

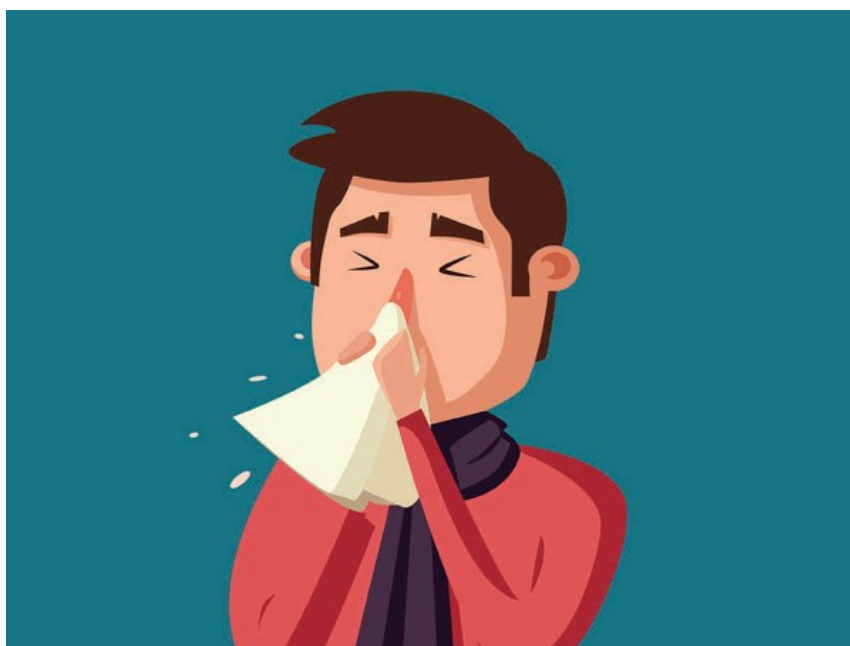


---

# PRACTICUS

pro praktické lékaře zdarma • č.07/2019 • ročník 18

---



TÉMA:  
**Chřipka včera, dnes a zítra**

# ... na přesnosti záleží.

**Concor® COR**  
bisoprolol



## Studií podložená data

(CIBIS II, The Lancet Vol. 353 No. 9146 Jan 1999; 9-13)

|                                                           |              |
|-----------------------------------------------------------|--------------|
| Úmrtnost (všechny příčiny)                                | <b>-34 %</b> |
| Náhlé úmrtí                                               | <b>-44 %</b> |
| Nutnost hospitalizace<br>(pro zhoršení srdečního selhání) | <b>-36 %</b> |
| Hospitalizace (všechny příčiny)                           | <b>-20 %</b> |

## Přesná titrace dávky (SPC)

1,25 – **2,5** – 3,75 – **5** – 7,5 – **10** mg

## Vysoký bezpečnostní profil (SPC)

- Vyvážený metabolismus 50:50 (játra:ledviny)
- Bez nutnosti upravovat dávku při renální nebo hepatální poruše

## Originální a nezaměnitelný tvar tablety



### Zkrácená informace o přípravku Concor COR 2,5 mg, Concor COR 5 mg, Concor COR 10 mg, potahované tablety.

**Složení:** 1 potahovaná tableta obsahuje 2,5 mg nebo 5 mg nebo 10 mg bisoprololu fumaras. **Indikace:** Léčba stabilizovaného chronického srdečního selhání se sníženou systolickou funkcí levé komory spolu s ACE inhibitory, diuretiky a případně srdečními glykosidy. **Kontraindikace:** Bisoprolol je kontraindikován u pacientů s chronickým srdečním selháním u následujících stavů: akutní srdeční selhání nebo dekompenzace srdečního selhání vyžadující i.v. inotropní terapii, kardiogenní šok, AV blok druhého nebo třetího stupně (bez zavedeného kardiostimulátoru), syndrom chorého sinu, sinoatriální blok, bradykardie pod 60 tepů/min před zahájením léčby, hypotenze (systolický tlak pod 100 mm Hg), těžké astma bronchiale, pozdní stádia ischemické choroby dolních končetin a Raynaudův syndrom, neléčený feochromocytom, metabolická acidóza, přecitlivělost na bisoprolol nebo pomocné látky obsažené v přípravku. **Zvláštní upozornění:** Bisoprolol musí být podáván s opatrností u těchto stavů: tendence k bronchospasmu (astma bronchiale, obstrukční choroba bronchopulmonální), diabetes mellitus s vysokým kolísáním hladin krevního cukru; mohou být maskovány příznaky hypoglykémie, přísná redukční dieta, probíhající desenzibilizační terapie, AV blok prvního stupně, Prinzmetalova angina pectoris, ischemická choroba dolních končetin (zhoršení obtíží se může objevit zvláště na začátku léčby), celková anestézie. **Těhotenství a kojení:** Bisoprolol by neměl být užíván během těhotenství a kojení. **Nežádoucí účinky:** Velmi časté ( $\geq 1/10$ ): bradykardie. Časté ( $\geq 1/100$ ,  $< 1/10$ ): zhoršení srdečního selhání, závratě, bolest hlavy, gastrointestinální potíže, jako je nevolnost, zvracení, průjem a zácpa, pocit chladu nebo necitlivosti v končetinách, hypotenze, astenie, únava. **Interakce:** Nedoporučené kombinace: blokátory kalciového kanálu typu verapamilu a v menším rozsahu diltiazemu: negativní vliv na kontraktilitu a AV vedení. Intravenózní podání verapamilu u pacientů léčených betablokátozem může vést k prohloubené hypotenzii a AV bloku. Antiarytmika třídy I (např. chinidin, disopyramid, lidokain, fenytoin, flekainid, propafenon): možné zesílení účinků na AV převod a zesílení negativně inotropního účinku. Centrálně působící antihypertenziva, jako je klonidin a další (např. methyldopa, moxonidin, rilmenidin): současné užívání centrálně působících antihypertenziv může zhoršit srdeční selhání snížením centrálního tonu sympatiky (snížení srdeční frekvence a srdečního výdeje, vasodilatace). Náhlé vysazení, zvláště před ukončením léčby betablokátozem, může zvýšit riziko „rebound hypertenze“. **Dávkování:** Léčba bisoprololem má být zahájena postupnou titrací dávky podle následujících kroků: 1,25 mg denně po dobu 1 týdne; v případě dobré tolerance zvýšit na 2,5 mg denně další týden; v případě dobré tolerance zvýšit na 3,75 mg denně další týden; v případě dobré tolerance zvýšit na 5 mg denně další 4 týdny; v případě dobré tolerance zvýšit na 7,5 mg denně další 4 týdny; v případě dobré tolerance zvýšit na 10 mg denně jako udržovací dávka. Maximální doporučená dávka je 10 mg denně. Pokud není maximální doporučená dávka dobře tolerována, může být zváženo postupné snížení dávkování. Tablety bisoprololu se polykají celé ráno, mohou se užívat zároveň s jídlem, zapíjejí se dostatečným množstvím tekutiny. Tablety se nežvýkají. **Balení:** 28, 56 nebo 100 potahovaných tablet. Na trhu nemusí být všechny velikosti balení. **Držitel registračního rozhodnutí:** Merck KGaA, Darmstadt, Německo. Registrační číslo: Concor COR 2,5 mg: 77/026/01-C, Concor COR 5 mg: 77/027/01-C, Concor COR 10 mg: 77/028/01-C. **Podmínky uchovávání:** Concor COR 2,5 mg uchovávejte při teplotě do 25 °C. Concor COR 5 mg a Concor COR 10 mg uchovávejte při teplotě do 30 °C. **Datum poslední revize textu:** 14. 2. 2017. Výdej na lékařský předpis. Přípravek je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Před předepsáním léku si, prosím, přečtěte úplnou informaci o přípravku.

Úplnou informaci o přípravku poskytneme na adrese společnosti Merck spol. s r.o.

MERCK spol. s r.o. | Na Hřebenech II 1718/10 | 140 00 Praha 4 | tel: +420 272 084 211 | [www.merck.cz](http://www.merck.cz), [www.merckmerck.cz](http://www.merckmerck.cz)

**MERCK**

# OBSAH

# PRACTICUS

odborný časopis SVL ČLS JEP  
07/2019, ročník 18

## INFO SVL

- 04 EDITORIAL
- 05 ZPRÁVA Z KONFERENCE WONCA V BRATISLAVĚ
- 09 EZETIMIB JE OD 1. 9. 2019 UVOLNĚN  
PRO PRESKRIPCI PRAKTICKÝM LÉKAŘŮM.
- 11 CHŘIPKA VČERA, DNES A ZÍTRA

## ODBORNÝ ČLÁNEK

- 16 VAKCINACE ONKOLOGICKÝCH PACIENTŮ V PRAXI  
*Prof. MUDr. Roman Chlábek, Ph.D.*
- 20 POSTAVENÍ BETABLOKÁTORŮ V NOVÝCH DOPORUČENÍCH LÉČBY  
HYPERTENZE  
*MUDr. Ivan Řiháček, Ph.D.*

## KOMERČNÍ SDĚLENÍ

- 27 DOBRÁ ZPRÁVA PRO VŠEOBECNÉ PRAKTICKÉ LÉKAŘE,  
KTERÍ LÉČÍ A DISPENZARIZUJÍ NEBO SE CHYSTAJÍ LÉČIT  
PACIENTY S DM 2. TYPU (DM2T)

## AKTUALITY

- 28 PROJEKT DESTIGMATIZACE  
PRO VŠEOBECNÉ PRAKTICKÉ LÉKAŘE
- 30 STANOVISKO VYZÝVAJÍCÍ PRAKTICKÉ A DĚTSKÉ LÉKAŘE PO CELÉM  
SVĚTĚ K ZAHÁJENÍ ČINNOSTÍ PRO GLOBÁLNÍ ZDRAVÍ
- 26 INDAPAMID  
*Prof. MUDr. Rosolová Hana DrSc.*
- 28 POSTŘEHY O BOLESTI A SNECH Z JARNÍ INTERAKTIVNÍ KONFER-  
ENCE V PRAZE  
*MUDr. Bohumil Skála, Ph.D.*
- 31 ETIKA A ZODPOVĚDNOST – TOŽ OTÁZKY  
*MUDr. Bohumil Skála, Ph.D.*
- 32 OSMOTICKÁ LAXATIVA V TERAPII ZÁCPY  
*MUDr. Martin Wasserbauer*

## AKTUALITY ZE ZAHRANIČÍ

- 36 8. EURIPA RURAL HEALTH FORUM, 14.–16. 11. 2018, MAALE  
HAHAMISHA, IZRAEL ANEB POSTŘEHY O VENKOVSKÉM  
LÉKAŘSTVÍ V EVROPĚ  
*MUDr. Kateřina Javorská, MUDr. David Halata*

### 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](mailto:practicus.svl@cls.cz)  
[www.practicus.eu](http://www.practicus.eu)

### Redakce:

#### Šéfredaktor:

MUDr. Stanislav Konštacký, CSc.,  
[konstackys@seznam.cz](mailto:konstackys@seznam.cz)

#### Zástupci šéfredaktora:

MUDr. Dana Moravčíková  
[dana.moravcikova@medicina.cz](mailto:dana.moravcikova@medicina.cz),  
MUDr. Jana Vojtíšková  
[janav.doktor@volny.cz](mailto:janav.doktor@volny.cz)

#### Manažerka časopisu:

Hana Čížková  
[practicus.svl@cls.cz](mailto:practicus.svl@cls.cz)

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

#### Spolupracovnice časopisu:

Andrea Vrbová, Romana Hlaváčková

Náklad 6 000 ks. • • • Vychází 10x ročně.  
**Pro praktické lékaře v ČR zdarma.**  
Roční předplatné pro ostatní zájemce  
**610 Kč.** • • • Příhlášky přijímá redakce.  
Toto číslo bylo dáno do tisku 18. 6. 2019 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, 2019

## EDITORIAL



**MUDr. Stanislav Konštacký, CSc.**  
Šéfredaktor časopisu Practicus

Milé kolegyně, milí kolegové,

po červnovém čísle našeho časopisu by měla následovat sedmička a právě po menší přestávce se do psaní tohoto editoria pouštím. Horké dny a stejně horké večery nám připravily spoustu probdělých nocí, a tudíž ti, kteří se vydali za teplem k moři, vlastně měli téměř stejný teplotní zážitek jako my, kteří jsme zůstali v naší kotlině. Já cestoval za nově vypěstovanými odrůdami růží do zahraničí v květnu a červnu a v tomto roce jsem pro dovolenou volil tu krásnou zemi, která je, jak stále uvádíme, v srdci Evropy. Ukázal jsem vnukům krásy Českého Krumlova-

, skutečného skvostu, který nikde jinde nenajdeme, a jako lokální patriot jsem nabídl mé rodné město Kroměříž s krásným zámekem, galerií a především s kouzelnými zahradami.

Na to, že se stále hovoří o reformě primární péče, jsem chtěl alespoň na nějakou dobu zapomenout. Ale dříve než se pokusím představit toto číslo, vzpomenu důležitou akci, kterou uspořádali naši východní sousedé, naši bratři Slováci. Po světové a evropské Wonce v Praze byla v tomto roce uspořádána již 24. Evropská Wonca za účasti i poměrně velké delegace z České republiky; přijelo nás do hlavního města Slovenska Bratislavy více než dvacet. Konference přilákala 1919 účastníků z 68 zemí. Jako již tradičně, největší zastoupení bylo

ze strany kolegů z Portugalska a Španělska. Zahájení proběhlo 26. 6. v budově Nového Národního divadla pod názvem Lidská stránka medicíny. Při zahajovací ceremonii hovořili zástupci hostitelské země a úvodní slovo pronesla profesorka Amanda Howe, dosavadní presidentka Wonca World. Její lidský přístup a dokonalá znalost profese se krásně poslouchaly, přičemž i ona připomínala, že praktičtí lékaři by měli i nadále usilovat o odpovídající postavení v jednotlivých státech. Organizátoři připravili krásný program lidových tanců v podání nám dobře známé Lúčnice a děvčata se točila tak rychle, že na fotografiích z mého mobilu bylo jen několik ostrých obrázků. Konferenci, nebo alespoň její části, se bude věnovat příspěvek naší členky výboru Kateřiny Javorské.

Dr. Řiháček ve svém sdělení připomíná užívání betablokátorů, které i nadále patří mezi anti hypertenziva, především u pacientů po IM, při srdečním selhávání, snížené funkci levé srdeční komory a na kasuistice nás seznamuje s vhodností léčby betablokátoru u pacientů se zvýšenou aktivitou sympatiku.

Prof. Chlíbek ve svém článku Očkování onkologických pacientů upozorňuje na nutnost této zdravotní péče i u nich, protože jsou primárně imunosuprimováni a současně zvýšeně ohroženi infekčními chorobami. Očkování těchto pacientů inaktivovanými vakcínami je bezpečné, jen je třeba vhodně očkování načasovat a rozhodně se mu nevyhýbat.

Rozhodně nesmíme zapomenout, že v tomto čísle bude informace ohledně očkování proti chřipce, protože toto období je právě nejdůležitější a tudíž mu věnujeme článek doktora Cyrila Muchy.

I další články jsou zajímavé a přinášejí nové informace, ale editorial si neklade za úkol vyjmenování všech.

Jménem redakce vám přeji krásný zbytek léta a těm z vás, kteří mají ještě před sebou dovolenou, krásné zážitky a dostatek odpočinku do dalšího období.

# Zpráva z konference WONCA v Bratislavě

Ve dnech 26.- 29. 6. 2019 se konala 24. konference WONCA ve slovenské metropoli Bratislavě. Mottem konference byl slogan „The Human Side of Medicine” – Lidská stránka medicíny.

Účastnilo se jí téměř 2000 lékařů z celé Evropy, předcházela jí jako obvykle prekonference pro mladé lékaře a součástí byl také v pátek 28.6. 2019 Slovensko-český den.

Konference probíhala ve třech budovách – v prostorách Slovenského národního divadla, Hotelu Sheraton a Cinema City. Na slavnostním zahájení, které moderovala Vera Wister, nesměly chybět tanečnice z Lúčnice a WONCA World president elect Anna Stavdal z Norska pronesla poselství, že budoucnost všeobecného lékařství spočívá v aktivitách multidisciplinárních týmů.

Proběhla velká řada přednášek, odborných sdělení a workshopů.

První přednáškou profesorka z Velké Británie Amanda Howe podtrhla lidskou stránku medicíny. Uvedla, že zhruba třetina našich pacientů má psychické potíže, bez ohledu, na to jaké nemoci nám prezentují. Často jsou způsobené nepříznivými životními okolnostmi, a díky tomu, že obvykle známe pacienta a jeho okolí, můžeme svůj přístup k němu na základě těchto informací a okolností lépe zohlednit. Potřebujeme ovšem také myslet na sebe, dbát o vlastní dobro, kvalitní vztahy a otevřenou mysl. Ne vždy se nám to i přes nejlepší vůli daří a je dobré vědět, na koho je vhodné se obrátit, abychom dokázali zůstat empatickými lékaři po celou profesní kariéru.

Mezi hlavními speakery z různých evropských zemí nechyběl docent Bohumil Seifert s velmi zajímavou key

note přednáškou „A balanced approach to patients with functional somatic disorders” – rozebral široké možnosti přístupu k pacientům s funkčními somatickými potížemi, přednášku proložil kreslenými vtipy Pavla Kantorka a nejednou svým smyslem pro humor rozesmál celé publikum. Pacienti s funkčními poruchami jsou obvykle velmi obtížní, produkují vyčerpávající a frustrující opakované návštěvy, objektivně jim nic není, ale bojíme se přehlédnutí závažné diagnózy, na druhou stranu je nechceme poškozovat zbytečnými vyšetřeními. Podkladem jejich obtíží je neurohumorální dysbalance, často přidružená na hraniční poruchy osobnosti. Mají velký problém s přiznáním si, že „problém je v hlavě”, a potřebují hlavně projevít pochopení a přiznat právo necítit se dobře – ať už si o nich myslíme cokoliv.

Další key note sdělení přednesl ing. arch. Radoslav Herda z občanského sdružení Slovenský pacient, s názvem „The patient is primarily human being”, tedy že pacient je především lidská bytost. Bytost značně emocionální. Použil přirovnání jezdce na slonovi na cestě, který udržuje směr, a my jsme zvyklí na spolupráci na této úrovni, jezdec potřebuje mít dlouhodobé cíle a vize a najít zdravé návyky a ty posilovat a podporovat. Oproti tomu slon potřebuje přesvědčit, nadchnout se, vidět výsledky, a protože snadno kolabuje, je u něj komplikovaná compliance. Jako příklad podpory motivace k užívání léků u adolescentů uvedl možnost cestou videohry informovat, proč se mají užívat léky, přestože pacienti zrovna nemají potíže, proč je slona potřeba vychovávat a chválit za malé pokroky, nastavit nejdříve dobře viditelné cíle, zahrnout ho do plánování léčebného procesu a udržovat partnerský vztah.

Docentka Barbara Ukropcová s jejím key note sdělením na téma „Exercise is medicine: Can we increase physical activity in patients' everyday life? The challenges of exercise prescription”, tj. Cvičení je léčba: Můžeme zvýšit fyzickou aktivitu v každodenním životě pacientů? Výzvy v předepisování cvičení jako léčby, uvedla, že v současné době čelíme epidemii inaktivity, roste výskyt obezity a chronických nemocí a pouze 1/3 populace má adekvátní množství pohybu. Sedavci ujdou méně než 5000 kroků za den, obézní lidé ukládají tuk v





srdci, játrech a slinivce, což zhoršuje jejich funkce a neaktivní stárnutí vede k sarkopenii (ztrácíme cca 2 % svalů za 1 rok). Změna životního stylu z pasivního na aktivní vede k poklesu kardiovaskulární mortality o 50 %, přičemž fyzicky aktivní osmdesátník má lepší vyhlídky stran kardiovaskulárního rizika než sedavý pětasedesátník. Už 3 měsíce tréninku, 3x týdně 1 hodina, zredukuje množství viscerálního tuku o 10 % a zvýší mentální funkce, ale intenzita musí být dostatečná. Pravidelné aerobní cvičení zvyšuje neurogenezi v hippocampu u dospělých, tedy zlepšuje paměť, a to dokonce také seniorům. Hlavní je přerušit sedavý způsob života, pozvolna začít a udržet oblíbený pohyb. Z pravidelného pohybu zdravotně profitují i ti, kteří se nikdy předtím nehýbali, ale měli by začít pozvolna nejlépe pod dohledem trenéra. V neposlední řadě uvedla, že pro dlouhý a kvalitní život je také potřeba vhodná strava, spánek a vřelé vztahy, což jsou prvky, které bychom měli jako lékaři sami propagovat. V České republice se chystá pilotní projekt pro léčbu nadváhy a obezity režimovými opatřeními pomocí nutričních terapeutů a trenérů, přihlásit se můžete na: <https://www.svl.cz/o-nas/pracovni-skupina-pro-preventabilni-onemocneni/>

Další info bude pro pacienty na <https://www.casprozdravi.cz>. Cílem je získat pro management léčby obezity intervenční kódy.

Na pátek 28. 6. 2019 byl naplánován bohatý program Slovensko-českého dne. Už v úvodní přednášce prvního bloku, kterou pronesla Mgr. Mária Grófová, na téma založení Komenského univerzity a její lékařské fakulty v Bratislavě, byly znát silné vazby Slovenska s Českou republikou, jejíž profesori vznik univerzity významně ovlivnili.

