



PRACTICUS

pro praktické lékaře zdarma • č.8/2024 • ročník 23



TÉMA:

Funkční dyspepsie a nové možnosti léčby

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

OBSAH

PRACTICUS

odborný časopis SVL ČLS JEP
8/2024, ročník 23

INFO SVL

- 04 **EDITORIAL**
MUDr. Stanislav Konštacký, CSc.
- 05 **NABÍDKA K ZAPOJENÍ SE DO PŘIPRAVOVANÉHO PROJEKTU**
MUDr. David Halata

ODBORNÝ ČLÁNEK

- 08 **KDY A PROČ MYSLET NA PLICNÍ HYPERTENZI PO AKUTNÍ PLICNÍ EMBOLII?**
prof. MUDr. Pavel Jansa, Ph.D.
- 12 **CINITAPRID – JEDINEČNÉ PROKINETIKUM INDIKOVANÉ PRO LÉČBU HORNÍ FUNKČNÍ DYSPEPSIE I GASTROEZOFAGEÁLNÍHO REFLUXU**
MUDr. Luděk Hrdlička
- 16 **VÝZNAM SPOLUPRÁCE LÉKAŘE A LÉKÁRNÍKA V PÉČI O PACIENTA ANEB MOŽNÉ KLINICKÉ DOPADY GENERICKÉ SUBSTITUCE**
Mgr. Ondřej Šimandl

ZPRÁVY Z WEBINÁŘE

- 21 **CENTRÁLNĚ A PERIFERNĚ ÚČINKUJÍCÍ ANTIHYPERTENZÍVUM – URAPIDIL**
prof. MUDr. Miroslav Souček, CSc., MUDr. Jan Novák, Ph.D.

ROZHOVOR

- 25 **PSYCHOONKOLOGIE PRO LÉKAŘE: PRAKTICKÉ NÁSTROJE PRO KAŽDODENNÍ PRAXI**
PhDr. Ing. Martin Pospíchal, Ph.D.

ZÚČASTNILI JSME SE

- 27 **ZPRÁVA ZE 13. VENKOVSKÉHO FÓRA EURIPA – EUROPEAN RURAL AND ISOLATED PRACTITIONERS ASSOCIATION – ORGANIZACE SDRUŽUJÍCÍ VENKOVSKÉ PRAKTICKÉ LÉKAŘE V EVROPĚ**
- 30 **SEVERSKÁ KONFERENCE PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ (23RD NORDIC CONGRESS OF GENERAL PRACTICE 2024, TURKU, 11.–14. 6. 2024) TAK TROCHU JINÁ KONFERENCE ANEB TOHLE PROSTĚ MUSÍTE ZAŽÍT**

Vydavatel:

Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP

Adresa redakce:

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

Redakce:

Šéfredaktor:

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

Zástupci šéfredaktora:

MUDr. Dana Moravčíková
ordinace@mudr-moravcikova.cz

MUDr. Jana Vojtíšková
janav.doktor@volny.cz

Manažerka časopisu:

Hana Čížková
practicus.svl@cls.cz

Redakční rada: MUDr. et MUDr. Jiří Bar-toš, MUDr. David Bergmann, MUDr. Ludmila Bezdíčková, MUDr. Lenka Bilková, MUDr. Pa-vel Brejník, doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc., MUDr. Rudolf Červený, Ph.D., MUDr. Šárka Drbalová, MUDr. Jiří Havránek, MUDr. Otto Herber, MUDr. Ambrož Homola, Ph.D., MUDr. Jiří Horký, MUDr. Kateřina Javorská, MUDr. Igor Karen, MUDr. Stanislav Konštacký, CSc., MUDr. Norbert Král, MUDr. Vladimír Marek MUDr. As-tring Matějková, MUDr. Petra Mestická, MUDr. Dana Moravčíková, MUDr. Cyril Mucha, MUDr. Claudia Ondrušová, MBA, MUDr. Miloš Poní-žil, doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D., MUDr. Bohumil Skála, Ph.D., MUDr. Helena Stárková, MUDr. Jan Šindelář, MUDr. Petr Šonka, MUDr. Josef Štolfa, MUDr. Sylva Táborská

Spolupracovnice časopisu:

Andrea Vrbová, Barbora Kyselová

Náklad 6 000 ks. • • • Vychází 10x ročně.

Pro praktické lékaře v ČR zdarma.

Roční předplatné pro ostatní zájemce

800 Kč. • • • Přihlášky přijímá redakce.

Toto číslo bylo dáno do tisku 14. 10. 2024 MK
ČR E13477, ISSN 1213–8711.

