212.
4. Rob F, Jůzlová K, Kružicová Z, et al. Prevalence of Chlamydia trachomatis and Neisseria gonorrhoeae co-infections among patients with newly diagnosed syphilis: a single-center, cross-sectional study. *CEJPH* 2019; 27: 285.
5. Rob F, Zákoucká H, Kružicová Z, et al. Doporučený postup pro diagnostiku a léčbu syfilidy v České republice. *Čes Dermatovenerol* 2015; 5: 76-87.
6. Matějková P, Flašarová M, Zákoucká H, et al. Macrolide treatment failure in a case of secondary syphilis: a novel A2059G mutation in the 23S rRNA gene of Treponema pallidum subsp. pallidum. *J Med Microbiol* 2009; 58: 832-836.
7. Rob F, Jůzlová K, Krutáková H, et al. Steady increase of lymphogranuloma venereum cases, Czech Republic, 2010 to 2015. *Euro Surveill* 2016;21: 30165.
8. Jůzlová K, Rob F, Zákoucká H, et al. The first case of lymphogranuloma venereum in a woman in East-Central Europe and its multiple co-infections. *Folia Microbiol* 2018; 63: 93-95.
9. van der Snoek EM, Ossewaarde JM, van der Meijden WI, et al. The use of serological titres of IgA and IgG in (early) discrimination between rectal infection with non-lymphogranuloma venereum and lymphogranuloma venereum serovars of Chlamydia trachomatis. *Sex Transm Infect* 2007;83: 330-334.
10. HERCOGOVÁ, Jana. *Klinická dermatovenerologie*. Praha: Mladá fronta, 2019. ISBN 978-80-204-5549-9.

Ted' nemůžu, píšeme antický mýtus aneb pohled do zákulisí zdravotnického zařízení



Mgr. Barbora Večeřová
prokurista, společník
www.vseobecnylekar.cz

„Co je? Ted' nemůžu, píšeme antický mýtus,“ zvedla mi Iva telefon. Optala jsem se, proč se jako primářka společnosti zrovna ted', v době Covidu, kdy nevíme, co dřív, zabývá řeckou mytologií.

„Protože Richard to má za úkol,“ odpověděla lakonicky.

„V třetí třídě?“ vyvalila jsem oči a Iva mi připomněla, že její děti chodí do mezinárodní školy, kde si potrpí na humanitní předměty, a tak musí po ránu se Sofií vyrábět motýla ze salátových listů, aby dcera vykazala nějakou *home art activity*.

„Nevíš náhodou, jak se cítila Persefoné, když ji unášel vládce podsvětí Hádes?“ zeptala se, protože se nad tím mají s Richardem zamýšlet a následně dokonce napsat mýtus vlastní.

„Cítila se asi podobně, jako se cítí ředitel domova seniorů, když mu půlka zdravotnického personálu zůstala doma na OČR,“ odtušila jsem a Iva poznamenala, že by to mohla být pravda, protože jak známo, zoufalé výkřiky Persefoné nepomáhaly a domovy seniorů jsou na tom dost podobně.

Iva vyprávěla, že kromě mýtu dostal její syn za úkol zvolit si nějakou skladbu Johanna Sebastiana Bacha, přezpívat na WhatsApp učitelce hlavní melodii a během poslechu vybraného hudebního díla namalovat impresionistický obrázek. Richard ovšem při Bachovi namaloval hovno a Iva v předtuše, že by takový obrázek nebyl uznán jako řádně vypracovaný domácí úkol, jeho výtvar několika tahy překreslila na abstraktní vodopád.

Oznámila jsem Ivě, že není čas na Bacha, neboť do všech našich pětadvaceti ordinací neustále volají zničené vrchní sestry z domovů seniorů a starostové obcí žádají o radu ohledně pandemie Covid. Iva dodala, že navíc musíme ještě ted' dopoledne aktualizovat Doporučený

postup pro naše lékaře, neboť se předpisy pro ordinace přes noc opět změnilly.

„Ale ne, už zase,“ vzdychla jsem. „A já chtěla ted' probírat příchod Slovanů na naše území, Sámovu říši, Kosmovu kroniku, Velkomoravskou říši včetně Konstantina a Metoděje a hlaholice,“ rozhodla jsem zničeně ruce.

„Není toho trochu moc?“ divila se Iva s tím, že Richard v mezinárodní škole celý rok pořád dokola probírá jen antiku. „Nic jiného sice nezná, ale zase je schopen napsat vlastní mýtus.“

Osvětlnila jsem jí, že čtvrták v české škole zvládne zcela povrchně a naprosto nezáživně probrat i několik století najednou a že dvě tři století je obvyklé penzum na týden. Navíc první třída také nepočká, a tak musím odpoledne s dcerou sečíst dukátky v rukách vodníka Vocilky a odečíst dukátky, které Vocilka utratil za pentličky pro vilu Amálku.

„Počkej, tuhle jsem četla něco podobného,“ podotkla Iva a přeposlala mi článek z aktualit.cz s textem: *Fakultní nemocnice dnes odpoledne pečovala o deset pacientů s COVID. Oproti pondělí jich je dnes o čtyři méně. Stav tří pacientů se zlepšil natolik, že mohli být odpojeni od plicního ventilátoru, avšak zůstávají v péči nemocnice.*

„Stačí se zeptat, kolik COVID pacientů má Fakultní nemocnice nyní a kolik jich měla v pondělí a můžeš to odevzdat jako vypracovaný DÚ,“ navrhla Iva.

Sdělnila jsem jí, že česká škola si na inovace tohoto typu nepotrpí a že naopak trvá na tom, aby žáci během nouzového stavu řádně nadepisovali do pravého horního rohu v sešitech datum, kdy byl DÚ vypracován.

„Nemohl by ty Slovanů probrat místo tebe inženýr?“ vzpomněla si Iva na svého bratra a mého manžela.

„To těžko, on je přece zelený,“ řekla jsem.

„Je mu špatně?“ zděsila se Iva.

„Ale ne, jejich firma rozdělila zaměstnance na zelené a oranžové. Pondělí a úterý chodí do práce zelení a středu a čtvrtek oranžoví. O pátek se přetahují a musejí se shodnout, která barva potřebuje jít do práce víc. Kdo vyhraje, smí do práce i v pátek. Dnes je zelený den, takže výklad Praslovanů padl na mne,“ vysvětlovala jsem.

Iva pokrčila rameny. „Dobře, tak já dokončím antický

mýtus, vyrobím s dcerou motýla ze salátu a napíšu Doporučený postup pro lékaře a ty zpracuj informační text pro starosty obcí a zdůvodnění do banky. Ve dvě odpoledne stíháme poradu přes Skype,“ navrhla Iva rozdělení úkolů a zavěsila, neboť čas utíkal a mezinárodní škola vyžaduje zasílat úkoly do konkrétní hodiny.

Zauvažovala jsem, jak si zajistit klid na koncentrovanou práci. Vzpomněla jsem si na obranná hradiště Praslovánů a rozložila kolem sebe otevřenou písanku, slabikář a prvouku, matematiku, přírodovědu i český jazyk. Když se blížilo některé z dětí, ostentativně jsem ukazovala na nevyplněné stránky sešitů a tímto ochranným valem jsem získala třicet minut samoty přerušované pouze vlastními pravidelnými výkřiky *Zavři dveře, Ztlum to, Nech ji, Nech ho, Nezajímá mě, kdo koho kopl jako první, utírat to budete oba a Nevím, kde máš nabíječku.*

Zabrala jsem se do textu pro obce a hned na to se pustila do zdůvodnění naší žádosti bezúročné státní půjčky pro banku.

Poctivě jsem vypsala, co se nám v souvislosti s covidem stalo, jak jsme museli z ničeho nic zakoupit 25 campingových stolů pro venkovní testování covidu, 950 FFP2 respirátorů, 1.500 pláštěnek, také zhruba 3.000 eurofólií a 720 držáků z Řempa určených na samovýrobu ochranných štítů, dále svářečské brýle, tisíce igelitových rukavic, hektolitry Alpy, Sava a zbytky roušek, které za poslední měsíc zdražily z padesáti haléřů za kus na 25 korun kus. A že navíc hrozí, že budu muset 25× koupit pět metrů čtverečních přenosného lina a rozvozit ho po celé republice, protože ministerstvo doporučuje mít při venkovním testování covidu pod nohama omyvatelnou podlahu.

V 13:15 jsem se rozhlédla kolem sebe a zjistila, že obývák by bylo jednodušší podpálit než uklidit. Vrátila jsem do klece králíka, kterému děti udělaly v peřinách domeček a rozklikla jsem maily ze školy. Stihla jsem přečíst jen první odstavec o tom, že si děti mají *trochu potrápiti hlavičku a procvičit mozečky* tím, že budou násobit dvouciferným činitelem a sčítat úsečky.

„Co je k obědu?“ prorazily děti ochranný val u učebnic.

Během škrabání brambor jsem dceru donutila zhlédnout video, jak správně napsat psací CH tak, aby C dle propozic paní učitelky nepadalo na zádička, a snažila jsem se synovi zároveň vysvětlit obsah a obvod obdélníku, čtverce i shodu podmětu s přísudkem.

Když jsem dosmažila řízky, spadlo C definitivně na zádička, dcera místo batoh napsala do písanky pětkrát *daboh* a mně za pár minut začínala videoporada.