Z úst profesorky Kataríny Gazdíkové jsme se dozvěděli, jak to vypadá na Slovensku se vzděláváním praktických lékařů, doktor Jáchym Bednář informoval o organizaci evropských učitelů v praktické medicíně (EURACT) a jejich vzdělávacích akcích, doktorka Dana Moravčíková přednesla o moderních formách vzdělávacích seminářů pořádaných SVL u nás a Mladí praktici shrnuli jejich aktivity za takřka 10 let fungování organizace v Čechách.

Na téma e-health pronesli svá sdělení prezidentka konference Michaela Macháčová, doktorky Mária Matušová a Jana Bendová a z Čech doktor Cyril Mucha svým nadhledem a humorem všechny rozesmál.



V bloku zaměřeném na komplexní péči zazněly příspěvky na téma rozšiřování kompetencí praktických lékařů v podání doktorky Bendové a docenta Svatopluka Býmy. V bloku věnovaném prevenci byla pozornost věnována skríninku obezity, kolorektálního karcinomu, ICHDK, CHOPN a vzrůstajícímu počtu nozokomiálních infekcí, speakery sdělení byli doktor Jozef Čupka, doktorka Beata Blahová, docent Bohumil Seifert, doktorka Katarína Dostálová, doktor Norbert Král a doktorka Lucia Kukučková.

V posledním bloku věnovaném péči praktických lékařů stran indikátorů kvality měl opět přednášku docent Býma spolu s doktorem Petrem Šonkou na téma dispenzarizace stabilizovaných onkologických pacientů v ordinacích praktických lékařů, doktorka Dana Moravčíková informovala o dispenzarizaci nekomplikovaných diabetiků u nás, a na téma plateb kapitačních a mimokapitačních výkonů svá sdělení přednesli doktor Peter Lipták a Petr Šonka.

Během celého dne se diskutovalo na výše uvedená témata aktuální v primární péči u nás a na Slovensku. Společně nás trápí omezené kompetence, limitovaná preskripce, přebujelá administrativa, e-recept, e-health, proto si navzájem přejme spoustu trpělivosti, síly a profesní jednoty k přístupu k těmto výzvám v oboru. Dohodli jsme se, že bychom podobná setkání rádi pravidelně organizovali dál v rámci našich národních vzdělávacích akcí, abychom se mezi sebou mohli inspirovat také v budoucnu.

V odborném programu hlavní konference figuroval také hlavní představitel praktické venkovské medicíny u nás doktor David Halata, který přednesl základní výstupy pilotní verze projektu s podporou organizace EURIPA (Evropská asociace venkovských lékařů) o Motivaci mladých praktických lékařů pro práci na venkově. Projekt probíhal napříč Evropou, účastnily se jej Česká republika jako zástupce střední Evropy, Norsko a Dánsko jako zástupce její severní části a Turecko za východní Evropu. Konečné výsledky budou prezentovány také na národní úrovni.

Proběhlo taktéž Rural Café neboli přátelské setkání pracovní skupiny evropských venkovských lékařů zpsťněné o norského uzeného lososa a moravské víno. Sbíraly se úspěšné strategie získávání zdravotnické pracovní síly pro venkovské oblasti. Například v Austrálii probíhají stáže ve venkovských praxích už od 2. ročníku medicíny, o které je velký zájem. Ve Skotsku medicí zjisti-tili, že stáže na venkově jsou přínosnější než ty klasické, takže i tam je převis zájemců nad nabídkou míst. Mají k dispozici data, že se cca 60 % studentů medicíny, kteří absolvovali během studia stáž na venkově, na venkov vrací jako praktičtí lékaři.

Aktivita českých zástupců venkovského lékařství v organizaci EURIPA jsou převážně ve vazbě na mezinárodní kolegy, video na podporu českého projektu GO RURAL! sklídilo na konferenci úspěch, přestože se anglické titulky dodělavaly na poslední chvíli, a již se podařilo nalákat několik mladých lékařů a studentů medicíny na stáž ve venkovských ordinacích.

Konference WONCA opět rychle utekla, utužili jsme již tak dobré vztahy se Slováky, prohloubili jsme si odborné znalosti, posunuli společné projekty a aktivity zase o něco dále. Jisté je, že se v našem oboru člověk nenudí, ať je v ordinaci, anebo se účastní odborné vzdělávací akce. Příští rok bude WONCA v Berlíně, tak opět věříme v hojnou účast z řad českých praktických lékařů.

MUDr. Kateřina Javorská

Praktický lékař Javorský s.r.o., Nové Město nad Metují  
Členka Pracovní skupiny venkovského lékařství SVL ČLS JEP  
Členka IAB EURIPy

MUDr. Jana Krzyžánková

Všeobecný praktický lékař Zlín

Členka organizace Mladí praktici z.s.

Fotky zdroj web konference WONCA 2019, FB konference WONCA v příloze

# Ezetimib je od 1. 9. 2019 uvolněn pro preskripci praktickým lékařům.

Moderní a hlavně komplexní léčba dyslipidemií je tedy konečně posílena pro praktické lékaře. Je tak završena několikaletá snaha o zrušení preskripčního omezení, které bezesporu vedlo k indukci specializované drahé péče a pacienta nutilo putovat v systému.

V každodenní praxi v rámci KVO nadále platí pravidla primární i sekundární prevence. Ale budeme-li sahat ke kombinační terapii DLP pravděpodobně se bude jednat o pacienta ve vysokém KV riziku, které vyžaduje důsledný a razantní přístup. Těmi jsou především preventivní farmakologická opatření: intenzivní statinová terapie vysokými dávkami a event. kombinační terapie. Podmínky úhrady, jak jsou popsány v dopise SÚKL a na každého z nás i nadále budou vyskakovat při indikaci ezetimibu v rámci programu v PC, jsou velmi složité a v praxi bude obtížné doložení zejména intolerance předchozí statinové terapie. Taková už je praxe. Je však více než jasné,

že skupina pacientů indikovaných ke kombinační terapii statin + ezetimib bude vyžadovat naší zvýšenou pozornost, což by současně mělo přinášet vyšší ohodnocení naší práce. Bohužel tomu tak není, avšak je to další část diskuze se ZP. Ale skutečnost, že tato kombinace může snížit hladinu LDL-C až o 20 % oproti navyšování dávek samotného statinu, za tu námahu stojí.

Tak tedy od září máme nové možnosti v léčbě. Jsem přesvědčen, že přinese očekávaný efekt a že stejně jako bylo uvolnění statinů pro VPL před dvaceti lety správným rozhodnutím, je i uvolnění ezetimibu, resp. zavedení kombinační terapie do kompetencí praktických lékařů, také správné.

MUDr. Otto Herber  
odborný garant SVL ČLS JEP pro oblast DLP  
praktický lékař



## WEBINAR



Pozvánka na webinar Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP

### Aktuální otazníky



**Datum:**  
**3. října 2019**



**Doba trvání živého přenosu:**  
**45 minut**



**Začátek živého přenosu:**  
**16.00**

Moderátor webinaru:  
**MUDr. Otto Herber**  
místopředseda SVL ČLS JEP

### Program webinaru

#### Novinky v léčbě dyslipidemií

Přednášející:  
**prof. MUDr. Richard Češka, CSc.,** předseda ČIS

Sponzor bloku Novinky v léčbě dyslipidemií:



#### Novinky v úhradách a léčbě chronické žilní insuficience

Přednášející:  
**MUDr. Silvia Adámková,** Klinika transplantační chirurgie, IKEM

Sponzor bloku Novinky v úhradách a léčbě chronické žilní insuficience:



Pro připojení k přímému přenosu zadejte následující internetovou adresu:

**[www.praktickylekar.online](http://www.praktickylekar.online)**

Během vysílání můžete zasílat dotazy přednášejícím.



Pořadatel a odborný garant:  
Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP

Organizátor:  
**TARGET MD**



**Stanovisko Státního ústavu pro kontrolu léčiv (dále též „Ústav“) k podmínkám úhrady léčivých přípravků s obsahem ezetimibu.**

Vážení,

s ohledem na četné dotazy od lékařů a odborných společností týkajících se přípravků s obsahem ezetimibu, posíláme stanovisko Ústavu k této problematice.

Věříme, že uvedené stanovisko pomůže problematické body týkající se preskripce uvedených přípravků objasnit.

**Rádi bychom Vás informovali o změnách podmínek úhrady některých léčivých přípravků s obsahem léčivé látky ezetimib (ATC kód C10AX09), které byly provedeny v revizním správním řízení, sp. zn. SUKLS47227/2013. Rozhodnutí v tomto správním řízení bylo vydáno dne 17. 7. 2019 a nabylo právní moci dne 7. 8. 2019. Nově stanovené výše a podmínky úhrady budou vykonatelné od 1. 9. 2019.**

Ústav stanovil v hloubkové revizi, sp. zn. SUKLS47227/2013 léčivým přípravkům s obsahem ezetimibu tyto podmínky úhrady:

*„P: Ezetimib je hrazen u nemocných adherujících k dietním opatřením i ke stávající hypolipidemické léčbě, u kterých nelze dosáhnout cílových hodnot LDL-cholesterolu při použití vysoce intenzivní statinové terapie v maximální tolerované dávce nebo v případě statinové intolerance.*

*Vysoce intenzivní statinová terapie je definována jako terapie maximální tolerovanou dávkou atorvastatinu nebo rosuvastatinu, v případě prokázané intolerance obou pak maximální tolerovanou dávkou jednoho jiného statinu.*

*Statinová intolerance je definována jako intolerance alespoň dvou po sobě jdoucích statinů, která vede k jejich vysazení. Intolerance obou statinů musí pak být prokázána jako ústup klinické symptomatologie nebo normalizace CK po jeho vysazení a opětovný návrat myalgie nebo zvýšení CK po znovu nasazení statinu. Za statinovou intoleranci nelze považovat zvýšení CK nepřesahující 4 násobek horních mezí bez klinické symptomatologie.*

*Cílová hodnota je stanovena pro pacienty ve vysokém kardiovaskulárním riziku na méně než 2,6 mmol/l nebo snížení výchozí hladiny LDL cholesterolu přinejmenším o 50% při výchozích hladinách 2,6 až 5,2 mmol/l a pro pacienty ve velmi vysokém kardiovaskulárním riziku na méně než 1,8 mmol/l nebo snížení výchozí hladiny LDL cholesterolu přinejmenším o 50% při výchozích hladinách mezi 1,8 a 3,5 mmol/l.“*

**Ústav v předmětné hloubkové revizi na základě podnětů účastníků řízení a odborných společností a v souladu s platnými klinickými doporučeními upravil indikační omezení ezetimibu v léčbě hypercholesterolemie. Dále zrušil preskripční omezení, tj. léčivé přípravky s obsahem ezetimibu mohou předepisovat všechny lékařské odbornosti, včetně praktických lékařů.**

STÁTNÍ ÚSTAV  
PRO KONTROLU LÉČIVŠrobárova 48  
100 41 Praha 10Telefon: +420 272 185 111  
Fax: +420 271 732 377E-mail: [posta@sukl.cz](mailto:posta@sukl.cz)  
Web: [www.sukl.cz](http://www.sukl.cz)

**Přehled léčivých přípravků, kterých se změna podmínek úhrady (účinná od září 2019) týká, je uvedený v rozhodnutí v hloubkové revizi, sp. zn. SUKLS47227/2013.**

Výše uvedené podmínky úhrady neplatí pro léčivé přípravky s obsahem ezetimibu, které nebyly zahrnuty do předmětné hloubkové revize, jelikož vstoupily do systému úhrad v jejím průběhu.

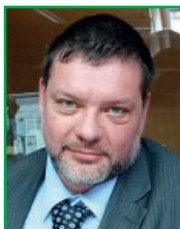
Od září 2019 budou tedy v Seznamu cen a úhrad LP/PZLU uvedeny také léčivé přípravky s obsahem ezetimibu s odlišnými podmínkami úhrady, než jaké jsou uvedeny výše. Jedná se o léčivé přípravky ADEZOP, EGITIM, EZETIMIB APOTEX, EZETIMIB AUROVITAS, EZETIMIBE ACCORD, EZETIMIBE ASTRON, EZETIMIBE GLENMARK a NOVEZE, které budou mít i nadále preskripční omezení na kardiologa, internistu, diabetologa a lékaře poradny pro hyperlipoproteinémii bez možnosti přenositelnosti preskripce na jiného lékaře. Zároveň mají stanovené jiné indikační omezení. **Důvodem této odlišnosti je skutečnost, že předmětné léčivé přípravky nebyly součástí hloubkové revize, sp. zn. SUKLS47227/2013, neboť vstoupily do systému úhrad až po jejím zahájení. Z tohoto důvodu nemohly být jejich podmínky úhrady hloubkovou revizí, sp. zn. SUKLS47227/2013, změněny.**

Podmínky úhrady předmětných léčivých přípravků budou srovnány v následující revizi úhrad, ve správních řízeních zahájených Ústavem z moci úřední, případně ve správních řízeních na žádost držitelů rozhodnutí o registraci.

V případě jakýchkoli dalších dotazů jsme k dispozici.

S pozdravem a přáním hezkého dne,  
MUDr. Juraj Slabý  
Zástupce vedoucí Oddělení hodnocení léčiv  
Sekce cenové a úhradové regulace

# Chřipka včera, dnes a zítra



as. MUDr. Cyril Mucha,  
ÚVL 1. LF UK Praha,  
praktický lékař

Milé kolegyně a kolegové, každoročně se na podzim v odborných, a nakonec i laických médiích objevují články o nebezpečnosti chřipky, nutnosti očkování, úhradách, nových očkovacích látkách, rizicích apod.

Nejinak je tomu i letos. Nicméně letošní rok je pro chřipku lehce výjimečný. Uplynulo totiž přesně 100 let od poslední vlny španělské chřipky. Nejen díky tomu zaznělo na letošní Jarní interaktivní konferenci sdělení „Španělská chřipka, aneb trocha medicínské historie“. A proč vlastně toto výročí připomínat? Nejen v obecné historii, ale i v té medicínské totiž platí známé: „pokud se historií nepoučíme, jsme odsouzeni ji prožít znovu“. Na pandemii španělské chřipky je krásně (nebo lépe řečeno tragicky) vidět, že chřipka je nemoc, která je asi jako jediná ze všech nemocí schopna ovlivnit nejen křivku úmrtnosti, ale i hospodářství, politiku, a nakonec i průběh světové války a její srovnání s středověkými morovými ranami je vlastně ještě eufemistické.

## I. Chřipka včera

### Tedy „trocha té medicínské historie“:

- Španělská chřipka **probíhala** ve třech (někdy se udává ve čtyřech) vlnách:

1. relativně mírná vlna jaro–léto 1918 v Evropě a v USA
2. podzim 1918 vysoká mortalita
3. leden–duben 1919
4. zejména v českých zemích 1920

Ojedinelá úmrtí se stejnými příznaky se objevují ještě do roku 1922.

- odhad **počtu obětí** se velmi různí, různé prameny udávají od 20 milionů až po 500 (!) milionů obětí. Pro srovnání: v 1. světové válce padlo cca 10 milionů lidí.

- samotný **název** je vlastně zcela zavádějící a ukazující na dobu, kdy vznikl. Chřipka totiž probíhala velmi podobně ve většině států. Španělsko mělo jen tu „nevýhodu“, že bylo během 1. světové války neutrál-

ní, a tedy mělo minimální cenzuru tisku. Zatímco v ostatních státech se o množství nemocných, úmrtích a vlnách chřipky nesmělo hovořit a psát (aby se nesnižovala bojeschopnost a bojová morálka obyvatelstva), ve Španělsku se psalo svobodně. Vypadalo to tedy tak, že chřipka řádí pouze ve Španělsku – odtud tedy název.

- **původce**: ještě mnoho let po skončení pandemie španělské chřipky byl původce nejasný. Předpokládaly se různí původci od otravných plynů přes nejrůznější bakterie až po otrávenou vodu. Od předchozí velké epidemie „ruské chřipky“ (1889) se vedly velké spory nejen na odborné, ale i na nacionalistické úrovni, zda je původcem chřipky bacil objevený německým lékařem Pfeiferem, který se často nacházel v tkáních zemřelých. Je to nám dobře známý (i když dnes s již nesmyslným názvem, ale historie je historie) Haemophilus influenzae. Teprve v roce 1997 (!) po opakovaných misích na Aljašku se podařilo v materiálu získaném z těl pohřbených ve zmrzlé půdě stanovit přesný genom viru. Dodnes však zůstává nejasné místo vzniku pandemického viru. Předpokládá se JV Asie, Čína, Rusko, ale původ je temný.

- **průběh** onemocnění byl většinou dvoufázový: po příznacích typických pro chřipku došlo po několika dnech ke zlepšení, poklesu teploty, ale za 2–3 dny se objevil zápal plic, který ve vysokém procentu zabíjel. Lidé umírali s cyanózou nejen akrálních částí těla, takže se chřipce říkalo černá smrt a podobnost s morovými ranami byla opravdu velká. Došlo totiž ke kolikaci plicní tkáně a člověk se doslova utopil ve svých sekretech.

- **úmrtnost**: ačkoli většinou platí, že na chřipku umírají více staří, nemocní či jinak oslabení, u španělské chřipky to bylo paradoxně naopak. Nejvíce nakažených umíralo ve věkové skupině 20–40 let. Dnes se předpokládá, že důvodem je, že více imunokomponovaný organismus mladého a zdravého jedince reagoval výrazně silněji na infekci neznámým patogenem. Někdy se hovoří o „cytokinové bouři“, která nakonec vedla až k sebestrukci vlastního organismu, zejména plicní tkáně. Nejtragičtější skupinou nakažených byly gravidní ženy, u nich dosahovala úmrtnost až 75 %.

- **léčba** vzhledem k tomu, že nebyl znám původce, byla symptomatická. Objevovala se nejrůznější, zaručeně účinná léčebná opatření: od racionálních kloktání hypermanganem přes inhalace eukalyptovým olejem až po spíše úsměvná doporučení medicínskému užívání alkoholu (v GB byla např. whisky od prosince 1918

# Pomozte rizikovým pacientům prožít čas s rodinou, ne s chřipkou

**61%**dospělých by se nechalo  
očkovat proti chřipce,  
pokud jim to doporučí  
lékař nebo zdravotní sestra<sup>1</sup>

**Reference:** 1. Kynčl J, Skoupá J, Černá V. Kolik stojí chřipka v ČR v roce 2012? *Practicus* 2012;7:17-19.  
Použitá fotografie je pouze ilustrační, nejedná se o reálné pacienty.

## ZKRÁCENÁ INFORMACE O LÉČIVÉM PŘÍPRAVKU

▼ Tento léčivý přípravek podléhá dalšímu sledování. To umožní rychlé získání nových informací o bezpečnosti. Žádáme zdravotnické pracovníky, aby hlásili jakákoli podezření na nežádoucí účinky. **Název přípravku:** Vaxigrip Tetra, injekční suspenze v předplněné injekční stříkačce. Tetralentní vakcína proti chřipce (štěpený virion, inaktivovaný). **Léčivá látka:** Virus chřipky (inaktivovaný, štěpený) obsahující následující kmene (připravený na oplodněných slepičích vejích ze zdravých drůbežích chovů): \*\*A/Brisbane/02/2018 (H1N1)pdm09 – varianta kmene (A/Brisbane/02/2018, IVR-190) – 15 mikrogramů HA\*; A/Kansas/14/2017 (H3N2) – varianta kmene (A/Kansas/14/2017, NYMC X-327) – 15 mikrogramů HA\*; B/Colorado/06/2017 – varianta kmene (B/Maryland/15/2016, NYMC BX-69A) – 15 mikrogramů HA\*; B/Phuket/3073/2013 – varianta kmene (B/Phuket/3073/2013, divoký typ) – 15 mikrogramů HA\* v dávce 0,5 ml.

