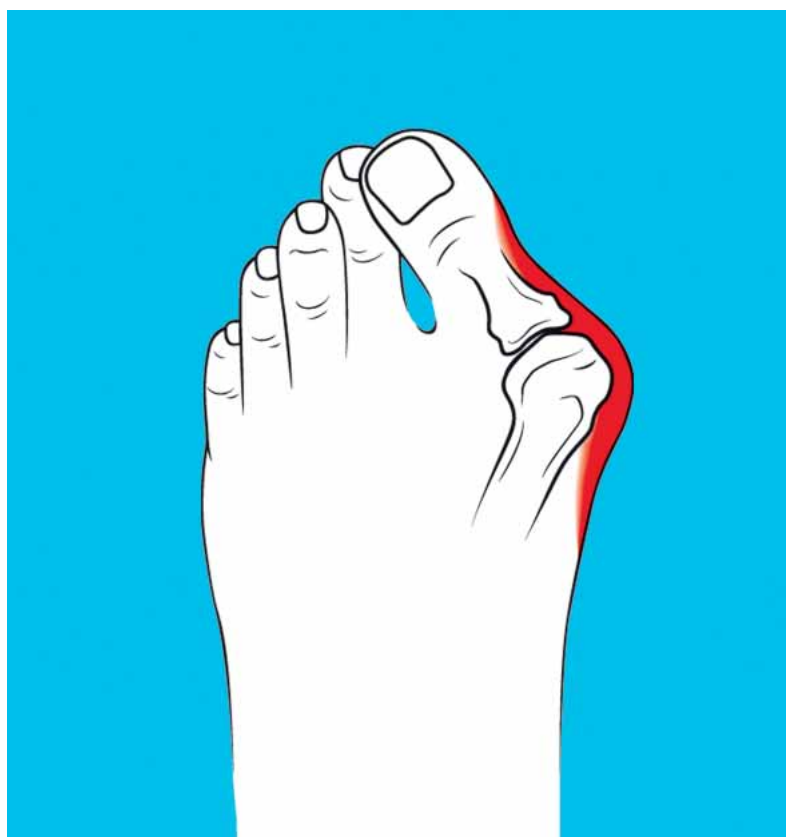




PRACTICUS

pro praktické lékaře zdarma • č.3/2017 • ročník 16



TÉMA:

Statické deformity přednoží



Nadační fond Petra Koukala

Vážené praktičtí lékaři,

rád bych vám představil projekt **STK PRO CHLAPY**, který vznikl na základě mé zásadní životní zkušenosti z roku 2010.

Jako badmintonista jsem si již v mládí vysnil, že vyhraji olympiádu. Vítězil jsem na juniorských turnajích, stal jsem se mistrem republiky a v roce 2008 jsem se zúčastnil olympiády v Pekingu. A snil jsem dál. Prožíval jsem šťastné období a můj život nemohl být lepší. Pak jsem ale najednou stál v ordinaci a můj urolog mi vysvětloval: „Pane Koukale, vy mi nerozumíte. Už na žádný trénink nepůjдете. Máte zhoubný nádor varlete a **ještě dnes vás musíme operovat**. Pak vás čeká ještě chemoterapie.“ **Bylo mi tehdy 24 let.**

Časem jsem zjistil, že je nás víc – mladých, na první pohled silných a zdravých kluků a chlapů, které najednou zaskočí těžké onemocnění. Šokovalo mě, když jsem si uvědomil, jak **velké tabu mužské zdraví ve společnosti představuje**.

Včasný nález, úspěšná léčba, víra, vůle, podpora blízkých a tvrdý trénink, to vše mě vrátilo zpět do běžného a následně i sportovního života. Nakonec jsem se kvalifikoval na olympiádu v Londýně, kde jsem měl tu čest nést při zahajovacím ceremoniálu českou vlajku. Kariéru jsem ukončil před pár měsíci na třetí olympiádě v Riu de Janeiro. Během těch let se ke mně dostalo několik stovek nejrůznějších reakcí a příběhů. Na jejich základě jsem nabyl dojmu, že můj příběh může být pro chlapy v jistém ohledu velmi motivující a že je dokáže přimět, **aby se zamysleli nad svým přístupem k vlastnímu tělu, zdraví a prevenci jako takové**.

Věřím, že projektem STK PRO CHLAPY mohu mnohé z nich inspirovat, aby včas přišli na preventivní prohlídku. Zapojení vás, praktických lékařů, je ovšem pro tento projekt naprosto klíčové, a proto vás žádám o pomoc. Staňte se, prosím, členy našeho KLUBU STK a **pojdte společně s námi měnit chlapské myšlení a zachraňovat jejich životy!**

Podívejte se prosím na náš web www.stkprochlapy.cz a připojte se k nám!

Mockrát Vám děkuji za Váš čas a srdečně Vás zdravím,

Petr Koukal

STK  **PRO CHLAPY**

www.stkprochlapy.cz



INFO SVL

- 04 EDITORIAL
- 05 SPOLEČENSKÝ VEČER V OBECNÍM DOMĚ 30. 6. 2017
- 07 NOVELA ZÁKONA
- 08 E-HEALTH ROAR - ROZHOVOR
Dr. Roar Maagaard

ODBORNÝ ČLÁNEK

- 10 STATICKÉ DEFORMITY PŘEDNOŽÍ - ROZDĚLENÍ, DIAGNOSTIKA, KONZERVATIVNÍ A OPERAČNÍ LÉČBA
MUDr. Martin Korběl, Doc. MUDr. Karel Karpáš, CSc.
- 13 FYZICKÁ AKTIVITA A JÓGA: JEJICH PŮSOBENÍ NA PSYCHIKU
MUDr. Karel Nešpor, CSc.
- 16 DOPING V AMBULANCI PRAKTICKÉHO LÉKAŘE
prof. MUDr. Eliška Sovová, Ph.D, MBA, RNDr. Jan Chlumský

TISKOVÁ ZPRÁVA

- 18 V BOJI S HIV JE ZÁSADNÍ VČASNÁ DIAGNÓZA A DODRŽOVÁNÍ LÉČBY

ZE SVĚTA MLADÝCH PRAKTIKŮ

- 20 MLADÍ PRAKTIČI VOLILI NOVÉ VEDENÍ
- 21 WORKSHOPY JAKO SPRÁVNÝ SMĚR KOMUNIKACE S ÚČASTNÍKY KONFERENCE

MÝTY A OMYLY

- 22 KTERÉ POTRAVINY PŘINÁŠEJÍ VÝZNAMNÝ ZDRAVOTNÍ PROSPĚCH?
doc. Ing. Jiří Brát, CSc.

KAZUISTIKA

- 24 ONEMOCNĚNÍ ŠTÍTNÉ ŽLÁZY
doc. MUDr. Zdeňka Límanová, CSc.

PC A DOKTOR

- 27 SERIÁL O EET

AKTUALITY

- 28 SVĚTOVÝ DEN LEDVIN - 9. BŘEZEN
- 29 BENZODIAZEPINY A ZVÝŠENÉ RIZIKO ZLOMENIN U PACIENTŮ S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU
- 30 HOREČKA DENGUE OHROŽUJE ČECHY! POČET NÁKAZ ROSTE
- 31 VLIV HYPERTENZE NA KOGNITIVNÍ FUNKCE – STANOVISKO AMERICAN HEART ASSOCIATION
- 32 LA REPUBBLICA: VĚDCI BÁDAJÍ NAD SYNDROMEM CHRONICKÉ ÚNAVY

Vydavatel:

Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP

Adresa redakce:

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

Redakce:

Šéfredaktor:

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

Zástupci šéfredaktora:

MUDr. Dana Moravčíková
dana.moravcikova@medicina.cz,
MUDr. Jana Vojtíšková
janav.doktor@volny.cz

Manažerka časopisu:

Hana Čížková
practicus.svl@cls.cz

Redakční rada: MUDr. Kamil Běský, MUDr. Pavel Brejník, MUDr. Jiří Burda, doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc., MUDr. Rudolf Červený, Ph.D., MUDr. Eva Grzegorová, MUDr. David Halata, MUDr. Alice Havlová, MUDr. Jiří Havránek, MUDr. Otto Herber, MUDr. Petr Herle, MUDr. Ambrož Homola, Ph.D., MUDr. Toman Horáček, MUDr. Jiří Horký, MUDr. Igor Karen, MUDr. Mgr. Josef Kořenek, CSc., MUDr. Vladimír Marek, MUDr. Petra Mestická, MUDr. Zuzana Miškovská, Ph.D., MUDr. Cyril Mucha, MUDr. Šárka Drbalová, doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D., MUDr. Bohumil Skála, Ph.D., MUDr. Alexandra Sochorová, MUDr. Helena Stárková, MUDr. Jan Šindelář, MUDr. Josef Štolfa

Spolupracovnice časopisu:

Andrea Vrbová, Romana Hlaváčková

Náklad 6 000 ks. • • • Vychází 10x ročně.
Pro praktické lékaře v ČR zdarma.
Roční předplatné pro ostatní zájemce **610 Kč.** • • • Přihlášky přijímá redakce.
Toto číslo bylo dáno do tisku 24. 3. 2017 MK ČR E13477, ISSN 1213-8711.

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

EDITORIAL



MUDr. Stanislav Konšťacký, CSc.
Šéfredaktor časopisu Practicus

Milé kolegyně, milí kolegové, dostává se vám do rukou již třetí číslo našeho časopisu v tomto roce a doufám, že i v něm naleznete zajímavá sdělení. Při získávání článků oslovujeme kolegy různého zaměření a snažíme se vám přinést kvalitní informace. Pro toto číslo se nám sešly hned dva články, zabývající se problematikou ortopedickou, a sice onemocněním nohy, případně přednoží. Jeden z nich nabízíme v tomto čísle, druhý pak v dalším. Při preventivních prohlídkách se jistě zaměřujeme zvláště u diabetiků na stav prokrvení a ortopedické deformity můžeme přehlédnout. Pacient nás na problémy související s deformitami prstů nebo klenby upozorňuje až ve stadiu, kdy má bolesti a kdy bývá jediným řešením operativní zákrok. V článku dr. Korbela se seznamujeme jednak s možnostmi, které mohou tyto vady určitým způsobem korigovat, případně s operativním řešením. Primář Nešpor publikuje v našem časopise opakovaně: pro toto číslo připravil zajímavý článek, zabývající se fyzickou aktivitou, která má pozitivní vliv na psychiku pacienta. O dopingu ve sportu se v poslední době hodně hovoří, někdy i neúmyslně podané léky mohou zmařit snažení sportovce. Prof. Sovová se zmiňuje o léčivých prostředcích, které jsou pro sportovce v rámci některých disciplín přímo zakázané. Na kazuisti-

kách ukazuje, jak je možné zvolit správnou alternativu léčby, abychom se nedopustili, byť třeba omylem, toho, že by byl sportovec po výkonu diskvalifikován pro doping. I když o výkonné sportovce asi denně nepečujeme, je to informace velmi užitečná. Problematika preskripčních omezení nás trápí delší dobu, a proto si vážíme návrhu úpravy zákona bývalého ministra zdravotnictví Hegera. O těchto změnách vás rovněž informujeme. Doc. Brát ve svém příspěvku seznamuje čtenáře s funkčními potravinami. Tato problematika je velmi důležitá, protože i přes neustálé upozorňování na správnou výživu se populace nesprávně stravuje, což vede k obezitě a dalším chorobám s ní souvisejícím. Doc. Limanová se opět věnuje problematice onemocnění štítné žlázy a pokračuje tak v započatém seriálu. Výbor společnosti souhlasil s vložením informací o Bílém kruhu bezpečí – Lince pomoci obětem kriminality a domácího násilí, je to jedno z povinných hlášení, která nám ukládá zákon. Nesmíme zapomenout na důležitou akci Mladých praktiků, již je volba nového výboru, který nahradil kolegy, kteří tuto organizaci zakládali. Vzhledem k tomu, že podle jejich stanov už do společnosti Mladých praktiků nepatří, jsou členy naší společnosti. Dovolte mi ještě jednu informaci z výboru, a sice oznámení o ILCO, Informačním centru pro stomiky a lidi s onemocněním střev, jejichž akce jsou určené nejen pacientům, ale i zdravotním sestřím a všem ostatním, kteří chtějí o stomicích vědět víc. První přednáška bude již 24. 4. a zájemci se mohou hlásit mailem na adresu: ceske.ilco@centrum.cz

V Hradci Králové 16. března 2017
MUDr. Stanislav Konšťacký, CSc.



22nd WONCA Europe Conference

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



← čas letí

**Do zahájení konference WONCA
zbývá již méně než 90 dní.**



Chceme přilákat do Prahy maximální počet kolegů a víme, že jedním z mocných nástrojů marketingu jsou sociální sítě. Každý český praktický lékař může pomoci prostou návštěvou webové stránky konference www.woncaeurope2017.eu, ale zejména návštěvou **sociálních sítí**. Aktuálně jsou na stránce odkazy na facebook, twitter a instagram. Každá návštěva se počítá a může ovlivnit rozhodování lékařů i partnerů.

Děkujeme za vaši podporu.

Z organizační a vědecký výbor
Bohumil Seifert, Jáchym Bednář, Norbert Král

Opakovaná výzva k umožnění návštěvy praxí

Bývá pravidlem, že hostitelská země konference představuje místní praxe svým kolegům ze zahraničí. Na každé konferenci se návštěvy praxí setkávají s velkým ohlasem a nadšením. Chtěli bychom proto umožnit návštěvy i našim zahraničním kolegům. Vyzýváme tudíž všechny kolegy z Prahy a dostupného okolí, aby nabídli svou praxi k návštěvě zahraničním hostům, ve dnech konference nebo těsně před ní, tak jako tomu bylo při světové konferenci v roce 2013. Přihlaste se na e-mailu ordinace.vysehrad@volny.cz nebo practicus.svl@cls.cz a uveďte, zda komunikaci v angličtině (event. ve španělštině) zvládnete sami, nebo budete potřebovat pomoc anglicky mluvícího studenta (máme zajištěny studenty 1. LF UK Praha). Po vašem přihlášení vás budeme kontaktovat s podrobnými informacemi.

Vyzvali jsme lékaře napříč Evropou, aby v ordinaci vytvořili krátké **30vteřinové videoklipy** s nějakou zdravicí účastníkům konference a sdělili, co se jim v ordinaci za poslední rok povedlo, a co byl nebo je největší problém.

Vybereme nejlepší příspěvky pro zahájení konference WONCA!

Výzva platí i pro české lékaře, uzávěrka je 30. dubna 2017



22nd WONCA Europe Conference

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



Společenský večer v Obecním domě 30. 6. 2017

Mimořádnou společenskou událostí pro praktické lékaře bude slavnostní večer v Obecním domě v Praze. Neměli byste tam chybět.

Obecní dům je nejslavnější budova secesní architektury v Praze.

Byl vybudován na místě bývalého Královského paláce v r. 1383 – 1485.

Dodnes patří k nejobdivovanějším místům v Praze.

Slavnostní společenský večer bude probíhat ve všech sálech Obecního domu, raut bude jistě skvělý a kapela výborná.

Velkým tahákem bude kapela Pajky Pajk se sólistkou Dashou.

Novela zákona

Několik postřehů z návrhu novely zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů. Jak se k problematice preskripce léků praktickými lékaři vyjadřuje bývalý ministr zdravotnictví, doc. MUDr. Leoš Heger, CSc.

Takzvané preskripční omezení stanovuje, jakou odbornou způsobilost musí mít lékař nasmlouvanou se zdravotní pojišťovnou, aby mohl daný lék předepsat k úhradě ze zdravotního pojištění. V jiném případě sice může lék předepsat i lékař bez uvedené specializace, ale pojišťovna jej nehradí. Preskripční omezení je tedy stanovené z finančních důvodů a ne z odborných. Pro pacienta je výhodnější, pokud je maximální rozsah péče koncentrován do rukou praktického lékaře. Omezování kompetence praktika vede ke snižování kvality a dostupnosti zdravotní péče. I současná legislativa určuje praktického lékaře jako koordinátora péče o registrované pacienty a povinnost poskytovat informace registrujícímu praktikovi je uložena všem ostatním poskytovatelům zdravotních služeb. Preskripční omezení vede v současné době i ke zbytečným výdajům na zdravotní pojištění. Péče poskytovaná specialisty je nákladnější, protože péče poskytovaná praktikem je hrazena kapi-

tací, zatímco, ambulantní specialisté vykazují jednotlivá vyšetření a výkony (s vyšším bodovým ohodnocením). Pokud neexistují odborné důvody, proč by nemohl praktik přípravek předepsat, nemělo by být stanoveno preskripční omezení. Indikační omezení je možné podle stavu onemocnění, linie léčby, podmínky zahájení a ukončení terapie).

V situaci, kdy je použití léčivého přípravku shledáno nákladově efektivní, a neexistují odborné důvody, proč by jejich používání mělo být limitováno na specialisty, měla by být v maximální míře umožněna dostupnost takové péče.

Předpokládaný dopad na prostředky veřejného zdravotního pojištění nemůže být jediným důvodem pro stanovení preskripčního omezení.