Vydavatel a redakční rada upozorňují, že za obsah a jazykové zpracování inzerátů a reklam odpovídá výhradně inzerent. Redakce neodpovídá za správnost údajů uvedených autory v odborných člancích. Texty neprochází jazykovými korekturami. Přetisk a jakékoliv šíření je povoleno pouze se souhlasem vydavatele. © **SVL ČLS JEP, 2024**

EDITORIAL



MUDr. Stanislav Konšťacký, CSc.
Šéfredaktor časopisu Practicus

Milé kolegyně, milí kolegové,

když jsem psal editorial k minulému číslu, náš stát zrovna sužovaly ničivé povodně. Zasáhly zejména Jesenicko, Opavsko a další oblasti. Televize nám neustále přinášela obrazy katastrofických následků, a přestože číslo bylo již vytištěné, distribuce se opozdila. Naše společnost mezitím rychle zareagovala a vydala leták na pomoc kolegům, které tato pohroma zasáhla. Soucítíme s každým, koho se tato tragédie dotkla.

Co přináší toto číslo?

První odborný článek se věnuje plicní hypertenzi, což není častá diagnóza v našich ordinacích, ale přesto je důležité na ni myslet – například u pacientů po plicní embolii. Prof. Jansa nás upozorňuje na důležité souvislosti.

Častějším problémem, se kterým se setkáváme, je funkční dyspepsie. Dr. Hrdlička popisuje léčbu a zkušenosti s cinitapridem, což může být pro mnohé z vás přínosné.

Mgr. Šimandl se ve svém článku věnuje spolupráci mezi lékaři a farmaceuty, která je nezbytná především při používání generických léků. Upozorňuje také na důležitost edukace pacientů, zejména pokud jde o jejich dodržování léčebných postupů.

Další zajímavé sdělení přináší prof. Souček a dr. Novák, kteří popisují urapidil – jediný lék s účinkem na centrální i periferní alfa-receptory, užitečný při léčbě hypertenze.

V části věnované psychologii pro lékaře najdete praktické rady, jak komunikovat s pacienty i jejich blízkými v situacích, kdy se dozví o závažné diagnóze. Tento článek přináší několik citlivých a důležitých tipů.

Také se dozvíte o aktivitách našich kolegů na evropském fóru venkovských lékařů EURIPA, kde jsme velmi aktivní. Dr. Javorská, dr. Hynková a dr. Halata nejenže reprezentují naši zemi v zahraničí, ale také doma.

Nechybí ani reportáž o účasti dr. Vychytila, dr. Zhoře a dr. Halaty na Severské konferenci praktických lékařů v Turku. V článku si můžete přečíst, v čem se tato konference liší od našich a v čem se naopak podobají.

Závěrem bych vás chtěl pozvat na naši XLIII. výroční konferenci, která se bude konat 6.–9. listopadu v Karlových Varech. Těšíme se na vaši účast!

Nabídka k zapojení se do připravovaného projektu



MUDr. David Halata

praktický lékař Hošťálková

člen výboru SVL ČLS JEP

předseda Pracovní skupiny venkovského lékařství SVL ČLS JEP

Pracovní skupina venkovského lékařství SVL ve spolupráci s Institutem postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví hledá pro připravovaný víceletý projekt všeobecné praktické lékaře primárně z venkovských oblastí (okresní město a menší sídlo) se zájmem o vzdělávání mladých lékařů a studentů LF (vzdělávací akreditace není podmínkou).

Cílem projektu je rozvoj moderního vzdělávání ve venkovském lékařství, rozvoj vzdělávání školitelů, propagace venkovské praxe, výzkumná část.

Pokud vás téma zajímá, kontaktujte nás do konce měsíce listopadu na níže uvedené emailové adrese, předmět zprávy „PROJEKT VENKOV“.

Za Pracovní skupinu venkovského lékařství SVL

MUDr. David Halata

e-mail: halatad@gmail.com



14th EURIPA Rural Health Forum
 Lutherstadt Wittenberg, Germany, 26-28 June, 2025
 Hosted by the German Institute for General Practice and
 Family Medicine, University Halle-Wittenberg,
 Prof. Thomas Frese

Rural Reformation:
 Meeting Wellbeing and Healthcare Needs in Rural Communities



Experience world history up close!

Come and discover Luther's memorials - a UNESCO culture heritage

Wittenberg, Luther's city, is profoundly marked by its most famous inhabitant. Dr. Martin Luther brought the city to world fame by posting his theses in 1517.