\* hemaglutinin  
Tato vakcína splňuje doporučení Světové zdravotnické organizace (WHO) (pro severní polokouli) a doporučení EU pro sezónu 2019/2020. **Terapeutické indikace:** Vakcína Vaxigrip Tetra je určena k prevenci chřipkového onemocnění způsobeného dvěma podtypy chřipkového viru A a dvěma typy chřipkového viru B obsaženými ve vakcíně z důvodu:

– \*\*aktivní imunizace dospělých, včetně těhotných žen, a dětí od 6 měsíců věku,  
– \*\*pasivní ochrany kojence(ů) od narození do méně než 6 měsíců věku po očkování těhotných žen. Vaxigrip Tetra se používá v souladu s oficiálními doporučeními. **Dávkování a způsob podání:** Dospělí: 1 dávka 0,5 ml. Děti od 6 měsíců do 17 let věku: 1 dávka 0,5 ml. Dětem do 9 let věku, které nebyly v minulosti očkovány, má být podána 2. dávka 0,5 ml v intervalu nejméně 4 týdnů. Kojenci do 6 měsíců věku: bezpečnost a účinnost vakcíny Vaxigrip Tetra (aktivní imunizace) nebyla dosud stanovena. Nejsou k dispozici žádné údaje. \*\*Pokud jde o pasivní ochranu: 1 dávka 0,5 ml podaná těhotným ženám může chránit kojence od narození do 6 měsíců věku; avšak ne všichni tito kojenci budou chráněni. Vakcína má být podána intramuskulárně nebo subkutánně injekcí. Preferovaným místem podání je anterolaterální oblast stehna (nebo deltový sval, pokud je svalová hmota dostatečná) u dětí od 6 měsíců do 35 měsíců věku nebo deltový sval u dětí od 36 měsíců věku a u dospělých. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivé látky, na kteroukoli pomocnou látku nebo složku přípravku, která může být přítomna ve stopovém množství, jako např. vaječné bílkoviny (ovalbumin, kuřecí bílkoviny), neomycin, formaldehyd a oktoxinol 9. Očkování je třeba odložit u pacientů se středně závažným nebo závažným horečnatým onemocněním nebo s akutním onemocněním. **Zvláštní upozornění a opatření pro použití:** Pro případ anafylaktické reakce po podání vakcíny musí být okamžitě k dispozici odpovídající léčba a zajištěn lékařský dohled. Vakcína nesmí být za žádných okolností aplikována intravaskulárně. Tato vakcína musí být podávána s opatrností osobám s trombocytopenií nebo poruchami koagulace, protože u těchto osob se po intramuskulárním podání mohou objevit krvácivé příhody. Aplikace je určena jako ochrana proti těm kmenům chřipkového viru, ze kterých je připravena. Vakcína nemusí chránit všechny očkované. Pokud jde o pasivní ochranu, ne všichni kojenci mladší 6 měsíců věku narození ženám očkovaným během těhotenství budou chráněni. Protilátková odpověď může být nedostatečná u pacientů s endogenní nebo iatrogenní imunosupresí. **Interakce:** Na základě klinických zkušeností s vakcínou Vaxigrip Tetra může být vakcína Vaxigrip Tetra aplikována současně s jinými vakcínami. Musí se použít samostatné injekční stříkačky a různá místa vpichu injekce. Imunitní odpověď může být snížena u pacientů s probíhající imunosupresivní terapií. Po očkování proti chřipce byly pozorovány falešně pozitivní výsledky sérologických testů používajících metodu ELISA k detekci protilátek proti HIV1, hepatitidě C a zvláště proti HTLV1. Falešně pozitivní výsledky testů ELISA lze vyvrátit pomocí techniky Western Blot. Přechodná falešně pozitivní reakce může být zapříčiněna odpovědí IgM na vakcínu. **Těhotenství a kojení:** \*\*Těhotné ženy jsou vystaveny vysokému riziku komplikací chřipky, včetně předčasného porodu, hospitalizace a smrti; těhotné ženy mají dostat vakcínu proti chřipce. Vakcínu Vaxigrip Tetra lze podávat ve všech stadiích těhotenství. Rozsáhlé soubory dat o bezpečnosti inaktivovaných vakcín proti chřipce jsou k dispozici pro 2. a 3. trimestr, ve srovnání s trimestrem prvním; nicméně celosvětové údaje o podávání inaktivovaných vakcín proti chřipce nenaznačují žádné nežádoucí účinky na plod a matku související s vakcínou. Údaje ze 4 klinických studií s trivalentní inaktivovanou vakcínou proti chřipce (Vaxigrip) podávanou těhotným ženám během 2. nebo 3. trimestru (více než 5 000 těhotných žen a více než 5 000 narozených dětí sledovaných až přibližně do 6 měsíců po porodu) nenaznačují žádné nežádoucí účinky na plod, novorozence, kojení a matku související s vakcínou. Vaxigrip Tetra může být použit v průběhu kojení. **Nežádoucí účinky:** Bezpečnost vakcíny Vaxigrip Tetra byla hodnocena v 6 klinických studiích, ve kterých 3 040 dospělých ve věku 18 až 60 let, 1 392 starších 60 let a 429 dětí od 9 do 17 let obdrželo jednu dávku vakcíny a 884 dětí od 3 do 8 let obdrželo jednu nebo dvě dávky vakcíny v závislosti na předchozí vakcinaci proti chřipce a 1614 dětí od 6 měsíců do 35 měsíců obdrželo dvě dávky (0,5 ml) vakcíny. K většině reakcí většinou došlo během prvních 3 dnů po vakcinaci a spontánně odezněly během 1 až 3 dnů po objevení. Intenzita těchto reakcí byla mírná. Nejčastěji hlášenými nežádoucími účinky po očkování vakcínou Vaxigrip Tetra byly: bolest hlavy, myalgie, malátnost, bolest/citlivost v místě injekce, třes, horečka, erytém v místě injekce, otok a indurace v místě injekce, ekchymóza v místě injekce, lymfadenopatie, závrať, návaly horka, průjem, nauzea, únava, trombocytopenie, plačtivost, neklid, průjem, zvracení, bolest horní poloviny břicha, artralgie. **Uchovávání:** Uchovávejte v chladničce (2 °C – 8 °C). Chraňte před mrazem. Uchovávejte injekční stříkačku v krabici, aby byl přípravek chráněn před světlem. **Držitel rozhodnutí o registraci:** SANOFI PASTEUR, 14 Espace Henry Vallée, 69007 Lyon, Francie. **Registrační číslo:** 59/370/16-C. **Datum revize textu:** 1. 8.2019.

Výdej léčivého přípravku vázán na lékařský předpis. Před použitím si, prosím, pečlivě přečtěte Souhrn údajů o přípravku. Přípravek je hrazen indikovaným pacientům do výše schválené úhrady.

\*\*Všimněte si, prosím, změn v informacích o léčivém přípravku.

Sanofi Pasteur, odd. vakcín sanofi-aventis, s.r.o.

Evropská 846/176a, 160 00 Praha 6

tel.: 233 086 111, fax: 233 086 222

www.sanofipasteur.cz

SPCZ.VAXIQ.19.07.0077



na lékařský předpis). Nejracionálnějšími byla opatření epidemiologická: všude vyžadována úzkostlivá hygiena, v hostincích a kavárnách se směly používat pouze vlastní přibory a sklenice, doporučování používání kapesníků, nehovořit mezi sebou v tramvajích a autobusech, v některých státech se ve městech na veřejnosti povinně používaly pod hrozbou pokut, a dokonce i vězení, ústenky, někde dokonce i morové zobáky, nedoporučoval se pozdrav podáním ruky a polibkem.

- **vztah k válce a dějinám:** je jasné, že tak rozsáhlá pandemie (předpokládá se, že nakaženo bylo cca 75 % populace – i když někteří inaparentně) ovlivnila hospodářství, zásobování i vlastní průběh bojů právě probíhající světové války. Nikdo dnes již přesně nezjistí, jak by se válka vyvíjela bez pandemie, ale některé výkřiky z válečných kronik mluví samy za sebe: „útok musel být zrušen, počet zemřelých na chřipku je 3 x více než padlých“, „více než o španělské chřipce, by se mělo mluvit o německém moru“, „kdyby dnes protivník zaútočil, neměl by se mu z důvodu chřipky, kdo bránit“... Podle statistik měl např. americký voják jdoucí do války dvakrát větší pravděpodobnost, že zemře na chřipku, než že padne v boji. Dalším zajímavým momentem, který ukazuje, jak španělská chřipka možná ovlivnila i dějiny do budoucna, je fakt, že v době, kdy probíhala mírová jednání ve Versailles (1919) o podobě budoucí Evropy a mj. i o válečných reparacích, onemocněl chřipkou hlavní vyjednávač za USA Woodrow Wilson a část jeho týmu (některá jednání se dokonce musela konat v jeho ložnici, protože nebyl schopen vstát z postele). Jeho vliv při jednáních byl tedy výrazně oslaben a byl prosazen výrazně „tvrďší“ názor evropských vyjednávačů na obrovské reparace, zejm. Německa. Ty byly následně jedním z důležitých momentů úspěšnosti A. Hitlera při nástupu k moci ve 30. letech. Seznam osobností, které španělskou chřipkou onemocněly, popř. na ni zemřely, je dlouhý, ale jen namátkou: Guillaume Apollinaire, Gustav Klimt, Egon Schiele, Bohumil Kubišta, Frederick Trump – dědeček souč. prezidenta USA, sultán Mehmed V., Franz Kafka byl několik týdnů na pokraji smrti. Pokud se každý z nás podívá do svého rodokmenu, najde tam minimálně 1-2 předky zemřelé na španělskou chřipku. Obzvláště tragickou osobou nejen historicky, ale i medicínsky, je poslední vládnoucí Habsburk Karel Habsburský, který nastoupil na trůn v průběhu války, kterou nikdy nechtěl, po ní se mu rozpadlo mocnářství (on udělil milost Rašínovi i Kramářovi), onemocněl on i jeho rodina chřipkou v roce 1919, ze které se nikdy plně neuzdravil, a nakonec v dubnu 1922 na její následky zemřel jako jedna z posledních obětí.

- **chřipka v Čechách** probíhala podobně jako na celém světě včetně cenzury, která ji lehce maskovala. Tragickým paradoxem byl podzim 1918, kdy mnoho navrátilců, kteří přežili válku, bourali „staré mocnářství“ a budovali s nadějí novou republiku, umíralo na „pouhou chřipku“. Smutné jsou údaje o nedostatku téměř čehokoli nejen z důvodu konce války a nefungování infrastruktury, ale zejména z důvodu nedostatku pracovníků, kteří byli nemocní. Neměl kdo kopat uhlí, neměl kdo to již vykopané přepravovat, ve školách chybělo až 90 % učitelů, většina lékárníků onemocněla, nefungovaly pekárny, telefonní a telegrafní centrály atd. Ve válečném období bylo již tak málo lékařů, udává se, že v Praze připadalo na jednoho lékaře 10 000 pacientů, denně v ordinaci ošetřovali až 150 lidí, k tomu ještě návštěvní služba. Mrtvé neměl kdo ohledávat, ale ani pohřbívat (na Olšanských hřbitovech bylo nutno povolat 100 vojáků – ženistů ke kopání hrobů). Jak vysoký a neovladatelný byl počet zemřelých, je vidět na tom, že po Praze jezdila černá pohřební tramvaj, která přepravovala zemřelé a zcela vážně se uvažovalo, že se položí nové koleje k tehdy nově založenému perifernímu hřbitovu v Ďáblicích speciálně kvůli přepravě zemřelých.

## II. Chřipka dnes<sup>2</sup>

Chřipka je onemocnění, které i v „běžných epidemiických letech“ způsobuje velké materiální škody a úmrtí, udává se, že každoročně onemocní cca 10 % populace.

**Původce** je dnes již dobře znám: 3 typy chřipkových virů: A, B, C. Pouze viry A, B jsou schopné způsobovat epidemie/pandemie.

**Epidemiologie:** Proměnlivost povrchových antigenů hemaglutininu (HA) a neuraminidázy (NA) je odpovědná za neustálé opakování chřipkových epidemií a zároveň i nemožnost vytvoření univerzální očkovací látky. U mladých je efektivita očkování až 90 %, u starších snižuje výskyt komplikací a smrtelnosti (o cca 80 %): „mladí neonemocní, staří neumrou“. Složení očkovacích látek stanovuje každoročně WHO. Vakcíny jsou dnes již téměř bez výjimky tetraivalentní: obsahují dva viry typu A a dva viry typu B.

**Léčba:** Kromě epidemiologických (preventivních) opatření zůstává nejdůležitější stále léčba symptomatická. Novinkou posledních cca 10 let je léčba virostatiky. Kromě toho, že je nutné ji nasadit brzy (nejpozději do 48 hodin od počátku příznaků), nesplňuje téměř epidemiologický benefit: léčí totiž „jen“ konkrétního jedince, ale nebrání šíření v populaci. Nejdůležitějším protichřip-

kovým opatřením tedy nadále zůstává očkování, kde zejména u chřipky platí to, co i u jiných očkování: nechrání jen očkování, ale i jeho okolí. Čím je vyšší procento očkovaných v populaci, tím je šíření infekce pomalejší. Platí to i pro „mikrokomunity“, např. rodiny. Pokud je v rodině chronicky nemocný, měla by se očkovat celá rodina.

### Registrované očkovací látky:

- 1) Štěpené vakcíny (tzv. split): obsahují hemaglutinin, neuraminidázu, RNA a nukleoprotein. Imunogenita dobrá, reaktivita malá (např. Vaxigrip tetra).
- 2) Subjednotkové vakcíny: obsahují pouze čištěný HA a NA. Reaktivita je minimální, imunogenita dobrá (např. Influvac Tetra).

### Antigenní složení tetrařevakcíny pro sezonu 2019/2020<sup>3</sup>:

A/Brisbane/02/2018 (H1N1)

A/Kansas/14/2017 (H3N2)

B/Colorado/06/2017 varianta (B/Maryland/15/2016, NYMC BX-69A)

B/Phuket/3073/2013

**Cílové skupiny:** na účet zdravotních pojišťoven<sup>4</sup>: pacienti po splenektomii, po transplantaci krvinek, se závažným chronickým farmakologicky řešeným onemocněním srdce, cév, dýchacích cest, ledvin nebo DM a pacienti nad 65 let. Dále pacientů místních ve zdravotnických zařízeních poskytovatele dlouhodobé lůžkové péče nebo v domovech pro seniory, anebo v domovech pro osoby se zdravotním postižením nebo v domovech se zvláštním režimem. Za úhradu celá populace, nejvíce profitují<sup>5</sup>: gravidní/graviditu očekávající ženy, příbuzní zdravotně oslabených, osoby exponované zvýšenými kontakty s lidmi: učitelé, продавci, záchranáři, zdravotníci apod.

### Vykazování pro zdravotní pojišťovny<sup>6,7</sup>:

výkon **02125 Dg Z251** + vykazování vakcíny ZULP

Důležité je vykazovat správné množství vakcín z balení: pokud balení obsahuje 1 ks: 1,0, pokud 10 ks: 0,1, v případě 20: 0,05

→ 185b x 1,20 Kč = 222 Kč

→ kód je možno vykazovat max 2x / den (je tedy možno současně např. i očkování proti pneumokoku)

→ Do 65 let věku pacienta je nutno připojit kód dg, která opravňuje úhradu v.z.p:

E 11.9 DM II typ

E 10.9 DM I. typ

J 44.9 CHOPN

J 45.9 Astma bronchiale

N 18.9 Chronické onemocnění ledvin

I 25.9 Chronická ischemická choroba srdeční

D 73.0 Hyposplenismus

a další...

Kromě benefitu medicínského přináší proočkovanosť i benefit ekonomický vlastně všem zúčastněným stranám: pacientovi (nepřichází o plat na DPN), státu (pouze zdravý platí daně), zdravotním pojišťovnám (snížené

náklady na léčení), vyrábějícím firmám, ale i očkujícímu lékaři:

Příklad:

Pokud ordinace VPL se smlouvou s VZP s 2000 jednovými pojištěnci a průměrnými 420 pacienty ve věku 65+ s průměrným příjmem ze základní kapacity 110 000 Kč/měsíc a účastí v projektu Akord VZP<sup>8</sup> očkuje v sezoně, zvýší se mu příjem dle počtu očkovaných:

|                                                                                                                                  |                           |          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|----------|
| → 20 pacientů x 222 =                                                                                                            | 4400,-                    | = 4400,- |
| → 30 pacientů x 222 =                                                                                                            | 6660,- + 17000,- Akord =  | 23660*   |
| → 50 pacientů x 222 =                                                                                                            | 11100,- + 17000,- Akord = | 28100,-  |
| → 100 pacientů x 222 =                                                                                                           | 22200,- + 17000,- Akord = | 39200,-  |
| → 200 pacientů x 222 =                                                                                                           | 44400,- + 17000,- Akord = | 61400,-  |
| → 300 pacientů x 222 =                                                                                                           | 66600,- + 17000,- Akord = | 83600,-  |
| → 400 pacientů x 222 =                                                                                                           | 88800,- + 17000,- Akord = | 105800,- |
| *Akord: Pokud VPL naočkuje více než 7% pacientů 65+, obdrží 10% z bonifikace. Ta se vypočítá jako 13% z roční základní kapacity. |                           |          |

**Proočkovanosť** je v ČR stále velmi nízká<sup>9</sup> (kolem 7 %) a nedaří se zvyšovat, takže nás řadí na jedno z posledních míst v civilizovaném světě. Otázkou dne je tedy, jak ji zvýšit. Jednoznačně se ukazuje, že pokud má být kampaň úspěšná, musí probíhat současně po několika liniích:

- 1) Státní instituce: politici a zejm. ministerstvo zdravotnictví by mělo vyvinout úsilí k přesvědčování společnosti. V USA, kde je proočkovanosť tradičně vysoká (přes 30 %) se před kamerami nechává např. očkovat prezident. V ČR bohužel mnoho politiků – včetně některých prezidentů – očkování zlehčuje. Státní instituce by mohly např. využívat čas ve veřejnoprávních médiích, tak aby obecná populace nebyla pouze pod vlivem antiočkovacích aktivistů, kteří jsou v mediálním prostoru výrazně aktivnější.
- 2) Výrobci vakcín: nepochybně by propagaci velmi pomohlo, pokud by výrobci zvýšili reklamní aktivitu směrem k veřejnosti.
- 3) Lékařská veřejnosť: Zdravotníci a zejm. praktičtí lékaři a jejich sestry hrají klíčovou roli v propagaci očkování. Díky přetíženosti ale mohou pouze krátce „řuknout“, nemohou každému pacientovi přednášet 30minutové sdělení...

V oslovení pacientů může (praktickému) lékaři významně pomoci zdravotnický SW. V současné době mají lékaři na většinu pacientů kontakt telefonický i e-mailový. Pro jejich aktualizaci může použít krátký dotazník, který může zdravotní sestra rozdávat v čekárně a následně aktualizovat v SW (dotazník č. 1). Podle průzkumu mezi SW firmami je většina z nich ochotna přes hotline a vzdálenou správu (přátelštější SW firmy zdarma, resp. v rámci paušální platby) pomoci lékařům s vybráním skupiny pacientů nad 65 let a rozesláním informačních mailů o očkování (návrh textu viz níže), popř. SMS zpráv (návrh textu viz SMS). Mailová komunikace je zdarma, SMS zprávy mezi 1,10 - 1,50 Kč/zprávou. Pokud by měla praxe VPL cca 400 pacientů nad 65 let věku, zaplatil by VPL za SMS přibližně 600 Kč. Pokud by tedy zvaní zvýšilo proočkovanosť pouze o 3 pacienty, náklady by se již vrátily. Ze

zkušenosti se ukazuje „úspěšnost“ 20 – 40 %. Dobře se dá využít i facebook a ostatní sociální media, ale zásah do populace 65+ je dnes zatím pouze okrajový.

#### Dotazník č. 1

Jméno + příjmení:

Mobil:

E mail:

Souhlasím s občasným zasláním informací z ordinace.

Datum a podpis

#### MAIL:

Dobrý den,  
s nadcházejícím podzimem si Vás dovoluujeme upozornit, že již začalo očkování proti chřipce na sezonu 2019/20. Konec září a začátek října je ideální pro očkování, protože se v tomto období vyskytuje minimálně infekcí horních cest dýchacích, a imunitní systém je tak v ideálním stavu. Očkování je pro Vás zdarma.

Na setkání se těší kolektiv ordinace...

#### SMS:

Dobrý den,  
začalo očkování proti chřipce. Vakcínu máme stále v ordinaci. Přijďte kdykoli v ordinčních hodinách, nemusíte se předem objednávat. Očkování je pro Vás zdarma. Na setkání se těší kolektiv ordinace...

### III. Chřipka v budoucnu

Historie i současnost je ukazuje, že chřipkový virus bude i v budoucnu součástí života lidské společnosti. Každoroční lehčí či těžší epidemie se budou vyskytovat i nadále. Případná pandemie, o které epidemiologové říkají, že není otázkou „jestli bude“, ale spíše „kdy bude“,

se lidstvo obávat musí a mělo by se na ni připravovat. Na španělské chřipce bylo jasně vidět, že jejímu šíření výrazně pomohly obrovské přesuny lidí v průběhu války a navrácení se domů po ní. Když se ale podíváme na dnešní globalizovaný svět, podobné přesuny se dějí vlastně každý den a jsou mnohem rychlejší. Určitou nadějí by mohla být antivirotika, ale nedá se očekávat, že by jich bylo v případě pandemie k dispozici dostatečné množství, navíc jejich epidemiologický dopad je minimální (nakažený jedinec vylučuje virus již před objevením se příznaků). Zatím nejúčinnějším epidemiologicko/terapeutickým prostředkem zůstane v blízké budoucnosti nepochybně očkování. Zajímavým momentem k podpoře každoročního očkování je i často citovaná skutečnost, že pouze pokud se budou udržovat dostatečné výrobní kapacity na výrobu epidemických vakcín, bude naděje, že by se podařilo vyrobit odpovídající množství pandemické vakcíny dostatečně rychle, tak aby se pandemie dala potlačit již v počátku (ekvivalent 2. vlny španělské chřipky). V současné době je spíše pověstnou pohádkou budoucnosti možnost výroby univerzální chřipkové vakcíny, která by fungovala nejen na epidemické kmeny (nemuselo by docházet ke každoročnímu přeočkovávání), ale i na případný kmen pandemický.