S uvedeným názorem docenta Hegera lze jen souhlasit a my se můžeme těšit, že jej Poslanecká sněmovna přijme.

V Hradci Králové
14. března 2017
MUDr. Stanislav Konšťacký, CSc.

NOVÝ DOKTORSKÝ STUDIJNÍ PROGRAM VHODNÝ PRO ZÁJEMCE Z ŘAD VPL (PH.D.)

Lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Hradci Králové otevřít - počínaje akademickým rokem 2017/2018 - nový čtyřletý doktorský studijní program Veřejné zdravotnictví.

Uchazeči: Obor je určen absolventům lékařských aj. fakult.

Zaměření oboru: Odlišuje se od ostatních medicínských oborů uplatňováním populačního pohledu.

Zabývá se populačním zdravím a jeho determinantami. Studuje zdravotnické systémy i zdravotnické služby, které se obyvatelstvu poskytují (počínaje zdravotními politikami, způsoby financování, dostupností péče až po hodnocení kvality a efektivity poskytované péče). Pomocí epidemiologických metod analyzuje vývojové trendy a s oporou o zdravotnická data modeluje možné scénáře. Zkoumá též etické, právní, ekonomické a sociální souvislosti poskytované péče.

Počet přijímaných studentů ročně: prezenční forma studia 1 student;
kombinovaná forma studia (při zaměstnání): 2 studenti.

Termín odevzdání přihlášky: 30. dubna 2017

Podrobnější informace: ing. Markéta Moravová, tel. 495 816 131; e-mail: moravovam@lfhk.cuni.cz
anebo prof. PhDr. J. Mareš, CSc. e-mail.: mares@lfhk.cuni.cz

E-health Roar



Dr. Roar Maagaard

Zatímco se čeští praktičtí lékaři snaží v odborných kompetencích dohnat své evropské kolegy, nabírají aktuálně další ztrátu, a to v elektronizaci zdravotnictví. Příčina je komplexní; stát ani plátcí zatím nepřišli s přijatelnou strategií. Lékařská komora není zrovna motorem vývoje a mezi praktickými lékaři převažují vlažné až rezervované postoje. Někteří dokonce vyhrožují ukončením činnosti v případě zavedení elektronického receptu.

Přitom přes 90 % všeobecných praxí používá počítač a je online. Elektronické služby (e-services) jsou k dispozici. Některé praxe používají elektronické recepty a jsou zapojeny do nemocničních sítí. Lékaři jsou ale přetížení administrativou a jsou spíše opatrní učit se a používat něco, co by je mohlo stát peníze nebo čas.

Na špičce vývoje elektronizace zdravotnictví jsou naopak dánští kolegové. Začátkem března přijel do Prahy na kontrolu stavu příprav naší konference zástupce evropské organizace WONCA, Dr. Roar Maagaard. Roarovi je 62 let a je šťastným dědečkem. Byl prezidentem dánské společnosti praktických lékařů a také předsedou organizačního výboru loňské konference WONCA v Kodani. Jako profesor primární péče působí na univerzitě v dánském Aarhusu a je jedním z partnerů místní všeobecné praxe. Využil jsem našeho setkání v Praze a požádal ho o rozhovor na téma elektronizace zdravotnictví v Dánsku.

Můžete stručně představit praxi, kde pracujete?

Pracuji v docela velké praxi v Aarhusu v Dánsku. Je nás 9 praktiků a 2 rezidenti. Většina partnerů pracuje na částečný (zkrácený) úvazek, kvůli své akademické práci, takže těch 9 praktiků je ekvivalent 7 doktorů na plný úvazek. Máme 12.000 registrovaných pacientů. Těch 9 partnerů také vlastní budovu kliniky.

Když se řekne elektronizace zdravotnictví, co to znamená pro vaši praxi?

Znamená to, že jsme úplně počítačová – tedy všechno děláme online:

- elektronické recepty
- doporučení do nemocnice, ke specialistům, na fyzioterapii, na laboratorní vyšetření, zobrazovací metody,

apod.

- výsledky laboratorních testů včetně výsledků výtěrů, poševních stěrů na cytologii a všech druhů biopsie
- propouštěcí zprávy z nemocnic i zprávy od specialistů
- konzultace s dermatologem včetně posouzení obrázků kožních lézí, pokud nechceme čekat na návštěvu pacienta na dermatologii
- speciální komunikační modul s nemocničními specialisty
- komunikace se sestrami v terénu
- samozřejmě komunikace s plátcí – než pacient opustí ordinaci, plátcé už má naši fakturu.

Můžete vysvětlit, jak tyto aplikace pomáhají vaší praxi k vyšší efektivitě?

Dřív jsme trávili tolik času na telefonu! Museli jsme psát dopisy, tisknout je, posílat. Museli jsme tisknout a podepisovat recepty – tohle vše teď je hotové během několika vteřin. Pacienti si mohou sami rezervovat čas návštěvy elektronicky, aniž by zabíraly čas našim sekretářkám. Pacienti si mohou také připravit svoje vlastní recepty, pokud je užívají opakovaně, je pro nás velmi snadné podepsat příslušný recept elektronicky.

Všechno se tak zrychlí. Např. pacient má krevní test u nás na klinice v 11.00 h. Vzorek je převezen do nemocniční laboratoře speciálním autem, krev je analyzována a máme výsledky testů okolo 14.30 h. Výsledky pošleme pacientovi předtím, než kliniku v 16.00 zavřeme a ještě stačím přidat pacientovi radu, doporučení nebo recept, pokud je to nutné.

A co elektronická komunikace s pacientem?

Pacienti mohou s lékařem komunikovat skrze šifrované a bezpečné připojení. Mohou si vyžádat opakovaný předpis, zarezervovat čas návštěvy online, vyžádat si e-konzultaci se svým praktikem (pouze pro krátké dotazy, kde není nutný přímý kontakt). Praktik může odpoví-

Rozhovor s pacientem



dat na tyto e-konzultace skrze stejné šifrované bezpečné připojení. Většina konzultací, rad a informací probíhá stejným kanálem.

Za odesílání e-laboratorních testů a poskytování e-konzultací dostává praktik ekonomickou kompenzaci ze zdravotního pojištění a částka je vyšší než při telefonní konzultaci.

Interiér ordinace dánských praktických lékařů



Kolik času denně strávíte elektronickou komunikací, ať už s pacientem nebo jinými lékaři?

Liší se to den ode dne, ale průměrně 30–60 minut denně.

Jaká část praxí v Dánsku je na stejné úrovni? Do jaké míry jsou e-services povinné/nutné v obecné praxi?

Většina dánských všeobecných praxí má 1–4 lékaře a rozvoj praxí je do vysoké míry standardizován. E-services jsou ale zavedeny ve všech praxích a jsou na stejné úrovni, bez ohledu na velikost praxe. Tyto služby jsou povinné pro všechny praktiky.

Používají všechny ordinace stejný software nebo tam je více poskytovatelů?

Máme několik různých poskytovatelů IT v obecné praxi – 3 velké a 4–5 menších společností. Ale elektronická komunikace funguje na standardní platformě, kterou musí používat všichni poskytovatelé.

Co byla pro praktické lékaře GPs zásadní motivace pro vývoj těchto systémů?

Před 25 lety bylo motivací zajištění vyšší efektivity každo-

Ordinace dánských praktických lékařů



denní práce, ale později se to stalo povinné. Teď už si praktici v Dánsku neumí ani představit, že by nepoužívali tyto IT funkce!

Co byly zásadní překážky, pokud nějaké byly?

Většina z nás je vrozeně konzervativní a řídí se pravidlem "KDYŽ TO NENÍ ROZBITÉ – NESPRAVUJ TO!". Někteří se domnívali, že rozvoj elektronizace jim zabere čas, který by mohli strávit s přímo s pacientem.

Platí praktici za e-services? Jsou některé z e-services, které poskytnete, propláceny pojišťovnami?

Ordinace si musí zaplatit hardware a software a také vysokorychlostní bezpečné připojení k "health-data-net". E-konzultace (včetně zasílání lab. výsledků a jejich hodnocení) jsou pak propláceny.

Jaký druh podpory byl poskytnut státem nebo jinou institucí, co se týče vývoje těchto systémů, zejména ohledně vzdělání, technické, materiální nebo finanční podpory?

Většinou si všechno praxe zaplatily sami. Platili jsme našim IT poskytovatelům a hodně praktiků se také podílelo na rozvoji funkčního a relevantního IT systému pro praktické lékaře. Nutné vzdělání a trénink personálu opět zaplatili praktici. Ale praktici viděli dlouhodobý benefit funkčního IT systému a elektronických služeb a byli ochotni učinit tuto investici. Ukázalo se to jako správné.

Ke zrychlení procesu rozvoje elektronizace všeobecných praxí / klinik poskytl stát částečnou finanční podporu na krátké období zhruba před 15 lety.

Ovlivňuje nějak elektronické zdravotnictví pozici praktiků mezi ostatními specialisty ve zdravotním systému?

Naše nemocnice měly potíže se svými IT systémy po mnoho let. Nemocniční lékaři si dobře uvědomují, že to byli právě praktičtí lékaři, kteří měli náskok v použití IT. Teď už nemocnice tento rozdíl dohánějí.

Máte nějaký vzkaz pro české praktické lékaře, co se týče elektronizace zdravotnictví?

Dánský pacient by nepochopil, kdyby jejich praktický lékař nebyl dostupný prostřednictvím moderních IT systémů, když všechny ostatní instituce už elektronicky dostupné jsou. V České republice to je nebo bude brzy stejné. Jsem praktický lékař už 28 let a samozřejmě, že jsem měl také problémy se zaváděním elektronizace v naší praxi. Ale když si vzpomenu na situaci před 28 nebo jen před 10 lety, jsem opravdu vděčný za moderní systémy, které máme dnes k dispozici.

Takže, drazí kolegové, jděte do toho!
Děkuji, Roare.

Rozhovor vedl
doc. MUDr. Bohumil Seifert , Ph.D.

Statické deformity přednoží - rozdělení, diagnostika, konzervativní a operační léčba



1. MUDr. Martin Korbel, Ortopedická klinika FN a LF UK Hradec Králové

2. Doc. MUDr. Karel Karpáš, CSc., Ortopedická klinika FN a LF UK Hradec Králové

Korespondenční adresa: Ortopedická klinika FN a LF UK Hradec Králové, 50005, Hradec Králové, tel. +420728762617, e-mail: korbemar@fnhk.cz

Statické deformity přednoží patří mezi nejčastěji ošetřovaná ortopedická onemocnění dospělé populace. Jedná se o skupinu typických deformit přední části nohy u geneticky predisponovaných jedinců, které se vyvíjejí v průběhu života v důsledku působení vnitřních a zevních vyvolávajících faktorů. Mezi nejčastější vnitřní vyvolávající faktory patří hormonální změny v průběhu těhotenství a klimakteria, osteoporóza skeletu a žilní městnání. Mezi zevní faktory patří převážně nadváha a nošení nevhodné obuvi s úzkou špičkou na podpatku.

Mezi statické deformity přednoží patří deformity halluxu, deformity ostatních prstů nohy a rozšíření příčné klenby nohy.

Vbočený palec nohy (hallux valgus)

Vbočený palec je nejčastěji se vyskytující deformita na noze s incidencí mezi 2–4 %². Je to komplexní deformita, která je tvořena varózním postavením I. metatarzu, valgózním a pronačním postavením základního článku palce, laterální dislokací sezamských kůstek a laterálním přesunem flexorů a extenzorů palce. Na mediální části hlavičky I. metatarzu se tvoří plošná exostóza, která tlačí v obuvi (obr. 1).

Obr. 1. Snímek obou přednoží: Levá noha (na snímku vpravo) je po korekční osteotomii pro vbočený palec, pravá noha s počínající valgózní deformitou palce.



Diagnostika vbočeného palce se opírá o typický klinický obraz deformity. Při vyšetření posuzujeme stav podélné a příčné klenby nohy, vyšetřujeme hybnost MTP a IP kloubu palce, hybnost hlezenního kloubu a patologickou nestabilitu I. TMT kloubu. Nezbytnou součástí vyšetření je zátěžový RTG snímek nohy v dorzoplantární a bočné projekci. Na dorzoplantární projekci v zátěži hodnotíme úhel mezi osou I. a II. metatarzu (intermetatarzální úhel – IMA), úhel mezi osou I. metatarzu a osou základního článku palce (úhel valgozity palce – HVA) a úhel mezi linií procházející okraji artikulární plochy hlavičky I. metatarzu a kolmicí na osu I. metatarzu (úhel distální artikulární plochy I. metatarzu – DMAA) (obr. 1.). Na bočné projekci hodnotíme podélnou klenbu nohy a nestabilitu I. TMT kloubu, která se projevuje divergencí kloubních ploch kuneometatarzálního kloubu. (obr. 2.)

Obr. 2. Dorzoplantární RTG přednoží v zátěži: IMA – intermetatarzální úhel (norma do 9°), HVA – úhel valgozity palce (norma do 15°), DMAA – úhel distální artikulární plochy I. metatarzu (norma do 10°).



Konzervativní léčba vbočeného palce je vyhrazena pro počáteční stadia, kdy je vada dynamická. Doporučujeme měkké korektory, které se vkládají mezi palec a druhý prst nebo ortézy táhnoucí hallux do korigovaného postavení. Vhodná je obuv bez podpatku s oválnou prostornou špičkou.

Indikace operace jsou individuální. Je třeba zohlednit

věk a celkový stav pacienta, míru deformity a stabilitu I. TMT kloubu. Operace lze rozdělit do čtyř skupin.

První skupinu tvoří operace na měkkých tkáních, kde se nejčastěji provádí uvolnění struktur na laterální straně základního kloubu palce a naopak tonizace kloubního pouzdra na mediální straně. Tyto operace jsou vyhrazeny pro lehké deformity nebo se využívají jako součást jiných typů operací.

Druhou skupinu tvoří korekční osteotomie, při níž korigujeme deformitu palce osteotomií v oblasti I. metatarzu, proximální nebo distální falangy při zachování neporušeného kloubu. Je zde užívána celá řada modifikací.

Do třetí skupiny patří resekční interpoziční arthroplastiky. Jak název napovídá, provádíme resekci bazální části základního článku palce a nebo distální části I. metatarzu. Odstraněná část kosti zasahuje do základního kloubu palce, který je nahrazován interpozicí měkkých tkání. Do této skupiny patří také Kellerova resekční arthroplastika, která byla donedávna nejužívanější operací vbočeného palce. Díky ztrátě dynamické a statické funkce základního kloubu palce v důsledku této operace dochází k přetížení sousedních metatarzů, což se projeví jako tzv. transfer metatarzalgie. Z toho důvodu se od této operace ustupuje³. U některých pacientů má ovšem při správném provedení stále své opodstatnění i dobré výsledky.

Poslední skupinu tvoří arthrodezy, které jsou prováděny na TMT, MTP i IP kloubu halluxu. Jsou indikovány u nestabilit kloubů, u těžkého degenerativního postižení nebo jako součást reoperací. Výsledky arthrodez jsou i přes ztrátu hybnosti dězovaného kloubu dobré.

Samostatnou kapitolou jsou náhrady MTP kloubu halluxu, které jsou využívány převážně u degenerativního postižení kloubu. Lze je rozdělit na hemiarthroplastiky, kde se implantuje komponenta do proximální falangy při zachování hlavičky I. metatarzu a totální náhrady s implantací falangeální i metatarzální komponenty. Diskutovanou komplikací je aseptické uvolnění komponenty, které se vyskytuje až u 1/3 pacientů. Řešení této komplikace je velmi obtížné z důvodu vzniklého kostního defektu po uvolnění komponentě. Z tohoto důvodu nejsou klinické výsledky endoprotetiky I. MTP kloubu do současné doby přesvědčivé.

Deformity ostatních prstů

Deformity ostatních prstů nohy nacházíme buď jako samostatnou vadu, nebo častěji jako vadu sdruženou s deformitami palce, tvořící komplexní postižení přednoží⁴.

Nejčastější deformitou prstů je kladívkový prst (digitus hamatus). Je tvořen flekční deformitou PIP kloubu s tvorbou typického otlaku nad tímto kloubem a extenčním postavením v MTP kloubu. U flexibilní deformity lze

prst v PIP kloubu plně extendovat a obvykle postačí fyzioterapie a kvalitní prostorná obuv. Rigidní deformity se obvykle řeší operačně. Je popsáno mnoho operací. Většina z nich spočívá v resekci hlavičky základního článku prstu s odstraněním otlaku.

Další deformitou je paličkový prst (digitus malleus) s flekční deformitou v DIP kloubu a extenčním postavením v PIP kloubu. Otlak se obvykle tvoří na špičce prstu. U flexibilních vad provádíme tenotomii dlouhého flexoru při úponu na bazi distálního článku prstu. U rigidní vady provádíme resekci hlavičky středního článku s tenotomií dlouhého flexoru.