From the founding of the Leucorea University in 1502 onwards, Wittenberg attracted many theologians, philosophers, and artists, among them Martin Luther, Philipp Melanchthon, and Lucas Cranach the Elder.

The Lutheran Reformation began here, making Wittenberg one of the intellectual and cultural centres of 16th-century Europe.

The historic city centre still breathes the spirit of that time; the museums preserving the heritage of the Reformation are all near each other, and the genius of that era continues to exist through the university.

Travel information:

Lutherstadt Wittenberg is centrally located and easy to reach by train or rental car from several German airports

ICE-Train (fast connection) regularly:

- Halle/Leipzig (LEJ) Airport: 55 minutes;
- Airport Berlin Brandenburg (BER) : about 80 minutes, change train at Berlin central station.

Accommodation:

Single rooms available between 40 and 78 Euro per night.



Kdy a proč myslet na plicní hypertenzi po akutní plicní embolii?



prof. MUDr. Pavel Jansa, Ph.D.

II. interní klinika kardiologie a angiologie VFN a 1. LF UK,
Centrum pro plicní hypertenzi

Souhrn

Akutní plicní embolie je velmi častým akutním kardiovaskulárním onemocněním s vysokou mortalitou, pokud není správně diagnostikována a adekvátně léčena. Chronická tromboembolická plicní hypertenze (CTEPH) postihne zhruba 4 % přeživších po akutní plicní embolii. Představuje zásadní chronickou komplikaci akutní plicní embolie. Projevuje se perzistující dušností a únavností nasedající na příhodu plicní embolie. Klíčovým nálezem na zobrazovacích metodách je přítomnost primárně perfúzních defektů na plicní scintigrafii a přítomnost známek plicní hypertenze na echokardiografii po alespoň 3 měsících antikoagulační léčby. Neléčená CTEPH má pravděpodobnost pětiletého přežití jen v nižších desítkách procent.

V léčbě CTEPH je indikována doživotní antikoagulační léčba. Pacient s podezřením na CTEPH má být odeslán do specializovaného centra. O definitivním způsobu léčby zde rozhoduje operabilita. U operabilních pacientů je indikována plicní endarterektomie (PEA). U inoperabilních pacientů a u nemocných s reziduální plicní hypertenzí po PEA je indikována balónková plicní angioplastika (BPA) a/nebo farmakoterapie.

Screening CTEPH pomocí ventilačně-perfúzní plicní scintigrafie a echokardiografie je indikován v případě perzistující dušnosti a nevykonnosti u pacientů po příhodě akutní plicní embolie po alespoň tříměsíční antikoagulační léčbě.

Co je plicní hypertenze

Plicní hypertenze je syndrom charakterizovaný zvýšením krevního tlaku v plicnici postihující zhruba 1 % dospělé populace, ve věku nad 60 let je výskyt častější. Hemodynamicky je plicní hypertenze definována zvýšením středního tlaku v plicnici > 20 mmHg. Logickým následkem chronické plicní hypertenze je dlouhodobé tlakové přetížení pravé komory srdeční, které může vést k jejímu selhání.

Současná klinická klasifikace třídí plicní hypertenze do

5 základních skupin:

- Plicní arteriální hypertenze – PAH (skupina 1)
- Plicní hypertenze asociovaná s onemocněním levého srdce (skupina 2)
- Plicní hypertenze asociovaná s plicními onemocněními a/nebo s hypoxémií (skupina 3)
- Plicní hypertenze asociovaná s obstrukcí plicních tepen (skupina 4)
- Plicní hypertenze z neznámých příčin a/nebo s multifaktoriálním mechanismem vzniku (skupina 5)

Většina případů plicní hypertenze (95 %) souvisí s onemocněním levého srdce (postižení srdeční svaloviny nebo chlopni, skupina 2) a s běžnými onemocněními plic (chronická obstrukční plicní nemoc, plicní fibróza, spánková apnoe, skupina 3). Naopak nejvzácnější příčinou plicní hypertenze je plicní arteriální hypertenze (PAH), která může vznikat z dosud nepoznaných příčin (idiopatická forma), může však být také komplikací např. revmatických onemocnění nebo vrozených srdečních vad (asociované formy) (skupina 1).

Zhruba 4 % plicních hypertenzí je způsobeno chronickou tromboembolickou plicní hypertenzí (CTEPH), která je důsledkem nekompletního rozpuštění krevních sraženin, jež se dostávají do plicních cév při plicní embolii (skupina 4). Vzhledem k tomu, že se jedná o klíčovou chronickou komplikaci akutní plicní embolie, dotýká se svým způsobem většiny klinických oborů, včetně praktického lékařství.