#### Reference:

1. Harald Salfellner, Vitalis 2018: Španělská chřipka, str. 90-9
2. Kynčl J. a kol., časopis Practicus 7/2012. Kolik stojí chřipka v ČR v roce 2012. <http://web.practicus.eu/sites/cz/Documents/Practicus-2012-07/17-Kolik-stoji-chripka-v-CR-v-roce-2012.pdf>
3. Recommended composition of influenza virus vaccines for use in the 2019-2020 northern hemisphere influenza season. [online] [cit. 21-06-2019] [https://www.who.int/influenza/vaccines/virus/recommendations/2019\\_20\\_north/en/](https://www.who.int/influenza/vaccines/virus/recommendations/2019_20_north/en/)
4. Vykazování a úhrada očkování proti chřipce v sezóně 2018–2019 [online] [cit. 02-08-2019]: <https://www.vzp.cz/poskytovatele/informace-pro-praxi/ockovani/vykazovani-a-uhrada-ockovani-proti-chripce>
5. Národní doporučení k postupu pro očkování proti sezónní chřipce NIKO. [online] [cit. 02-08-2019]: [http://www.mzcr.cz/verejne/dokumenty/narodni-doporuceni-k-postupu-pro-ockovani-proti-sezonni-chripce-\\_6880\\_2073\\_5.html](http://www.mzcr.cz/verejne/dokumenty/narodni-doporuceni-k-postupu-pro-ockovani-proti-sezonni-chripce-_6880_2073_5.html)
6. Metodický postup MZČR k vykazování očkování od 1.5.2019 [online] [cit. 02-08-2019]: <https://www.vzp.cz/poskytovatele/informace-pro-praxi/ockovani/metodicky-postup-k-vykazovani-ockovani>
7. [https://www.uzis.cz/system/files/mkn-tabelami-cast\\_1-1-2018](https://www.uzis.cz/system/files/mkn-tabelami-cast_1-1-2018)
8. VZP program Akord: <https://www.vzp.cz/poskytovatele/akord-program-kvality-pece>
9. Zvyšší tetrařivakcína proti chřipce v Česku proočkovánost? [online] [cit. 15-04-2019]: <https://www.tribune.cz/clanek/42332-zvysi-tetravakcina-proti-chripce-v-cesku-proockovanost>

Článek vznikl za podpory Sanofi Pasteur. Zkrácené SPC přípravku Vaxigrip Tetra je umístěno u inzerce. SPCZ.VAXIQ.19.09.0120

# Vakcinace onkologických pacientů v praxi



**Prof. MUDr. Roman Chlábek, Ph.D.**

Katedra epidemiologie, Fakulty vojenského zdravotnictví, Univerzita obrany, Hradec Králové

Očkování je dnes součástí moderní péče o onkologické pacienty a stává se tématem jak pro onkology, tak i pro praktické lékaře. Správné načasování vakcinace má u onkologických pacientů daleko větší význam než u zdravé populace. Onkologičtí pacienti jsou ve vyšším riziku vzniku infekčních onemocnění nejen vzhledem k malignitě, ale dost často i kvůli imunosupresivní léčbě. I přes to, že účinnost vakcinace může být právě mírou imunodeficitu ovlivněna a jedná se o velmi heterogenní skupinu pacientů, má očkování podstatný význam. Hlavním cílem vakcinace těchto pacientů je bezpečná a účinná protekce před infekcemi. Je zřejmé, že očkování onkologických pacientů by se mělo stát součástí moderní péče a léčby, která může zvýšit míru přežití a kvalitu života těchto nemocných. Zapomínat by se nemělo na očkování rodinných kontaktů těchto pacientů, včetně ošetřujícího personálu.

## Hlavní zásady očkování onkologických pacientů

Je-li to možné, je nejvhodnější zahájit očkování co nejdříve po stanovení diagnózy, tedy ještě před imunosupresivní léčbou. Správné načasování očkování hraje důležitou roli, očkovat lze nejen před zahájením léčby, ale v určitých případech i v jejím průběhu či po ukončení terapie.

Podstatnou a diskutovanou otázkou je bezpečnost očkování. Bezpečnost inaktivovaných vakcín, kterých je většina, byla prokázána. Jak se potvrdilo, nevede k poškození ani u pacientů onkologických, ani u imunosuprimovaných. Jinak je tomu u živých a oslabených očkovacích látek, které jsou kontraindikovány a nelze je podávat v průběhu chemoterapie.

Další důležitou zásadou je využívání doporučených očkování, přičemž doporučení každoročně přibývá. Od roku 2018 se v České republice (ČR) podařilo rozšířit úhrady pro rizikové skupiny pacientů, jde o úhrady vybraných očkování, do nichž patří i vybraná skupi-

na onkologických pacientů. Již před deseti lety vznikl očkovací kalendář pro dospělé a imunizační program pro chronicky nemocné, který kromě řady chronicky nemocných pacientů zahrnuje i pacienty s onkologickým onemocněním nebo v imunosupresi.

## Načasování vakcinace

U onkologických pacientů je správné načasování očkování velmi důležité, více než u zdravých osob. Podstatou je včasné zahájení očkování, tedy co nejdříve po stanovení diagnózy. Pokud se to časově nestihne, pak je možnost zahájit očkování po skončení onkologické imunosupresivní léčby. Některá očkování lze aplikovat také v průběhu léčby nebo při nejnižší hladině dávkování léčiva.

U živých vakcín, je-li to možné, je doporučeno zahájit vakcinaci minimálně čtyři týdny před plánovanou chemo/kortiko/radio terapií. U inaktivovaných vakcín pak minimálně dva týdny před terapií. V případě očkování proti chřipce lze očkovat i v průběhu chemoterapie, zvláště jedná-li se o období přicházející chřipkové sezóny. Nestihne-li se očkování před léčbou, lze aplikovat vakcínu i po skončení léčby, například u většiny inaktivovaných vakcín je spolehlivý interval tři měsíce po ukončení chemoterapie, u živých vakcín minimálně šest měsíců i déle.

## Riziko chřipkových komplikací a pneumokokových infekcí

Doporučení očkování onkologických pacientů platné v ČR vychází z doporučení platných v řadě vyspělých zemí (USA, Kanada, Austrálie a Francie), kde mezi základní doporučená očkování jednoznačně patří vakcinace proti chřipce a pneumokokům. Právě onkologičtí pacienti jsou ve vysokém riziku sekundárních komplikací chřipky, která se udává u 9-33 % onkologicky nemocných, jde o komplikace, jako je bakteriální pneumonie, respirační selhání, ale i úmrtí. Proto je doporučováno všem těmto pacientům, jejich rodinným kontaktům a zdravotnickému personálu pečujícímu o tyto pacienty nechat se očkovat proti chřipce. V ČR jsou již k dispozici i tetraivalentní vakcíny chránící proti čtyřem chřipkovým virům (2x A a 2x B), které by jednoznačně měly být u onkologických pacientů preferovány. Vakcinaci je vhodné načasovat ve vazbě na diagnózu a ideálně ji provádět dva týdny před nebo dva týdny po chemoterapii, přičemž s ohledem na chřipkovou sezónu je toto očkování možné i v průběhu léčby.

Toto očkování má nesporně svůj význam, a to i přes to, že imunologická odpověď na vakcinaci může být v závislosti na typu nádorového onemocnění, u onkologických pacientů nižší. Např. sérokonverze u pacientů



s karcinomem prsu a karcinomem plic se udává 66-78 %, což znamená, že zhruba 30 procent pacientů si nevytvoří potřebné protilátky, a proto nejsou dostatečně chráněni. U hematologických malignit je sérokonverze ještě nižší, potřebné protilátky si může vytvořit jen třetina pacientů. Čím vyšší stupeň imunosuprese, tím je vyšší pravděpodobnost, že si tito pacienti nevytvoří protilátky. I přesto má toto očkování svůj benefit. Může zmírnit riziko úmrtí, pacient sice onemocní chřipkou, ale s mírnějším průběhem a nezemře na ni. Proti nízké sérokonverzi lze bojovat novými vakcínami s vyšším obsahem antigenu, které se aplikují ve dvoudávkovém schématu. Zatímco po první dávce si sérokonverzi vytvoří 42 % pacientů, po dvou dávkách je to již 71 % pacientů.

U onkologických pacientů hrozí i vyšší riziko pneumokokových onemocnění, vysoké riziko je zejména u pacientů s diagnózou myelom, karcinom plic, chronická lymfatická leukémie nebo lymfom, a proto je toto očkování téměř bez ohledu na diagnózu doporučováno všem pacientům s onkologickou diagnózou. K dispozici pro děti i dospělé je konjugovaná 13valentní vakcína (PCV13). V případě, že byl pacient v minulosti očkován polysacharidovou vakcínou, by měl být přeočkován vakcínou konjugovanou (viz tabulka1).

Z dostupných dat vyplývá, že výskyt komunitních pneumonií lze u seniorů starších 65 let očkováním redukovat o 46 % a u invazivních pneumokokových onemocnění (IPO) dokonce o 75 %. Podobné hodnoty lze předpokládat u imunosupresivních osob. V případě velmi agresivní terapie a vysoké imunosuprese je možnost v případě, očkuje-li se před zahájením terapie, aplikovat ještě dávku PCV13 navíc – nejdříve tři měsíce po ukončené chemoterapii.

## Další doporučená očkování

**Očkování proti meningokokům** je doporučeno zejména pro onkologické pacienty v předškolním, adolescentním a mladém dospělém věku, u pacientů s poruchou komplementu či s asplenií/hyposplenií. Vzhledem k širokému zastoupení jednotlivých meningokokových séro skupin na našem území se pro dostatečnou ochranu pacienta proti meningokokům doporučuje používání obou vakcín, tedy menA,C,W,Y a menB.

**Očkování proti virové hepatitidě typu B (VHB)** patří také mezi doporučovaná očkování. Riziko chronického průběhu VHB se udává až 26 % s mortalitou 5 %. Je známo až 47% riziko reaktivace VHB po chemoterapii, zvláště po cytotoxické léčbě. Byl-li pacient očkován v minulosti, může dojít ke ztrátě protekce, k čemuž dochází zejména

u pacientů po transplantaci kmenových buněk (50 %). Výsledky studií uvádějí až 70% séroprotektivitu u pacientů očkových po chemoterapii. I zde se doporučuje očkovat co nejdříve po stanovení diagnózy, ideální je určení vnímavosti k VHB infekci před očkováním. Doporučuje se třídávkové schéma.

**Očkování proti virové hepatitidě typu A (VHA)** se provádí aplikací neživé bezpečné a účinné vakcíny. Doporučuje se u těch onkologických pacientů, kteří plánují po léčbě např. cestovat do rizikových oblastí nebo u rizikových skupin. Současná výsledky studií potvrzují, že séroprotektivita je u těchto pacientů nižší než u zdravých kontrol (70 % vs. 100 %) a protekci lze očekávat kratší. U zdravých jedinců se ochrana celoživotní. Úroveň protekce lze u onkologických pacientů ověřit vyšetřením koncentrace specifických anti-HAV protilátek třídy IgG např. před plánovanou cestou do rizikové oblasti. Očkování se doporučuje ve dvoudávkovém schématu, kdy se druhá dávka aplikuje optimálně za 6-12 měsíců. U zdravých osob je možné druhou dávku aplikovat nejpozději do 5 let od první dávky. V případě onkologických pacientů je vhodnější dodržet optimální 6-12 měsíční interval.

**Očkování proti lidskému papilomaviru (HPV)** patří také mezi očkování, které může být doporučeno onkologickým pacientům. S velkou pravděpodobností lze očekávat méně robustní imunologickou odpověď.

**Očkování proti spalničkám** patří v současné době vzhledem k vracející se infekci mezi často diskutované očkování. Obecně je u onkologických pacientů prokázána vyšší morbidita i mortalita, kdy je u tohoto onemocnění zvýšené riziko komplikací (pneumonie, encefalitida). Očkování onkologického pacienta v období léčby nebo ve stavu imunosuprese vzhledem k tomu, že jde o živou oslabenou vakcínu, není možné. Je-li potřeba přeočkování, je to možné, ale nejdříve za 6-12 měsíců po skončení chemoterapie.

**Očkování proti pertusi** může preventovat další vracející se infekci. Vzhledem k tomu, že jde o neživou očkovací látku, je možná vakcinace tři měsíce po skončení terapie.

**Očkování proti pásovému oparu** je vhodné zejména u pacientů s hematologickými malignitami, karcinomem gastrointestinálního traktu, karcinomem plic, prsu, ovaria, prostaty, ledvin a CNS, kteří jsou ve vyšším riziku pásového oparu. Jediná v ČR dostupná živá vakcína je kontraindikována pacientům v imunosupresi. Existuje již nová neživá rekombinantní vakcína (Shingrix), která byla v Evropě zaregistrovaná v roce 2018, její dostupnost v ČR je otázkou času. Ve dvoudávkovém schématu se aplikuje před nebo po skončení léčby, v případě potřeby i v průběhu terapie.

# Prevenar 13

**Očkovat proti pneumokokovým onemocněním lze po celý rok!**

**Nečekejte na podzim a očkujte na jaře i v létě!**

- Prokázaná účinnost u osob nad 65 let věku, a to jak **proti invazivním pneumokokovým onemocněním**, tak **proti pneumoniím způsobeným pneumokoky**.<sup>1</sup>
- Účinnost potvrzena rozsáhlou **klinickou studií CAPiTA (84 496 pacientů nad 65 let)**.<sup>1,2</sup>
- **Bezpečnostní profil vakcíny ověřen** jak u dětí, tak u dospělých.<sup>1</sup>
- U dospělých osob podáván v **1 dávce**. Potřeba revakcinace následnou dávkou nebyla stanovena.<sup>1</sup>

**PLNÁ  
ÚHRADA**  
pro osoby  
starší 65 let<sup>3</sup>

## Zkrácená informace o přípravku

**Prevenar 13 injekční suspenze. Pneumokoková polysacharidová konjugovaná vakcína (13-valentní, adsorbovaná). Složení:** Jedna dávka (0,5 ml) obsahuje: Pneumococcale polysacharidum sérotypus 1\* (2,2 µg), 3\* (2,2 µg), 4\* (2,2 µg), 5\* (2,2 µg), 6A\* (2,2 µg), 6B\* (4,4 µg), 7F\* (2,2 µg), 9V\* (2,2 µg), 14\* (2,2 µg), 18B\* (2,2 µg), 19A\* (2,2 µg), 19F\* (2,2 µg), 23F\* (2,2 µg). \*Konjugován s nosným proteinem CRM197 (32 µg) a adsorbován na fosforečnan hliníkový (0,125 mg hliníku); a další pomocné látky. **Indikace:** Aktivní imunizace k prevenci invazivních onemocnění, pneumonie a akutní otitis media, vyvolaných *Streptococcus pneumoniae* u kojenců, dětí a dospívajících ve věku od 6 týdnů do 17 let. Aktivní imunizace k prevenci invazivních onemocnění a pneumonie způsobených *Streptococcus pneumoniae* u dospělých ≥ 18 let a starších pacientů. **Dávkování a způsob podání:** Kojenci a děti ve věku 6 týdnů - 5 let: Doporučuje se, aby kojenci, kteří dostali první dávku přípravku Prevenar 13, dokončili očkování přípravkem Prevenar 13. Kojenci ve věku 6 týdnů - 6 měsíců a předčasně narozené děti: Tři dávky po 0,5 ml s intervalem nejméně 1 měsíc mezi dávkami. První dávka se podává ve věku 2 měsíců, nejdříve může být podána ve věku 6 týdnů. Čtvrtou dávku se doporučuje podat ve věku 11 až 15 měsíců. U kojenců ve věku 6 týdnů - 6 měsíců může být alternativně podána série tvořená 3 dávkami po 0,5 ml. První dávka může být podána od věku 2 měsíců, druhá dávka o 2 měsíce později. Třetí dávku se doporučuje podat ve věku 11 až 15 měsíců. Dříve neočkovaní kojenci a děti ve věku ≥ 7 měsíců: Kojenci 7-11 měsíců: Dvě dávky po 0,5 ml s intervalem nejméně 1 měsíc. Třetí dávka se doporučuje podat ve věku 12-23 měsíců. Dříve neočkovaní dospělí: Dvě dávky po 0,5 ml s intervalem nejméně 2 měsíce. Děti a dospívající ve věku 2 - 17 let: Jedna samostatná dávka 0,5 ml. Kojenci a děti dříve očkované přípravkem Prevenar: Kojenci a děti, u nichž bylo očkování zahájeno přípravkem Prevenar, mohou být převedeni na přípravek Prevenar 13 v kterémkoli stadiu očkování. Malé děti (12-59 měsíců) kompletně imunizované přípravkem Prevenar by měly dostat jednu dávku 0,5 ml přípravku Prevenar 13, nejméně 8 týdnů po poslední dávce přípravku Prevenar. Děti a dospívající ve věku 5-17 let: 1 dávka přípravku Prevenar 13, pokud byly očkovány jednou nebo více dávkami přípravku Prevenar, nejméně 8 týdnů po poslední dávce přípravku Prevenar. Dospělí ≥ 18 let a starší pacienti: Jedna samostatná dávka. Potřeba revakcinace následnou dávkou přípravku Prevenar 13 nebyla stanovena. Bez ohledu na stav předchozí pneumokokové vakcinace, pokud je použit 23valentní pneumokokové polysacharidové vakcíny považováno za vhodné, Prevenar 13 by měl být podán jako první. Speciální populace: Jedincům s chorobami predisponujícími k invazivnímu pneumokokovému onemocnění (například se srpkovitou anémií nebo HIV infekcí) včetně jedinců dříve očkovaných jednou nebo více dávkami 23valentní pneumokokové polysacharidové vakcíny může být podána nejméně jedna dávka přípravku Prevenar 13. U jedinců po transplantaci hematopoetických kmenových buněk (HSCT) se doporučené imunizační schéma skládá ze čtyř dávek přípravku Prevenar 13 po 0,5 ml. Vakcína se má podávat formou intramuskulární injekce. Přednostním místem podání je anterolaterální část stehna u kojenců nebo deltový sval horní části paže u dětí a dospělých. **Kontraindikace:** Precitlivlost na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku nebo na dílčí složky. Podobně jako u jiných vakcín i aplikace přípravku Prevenar 13 má být odložena u jedinců trpících akutním závažným horečnatým onemocněním. Přítomnost mírné infekce jako je nachlazení, by neměla být příčinou oddálení očkování. **Zvláštní upozornění:** Prevenar 13 nesmí být aplikován intravaskulárně. Jedincům s trombocytopenií nebo s jinými poruchami koagulace, nesmí být podán intramuskulárně, ale může být podán subkutánně v případě, že potenciální přínos převládá nad rizikem podání. Prevenar 13 chrání pouze proti sérotypům *Streptococcus pneumoniae*, které vakcína obsahuje a nechrání proti jiným mikroorganismům, které způsobují invazivní onemocnění, pneumonii nebo zánět středního ucha. Podobně jako jiné vakcíny nemůže ani Prevenar 13 ochránit všechny očkované jedince před pneumokokovým onemocněním. Jedinci se sníženou imunitou odpovědi mohou mít sníženou protilátkovou odpověď na aktivní imunizaci. **Interakce:** Kojenci a děti ve věku 6 týdnů až 5 let: Prevenar 13 může být podáván současně s některou z následujících vakcín: vakcínou proti difterii, proti tetanu, acelulární nebo celobuněčnou vakcínou proti pertusis, vakcínou proti *Haemophilus influenzae* typu b, inaktivovanou vakcínou proti poliomyelitidě, proti hepatitidě B, proti meningokokům skupiny C, proti spalničkám, příušnicím, zarděnkám, proti planým neštovicím a vakcínou proti rotavirům. Mezi 12 - 23 měsíci může být také podán současně s konjugovanou polysacharidovou vakcínou proti meningokokům skupin A, C, W a Y, a to dětem, které byly adekvátně primárně očkovány přípravkem Prevenar 13. Děti a dospívající ve věku 6-17 let a dospělí ve věku 18-49 let: V současné době nejsou k dispozici žádné údaje týkající se současného podávání s jinými vakcínami. Dospělí ve věku 50 let a starší: Přípravek Prevenar 13 může být podán současně se sezónní trivalentní (TIV) i se sezónní kvadrivalentní (QIV) inaktivovanou chřipkovou vakcínou. Různé injekční vakcíny musí být vždy podány každá do jiného místa. **Fertilita, těhotenství a kojení:** Neexistují údaje o použití pneumokokové 13valentní konjugované vakcíny u těhotných žen. Přípravek by proto neměl být podáván během těhotenství. Není známo, zda je pneumokoková 13valentní konjugovaná vakcína vylučována do mateřského mléka. **Nežádoucí účinky:** Mezi nejčastěji hlášené nežádoucí účinky u dětí 6 týdnů až 5 let patřily reakce v místě očkování, horečka, podrážděnost, nechutenství, zvýšená spavost a/nebo nespavost, u dětí a dospívajících ve věku 6-17 let nechutenství, podrážděnost, reakce v místě očkování, somnolence, neklidný spánek. V případě současného podání přípravku Prevenar 13 a přípravku Infanrix hexa byla pozorována zvýšená četnost hlášení křečí (s horečkou nebo bez ní) a hypotonicko-hyporeflexivních epizod (HHE). U dospělých osob byly velmi časté: snížení chuti k jídlu, bolesti hlavy, vyrážka, artralgie, myalgie, zimnice, únava, zarudnutí, reakce v místě očkování, omezená pohyblivost paže. U osob ve věku 18-49 let nebo s HIV infekcí nebo po HSCT průjem a zvracení, u osob 18-29 let nebo s HIV infekcí nebo po HSCT pyrexie. **Předávkování:** Předávkování přípravkem Prevenar 13 není pravděpodobné vzhledem ke způsobu balení v předplněné injekční stříkačce. **Uchovávání:** Uchovávejte v chladničce (2 °C - 8 °C). Chraňte před mrazem. Přípravek Prevenar 13 je stabilní při teplotách do 25 °C po dobu 4 dnů. Na konci této doby má být přípravek použit nebo zlikvidován. **Balení:** 0,5 ml injekční suspenze v předplněné injekční stříkačce s pistovou zátkou a ochranným krytem hrotu, s injekční jehlou nebo bez ní. **Jméno a adresa držitele rozhodnutí o registraci:** Pfizer Europe MA EELG, Boulevard de la Plaine 17, 1050 Bruxelles, Belgie. **Registrační číslo:** EU/1/09/590/002 **Datum posledního revize textu:** 12.06.2019 **Výdej léčivého přípravku je vázán na lékařský předpis.** Přípravek Prevenar 13 je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění pro osoby splňující podmínky dané zákonem č.48/1997 Sb. v aktuálním znění. Před předepsáním se, prosím, seznámte s úplnou informací o přípravku.