Dráповitý prst je tvořen flekční deformitou v PIP i DIP kloubu a je spojen s hyperextenzí až subluxací v MTP kloubu prstu. Tato deformita bývá často spojena s řadou neuromuskulárních onemocnění (např. morbus Charcot-Marie-Tooth, myelodysplazie a další)⁴. Řešení této deformity je se obvykle provádí kombinací předchozích typů operací. Při subluxaci v MTP kloubu je nutné připojit dorzální kapsulotomii v MTP kloubu s prolongací dlouhého extenzoru prstu nebo subkapitální Weilovu osteotomii metatarzu (obr. 3).

Obr. 3. Bočný RTG nohy v zátěži: šipka značí divergenci kloubních ploch kuneometatarzálního (I. TMT) kloubu.



Rozšíření příčné klenby nohy (pes transversoplanus)

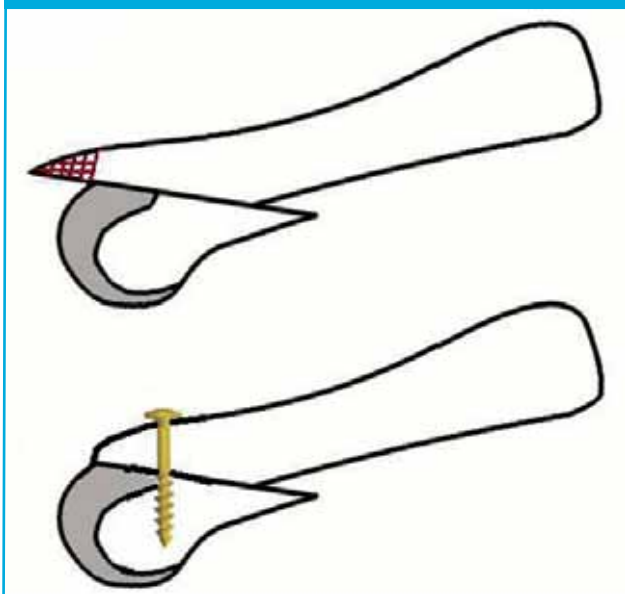
Pes transversoplanus je komplexní vada. V důsledku divergentního průběhu a elevace okrajových metatarzů dochází k přetížení centrálních metatarzů a ke vbočení palce a vybočení malíku. Bolesti pod hlavičkami přetížených metatarzů se označují jako metatarzalgie. Metatarzalgie jsou u pacienta s poklesem příčné klenby hlavním důvodem návštěvy ortopeda.

U příčného plochonoží s rozvinutými metatarzalgii se vlepují do obuvi srdíčka, na která se přenesou část zátěže. Můžeme také předepsat ortopedické vložky s již vytvořeným srdíčkem nebo vložky individuálně zhotovené podle otisku nohy. (obr. 4). V rámci rehabilitace se provádí mobilizace kloubů a měkké techniky, posilují se oslabené svaly, provádí se strečink a fyzikální terapie⁵.

Při přetrvávání obtíží je nutné přistoupit k operační léčbě. Je popsána řada operací. Nám se osvědčila Weilova osteotomie. Jedná se o horizontální osteotomii v oblasti krčku metatarzu s posunem plantárního frag-

mentu s hlavicí proximálně a fixací z dorzálního fragmentu pomocí šroubu. (obr. 4). Zkrácením operovaného metatarzu se snažíme o vytvoření plynulého distálně konvexního oblouku kopírujícího hlavičky všech metatarzů (obnovení tzv. Maestro linie). Cílem operace je obnovení co nejsprávnějšího zatížení přední části nohy a dosažení fyziologického přenosu sil při zatížení. Pooperační rehabilitace se řídí stejnými obecnými pravidly jako rehabilitace po úrazech a operacích ligamentózního aparátu nohy. Provádíme pasivní a aktivní cvičení, tonizaci svalových a šlachových struktur, protiotoková opatření, elevaci končetiny⁶.

Obr. 4. Sagitální řez metatarzem: schéma Weilovy osteotomie s posunem plantárního fragmentu proximálně s fixací šroubem z dorzálního fragmentu a resekci přebytečné kosti z dorzálního fragmentu (šrafovaně).



Závěr

Základní funkcí nohy je statická podpora těla ve stejné fázi kroku a akcelerace těla dopředu. Vlastní krok se dělí na fázi statickou a dynamickou. Rozhodující význam pro zatížení přednoží má napětí svalů nohy, napětí plantární fascie, anatomické postavení metatarzů, postavení a hybnost subtalárního a hlezenního kloubu. Pro správné posouzení a léčbu statických deformit přednoží musíme komplexně vyšetřit celou dolní končetinu. Příčinou obtíží může být patologie vyskytující se proximálně od přednoží. Chybou je léčba následků onemocnění na přednoží při ponechání příčiny obtíží, která se vyskytuje proximálněji. U počátečních dynamických vad je vhodná konzervativní léčba, která se skládá z vhodné vedené rehabilitace, úpravy vložek nebo obuvi a užívání korektorů a ortéz. Pokud konzervativní léčba nevede k odstranění potíží, přistupujeme k operační léčbě. Spektrum operací statických deformit přednoží je široké. Jejich volba závisí převážně na zkušenostech operátora. Stejnou vadu lze obvykle operačně řešit různým způsobem s dobrými výsledky. Pokud ovšem zvolíme nevhodný způsob léčby pro danou deformitu, výsledek operace je velmi nepříznivý a dále obtížně řešitelný.

Literatura:

1. Dungal T, Chomiak J., Ortopedie, Grada Publishing, 2005, p. 1131-1155.
2. Meyerson MS., Badekas A., Hypermobility of the first ray. Foot Ankle Clin., 2000, p. 469-484.
3. Barták V., Hromádka R., Anatomická studie úponové části m. flexor hallucis brevis pro klinickou praxi, Acta Chir. orthop. Traum. Čech., 2011, p. 145-148.
4. Popelka S., Sosna A., Chirurgie nohy a hlezna, 2014, p. 147-156.
5. Prajková H., Šlapáková K., Možnosti fyzioterapie u příčně ploché nohy v souvislosti s ovlivněním hlubokého stabilizačního systému, bakalářská práce, 2010.
6. Medek V., Časná rehabilitace po operacích nohy, Ortopedie 2/2013.

Fyzická aktivita a jóga: jejich působení na psychiku



MUDr. Karel Nešpor, CSc.

Psychiatrická nemocnice Bohnice

Úvod

V roce 2006 jsem se ve Slovinsku zúčastnil semináře, který vedl jeden významný indický mistr. Mimo jiné demonstroval cvičení, o kterém tvrdil, že zpomaluje stárnutí mozku. Po návratu domů jsem se pustil do studia odborné literatury. Ke svému překvapení jsem zjistil, že fyzická aktivita mozku opravdu prospívá, a to ve více směrech (Nešpor a Csémy, 2006). Od té doby se v tomto směru objevila řada nových a prakticky užitečných poznatků.

Fyzická aktivita a psychika

Kognitivní funkce, jako jsou paměť, pozornost a soustředění

Pozitivní vliv tělesné aktivity na kognitivní funkce prokázala řada autorů. To se týká všech věkových kategorií, příznivý účinek fyzické aktivity byl zjištěn u adolescentů (Subramanian a spol., 2015) i u osob nad 70 let (Bouaziz a spol., 2017). Jeden z mechanismů, jak k tomu dochází, spočívá v tom, že fyzická aktivita stimuluje sekreci BDNF (brain-derived neurotrophic factor, Heijnen a spol., 2016). BDNF napomáhá přežívání existujících neuronů a podněcuje růst nových nervových buněk a synapsí.

Mírnění depresivní symptomatologie

Příznivý vliv tělesné aktivity na depresivní symptomatologii se uplatňuje i u těžších forem depresí (Bewernick a spol., 2017). Sun a spol. (2016) použili chůzi v kombinaci s relaxační technikou a zjistili u pacientek s rakovinou prsu zmírnění deprese a nižší riziko suicidálního jednání. Mírnění depresivních příznaků je užitečné samo o sobě i jako prevence postižení kognitivních funkcí ve vyšším věku (Mathersul a Rosenbaum, 2016) a předčasné smrti. K podobným závěrům dospěli i Siqueira a spol. (2016). Tito autoři navíc konstatují, že fyzická aktivita zesiluje efekt antidepresiv.

Mírnění úzkosti

Stubbs a spol. (2017) zjistili v rozsáhlé mezinárodní studii, že přiměřená fyzická aktivita je spojena s nižší

mírou úzkosti. Podle citovaných autorů navíc fyzická aktivita usnadňuje sociální interakci.

Tělesná aktivita a jiné emoce

I mírná tělesná aktivita, jako je chůze, zlepšuje emoční stav (Sakuragi a Sugiyama, 2006, Yuenyongchaiwat, 2016). Hněv a nadměrná fyzická aktivita zvyšují riziko srdeční příhody (Smyth a spol., 2016) a lze předpokládat, že kombinace obou těchto faktorů riziko ještě zvýší. Hněvu se týká i práce autorů Pels a spol. (2016). Tito autoři zjistili, že neagresivní fyzická aktivita, v jejich experimentu veslování, mírnila hněv, kdežto nácvik bojových sportů hněv neovlivnil.

Lepší zdravotní stav

Tělesná aktivita je prevencí kardiovaskulárních nemocí a dalších poruch, které poškozují centrální nervový systém.

Tělesná aktivita a celková relaxace

Po skončení cvičení nastává relaxace a předchází fyzická aktivita usnadňuje nácvik relaxačních technik. Toho se využívá v józe, kde se na závěr cvičební jednotky většinou zařazuje delší relaxace.

Tělesná aktivita a bažení (craving)

Za pomoci fyzické aktivity lze lépe zvládat bažení (craving) po návykových látkách a zlepšit kvalitu života závislých osob (Giménez-Meseguer a spol., 2015, Tritter a spol., 2015). Bažení po jídle může mírnit dokonce i jen představa oblíbené fyzické aktivity (Knäuper a spol., 2011).

Zdravé sebevědomí

Přiměřená fyzická aktivita posiluje sebevědomí mimo jiné tím, že díky ní vnímá jedinec pozitivněji své tělo a jeho možnosti (Zamani a spol., 2016).

Sociální aspekty fyzické aktivity

Při turistice nebo společném cvičení lze najít nové přátele a překonat tak osamění. Vlivem sociálních faktorů mohou ale některé sporty působit i negativně, např. u dospívajících fotbalistů se zjistila v porovnání s vrstevníky vyšší spotřeba alkoholu (Nešpor a Csémy, 2016).

Poznámka k vrcholovému sportu

Vrcholový sport často představuje spíše rizikový než ochranný faktor. Soupeřivé prostředí, stres a přehnaná snaha vítězit neprospívají zdraví ani psychice. Opakovaně jsme se setkali s jedinci, kteří považovali vrcholový sport za svoji životní prioritu. Pak náhle ukončili kvůli

zranění nebo nedostatečným výkonům sportovní kariéry a jejich hodnotový systém se zhroutil. Objevily se psychické problémy a návykové nemoci.

Jóga a psychika

Velká část těch, kdo praktikují jógu v Evropě, využívá tělesná cvičení. Některá z těchto cvičení kladou určité fyzické nároky a v józe se najde i řada dynamických cvičení (např. Pozdrav slunci). Výše uvedené příznivé účinky fyzické aktivity lze proto vztáhnout i na jógu.

Kognitivní funkce

Gothe a spol. (2017) zjistili příznivý efekt tělesných cvičení jógy na kognitivní funkce u osob vyššího věku. Gothe a spol. (2016) uvádějí, že jedním z mechanismů, jak jóga zlepšuje kognitivní funkce, je zmírnění stresu. Butzer a spol. (2016) popsali příznivý efekt jógy na soustředění a uvědomování u mladých hudebníků. U zkoumaných osob zjistili také nižší trému.

Pozitivní efekt exekutivní funkce zaznamenali u dospívajících po tři měsíce trvajícím cvičení jógy Purohit a Pradhan (2016).

Mírnění depresivní a úzkostné symptomatologie

Podobně jako fyzická aktivita i jóga mírní pocity deprese, jak o tom svědčí práce autorů Chu a spol. (2017). Helgadóttir a spol. (2016) zjistili v kontrolované studii, že jóga a aerobik mírní depresivní příznaky přibližně stejně. Sharma a spol. (2017) uvádějí po dechových cvičeních jógy zlepšení u depresivních osob rezistentních vůči farmakoterapii. Morgan a spol. (2016) popsali příznivý účinek jógy u generalizované úzkostné poruchy.

Relaxace

Jóga zlepšuje uvědomování těla i psychiky. To usnadňuje celkovou i částečnou relaxaci a uvolnění za pohybu (Gaiswinkler a Unterrainer, 2016). Relaxace přináší řadu výhod sama o sobě a tím spíše v kombinaci s fyzickou aktivitou. V józe navíc existuje řada postupů, jak navodit celkové uvolnění. Bhargav a spol. (2016) zjistili, že za pomoci jógové relaxace lze zlepšovat kognitivní funkce u nemocných s roztroušenou sklerózou. Takto lze také mírnit depresivní a úzkostnou symptomatologii (Rani a spol., 2012) a menstruační obtíže (Rani a spol., 2011).

Mírnění bolesti

Jedna z častých indikací relaxačních technik je mírnění bolestí různého původu (Nešpor, 1998) a v této indikaci je účinná i jóga (např. Kan a spol., 2016, a spol., 2016, Gonçalves a spol., 2017).

Jóga a prevence nebo léčba návykových nemocí

- S pomocí jógy lze účinně mírnit stres. Ten se často podílí na vzniku návykových nemocí. Návykové nemoci navíc zvyšují riziko závažných životních událostí, což působí další stres. Klíčovým znakem všech návykových nemocí je bažení (craving), které je provázeno stresem. Dobré zvládnutí stresu usnadňuje zvládnutí bažení a zlepšuje sebeovládání.

- Jóga a meditace také napomáhají zdravějšímu životnímu stylu a jsou užitečné jako prevence návykových nemocí (Berent a spol. 2014, Haaga a spol., 2011, Penman a spol., 2012).

- Sebeovládání úzce souvisí se sebeuvědomováním. Díky sebeuvědomování lze včas rozpoznat bažení (craving) a jiné rizikové duševní stavy, jako jsou únava nebo silné emoce. Jóga a józe blízké meditační techniky jsou v tomto směru velmi užitečné (Lyons a Cantrell, 2016, Davis a spol. 2013).

- Jóga také napomáhá rozvoji spirituality (Woodside a Culos-Reed, 2016), o jejíž prospěšnosti se zmiňujeme jinde (Nešpor, 2013).

- Jóga a jí příbuzné metody lze při léčbě návykových nemocí kombinovat s jinými postupy (Grow a spol., 2014, Alfonso a spol., 2011), a zesilovat tak jejich efekt.

- Reddy a spol. (2014) referují o nižší spotřebě alkoholu a drog po praktikování jógy u žen s posttraumatickou stresovou poruchou. Objevily se např. zprávy o využívání jógy při zvládnutí odvykacích stavů (Zhuang a spol. 2013).

- Součástí jógy jsou i dechová cvičení. Shahab a spol. (2013) zjistili po jednoduchém jógovém dechovém cvičení nižší bažení po nikotinu u závislých na tabáku. Pohyb je v józe často sladěn s dechem, klade se důraz na dlouhý a úplný výdech a abdominální dýchání. Abdominální dýchání je typické pro relaxaci a má zklidňující efekt. Toho se využívá v józe i v čchi-kungu. Na nácvik abdominálního dýchání a jeho aplikaci v běžném životě klademe při práci s pacienty velký důraz. Výhodou je, že lze se takto nenápadně uklidnit a zvládnout bažení i během denních aktivit.

Vzdělávání

Jednoduchá cvičení jógy lze dobře integrovat do vzdělávacího systému. Ferreira-Vorkapic a spol. (2015) zjistili, že se tak u žáků v porovnání s kontrolní skupinou mírnily napětí a úzkost, zvýšilo sebevědomí a zlepšila paměť. K podobným závěrům dospěli i Sethi a spol. (2013).

Další účinky

Jóga vedla u žen v porovnání s posilovacími cvičeními k většímu sebevědomí ve vztahu k vlastnímu tělu

a spokojenosti s ním. To jim poskytovalo větší jistotu při interakci s druhými lidmi (Gammage a spol., 2016). Donnelly a spol. (2016) zjistili po osmi týdnech praktikování jógy zlepšení kvality života u dospělých po úrazu mozku. Gaiswinkler a Unterrainer (2016) zjistili v porovnání s kontrolní skupinou u osob soustavně se věnujících se józe kvalitnější duchovní život, lepší uvědomování a méně depresivních příznaků. Jóga se také ukázala užitečná u osob vyššího věku s poruchami spánku (Halpern a spol., 2014).

Sociální aspekty praktikování jógy

Dobře volená cvičení jógy jsou vhodná i pro osoby vyššího věku a fyzicky méně zdatné. Při společném praktikování se rozšiřuje síť sociálních vztahů. Motivace ke cvičení jógy jsou často zdravotní a většina osob praktikujících jógu žije v porovnání s běžnou populací zdravěji, což působí příznivě i na jejich okolí.