Tedy rychle z pyžama, nastavit monitor notebooku tak, aby nebyla vidět hromada zmačkaných papírů, poházené tužky, rozlité křupky s mlékem a hromada špinavého nádobí.

„Zkus si aspoň ten trojúhelník narýsovat úplně sám,“ vyzvala jsem v poslední vteřině před poradou syna, který mi pak během jednání chodil pravidelně sdělovat, že nemůže najít kružítka ani pravítka a zadání stále nechápe.

Dcera, která měla za úkol vedle mne během porady tiše sedět a psát v písance *Cha, che, cho, chy, chobot, vlna, mlha, slza*, se po celou dobu porady držela od písanky v bezpečné vzdálenosti a pro jistotu do místnosti ani nenakoukla.

Porada začala tím, že se Iva rozčilovala, proč se Sofii dostaly dvě mínus za motýla vyrobeného ze salátu. Kolega prohlásil, že by chtěl být učitel a brát plat za to, že žáky vyučují rodiče. Iva zdůraznila, že ona za Sofii a Richarda, které teď vyučuje doma sama, navíc platí nemalé školné a ještě se u toho nechává buzerovat za špatně provedené motýly.

„Nicméně jsem se dost zlepšila v angličtině, protože každé ráno píšu řediteli, jaké domácí úkoly mi připadají nesmyslné, a u toho samozřejmě musím užívat academic English,“ chlubila se Iva svými jazykovými pokroky.

Pak si vzal slovo finanční ředitel a přešel k věci. Oznámil nám, že státní bezúročná půjčka se vyznačuje zejména tím, že má ve skutečnosti úrok, a že bude třeba, abychom kvůli ní vyplnili jednoduchou žádost čítající zhruba 530 položek. Provozní ředitelka chtěla vědět, jak má pracovat s požadavkem ministerstva, aby lékaři testovali na COVID venku, avšak zároveň na omyvatelné a dezinfikovatelné podlaze.

Syn tou dobou sice již našel pravítka, avšak kružítka nikoliv.

Iva zdecimována svým výtvarným neúspěchem s motýlem rezignovaně navrhla, aby si lékaři stoupli při testování na COVID venku na lino z PVC a já jsem konstatovala, že většina lékařů pravděpodobně nebude schopna na požádání bez přípravy vytáhnout odněkud ze šuplíku pět krát pět metrů lina.

Ztlumila jsem si mikrofon, zdvihla jsem ukazováček a synovi jsem oznámila, že tady jasně vidí, jak je v životě důležité umět si spočítat obsah čtverce v metrech čtverečních.

Protože jsem nechala zapnutý plyn pod pánvičkou, na které jsem před poradou smažila řízky, přišla jsem o část poutavého výkladu technického ředitele, který líčil, jak ty kusy lina rozveze do jednotlivých koutů republiky, kde máme ordinace. Provozní ředitelka vyprávěla, že účetní a personální oddělení vyrábělo z eurofolií provizorní obličejové masky pro naše sestry v domácí péči z jakýchsi náhražek, které se nakoupily v Řempu, OBI a u Vietnamců.

Ani do konce porady syn své kružítko neobjevil. Jak se ukázalo, důvodem bylo zejména to, že místo hledání hrál na počítači Fortnite.

Z porady pro mne vyplynulo, že je třeba rychle volat správci webu, právníkovi a daňovému poradci.

Správce webu se omlouval, že nebyl na příjmu, protože psal s dcerou referát z tělocviku o teorii běhání maratonu.

Právník mi zvedl telefon se slovy: „Teď buď chvíli zticha a domaluj v cvičebnici hodinám rařičky.“ Zatímco jsem s ním probírala další postup, moje děti se popraly o míč a při hlasitém přetahování pak společně převrhly květináč s palmou. Hlína zavalila předsíň.

„On si začal,“ ječela dcera a syn konečně objevil v květináči kružítko.

„Trojúhelník XYZ narýsovat nejde,“ tvrdil přesto nadále. „Já to nechápu, jak jako úsečka, jaký ypsilon nebo co?“ rozčiloval se.

„Ypsilon leží na úsečce XY,“ poklepala jsem při zametání hlíny již po několikáté na zadání a zašpinila jsem stranu 78 učebnice pro čtvrtou třídu.

„Jak jako ypsilon?“ divil se syn zcela upřímně a divil se ještě víc, když jsem mu po roce geometrie sdělila, že ypsilon je to samé jako tvrdé Y.

V ten moment, dřív než jsem ho vzala smetáčkem, se mi ozval daňový poradce. Odstrčila jsem ypsilon, překročila hlínu a ztlumila rádio, kde právě radili dětem, ať si s rodiči doma zacvičí.

„Teď nebudu dělat holubičku,“ odpověděla jsem moderátorovi a daňový poradce mne v mém rozhodnutí podpořil.

Abych se odreagovala, zavřela jsem po náročném hovoru na chvíli oči, ale bůhvíproč mi před nimi vytanuly blány vodníka Vocilky, který má v levé ruce 10 dukátků, v pravé ruce 5 dukátků.

V rádiu právě jakýsi psycholog hovořil o tom, čím se zabavit, a doporučoval vyplnit prázdnotu všedních dní tříděním starých fotografií z dovolených. Hodila jsem po rádiu smetáček, dočetla pracovní emaily a vytiskla další materiály ze školy. Při té příležitosti jsem zjistila, že se v Čechách kaolín těží na Karlovarsku a že budu muset nastudovat hnědouhelné pánve a pak přepočítávat synovo násobení dvouciferným činitelem.

Kde je pes? Pes je na tygrovi, tygr je na hadovi a had je v příborníku, příborník je v domě, přečetla jsem si příkladovou větu angličtiny pro první třídu a bylo mi jasné, že z toho dcera jen tak užití anglických předložek on a in sama nepochopí.

Vzala jsem telefon a vytočila lvu.

„Navrhuji rozšířit podnikání. Všichni se sestěhujeme dohromady a spojíme síly. Já si beru češtinu a jazyky, ty budeš vyučovat biologii a vlastivědu, inženýr matematiku a fyziku. Založíme online školu a zničení rodiče nám utrhnou ruce, jen aby se té zpropadené výuky zbavili.“



LÉKAŘ, KTERÝ LÉČÍ SRDCEM



LÁKÁ VÁS PRAVÉ VENKOVSKÉ LÉKAŘSTVÍ? VĚŘÍTE, ŽE OBOR PRAKTICKÉ LÉKAŘSTVÍ JE KRÁSNÝ, NÁROČNÝ A HODNÝ OBDIVU?

Pak právě Vám nabízíme samostatnou práci v krásné venkovské praxi, na akreditovaném pracovišti s nadstandardním přístrojovým vybavením a s možností odborného růstu.

Naši lékaři mají:

- **svobodnou volbu svých ordinačních hodin**
- **nezávislost v rozhodování o léčebných postupech, lécích a přístrojovém vybavení**
- **k dispozici naše smluvní konziliáře z řad specialistů i zkušených praktiků**
- **podpůrný tým, který plně přebírá péči o komunikaci s pojišťovnou, úřady, i případné stížnosti či administrativu**
- **podporu ve vzdělávání, publikační činnosti i výzkumu (vzdělávací semináře i konference jsou plně hrazeny)**
- **možnost podílet se na přípravě naší vlastní, již páté, konference**

Nyní hledáme kolegy do obcí:

**HODKOVICE NAD MOHELKOU (okr. Liberec) 25-30h týdně,
65 000 Kč netto/měsíc**

**ČERNOVICE U TÁBORA (okr. Pelhřimov) 15h týdně,
35 000 Kč netto/měsíc**

**Kontakt: Bc. Petra Hejhalová tel. 608 763 664,
email: petra.hejhalova@vseobecnylekar.cz**

Ordinace pro chudé Ostrava a COVID-19



MUDr. Andrea Pekárková
Armáda spásy, Ostrava

Od začátku výskytu COVID-19 jsme se v Armádě spásy společně s dalšími kolegy zamýšleli nad tím, jak co nejvíce ochránit uživatele sociálních služeb před infekcí. Ordinace pro chudé (od dubna 2020 v projektu Pilotní ordinace pro osoby bez přístřeší MZČR) zůstala v provozu a kromě běžné činnosti ordinace PL nyní zajišťuje i konzultační činnost stran postupů proti šíření nákazy, ochrany zaměstnanců, podezřelých případy apod. pro služby Armády spásy v celé ČR.

Provoz ordinace

Jelikož sociálně vyloučené osoby často nedisponují funkčním telefonickým spojením, ordinace funguje v průběhu pandemie takto: čekárna je uzavřena, pacienti klepou po příchodu na okno (ordinace je v přízemí). Sestra zjistí od pacienta, co potřebuje, a recepty a podobné „rychlé záležitosti“ podá přes okno. Do ordinace vstupuje pacient v případě nutnosti vyšetření lékařem. V čekárně si aplikuje desinfekci na ruce a pokud nemá funkční roušku, dostane od sestry jednorázovou. V ordinaci probíhá vyšetření jako běžně při použití adekvátních ochranných pomůcek, které jsme částečně získali od kraje, částečně je pořídila Armáda spásy na vlastní náklady. Nadále jsou pravidelně prováděny převazy, chystány léky pacientům, probíhají kontroly diabetiků, kardiaků a jsou vyšetřováni pacienti s akutními potížemi.