**REFERENCE:** 1. SPC Prevenar 13. 2. Bonten MJ, Huijts SM, Bolkenbaas M, et al. N Engl J Med. 2015;372:1114-25. 3. Metodický postup k vykazování očkování od 1.5.2019.

Dostupné na: [https://media.vzpstatic.cz/media/Default/dokumenty/190401\\_metodicky\\_postup\\_ockovani\\_2019.pdf](https://media.vzpstatic.cz/media/Default/dokumenty/190401_metodicky_postup_ockovani_2019.pdf), staženo 8.2.2019.



Pracujeme společně pro zdravější svět™

Pfizer PFE, spol. s r. o., Stroupežnického 17, 150 00 Praha 5  
tel.: +420 283 004 111, fax: +420 251 610 270, [www.pfizer.cz](http://www.pfizer.cz)

PRV-2019.01.085

Prevenar 13

**Očkování proti varicele** - vzhledem k tomu, že jde o živou vakcínu, nelze ji při imunosupresi podávat. Lze očkovat s velkým odstupem po skončení chemoterapie (6-12 měsíců).

### Úhrada očkování a proočkovanost onkologických pacientů

Účinností novely zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, se od 1.1.2018 rozšířila možnost úhrady vybraných očkování pro onkologické pacienty. V §30 zákona, novela připouští očkování pacientů s primárním nebo sekundárním imunodeficitem, jde o pacienty s plánovanou dlouhodobou imunosupresivní léčbou. Tito pacienti mohou mít hrazené očkování proti chřipce, pneumokokovým onemocněním, meningokokovým onemocněním nebo proti infekcím *Haemophilus influenzae b*.

Proočkovanost onkologických pacientů je v ČR velmi nízká, což je způsobeno také existencí řady bariér v očkování. K těm nejčastějším patří strach z nežádoucích reakcí, pochyby o skutečné účinnosti vakcinace, ale také neznalost toho, jaká očkování jsou dnes těmto pacientům doporučována. Jak ukazují např. data z USA, 30 % onkologických pacientů nebylo nikdy očkováno proti chřipce a 56 % se nikdy nenechalo očkovat proti pneumokokovým onemocněním. Bohužel pouhých 7 % pacientů bylo informováno svým onkologem, že existují nějaké možnosti očkování.

### Závěr

Onkologičtí pacienti jsou ve vyšším riziku infekcí, a i přes to, že imunitní odpověď na očkování bude pravděpodobně nižší, je očkování významnou součástí jejich péče. Mezi nejdůležitější patří očkování proti chřipce, pneumokokovým onemocněním, případně proti VHB. Očkování by se, pokud to lze, mělo zahájit co nejdříve po stanovení diagnózy, eventuálně s dlouhým odstupem po ukončení chemoterapie s kontraindikací pro živé vakcíny. Vakcinace by se měla stát součástí moderní léčby onkologických pacientů. Může zvýšit kvalitu jejich života a prodloužit délku přežití. Tím, jak se zvyšuje přístup k moderní onkologické léčbě a její dostupnost, měla by se také zajistit vyšší dostupnost vakcinace pro onkologické pacienty. K dosažení tohoto cíle je potřeba vzájemné spolupráce onkologů, registrovaných praktických lékařů, případně infektologů a vakcinologů tak, aby onkolog doporučil a měl přehled o očkování a praktický lékař věděl, jak a proti čemu může očkovat, případně co může uhradit zdravotní pojišťovna pro daného pacienta.

**Tabulka č. 1: Očkování onkologických pacientů proti pneumokokům**

| Vakcinační status          | Doporučení                                                   |
|----------------------------|--------------------------------------------------------------|
| Nevakcinovaný              | 1 dávka PCV13                                                |
| V minulosti očkován PPSV23 | 1 dávka PCV13 co nejdříve (min. interval 8 týdnů)            |
| Potřeba další dávky PPSV23 | nejdříve po 5 letech po PPSV23 ev. nejdříve 8 týdnů po PCV13 |

PPSV23 = pneumokoková polysacharidová 23valentní vakcína; PCV13 = pneumokoková konjugovaná 13valentní vakcína.

# Postavení betablokátorů v nových doporučeních léčby hypertenze



**MUDr. Ivan Řiháček, Ph.D.**

II. interní klinika FN u svaté Anny  
a Masarykova univerzita

Pekařská 53, 65691 Brno

Ambulance všeobecného praktického lékaře, Ordinance  
Řiháčkovi, s.r.o.

Novodvorská 1029/3, 64100 Brno

Tento článek vznikl na základě přednášky prezentované na víkendových vzdělávacích seminářích SVL ČLS JEP.

## Úvod

Na konci roku 2017 byla vydána Nová doporučení léčby hypertenze České společnosti pro hypertenzi.<sup>1</sup> Jsou stručná, zahrnují nové poznatky nepopsané v minulých doporučeních (2012) a příliš se neliší od následně vydaných doporučení Evropské společnosti pro hypertenzi z roku 2018.<sup>2</sup> Za podstatné změny lze považovat úpravu cílových hodnot krevního tlaku (TK) u pacientů s vysokým kardiovaskulárním rizikem (KVR) a ještě větší preferenci fixních kombinací antihypertenziv. Velmi dobře jsou zpracovány kapitoly o měření TK, léčba hypertenze v perioperačním období a problematika látek zvyšujících hodnoty TK.

Evropská doporučení z roku 2018 jsou velmi rozsáhlá s množstvím vědeckých podkladů a odůvodnění navržených postupů. Od našich doporučení se liší v přísnějším vymezení hranice cílových hodnot TK u mladších osob (18-65 let, TK mezi 120-129/70-79 mmHg), u osob velmi starých (nad 80 let, TK 130-139/70-79 mmHg), ovšem s poznámkou, že není vhodný pokles systolického TK pod 120 mmHg a tyto cílové hodnoty pouze, pokud je léčba dobře tolerována.<sup>2</sup> Další odlišností je doplnění indikace 24h ambulantního monitorování TK (AMTK) u pacientů s hypertenzí prvního stupně bez poškození cílových orgánů (TK 140-159/90-99 mmHg, bývá častá hypertenze bílého pláště) a u pacientů s vysokým normálním TK se známkami poškození cílových orgánů (TK 130-139/85-89 mmHg, bývá častá maskovaná hypertenze). Tabulka 1.

Betablokátor (BB) jsou součástí léčby hypertenze a kardiovaskulárních onemocnění již více než 50 roků. V

současné době jsou na základě výsledků srovnávacích lékových studií v terapii hypertenze upřednostňovány jako léky první volby blokátory renin-angiotenzinového systému a dihydropyridinové kalciové blokátory. Přesto si na základě svých zkušeností myslím, a také je to patrné v nových doporučeních, že BB nadále zůstávají mezi léky první volby, zejména ve specifických indikacích, jak bude uvedeno níže.

## Betablokátor v nových doporučeních

BB jsou velmi široká skupina léků různých farmakologických vlastností. Jenom pro připomenutí a vysvětlení některých vlastností. Rozeznáváme BB kardioselektivní (mají převážný účinek na beta-1 receptor v cílových orgánech – srdce, ledviny, cévy, který je zodpovědný za převážně negativní dlouhodobě působící efekt katecholaminů (adrenalin, noradrenalin, dopamin – vazokonstrikce, zvýšení tepové frekvence a TK). Účinek na beta-2 receptor je potlačen (neprojevují se zejména negativní změny v plicích – bronchokonstrikce). Neselektivní BB ovlivňují oba receptory, a mají tedy více nežádoucích účinků. Dále rozeznáváme BB s vnitřní sympatomimetickou aktivitou (na receptoru jej nejen zablokuje, ale mají i malý modulující agonistický efekt). Důsledkem je menší snížení tepové frekvence (TF) a mírně lepší metabolický efekt. Mohou být kardioselektivní i neselektivní. Některé BB mají ještě mírný vazodilatační účinek na tepny, zprostředkovaný různými cestami (přes alfa-1 receptory, beta 2 receptory nebo přímý vliv na svalovinu tepen). Mohou být opět selektivní nebo neselektivní. Většinou vykazují menší pokles TF. Konečně ještě můžeme BB rozdělit na lipofilní (lepší vstřebávání, rychlejší odbourávání v játrech a průnik přes hematoencefalickou bariéru do mozku – výhodné u migrény) a hydrofilní (horší vstřebávání, delší biologický poločas, vylučování ledvinami, nepronikají do mozku). V minulosti byly používány BB s nižší kardioselektivitou, s kratším biologickým poločasem a také s vnitřní sympatomimetickou aktivitou. Za komparátora ve srovnávacích antihypertenzních lékových studiích byl vybírán atenolol, který nemá dostatečný 24hodinový efekt a i jeho kardioselektivita je nižší. Lze tím částečně vysvětlit mírně horší výsledky v kardiovaskulární prevenci v epidemiologických a srovnávacích studiích oproti lékům blokujícím systém renin-angiotenzin a oproti dlouhodobě působícím dihydropyridinovým blokátorům kalciových kanálů. Moderní BB pro léčbu hypertenze, ischemické choroby srdeční a srdečního selhání by měl splňovat dále uvedená kritéria. Měl by být co nejvíce kardioselektivní, měl by mít dostatečný 24hodinový efekt při dávkování jedenkrát denně a měl by mít prokázanu účinnost v primární i sekundární



prevenci kardiovaskulárních onemocnění. Tato kritéria splňuje hned několik BB na našem trhu. Tabulka 2.

Čtyři z nich mají schváleny všechny indikace léčby (hypertenze, ischemická choroba srdeční a srdeční selhání se sníženou funkcí levé srdeční komory). Jsou to bisoprolol, metoprolol, carvedilol a nebivolol. Bisoprolol má zřejmě nejvyšší kardioselektivitu, má dostatečný 24hodinový efekt, výrazný, na dávce závislý pokles tepové frekvence a možnost postupné titrace k vyšším dávkám. Je zastoupen také ve fixních dvojkombinacích s diuretikem, dihydropyridinovým blokátorem kalciového kanálu a blokátorem renin-angiotenzinového systému. Metoprolol je nejvíce lipofilní, rychle se odbourává v játrech. Proto jsou používány lékové formy s postupným uvolňováním (Zok, nebo SR). Proniká hematoencefalickou bariérou a jeho další indikací je prevence záchvatů migrény. Carvedilol má vazodilatační efekt, nemá plný 24hodinový účinek, dává se 2x denně, méně snižuje srdeční frekvenci, používá se nejčastěji v léčbě systolického srdečního selhání. Nebivolol je novější kardioselektivní BB s přímým mírným vazodilatačním účinkem, který má dostatečný 24hodinový efekt. O něco méně snižuje TF. Může být vhodným lékem u pacientů s těžší ischemickou chorobou dolních končetin. Z dalších běžně užívaných BB máme k dispozici betaxolol. Má indikaci pouze v léčbě hypertenze a nemá možnost postupné titrace dávkování. Acebutol je kardioselektivní a má mírnou vnitřní sympatomimetickou aktivitu. Užívá se také převážně v léčbě hypertenze, nesnižuje tolik tepovou frekvenci. Labetalol není na trhu registrován, je pouze na mimořádný dovoz. Má z BB nejvíce pozitivních dat v léčbě hypertenze v těhotenství. Všechny kardioselektivní BB mají jen minimálně negativní nebo neutrální vliv na metabolické parametry (glykémie, glykosylovaný hemoglobin, LDL cholesterol).<sup>3</sup> V nižších a středních dávkách mohou být BB použity i při léčbě pacientů s chronickou obstrukční chorobou bronchopulmonální a s lehčími formami astmatu, kde příznivě ovlivňují průvodní sinusovou tachykardii. U těžkého astmatu je většinou nahrazujeme fenylalkylaminovými blokátory kalciových kanálů (verapamil). V nových našich i evropských doporučeních pro léčbu hypertenze jsou BB nadále zařazeny mezi základních 5 tříd antihypertenziv. Mají preferenční indikace, třída doporučení I, úroveň důkazů A: anginu pectoris, stavy po infarktu myokardu, srdeční selhání zejména se sníženou funkcí levé komory, fibrilaci síní k udržení sinusového rytmu nebo ke kontrole TF. Jsou vhodným lékem pro ženy plánující těhotenství, lze je použít i v těhotenství. U obou pohlaví jsou indikovány při průkazu vysoké aktivity sympatického nervového systému (vyšší klidová TF než 80 tepů/minutu), u anxiálních stavů, palpitací (supraventrikulární a komorové extrasystoly), u některých forem třesu a při hyperfunkci štítné žlázy (v této indikaci jsou používány neselektivní BB). Bisoprolol je doporučen jako čtvrtý lék do kombinace u rezistentní hypertenze, pokud není tolerován nebo nemůže být použit spironolakton. Tabulka 3.

## KAZUISTIKA

Žena, 50 let

RA: otec hypertenze, jinak negativní

OA: hypotyreóza na substituční léčbě, varixy dolních končetin

Kouří: 5-10 cigaret

FA: levothyroxin 100ug 1-0-0, intermitentně venotonika, el. punčochy, vitamíny

GA: menzes pravidelně, dítě již neplánuje, antikoncepce lokální

NO: posledního půl roku pociťuje občasné palpitace a „bušení“ srdce, má pocit menší výkonnosti, je unavená, ojediněle pocit návalu krve do obličeje. Bolesti na hrudi neguje, výraznější dušnost při námaze neguje, k večeru prosáknutí kolem kotníků. Opakovaně zjištěn mírně vyšší TK.

Objektivně: Výška: 1,68 m Hmotnost: 70 Kg  
TK 142/96 mmHg TF: 88/min

pravidelná

Celkové vyšetření bez zvláštní patologie, kromě varixů dolních končetin a mírně zvětšené, parenchymatózní štítné žlázy.

Laboratoř: Krevní obraz v normě, základní biochemie v normě, glykémie 5,2 mmol/l, eGFR 92 ml/min/m<sup>2</sup>, Celkový cholesterol 5,1 mmol/l, LDL cholesterol 2,86 mmol/l, moč + sed: negativní, albuminurie: negativní, TSH: 3,1 mU/l, fT<sub>4</sub> 14,36 pmol/l.

EKG: s.r. 86/min, PQ 0,16, QRS 0,08, QTc 0,416, osa 42 st, ST izo, T pozitivní. 1x supraventrikulární extrasystola.

AMTK: 24hodinový průměrný TK 133/86 mmHg, TF 90 tepů/min, průměrný TK v době bdění 134/87 mmHg, TF 94 tepů/min, TK v době spánku 121/74 mmHg, TF 82/min, dipping systolického TK 10%, variabilita dle směrodatné odchylky systolického TK: 13 mmHg, pulsní tlak: 47 mmHg.

Diagnózy: I10 Hypertenze s nízkým/středním rizikem dle SCORE (2 %), st I

E039 Hypotyreóza se substituční léčbou, klinicky i lab. eufunkční

I839 Varixy dolních končetin

Doporučení: nefarmakologická opatření - omezení soli v dietě, vytrvalostní fyzická zátěž, zanechání kouření.

Léčba: bisoprolol 5mg 1-0-0, levothyroxin 100ug 1-0-0.

Kontrola za 3 měsíce:

Subjektivně: cítí se lépe, nemá palpitace ani návaly.

Objektivně: TK 132/84 mmHg TF: 70/min

## Diskuse:

Pacientka středního věku, před menopauzou, se substituční léčbou snížené funkce štítné žlázy a s varixy dolních končetin. Dle měření v ambulanci měla zvýšené hodnoty TK jako hypertenzi I. stupně. K vyloučení hypertenze bílého pláště provedeno AMTK, které potvrdilo zvýšené hodnoty TK (norma průměrného TK za 24 hodin je pod 130/80 mmHg). Hypertenze má zřejmě genetický podíl, dle laboratorních výsledků se velmi pravděpodobně nejednalo o sekundární hypertenzi. Dle klinického vyšetření i dle AMTK měla sklon k vyšší TF (88 respektive 90 tepů/minutu). Příčinou pociťovaných

palpitací mohla být vyšší TF, příčinou „bušení srdce“ a návalů vyšší hodnoty TK, zejména při zátěži. U asymptomatického hypertonika bychom doporučili na 3 měsíce nefarmakologická opatření a kontrolovali hodnoty TK. K léčbě bychom přistoupili, pokud by TK neklesal.<sup>4</sup> U naší pacientky jsme se vzhledem k symptomům a vyšší TF rozhodli léčbu zahájit ihned. Zvolili jsme kardioselektivní BB ve střední dávce, který by měl snížit jak TK, tak TF. Po 3 měsících léčby se předpoklad potvrdil a pacientka měla normální hodnoty TK. TF poklesla na 70 tepů/minutu a ustoupily symptomy palpitací, návalů a „bušení“ srdce. BB je možno použít i u žen, které mohou potencionálně otěhotnět. Blokátory systému renin-angiotenzin jsou v tomto případě kontraindikovány. Blokátory kalciových kanálů by u naší pacientky mohly zhoršit symptomy otoků dolních končetin a nesnížily by hodnoty TF.

### Shrnutí pro praxi:

Nová doporučení léčby hypertenze upravují zahájení léčby a cílové hodnoty TK u pacientů s vysokým KVR (cílový TK kolem 130/80 mmHg) a do 65 let věku. Kladou

větší důraz na zahájení léčby fixními kombinacemi anti-hypertenziv. Evropská doporučení rozšiřují indikace provedení AMTK u hypertenze I. stupně (pravděpodobnost hypertenze bílého pláště) a při vysokém normálním TK (pravděpodobnost maskované hypertenze).

BB zůstávají mezi pěti základními skupinami léků pro léčbu hypertenze. Mají svoje preferenční indikace: anginu pectoris, stavy po infarktu myokardu, srdeční selhání se sníženou funkcí levé srdeční komory, kontrolu srdečního tepu/rytmu (fibrilace síní), vysokou aktivitu sympatiku - sklon k vyšší TF (nad 80 tepů/minutu), palpitace, třes. Mohou je užívat ženy v produktivním věku a v těhotenství. V kombinaci je lze použít u rezistentní hypertenze (bisoprolol).

Tato publikace vznikla za podpory specifického vysokéhoškolského výzkumu MUNI/A/1475/2018, kterou poskytlo MŠMT.

#### Literatura:

1. Widimský J jr., Filipovský J, Ceral J a kol. Doporučení pro diagnostiku a léčbu arteriální hypertenze ČSH 2017. Hypertenze a kardiovaskulární prevence 2018;7(supl): 1-20.
2. Williams B, Mancia G, Spiering W et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the Management of Arterial Hypertension. The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Cardiology and the European Society of Hypertension. JHypertens 2018;36:1953-2041.
3. Cruickshank JM. The Modern Role of Beta-blockers in Cardiovascular Medicine. People's Medical Publishing House, Shelton, USA, 2011, 271p. ISBN-13978-1-60795-108-7.
4. Býma S, Hradec J. Doporučené diagnostické a terapeutické postupy pro všeobecné praktické lékaře. Prevence kardiovaskulárních onemocnění. Novelizace 2018. Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, Praha, ISBN 978-80-86998-95-4. <http://www.svl.cz>

#### Tabulka 1: Nová indikační doporučení pro 24h ambulantní monitorování TK Evropské společnosti pro hypertenzi z roku 2018.<sup>2</sup>

##### 1. Situace, kdy je častá hypertenze bílého pláště:

Stupeň 1 hypertenze při kazuálním\* měření (TK 140-159/90-99 mmHg) bez známek poškození cílových orgánů.

##### 2. Situace, kdy je častá maskovaná hypertenze:

Vysoký normální tlak při kazuálním měření (130-139/85-89 mmHg) a přítomnost známek poškození cílových orgánů u hypertenze nebo vysoké kardiovaskulární riziko.