Kdy a jak vzniká plicní hypertenze po akutní plicní embolii

CTEPH je důsledkem nerozpuštěných organizovaných tromboembolů, které v plicní cirkulaci perzistují po alespoň tříměsíční antikoagulační léčbě. Vyskytuje se zhruba u 4 % přeživších po akutní plicní embolii. Významnou skutečností je, že 20–30 % pacientů s diagnostikovanou CTEPH nemá v anamnéze příhodu žilního tromboembolismu, kterou zřejmě prodělali subklinicky.

K rizikovým faktorům vzniku CTEPH patří vyšší hladina antifosfolipidových protilátek, přítomnost lupus antikoagulans, opakované příhody plicní embolie, neznámý zdroj plicní embolie, rozsáhlejší perfúzní defekty, anamnéza maligního onemocnění, onemocnění štítné žlázy, přítomnost kardiostimulační soustavy, přítomnost ventrikuloatriální spojky pro léčbu hydrocefalu, chronické záněty (osteomyelitida, nespecifické střevní záněty) a stav po splenektomii.

Proč myslet na plicní hypertenzi po akutní plicní embolii

U nemocných s přetrvávající plicní hypertenzí po plicní embolii jejich onemocnění bez léčby v čase progreduje

je a vede k pravostrannému srdečnímu selhání a úmrtí. V historických populacích, v době před dostupností současné léčby, přežívalo 2 roky méně než 20 % pacientů s těžkou CTEPH, kteří měli střední tlak v plicnici vyšší než 50 mmHg.

V současné době je prognóza nemocných významně zlepšena především díky dostupné specifické léčbě (chirurgická léčba, balónková angioplastika, farmakoterapie). Pravděpodobnost pětiletého přežití pacientů po plicní endarterektomii (PEA) bez reziduální plicní hypertenze je 95 %. Podobná je také prognóza inoperabilních pacientů léčených kombinací farmakoterapie a balónkové plicní angioplastiky (BPA).

Jak plicní hypertenzi po akutní plicní embolii správně diagnostikovat

Příznaky u nemocných s plicní hypertenzí nejsou specifické. Právě to je jednou z příčin časté pozdní diagnózy. Nejčastějším symptomem je postupně progredující námahová dušnost a únavnost, nevykonnost, v pokročilém stádiu známky pravostranného srdečního selhání. Diagnóza CTEPH předpokládá minimálně tříměsíční účinnou antikoagulační léčbu. V případě symptomů podezřelých z plicní hypertenze, které přetrvávají déle než 3 měsíce po příhodě akutní plicní embolie, je indikována echokardiografie a ventilační a perfuzní scintigrafie plic, která je v této indikaci výrazně výtěžnější než CT

angiografie hodnocená neexpertním radiologem. Normální perfuzní scintigrafie prakticky vylučuje CTEPH (Obr. 1).

Echokardiografie s dopplerovským vyšetřením je základním vyšetřením pro stanovení míry pravděpodobnosti přítomnosti plicní hypertenze. V případě nálezu vysoce podezřelého z CTEPH (střední nebo vysoká pravděpodobnost plicní hypertenze na ECHO vyšetření, primárně perfúzní změny na plicní scintigrafii) je nezbytné kontaktovat centrum, které se zabývá léčbou tohoto onemocnění, a diskutovat otázku stanovení definitivní diagnózy. Vyšetření, která mají být provedena ve specializovaném centru, zahrnují pak vedle angiografie plicnice rovněž hemodynamické vyšetření, koronární angiografii, případně CT angiografii a vyšetření pomocí magnetické rezonance.