Psychologická rizika jógy a některé kontraindikace

Osobám s psychotickým onemocněním se nedoporučují dlouhé meditace nebo relaxace. Někteří cvičenci během delší relaxace usínají, což by mohlo působit problémy v případě epilepsie. Pro cvičence s epilepsií nejsou vhodná také některá dechová cvičení. Specifické kontraindikace mají i další cviky, např. ty, při kterých je hlava po úrovni srdce, nejsou vhodné u osob s glaukomem. Rizika jógy jsou podstatně nižší než u většiny sportů, ale i tak je vhodná opatrnost, zvláště u osob na 65 let.

Některá další józe podobná cvičení

- S jógou má mnoho společného čchi-kung. I v něm se praktikuje uvědomovaně, často v souladu s dechem, a bývá přítomna částečná relaxace.

- Uvědomovaně se praktikují i fyzioterapeutická cvičení. Některá z nich pocházejí z jógy nebo k ní mají blízko, jako např. pozice kobry v sestavě, jejíž autorem je McKenzie.

- Dr. Madan Kataria vytvořil tzv. „jógu smíchu“. Nejedná se o tradiční směr jógy, z vlastní zkušenosti ale víme, že smích a humor může společné cvičení jógy oživit a příjemnit (Nešpor, 2015). Kromě toho je smích užitečný při prevenci stresu a přináší i další výhody. Yim (2016) uvádí, že smích mírní biochemické změny typické pro stres, a ovlivňuje metabolismus serotoninu, dopaminu a endorfinů v mozku. Cha a Hong (2015) vysvětlují skutečnost, že smích mírní depresivní symptomatologii vlivem na metabolismus serotoninu. Smích také mírní bolest. Dunbar a spol. (2012) předpokládají, že zvýšená sekrece endorfinů při smíchu v běžném společenském životě napomáhá vytváření sociálních vazeb. Další informace o smíchu jsme zmínili jinde (Nešpor, 2016).

Závěr

Přiměřená fyzická aktivita a cvičení jógy podstatně zlepšují psychický stav a duševní výkonnost. Příznivý vliv jógy na duševní zdraví je dán kombinací více faktorů. Patří k nim kromě fyzické aktivity i celková a částečná relaxace, uvědomování, regulace dechu a spiritualita. Je žádoucí, aby zdravotníci o těchto skutečnostech věděli a vhodnou, soustavnou a pravidelnou fyzickou aktivitu doporučovali pacientům.

Literatura k dispozici u autora.

Doping v ambulanci praktického lékaře



prof. MUDr. Eliška Sovová, Ph.D, MBA

Klinika tělovýchovného lékařství a kardiovaskulární rehabilitace LF a FN Olomouc

RNDr. Jan Chlumský

Antidopingový výbor ČR

Abstrakt

Článek jednoduchou formou shrnuje základní principy dodržování antidopingových pravidel při vyšetřování sportovců v ordinaci praktického lékaře. Na příkladu kazuistik ukazuje nejčastější problémy při terapii sportovců.

Úvod

Praktický lékař (PL) má nezastupitelnou úlohu v provádění prohlídek sportovců zejména ve výkonnostní kategorii, viz tab. č. 1.^{1,2}. Součástí prohlídky sportovce je i rozbor farmakologické anamnézy se zaměřením na doping. Stejně tak je třeba na otázku dopingu myslet i při předpisu léků u všech sledovaných sportovců.

Doping je definován jako jev, při němž dochází k porušení jednoho nebo více antidopingových pravidel. Antidopingová pravidla sportovec překračuje, když je u sportovce prokazatelná přítomnost zakázané látky, jejích metabolitů nebo indikátorů, pokud sportovec použije nebo se pokusí použít zakázanou látku nebo metodu, odmítne se dostavit nebo se nedostaví k odběru vzorku bez náležitého důvodu po výzvě nebo se jinak vyhne dopingové kontrole, poruší požadavky týkajících se dostupnosti sportovce pro kontrolu mimo soutěž, podvádí nebo se pokusí podvádět v průběhu dopingové kontroly, má v držení zakázané látky a látky umožňující zakázané metody, nelegálně nakládá s jakoukoliv zakázanou látkou nebo látkou umožňující zakázané metody, podává nebo se jiná osoba pokusí podávat zakázané látky nebo aplikovat zakázané metody sportovci.

Antidopingový výbor (ADV) je nejvyšším orgánem a výhradním odborným pracovištěm s celostátní působností zabezpečující antidopingový program ČR. Tento odborný garant pro dopingovou problematiku vznikl v roce 1999 a jeho zřizovatelem je MŠMT ČR. Jeho činnosti jsou kontrolní, legislativní, informační a výchov-

ná. ADV vydává Směrnici pro kontrolu a postih dopingu ve sportu v České republice, která je platná pro všechny sportovce.

ADV uvádí na svých webových stránkách www.antidoping.cz základní dokumenty, které se k otázce dopingu vztahují (Světový antidopingový kodex, Mezinárodní úmluva proti dopingu ve sportu UNESCO, Evropskou antidopingovou úmluvu, Mezinárodní olympijskou chartu proti dopingu) a dále všechny dostupné a aktuální informace o dopingu nejen pro sportovce.

Seznam zakázaných látek a metod dopingu pro rok 2017 je uveden na webovém odkazu³ a jejich přehled je uveden v tabulce č. 2. Seznam hromadně vyráběných léčivých přípravků⁴ pak uvádí jednotlivé léčivé přípravky obsahující zakázané látky z hlediska dopingu a registrovaných v ČR k datu 1. 1. 2017. Tento seznam je vydáván jako pomůcka lékařům pro léčení sportovců na základě ustanovení Směrnice pro kontrolu a postih dopingu ve sportu. Podle této Směrnice jsou registrovaní sportovci povinni při užívání léků dodržovat určitá omezení. Lékař, který ví, že léčí sportovce, by měl zvolit alternativní léčbu bez zakázaných látek. Zakázané léky lze sportovcům předepsat pouze po předchozím podání žádosti o terapeutickou výjimku příslušné mezinárodní sportovní federaci nebo Antidopingovému výboru ČR³.

Kazuistika 1.

Muž 45 let, který se věnuje automobilovému sportu, si při vyšetření stěžuje na palpitace. Při 24 hodinovém monitorování EKG jsou potvrzeny paroxysmy fibrilace síní. Nasazený propafenon sice potlačí arymii, ale pacient ho špatně snáší. Proto nasazen betablokátor, při kterém je pacient bez potíží a na EKG již není nalezena arytmie. Nicméně betablokátor patří do skupiny látek zakázaných při určitých sportech a to v případě automobilového sportu při soutěži. Možné řešení tohoto případu:

- Požádat o terapeutickou výjimku
- Nepoužívat lék několik dní před soutěží a při soutěži
- Provést katetrizační ablaci fibrilace síní.

V tomto případě byla použita třetí možnost- pacient podstoupil úspěšnou ablaci arytmie a je dále bez antiarytmické medikace.

Kazuistika 2.

Muž 34 let, aktivní hokejista má nekompenzovanou hypertenzi, na kterou užívá ACE inhibitor. Internista mu do terapie přidá diuretikum. Při kontrole na klinice tělovýchovného lékařství je pacientovi vysvětleno, že diuretikum patří do seznamu zakázaných látek (S5) a diuretikum je nahrazeno kalciovým antagonistou. Při kontrolní 24 hodinové monitoraci krevního tlaku má pacient průměry krevního tlaku v normě.

Tab. č. 1. Prohlídky sportovců podle platné legislativy

	Prohlídky provádí	Obsah prohlídky
tělesná výchova v rámci vzdělávacích programů a uvolnění z vyučování v předmětu tělesná výchova a sport pro všechny	registrující poskytovatel	Jednorázová prohlídka: základní vyšetření+laboratoř a jiná odborná vyšetření
výkonnostní sport v organizovaných sportovních soutěžích	registrující poskytovatel nebo poskytovatel v oboru tělovýchovné lékařství	Vstupní: základní vyšetření+antropometrie+EKG+laboratoř a jiná odborná vyšetření podle stavu U vyjmenovaných sportů +zátěžové EKG s tlakem krve Pravidelná jednou ročně: základní vyšetření+laboratoř a jiná odborná vyšetření podle stavu

Tab. č. 2. Seznam zakázaných látek a metod dopingu pro rok 2017

Látky a metody zakázané stále	Příklady látek
S0- neschválené látky	Léčiva v preklinickém nebo klinickém stadiu výzkumu
S1- anabolické látky	Methyltestosteron, stanozolol, testosteron, klenbuterol...
S2- peptidové hormony, růstové faktory, příbuzné látky a mimetika	Erythropoetin, sotatercept, kobalt, choriogonadotropin, luteinizační hormon, kortikotropiny, růstový hormon, ghrelin,růstové faktory (PDGF, HGF.)...
S3- beta2 agonisté	Vyjímka inhalační salbutamol (do 1600 mikrogramů/24 hod), inhalační formoterol (do 54 mikrogramů/24 hod), inhalační salmeterol (do 200 mikrogramů/24 hod)
S4- hormonové a metabolické modulatory	Inhibitory aromatáz, selektivní modulatory estrogenových receptorů, ostatní antiestrogenní látky, látky modifikující funkci myostatínu, metabolické modulatory (meldonium, trimetazidin)...
S5- diuretika a maskovací látky	Desmopressin, plasmaexpandery, všechna diuretika
M1-manipulace s krví a krevními komponentami	Podání krve, červených krvinek, umělé zvyšování spotřeby kyslíku
M2- chemická a fyzikální manipulace	Podvádění nebo pokus o podvod, nitrožilní infuze více než 50 ml/6 hodin kromě infuzí legitimně přijatých v průběhu nemocničních zákroků nebo klinických vyšetřovacích metod.
M3- genový doping	Transfer polymerů nukleových kyselin, použití normálních nebo geneticky modifikovaných buněk
Látky a metody zakázané při soutěžích	
S6- stimulancia	Amfetamin, fentermin, kokain, metamfetamin, modafinil, adrenalin (není zakázán při lokálním podání), efedrin (nad 10 mikrogramů v 1 ml moči), fenetylamin, fenmetrazin, pseudoefedrin...
S7- narkotika	Fentanyl, morfin, oxykodon, petidin...
S8- kanabinoidy	Marihuana, hašiš, SPICe...
S9- glukokortikoidy	Glukokortikoidy podané orálně, rektálně, nitrožilně nebo nitrosvalově
Látky zakázané při určitých sportech	
P1- alkohol	Při soutěži automobilový sport, letecké sporty a parašutismus, lukostřelba, vodní motorismus
P2- betablokátory	Při soutěži: automobilový sport, biliard, golf, lyžování- skoky, akrobatické lyžování, podvodní sporty, šipky I mimo soutěž: lukostřelba, střelba

Literatura:

1. Zákon 373/2011 Sb - Zákon o specifických zdravotních službách, který v § 51 „Posuzování zdravotní způsobilosti ke vzdělávání, k tělesné výchově a sportu“ odstavec 3 (2011)
2. Vyhláška MZ 391/2013 Sb- O zdravotní způsobilosti k tělesné výchově

3. http://www.antidoping.cz/zakazane_prostredky_leky.php
4. http://www.antidoping.cz/documents/svetovy_antidopingovy_kodex_2017_zakazane_latky_a_metody.pdf

V boji s HIV je zásadní včasná diagnóza a dodržování léčby

Někteří lidé po diagnóze „HIV pozitivní“ propadnou zoufalství a beznaději. Mají pocit, že ať udělají cokoli, brzy zemřou na následky nákazy. Pokud ale zahájí individuálně vybranou a lékařem předepsanou léčbu co nejdříve, nejlépe maximálně do několika měsíců od včasné diagnózy, a důsledně ji dodržují, mohou vést kvalitní život i desítky let. Množství viru v těle se totiž dá vhodnou medikací snížit na úroveň, při níž se nemoc neprojevuje díky lépe fungujícímu imunitnímu systému. Ten pak snáze odolává běžným infekčním onemocněním, na něž jinak pacienti s HIV umírají během několika málo let.

Dodržováním léčby lze zabránit propuknutí AIDS

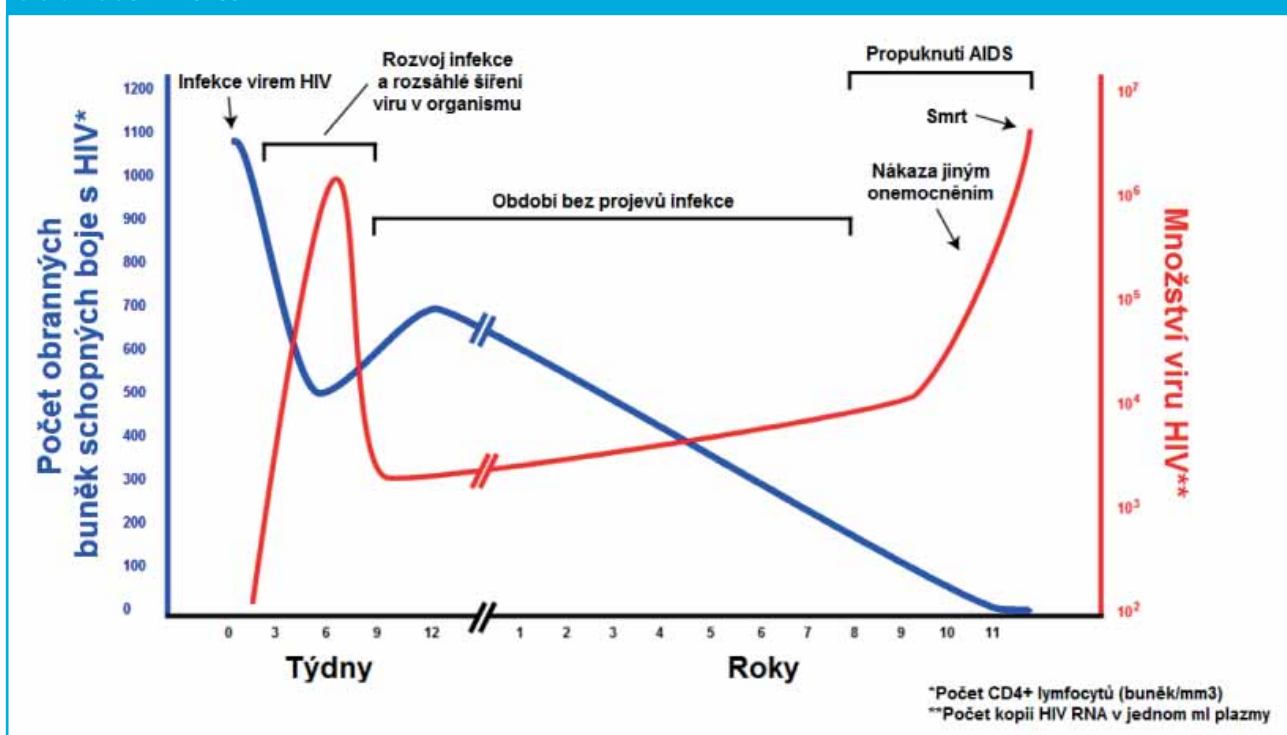
Moderní antivirotika používaná k léčbě HIV jsou vysoce účinná. Dokáží potlačit množení viru, který se bez léčby dělí na miliardy virových částic denně. Aby tuto funkci plnila efektivně, musí pacient dodržovat lékařem doporučenou terapii. To vyžaduje pravidelné užívání vyhovující kombinace a množství léků ve stejný čas v závislosti na předepsané frekvenci. Aby léčba přinesla optimální výsledky, měl by pacient užít správným způsobem alespoň 95 % dávek léku. I jeho mírně snížené množství v organismu totiž může vést ke zvýšení množství viru HIV v těle a naopak poklesu počtu bílých krvinek schopných boje s infekcí. Pokud nemocný užívá léky jednou denně, pak i 1 až 2 vynechané dávky za měsíc mohou předsta-

vovat významné riziko spojené mimo jiné se vznikající odolností viru vůči lékům. Nedodržování léčby má za následek také zvýšení takzvané virové nálože, která je indikátorem množení viru v krvi nakažené osoby. Když je virová nálož snížena na nulovou hodnotu (množství viru v krvi není měřitelné laboratorními testy), je imunitní systém nakaženého odolnější vůči běžným infekcím a propuknutí onemocnění AIDS. Mluvíme o nedetekovatelné náloži. Právě ta je cílem moderní léčby HIV. „Dodržuje-li pacient léčbu, je výrazně méně infekční v porovnání s neléčenou osobou nebo osobou nedodržující léčbu. Riziko přenosu HIV na druhou osobu se podstatně snižuje zmenšením virové nálože na nedetekovatelnou. Přesto hrozba přenosu infekce přetrvává a je bezpečnější se chránit, např. kondomem,“ vysvětluje **MUDr. David Jilich z Infekční kliniky a HIV centra Nemocnice Na Bulovce.**

Zmutované formy HIV jsou hrozbou i pro infikované

Zvýšení virové nálože a s ní spojená vyšší náchylnost k běžným infekčním onemocněním nejsou jedinými negativními důsledky nedodržování léčby. Virus se při nedostatku antivirotik v krvi snadno množí a mutuje v odolné rezistentní formy. Čím více se virus dělí, tím častěji dochází k chybám v jeho genetické informaci a jeho mutacím. Pacient přestává reagovat na léčbu a jeho imunitní systém je významně ohrožen. Zmutovaný kmen viru snáze odolává antivirotikům, která byla

Graf: Průběh infekce HIV



vyvinuta pro jiné formy daného viru. Právě přenos zmutovaného viru na jinou osobu představuje významné riziko v léčbě HIV. Toto pravidlo platí nejen pro nakažení zdravých osob, ale také lidí HIV pozitivních, kteří mají v těle jiný kmen viru. Může pak dojít k tzv. superinfekci, kdy se osoba infikovaná HIV znovu nakazí odlišným, zmutovaným virem. Léčba superinfekce je pak mimořádně složitá a náročná.