\* Kazuální tlak – tlak měřený lékařem v ambulanci při běžné lékařské kontrole

**Tabulka 2: Přehled nejvíce používaných betablokátorů na našem trhu.**

| Neselektivní                | ISA* | Lipofilie** | Vazodilatace | Poznámka                      |
|-----------------------------|------|-------------|--------------|-------------------------------|
| Sotalol                     | Ne   | Ne          | Ne           | Antiarytmikum, fibrilace síní |
| Metipranol                  | Ne   | ?           | Ne           | Trimepranol                   |
| <b>Kardioselektivní</b>     |      |             |              |                               |
| Acebutolol                  | Ano  | Střední     | Ne           |                               |
| Atenolol                    | Ne   | Ne          | Ne           |                               |
| Betaxolol                   | Ne   | Nízká       | Ne           |                               |
| Bisoprolol                  | Ne   | Nízká       | Ne           | Všechny indikace              |
| Celiprolol                  | Ano  | Střední     | Ano          |                               |
| Esmolol                     | Ne   | Ne          | Ne           | Jen iv***, krátký poločas     |
| Metoprolol                  | Ne   | Vysoká      | Ne           | Všechny indikace              |
| Nebivolol                   | Ne   | ?           | Ano          | Všechny indikace              |
| <b>Alfa1 + Beta blokáda</b> |      |             |              |                               |
| Carvedilol                  | Ne   | Střední     | Ano          | Všechny indikace, 2xdenně     |
| Labetalol                   | Ano  | Ne          | Ano          | Není registrace, 2xdenně      |

\* ISA – vnitřní sympatomimetická aktivita

\*\* Údaje se v literatuře hodně liší

\*\*\* Podání pouze intravenózně

**Tabulka 3: Zahájení a stupňování léčby hypertenze podle doporučení Evropské společnosti pro hypertenzi z roku 2018.**

|                                                                               |                                 |                           |                  |
|-------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|---------------------------|------------------|
| 1 tableta                                                                     | Krok 1 dvojkombinace            | ACE/AT1 + CaB/D           | Monoterapie*     |
| 1 tableta                                                                     | Krok 2 trojkombinace            | ACE/AT1 + CaB + D         | Fixní léky lepší |
| 2 tablety                                                                     | Krok 3 + spironolakton/jiný lék | Rezistentní hypertenze ** |                  |
| Zvážit léčbu betablokátorů v každém kroku, pokud mají specifickou indikaci*** |                                 |                           |                  |

\* Monoterapie pokud je systolický TK pod 150 mmHg a nízké kardiovaskulární riziko

\*\* Přidat spironolakton 25-50 mg/den, nebo jiné diuretikum, bisoprolol nebo alfa1 blokátor

\*\*\* Angina pectoris, stav po infarktu myokardu, fibrilace síní, srdeční selhání, ženy v produktivním věku, osoby s vysokou aktivitou sympatického nervového systému



**Entresto™**  
sacubitril/valsartan

Entresto™ je klinicky účinnější než  
ACE inhibitor u symptomatických  
pacientů s HFrEF.<sup>1\*</sup>

**20%**

**SNÍŽENÍ RIZIKA  
KARDIOVASKULÁRNÍHO  
ÚMRTÍ OPROTI ENALAPRILU<sup>1</sup>**  
( $p < 0,001$ )

**21%**

**SNÍŽENÍ RIZIKA  
HOSPITALIZACE KVŮLI  
SRDEČNÍMU SELHÁNÍ  
OPROTI ENALAPRILU<sup>1</sup>**  
( $p < 0,001$ )

**SKUTEČNÝ  
PŘELOM V LÉČBĚ  
SRDEČNÍHO SELHÁNÍ<sup>2</sup>**

Tento léčivý přípravek podléhá dalšímu sledování. To umožní rychlé získání nových informací o bezpečnosti. Žádáme zdravotnické pracovníky, aby hlásili jakákoli podezření na nežádoucí účinky. Podrobnosti o hlášení nežádoucích účinků viz bod 4.8.

#### ZKRÁCENÁ INFORMACE ENTRESTO™ 24 MG/26 MG POTAHOVANÉ TABLETY, ENTRESTO™ 49 MG/51 MG POTAHOVANÉ TABLETY, ENTRESTO™ 97 MG/103 MG POTAHOVANÉ TABLETY

**Složení:** Jedna potahovaná tableta obsahuje 24,3 mg, 48,6 mg nebo 97,2 mg sacubitrilum a 25,7 mg, 51,4 mg nebo 102,8 mg valsartanum (jako komplex sodné soli sakubitril-valsartan). **Indikace:** K léčbě symptomatického chronického srdečního selhání s redukcí ejekční frakcí u dospělých pacientů. **Dávkování:** Doporučená zahajovací dávka přípravku Entresto je jedna tableta 49 mg/51 mg dvakrát denně. Dávka by měla být zdvojnásobena za 2–4 týdny do dosažení cílové dávky jedna tableta 97 mg/103 mg dvakrát denně, podle tolerance pacienta. Při problémech s tolerancí (systolický krevní tlak  $\leq 95$  mmHg, symptomatická hypotenze, hyperkalemie, renální dysfunkce) se doporučuje úprava dávek souběžných léčivých přípravků, přechodná titrace dávek přípravku Entresto směrem dolů nebo jeho vysazení. **Kontraindikace:** Současné užívání s ACE inhibitory. Přípravek Entresto nesmí být podán do 36 hodin po ukončení léčby ACE inhibitorem. Angioedém související s předchozí léčbou ACE inhibitory nebo s léčbou ARB v anamnéze. Dědičný nebo idiopatický angioedém. Současné užívání s léčivými přípravky obsahujícími aliskiren u pacientů s diabetem mellitus nebo u pacientů s poruchou funkce ledvin (eGFR  $< 60$  ml/min/1,73 m<sup>2</sup>). Závažná porucha funkce jater, biliární cirhóza a cholestáza. Druhý a třetí trimestr těhotenství. Hypersenzitivita na léčivé látky nebo na kteroukoli pomocnou látku. **Zvláštní upozornění/varování:** **Duální blokáda RAAS** • Léčba přípravkem Entresto nesmí být zahájena do 36 hodin po poslední dávce ACE inhibitoru. Pokud je léčba přípravkem Entresto ukončena, léčba ACE inhibitorem nesmí být zahájena do 36 hodin po podání poslední dávky přípravku Entresto. • Kombinace přípravku Entresto s přímými inhibitory reninu jako je aliskiren se nedoporučuje. • Přípravek Entresto obsahuje valsartan, a proto nemá být podáván současně s jiným přípravkem obsahujícím ARB. **Hypotenze** Léčba nemá být zahájena, dokud STK není  $\geq 100$  mmHg. U pacientů léčených přípravkem Entresto byly hlášeny případy symptomatické hypotenze, zejména u pacientů ve věku  $\geq 65$  let, pacientů s renálním onemocněním a pacientů s nízkým STK ( $< 112$  mmHg). Při zahajování léčby přípravkem Entresto nebo během titrace jeho dávek je třeba rutinně monitorovat krevní tlak. Symptomatická hypotenze se objeví pravděpodobněji, pokud byl pacient v objemové depleci, např. při léčbě diuretiky, dietním omezení soli, průjmů nebo zvracení. Deplece sodíku a/nebo objemová deplece mají být korigovány před zahájením léčby přípravkem Entresto, ale tato korektivní akce musí být pečlivě vyvážena oproti riziku objemového přetížení. **Porucha funkce ledvin** Pacienti s lehkou a středně těžkou a těžkou poruchou funkce ledvin podléhají většímu riziku rozvoje hypotenze. U pacientů v terminálním stádiu renálního onemocnění se podávání přípravku Entresto nedoporučuje. Užívání přípravku Entresto může být spojeno se sníženou funkcí ledvin. Riziko může být dále zvýšeno dehydratací nebo současným užíváním nesteroidních protizánětlivých léků (NSAID). **Hyperkalemie** Léčba nemá být zahájena, pokud je sérová hladina draslíku  $> 5,4$  mmol/l. Užívání přípravku Entresto může být spojeno se zvýšeným rizikem hyperkalemie, i když hypokalemie se může také vyskytnout. Pokud je sérová hladina draslíku  $> 5,4$  mmol/l, je třeba zvážit vysazení. **Angioedém** U pacientů léčených přípravkem Entresto byl hlášen angioedém. Pokud se objeví angioedém, má být podávání přípravku Entresto ihned ukončeno a má být poskytnuta vhodná léčba a sledování až do doby kompletního a trvalého ústupu známek a příznaků. Přípravek nesmí být znovu podán. Angioedém spojený s otokem laryngu může být fatální. Pokud je pravděpodobné, že je obstrukce dýchacích cest způsobena otokem jazyka, glottis nebo hrtanu, je třeba nasadit rychle vhodnou terapii, např. roztok adrenalinu 1 mg/1 ml (0,3–0,5 ml) a/nebo přijmout opatření nutná k zajištění průchodných dýchacích cest. Pacienti černošské rasy mají zvýšenouímavost k rozvoji angioedému. Pacienti se stenózou renální arterie Přípravek Entresto může zvyšovat hladinu urey v krvi a kreatininu v séru u pacientů s bilaterální nebo unilaterální stenózou renální arterie. U pacientů se stenózou renální arterie je třeba dbát opatrnosti a doporučuje se sledovat renální funkce. **Pacienti s poruchou funkce jater** U pacientů se středně těžkou poruchou funkce jater (Child-Pugh klasifikace B) nebo s hodnotami AST/ALT více než dvojnásobek horní hranice normálního rozmezí je k dispozici omezená klinická zkušenost. U těchto pacientů může být expozice zvýšena a bezpečnost není stanovena. Pokud se přípravek používá u těchto pacientů, doporučuje se dbát opatrnosti. **Interakce:** Opatrnosti je zapotřebí při současném podání se statiny, sildenafilem, lithium, kalium šetrícími diuretiky včetně antagonistů mineralokortikoidů (např. spironolakton, triamteren, amilorid), náhradami draslíku nebo solemi s obsahem draslíku, nesteroidními antirevmatiky včetně selektivních COX-2 inhibitorů, inhibitorů OATP1B1, OATP1B3, OAT3 (např. rifampin, cyclosporine) nebo MPR2 (např. ritonavir). **Těhotenství a kojení:** Užívání přípravku Entresto se nedoporučuje během prvního trimestru těhotenství a je kontraindikováno během druhého a třetího trimestru těhotenství. Kvůli možnému riziku nežádoucích reakcí u kojenců novorozenců/děti se přípravek nedoporučuje během kojení. **Nežádoucí účinky:** **Velmi časté:** Hyperkalemie, hypotenze, porucha funkce ledvin. **Časté:** Kašel, anémie, hypokalemie, hypoglykémie, závrať, bolest hlavy, synkopa, ortostatická hypotenze, průjem, nauzea, gastritida, selhání ledvin, únava, astenie. **Podmínky uchovávání:** Uchovávejte v původním obalu, aby byl přípravek chráněn před vlhkostí. **Dostupné lékové formy/velikosti balení:** PVC/PVDC/Al blistry v balení obsahujícím 14, 20, 28 nebo 56 potahovaných tablet nebo vícenásobná balení obsahující 168 (3 balení po 56) nebo 196 (7x28) potahovaných tablet (pouze dvě nejvyšší síly). **Poznámka:** Dříve než lék předepíšete, přečtěte si pečlivě úplnou informaci o přípravku. **Reg. č.:** EU/1/15/1058/001–016. **Datum registrace:** 19.11.2015. **Datum poslední revize textu SPC:** 22.6.2018. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Novartis Europharm Limited, Vista Building Elm Park, Merion Road, Dublin 4, Irsko. **Výdej přípravku je vázán na lékařský předpis. Přípravek je částečně hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění.**

ENTRESTO™ je ochranná známka společnosti Novartis AG. \* HFrEF = srdeční selhání se sníženou ejekční frakcí levé komory

CZ1903976195/03/2019

**REFERENCE:** 1. McMurray JJ, Packer M, Desai AS, et al. Angiotensin–neprilysin inhibition versus enalapril in heart failure. *N Engl J Med* 2014; 371: 993–1004. 2. Roversi S, Tonelli R, Fabbri L M. Breakthroughs in internal and respiratory medicine. *The Lancet Respiratory Medicine*. Vol. 3; 2015: 600–602.

**Novartis s. r. o.**  
Na Pankráci 1724/129, 140 00 Praha 4  
tel.: +420 225 775 111, [www.novartis.cz](http://www.novartis.cz), [info.cz@novartis.com](mailto:info.cz@novartis.com)

**NOVARTIS**

Practicus 7 | srpen 2019





UNI

*Vzdělávání, které řídíte Vy!*

Studujte on-line v pohodlí domova.  
Připravili jsme pro vás nový kurz s názvem

## **„Moderní terapie srdečního selhání“**

**Autor: MUDr. Markéta Hegarová**  
**Klinika kardiologie IKEM**



Po nastudování kurzu máte možnost absolvovat závěrečný test. Využijte příležitosti získat 4 kredity do systému celoživotního vzdělávání lékařů.

Vzdělávací akce je pořádána dle Stavovského předpisu ČLK č. 16.

**Veškeré informace na  
[www.EUNI.cz](http://www.EUNI.cz)**

Partnerem projektu je společnost



## PARTNER PRAKTICKÉHO LÉKAŘE V PÉČI O DIABETIKA



### ZAPAMATUJTE SI PRAKTICKÉ KONTAKTY:



**Elekta, s.r.o. – výhradní distributor produktů Wellion**



**V Braňce 262, 252 17 Tachlovice, Česká republika**



**+420 277 015 015**



**praktici@elekta.cz**

**EN ISO  
15197:2015**



**Přístroje Wellion® splňují  
všechna kritéria nové normy  
EN ISO 15197:2015**

## Dobrá zpráva pro všeobecné praktické lékaře, kteří léčí a dispenzarizují nebo se chystají léčit pacienty s DM 2. typu (DM2T)

Vážené kolegyně a kolegové,

dovoluji si vám všem s potěšením oznámit, že s účinností od **1. 12. 2019** dochází na základě novely zákona č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění, po našem téměř desetiletém úsilí, **kuvolnění preskripce diagnostických proužků do glukometrů i pro praktické lékaře, kteří léčí a dispenzarizují pacienty s DM2T, léčené perorálními anti-diabetiky.**

Za naší **Diabetologickou sekci SVL** došlo již před časem k sérii jednání s vedením přístrojové diagnostické firmy ELEKTA (mimoходом již po mnoho let aktivně podporuje naši DIA sekci SVL), která vyústila v nabídku velkorysé podpory v rámci léčby našich dispenzarizovaných pacientů s DM2T i pro následující roky.

I díky této podpoře budeme (budete) mít již od 1. prosince tohoto kalendářního roku nadstandardní možnosti zajistit u našich (vašich) pacientů s diabetem ještě kvalitnější péči, postavenou především na precizním a intenzivním (pravidelném) **selfmonitoringu glykemie**, který, jak se shodují všechny respektované plošné klinické studie (DCCT, UKPDS), je **základním stavebním kamenem úspěšné léčby (kompenzace) pacienta s DM2T.**

Prosím vás proto všechny o využití tohoto **potenciálu ihned od počátku**, abychom jako všeobecní praktičtí lékaři dokázali, že jsme plně kompetentní (a ve znač-

né části Evropy naprosto přirozenou plnohodnotnou a plně respektovanou) součástí organizace systému péče o pacienty s DM2T léčené perorálními anti-diabetiky.

Až doposud jsme byli bohužel v rámci léčebné politiky ČR ve vztahu k onemocnění diabetu diskriminováni, a tím i naši pacienti v rámci preskripce diagnostických proužků do glukometrů.

Tím, že využijete tyto nové preskripční možnosti hned od počátku, si zároveň definujete vůči zdravotním pojišťovnám větší preskripční prostor pro budoucí období, a zajistíte si tak dostatečné (navýšené) prostředky pro své pacienty bez strachu z následné penalizace.

Dovolte mi prosím zakončit svoje sdělení slovy ohledně léčby a dispenzarizace našich pacientů s DM2T.

„Všichni to známe, všichni to umíme a nyní je to jen na nás, využít tuto možnost ve prospěch našich pacientů.“

S pozdravem

MUDr. Igor Karen  
Předseda DIA sekce SVL ČLS JEP

# Projekt Destigmatizace pro všeobecné praktické lékaře

## Projekt Destigmatizace pro všeobecné praktické lékaře:

Představení seminářů „Role praktického lékaře v komplexní péči o člověka s duševním onemocněním“

### Autoři:

**Mgr. Barbora Hubená**

*Národní ústav duševního zdraví*

**Mgr. Andrea Šichová**

*Národní ústav duševního zdraví, Katedra psychologie FF UK*

**MUDr. Martin Seifert**

*Ordinace PL Karlín s.r.o., Ústav všeobecného lékařství 1. LF UK v Praze*

## Projekt Destigmatizace neboli iniciativa NA ROVINU jako součást reformy psychiatrické péče

O reformě psychiatrické péče neboli reformě péče o duševní zdraví se v Česku dlouho mluvilo, ale k její vlastní realizaci dochází až v posledních letech od roku 2015. Její klíčovou složkou je deinstitucionalizace, tedy přesun větší části psychiatrických služeb z velkých lůžkových zařízení do komunitních zařízení. S probíhající reformou psychiatrické péče se ve veřejném diskurzu dostává více pozornosti i dalším tématům souvisejícím s péčí o duševní zdraví. Jedním z takovýchto klíčových, ale občas opomíjených témat, je stigma související s duševním onemocněním, kterému se věnuje reformní projekt Destigmatizace neboli iniciativa NA ROVINU. Pro řadu pacientů je stigma spojené s duševním onemocněním a jeho důsledky – přehlížení a vyloučení ze skupiny a vlastní pocity viny nebo méněcennosti – náročnější než vlastní duševní onemocnění (Thornicroft et al., 2015).

## Důsledky stigmatizace duševně nemocných

Stigmatizovaná osoba je na základě svých zdravotních problémů okolím zařazena do kategorie duševně nemocných a dostává nálepkou pojící se s tímto stigmatem. Poté se jí často neprávem dostává horšího přístupu a zacházení, někdy až ignorace a společenského vyloučení. Daná osoba pociťuje negativní zpětnou vazbu z okolí jako reakci na sebe a svůj stav. Jednak přejímá a zvnitřňuje si stereotypy okolí, jednak ztrácí sebedůvěru a víru ve své vlastní schopnosti. Lidé s duševním onemocněním, kteří zažívají sebe-stigmatizaci, mají menší naději na zotavení. Zotavením z duševního onemocnění rozumíme spíše získání kontroly nad svým životem a fungování v každodenních situacích než navrácení do původního stavu před nemocí, jak je tomu

u fyzických onemocnění. Vyšší míra sebe-stigmatizace způsobuje, že si člověk nevěří, např. nemá tendenci se ucházet o práci nebo se osamostatnit, někdy přeruší kontakty s okolím, nebo dokonce nevyhledá odbornou pomoc. Pocity viny a nepatřičnosti částečně pociťuje i rodina a nejbližší okolí osoby a někdy také apelují na dotyčného, aby o své nemoci nemluvil.

Dalším následkem stigmatizace ve společnosti je, že pro pacienty je riskantní o nemoci otevřeně mluvit nebo se svěřovat svému okolí, protože reakce nejsou vždy pozitivní. Mohlo by se zdát, že stačí o nemoci svému okolí neříkat, nicméně skrývání nemoci představuje bariéru v procesu zotavení. Naopak, když člověk s duševním onemocněním sdílí své problémy a prožitky s nejbližšími, většinou se mu uleví a často také získá podporu okolí v nelehké situaci (Corrigan & Rao, 2012). Obecně se ukazuje, že lidem s duševním onemocněním prospívá, pokud mohou o své zkušenosti volně a bez obav mluvit.

## Komunikace praktického lékaře s duševně nemocným člověkem a jeho okolím

Specifickou roli kontaktu s okolím představuje kontakt s lékaři a zdravotnickým personálem. Je zřejmé, že důvěra a dobré navázání vztahu mezi lékařem a pacientem podstatně ovlivňují průběh léčby, což platí jak v případě somatických, tak psychických problémů. Praktičtí lékaři jsou často prvními profesionálními pracovníky, na které se lidé s duševním onemocněním obrazejí a mohou výrazně formovat jednak průběh léčby a zotavení, jednak i sebepojetí pacienta. Proto jejich informovanost o duševních onemocněních a možných způsobech léčby a zároveň citlivý přístup k pacientům a komunikace s nimi jsou klíčové.

## Interaktivní semináře iniciativy NA ROVINU pro praktické lékaře a jejich zdravotní sestry

V Česku doposud nikdy neprobíhal na celostátní úrovni destigmatizační program pro zdravotníky. Zdravotníci, a především lékaři jsou proto jednou z cílových skupin, na kterou se zaměřují semináře iniciativy NA ROVINU, které organizuje Národní ústav duševního zdraví (NUDZ). Na základě šetření NUDZ se jako hlavní problémy u českých lékařů jeví skepse vůči možnosti zotavení lidí s duševním onemocněním (Winkler et al., 2016), u zdravotníků mimo psychiatrii pak nedostatečné nebo zastaralé znalosti o problematice duševních onemocnění, tendence nedávat lidem s duševním onemocněním zodpovědnost, deficit v komunikaci, nedostatek spolupráce jednotlivých profesí v systému, tabu spjaté s



vlastním duševním zdravím a vysoká prevalence syndromu vyhoření u zdravotníků (viz Analýza potřeb, Projekt Destigmatizace, 2017).

U pacientů se závažným duševním onemocněním, jako je schizofrenie, bipolární porucha nebo těžká deprese, se častěji než u běžné populace vyskytují i somatické nemoci (Fleischhacker et al., 2008). Zdravotní problémy souvisí s nezdravým životním stylem, vedlejšími účinky psychofarmakologické medikace a nevyhledání nebo nedostupnosti lékařské péče. Zároveň nejsou nijak ojedinělé případy, kdy příznaky somatických problémů jsou lékaři přisuzovány duševnímu onemocnění a nejsou léčeny (tzv. diagnostické zastiňování). Jedním z cílů seminářů je proto zvýšit povědomí o tomto jevu a povzbudit dialog mezi lékaři a pacienty.

### Pilotní seminář a jeho evaluace

Školení **Role praktického lékaře v komplexní péči o člověka s duševním onemocněním** jsou koncipována jako dvouhodinové interaktivní semináře pro 15-25 účastníků ve večerních hodinách, aby byly pro lékaře co nejpřístupnější. Jako lektor zde působí psychiatr se zkušeností z ambulantní sféry, odborníci na destigmatizaci a v neposlední řadě i člověk s duševním onemocněním. Centrálním tématem seminářů je efektivní komunikace s duševně nemocnými a podpora těchto pacientů v zotavení. V rámci programu je také krátce představena reforma péče o duševní zdraví a možnosti spolupráce mezi praktickými lékaři, ambulantním, lůžkovým a komunitním sektorem psychiatrické péče. Nedílnou součástí seminářů je i autentický příběh zotavení, kdy lektor se zkušeností s duševním onemocněním popisuje průběh své vlastní duševní nemoci a to, co mu na cestě k zotavení pomáhalo, co pro něj představovalo překážky nebo co by v dané situaci ocenil (včetně konkrétních zkušeností se zdravotnickou péčí).