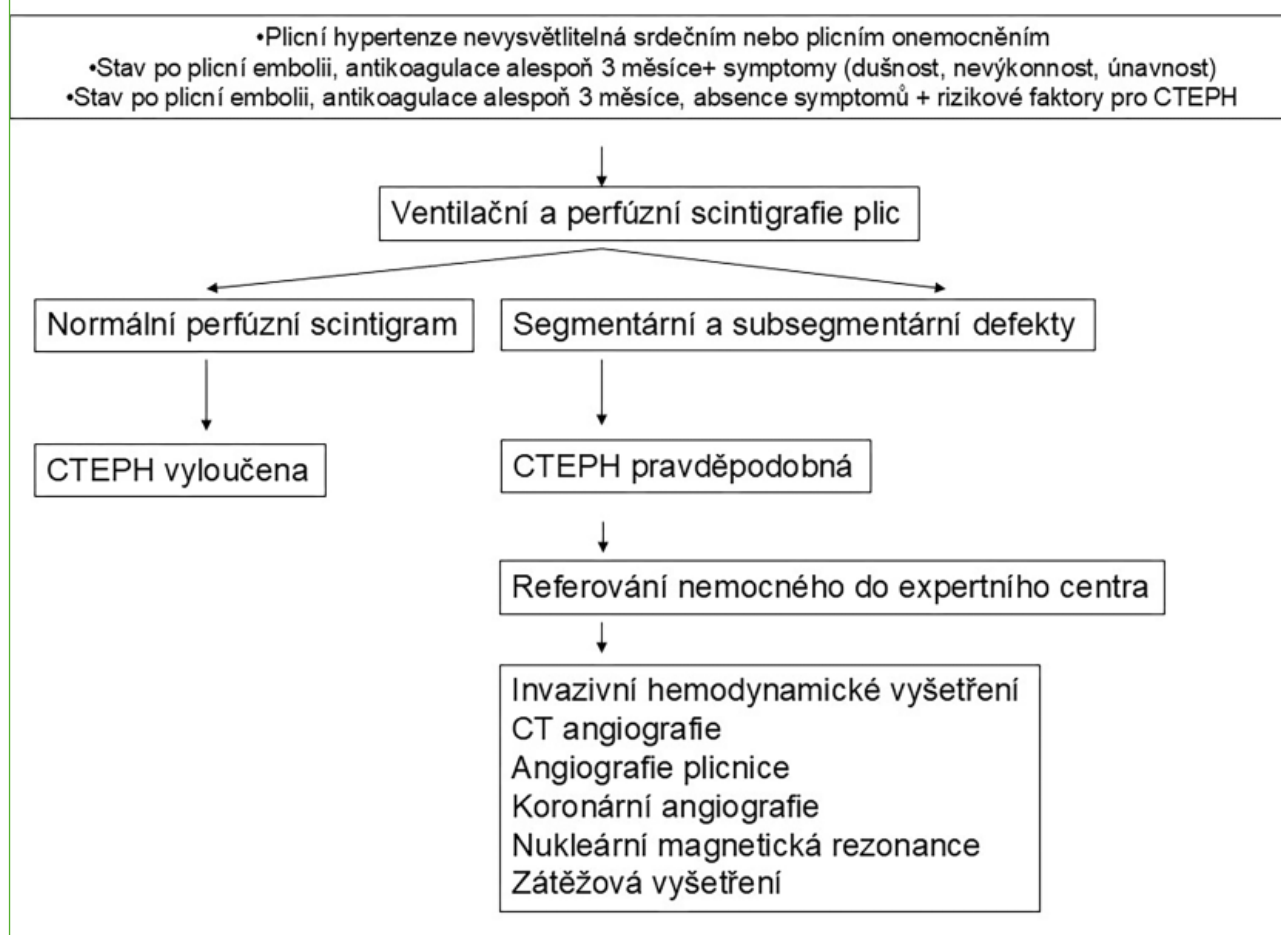
Definitivní diagnóza CTEPH stojí většinou na CT angiografii, konvenční plicní angiografii a hemodynamickém vyšetření. Správná a včasná diagnóza je nezbytným předpokladem úspěšné léčby.

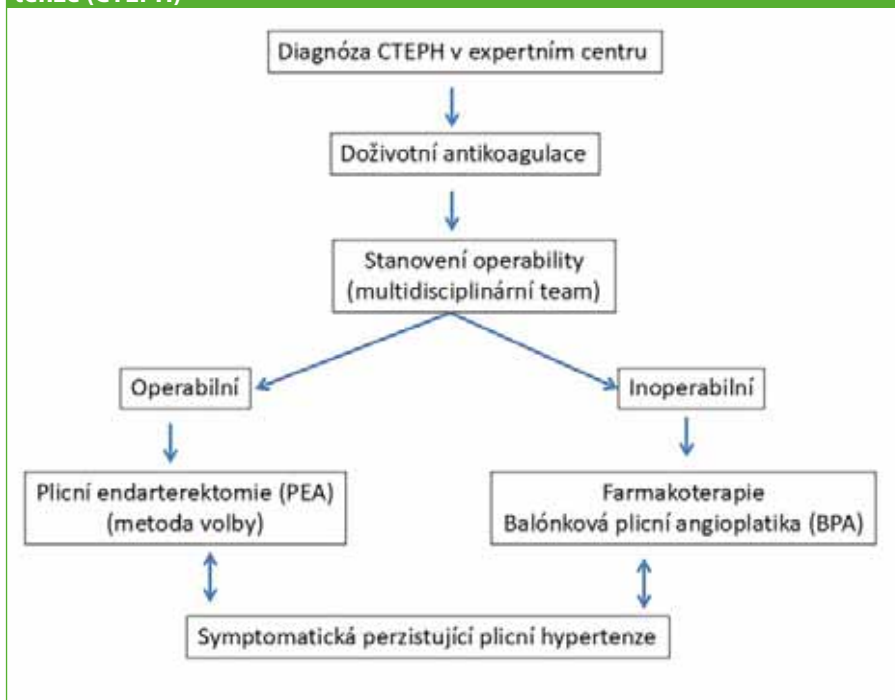
Jak plicní hypertenzi po akutní plicní embolii léčit