Případy COVID-19 a používání rapid testů

V naší ordinaci máme jiné složení pacientů, než je tomu v jiných ordinacích, a tomu také odpovídá použití testů. Pacienty v karanténě z důvodu navrácení z dovolené z hor nemáme, ani se naši pacienti s touto zámožnější skupinou obyvatel nestýkají. V počátku výskytu jsme tedy zastávali názor, že naši klienti a pacienti nejsou první vlnou významně ohroženi. Měli jsme pouze obavu, že pokud by došlo k situaci podobné v jiných evropských zemích se zahlcením zdravotního systému, naši pacienti by pak stáli na okraji zájmu. Jakmile se na trhu objevily testy od firmy Quick Seal, nakoupili jsme určité

množství na vlastní náklady, později jsme obdrželi 100 testů od kraje. Testy jsme dosud použili v následujících případech: sestry testovaly 100 klientů azylového domu a noclehárny z důvodu, že COVIDem onemocněl bývalý klient azylového domu, který byl přesunut do jiného zařízení a KHS nenařídila testování kontaktů v původním zařízení. Pouze jediný test vyšel pozitivní (čínský test od kraje), klientka byla hospitalizována za účelem testování PCR (bylo negativní), opakovali jsme rapid test (quick seal), byl negativní. Jelikož neměla žádné příznaky – jednalo se nejspíš o falešnou pozitivitu. Zaměstnanci byli též testováni, všichni negativní. Dále jsme testovali nově přichozí klienty do různých azylových domů v rámci prohlídky před ubytováním – negativní.

Osoba bez domova s podezřením na COVID-19: Do ordinace přišel pacient s dva dny trvajícím příznaky (malátnost, bolesti kloubů, suchý kašel, afebrilní), bez klinického nálezu, bezdomovec – rapid test v ordinaci negativní, kontaktována KHS – doporučeno pacienta přesunout do karanténní budovy a PCR pouze v případě zhoršení stavu, jinak za 14 dnů kontrolní rapid test. Nedošlo k významnému zhoršení stavu, test po 14 dnech negativní, pacient propuštěn.

34letý pacient s CHOPN, nově přijat do služby následné péče, indikován PCR test pneumologem pro zhoršení kašle – pozitivní. Pacient v zařízení izolován, po 14 dnech PCR negativní, zrušena izolace, po několika



dnech opět horečka kašel, transportován do nemocnice. Zde PCR již negativní, vyhodnoceno jako exacerbace CHOPN, propuštěn zpět do zařízení.

70letý nevidomý pacient z DZR – hospitalizován pro jiný důvod, na zač. hospitalizace PCR negat, před propuštěním pozitivní, zůstává hospitalizován, po několika dnech PCR negat, propuštěn zpět do DZR, kde po několika dnech pneumonie, nyní hospitalizován na COVIDové JIP.

PL a klienti sociálních služeb v následujícím období

V průběhu nouzového stavu bylo vydáno mnoho doporučení ze strany MZČR a MPSV pro sociální služby. V době zákazu vycházení byly i sociální služby v nouzovém režimu a nepřijímaly nové klienty. Nyní dochází

k opětovnému otevření sociálních služeb a přijímání nových klientů. V současných doporučeních se objevuje požadavek na testování na Sars-cov-2 v rámci prohlídky před ubytováním („potvrzení o bezinfekčnosti“), není specifikováno, o jaký test se jedná. Jelikož PL při této prohlídce potvrzuje, že osoba žádající ubytování, nejvíe známky infekčního onemocnění, dostáváme se do nelehké situace, kdy sociální služby od nás budou očekávat, že v rámci prohlídky zachytíme potenciálně nakažené osoby. V naší ordinaci zatím provádíme v těchto případech u bezpříznakových osob rapid test a tento údaj zanášíme do posudku včetně data provedení, následně doporučujeme ubytování odděleně od stávajících klientů po dobu 14 dnů.

I N Z E R C E

PRACOVNÍ NABÍDKA

Přenechám velmi dobře zavedenou ordinaci PL v Brně (1400 poj. + závodní péče). Smlouvy se všemi pojišťovnami, EKG, POCT metody, zavedený objednávkový systém.

Telefonní kontakt: 773 255 060

PRACOVNÍ NABÍDKA

Vazební věznice Hradec Králové hledá praktického lékaře/ku pro ordinaci vězňených osob na plný úvazek, případně na DPČ nebo DPP (možnost domluvy nastavení ordinačních hodin). Nástupní plat v případě plného úvazku od 58.000, v případě DPP činí odměna minimálně 600 Kč/h. V případě plného úvazku nabízíme podporu v dalším vzdělávání. Nabízíme jednosměnný režim pracovní doby, 30 dní dovolené + 5 dní indispozičního volna, možnost čerpání fondu FKSP, dotované závodní stravování, služební telefon, možnost ubytování a využití rekreačních zařízení VS ČR. Nástup dle dohody.

Kontakt: 495 758 330, **e-mail:** perban@vez.hrk.justice.cz.

GDPR – uchovávání dokumentace

Dotaz:

Dobrý den,

právě jsem si přečetl článek Mgr. Dominiky Genzorové ohledně GDPR.

V něm píše, že doba uchovávání dokumentace je 10 let (při přeregistraci nebo úmrtí).

To je v drtivé většině správně. Nicméně u neregistrovaných pacientů při poskytování péče (např. zástup nebo první pomoc) je lhůta jenom 5 let. Pokud měl pacient uznané ohrožení nemoci z povolání, tak je to 15 let,

a pokud měl pacient pracovní úraz vyžadující hospitalizaci více než 5 dnů, tak to může být i 30 let (při přeregistraci – při úmrtí je to jenom 10 let). Podle mě by bylo vhodné tyto informace doplnit, aby lékaři omylem na základě Vašeho článku neporušovali legislativu, kdyby skartovali vše s lhůtou 10 let. Také by bylo vhodné zmínit, že skartační řízení musíme provádět nejmíň jednou za 5 let, tedy vyřazenou dokumentaci můžeme archivovat o tuto dobu déle.

Za doplnění informací předem děkuje
MUDr. Tomáš Maškulík

Odpověď:

Vážený pane doktore,

velice děkuji za upozornění. Lhůta, kterou jsem uváděla v článku, byla pouze jednou z mnoha, nevěnovala jsem se pacientům neregistrovaným. Máte pravdu, že pro úplnost a také aby nedošlo k matoucím informacím, je vhodné článek doplnit.

Doba uchování zdravotnické dokumentace je doba, po kterou je nutné zdravotnickou dokumentaci u jejího původce uchovat. Zdravotnická dokumentace se obecně uchovává po dobu pěti let, pokud není stanoveno jinak. Co se týče lhůty pět let, jedná se zejména o ambulantní péči. Informace o průběhu a výsledku vyšetření zobrazovací metodou (rentgen apod.) se mohou skartovat po 5 letech po předání informace poskytovateli, který toto vyšetření vyžádal, výsledky laboratorních a dalších pomocných vyšetření po 5 letech od provedení vyšetření (pokud nejsou potřebná pro další poskytování zdravotních služeb). U oboru všeobecné lékařství 10 let od změny registrujícího poskytovatele nebo 10 let od úmrtí pacienta.

Pro uchovávání zdravotnické dokumentace jsou zavedena dvě základní pravidla. Pokud se ke zdravotnické dokumentaci váže více událostí, které mohou mít za následek zahájení běhu lhůty pro vyřazení, použije se událost, která nastane nejdříve. Další situací je, pokud poskytovateli není známo datum úmrtí pacienta. Pak je pravidlem, že za den úmrtí se považuje den, ve kterém pacient dosáhl 100 let věku. Případně, pokud má pacient již 100 let, dokumentaci je možno skartovat po uplynutí pěti let od posledního záznamu. Vyřazování zdravotnické dokumentace při posouzení potřebnosti se provádí ve lhůtách určených poskytovatelem, nejdéle však jednou za pět let komplexně za celého poskytovatele. Předmětem posouzení je veškerá zdravotnická dokumentace, u které uplynula doba uchování.

S úctou
Mgr. Dominika Genzorová

Mají se pacienti s primárními imunodeficiencemi obávat COVID-19 více než běžná populace?

Tělo s novým virem SARS-CoV-2, který způsobuje onemocnění COVID-19, bojuje podobně jako s jinými virovými infekcemi – intenzivně zapojuje imunitní systém. Co když je ale oslaben?

Primární imunodeficience (PID) je vrozená dysfunkce (chybná nebo v určité oblasti zcela chybějící funkce) imunitního systému způsobená mutací, která vede k poruše tvorby proteinů zapojených do imunitních procesů. Závažnost onemocnění je dána tím, která část imunitního systému je poškozena. Riziko pro jedince s PID mimo jiné způsobuje očkování živými vakcínami.

PID a COVID-19

Asi každý si poškození imunity spojí se zvýšeným rizikem výskytu nemocí. Vědci se však shodují, že v případě nového koronaviru jde o poněkud zvláštní virus – například malé děti, které rovněž nemají plně vyvinutý imunitní systém, vesměs zvládají nákazu SARS-CoV-2 bez komplikací a s mírným průběhem. Dobrou zprávou také je, že mezinárodní odborné společnosti pro primární imunodeficienci sledují „své“ pacienty a výskyt nového koronaviru u nich. Dosavadní nasbíraná data mluví o 15 pacientech s PID a COVID-19, přičemž pouze 1 ze 6 pacientů s protilátkovým deficitem má závažný průběh onemocnění.

Jsou všichni pacienti s imunodeficiencí ohroženi COVID-19?