Aby bylo možné sledovat, jaký efekt mají školení realizovaná v rámci projektu Destigmatizace, je vždy jejich součástí i evaluace. Ta probíhá na dvou odlišných úrovních. Efektivita školení je sledována měřením postojů, reportovaného a zamýšleného chování k lidem s duševním onemocněním pomocí standardizovaných škál Community Attitudes to Mental Illness (CAMI; Taylor & Dear, 1981), Mental Illness: Clinicians' Attitudes (MICA; Gabbidon et al., 2013), a Reported and Intended Behaviour Scale (RIBS; Evans-Lacko et al., 2011). Měření probíhá před samotným školením, krátce po absolvování a následně po 3 měsících od realizace. Zároveň s měřením změny postojů probíhá i hodnocení kvality semináře a naplnění očekávání účastníků. Na konci semináře je distribuován dotazník, který využívá jak kvantitativních, tak kvalitativních položek zhodnocení semináře.

V dubnu 2019 proběhl v Praze první pilotní seminář, kterého se zúčastnilo 24 všeobecných praktických lékařů a jedna zdravotní sestra. Výsledky evaluace (N = 8) ukazují, že po absolvovaném školení si praktičtí lékaři si více uvědomují limity stávající institucionální psychiatrické péče, která neodpovídá aktuálním trendům v oblasti zotavení psychiatrických pacientů, zaujímají individuálnější přístup k jednotlivým pacientům, více dávají pacientům zodpovědnost a podporují naději v jejich plnohodnotný život v budoucnosti. Výsledky jsou nicméně s ohledem na malý počet účastníků ve vzorku pouze indikativní. Z hodnocení semináře vyplynulo, že by účastníci ocenili dodání komunikačních a screeningových nástrojů pro práci s pacienty s duševním onemocněním. Na základě zpětné vazby účastníků je nyní seminář upravován do finální podoby. Od podzimu 2019 budou semináře nabízeny zdarma v regionech po celé České republice ve spolupráci se SVL ČLS JEP.

V případě, že máte zájem o uspořádání semináře ve vašem městě nebo regionu pro vás a vaše kolegy, kontaktujte autorky článku z Národního ústavu duševního zdraví. Minimální účast na semináři je 12 osob.

#### Použitá literatura:

Corrigan, P. W., & Rao, D. (2012). On the self-stigma of mental illness: Stages, disclosure, and strategies for change. *The Canadian Journal of Psychiatry / La Revue Canadienne de Psychiatrie*, 57(8), 464-469.

Gabbidon, J., Clement, S., van Nieuwenhuizen, A., Kassam, Brohan E., I. Norman I. & Thornicroft, G. (2013). Mental illness: Clinicians' Attitudes (MICA) scale-psychometric properties of a version for healthcare students and professionals. *Psychiatry Research*, 206(1), 81-87.

Evans-Lacko, S., Rose, D., Little, K. Flach, C., Rhydderch, D., ... Thornicroft, G. (2011). Development and psychometric properties of the Reported and Intended Behaviour Scale (RIBS): A stigma-related behaviour measure. *Epidemiology and Psychiatric Sciences* 20(3), 263-271.

Projekt Destigmatizace (2017). Analýza potřeb cílových skupin projektu. Národní ústav duševního zdraví, Praha.

Taylor, S. M., & Dear M. J. (1981). Scaling community attitudes toward the mentally ill, *Schizophrenia Bulletin*, 7(2), 225-240.

Thornicroft, G., Mehta, N., Clement, S., Evans-Lacko, S., Doherty, M., Rose, D., et al. (2016). Evidence for effective interventions to reduce mental-health-related stigma and discrimination. *The Lancet*, 387(10023), 1123-1132.

Winkler, P., Mladá, K., Janoušková, M., Weissová, A., Tušková, E., Csémy, L., Evans-Lacko, S. (2016). Attitudes towards the people with mental illness: comparison between Czech medical doctors and general population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 51(9), 1265-1273.

# Stanovisko vyzývající praktické a dětské lékaře po celém světě k zahájení činností pro globální zdraví

(vypracované Pracovní skupinou WONCA pro životní prostředí, Aliancí pro globální zdraví a Pracovní skupinou zdravotníků pro globální zdraví)

## O autorech

*Světová organizace rodinných lékařů (The World Organization of Family Doctors, WONCA)* je nezisková organizace zastupující 118 členských organizací ve 131 zemích a územích, s přibližně 500 000 rodinnými lékaři. WONCA usiluje o zlepšení kvality života lidí na celém světě. Formuluje a prosazuje hodnoty jako respekt k všeobecným lidským právům a rovnost pohlaví, podporuje vysoké standardy péče ve všeobecné praxi / rodinné medicíně.

*Aliance pro globální zdraví (Planetary Health Alliance, PHA)* podporuje rozvoj oblasti globálního zdraví, celosvětově spolupracuje s více než 130 univerzitami, nevládními organizacemi, výzkumnými ústavy a vládními subjekty, přesahující 30 zemí po celém světě. Snaží se o rozvoj výzkumu, vzdělávání, postupů a nařízení a veřejného mínění pro zlepšení pochopení a řešení následků globální změny životního prostředí na lidské zdraví.

*Pracovní skupina zdravotníků pro globální zdraví (The Clinicians for Planetary Health Working Group)*, kterou vytvořila PHA, se snaží o vyburcování širokého spektra zdravotních pracovníků a jejich pacientů nejenom k uvědomění si, ale i k činnosti v čím dál naléhavějších problémech globálního zdraví, a to formou změny životního stylu a aktivismu. Tato pracovní skupina spolu s řadou partnerských organizací podporuje širší iniciativu *Zdravotníci pro globální zdraví (Clinicians for Planetary Health initiative)*, která se zaměřuje na budování globální koalice těch komunit zdravotníků, které se zabývají globálním zdravím, dále na vývoj a šíření materiálů orientovaných na pacienty a na podporu aktivismu v oblasti globálního zdraví.

WONCA, PHA a Pracovní skupina zdravotníků pro globální zdraví spoluvytvořily toto „Stanovisko vyzývající praktické a rodinné lékaře po celém světě k zahájení činností pro globální zdraví“ k informování praktických a dětských lékařů ohledně globálního zdraví, zdůraznění souvislostí se zdravotnickou praxí a motivování k různorodé činnosti.

## Co je globální zdraví?

Globální zdraví je oblast, která se zaměřuje na objasnění souvislostí mezi narušováním přirozených systémů Země způsobených člověkem a jeho následnými dopady na veřejné zdraví. Snaží se vyvíjet a vyhodnocovat řešení, založená na důkazech, která by zajistila spraved-

livý, udržitelný a zdravý svět (1).

Lidské zdraví a blahobyt závisí na přírodním prostředí. V přítomnosti pokračujícího růstu lidské populace a široce rozšířené nadměrné spotřebě však přirozené systémy Země procházejí zásadními proměnami. Vyčerpáváme nejen přírodní zdroje, ale také vytváříme obrovské množství odpadu a toxických látek, což způsobuje rozsáhlou ztrátu biologické rozmanitosti. Tyto činnosti mění naši krajinu, složení atmosféry a zdraví oceánů. Navzdory náročně dosaženým pokrokům, v oblasti veřejného zdraví v posledních desetiletích, jsme stále více konfrontováni se špatnou kvalitou ovzduší, ohroženou produkcí potravin, novými infekčními chorobami, omezeným přístupem k pitné vodě, novými živelnými riziky, a z toho vyplývajícími negativními dopady na naši výživu, duševní zdraví a náchylnost k úrazům a nemocem. Potřeba konat je mimořádně naléhavá. Podle nedávné zvláštní zprávy IPCC (2) musíme do roku 2030 výrazně snížit emise skleníkových plynů (o přibližně 45 % oproti úrovni z roku 2010), aby bylo možné zabránit zvyšování teploty o více než 1,5 stupně Celsia nad úroveň před průmyslovou revolucí, která by přinesla nárůst rozličných hospodářských, sociopolitických a zdravotních rizik, souvisejících s podnebím. Předpokládá se, že zrychlování změn životního prostředí bude podkladem většiny celosvětové nemoci v následujícím století, přičemž nejvíce ovlivní budoucí generace a ty, které jsou již nyní nejvíce zranitelné, a to některé původní obyvatelstvo a země s nízkými a středními příjmy.

## Co mají praktičtí a dětské lékaři společného s globálním zdravím?

Vzhledem k tomu, že jsou praktičtí a dětské lékaři klíčoví při ochraně zdraví, je důležité, aby si uvědomovali vzájemné souvislosti mezi změnou životního prostředí a jejími dopady na zdraví. Přestože globální problémy životního prostředí představují obrovské riziko pro naše zdraví a blahobyt, současně i přináší příležitosti konat (3). Musíme se připravovat a reagovat na nové zdravotní hrozby, věnovat se základním příčinám, vyplývajícím z demografických změn a z našich současných vzorců výroby a spotřeby, provádět změny jak v institucionálních strukturách, tak i v každodenním životě. Všeobecní praktičtí a dětské lékaři jsou opakovaně vyhodnocováni jako jeden z nejdůvěryhodnějších zdrojů informací. Mají zároveň jedinečnou schopnost porozumět a předávat nejenom měnící se pohled na problémy globálního zdraví, ale i strategie, které mohou využít jednotlivci pro ochranu jak svého vlastního zdraví, tak i zdraví životního prostředí.

## Jaká jsou rizika změny životního prostředí?

**Zvýšení dopadu nepřenositelných chorob:** Nepřenositelné choroby, např. kardiovaskulární a chronická plicní onemocnění, obezita, diabetes a nádorová onemocnění, tvoří téměř tři čtvrtiny celosvětové úmrtnosti (4). Tato onemocnění jsou citlivá k měnícím se faktorům životního prostředí - znečištěné ovzduší, voda a půda, změny klimatu (a s nimi spojené extrémní bouře, nárazová sucha a horka) a změna skladby potravinového řetězce.

- Každý rok přinese znečištění životního prostředí 9 milionů úmrtí, z toho je přibližně 70 % na následky nepřenositelných chorob, jakými jsou onemocnění srdce, cévní mozková příhoda, chronická obstrukční plicní nemoc a zhoubné nádory plic (5). Samotné znečištěné ovzduší (venkovní i vnitřní) je zodpovědné za více než 7 milionů úmrtí ročně a generálním ředitelem Světové zdravotnické organizace je nazývané jako „nový tabák“ (6, 7).
- Zvýšení teploty, spojené se změnou klimatu, může zvýšit tvorbu troposférického ozonu. Ozon je hlavní složkou smogu a přispívá ke kardiorespiračním onemocněním (8). Zvýšené teploty zintenzivňují alergická onemocnění dýchacích cest (např. astma) tím, že prodlužují pylová období a zvyšují produkci pylu (9).
- Znehodnocení půdy - např. spalováním lesů nebo odvodňováním rašeliníšť pro zemědělství nebo těžbu dřeva může vystavit velké populace kouři z požárů a ohrozit jejich zdraví s následky na kardiorespirační systém (10, 11).
- Zvýšení slanosti pitné vody spojené s nárůstem hladiny

moří může negativně ovlivnit reprodukční zdraví. Těhotné ženy se mohou ocitnout ve zvýšeném riziku preeklampsie a gestační hypertenze (12).

- Potraviny chránící před vznikem NCD budou méně dostupné, vzhledem ke globálně klesající populaci opylovačů a snížené produkci zeleniny a luštěnin v důsledku změny životního prostředí (včetně změny klimatu 13,14).

**Klesající hodnota živin:** Různé faktory způsobují, že naše výživa je ohrožena, což nás činí náchylnějším k dalším onemocněním. Novým výzvám v oblasti výživy musíme čelit i v souvislosti s růstem celosvětové populace a zvýšené poptávky po potravinách.

- Globální pokles populace opylovačů ztěžuje pěstování ovoce, zeleniny, ořechů a semen, což může ovlivnit finanční náklady na výživově hodnotné potraviny, a přispět tak k nedostatku vitamínu A, k. listové a dalších mikronutrientů (14).
- Zvyšující se koncentrace oxidu uhličitého snižuje v základních plodinách hladinu klíčových živin, jako je zinek, železo a bílkoviny. Po celém světě se rozšiřuje a zhoršuje nutriční deficece, a to zejména v zemích s nízkými a středními příjmy (15).
- Nadměrný rybolov vede k zhroucení samotného rybaření, transformuje mořský ekosystém, a tím ovlivňuje hladinu železa, zinku, omega-3 mastných kyselin a vitamínů (16).
- Kontaminace potravin (a životního prostředí) těžkými kovy, dioxiny a jinými znečišťujícími látkami může

# QuikRead go<sup>®</sup> iFOBT

## Kvantitativní stanovení okultního krvácení ve stolici

POCT metoda splňující podmínky screeningu KRCA v ČR | Cut-off: 15 µg Hb/g stolice



Slavíme 20 let spolupráce s primární péčí a máme pro Vás speciální nabídku.

Pro více informací navštivte webové stránky [www.quikread.cz](http://www.quikread.cz) | Tel. 602 387 718 | [nabidka@oriondiagnostica.cz](mailto:nabidka@oriondiagnostica.cz)

zvýšit riziko onemocnění endokrinního systému (17, 18).

- Změna klimatu a nedostatek vody mohou snížit úrodu, zejména v nízkých polohách, zatížit chod zemědělství a vést k poklesu celkové produkce (19,20).
- Ztráta biodiverzity ohrožuje divoce se vyskytující zdroje potravy a rezistenci potravinového řetězce (21).

**Expozice novým infekčním onemocněním:** Faktory životního prostředí ovlivňují rychlost reprodukce původců a přenašečů onemocnění s globálním dopadem na výskyt infekčních chorob (22).

- Změna klimatu přispívá ke změnám počasí ve formě extrémních bouřek, zvýšené teploty, zvýšené vlhkosti a srážek v některých částech světa, které mohou vytvořit podmínky vhodné pro šíření infekčních chorob, jako je malárie, Zika, dengue, chikungunya, žlutá zimnice a Lymeská nemoc (23).
- Změna biogeochemických toků může mít důsledky pro ekosystémy ve prospěch vektorů infekčních chorob a patogenů. Odtok dusíkatých látek a fosforu ze zemědělství působí eutrofizaci vodních zdrojů, s následným kolapsem místních populací ryb. To vše vede k růstu toxických řas, které jsou prokázaným zdrojem infekčních chorob (24).
- Změny v biodiverzitě, následkem odlesňování, znehodnocování a znečišťování půdy, mohou posunout a rozšířit geografické rozložení a sezónnost vektorů a patogenů, což může vést ke zvýšenému přenosu např. průjmových onemocnění (25, 26).

**Zvýšení úmrtnosti související s teplem:** Zvýšení teploty, které změna klimatu přináší, zesiluje riziko úmrtí v souvislosti s teplem. Pokud do roku 2030 dramaticky nesnížíme emise skleníkových plynů, můžeme se do konce století setkat se zvýšeným počtem úmrtí v teplejších oblastech, například v jihovýchodní Asii (27).

**Rizika pro duševní zdraví:** Vyčerpané zdroje, rostoucí teploty, extrémní povětrnostní podmínky, sucho a další faktory mohou proměnit krajinu, narušit potravinové a vodní zdroje, zhoršit zemědělské podmínky a využívání půdy, oslabit infrastrukturu, zvýšit finanční zátěž, zesílit riziko násilí a vytlačit celé komunity. Soupeření se všemi těmito stresory, spolu se sníženým kontaktem s přírodou, se může stát rizikem pro zvýšený výskyt deprese, posttraumatické stresové poruchy, úzkosti a sebevražd (28, 29). Kromě toho, svědectví o degradaci životního prostředí a zažívání ekologických ztrát může způsobit beznaděj, zoufalství a ekologický zármutek (30).

### Klíčové možnosti k zásahu

Šíření environmentálních a zdravotních výzev spočívá na jednotlivcích. Každá z drobných činností se počí-

tá – např. to, jakým způsobem uplatňujeme náš vliv na politiku, co nakupujeme a jíme, jak cestujeme, zapojujeme se v našich místních společenstvích a chráníme životní prostředí. Naše jednotlivé úsilí má vliv, když se spojí s úsilím ostatních. Tím, jak provádíme změny v našem životě, motivujeme ke změně i okolí.

WONCA reprezentuje kolem 500,000 praktických a dětských lékařů z celého světa. Společně můžeme mít významný vliv a budovat svět, který ochraňuje naše zdraví i zdraví životního prostředí. Žádáme praktické a dětské lékaře, aby v rámci svých společenství zvýšili povědomí o globálním zdraví a možnostech řešení problémů, dále aby se připravovali a reagovali na negativní dopady na zdraví společnosti, v důsledku narušení přírodních systémů, a pracovali proti urychlující se změně životního prostředí prostřednictvím zásad udržitelné zdravotní péče, propagační činnosti a aktivismu v místních společenstvích.

### Co můžete jako lékař pomoci?

1. Zjistěte si více o globálním zdraví na [www.planetary-healthalliance.org](http://www.planetary-healthalliance.org)
2. Obeznamte pacienty o tom, že jejich zdraví je v konečném důsledku závislé na životním prostředí jak v jejich bezprostředním okolí, tak i na celém světě. My všichni neseme zodpovědnost za péči o přírodní systémy.
3. Všimněte si poruch zdraví způsobené změnou životního prostředí. Myslete na tematiku globálního zdraví a sledujte místní faktory životního prostředí – nárazová horka a jiné kalamity, vysoušení krajiny a kvalitu ovzduší, které ovlivňují zdraví vašich pacientů a účinnost jejich léčby.
4. Připravte svou praxi na případné přírodní katastrofy posouzením a přípravou na hrozby, jako jsou extrémní horka, povodně, bouřky (31). K potřebě vytvoření krizových plánů vedte i své okolí.
5. Vysvětlete pacientům výhody pro ně samotné – rozhodnutí, která činíme každý den, spolu se změnou v životním stylu prospívají našemu zdraví a současně i životnímu prostředí. Změny, které může každý z nás udělat, jsou např.:
  - a) Výběr potravin. Přechod k udržitelnému jídelníčku, založenému na rostlinné stravě, bohaté na ovoce, zeleninu, ořechy a luštěniny, může přispět ke snížení ekologické stopy v zemědělství (EAT-Lancet Commission, 32, 33). Chov hospodářských zvířat v současné době přispívá k většímu množství skleníkových plynů než sektor dopravy. Představuje 14,5 % z celkového množství skleníkových plynů, způsobených člověkem. Přispívá i k dalším environmentálním problémům, jako je odlesňování



- a antimikrobiální rezistence. Místní, průmyslově nezpracované potraviny např. z tržišť mohou zvýšit příjem živin, podpořit zdravé stravování a vypořádat se s podvýživou a obezitou a současně snížit emise skleníkových plynů, vznikající při přepravě potravy. Ekologickou stopu při výrobě potravin lze zmírnit tím, že se zabrání plýtvání jídlem, a to jak na úrovni jednotlivců, tak i skrze místní snahy.
- b) Aktivní formy dopravy. Doprava, která zahrnuje fyzickou aktivitu, jakou je jízda na kole a chůze, má dvojí výhodu - snížení emisí a ochrana před mnoha onemocněními.
- c) Změny v energetice. Přechod k obnovitelným zdrojům energie z fosilních paliv, jako je např. uhlí, může významně snížit zdravotní a environmentální následky znečištění ovzduší a emise skleníkových plynů. Přístup k čistým a zároveň účinným palivům a technologiím snižuje expozici kouři a pomůže rodinám, které by jinak trávily čas sběrem paliva nebo prodejem své potravy za něj.
- d) Reprodukční zdraví. Zajištění všeobecného přístupu k reprodukční lékařské péči zlepšuje zdraví matky a dítěte a zároveň omezuje růst populace snížením množství nechtěných těhotenství (36, 37).
- e) Spojení s přírodou: Hledání cest ke trávení volného času v přírodě, včetně zeleně ve městech, má výhody pro fyzické a duševní zdraví a zvyšuje zájem o ochranu přirozeného prostředí (29).
- f) Snížení osobního dopadu na životní prostředí. Klíčovými kroky ke zmírnění naší ekologické stopy a jejich následků na naše zdraví jsou - recyklace, hledání energetických úspor, kompostování, omezení letecké a automobilové přepravy, carbon offsetting (Jedná se o způsob, jak kompenzovat svůj podíl na znečišťování ovzduší. Kompenzace se obvykle dosahuje prostřednictvím finanční podpory projektům, které snižují emise skleníkových plynů v krátkodobém nebo dlouhodobém horizontu, pozn. překladatele), jízda v menších a energeticky úspornějších automobilech a využívání veřejné dopravy.
- g) Zapojení do místních aktivit. Účast na aktivitách a budování místních společenství podporuje vnímání naší společenské propojenosti. Přináší nejenom výhody v oblasti duševního zdraví, ale také pomáhá vytvářet potřebné společenské nastavení pro kolektivní činnost (38). Kontakt s lidmi v okolí je pro globální zdraví obzvláště účinný, protože spojuje lidi kolem společného cíle, např. rozšiřování zelených ploch, cyklostezek, kompostovacích služeb nebo farmářských trhů.
6. Buďte příkladem. Implementujte výše uvedené změny do svého vlastního života tak, abyste mohli být vzorem pro ostatní. Informujte se o environmentální stopě ve zdravotnictví v oblastech energetických a odpadových služeb, produkce farmak, nadměrné preskripce a terapie (over-treatment) a taktéž o negativních dopadech na lidské zdraví (39, 40, 41).
7. Buďte aktivní v boji za zavedení účinných zdravotních strategií založených na důkazech a v komunikaci s médii a s dalšími aktéry ke zvýšení povědomí o globálním zdraví. Přidejte se do jedné z mnoha skupin lékařů po celém světě, které již pracují na poli akutních zdravotních problémů, jako např. [www.planetaryhealthalliance.org/clinicians](http://www.planetaryhealthalliance.org/clinicians). (Poznámka překladatelů – pokud máte zájem se zapojit v ČR, napište na [doctorsforfuture@seznam.cz](mailto:doctorsforfuture@seznam.cz))
8. Staňte se členem WONCA Working Party on the Environment. Účastněte se různých projektů jako např. WONCA Air Health Train the Trainers initiative a pokročilého výzkumu v oblasti globálního zdraví v primární péči.
9. Buďte aktivní v hnutí Zdravotníků za globální zdraví usilujícím o mobilizaci zdravotníků a jejich pacientů v oblasti globálního zdraví prostřednictvím změn životního stylu a aktivismu. Pomozte nám vytvořit materiály pro pacienty, použitelné v různorodém klinickém i regionálním prostředí, které by co nejlépe sdělovaly naléhavost globálního zdraví a nutnost rychlé akce.