Po stanovení diagnózy CTEPH je indikována dlouhodobá antikoagulační léčba antagonisty vitamínu K s cílovým INR 2,5 až 3 nebo přímým antikoagancií, je-li vyloučen antifosfolipidový syndrom (Obr. 2).

O dalším terapeutickém postupu rozhoduje multidiscipli-

Obr. 1: Diferenciálně diagnostický algoritmus chronické tromboembolické plicní hypertenze (CTEPH)



Obr. 2: Terapeutický algoritmus chronické tromboembolické plicní hypertenze (CTEPH)

plinární tým ve specializovaném centru. Léčebnou metodou volby u pacientů s operabilním onemocněním je PEA. Operabilních je zhruba 50 % pacientů. Principem operace je endarterektomie, tedy odstranění organizovaného fibrotizovaného trombu s částí cévní stěny plicnice. Výkon se provádí ze sternotomie v mimotělním oběhu a v hluboké hypotermii. Po výkonu je nutná doživotní antikoagulace. Po operaci je nutno sledovat nemocného dlouhodobě ve specializovaném centru, neboť maximální efekt PEA lze očekávat zhruba do 6 měsíců od výkonu. U většiny nemocných dochá-

je indikována BPA, většinou v kombinaci s farmakoterapií riociguatem (stimulátor solubilní guanylátcyklázy), případně subkutánním treprostínilem. BPA je klasická perkutánní intervence, která se provádí na řadě segmentů v opakovaných sezeních. Podstatou je rozrušení intraluminárních struktur, případně rekanalizace chronicky preobliterovaných nebo obliterovaných větví plicnice. Intervence nezasahuje strukturu intimy, proto není zatížena rizikem restenózy. K reokluzím dochází na základě opětovného trombotického postižení při nedostatečné antikoagulační léčbě. BPA má být prováděna zásadně na pracovišti se zkušeností s komplexní léčbou CTEPH. Prognóza pacientů s inoperabilní CTEPH a pacientů s reziduální plicní hypertenzí po PEA je dnes významně zlepšena díky dostupnosti specifické farmakoterapie v kombinaci s BPA, zásadně se neliší od prognózy operabilních pacientů léčených chirurgicky. Není výjimkou, že se všechny kauzální terapeutické přístupy (PEA, BPA, farmakoterapie) kombinují v různé sekvenci. Tento přístup se označuje jako multimodální léčba. To podtrhuje nutnost centralizace péče o pacienty s CTEPH na pracovišti s dostupností celého terapeutického spektra.

Tab. 1: Indikace screeningu chronické tromboembolické plicní hypertenze (CTEPH)**Ventilační a perfuzní plicní scintigrafie + echokardiografie**

Symptomatictí nemocní (dušnost, únavnost, nevykonnost) 3-6 měsíců po plicní embolii

Asymptomatictí nemocní 3-6 měsíců po plicní embolii, jsou-li přítomny rizikové faktory rozvoje CTEPH:

- vyšší hladina antifosfolipidových protilátek
- přítomnost lupus antikoagulans
- opakované příhody plicní embolie
- neznámý zdroj plicní embolie
- rozsáhlejší perfuzní defekty
- anamnéza maligního onemocnění
- onemocnění štítné žlázy
- přítomnost kardiostimulační soustavy
- přítomnost ventrikuloatriální spojky pro léčbu hydrocefalu
- chronické záněty (osteomyelitida, nespecifické střevní záněty)
- stav po splenektomii

zí k významnému poklesu tlaku v plicnici, často k jeho normalizaci, k vzestupu srdečního výdeje, ke zlepšení výkonnosti, symptomů a dlouhodobé prognózy. U 20–30 % pacientů po operaci plicní hypertenze perzistuje. Ta je pak předmětem další terapeutické intervence. U nemocných s perzistující plicní hypertenzí po PEA, stejně jako u pacientů inoperabilních pro periferní postižení, případně pro významné komorbidity,