U pacientů s PID je zásadní vědět, která část jejich imunitního systému je porušena. V případě virové infekce dochází k zapojení těchto složek:

- Den 0–5: lokální reakce (sliznice nosu) zpomalí množení viru (zejména interferony).
- Den 5–7: aktivace a množení obranných T lymfocytů, které produkují cytokiny (látky šířící informaci o infekci a podporující imunitní reakce, včetně horečky), a následně atakují virus.
- Den 7–9: produkce protilátek.

Podle toho, s jakým typem poruchy imunity se jedinec potýká, se liší i jeho zranitelnost:

- Pacienti s deficitem protilátek: Nepředpokládá se zvýšené riziko oproti běžné populaci, pokud zároveň netrpí závažným plicním onemocněním;

- Pacienti s výrazným deficitem T lymfocytů: Doporučuje se používat všechny dostupné metody prevence onemocnění, protože T lymfocyty jsou klíčové pro likvidaci viru organismem.
- Pacienti s poruchami fagocytózy: Riziko v tomto případě nepředstavuje samotný virus (organismus by měl být schopný jej zlikvidovat srovnatelně jako u zdravého jedince), ale bakteriální superinfekce, která se může přidat na oslabené sliznice.

Perspektivy terapie a léky na PID v době pandemie

V souvislosti s pandemií COVID-19 se někdy pacienti s různými chronickými nemocemi obávají nedostatku konkrétních léčiv na trhu, což by mohlo narušit jejich stávající terapii. Nejistotu mohou pocítovat i jedinci s PID, kteří užívají imunoglobuliny, jež se získávají z krve zdravých dárců. Právě podávání kovalescentní plazmy patří mezi nadějně modalit terapie COVID-19. Nicméně tato plazma pravděpodobně nebude získávána od stávajících dárců, nýbrž od pacientů, kteří již tuto nemoc prodělali. Z toho důvodu se neočekává, že by produkce terapeutik na COVID-19 narušila výrobu léčiv pro pacienty s PID.

Perspektivy očkování

Dle zpráv z odborných zdrojů již bylo zahájeno testování vakcín proti COVID-19 na zdravých dobrovolnících. Žádná z testovaných vakcín není živou virovou vakcínou, jde o kombinace podjednotek viru nebo jeho proteinových složek. Je však potřeba připomenout, že hodnocení bezpečnosti a účinnosti vakcín bude trvat relativně dlouho.

Základem prevence nákazy tak stále zůstává a dodržování zásad sociální izolace, zvýšené hygieny rukou, nošení respirátoru (chrání nositele před onemocněním) nebo roušky (chrání okolí).

Zdroj:

<https://www.prolekare.cz/tema/primarni-imunodeficience/detail/>

maji-se-pacienti-s-primarnimi-imunodeficiencemi-obavat-covid-19-vice-nez-bezna-populace-122183

LOVAH Exchange Holandsko



MUDr. Lenka Rudolfová

FN Královské Vinohrady Praha, 3.LF UK

Na konci ledna tohoto roku jsem se zúčastnila výměnného programu praktických lékařů, organizovaný organizací LOVAH, což je holandská obdoba spolku Mladých praktiků.

Programu se účastnili praktičtí lékaři z celé Evropy včetně Izraele. V plánu bylo nejen podívat se do ambulance praktického lékaře, ale zároveň velká urogynekologická konference v Rotterdamu.

O možnosti vyjet na stáž jsem se dozvěděla z webu Mladých praktiků, kteří výměnu koordinují a zprostředkovávají pro ČR. Příprava probíhala tak, že po odeslání kandidatury se nám ozval spolek LOVAH e-mailem s potvrzením a ujištěním, že pro nás hledají „buddys“ – tj. hostitele z řad holandských mladých praktiků, kteří nás ubytují, provedou a společně s námi se zúčastní celého programu. V mém případě se původní lékařka omluvila a z programu odstoupila, dostala jsem tedy 2 skvělé hostitele – Franciscu a Barta. S Franciscou jsem se setkala v den příjezdu v Utrechtu, kde mě na 2 noci ubytovala. Bohužel je ale v druhém ročníku přípravy, kdy pracuje v nemocnici, do ordinace jsem tedy musela popojet do vesničky Ede k Bartovi. Bart je původem tropický lékař, který si dodělává atestaci z praktického lékařství.

Mladí praktici se v Holandsku vzdělávají také v 3letém programu. První a třetí rok stráví v ordinaci VPL, druhý rok pracují na Emergency, na LDN a na psychiatrii. Součástí vzdělávání je 1x týdně teoretický den na fakultě, kde mají kurzy a píší pravidelně testy. Po absolvování všech stáží se tedy stávají automaticky samostatnými „atestovanými“ praktickými lékaři. V průběhu vzdělávání jsou finančně podporováni holandskou vládou ke sbírání zkušeností v ordinacích kolegů i v zahraničí formou každoročního budgetu. Dokonce i na vybavení své lékařské brašny, která je v ruce zdejších praktiků, mají budget.

Praktický lékař zde povinně vykonává pohotovostní

službu 2-3x do měsíce, za její vykonání je ale v době přípravy ohodnocen školitel. Z jedné takové se Bart den před naším setkáním vrátil. Den v ordinaci začínal v 8 hodin. Kromě nás s Bartem byla na malé klinice také jeho kolegyně v přípravě, školitel, 2 zdravotní asistentky, 4 administrátorky, fyzioterapeut a lékárna, do které lékaři posílali elektronicky recepty, které naordinovali. Pacienti si je tak mohli vyzvednout pouze tam.

První hodina byla pro neobjednané pacienty po 10 minutách. Dále cca do 12 hodin objednání, 1 domácí návštěva, hodina na oběd a zároveň společné sezení a konzultace se středním personálem, odpoledne 2 hodiny objednání pacienti, hodinová konzultace se školitelem (denně!) a večer hodina na telefonické konzultace s pacienty. V průběhu ordinací doby jsme ošetřili 3 náhlé akutní případy, většinou bolesti na hrudi.

Praktický lékař v Holandsku ošetřuje všechny od narození, nedělá preventivní prohlídky, neočkuje, nekóduje výkony, netiskne zprávy, nedělá PLS a nevede DPN. Zároveň je jediným lékařem, za kterého platí ZP bez příspěvku pacienta. Zdravotní pojištění je v zemi povinné. Platí se návštěvy nemocnice, kam se ovšem nelze mimo pohotovosti dostat bez doporučení PL. Platí se i krevní odběry a léky, vše je ovšem regulováno maximální výší doplatku daného plošně, který rok od roku mírně roste. Přitom nemají přetížené čekárny. Odběry provádí zdravotnický asistent, stejně tak screening včetně cytologie cervixu. Gynekologické prohlídky jsou tak doporučeny pouze 1x za 5 let. Sety na okultní krvácení se zasílají poštou, veškerá prevence je placená státem. Výsledky vyhodnocuje taktéž asistent, s lékařem pouze konzultuje významné nálezy. Administrátorky pak sdělí výsledek pacientovi.

Zdravotní dokumentace se netiskne, jak jsem zmínila. V Holandsku je síť zdravotnických zařízení propojena elektronicky – např. propouštěcí zpráva se nedává pacientovi, posílá se přímo do počítače PL. Celý proces je tak rychlý a efektivní. Na mé otázky, co se stane, když spadnou počítače a zápisy se ztratí, mi Bart odpovídá, že toto je na zodpovědnosti IT a jejich zálohách. Pacient má snad nově možnost online zkontrolovat, jaké zápisy o něm existují, může si je přečíst a ohradit se k nim. Umíte si toto představit u nás?

V průběhu dne se v diskuzi dostáváme k několika tématům specifickým pro Holandsko.

V zemi je legální prostituce, užívání marihuany a eutanazie. Jako první myšlenka mě napadla, jak je to



s incidencí onemocnění plic a sexuálně přenosnými chorobami, očekávala jsem nárůst. Opak je ovšem pravdou – většina Holanďanů je sice svobodomyšlných, ale aktivních lidí, kteří marihuanu nekouří a jezdí všude na kole. Prostituce je navíc snadno regulována státem se zajištěním pravidelných kontrol „pracovnic“.

Eutanázie je v Holandsku legální, jako v první evropské zemi od roku 2002. Jako způsob smrti si ji vybere cca 4,4 % zemřelých. Vzhledem k události, kdy v roce 2016 byla lékařka stíhána pro vraždu pacientky s Alzheimerovou chorobou, je toto nyní ožehavé téma. Holandská vláda tak od r. 2019 upravuje zákon s přísnějšími podmínkami pro asistovanou sebevraždu.

Třetí den pobytu jsme se přemístili jednotlivě do Rotterdamu, kde si nás vyzvedli lékaři z místního spolku LOVAH. Dovedli nás do hotelu, provedli centrem města a vytvořili pro nás odpolední program, v rámci něhož jsme navštívili denní centrum a azylový dům pro bezdomovce. Rotterdam je pokrokový na poli street medicine. Magistrát totiž od roku 2006 poskytuje ubytování a zdravotní péči bezdomovcům, což ve městě snížilo kriminalitu a užívání drog. Povedlo se jim snížit počet případů TBC i úmrtnost bezdomovců – ti dle statistik umírají až o 16 let dříve než vrstevníci, často na následky násilí. Pomoc ovšem nedostane každý – je určena pouze o Holanďany, cizincům je poskytnuta

pomoc s návratem do země původu, kde jsou odkázáni na místní organizace. Dle slov sociální pracovnice ovšem velká část zahraničních bezdomovců svou situaci nechce nikterak řešit.