Rychlé zahájení léčby může ochránit imunitní systém

Účinnost léčby v neposlední řadě ovlivňuje i její včasné zahájení. Čím dříve jsou pacientovi nasazena antivirotika, tím více se zvyšují jeho šance na kvalitní a dlouhý život. Zkracuje se totiž doba, během níž se virus může množit a mutovat do forem nereagujících na léčbu. Zároveň se zabráňuje snížení počtu obranných buněk imunitního systému, skupiny bílých krvinek schopných boje s HIV. Přestože se během klidové fáze infekce díky absenci příznaků může zdát, že je virus pod kontrolou, množství obranných buněk dále klesá. Včasnější nasazení léčby tak pacientovi zajistí přežití více bílých krvinek, s nimiž může bojovat proti infekci HIV a běžným infekčním onemocněním.

Pozn.: Graf znázorňuje průběh infekce virem HIV. Po infekci virem reaguje tělo zvýšenou teplotou, zvět-

šením mízních uzlin nebo nočním pocením. Mluvíme o tzv. akutní infekci, během níž se virus šíří do celého těla a napadá lymfatický systém. V té době dočasně klesá počet obranných buněk imunitního systému, CD4+ lymfocytů, a výrazně se zvyšuje množství viru (počet virových částic) v tělních tekutinách. Poté příznaky ustupují a aktivita viru přechází do klidové fáze. Jedná se o klamný stav, kdy nemocný nepozoruje žádné příznaky, ale počet bílých krvinek prudce klesá až do doby, kdy se začnou projevovat další příznaky spojené s druhotnou infekcí. Tou je nákaza jakoukoli běžnou nemocí, jíž se oslabený imunitní systém nedokáže bránit. V té době už hovoříme o propuknutí nemoci AIDS. Ta často vyústí až v úmrtí pacienta, který umírá s téměř nulovým počtem obranných buněk schopných boje s infekcí. Jeho obranyschopnost je nenávratně narušena. Červená křivka představuje množství kopií virů v organismu a v čase u neléčeného pacienta roste. Modrá křivka představuje počet bílých krvinek, který v čase u neléčeného pacienta klesá.

Kontakt:

Mgr. Jakub Hofmann, MBA, Central Europe Cluster Communication Lead & Communication Manager CZ, Hvězdova 1734/2c, 140 00 Praha 4 | 222 001 202 (111) jakub.j.hofmann@gsk.com | www.gsk.cz

HIV v ČR

Od roku 1985, kdy se v ČR začal výskyt HIV monitorovat, bylo zjištěno 2 906 případů infekce tímto virem. Nejpočetnější skupinou infikovaných jsou homosexuálové a bisexuálové, kteří se na celkovém počtu případů podílejí přibližně ze dvou třetin (1 913 ze 2 906). Dle průzkumu agentury STEM/MARK z dubna 2016 přitom až 120 000 českých heterosexuálních mužů bylo své partnerce nevěrných s mužem, zpravidla bisexuální orientace. Nechat se preventivně otestovat na přítomnost HIV tak má smysl i pro ženy, které se ve vztahu nedopouští nevěry.

Mladí praktici volili nové vedení

Ve dnech 10.–11. 2. 2017 uspořádali Mladí praktici II. Praktickou konferenci pro praktické lékaře ve spolupráci s Masarykovou univerzitou v Brně. Při této příležitosti se konala valná hromada sdružení, na níž bylo zvoleno nové vedení Mladých praktiků. Předsedkyní sdružení se stala Markéta Pfeiferová, místopředsdkyní Petra Kánská a za členy rady byli zvoleni Ilona Králová, Vojtěch Mucha a Martin Seifert. Novou předsedkyní revizní komise sdružení je Emmanuela Fernandová a členy revizní komise jsou Pavla Potančoková a Pavel Vychytil. Tajemnicí sdružení Mladých praktiků nadále zůstává Michaela Kříbská.

Úkolem nového vedení je navázat na již započaté aktivity, dále je udržovat a rozvíjet. Sdružení bude stále zastupovat mladé praktické lékaře v dialogu s okolním světem, tvořit informační a motivační základnu pro lékaře nově vstupující do oboru Všeobecné praktické lékařství. Chtěli bychom zachovat již tradiční spolupráci s Rescue Team Vysočina na praktických kurzech první pomoci v Biskupicích a s MU v Brně na pořádání Praktické konference pro praktické lékaře. Budeme podporovat aktivní účast zástupců Mladých praktiků na výročních konfe-

rencích SVL ČLS JEP v Karlových Varech a ve Zlíně. Budeme usilovat o zvýšení povědomí mladých praktických lékařů o možnostech vědecké činnosti v primární péči. K tomu má pomoci i Grant Mladých praktiků určený na podporu výzkumu. V neposlední řadě jedním z klíčových úkolů Mladých praktiků zůstává rozšiřování mezinárodní spolupráce. Novým zástupcem Vasco da Gama Movement pro ČR bude Petra Kánská. Velmi důležitým pilířem je také podpora aktivní účasti českých praktických lékařů na světových konferencích, projektech, studiích a výmě-

na zkušeností a získaných poznatků ze stáží. Pomyslným vyvrcholením mezinárodní spolupráce za uplynulé období bude VdGM Preconference 2017 ve dnech 27.–28. 6. 2017 v Praze a na ni navazující Wonca Europe Conference. Na Vaši účast na pre-konferenci se společně těší minulé a současné vedení Mladých praktiků.

Více informací o aktivitách a plánech sdružení najdete na www.mladipraktici.cz.

MUDr. Markéta Pfeiferová



Workshopy jako správný směr komunikace s účastníky konference

Dne 10. a 11. 2. 2017 hostilo Brno praktické lékaře, kteří se přijeli zúčastnit 2. Praktické konference pro praktické lékaře. Pořádající organizací byli Mladí praktiči z.s. ve spolupráci s Masarykovou univerzitou, na jejíž půdě se celá akce odehrávala (nutno podotknout, že již samotný komplex Univerzitního kampusu v Bohunicích na nás udělal velký dojem).

Program konference vycházel především z témat, která "hýbou" současným praktickým lékařstvím, jako jsou například psychosomatika, paliativní péče, medicínské právo či v neposlední řadě problematika geriatrických pacientů. Samotná konference byla koncipována jako velmi interaktivní, proto její majoritní částí byly workshopy, kde se předpokládala aktivní účast přítomných lékařů.

O úvodní slovo se postaral doc. Býma, předseda SVL, který nás informoval o chystaných změnách v oblasti vzdělávání (tolik nepopulární znovuzavedení testu při ukončení kmene VPL). MUDr. Javorská přiblížila posledních deset let fungování spolku Mladí praktiči a motivovala přítomné členy k aktivní spolupráci. MUDr. Kánská nám představila neziskovou organizaci RWTTTC (Running With Those That Can't), aneb běháme s těmi, kteří sami nemohou. Jedná se o skupinu nadšenců, původně založenou studenty 3. LF UK, která doprovází "běžce" s handicapem na speciálních vozících. Účastníci konference mohli na jeden takový finančně přispět.

Odbornou část zahájil svým sdělením o paliativním pacientovi v ordinaci praktického lékaře MUDr. Houska z Cesty domů. Přiblížil nám výhody i úskalí spolupráce PL a mobilního hospice, problém úhrady výkonů pojišťovnou a připravil si tak půdu pro nadcházející workshop. Z podobného soudku byla přednáška MUDr. Cejnara, kardiologa z Nemocnice Pardubice, o umírajícím kardiakovi. Zajímavé bylo jeho sdělení, že v kardiologii v podstatě neexistuje hranice, kdy je lékař - specialista schopen kardiaka označit za "umírajícího" a předat ho tak pouze k symptomatice terapii do rukou PL či právě paliativců. A zcela jinou oblast zájmu nám přiblížil MUDr. Masner ve své přednášce s názvem Úvod do psychosomatiky pro PL. I jeho čekal workshopový maraton, proto svou přednášku využil k edukaci účastníků o základech psychosomatiky, na kterých mohl později svůj workshop vystavět.

Po odborných sděleních byli účastníci konference rozděleni do šesti skupin a byli tak připraveni absolvovat šest workshopů (3 v pátek, 3 v sobotu) - ortopedický, dermato-venerologický, psychosomatický, paliativní, ORL a právní. Všichni autoři workshopů se nám snažili přiblížit problematiku svých oborů a najít průsečík mezi

jejich specializací a praktickým lékařstvím. Ortopedický WS byl především o fyzikálním vyšetření kloubů, řešení základních diagnóz, dermatologický WS se soustředil na prezentaci kožních eflorescencí, jejich diagnostiku a terapii, psychosomatický WS nám představil práci lékaře - psychosomatika na konkrétní kazuistice, na paliativním WS jsme byli nuceni pečovat o pacientku v terminálním stadiu nádorového onemocnění. ORL WS pojala jeho autorka spíše teoreticky a seznámila nás s nejčastějšími diagnózami svého oboru, které často začínají právě v ordinacích praktických lékařů. V právním WS nám byl dán prostor na otázky z naší každodenní praxe, kterých byl bezpočet. Opět jsme se přesvědčili, že ne pouze medicínské znalosti nám stačí k výkonu naší práce. Velký prostor byl věnován problematice pracovně - lékařských služeb. Samotní účastníci byli velmi aktivní, daný čas zdaleka nestačil na všechny dotazy a připomínky.

Pomyslnou třešničkou na dortu pátečního programu bylo pak vystoupení "zpívajícího právníka" Ivo Jahelky, kterému se podařilo rozptýlit chmury z právního WS a všechny přítomné potěšil svými zhudebněnými postřehy ze soudní síně.

Sobotní dopoledne záhájila paní profesorka Matějovská-Kubešová s přednáškou Rizika nedidiagnostikované poruchy paměti u seniorů a plynule na ni navázal Mgr. Koščík s tématem Právní způsobilosti pacientů s poruchami paměti. Následovali opět výše uvedené WS.

V samotném závěru konference byli účastníci požádáni o zpětnou vazbu, kdy poskytl celou řadu námětů především stran vhodných témat v nadcházejících ročnících. Velmi pozitivně hodnotili jednotlivé workshopy a jejich autory, tedy hodnoceno školními známkami by všichni obdrželi jedničku. Je to jasný signál, že tato forma konference má své příznivce. V dalších ročnících bude vhodné především reflektovat požadavky na délku workshopu, dodržení významu a náplně slova workshop, důraz na praktičnost, prostor na dotazy či zúžení témat v jednotlivých oborech.

Praktická konference pro praktické lékaře se tak stává příjemným osvěžením v nabídce vzdělávacích akcí pro české praktiči. Vytváří platformu pro aktivní zapojení účastníků právě formou workshopů, vede k diskuzím s lékaři jiných specializací a hlavně ke konstruktivním debatám mezi praktiči samotnými.

MUDr. Ilona Králová

Které potraviny přinášejí významný zdravotní prospěch?



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

V poslední době se na internetu objevuje řada informací o tzv. superpotravinách nebo funkčních potravinách. Protože neexistuje žádné legislativní vymezení, jaká kritéria by měly tyto potraviny splňovat, je funkční potravina nazýváno kdeco. Je např. mrkev funkční potravina? O prospěšnosti její konzumace asi nikdo nepochybuje. Stejně tak nikdo nepochybuje, že výživa a životní styl mají významný vliv na prevenci rozvoje neinfekčních onemocnění hromadného výskytu.

Mezi funkční potraviny se řadí ty, které byly obohaceny o nějakou biologicky aktivní složku s významným specifickým a pozitivním účinkem na zdraví nebo tuto složku přirozeně obsahují. Pozitivní účinek této složky na zdraví by měl být klinicky prokázán, a to i ve vztahu k množství této složky v příslušné potravine. Mezi funkční potraviny se neřadí doplňky stravy.

Přestože neexistuje legislativní definice pro funkční potraviny, můžeme se přes existující evropské právní předpisy dopátrat, co lze za funkční potraviny považovat. V rámci EU platí Nařízení č. 1924/2006 o výživových a zdravotních tvrzeních při označování potravin. V tomto právním předpisu je v článku 14 odstavci 1 písmenu a) definována speciální podskupina zdravotních tvrzení o snížení rizika onemocnění. Tento typ tvrzení lze použít, jen pokud určitá kategorie potravin, potravina nebo některá z jejích složek významně snižuje riziko vzniku určitého lidského onemocnění.

Veškerá zdravotní tvrzení musí být založena na všeobecně uznávaných poznatcích a jsou jejich prostřednictvím zdůvodněna. Proto se před každým schválením zdravotního tvrzení pečlivě zkoumá, zda je dostatečně podloženo vědeckými důkazy. Schválená i zamítnutá zdravotní tvrzení jsou publikována průběžně v Úředním věstníku Evropské unie. Jejich konsolidovaný seznam je k dispozici v registru na stránkách Evropské komise

na adrese: http://ec.europa.eu/food/safety/labelling_nutrition/claims/register/public.

Databáze obsahuje více než 2300 položek s možností vyhledávání. Pokud do filtru zadáme jako kritérium schválená zdravotní tvrzení o snížení rizika onemocnění (čl. 14, odst. 1, písm. a), jako výstup dostaneme relativně malý soubor položek. Obsahuje tři tvrzení týkající se doplňků stravy (vápník, vitamin D a kyselina listová). Po jejich vyloučení a sloučení identických tvrzení pro beta-glukany z ječmene a ovsa, stejně jako rostlinných sterolů a stanolů, nám zbude následující krátký seznam potravin a jejich složek, které významně snižují riziko vzniku určitého onemocnění.

Tabulka na následující straně obsahuje pro každou položku tvrzení, které lze použít. Dále jsou zde uvedeny podmínky používání tvrzení. Ty jsou vázány většinou na obsah aktivní složky v potravine a její množství, které vyvolává v tvrzení uvedený příznivý účinek, případně dobu, za niž je účinku dosaženo. Podmínka „s vysokým obsahem nenasycených tuků“, zmíněná v tabulce u mononenasycených a polynenasycených mastných kyselin, znamená, že se jedná o tuky, u nichž je alespoň 70 % mastných kyselin přítomných v produktu odvozeno od nenasycených tuků a nenasycené tuky představují více než 20 % energetické hodnoty produktu. Některá tvrzení mohou obsahovat ještě další omezení, kdy je lze použít, případně i určitá varování. Funkční potraviny jsou zmíněny i v doporučeních odborných společností. Např. Evropská kardiologická společnost zmiňuje potraviny obohacené o rostlinné steroly jako jediné funkční potraviny ve svých doporučených postupech¹.

Aby funkční potravina měla určitou perspektivu, měla by splňovat několik vlastností. Musí být vhodná k pravidelné konzumaci odpovídající běžným stravovacím zvyklostem s možností použití v celé řadě kuchyňských aplikací. Chuť by měla být spíše neutrální, aby se takzvaně „nepřejedla“. Funkční potravina by měla obsahovat aktivní složku v množství, které má prokazatelné pozitivní účinky na lidské zdraví. Na druhou stranu konzumace doporučeného množství funkční potraviny by neměla překračovat obvyklé stravovací zvyklosti a potravina by rovněž neměla výrazněji zvyšovat celkový denní energetický příjem. Nutriční profil potraviny by měl rovněž odpovídat výživovým doporučením. Bylo by zcela nelogické přidávat aktivní složku do potravin, které odborníci na výživu doporučují omezovat z důvodu nevhodné výživové hodnoty.

Z relativně krátkého seznamu schválených zdravotních tvrzení o snížení rizika onemocnění vyplývá, že potravin s vědecky prokázaným, významným a pozitivním účinkem na zdraví není mnoho. Ve společnosti vzrůstá zájem o vlastní zdraví. Očekává se, že zájem o funkční potraviny v budoucnosti ještě poroste.

Literatura:

1. Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S et al. 2016 European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. Eur Heart J 2016, doi:10.1093/eurheartj/ehw106.