Kdy aktivně pátrat po plicní hypertenzi po akutní plicní embolii

Po příhodě akutní plicní embolie je nutno nemocné prvních 3–6 měsíců pečlivě sledovat. V případě symptomů podezřelých z plicní hypertenze (dušnost, únavnost, nevykonnost) je indikována ventilační a perfuzní plicní scintigrafie a echokardiografie (Tab. 1). U asymptomatických pacientů jsou tato vyšetření indikována v případě

přítomnosti rizikových faktorů pro CTEPH (vyšší hladina antifosfolipidových protilátek, přítomnost lupus antikoagulans, opakované příhody plicní embolie, neznámý zdroj plicní embolie, rozsáhlejší perfúzní defekty,

anamnéza maligního onemocnění, onemocnění štítné žlázy, přítomnost kardiostimulační soustavy, přítomnost ventrikuloatriální spojky pro léčbu hydrocefalu, chronické záněty, stav po splenektomii).

Literatura

Delcroix M, Torbicki A, Gopalan D et al. ERS statement on chronic thromboembolic pulmonary hypertension. *Eur Respir J* 2021 Jun 17;57(6):2002828

Humbert M, Kovacs K, Hoeper MM et al. 2022 ESC/ERS Guidelines for the diagnosis and treatment of pulmonary hypertension: Developed by the task force for the diagnosis and treatment of pulmonary hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Respiratory Society (ERS). Endorsed by the International Society for Heart and Lung Transplantation (ISHLT) and the European Reference Network on rare respiratory diseases (ERN-LUNG). *Eur Heart J* 2022 Oct 11;43(38):3618-3731.

Jansa P, Heller S, Svoboda M et al. Balloon Pulmonary Angioplasty in Patients with Chronic Thromboembolic Pulmonary Hypertension: Impact on Clinical and Hemodynamic Parameters, Quality of Life and Risk Profile. *J. Clin. Med.* 2020, 9, 3608; doi:10.3390/jcm9113608

Jansa P, Ambrož D, Kuhn M et al. Epidemiology of chronic thromboembolic pulmonary hypertension (CTEPH) in the Czech Republic. *Pulmonary Circulation* 2022;12:e12038

Jansa P, Ambrož D, Aschermann M et al. Doporučené postupy Evropské kardiologické společnosti (ESC)/Evropské respirační společnosti (ERS) pro diagnostiku a léčbu plicní hypertenze, verze 2022. *Cor Vasa* 2023;65:236–286.

Jansa P. Chronická tromboembolická plicní nemoc (CTEPD)/chronická tromboembolická plicní hypertenze (CTEPH). *Supplementum* 2024. Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře. <http://www.svl.cz>

Konstantinides SV, Meyer G, Becattini C et al. 2019 ESC Guidelines for the diagnosis and management of acute pulmonary embolism developed in collaboration with the European Respiratory Society (ERS): The Task Force for the diagnosis and management of acute pulmonary embolism of the European Society of Cardiology (ESC). *European Heart Journal* 2020; 41: 543–603.

Rokyta R, Hutýra M, Jansa P. Doporučené postupy Evropské kardiologické společnosti (ESC) pro diagnostiku a léčbu akutní plicní embolie, verze 2019. *Cor et Vasa* 2020; 62(2): 154-182.

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

Cinitaprid – jedinečné prokinetikum indikované pro léčbu horní funkční dyspepsie i gastroezofageálního refluxu



MUDr. Luděk Hrdlička
ResTrial GastroEndo, Praha

Úvod

Funkční dyspepsie (FD) je celosvětově nejčastějším onemocněním trávicí trubice¹. Má významný negativní dopad na kvalitu života pacientů, jejich nemocnost, pracovní výkonnost a zásadním způsobem zvyšuje náklady vynaložené zdravotními systémy jednotlivých států². Jednotlivá doporučení pro diagnostiku a léčbu jsou nejednoznačná, což je vzhledem k heterogenitě symptomů a přetrvávajícím nejasnostem v etiologii a patogenezí onemocnění pochopitelné. Prokinetika stimulují činnost hladké svaloviny trávicí trubice, zesilují její peristaltiku a urychlují evakuaci žaludečního obsahu do tenkého střeva, a tím přinášejí signifikantní úlevu od symptomů FD, zejména v případě postprandiálního distresu (PDS)³. Jsou společně s ostatními farmakologickými, dietními a režimovými opatřeními základem efektivní léčby FD.^{3,4}