Po večeři v centru města a návštěvě pivovaru jsme se ubrali k hotelu, odkud jsme čtvrtý den vyrazili na konferenci. Odehrávala se ve staré továrně na čaj a kávu, přednáškové sály byly tematicky pojmenovány. Celá urogynekologická konference byla stylově pojata od reklamních předmětů až po závěrečný večírek. Vše bylo pro mladé lékaře spíše zábavnou formou, završené večeří s hudební produkcí do časného rána. Probírala se témata sexuálně přenosných onemocnění, prevence početí, inkontinence i transsexuality. Byl zajištěn simultánní překlad do anglického jazyka a za všechny zahraniční účastníky mohu říct, že jsme byli vskutku nadšeni.

Návrat už byl po vlastní ose, stejně jako příjezd. Návrat do reality českého zdravotnictví byl pozvolný, kontakty a zkušenosti nám ovšem zůstanou. Podobnou zkušenost bych doporučila velice srdečně všem kolegům – jako odlehčení z každodenní rutiny, i jako významnou součást celkového rozhledu.

Covid-19 vs. chřipka. Chřipce lze předejít očkováním, přesto jej využívá málo lidí

Praha, 18. května 2020 – Celý svět dnes netrpělivě čeká na vakcínu, která pomůže vyřešit globální problém s pandemií nemoci Covid-19. Odborníci věří, že očkování ochrání lidský organismus před nákazou a fatálními následky a zároveň zamezí dalšímu šíření nového typu koronaviru. Proto jej odborníci považují za nejlepší dlouhodobé řešení. V tomto kontextu je s podivem, že proti jinému viru – chřipkovému, jemuž v každé sezóně podlehe několik set tisíc lidí na celém světě, se preventivně chrání jen zlomek populace. Přitom vakcína je již dlouhá léta běžně dostupná.^{1,8,9}

Přestože je Covid-19 hlavním tématem posledních týdnů, lidstvo i nadále ohrožují další nebezpečné nemoci. Jednou z nich je chřipka, s níž je Covid-19 často srovnáván. Důvodů je hned několik. V obou případech se jedná o nakažlivou virovou infekci, která se přenáší nejčastěji kapénkami. Ty nemocní šíří do okolí při dýchání, kašláním, kýcháním či smrkáním. Jak virem chřipky, tak novým typem koronaviru se lze nakazit i dotykem s kontaminovanými předměty, na jejichž povrchu dokážou virové částice přežít i několik dní. Platí také, že nakažení mohou být infekční i v době, kdy sami nepociťují žádné příznaky.^{1,2,3}

„Chřipka, podobně jako koronavirus, nejvíce ohrožuje seniory a pacienty z rizikových skupin, kteří trpí jiným chronickým onemocněním. Kromě nich ale každoročně onemocní chřipkou také 20–30 % dětí a výjimkou bohužel nejsou ani úmrtí v této věkové skupině,“ říká **MUDr. Jan Kynčl, Ph.D.**, vedoucí Oddělení epidemiologie infekčních nemocí Státního zdravotního ústavu.

Při aktuální situaci je nutné uvědomit si, že chřipka se významně podílí na vytížení stejných zdravotnických zařízení, jaká se ocitají pod náporom pacientů s Covid-19 – od infekčních oddělení přes jednotky intenzivní péče až po lůžka s plicní ventilací. A jak se opakovaně v minulosti stalo, samotný virus chřipky je rovněž příčinou pandemie.^{1,2,4,5}

Nové složení vakcíny proti chřipce

Zatímco vědci na celém světě intenzivně pracují na nové vakcíně proti koronaviru, Světová zdravotnická organizace na konci února vydala aktuální doporučení týkající se složení očkovací látky účinné proti 4 typům chřipkových virů, jejichž cirkulace v populaci se očekává v příští sezóně.⁴ Toto doporučení vydává WHO každoročně.⁸ Cílem je stejně jako každý rok i letos včas připravit účinnou vakcínu, jež má ochránit nejen rizikové pacienty nebo ty, kteří o ně pečují či jsou s nimi v kontaktu, ale i všechny ostatní, kteří se chtějí před chřipkou chránit.

Protože další vývoj situace kolem Covid-19 je stále

nejasný, je potřeba kapacity zdravotnických zařízení držet připravené pro pacienty nakažené tímto virem. Dostatečná proočkovanost proti chřipce je nepochybně jedním z účinných způsobů, jak tohoto cíle dosáhnout. *„Očkování proti chřipce vede ve všech věkových skupinách k výraznému snížení počtu onemocnění, hospitalizací, komplikací i úmrtí především u rizikových skupin. V současnosti jde tedy o nejlepší a nejúčinnější prostředek v prevenci přenosu a výskytu chřipky a jejich častých komplikací,“* dodává **MUDr. Jan Kynčl**.^{6,7}

Zdroje:

1. SZÚ: Chřipka versus koronavirus – podobnosti a zásadní rozdíly, situace k 18. 3. 2020. Oddělení epidemiologie infekčních nemocí. CEM, SZÚ, Praha, 2020. Dostupné z: <http://szu.cz/tema/prevence/chripka-versus-koronavirus-podobnosti-a-zasadni-rozdily-k-18?highlightWords=ch%C5%99ipka>
2. Kynčl, J., Havlíčková, M.: Chřipka – opomíjený preventabilní onemocnění. *Medicína pro praxi* 2011; 8(9): 351–353. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2011/09/02.pdf>
3. Kapla, J.: Chřipka. *Medicína pro praxi* 2009; 6(1): 14–16. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2009/01/03.pdf>
4. Kynčl, J., Jiřincová, H.: Zpráva NRL pro chřipkovou a nechřipkovou virovou respirační onemocnění. 6. dubna 2020. SZÚ, Praha. Dostupné z: http://szu.cz/uploads/documents/CeM/ARO_ARI/2019_2020/zpravy_2019_2020/Zprava_NRL_14tyden_2020.pdf
5. iRoZhlas.cz: Na jihu Čech začala chřipková epidemie. Na následky chřipky tam zemřelo dítě. Publikováno 24. 1. 2020. Dostupné z: https://www.irozhlas.cz/zivotni-styl/zdravi/chripka-dite-umrti-jizni-cechy_2001241704_zit
6. Labská, K.: Očkování proti sezónní chřipce – Otázky a odpovědi. Státní zdravotní ústav. Dostupné z: <http://www.szu.cz/tema/prevence/ockovani-proti-sezonnich-chripce-otazky-a-odpovedi>
7. SZÚ: Chřipka. Oddělení epidemiologie infekčních nemocí. CEM, SZÚ, Praha, srpen 2019. Dostupné z: http://www.szu.cz/uploads/Epidemiologie/Infekce_zakladni_informace/Chripka.pdf
8. Beran, J.: Chřipka – očkování je základem prevence. *Klinická farmakologie* 2010; 24(1): 25–28. Dostupné z: <https://www.klinikafarmakologie.cz/pdfs/far/2010/01/05.pdf>
9. Iuliano, AD. a kol. Estimates of global seasonal influenza-associated respiratory mortality: a modelling study. *Lancet* 2018; 391(10127): 1285–1300. Dostupné z: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(17\)33293-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(17)33293-2/fulltext)

Kampaň **STOP chřipce!** chce zvýšit informovanost o nebezpečí chřipky a zabránit tak dalším zbytečným úmrtím. Připojte se i Vy k petici za zvýšení proočkovanosti proti chřipce v ČR na <http://www.stop-chripce.cz/pripojuji-se>

Více na www.stop-chripce.cz nebo na www.ockovani-protichripce.cz

KONTAKT:

Kateřina Jíchová

email: katerina.jichova@allmedia4u.cz

M: +420 603 280 300

EUVASCOR

atorvastatin / perindopril arginin

Zkrácené informace o přípravku EUVASCOR 10 mg/5 mg, 20 mg/5 mg, 40 mg/5 mg, 10 mg/10 mg, 20 mg/10 mg, 40 mg/10 mg:

Složení: EUVASCOR 10 mg/5 mg, 20 mg/5 mg, 40 mg/5 mg, 10 mg/10 mg, 20 mg/10 mg, 40 mg/10 mg tvrdé tobolky obsahující 10 mg atorvastatinu (ator)/5 mg perindoprilu arginine (per), 20 mg ator/5 mg per, 40 mg ator/5 mg per, 10 mg ator/10 mg per, 20 mg ator/10 mg per, 40 mg ator/10 mg per. Obsahuje sacharózu jako pomocnou látku. **Indikace:** Evuascor je indikován v rámci léčby ke snížení kardiovaskulárního rizika jako substituční terapie u dospělých pacientů adekvátně kontrolovaných atorvastatinem a perindoprilem podávanými současně ve stejné dávce, ale jako samostatné přípravky. **Dávkování a způsob podání:** Obvyklá dávka je jedna tobolka denně ráno před jídlem. Evuascor není vhodný pro iniciální léčbu. Je-li nutná změna dávkování, titrace se má provádět s jednotlivými složkami. Během léčby přípravkem Evuascor má pacient pokračovat v běžné dietě snižující hladinu cholesterolu. Souběžné podávání s jinými léčivými přípravky: U pacientů, kteří současně užívají tipranavir, ritonavir, telaprevir nebo cyklosporin, nesmí dávka atorvastatinu překročit 10 mg/den. U pacientů, kteří současně užívají boceprevir, elbasvir/grazoprevir, nesmí dávka atorvastatinu překročit 20 mg/den^{**}. **Starší pacienti a pacienti s poruchou funkce ledvin:** Lze podávat pacientům s clearancí kreatininu ≥ 60 ml/min, není vhodný pro pacienty s clearancí kreatininu < 60 ml/min, u těchto pacientů se doporučuje individuální titrace dávky s jednotlivými složkami. **Pacienti s poruchou funkce jater:** Přípravek má být podáván s opatrností a je kontraindikován u pacientů s jaterním onemocněním v aktivním stavu. **Pediatrická populace:** Použití u dětí a dospívajících do 18 let se nedoporučuje. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivé látky, nebo na jiné ACE inhibitory nebo statiny, nebo na kteroukoli pomocnou látku, onemocnění jater v aktivním stavu nebo neobjasněně přetrvávající zvýšení sérových aminotransferáz převyšující 3násobek horní hranice normálních hodnot, během těhotenství, kojení a u žen ve fertilním věku, které nepoužívají vhodné antikoncepční prostředky (viz bod Těhotenství a kojení^{**}), současné užívání s antivirovými glekaprevir/pibrentasvir proti hepatitidě C^{**}, anamnéza angioedému související s předchozí terapií inhibitory ACE, hereditární nebo idiopatický angioneurotický edém, současné užívání s přípravky obsahujícími aliskiren u pacientů s diabetem mellitem nebo poruchou funkce ledvin (GFR < 60 ml/min/1,73 m²) (viz bod Interakce^{**}), současné užívání se sakubitrilem/valsartanem (viz bod Zvláštní upozornění a Interakce^{**}), mimotělní léčba vedoucí ke kontaktu krve se záporně nabitým povrchem (viz bod Interakce^{**}), signifikantní bilaterální stenóza renální arterie nebo stenóza renální arterie u jedné fungující ledviny (viz bod Zvláštní upozornění^{**}). **Upozornění:** **Zvláštní upozornění a opatření pro použití:** **Vliv na játra:** Vzhledem k obsahu atorvastatinu v přípravku Evuascor mají být pravidelně prováděny jaterní funkční testy. Pacientům, u kterých se zjistí jakékoliv známky nebo příznaky jaterního poškození, mají být provedeny jaterní testy. Pacienti, u kterých se objeví zvýšené aminotransferázy, musí být sledováni až do doby, než se hodnoty opět znormálnízují. Pokud přetrvávají více než trojnásobně zvýšené hodnoty aminotransferáz nad horní hranici normálních hodnot, doporučuje se snížit dávku atorvastatinu pomocí jednotlivých složek nebo léčbu atorvastatinem ukončit. Pacientům, kteří konzumují velké množství alkoholu a/nebo mají v anamnéze jaterní onemocnění, je nutné podávat přípravek Evuascor s opatrností. **Vliv na kosterní svalstvo:** Jsou-li hladiny CK významně zvýšené ($> 5 \times$ ULN) oproti normálním hodnotám, léčba nemá být zahájena. Léčba má být přerušena, objeví-li se významné zvýšení hladin CK ($> 10 \times$ ULN), nebo je-li diagnostikována, případně předpokládána rhabdomyolýza. **Souběžná léčba s jinými léčivými přípravky:** Riziko rhabdomyolýzy je zvýšené při současném podávání přípravku Evuascor s určitými léky, které mohou zvyšovat plazmatickou koncentraci atorvastatinu, např. se silnými inhibitory CYP3A4 nebo transportních proteinů (např. cyklosporin, ketokonazol, tipranavir/ritonavir^{**} atd.). Riziko myopatie může být rovněž zvýšeno současným užíváním gemfibrozilu a dalších derivátů kyseliny fibrové, antivirotik k léčbě hepatitidy C (boceprevir, telaprevir, elbasvir/grazoprevir)^{**}, erythromycinu, niacinu nebo ezetimibu. Přípravek Evuascor se nesmí podávat současně se systémovou léčbou kyselinou fusidovou nebo během 7 dnů po ukončení léčby kyselinou fusidovou vzhledem k obsahu atorvastatinu. U pacientů, u kterých je systémové podání kyseliny fusidové považováno za nezbytné, se musí po dobu léčby kyselinou fusidovou přerušit léčba statinem. Během léčby nebo po léčbě některými statiny byly velmi vzácně hlášeny případy imunitně zprostředkované nekrotizující myopatie (MNM). **Intersticiální plicní onemocnění:** Při podezření na vznik intersticiálního plicního onemocnění u pacienta musí být terapie přípravkem Evuascor přerušena. **Diabetes mellitus:** U diabetiků léčených perorálními antidiabetiky nebo inzulinem má být v průběhu prvních měsíců léčby pečlivě sledována glykemie. **Hypotenze:** monitorování tlaku krve, renálních funkcí, a draslíku je nutné u pacientů s vysokým rizikem symptomatické hypotenze (volumová deplece nebo závažná renin dependentní hypertenze) nebo se symptomatickým srdečním selháním (se současnou renální insuficiencí nebo bez ní) nebo s ischemickou chorobou srdeční nebo cerebrovaskulárními chorobami. Přechodná hypotenzní odpověď není kontraindikací pro podání dalších dávek, které mohou být obvykle užity bez obtíží, jakmile po doplnění objemu stoupne krevní tlak. **Stenóza aortální a mitrální chlopně:** Přípravek se má podávat s opatrností. **Transplantace ledvin:** Nejsou zkušenosti s podáváním přípravku pacientům po nedávnou prodělané transplantaci ledvin. **Renovaskulární hypertenze:** Pokud jsou pacienti s bilaterální stenózou renální arterie nebo stenózou renální arterie u jedné fungující ledviny léčeni inhibitory ACE, je zvýšené riziko závažné hypotenze a renálního selhání. Léčba diuretiky může být přispívajícím faktorem. Ztráta renálních funkcí se může projevit pouze minimální změnou sérového kreatininu u pacientů s unilaterální stenózou renální arterie. **Porucha funkce ledvin:** Monitorování hladiny kreatininu a draslíku, individuální titrace dávky s jednotlivými složkami u pacientů s clearancí kreatininu < 60 ml/min, u pacientů se stenózou renální arterie bylo pozorováno zvýšení sérových koncentrací urye a kreatininu, u renovaskulární hypertenze je riziko závažné hypotenze a renální insuficience zvýšené. **U pacientů na hemodialýze:** U pacientů dialyzovaných pomocí vysoce propustných membrán byl zaznamenán anafylaktoidní reakce, má být vzácně použiti jiných membrán. **Hypersenzitivita/angioedém:** Okamžitě vysazení léčby a zahájení monitorování do úplného vymizení příznaků. Angioedém spojený s otokem hrtanu může být smrtelný. Současné užívání perindoprilu se sakubitrilem/valsartanem je kontraindikováno z důvodu zvýšeného rizika vzniku angioedému. Podávání sakubitrilu/valsartanu nesmí být zahájeno do 36 hodin po užití poslední dávky perindoprilu. Pokud je léčba sakubitrilem/valsartanem ukončena, léčba perindoprilem nesmí být zahájena do 36 hodin po podání poslední dávky sakubitrilu/valsartanu. Současné užívání jiných inhibitorů NEP (např. racekadotrilu) a inhibitorů ACE může také zvýšit riziko angioedému. Souběžné užívání mTOR inhibitorů: Zvýšení rizika angioedému. **Anafylaktoidní reakce během aferézy nízkodenzitních lipoproteinů (LDL):** Vzácný výskyt život ohrožujících anafylaktoidních reakcí, kterým lze předjet dočasným vysazením léčby před každou aferézou. **Anafylaktoidní reakce během desenzibilizace:** Byly zaznamenány během desenzibilizační léčby (např. jedem blanokřídých), reakcím je možné se vyhnout dočasným vysazením léčby, nicméně se znovu objevily po neúmyslné expozici. **Neutropenie/agranulocytóza/trombocytopenie/anémie:** Přípravek Evuascor má být používán s extrémní opatrností u pacientů se systémovým onemocněním pojiva (collagen vascular disease), u pacientů užívajících imunosupresivní léčbu, léčbu aluporinolem nebo prokainamidem, doporučuje se periodické monitorování počtu leukocytů a pacienti mají být poučeni, aby hlásili jakékoliv známky infekce (např. bolest v krku, horečku). **Rasa:** Perindopril může být méně účinný na snížení krevního tlaku a může vést k vyššímu výskytu angioedému u černošských pacientů ve srovnání s jinými rasami. **Kašel:** neproduktivní, ustupuje po ukončení léčby. **Operace/anestezie:** Léčba by měla být přerušena jeden den před výkonem. **Hyperkalemie:** Pravidelné monitorování sérových koncentrací draslíku u renální insuficience, zhoršené renální funkce, věku (> 70 let), diabetes mellitus, dehydratace, akutní srdeční dekompenzace, metabolické acidozy a u současného užívání diuretik setřících draslík a draslíkových doplňků nebo náhrad solí s obsahem draslíku, nebo u pacientů užívajících jiné léčivé přípravky, které mohou způsobovat zestup sérových koncentrací draslíku (např. heparin, kotrimoxazol). **Kombinace s lithiem:** Nedoporučuje se. **Duální blokáda systému renin-angiotensin-aldosteron (RAAS):** Současné užívání ACE inhibitorů, blokátorů receptorů pro angiotensin II nebo aliskirenu zvyšuje riziko hypotenze, hyperkalemie a snížení funkce ledvin (včetně akutní selhání ledvin). Duální blokáda RAAS se proto nedoporučuje. ACE inhibitory a blokátory receptorů pro angiotensin II nemají být používány současně u pacientů s diabetickou nefropatií. **Primární hyperaldosteronismus:** Pacienti s primárním hyperaldosteronismem obvykle neodpovídají na antihypertenzní léčbu působící přes inhibici systému renin-angiotenzin. Proto se užívání tohoto přípravku nedoporučuje. Pacienti se vzácnými dědičnými problémy s intolerancí fruktosy, malabsorpce glukosy a galaktosy nebo nedostatkem sacharoso-isomaltasy by přípravkem Evuascor neměli užívat. **Hladina sodíku:** Evuascor obsahuje méně než 1 mmol sodíku (23 mg) v tobolce, to znamená, že je v podstatě „bez sodíku“. **Interakce:** **Kontraindikace:** Aliskiren, mimotělní léčba, sakubitril/valsartan, glekaprevir/pibrentasvir^{**}. **Nedoporučované kombinace:** Silné inhibitory CYP3A4, inhibitory proteinu rezistence karcinomu prsu (BCRP), aliskiren (u jiných pacientů, než jsou diabetici a pacienti s poruchou funkce ledvin), kotrimoxazol (trimetoprim/sulfametoxazol), současná léčba ACE inhibitorem a blokátorem receptoru angiotensinu, estramustin, lithium, draslík-Setřičí diuretika (např. triamteren, amilorid, eplerenon, spironolakton), soli draslíku, grapefruit nebo grapefruitová šťáva. **Kombinace vyžadující zvláštní opatření:** Induktory a středně silné inhibitory CYP3A4, digoxin, ezetimib, kyselina fusidová, gemfibrozil / deriváty kyseliny fibrové, inhibitory transportérů, warfarin, antidiabetika (inzulíny, perorální antidiabetika), baklofen, diuretika nešetřící draslík, racekadotril, imTOR inhibitory (např. sirolimus, everolimus, temsrolimus), nesteroidní antiflogistika (NSAID) (včetně kyseliny acetylsalicylové ≥ 3 g/den). **Kombinace vyžadující určitou opatření:** Kolchicin, kolestipol, perorální kontraceptiva, gliptiny (linagliptin, saxagliptin, sitagliptin, vildagliptin), sympatomimetika, tricyclická antidepresiva/antipsychotika/anestetika, zlatá, antihypertenziva a vasodilatancia. **Těhotenství a kojení:** Přípravek Evuascor je kontraindikován během těhotenství, kojení a u žen plánujících těhotenství, které nepoužívají vhodné antikoncepční prostředky. **Fertilita** **Účinky na schopnost řídit a obsluhovat stroje:** U některých pacientů se mohou vyskytnout individuální reakce související s nízkým krevním tlakem, zejména na začátku léčby. **Nežádoucí účinky:** **Časté:** Nazofaryngitida, hypersenzitivita, hyperglykemie, závrať, bolest hlavy, dysgeuzie, parastezie, porucha zraku, tinitus, vertigo, hypotenze (a účinky spojené s hypotenzí), faryngolaryngeální bolest, epistaxe, kašel, dyspnoe, nauzea, zvracení, bolest horní a dolní části břicha, dyspepsie, průjem, zácpa, flatulence, vyrážka, pruritus, otok kloubů, bolest končetin, artralgie, svalové spazmy, myalgie, bolest zad, astenie, abnormální výsledky testů jaterních funkcí, zvýšená hladina kreatinfosfokinázy v krvi. **Méně časté:** Eozinofilie, hypoglykemie, hyponatremie, hyperkalemie reverzibilní při ukončení léčby, anorexie, insomnie, změny nálad, poruchy spánku, noční můry, somnolence, synkopa, hypestezie, amnezie, rozmazané vidění, tachykardie, palpacie, vaskulitida, bronchospasmus, sucho v ústech, pankreatitida, říhání, hepatitida cytolytická nebo cholestatická, kopřivka, hyperhidróza, alopecie, angioedém, pemfigoid, fotosenzitivní reakce, bolest šlaj, svalová slabost, renální selhání, erektilní dysfunkce, únava, bolest na hrudi, malátnost, periferní edém, pyrexie, zvýšená hladina urye a kreatininu v krvi, zvýšené tělesné hmotnosti, pozitivní nálezy leukocytů v moči, pád. **Vzácné:** Trombocytopenie, periferní neuropatie, cholestáza, zhoršená psoriáza, Stevens-Johnsonův syndrom, toxická epidermální nekrolýza, erythema multiforme, myopatie, myozitida, rhabdomyolýza, ruptura svalů^{**}, tendinopatie (někdy komplikovaná rupturou), zvestup jaterních enzymů, zvýšená hladina bilirubinu v krvi. **Velmi vzácné:** Rinitida, leukopenie/neutropenie, agranulocytóza nebo pancytopenie, hemolytická anémie u pacientů s vrozeným deficitem G-6PDH, anafylaxe, stavy zmatenosti, cévní mozková příhoda možná sekundárně k nadměrné hypotenzí u vysoce rizikových pacientů, ztráta sluchu, infarkt myokardu, sekundárně k nadměrné hypotenzí u vysoce rizikových pacientů, angina pectoris, arytmie, eosinofilní pneumonie, jaterní selhání, lupus-like syndrom^{**}, akutní renální selhání, gynekomastie, snížení hladiny hemoglobinu a snížení hematokritu. **Není známo:** Imunitně zprostředkovaná nekrotizující myopatie. U jiných inhibitorů ACE byly hlášeny případy SIADH (syndrom nepřiměřené sekrece antidiuretického hormonu). SIADH lze považovat za velmi vzácnou, ale možnou komplikaci spojenou s léčbou inhibitory ACE, včetně perindoprilu, Raynaudův fenomén^{**}. **Předávkování:** Farmakologické vlastnosti: Atorvastatin je selektivním a kompetitivním inhibitorem HMG-CoA reduktázy. Perindopril je inhibitor angiotensin-konvertujícího enzymu (ACE inhibitor), který konvertuje angiotensin I na vazokonstriktor angiotensin II. **Uchovávání:** Uchovávejte v původním obalu, aby byl přípravek chráněn před vlhkostí. **Velikost balení:** 30 nebo 90 (3 obaly na tvrdé tobolky po 30 tobolkách) tvrdých tobolek Evuascor 10 mg/5 mg, 20 mg/5 mg, 40 mg/5 mg, 10 mg/10 mg, 20 mg/10 mg, 40 mg/10 mg. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Les Laboratoires Servier, 50, rue Carnot, 92284 Suresnes cedex, Francie. **Registrační číslo:** Evuascor 10 mg/5 mg: 31/985/16-C, Evuascor 20 mg/5 mg: 31/986/16-C, Evuascor 40 mg/5 mg: 31/987/16-C, Evuascor 10 mg/10 mg: 31/988/16-C, Evuascor 20 mg/10 mg: 31/989/16-C, Evuascor 40 mg/10 mg: 31/990/16-C. **Datum poslední revize textu:** 1.11.2019. **Výdej:** Před předepsáním přípravků si přečtěte Souhrn údajů o přípravku. Přípravky jsou k dispozici v lékárnách na lékařský předpis, od 10/2019. Přípravky jsou částečně hrazeny z prostředků veřejného zdravotního pojištění, viz Seznam cen a úhrad léčivých přípravků: <http://www.sukl.cz/sukl/seznam-levic-a-pzlu-hrazenych-ze-zdrav-pojisteni>. Další informace na adrese: Servier, s. r. o., Na Florenci 2116/15, 110 00 Praha 1, tel: 222 118 111, www.servier.cz