Živina, látka, potravina nebo kategorie potravin	Tvrzení	Podmínky používání tvrzení	Podmínky a/nebo omezení používání dané potraviny a/nebo doplňující sdělení nebo varování
Beta-glukan z ječmene, ovesný beta-glukan	Bylo prokázáno, že ovesný beta-glukan/beta-glukan z ječmene snižuje hladinu cholesterolu v krvi. Vysoká hladina cholesterolu je rizikovým faktorem pro vznik ischemické choroby srdeční.	Je třeba informovat spotřebitele, že příznivého účinku je dosaženo na základě denního příjmu 3 g ovesného beta-glukanu/beta-glukanu z ječmene. Tvrzení lze použít u potravin, které obsahují alespoň 1 g ovesného beta-glukanu/beta-glukanu z ječmene v kvantifikované porci.	
Vápník	Vápník pomáhá snižovat pokles kostního minerálu u žen po menopauze. Nízká hustota kostního minerálu je rizikovým faktorem u osteoporotických zlomenin kostí.	Tvrzení smí být použito pouze u potravin, které poskytují nejméně 400 mg vápníku v kvantifikované porci. Spotřebitel musí být informován, že toto tvrzení je určeno specificky pro ženy ve věku 50 let a starší a že příznivého účinku se dosáhne při denním příjmu nejméně 1 200 mg vápníku ze všech zdrojů.	U potravin s přidaným vápníkem smí být tvrzení použito pouze pro ty, které jsou určeny pro ženy ve věku 50 let a starší
Mononenasyčené a/ nebo polynenasycené mastné kyseliny	Bylo prokázáno, že nahrazení nasycených tuků ve stravě nenasycenými tuky snižuje hladinu cholesterolu v krvi. Vysoká hladina cholesterolu je rizikovým faktorem pro vznik ischemické choroby srdeční.	Tvrzení smí být použito pouze u potravin s vysokým obsahem nenasycených mastných kyselin podle vymezení v tvrzení S VYSOKÝM OBSAHEM NENASYCENÝCH TUKŮ na seznamu v příloze nařízení (ES) č. 1924/2006.	Toto tvrzení smí být použito pouze u tuků a olejů.
Rostlinné steroly/ estery rostlinných stanolů	Bylo zjištěno, že rostlinné steroly a estery rostlinných stanolů snižují hladinu cholesterolu v krvi. Vysoká hladina cholesterolu je rizikovým faktorem pro vznik ischemické choroby srdeční.	Informace spotřebiteli, že příznivého účinku se dosáhne při příjmu 1,5–3 g rostlinných sterolů/ stanolů denně. Odkaz na rozsah účinku lze uvádět pouze u těchto kategorií potravin: pomazánky ze žlutého tuku, mléčné výrobky, majonéza a salátové zálivky. Při odkazování na rozsah účinku se pro spotřebitele musí uvést rozpětí '7 až 10 %' u potravin, které poskytují denní přívod 1,5-2,4 g rostlinných sterolů/stanolů nebo rozpětí '10 až 12,5 %' u potravin, které poskytují denní přísun 2,5–3 g rostlinných sterolů/stanolů a doba dosažení účinku ,během 2 až 3 týdnů'.	
Žvýkačka bez cukru	Žvýkačka bez cukru napomáhá snižovat demineralizaci zubů. Demineralizace zubů je rizikovým faktorem pro vznik zubních kazů.	Spotřebitel musí být informován o tom, že pro dosažení žádoucího účinku je třeba žvýkat 2–3 g žvýkačky bez cukru po dobu 20 minut alespoň třikrát denně po jídle.	
Žvýkačka bez cukru	Žvýkačka bez cukru napomáhá neutralizovat kyseliny z plaku. Kyselina z plaku je rizikovým faktorem pro vznik zubních kazů.	Spotřebitel musí být informován o tom, že pro dosažení žádoucího účinku je třeba žvýkat 2–3 g žvýkačky bez cukru po dobu 20 minut alespoň třikrát denně po jídle.	
Žvýkačka oslazená 100% xylitolem	Bylo zjištěno, že žvýkačka oslazená 100% xylitolem snižuje množství zubního plaku. Velké množství zubního plaku představuje rizikový faktor při tvorbě zubního kazu u dětí.	Informace pro spotřebitele o tom, že příznivého účinku je dosaženo konzumací 2–3 g žvýkačky oslazené 100% xylitolem nejméně třikrát denně po jídle.	

Onemocnění štítné žlázy



doc. MUDr. Zdeňka Límanová, CSc.

Česká endokrinologická společnost ČLS JEP
III. interní klinika- klinika endokrinologie a metabolismu
1. LF UK a VFN Praha

Onemocnění štítné žlázy patří k chorobám, u kterých dědičnost hraje v jejich výskytu významnou roli. Obraz onemocnění štítné žlázy se za posledních cca 50 let zřetelně změnil. Plně rozvinutou chorobu díky preventivním prohlídkám i snadnému přístupu k laboratorním vyšetřením vidáme méně často. Lékař se však setkává se subklinickými formami nebo jsou pozitivní pouze protilátky, choroba probíhá asymptomaticky a může postihnout více členů rodiny.

Jak onemocnění štítné žlázy, tak onemocnění prsu, postihuje především ženskou populaci, proto se nedivíme, že některé ženy se léčí pro onemocnění štítné žlázy a současně pro karcinom prsu. V následující kazuistice se věnujeme třem generacím rodiny, ve které se obě choroby objevily. Tyreopatie měla u jedinců rodiny různé formy. Přesto, že rozvoj choroby můžeme očekávat a prevence onemocnění není známá, včasnou diagnostikou lze předcházet komplikacím. S ohledem na prodlužující se věk dožití musíme počítat i s duplicitami karcinomů. V diskusi se věnujeme významu rodinné anamnézy, možnosti prevence, subklinickým stavům, graviditě a poporodní tyreoiditidě, vztahu onemocnění štítné žlázy a prsu.

***Ema Č.**, zdravotní sestra (staniční na interním oddělení), v rodinné anamnéze matka +54 letech na chorobu srdce, 2 děti: syn hypotyreóza, dcera po operaci štítné žlázy - viz dále, 2 porody, hysterektomie pro myomy ve 42 letech, hormonální léčba nikdy nebyla. Prodělala erysipel, spálu, léčila se pro recidivující tromboflebitidu, od 60 let pro arteriální hypertenzi. **V 70 letech byla diagnostikována** tyreotoxikóza (TSH 0,001 mIU/l a FT4 45 pmol/l, Antithyroxidáza (TPOab) mírně vyšší - 184 mIU/l, Antithyroglobulin (Tgab) negativní - **na podkladě Gravesovy-Basedovy choroby**. Po 19 let až do smrti byla v péči internisty a choroba byla pod kontrolou udržovací dávkou Carbimazolu (Thyrozolu) v dávce 5-10 mg die. V 75 letech byl diagnostikován DM 2. typu, dobře kompenzován na PAD, od 80 let se připojily příznaky ICHS, v 82 letech prodělala obstrukční ikterus

+ pankreatitidu s odchodem konkrementu. V 84 letech pro petechie (trombocytopenie autoimunitní, sekundární) byla vyšetřena a byla stanovena diagnóza **non Hodgkinského lymfomu** (non HL), prodělala chemoterapii a bylo dosaženo remise. V 88 letech byla vyšetřena pro resistenci v prsu, byla stanovena **diagnóza karcinomu prsu** - invazivní NST g2 ER90 % PR 5 %, KI 40% HER2 neg. Byla sice zahájena hormonální terapie, ale stav se zhoršoval a pacientka zemřela v 89 letech (komentář č A,F,H,I,J).

***Dcera Blanka**, zdravotní sestra, matka viz výše, 2 porody v 25 a 27 letech, hormonální léčba nikdy nebyla, infekční hepatitida profesní, jaterní funkce jsou v normě, cítí se zdravá. Ve 43 letech se dostavila k endokrinologovi - nahmatala si resistenci na krku v oblasti dolního polu levého laloku štítné žlázy, nodozita byla tužší, hladká, 2x3 cm, uzliny nebyly zvětšené. USG: pravý lalok bez patologie, v levém laloku štítné žlázy uzel 29 mm s cystoidním okrskem, perfuze zvýšená, smíšeného typu - závěr: suspektní malignita. Laboratorní nález TSH 1,8 mIU/l, FT4 15,8 pmol/l, protilátky TPOab a Tgab byly negativní, cytologie z tenkojehlové aspirační biopsie (FNAB) - závěr: známky proliferace - Bethesda III. Byla odeslána k operaci - odstranění postiženého levého laloku, histologie: **solidně trabekulární cystopapilární adenom s přítomností mikrokarcinomu o velikosti 0,8 cm**. S ohledem na minimální velikost mikrokarcinomu nebyla další léčba indikována. Byla zahájena supresní léčba, dispenzarizace. TSH bylo trvale udržováno v hodnotách kolem 0,5 mIU/l. Při kontrole USG štítné žlázy za 6 měsíců po operaci byl popsán pravý lalok 18x12x51mm, tj. 5,3 ml se solitárním uzlíkem 5,4 mm s anechogenním lemem, zbývající tkáň vpravo ponechaného laloku byla bez patologického nálezu. V průběhu následujících let byl nález na krku USG kontrolován, vytvořily se další nodozity a jeden uzel se zvětšoval - viz další nález: v pravém solitárním laloku 18 x 12 x 51 mm (5,3 ml) několik ostře ohraničených hypoechogenních uzlů - největší v istmu při dolním pólu laloku 12 x 6 x 10 mm, další dorzálně blíže hornímu pólu 8 x 5 mm v podélném zobrazení, mezi nimi méně zřetelný s největším rozměrem (podélným) 14 mm. Provedená FNAB - aspirována čokoládová tekutina. Závěr: Bethesda 2, známky degenerativních změn. Po 17 letech od operace nález USG upozornil na zvětšující se dorzálně zhruba uprostřed laloku silně hypoechogenní okrsek nepravidelného tvaru, v podélném zobrazení 21,5 x 15 mm. S ohledem na progresi nálezu na USG i přes benigní předchozí FNAB nález jsme plánovali operaci - odstranění druhého- zbývajícího laloku. Pacientka se však dostavila (ve svých 60 letech) se sdělením, **že byla stanovena**

diagnóza karcinomu prsu a bude následovat léčba.

Prodělala chemoterapii, ablaci prsu a ještě zevní záření a byla zahájena biologická terapie Herceptinem, plánuje se nejméně na 1 rok. Onkologickou léčbu toleruje, kontrolní výsledky jsou příznivé. S ohledem na progresi nodozit je plánována operace štítné žlázy, jakmile bude onkologické onemocnění prsu stabilizované (komentář A,B,C,D).

***Jan Č.** syn Emy a bratr Blanky, strýc Kateřiny. Matka, sestra a neteř mají onemocnění štítné žlázy. Prodělal mononukleózu ve 20 letech, v rámci celkového vyšetření u internisty ve 40 letech bylo nabráno **TSH- hodnota 6,0mIU/l**, byl ponechán bez substituce, byl bez obtíží, docházel k internistovi, kontrolní hodnoty TSH **byly: 7,77; 6,908; 8,283; 10,28 mIU/l, při této hodnotě a FT4 10,5 pmol/l a po 10 letech sledování byl odeslán na endokrinologii. Lipidový profil byl uspokojivý** - index aterogenity se pohyboval 4,6–3,9 norma [0,0–4,2]. Subjektivně byl nadále bez obtíží, sportuje, v objektivním nálezu štítná žláza není hmatná. Doplnili jsme vyšetření protilátek: TgAb **71,1; kIU/l** [0,0.60,0], TPO ab **2049 kIU/l** [0.60]. USG štítné žlázy: dx.: 20x16x45 mm, sin.: 12x16x45 mm. Oba laloky mají jen nepatrně zhrubělou strukturu, jen hraničně hypoechogenní, perfuse nevýrazná. Obraz by mohl odpovídat chronické lymfocytární tyreoiditidě (CLT, symptomatologie je však jen naznačena. Na základě laboratorních nálezů, vysokému titru protilátek i hraničnímu nálezu na USG jsme potvrdili diagnózu hypotyreózy imunogenní. Byla zahájena substituční léčba levothyroxinem, z původních 75 ug die bylo nutné k normalizaci TSH v průběhu let dávku zvyšovat na 125 ug die. Pacient je nadále bez obtíží, aterogenní index je 3,1–3,3 - mírně se při tyreoidální substituci snížil. Kontrola USG za 5 let: **jasná CLT- hypoechogenita celé žlázy** (komentář A, E).

Kateřina R., dcera Blanky a vnučka Emy, neteř Jana Č. Ve 22 letech vzhledem k rodinné anamnéze a podezření na strumu byla při preventivní prohlídce vyšetřena na endokrinologii. Subjektivně byla bez obtíží, cyklus byl pravidelný, palpce štítné žlázy a uzlin neprokazovala odchylku. Laboratorní nález prokazoval eufunkci, ale hodnoty se blížily hranicím a protilátky byly pozitivní: FT4 12,5pmol/l, **TSH 4,54 mIU/l, TPOab 1321,7 kIU/l**, lipidogram byl přiměřený. Doplnili jsme USG štítné žlázy - popsáno jako normální nález, echogenita byla přiměřená, velikost spíše menší - objem celkem 10 ml. Pro zvýšený titr protilátek, hraniční hodnoty TSH i FT4, pozitivní rodinnou anamnézu jsme u ženy ve fertilním věku i při normálním USG nálezu zahájili léčbu levothyroxinem 50ug die. TSH se při kontrolách pohybovalo mezi 1,5–2,5 mIU/l. **Ve 34 letech spontánně otěhotněla**, ihned byla substituce zvýšena o 50 %, doplněno o jodid, sledováno do 19. týdnu (po 4 týdnech), hodnoty TSH se udržovaly do 2,5 mIU/l, porod zdravého dítěte byl v termínu, kojila, dávka levothyroxinu byla vrácena na dávku před graviditou. Po šestinedělí se dostavily návaly, změny nálad, lítostivost, stanovili jsme **diagnózu poporodní tyreoiditidy (PPT)** s přechodnými projevy hyperfunkce: **v té době bylo FT 49,1 pmol/l, TSH bylo**

suprimované, TPOab přes 10000 kIU/l, TRAK 7,11IU/l.

Ukončily jsme podávání levothyroxinu, v průběhu měsíce se spontánně subjektivní stav zklidnil, kojení pokračovalo, za 3 měsíce již byla zachycena elevace TSH a bylo nutné opět zahájit substituční léčbu. Kateřina R. plánuje další graviditu, cítí se dobře. Kontrolní USG je v plánu (komentář A,B,C,D).

Komentář a poselství.

Předloženou medicínskou problematiku bychom rozdělili do několika oblastí:

A/ **Genetika:** onemocnění štítné žlázy se vyskytlo u čtyř členů jedné rodiny ve třech generacích: babička Ema měla tyreotoxikózu Gravesova-Basedowova typu, její dcera Blanka adenom štítné žlázy s přítomností mikrokarcinomu, syn Jan hypotyreózu na podkladě CLT a vnučka Kateřina CLT diagnostikovanou při cíleném vyšetření ještě v období eufunkce s pozdějším rozvojem hypotyreózy a poporodní tyreoiditidy. Protilátky TPOab byly prokazatelné u všech vyjma u Blanky. U dvou žen (Ema a Blanka) byl diagnostikován karcinom prsu.

B/ **Prevence a gravidita:** u Kateřiny ve 22 letech na základě rodinné anamnézy bylo provedeno cílené vyšetření (TSH, FT4 a TPOab, doplněno i USG vyšetření štítné žlázy) a byla diagnostikována CLT. S ohledem na fertilní věk a již hraniční laboratorní nálezy byla zahájena léčba levothyroxinem a byla pravidelně sledována, byla poučena o nezbytnosti kontrol v graviditě.

C/ **Léčba (subklinické) hypotyreózy v graviditě:** po otěhotnění co nejdříve (5.–6. týden) se dávka levothyroxinu zvyšuje, v našem případě o 50%, kontroly po 4 týdnech a případná úprava dávky je nutná do 20. týdne. Po porodu se dávka vrací na původní před graviditou. Kontrola stavu po porodu je nutná¹.

D/ **Poporodní tyreoiditida:** u žen s CLT a/nebo jen s přítomností protilátek TPOab se po porodu v důsledku ukončení období imunologické tolerance může rozvinout PPT. U naší pacientky byly přítomné subjektivní obtíže- psychické změny, vyšší únava. Vzhledem k fázi hyperfunkce vznikající destrukcí foliklů a uvolněním T4 do oběhu může být tachykardie, větší pocení (u naší pacientky FT4 49,1 pmol/l a suprese TSH. Tato fáze se léčí pouze malými dávkami betablokátorů, pokud stav obtěžuje, a spontánně odezní po 4-6 týdnech. Mnohdy následuje prohloubení hypotyreózy, není-li příslušně léčena, má negativní dopad na další graviditu. Proto kontroly žen s imunogenním onemocněním po porodu jsou nutné, poporodní tyreoiditida se může rozvinout i za 3-6 měsíců po porodu, výjimečně i později.

E/ **Subklinická hypotyreóza (Jan Č.) bývá zachycena náhodně**, při cíleném vyšetřování žen až u 15 %, u mužů spíše vzácně. Máme na ni myslet při pozitivní rodinné anamnéze a vždy vyšetřit protilátky TPOab. Ty jsou markerem autoimunity a tyto osoby pak vyžadují dispenzarizaci. Imperativem zahájení léčby je gravidita, doporučuje se léčit i ženy ve fertilním věku, plánující graviditu¹.