Zdroj: Declaration calling for family doctors of the world to act on planetary health  
Překlad připraven 27. 06. 2019 pracovní skupinou Doctors for future, Czech Republic ([doctorsforfuture@seznam.cz](mailto:doctorsforfuture@seznam.cz))

Literatura k dispozici u autora



# QuickSeal

Váš specialista na POCT přístroje a rychlou diagnostiku

Přístroje od společnosti QuickSeal mají vždy něco navíc

NOVÁ VERZE

## CUBE-5

Rychlý • Mobilní • Přesný



### FOB KVANTITATIVNÍ - máme pro Vás řešení

Test iFOB pro přístroj CUBE vyhovuje požadavku detekce hemoglobinu od hladiny 15 µg/g stolice

- Standart v ordinaci lékaře
- Multifunkční analyzátor
- Automatická korekce výsledku CRP na změřený hematokrit

**TESTOVÁNO**  
pro parametr iFOB  
Klinickou laboratoří Oblastní nemocnice Kladno a.s.  
Ing. Luděk Šprongl – primář klinické laboratoře

**TESTOVÁNO**  
pro parametr CRP  
referenční laboratoří pro klinickou biochemii ÚBLD VFN,  
prof. MUDr. Tomáš Zima, DrSc. MBA



- CRP
- HbA1c
- ASO
- PT (INR)
- Mikroalbumin
- FOB **kvantitativně**

## Quick PLUS

analyzer

### FOB KVANTITATIVNÍ - máme pro Vás řešení

**Strep A**  
**CRP kvantitativní**  
**FOB kvantitativní**

- ⊕ Malý, lehký
- ⊕ Přenosný
- ⊕ Barevný dotykový displej
- ⊕ Menu v českém jazyce
- ⊕ **Test Quick FOB PLUS vyhovuje požadavku detekce hemoglobinu od hladiny 15 µg/g stolice**
- ⊕ Součástí testovacího kitu je vše co potřebujete k jeho provedení



# Co potřebují onkologicky nemocní?

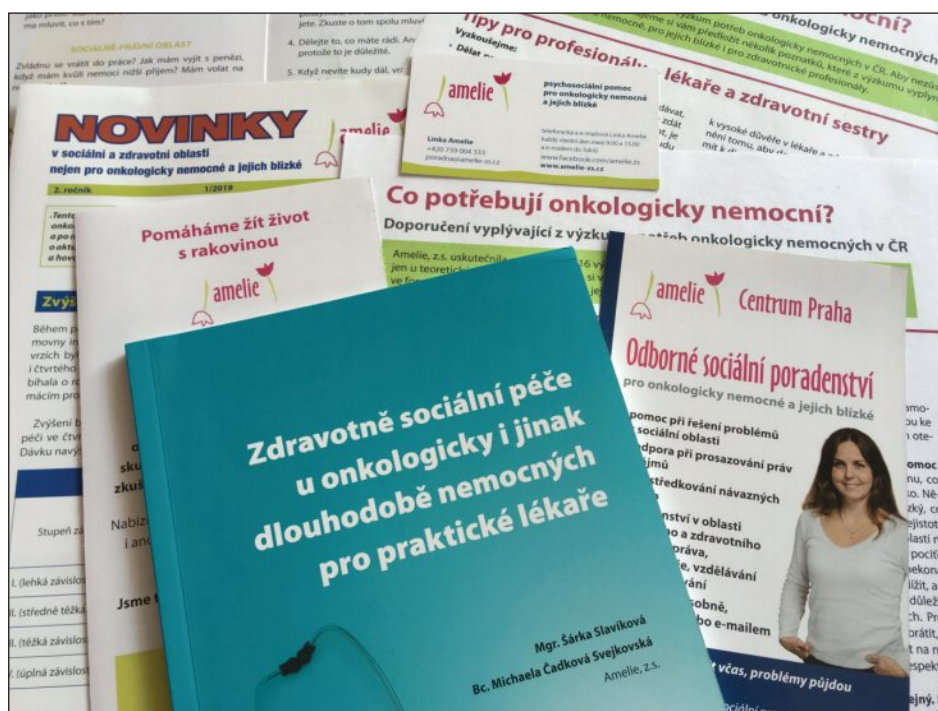
To je základní otázka, kterou si pokládá již několik let Amelie, z.s., spolek, který se rozhodl podporovat onkologicky nemocné i jejich blízké v ČR formou psychosociální pomoci a osvěty.

„Spolek byl založen v roce 2006 z potřeby podpořit vznik a realizaci psychosociální odbornosti. Na základě osobní zkušenosti zakládající ředitelky Pavly Tiché a odborné podpory lékařky Henry Tondlové, tak začala vznikat vize organizace, která je schopná propojovat odbornosti, spolupracovat a tvořit,“ říká Michaela Čadková Svejkovská, ředitelka Amelie, z.s. „Klíčové přitom je, aby pracovníci měli široký mezioborový přehled, chuť spolupracovat, učit se a aplikovat dobrou praxi. Pak vznikají aktivity šité na míru našim podmínkám, které mají reálný dopad, jako je třeba právě brožura pro praktické lékaře.“

Brožura „Zdravotně sociální péče u onkologicky i jinak dlouhodobě nemocných pro praktické lékaře“, která je přílohou tohoto čísla vznikla z podnětů praxe Odborného sociálního poradenství, které Amelie realizuje od roku 2010. Sociální pracovníci dlouhodobě sledují legislativní a aplikační trendy a jejich dopady na realitu běžných lidí, kteří přicházejí s potřebou řešení svých obtíží. Také výzkumy potřeb onkologicky nemocných v ČR poukazují na očekávání, která nemocní mají a která nejsou či nemohou být naplněna (více o výzkumech na: <https://www.amelie-zs.cz/vyzkum>). Sociální pracovníci Amelie se rozhodli podpořit onkologicky nemocné tak, že touto publikací nabízejí praktickým lékařům odbornou podporu, s praktickými návody, tipy a informacemi. Dobře totiž vědí, že praktičtí lékaři jsou branou ke

komplexní péči a jakýmsi informačním rozcestníkem pro pacienty, který může zajistit nemocným větší komfort a preventovat mnohé pozdější komplikace. „Cílem je, aby si praktičtí lékaři mohli udržet přehled v rychle se měnícím prostředí sociální práce a nabídnout dlouhodobě nemocným průběžnou informační podporu“ doplňuje Šárka Slavíková jedna z autorek publikace.

Příložená bezplatná brožura na necelých 100 stranách popisuje současný systém a možnosti pomoci, které může využít nemocný v oblasti zdravotní, sociální i psychologické. Dále nabízí pohled na různé životní situace a roli, kterou v nich může sehrát praktický lékař. Brožura je dostupná i elektronicky na stránkách Amelie, z.s. na: <https://www.amelie-zs.cz/BrozuraPL>





# Prekonference Vasco da Gama Movement (VdGM) pro mladé praktické lékaře

Ve dnech 25 - 26.6.2019 se konala v Bratislavě prekonference pro mladé lékaře

Vasco da Gama Movement (VdGM), která tradičně předchází hlavní konferenci WONCA.

Prekonference se účastní vždy několik zástupců z jedné evropské země, zástupce Europe Council a další, kteří by měli být nově příchozí, se účastní vlastního programu.

Slovenští kolegové již před zahájením vlastní prekonference nabídli v rámci doprovodného programu krátkodobé stáže ve svých ambulancích. Poté nechyběl ani společenský večer, kde se probíraly zážitky ze dne stráveném ordinaci slovenských kolegů.

Na programu prekonference byly pro nové účastníky připraveny interaktivní workshopy a prezentace SIG (special interest groups - specializovaných skupin pro konkrétní témata)

Paralelně probíhal Europe Council zástupců z evropských zemí ve VdGM, kde se probíraly aktivity a plány organizace v dalším období.

Velice mě zaujal ultrazvukový workshop, kde jsme měli po krátkém zaškolení možnost testovat různé ultrazvuky od "kapesního" velikosti menšího tabletu až ke kardiologickému ultrazvuku.

Workshop na téma „Péče o uprchlíky“ nám na datech doložil, že nejvíc importovaných nákaz přivezou turisté, tudíž většina času se věnovala cestovní medicíně. Nejčastějšími importovanými nákazami jsou průjmy, dále horečky, z nichž nejzávažnější je ta malarická, protože se na ni v našich končinách nemyslí. Navíc mozková malárie mění chování, takže může imitovat psychózu s vyšší teplotou. Méně běžné jsou žloutenkové, pneumokokové nákazy, tyfus, horečka dengue a zika. Dalšími jsou kožní potíže typu leishmaniosy a kožní reakce na nám neznámé látky, dále sexuálně přenosné nemoci a tuberkulóza.

Naproti tomu uprchlíci na prvním místě trpí psychi-

ky, velmi často jde o poruchy přizpůsobení na podkladě stresu. Na druhém místě jsou úrazy a až na třetím místě infekce. Hepatitida B je u uprchlíků z dálného východu často způsobená mučením kontaminovanými nástroji. HIV se častěji vyskytuje u Afričanů. Dále Hepatitida C, TBC a syfilis. Incidence STD roste s délkou pobytu v uprchlických táborech. Zatímco Nizozemí má propracovanou metodiku lékařských kontrol migrantů ve spolupráci s úřady, než se dostanou k VPL, ve většině ostatních zemí je to záležitostí ošetřujícího lékaře.

Workshop „Workforce migration“ byl o pracovních možnostech pro lékaře v zahraničí, a to i pro lékaře v předatestační přípravě. Britská NHS přijme a zaškolí i tyto neatestované lékaře, mají k dispozici agentury, které podle požadavků NHS a lékaře pomohou zařadit potřebné náležitosti.

Zajímavý byl také workshop pracovní skupiny zaměřené na domácí násilí. Vzhledem k tomu, že se s nějakou formou domácího násilí někdy potká každá třetí žena nebo dítě a projevuje se dlouhodobými následky např. ve zvýšeném výskytu chronických chorob jako je DM, hypertenze, obezita, úzkostné poruchy, deprese a chronické bolesti zad, není to problém jen sociální, ale i zdravotnický. Jako profesionálové se nesmíme bát zeptat na možnost domácího násilí, máme-li podezření. Oběť potřebuje naše pochopení a ujištění, že není sama,





že to není její vina, a že pomoc existuje a je jen na ní, zda ji využije.

Obtížná témata vystřídal společná večeře byla moc příjemná akce pro seznamování s lékaři z ostatních zemí a improvizovaná diskotéka byla sladkou tečkou za hezkým večerem.

Dne 26.6.2019 se na radnici u primátora prezentovaly závěry a náš výstup na jedno z témat akutní medicíny - "připravení vs. nepřipravení mladí praktici u IM" byl svým provedením jedním z nejúspěšnějších, a to zejména díky skvělému moderátorskému výkonu Min Kim, rezidentky docenta Seiferta.

Celá prekonference se nesla v duchu přátelské atmosféry vysoce infekčního VdGM viru - prudce nakažlivého nadšení pro náš obor, nechyběly vize a cesty, jak jej posunout zase o krok dál. Vzorem pro nás ženy, lékař-

ky a matky může být charismatická končící prezidentka a maminka VdGM Claire Marie Thomas z Velké Británie, vítězka WONCA Europe Scholarship, která v rámci VdGM zahájila několik úspěšných projektů, nebo Raquel Gomes Bravo dvojnásobná maminka, která i s cca 3 měsíční dcerkou vedla část workshopů zaměřených na domácí násilí.

Upřímně lituji, že jsem Mladé praktiky a VdGM neobjevila během rezidentury a více nevyužila příležitosti na zahraniční stáže. Teď 4 roky po atestaci s druhým miminkem na cestě už je na to bohužel pozdě.

**MUDr. Jana Krzyžánková**

Všeobecný praktický lékař Zlín

Členka organizace Mladí praktici z.s.

# Vzdělávací semináře SVL ČLS JEP

v říjnu 2019

## Hlavní témata

Geriatricie, demence v ordinaci PL (nové kódy pro PL)

| den     | datum   | čas           | město a místo konání                                            |
|---------|---------|---------------|-----------------------------------------------------------------|
| středa  | 2. 10.  | 16.00–20.00   | Hotel Theresia, Na Petříně 991, Kolín                           |
| čtvrtek | 3. 10.  | 16.00–20.00   | Clarion Grandhotel Zlatý Lev, Gutenbergova 3, Liberec 1         |
| sobota  | 5. 10.  | 9.00–13.00    | Kancelář veřejného ochránce práv, Údolní 39, Brno               |
| pondělí | 7. 10.  | 16.30 - 20.30 | Aula SZŠ, Příluky 372, Zlín                                     |
| středa  | 9. 10.  | 16.00–20.00   | Hotel Zlatá Hvězda, Smetanovo nám. 84, Litomyšl                 |
| čtvrtek | 10. 10. | 16.00–20.00   | Nové Adalbertinum, Velké náměstí 32, Hradec Králové             |
| čtvrtek | 10. 10. | 16.30 - 20.30 | Hotel "U Šimla", Závodní 1, Karlovy Vary                        |
| čtvrtek | 10. 10. | 16.00–20.00   | Lék.dům, Sokolská 31, Praha 2                                   |
| čtvrtek | 10. 10. | 16.00–20.00   | Clarion Congres Hotel, Špitálské náměstí 3517, Ústí nad Labem   |
| sobota  | 12. 10. | 9.00–13.00    | Teoretické ústavy LF UP, Hněvotínská 3, Olomouc                 |
| středa  | 16. 10. | 17.00–21.00   | presbytář Hotelu Gustav Mahler, Křížová 4, Jihlava              |
| středa  | 16. 10. | 16.00–20.00   | Lék.dům, Sokolská 31, Praha 2                                   |
| sobota  | 19. 10. | 9.00–13.00    | Šafránkův pavilon, alej Svobody č. 31, Plzeň                    |
| čtvrtek | 24. 10. | 16.00–20.00   | Hotel Imperial, Tyršova č. 6, Ostrava                           |
| středa  | 30. 10. | 16.00–20.00   | Clarion Congress Hotel, Pražská třída 2306/14, České Budějovice |

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 odpovědi v písemné podobě na odpovědním lístku nebo elektronicky na [www.svl.cz](http://www.svl.cz), a to **nejpozději do 20. 10. 2019**.

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

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

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

**Správné odpovědi z čísla 6/2019:** 1ab, 2b, 3abc, 4b, 5c, 6abc, 7b, 8b, 9c, 10abc

### ZNALOSTNÍ TEST JE HODNOCEN 2 KREDITY ČLK

**1. Patří betablokátory v nových doporučeních léčby hypertenze mezi základních 5 skupin antihypertenziv?**

- a) nepatří
- b) patří
- c) dříve patřily, nyní nepatří

**2. Jaké jsou vlastnosti betablokátoru bisoprololu?**

- a) je kardioselektivní
- b) nemá vnitřní sympatomimetickou aktivitu
- c) obě odpovědi jsou správné

**3. Jaké jsou cílové hodnoty krevního tlaku u pacientů s vysokým kardiovaskulárním rizikem a u osob pod 65 roků podle nových Evropských doporučení léčby hypertenze 2018?**

- a) pod 140/90 mmHg
- b) 120-129/70-79 mmHg, pokud tolerují
- c) 130-139/80-85 mmHg

**4. Epidemii chřipky způsobují viry typu:**

- a) A
- b) B
- c) C

**5. V tetraivalentní vakcíně jsou obsaženy viry typu:**

- a) dva A, dva B
- b) tři A, jeden B
- c) dva A, jeden B, jeden C

**6. Španělská chřipka**

- a) vznikla ve Španělsku
- b) měla ve Španělsku největší úmrtnost
- c) hlavní vlny proběhly v letech 1918 - 1919

**7. V důsledku stigmatizace dochází u lidí s duševním onemocněním:**

- a) ke zhoršení přístupu k péči o fyzické a duševní zdraví
- b) ke zhoršení ekonomické situace a možnosti vzdělávání a uplatnění na trhu práce
- c) ke ztížení navazování a udržování sociálních vztahů

**8. Bezpečnost inaktivovaných vakcín u onkologických pacientů:**

- a) byla prokázána, nevede k poškození ani u onkologických, ani u imunosuprimovaných pacientů
- b) nebyla prokázána, vede k poškození u onkologických a imunosuprimovaných pacientů
- c) byla prokázána, ale vakcinace proti chřipce vede k poškození onkologických a imunosuprimovaných pacientů

**9. Která jsou základní doporučená očkování u onkologických pacientů:**

- a) vakcinace proti chřipce
- b) vakcinace proti žluté zimnici
- c) vakcinace proti pneumokokům

**10. Kdy je doporučeno zahájit vakcinaci u inaktivovaných vakcín u onkologických pacientů?**

- a) minimálně dva týdny před plánovanou chemo/kortiko/radio terapií
- b) v případě očkování proti chřipce lze očkovat v průběhu chemoterapie, zvláště jedná-li se o období přicházející chřipkové sezóny
- c) vakcínu lze aplikovat i po skončení léčby, tři měsíce po ukončení chemoterapie

**Správné mohou být 1–3 možnosti.**

Využijte tři platné pokusy o vyřešení tohoto testu elektronickou cestou na adrese [www.svl.cz](http://www.svl.cz).

### ODPOVĚDNÍ LÍSTEK – TEST Č. 07/2019

Jméno a příjmení \_\_\_\_\_

Adresa pracoviště \_\_\_\_\_

Členské číslo SVL (povinný údaj)

(bez tohoto čísla nemohou být kredity přiděleny)

Zakroužkujte 1–3  
správné odpovědi:

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

Bohumil Seifert, Svatopluk Býma et al.

# VŠEOBECNÉ PRAKTICKÉ LÉKAŘSTVÍ

Třetí, přepracované a rozšířené vydání



Všeobecné praktické lékařství dnes nabízí lékařům všechny atributy moderní lékařské disciplíny: pregraduální, postgraduální i kontinuální vzdělávání, zvyšování kvality, lékařský výzkum, školitelství i akademickou kariéru. Především však dává možnost provozovat a rozvíjet autonomní lékařskou praxi, poskytovat zdravotní péči na vysoké odborné úrovni, orientovanou na individuálního pacienta.

Třetí, přepracované a rozšířené vydání monografie **Všeobecné praktické lékařství** je určeno studentům lékařských fakult, lékařům ve specializační přípravě a také praktikujícím lékařům, které může inspirovat v dalším profesionálním rozvoji. Obecná část reflektuje změny v legislativě a organizaci lékařské péče, ale i názorové posuny v obci praktických lékařů. Specifičnost oboru je dokumentována odlišnostmi v epidemiologii nemocí a stavů, v prostředí a podmínkách, ve kterých je péče poskytována, a v metodách a přístupech, jež praktický lékař a jeho spolupracovníci v primární péči používají. Publikace je v obecné části zaměřena především na specifické technologie, které ve svých činnostech a postupech uplatňují praktičtí lékaři, a na jejich jedinečný vztah k pacientům.

Speciální část přináší souhrnné vydání třiačtyřiceti doporučených diagnostických a terapeutických postupů pro praktické lékaře, vytvořených podle metodiky a s garancí Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP.

Praha : Galén, 2019, 833 s. – Třetí vydání, 195×280 mm, vázané, barevně, 2500 Kč, ISBN 978-80-7492-422-4

**SLEVA**

**DO KONCE LISTOPADU 2019**

**2000 Kč**

pouze na [www.galen.cz](http://www.galen.cz)

[www.galen.cz](http://www.galen.cz)



*Pro Vaše pacienty s diabetem 2. typu*

# Vybavte své pacienty na náročnou cestu, která je čeká



TRAJENTA® – účinná a bezpečná volba v jedné dávce pro kontrolu glykemie u širokého spektra Vašich pacientů.<sup>1-5</sup>

JENTADUETO® – pro zlepšení kontroly glykemie při pohodlném dávkování v malé kombinované tabletě.<sup>6</sup>

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

 **Jentaduetto**®  
(linagliptin/metformin HCl)

Dvě možnosti na náročnou cestu

**Reference :** 1. Del Prato S, et al. Diabetes Obes Metab 2011;13:258–67. 2. Taskinen M-R, et al. Diabetes Obes Metab 2011;13:65–74. 3. Owens DR, et al. Diabet Med 2011;28:1352–61. 4. Gallwitz B, et al. Lancet 2012;380:475–83. 5. Trajenta® SPC, 23. 7. 2019. 6. Jentaduetto® SPC, 23. 7. 2019..