*pro úplnou informaci si prosím přečtěte celý Souhrn údajů o přípravku

**všimněte si prosím změn v informaci o léčivém přípravku



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. 2020**. Písemné odpovědi zasílejte na adresu: Oddělení vzdělávání SVL ČLS JEP, Sokolská 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 04/2020: 1ac, 2c, 3abc, 4c, 5ab, 6b, 7a, 8c, 9abc, 10c

ZNALOSTNÍ TEST JE HODNOCEN 2 KREDITY ČLK

1. Jaký je hlavní rozdíl mezi nutričním terapeutem a výživovým poradcem?

- a) výživový poradce může předávat doporučení pouze zdravým osobám
- b) nutriční terapeut není zdravotnický pracovník, jedná se o volnou živnost
- c) nutriční terapeut a výživový poradce se od sebe ničím neliší

2. U jakých diagnóz může nutriční intervence významně přispět ke zlepšení klinických výsledků?

- a) diabetes mellitus 2. typu
- b) onemocnění gastrointestinálního traktu
- c) u obou těchto diagnóz a také celé řady dalších

3. Ideální načasování nutriční konzultace s pacientem je:

- a) v období stanovení diagnózy
- b) až po letech trvání diagnózy
- c) až poté, co si konzultaci pacient sám vyžádá

4. Výplach zvukovodu při obturující mazové zátce

- a) nesmí praktický lékař nikdy provést
- b) se provádí vodou o teplotě 37 °C
- c) je kontraindikován u perforovaného bubínku