U ostatní populace rozvažujeme zahájení léčby: ptáme se na případné subjektivní obtíže (únava?, deprese?), nález lipidogramu (sekundární hyperlipidemie?), nález na USG (struma?, nodozity?), přítomnost protilátek - progrese do plné hypotyreózy u nich ročně cca 10 %. Jan Č. byl předán internistou do endokrinologické ambulance při dosažení TSH nad 10,0 mIU/l a při FT4 10,5 pmol/l. Při této hodnotě již jde o hypotyreózu a léčba má být zahájena, při hodnotách TSH od horní hranice do 10,0 mIU/l má vždy následovat solidní rozvaha. Pacientův lipidogram se při tyreoidální substituci mírně zlepšil, což spíše podporuje úvahu, že substituce měla být zahájena již dříve.

F/ Léčba tyreotoxikózy Gravesova-Basedowova typu: dlouhodobá léčba tyreostatiky nepatří k běžným a doporučeným postupům, choroba má být řešena definitivně nebo má být učiněn pokus o ukončení léčby tyreostatiky. Nicméně u seniorů je tento postup akceptovatelný, pokud o pacienta pečuje specialista, je pacient dobře spolupracující, dávka tyreostatika je nízká, stav je dobře kontrolován, tyreoida se nezvětšuje a při USG nejsou přítomny suspektní nodozity. Rizikem takového postupu je ale možnost komplikací po nadměrném příjmu jodu (Cordaron, rtg kontrast), při podávání cytokinů nebo některých monoklonálních protilátek, nejčastěji při onkologickém onemocnění.

G/ Mikrokarcinom štítné žlázy je v posledních letech diagnostikován častěji. Jedním z důvodů je přesnější diagnostika (USG, FNAB) a cílený přístup k operačním indikacím. Není-li před operací diagnóza karcinomu jednoznačná, dávají pacienti obvykle přednost jednostrannému výkonu za předpokladu, že druhý lalok dle USG je bez patologie. Při velikosti mikrokarcinomu do 1 cm (případně do 2 cm) není léčba radiojódem obvykle nutná. V průběhu let se však často objevují změny i ve zbývajícím laloku, jak se vyvinulo u Blanky, a postižení druhého laloku karcinomem nelze po 18 letech od první operace vyloučit. Proto se nevyhne odstranění druhého laloku. Bohužel, zdravotní stav se zkomplikoval onkologickým onemocněním. V programu je kontrolní FNAB a dle výsledku patrně operace.

H/ Karcinom prsu a onemocnění štítné žlázy: obě choroby jsou typické pro ženskou populaci. Proto se po

léta četné studie věnují hledání vzájemnému vztahu. Jedním ze společných faktorů je jod a natrium-jodidový symporter. Oba orgány dokáží intenzivně jod koncentrovat, např. v době kojení musí mamma zajistit dítěti v mléce jeho dostatečné množství. Studie, věnující se onemocnění prsu a štítné žlázy, dokládají častější postižení onemocnění štítné žlázy u žen s karcinomem prsu než u jiných onkologických onemocnění², častěji hyperfunkci než hypofunkci u žen s karcinomem prsu³. Některé práce dokonce prokazují častější výskyt karcinom prsu u žen s karcinomem tyreoidy⁴.

I/ Hematologická lymfoproliferativní onemocnění a imunogenní onemocnění štítné žlázy a: Ema v seniu onemocněla non Hodgkinským lymfomem. Spojení non Hodgkinského lymfomu a autoimunitního onemocnění štítné žlázy není výjimečné, lymfom ve štítné žláze se vyskytuje především u osob s CLT^{5, 6}. O vysvětlení se pokouší teorie úniku určitých typů imunologicky aktivovaných buněk z imunologického dohledu u osob s CLT. U Emy nebylo primární ložisko identifikováno.

J/ Ema měla duplicitu nádorů (non HL a karcinom prsu). Zajímavá je studie hodnotící výskyt druhé rakoviny po léčbě pro HL: na předním místě je u žen karcinom prsu.⁷ Ale to už je jiná problematika...

Literatura:

1. Diagnostika a léčba tyreopatií- Doporučené diagnostické a terapeutické postupy CDP-PL 2015 <http://www.svl.cz>
2. Jiskra J, Límanová Z, Barkamnová J, Friedmanová Z: Prevalence autoimunitních tyreopatií u žen s karcinomem prsu ve srovnání s ženami s kolorektálními karcinomy. Klinická onkologie 2003,16,3, 149-153
3. Sogaard M, Farkas DK, Ehrenstein V et al. Hypothyroidism and hyperthyroidism and breast cancer risk: a nationwide cohort study. European J Endocrinol 2016,174, 409-414
4. Lin CY, Lin CI, Huang VVS, Kao CH: Breast cancer in patients with thyroid cancer receiving or not receiving I 131 treatment: a nationwide population-based cohort study. J Nucl Med 2015,Dec 30,pii: jnumed 115:164830 (Epub ahead of print)
5. Holm LE, Blomgren H, Lowhagen T. Cancer risks in patients with chronic lymphocytic thyroiditis N Engl J Med 1985,321,601-604
6. Okita N, Row VV, Volpé R: Suppressor T-lymphocyte deficiency in Grave's disease and Hashimoto thyroiditis J Clin Endocrinol Metab 1981,52,528-533
7. Schaapveld M, Aleman BMP, Egermond AM. Et al: Second cancer risk up to 40 years after treatment for Hodgkin's lymphoma N Engl J Med 2015, 373,26,2499-251

Seriál o EET

Od dnešního dne až do března 2018 Vám budeme pravidelně přinášet seriál příspěvků na téma elektronická evidence tržeb. Jeho autorem je Tomáš Hajdušek, daňový poradce, který je vedoucím sekce správy daní a poplatků Komory daňových poradců ČR. Autor se účastnil připomínkového řízení k zákonu o evidenci tržeb a na toto téma přednáší laické i odborné veřejnosti.

Postupně si tak budete moci přečíst, co to vůbec systém EET je, jak by měl fungovat, pro jakou skupinu doktorů je povinný a od kdy. Celý seriál bude zaměřen prakticky, takže se dozvíte, jak se do systému EET připojit či co dělat v případě poruchy internetu nebo výpadku elektrické energie. Praktické doktory bude jistě zajímat, jak se mají evidovat doplatky za lékařskou péči a doplňkový prodej zboží v ordinacích. Svoje dotazy k EET už teď můžete směřovat na eet@cgm.com.

1. Jak elektronická evidence tržeb funguje

Důvodem pro zavedení elektronické evidence tržeb je podle ministra financí Andreje Babiše snaha zamezit daňovým únikům, které jsou způsobeny krácením tržeb. Podle ministerstva zároveň dojde k narovnání podnikatelského prostředí. Ponechme nyní stranou, zda skutečně ke splnění těchto cílů dojde a zda je EET k jejich splnění nástrojem přiměřeným. To je politická otázka, kterou za nás vyřešil parlament tím, že zákon o evidenci tržeb přijal. V našem seriálu o EET si nejprve ukážeme, jak bude EET fungovat.

Krácení tržeb standardně spočívá v tom, že do účetních knih je zanesena tržba v menší výši, než je tržba skutečná. Následná kontrola, prováděná s odstupem několika měsíců či roků, toto zkrácení tržeb často neodhalí. Aby se zmíněné manipulaci zamezilo, bude se nově každá přijatá částka v hotovosti tzv. „hlásit“ on line (po internetu) na finanční správu. Příjemce tržby bude mít za povinnost nejpozději při převzetí tržby nabíd-

nout zákazníkovi účtenku. Na té ovšem bude muset být již vytištěn unikátní fiskální identifikační kód, tzv. FIK. Ten se získá tak, že pokladní zařízení pošle informaci o výši přijímané hotovosti na server finanční správy a odtud se vrátí vygenerovaný FIK. Nejprve tak bude muset obchodník tržbu nahlásit na úřad a teprve poté bude moci být účtenka vytištěna. Po návratu domů si bude moci zákazník na zvláštní internetové stránce ověřit, že je FIK pravý, tedy že byla daná tržba obchodníkem skutečně přiznána.

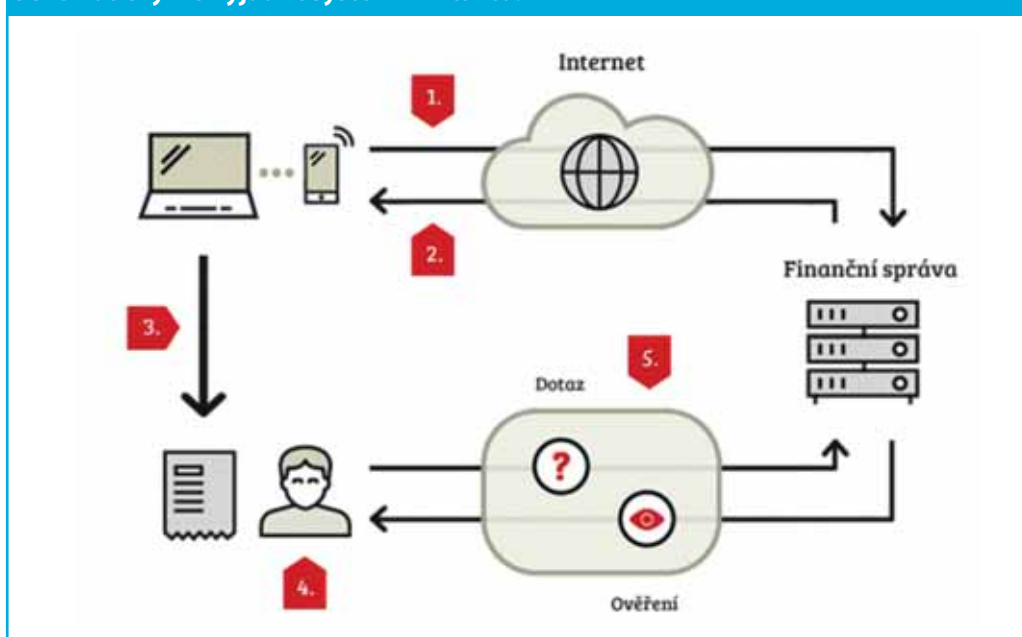
Důležité je si uvědomit, že účtenku je třeba mít vytištěnou nejpozději v okamžiku převzetí hotovosti. Než si tedy doktor nebo sestra převezmou od pacienta hotovost, musí mít pro něj připravenou účtenku se všemi náležitostmi. V první řadě musí být na účtence uveden FIK. Celá komunikace mezi pokladním zařízením a serverem finanční správy tak musí proběhnout v době od namarkování útraty či nákupu do vytištění účtenky.

Vždy tak dojde k této posloupnosti akcí: *namarkování útraty/nákupu -> odeslání informace na server finanční správy -> vygenerování fiskálního kódu -> příjem informace do pokladního zařízení -> tisk účtenky*. Teprve po vytištění účtenky včetně fiskálního kódu může dojít k převzetí hotovosti.

V příštím díle uvedeme, pro koho a od kdy je elektronická evidence tržeb povinná.

Tomáš Hajdušek
daňový poradce

Schematicky lze vyjádřit systém EET takto:



Světový den ledvin - 9. březen

Podle posledních dostupných statistik trpí celosvětově obezitou více než 600 milionů dospělých. Obezita je zároveň závažným rizikovým faktorem rozvoje chronického onemocnění ledvin, kterému může vyústit až k nevratnému selhání ledvin. Světový den ledvin připadá na 9. březen 2017 a i v České republice se letos zaměří právě na edukaci o škodlivých následcích obezity a jejího vztahu k onemocnění ledvin.

Ledviny lidí trpících obezitou musí pracovat mnohem intenzivněji, protože jsou na ně kladeny vyšší nároky. Obézní tělo produkuje více zplodin metabolismu a také obsahuje větší množství krve a dalších tělesných tekutin. Aby ledviny obézního člověka zvládly zvýšené nároky uspokojit, musí zvýšit filtraci krve (dochází v nich k tzv. hyperfiltraci). Trvá-li obezita dlouhou dobu, jsou ledviny soustavně přetěžovány, což může vést k jejich postupnému poškození.

„Obézní člověk mívá velmi často i vysoký krevní tlak a s přibývajícím věkem většinou trpí také cukrovkou. Kombinace těchto tří rizikových faktorů situaci ještě více zhoršuje a postup chronického onemocnění ledvin pak může být velmi rychlý. U pacientů, kteří přicházejí na naše dialyzační střediska NephroCare se sníženou funkcí ledvin, vídáme tuto „kritickou kombinaci“ velmi často,“ upozorňuje primář dialyzačního střediska NephroCare v Praze 4 – Krči MUDr. Petr Tábořský.

„Z pohledu diabetologa a obezitologa mohou jen dodat, že přítomnost obezity je významným negativním faktorem především z pohledu zvýšeného rizika poklesu funkce ledvin. Pacienti s diabetem, obezitou a významněji sníženou funkcí ledvin mají také podstatně zvýšené riziko kardiovaskulárních komplikací a hypoglykémie. Omezené jsou pak i naše možnosti anti-diabetické léčby těchto pacientů. Jednoznačným trendem by měla být prevence a intenzivní léčba obezity ještě dříve, než dojde k rozvoji metabolických komplikací a snížení renální funkce. Důležitý je také vhodný výběr léků s preferencí těch, které hmotnost snižují, případně na ni mají alespoň neutrální vliv,“ doplňuje prof. MUDr. Martin Haluzík, DrSc. z Centra diabetologie a Centra experimentální medicíny IKEM.

Statistiky na poli obezity jsou opravdu alarmující. Vědci spočítali, že v roce 2025 bude celosvětově obezitou trpět přes 18 % mužů a 21 % žen. V pásmu život ohrožující obezity se bude pohybovat 6 % mužů a 9 % žen. V některých zemích se obezita již nyní týká více než jedné třetiny dospělé populace. Obézní jedinci mají dvakrát až sedmkrát vyšší riziko, že jim časem selžou ledviny.

Dobrou zprávou je, že jak obezitě, tak i chronickému onemocnění ledvin lze do značné míry předejít. S poklesem tělesné hmotnosti se často zlepší krevní tlak, lépe se kontroluje cukrovka a sníží i zatížení ledvin. Zhubnutím navíc lze upravit také zvýšený cholesterol, ulevit kloubům, snížit riziko některých zhoubných nádorů, ztuhnutí jater, nemocí žlučníku nebo se zbavit spánkové apnoe (zástavy dechu ve spánku). Obézní lidé také častěji trpí psychickými poruchami, což se podílí i na snížené kvalitě jejich života. Toto vše je do značné míry řešitelné a nikdy není pozdě začít.

Existuje mnoho způsobů, jakými můžete dosáhnout cílové hmotnosti. Rad o zaručených redukčních dietách a přístupech nalezneme celou řadu, ale ne vždy se jedná o rady odborníků. O tom, jaký přístup bude konkrétně vyhovovat vám, se můžete poradit v některém z obezitologických center nebo ambulancí. Aktuální riziko onemocnění ledvin, index tělesné hmotnosti (BMI) a index tvaru těla (ABSI) si můžete online zjistit na internetových stránkách www.dialyza.cz. Tak se sami rychle dozvíte, jak moc jsou vaše ledviny ohrožené. Pokud zjistíte, že máte riziko onemocnění ledvin vysoké, doporučujeme vyhledat nefrologickou ambulanci, jejichž seznam naleznete například na internetových stránkách www.nephrocare.cz. TZ.

Zdroj:

<http://medicina.cz/clanky/11232/91/Svetovy-den-ledvin-9-brezen/>

Benzodiazepiny a zvýšené riziko zlomenin u pacientů s Alzheimerovou chorobou

Benzodiazepiny a jim podobná léčiva (např. zolpidem) je bezpečně užívat pouze krátkodobě, protože zvyšují riziko zlomenin kyčle. Zejména se to však týká pacientů s Alzheimerovou chorobou, kteří již mají oproti zdravé populaci stejného stáří toto riziko zvýšené až dvojnásobně.

Analyzovaná kohorta pacientů

Právě publikovaná finská retrospektivní kohortová studie analyzovala data z registru spotřeby léčiv a Alzheimerovy choroby (Medication Use and Alzheimer's Disease, tzv. MEDALZ) mezi lety 2005 a 2011. Autoři konkrétně zkoumali spojitost mezi užíváním benzodiazepinů a jim podobných léčiv (např. zolpidemu) a výskytem zlomenin kyčle, délkou hospitalizace a mortalitou v důsledku zlomenin u populace osob s Alzheimerovou chorobou (AD). Z celkem 70 718 osob s AD byli pro další analýzu vybráni ti pacienti (n = 46 373), kteří během roku předcházejícího stanovení diagnózy AD neužívali benzodiazepiny a příbuzné látky a neměli zlomeninu krčku kosti stehenní. Kontrolní skupina byla stejné věkové struktury jako nemocní s AD.

Výsledná zjištění

V průběhu 6 let byly benzodiazepiny u pacientů s AD předepsány ve 21,1 % případů. Důvodem byla léčba úzkosti, agitace a poruch spánku. Naproti tomu u kontrolní populace (n = 92 746) se léčilo benzodiazepiny pouze 12,8 % pacientů. Užívání benzodiazepinů zvýšilo riziko pádů a následné zlomeniny krčku kosti stehenní

u obou skupin, nicméně u pacientů s AD bylo po zlomenině pravděpodobnější, že stráví v nemocnici více než 4 měsíce (OR 1,9). Vysvětlením je, že u této skupiny pacientů s AD je častější výskyt deliria, náročnější rehabilitace, neschopnost postarat se sám o sebe a celkové zhoršení mobility vlivem tlumivého účinku benzodiazepinů.

Výsledky studie konkrétně ukazují, že po adjustaci na věk byla incidence zlomenin kyčle u osob s AD, které neužívaly benzodiazepiny a benzodiazepinům podobné látky, 1,6 na 100 pacientoroků, a u pacientů, kteří je užívali, 2,5 na 100 pacientoroků. Naproti tomu u kontrolní skupiny osob bez AD, které neužívaly benzodiazepiny, byla incidence zlomenin kyčle 0,6, a u kontrolní skupiny bez AD s expozicí benzodiazepinům to bylo 1,4 na 100 pacientoroků.

Diskuse a závěr

Benzodiazepiny jsou u pacientů s demencí často indikované pro terapii nespavosti, úzkostí a stavů agitace. Obecně však zvyšují riziko pádů u seniorů. Tato studie jako první zkoumala jejich vliv na populaci s AD. Předepisování benzodiazepinů u pacientů s AD vede k dalšímu zvýšení rizika zlomenin kyčle a k prodloužení délky hospitalizace a rekonvalescence. Je proto vhodné celkově zvážit rizika a prospěch užívání benzodiazepinů, zejména u populace starších pacientů s AD.

Zdroj:

<http://www.prolekare.cz/novinky/prolekare/benzodiazepiny-a-zvysene-riziko-zlomenin-u-pacientu-s-alzheimerovou-chorobou-7406>

Horečka dengue ohrožuje Čechy!

Počet nálezů roste

Dvakrát více nakažených

V minulém roce onemocnělo horečkou dengue více než 100 našich cestovatelů. V roce 2015 přitom bylo zaznamenáno „pouze“ 40 případů nálezů tímto virovým onemocněním. Jedná se tedy o více než dvojnásobný nárůst počtu nálezů. Na vině je mimo jiné zvyšování výskytu horečky dengue v subtropických a tropických oblastech. Virus se v současnosti vyskytuje v destinacích, kam jezdí za zážitky i Češi. Asie, Afrika, Karibik, Latinská Amerika – tady všude mohou turisté narazit na nepříjemné onemocnění, které přináší řadu zdravotních komplikací. Podle odborníků představuje dokonce větší nebezpečí než virus zika.

Závažný stav

Co vlastně o horečce dengue víme?

- Zdroj nálezů tvoří člověk, přenašečem jsou komáři.
- Inkubační doba je 4–7 dnů.
- Nemoc postihuje převážně mladé osoby včetně dětí.
- Horečka dengue probíhá nejčastěji ve dvou fázích. Pro tu první jsou typické horečky, pro druhou charakteristická vyrážka, zejména s postižením trupu.
- Komplikací může být zánět srdečního svalů nebo poškození nervové soustavy.

- Závažné případy se projevují krvácivou horečkou s krvácivými projevy na kůži, často s břišním a hrudním výpotkem. Přidat se mohou neklid, zvracení a bolesti břicha.
- Těžká forma nemoci se objevuje zejména při opakovaných infekcích.

Řešení zatím neexistuje

Léčba horečky dengue se zaměřuje na příznaky onemocnění. V těžkých případech je nutná hospitalizace a intenzivní podpůrná terapie. V současnosti bohužel není k dispozici ani účinná vakcína, jedinou možností ochrany je prevence komářích bodnutí. Pokud vás zajímá, v čem ochrana spočívá, přečtěte si tento článek.

Pokud vyrážíte do oblasti s výskytem horečky dengue, nezapomeňte na uzavření cestovního pojištění. Náklady za léčbu v zahraničí se totiž mohou vyšplhat velmi vysoko. Cestovní pojištění navíc pokryje i náklady spojené s převozem nemocného zpět do naší země.

Zdroj:

<http://www.prolekare.cz/novinky/cestovninemoci/horecka-dengue-ohrozuje-cechy-pocet-nalezu-11037>



Vliv hypertenze na kognitivní funkce – stanovisko American Heart Association

Hypertenze poškozují strukturu a funkci mozkových cév a vede k poškození oblastí bílé hmoty, které jsou kritické pro kognitivní funkce. Může tak urychlit patologické změny spojené s Alzheimerovou chorobou. Existují jasné důkazy o nepříznivém vlivu hypertenze ve středním věku na kognitivní funkce ve stáří, méně jasný je vliv hypertenze v pozdějším věku na kognici. Americká kardiologická společnost (AHA) vypracovala ve spolupráci s odborníky z různých oblastí medicíny stanovisko k problematice vlivu hypertenze na rozvoj demence, které se opírá o přehled a analýzu publikovaných studií.

Úvod

Demence je progresivní a ireverzibilní zhoršení kognitivních funkcí a jako jedno z nejčastějších neurologických onemocnění se týká 30–40 milionů lidí z celosvětové populace. Nejčastějšími příčinami (80 % případů) jsou Alzheimerova choroba (AD) a cerebrovaskulární ateroskleróza, které se navíc často kombinují. Kromě věku je nejvýznamnějším rizikovým faktorem rozvoje demence hypertenze. Léčba tradičních kardiovaskulárních rizikových faktorů včetně hypertenze může snížit incidenci klinicky diagnostikované AD až o 30 %. Tato fakta spolu s vysokou prevalencí hypertenze vedla ke snaze vyhledat a analyzovat dosavadní důkazy o vlivu hypertenze na rozvoj demence a případném přínosu léčby hypertenze v prevenci poklesu kognitivních funkcí.

Rizikové faktory rozvoje demence

Významným faktorem ovlivňujícím vliv hypertenze na rozvoj demence je věk. Riziko poklesu kognitivních funkcí zvyšuje hypertenze ve středním věku a nízký tlak ve vysokém věku. U starších pacientů (> 80 let) není jasné, zda vztah mezi nízkým TK a zhoršením kognice odráží

dysfunkci vegetativního nervového systému se snížením diastolického TK, což následně vede k hypoperfuzi a mozkové atrofii. U této věkové skupiny bude třeba další výzkum beroucí v potaz i polymorbiditu pacientů a sklon k ortostatické hypotenzi. Dalšími faktory, které přispívají ke zhoršení kognitivních funkcí, jsou menopauza, inzulinová rezistence, zánět a genotyp APOE-ε4. Mechanismus zatím zůstává nejasný.

Preventivní vliv antihypertenzní léčby na rozvoj demence

Některé studie ukazují, že kompenzace krevního tlaku ve středním věku může snížit riziko poklesu kognitivních funkcí ve vyšším věku, zejména pokud se týká rychlosti zpracování informací a exekutivních funkcí. Silnější a více konzistentní důkazy jsou v tomto ohledu k dispozici u systolického krevního tlaku oproti diastolickému. Toto porovnání však v jednotlivých studiích není jednoznačné a vyžaduje další výzkum.

Shrnutí

I přes řadu důkazů, že hypertenze vede ke zhoršení kognitivních funkcí, především prostřednictvím cerebrovaskulární dysfunkce dané oxidativním stresem, zůstává buněčný a molekulární mechanismus stále neobjasněný. Nezodpovězena není dosud ani zásadní otázka, zda léčba hypertenze může předejít poklesu kognitivních funkcí, nebo ho dokonce zvrátit. Data z klinického výzkumu podporují razantnější antihypertenzní léčbu u mladších pacientů, zatímco terapii starších pacientů se doporučuje vést s ohledem na dosažované hodnoty TK a toleranci léčby.

Zdroj:

<http://www.prolekare.cz/novinky/prolekare/vliv-hypertenze-na-kognitivni-funkce-stanovisko-american-heart-association-7280>

La Repubblica: Vědci bádají nad syndromem chronické únavy

Řím - Jsem tak unavený, že nedokážu žít. Takovou větu může vyslovit půl milionu Italů, kteří trpí syndromem chronické únavy. Pacienti to mají složitě: na jedné straně jsou zde příznaky, které jsou pro ně velmi zřejmé, na druhé straně tady jsou rodinní příslušníci, lékaři a zaměstnavatelé, jimž je těžké vysvětlit, jak trpí.

Ve své dramatické formě, která vede k invaliditě, nejsou lidé schopni zvednout se z postele, jít do školy, pracovat nebo vyjít z bytu. Syndrom chronické únavy, Chronic Fatigue Syndrome (CFS), je těžké někam zařadit a diagnostikovat. Má různé příznaky, není známý jeho původ a neexistuje test k jeho identifikaci. A vede k sociálnímu vyloučení.

„Pacienti často popisují nemoc jako vleklou infekci,“ vysvětluje ředitel oddělení onkologie na klinice v Avianu Umberto Tirelli, který se chorobou začal zabývat mezi prvními.

Zdá se, že příznaky jsou takovéto: nespecifikovatelné bolesti v různých částech těla, zemdlenost, nateklé žlázy na krku a v podpaží, problémy se soustředěním. Určit diagnózu není jednoduché. Praktičtí lékaři CFS neuznávají a specializovaných center je jen několik. Někdy trvá měsíce či dokonce roky, než se člověk dostane ke specialistovi, poznamenal italský deník La Repubblica.

Mezi některými lékaři je rozšířeno přesvědčení, že jde o psychickou poruchu. „Když tyto pacienty vidím, je jasné, že nejde o problém duše. Pacient s depresí má všechny možnosti k tomu, aby byl aktivní, ale on po tom netouží. Pacient s CFS ale chce někam jít, studovat, mít normální sexuální život, ale nemá na to sílu,“ upozorňuje Tirelli.

Rozptýlit pochybnosti kolem CFS by mohl jakýsi bio ukazatel, který by nemoc zjistil. Tímto směrem také vede výzkum. Ve Spojených státech nedávno zdvojnásobili rozpočet na výzkum: na letošní rok je na něj věnováno více než 15 milionů dolarů (382 milionů Kč).

Některé studie vypadají slibně, například vědci z Kalifornské univerzity v San Diegu navrhnou diagnostickou metodu pomocí jednoduchého krevního testu. Vědci studovali vzorky krve od 45 osob trpících CFS. Analyzovali úroveň 612 chemických látek spojených s buněčným metabolismem a našli desítku metabolitů, které zřejmě byly přítomny v menší míře u všech pacientů a které, použity jako diagnostický test, zaručují přesnost vyšší než 90 procent. Jde o předběžné výsledky, které však umožnily další hypotézu: symptomy by mohly vycházet z anomální odpovědi organismu na stres, který pravděpodobně vede buňky ke zpomalení metabolismu.

„Nemoc má pravděpodobně celou škálu různých příčin. V posledních letech byly předloženy různé hypotézy,“ říká Tirelli. Jednou z nejrozšířenějších je ta, podle které je CFS spojen se špatnou funkcí imunitního systému. Syndrom se totiž často objevuje po nějaké infekci. Avšak dvě desítky let výzkumů zatím nepřinesly výsledky - nepodařilo se izolovat specifický mikroorganismus, který je za CFS zodpovědný. Jsou i další faktory, které mohou syndrom spustit, jako je trauma, stres či alergie.

Za těchto podmínek se lékaři musejí snažit kousek po kousku najít podnět, který CFS vyvolává, a musejí se ho snažit eliminovat. Nejdůležitější je jednou provždy zjistit mechanismus spouštějící chorobu, protože jen tak lze vyvinout účinnou léčbu.

Zdroj:

<http://www.ceskenoviny.cz/zpravy/la-repubblica-vedci-badaji-nad-syndromem-chronicke-unavy/1457456>

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

Vážení čtenáři a řešitelé testů,

dle nového Stavovského předpisu České lékařské komory č. 16, podle § 5 přílohy č. 1, jsou od 1. 7. 2012 všechny znalostní testy v odborných časopisech hodnoceny jednotně, a to 2 kredity. Za správné vyřešení testu budou řešitelům přiděleny **2 kredity ČLK**. Podmínkou ČLK pro přidělení kreditů je zaslání odpovědí v písemné podobě na odpovědním lístku nebo elektronicky na www.svl.cz, a to **nejpozději do 20. 4. 2017**.

Písemné odpovědi zasílejte na adresu: Oddělení vzdělávání SVL ČLS JEP, U Hranic 16, 100 00 Praha 10.

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

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

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

ZNALOSTNÍ TEST JE HODNOCEN 2 KREDITY ČLK

1. Hallux valgus je často spojen s:

- a) podélně plochou nohou
- b) příčně plochou nohou
- c) valgózním postavením paty

2. Operace měkkých tkání představují při korekci hallux valgus:

- a) zásadní operační výkon
- b) doplňující operační výkon
- c) neužívají se

3. U pacienta se statickou vadou přednoží je nutno vyšetřit:

- a) celou dolní končetinu
- b) pouze přednoží
- c) kyčelní klouby

4. Spojení non Hodgkinského lymfomu a autoimunitní onemocnění štítné žlázy:

- a) není výjimečné
- b) je výjimečné
- c) je typické jen pro ženskou populaci

5. Imperativem zahájení léčby u subklinické hypotyreózy je:

- a) gravidita
- b) doporučuje se léčit i ženy ve fertilním věku, které plánují graviditu
- c) vždy nasadit léčbu při hodnotách TSH od horní hranice normy do 10,0 mIU/l

6. U žen s chronickou lymfocytární tyreoiditidou a/nebo jen s přítomností protilátek TPOab se po porodu v důsledku ukončení období imunologické tolerance může rozvinout:

- a) myxedém
- b) arteriální hypertenze
- c) poporodní tyreoiditida

7. Do ambulance přichází pacient, který je výkonnostní sportovec, chce jet na mistrovství světa veteránů. Je sledován u kardiologa a užívá nějaké léky (neví jaké). Jaký bude další postup?

- a) dám posudek o zdravotní způsobilosti a užívanou medikaci neřeším
- b) odešlu pacienta ke kardiologovi, aby vydal seznam používaných léků s tím, že pak jej zkontroluji na www.antidoping.cz, jestli pacient neužívá zakázané léky
- c) odešlu pacienta ke kardiologovi, ať mu vydá posudek on

8. Do ambulance přichází pacient 45 let, který žádá o vyjádření ke zdravotní způsobilosti ke sportu. V medicaci hypertenze má diuretikum, které mu předepsal internista. Jaký bude další postup?

- a) vydám posudek o zdravotní způsobilosti a nebudu nic dále řešit
- b) budu žádat o terapeutickou výjimku
- c) odešlu pacienta k internistovi s tím, ať zhodnotí, jestli je léčba diuretikem nutná a pokud bude, ať požádá o terapeutickou výjimku on

9. Fyzická aktivita:

- a) nemá vliv na depresi
- b) zesiluje efekt antidepressiv
- c) zlepšuje emoční stav

10. Jóga a fyzická aktivita:

- a) zlepšuje kognitivní funkce
- b) nemá vliv na zmírnění stresu
- c) jsou prevencí návykových nemocí

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. 3/2017

Jméno a příjmení _____

Adresa pracoviště _____

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

Zakroužkujte 1–3
správné odpovědi:

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

Vzdělávací semináře

v dubnu 2017



SVL ČLS JEP

Hlavní témata

Diagnostika alergického pacienta v ordinaci PL.

den	datum	čas	město a místo konání
pondělí	3. 4.	16.30–20.30	Aula SZŠ, Příluky 372, Zlín
čtvrtek	6. 4.	16.30–20.30	Hotel "U Šimla", Závodní 1, Karlovy Vary
čtvrtek	6. 4.	16.00–20.00	Clarion Grandhotel Zlatý Lev, Gutenbergova 3, Liberec 1
sobota	8. 4.	9.00–13.00	Kancelář veřejného ochránce práv, Údolní 39, Brno
sobota	8. 4.	9.00–13.00	Aula Právnické fakulty UP Olomouc, tř. 17. listopadu 8, Olomouc
středa	12. 4.	17.00–21.00	presbytář Hotelu Gustav Mahler, Křížová 4, Jihlava
středa	12. 4.	16.00–20.00	Hotel Zlatá Hvězda, Smetanovo nám. 84, Litomyšl
středa	12. 4.	16.00–20.00	Lék.dům, Sokolská 31, Praha 2
středa	12. 4.	16.00–20.00	Clarion Congress Hotel, Pražská třída 2306/14, České Budějovice
čtvrtek	13. 4.	16.00–20.00	Nové Adalbertinum, Velké náměstí 32, Hradec Králové
čtvrtek	13. 4.	16.00–20.00	Clarion Congres Hotel, Špitálské náměstí 3517, Ústí nad Labem
čtvrtek	20. 4.	16.00–20.00	Hotel Imperial, Tyršova č. 6, Ostrava
čtvrtek	20. 4.	16.00–20.00	Lék.dům, Sokolská 31, Praha 2
sobota	22. 4.	9.00–13.00	Šafránkuv pavilon, alej Svobody č. 31, Plzeň