5. Zánět zevního zvukovodu (otitis externa)

- a) může při nekomplikovaném průběhu léčit praktický lékař
- b) se většinou léčí antibiotiky celkově i lokálně
- c) je většinou bolestivý, ale jinak nezávažné onemocnění

6. Chemodektom

- a) je benigní kožní léze vyskytující se na boltci
- b) může léčit praktický lékař lokálně aplikovanou antibiotickou masť
- c) při poranění velmi silně krvácí

7. V posledních 5 letech je v ČR nejčastěji každoročně hlášena:

- a) syfilis
- b) kapavka
- c) lymphogranuloma venereum (LGV)

8. Typickým příznakem primárního vředu u syfilis je:

- a) vždy je přítomno několik vředů
- b) výrazná bolestivost
- c) nebolestivost

9. Gonokokové infekce mohou být lokalizovány:

- a) v uretře mužů i žen
- b) na cervixu
- c) v rektu

10. Vaskulární věk v klinické praxi lze určit:

- a) podle hodnot celkového cholesterolu, krevního tlaku a věku
- b) pomocí tabulek SCORE přepočtených na vaskulární věk
- c) analýzou ateromových plátů

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. 05/2020

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 |

Víkendový vzdělávací seminář SVL



Průhonice • 12.–14. června

www.vvs2020.cz

Program víkendového vzdělávacího semináře SVL v Průhonicích

pátek 12. června

- 16.30–16.50 **Ovlivnění KV rizika u pacientů s diabetem**
MUDr. Igor Karen
- 16.50–17.10 **Česká myelomová skupina – projekt CRAB**
MUDr. Jan Straub
- 17.10–17.30 **Management pacienta s psoriázou**
(přednáška sponzorovaná společností Novartis)
MUDr. Martina Kojanová, Ph.D.
- 17.30–17.50 **Zánětlivá bolest zad jako časný příznak spondyloartritidy**
(přednáška sponzorovaná společností Novartis)
MUDr. Radka Moravcová
- 17.50–18.10 **Diabetologie**
MUDr. Jan Šoupal, Ph.D.
- 18.10–18.40 **Klinická farmakologie betablokátorů**
PharmDr. Stanislav Gregor

sobota 13. června

- 9.00–9.45 **Vyhodnocení glykemií a glykemických profilů v ordinaci VPL (workshop)**
MUDr. Igor Karen
- 10.15–11.00 **Spirometrie v rukách praktického lékaře!**
(praktický nácvik provedení a validní interpretace výsledků – workshop)
MUDr. Ivo Procházka
- 11.30–12.15 **Praktická obezitologie – diskuse nad přinesenými případy (workshop)**
doc. MUDr. Martin Matoulek, Ph.D.

13.30–16.00 **První pomoc u akutních stavů v ordinaci praktického lékaře s praktickým nácvikem na figuríně se zpětnou vazbou (workshop)**
MUDr. Tomáš Hlaváček

sobota 13. června

(pokračování sobotního programu)

- 16.30–17.00 **Tyreopatie v ordinaci VPL**
MUDr. Richard Stejskal
- 17.00–17.30 **Na co si dát pozor v tyreopatiích?**
MUDr. Richard Stejskal
- 17.30–17.50 **Profylaxe a léčba s LMWH ve specifických situacích**
doc. MUDr. Tomáš Kvasnička, CSc.
- 17.50–18.10 **Pohybová aktivita – evidence based medicine**
doc. MUDr. Martin Matoulek, Ph.D.

neděle 14. června

- 9.00–10.00 **Akutní stavy v kardiologii v ordinaci VPL – co, kdy, jak a kam? (workshop)**
MUDr. Anna Valeriánová

Pořadatel: Společnost všeobecného lékařství České lékařské společnosti JEP

Organizátor: TARGET-MD, Na Štáhlavce 7, Praha 6

e-mail: sekretariat@target-md.com, tel.: 777 871 057

Možnosti registrace:

1. webové stránky: www.vvs2020.cz

2. e-mailem: sekretariat@target-md.com

Víkendový vzdělávací seminář SVL



Devět skal • 26.–28. června

www.vvs2020.cz

Od **1. 6. 2020**
k dispozici i pro Vaše
pacienty¹¹

Jediný gliptin, který lze použít
v plné dávce i při závažné renální
či hepatální insuficienci.⁶⁻¹⁰

Pro Vaše pacienty s diabetem 2. typu

Vybavte své pacienty na náročnou cestu, která je čeká



TRAJENTA® – účinná a bezpečná volba
v jedné dávce pro kontrolu glykémie
u širokého spektra Vašich pacientů.¹⁻⁵

 **Trajenta**®
(linagliptin) 5 mg tablety

Reference : 1. Del Prato S, et al. Diabetes Obes Metab 2011;13:258–67. 2. Taskinen M-R, et al. Diabetes Obes Metab 2011;13:65–74. 3. Owens DR, et al. Diabet Med 2011;28:1352–61. 4. Gallwitz B, et al. Lancet 2012;380:475–83. 5. Trajenta® SPC, www.sukl.cz 6. SPC alogliptin (Vipidia), 7. SPC saxagliptin (Onglyza), 8. SPC sitagliptin (Januvia), 9. SPC vildagliptin (Galvus), 10. Jirkovská J. Jak diabetikům pomohou gliptiny? Practicus 2019;06:19-21. 11. Rozhodnutí SUKL ze dne 17.4.2020, č.j. sukl97025/2020

Zkrácená informace o přípravku – Trajenta 5 mg potahované tablety

Složení: jedna tableta obsahuje linagliptinum 5 mg. **Indikace:** K léčbě diabetu II. typu ke zlepšení kontroly glykémie u dospělých pacientů: jako monoterapie u pacientů s nedostatečnou kompenzací diabetu samotnou dietou a tělesným cvičením, u kterých je nevhodný metformin z důvodu nesnášenlivosti či kontraindikován kvůli poruše funkce ledvin. Jako kombinovaná terapie v kombinaci s dalšími léčivými přípravky pro léčbu diabetu včetně inzulínu, jestliže tyto přípravky nedostačují k zajištění adekvátní kontroly glykémie. **Dávkování a způsob podávání:** Dávka linagliptinu je 5 mg jednou denně. Pokud je linagliptin přidán k metforminu, dávkování metforminu je nutno zachovat a linagliptin podávat současně. Pokud je linagliptin podáván v kombinaci se sulfonylureou nebo inzulínem, lze zvážit nižší dávku sulfonylurey nebo inzulínu za účelem snížení rizika vzniku hypoglykémie. Přípravek Trajenta lze užívat kdykoliv v průběhu dne spolu s jídlem nebo bez jídla. Pokud je nějaká dávka opomenuta, je třeba ji užít ihned, jakmile si na ni pacient vzpomene. Nelze užívat dvojitou dávku v týž den. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku. **Zvláštní upozornění:** Přípravek Trajenta nesmí být podáván u pacientů s diabetem I. typu nebo při léčbě diabetické ketoacidózy. Používání inhibitorů DPP-4 je spojeno s rizikem rozvoje akutní pankreatitidy. Pacienti musí být informováni o typických příznacích akutní pankreatitidy. Pokud existuje podezření na pankreatitidu, je nutno podávání přípravku Trajenta ukončit. Pokud je akutní pankreatitida potvrzena, léčbu přípravkem Trajenta není možné znovu zahájit. **Interakce:** Klinické údaje naznačují, že riziko klinicky významných interakcí se současně podávanými léčivými přípravky je nízké. V klinických studiích neměl linagliptin klinicky významný účinek na farmakokinetiku metforminu, glyburidu, simvastatinu, warfarinu, digoxinu nebo perorálních antikoncepčních přípravků. **Nežádoucí účinky:** V souhrnné analýze placebem kontrolovaných studií byl celkový výskyt nežádoucích účinků u pacientů léčených placebem podobný linagliptinu v dávce 5 mg. Přerušeni terapie z důvodu nežádoucích účinků bylo vyšší u pacientů užívajících placebo v porovnání s linagliptinem 5 mg. Nejčastěji hlášeným nežádoucím účinkem byla hypoglykémie pozorovaná při trojkombinaci linagliptin plus metformin plus sulfonylurea. **Těhotenství a kojení:** Podávání přípravku Trajenta v těhotenství se z preventivních důvodů nedoporučuje. Po zvážení přínosu kojení pro dítě a přínosu léčby pro kojící ženu je třeba učinit rozhodnutí, zda přerušit kojení nebo pozastavit či ukončit léčbu přípravkem Trajenta. **Balení, výdej a uchování:** Jednodávkové Al/Al blistry v krabičce obsahující 30 nebo 90 potahovaných tablet. Výdej přípravku je vázán na lékařský předpis a je částečně hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Tento léčivý přípravek nevyžaduje žádné zvláštní podmínky uchování. **Registrační číslo:** EU/1/11/707/004 – 30 tbl., EU/1/11/707/008 – 90 tbl.

Datum poslední revize textu: 31. 10. 2019.

Držitel rozhodnutí o registraci: Boehringer Ingelheim International GmbH, Binger Str. 173, D55216 Ingelheim am Rhein, Německo.

Před předepsáním se prosím seznamte s úplným zněním souhrnu údajů o přípravku. Úplné znění souhrnu údajů o přípravku je k dispozici na webových stránkách Evropské agentury pro léčivé přípravky: <http://www.ema.europa.eu/> popř. na stránkách Státního ústavu pro kontrolu léčiv www.sukl.cz.