Gastroezofageální refluxní onemocnění (GERD) je stejně jako FD chorobou s vysokou prevalencí v populaci, která dosahuje s různými regionálními odlišnostmi hodnot kolem 20 %⁵. I u GERD hrají prokinetika spolu s antisekrečními léky klíčovou roli v terapii onemocnění.⁶

Aktuální možnosti prokinetické léčby preparáty registrovanými v ČR

Od roku 2020, kdy bylo pro závažné nežádoucí proarytmogenní účinky významně omezeno a posléze v podstatě zakázáno používání oblíbeného a v klinické praxi osvědčeného a efektivního preparátu Prepulsid® (cisaprid), je situace neuspokojivá. Důvodem je nedostatečná bezpečnost limitující dlouhodobé podávání nebo nedostatečná efektivita dostupných léčivých přípravků. Přípravky s obsahem účinné látky metoklopramid jsou z rozhodnutí Evropské lékové agentury vzhledem k závažným nežádoucím neurologickým účinkům omezeny na dobu podání maximálně 5 dní, a to jen v indikaci symptomatické léčby nauzey a zvracení (pooperační, po chemoterapii atd.). Podobné restriktce platí i pro domperidon, navíc dodávka jediného léčiva s touto účinnou látkou do ČR byla ukončena. Dalším

dostupným prokinetikum jsou preparáty obsahující itoprid (antagonista dopaminových D2 receptorů), které na rozdíl od metoklopramidu a domperidonu vykazují vysokou terapeutickou bezpečnost, v klinické praxi jsou však bohužel často nedostatečně účinné. Terapeutickou indikací itopridu je pouze funkční non-ulcerózní dyspepsie, na rozdíl od přípravku Gapulsid® (cinitaprid), u něhož je seznam indikací rozšířen ještě o léčbu GERD, stejně jako tomu bylo u Prepulsidu® (cisapridu), s nímž má cinitaprid shodný mechanismus terapeutického účinku.

Charakteristika, mechanismus účinku a dávkování

Cinitaprid je molekula s komplexním terapeutickým mechanismem, je agonistou 5-HT₄ a 5-HT₁ serotoninových receptorů, antagonistou 5-HT₂ serotoninových a D₂ dopaminových receptorů.^{7,8,9} Tím je zajištěn prokinetický a antiemetický efekt spočívající ve zvýšení tonu dolního jícnového svěrače, urychlení peristaltiky a evakuace žaludku a tenkého střeva a stimulaci jícnové peristaltiky. Farmakokinetické studie prokazují extrémně rychlou orální absorpci cinitapridu a jeho efektivní distribuci v organismus včetně myenterického plexu – nervové pleteně ve stěně trávicí trubice a metabolismu prostřednictvím cytochromu P450, CYP 3A4 a CYP2C8^{10,11}.

Dávkování je 1 tableta 1 mg 3x denně, optimálně 15 minut před jídlem.

Klinické zkušenosti

Efektivita a bezpečnost cinitapridu v léčbě horní funkční dyspepsie je dobře dokumentována. Baqai¹ se svým týmem prokázal v 4týdenní studii na skupině 121 pacientů signifikantní ústup globálních obtíží (pokles celkového GDI – global dyspepsia index) i jednotlivých parciálních symptomů (postprandiální plnost, distenze břicha) i signifikantní zvýšení kvality života nemocných, nebyly zaznamenány žádné významné nežádoucí účinky léčby. K podobným výsledkům dospěli autoři Du et al.¹², kteří v randomizované zaslepené studii s 383 nemocnými s FD a predominantním PDS hodnotili bezpečnost a účinnost léčby cinitapridem v doporučené dávce 1 mg 3x denně. Ke snížení symptomatologie zde došlo u 85,8 % pacientů, signifikantního zlepšení bylo dosaženo i u parciálních symptomů (postprandiální plnost, časná sytost a nadýmání). Tato práce přináší i velice zajímavý údaj o scintigraficky prokázaném vysoce signifikantním zkrácení průměrného evakuačního poločasu žaludku (131±119 min vs. 87±19 min, p<0,0002). Další z provedených studií¹³ (randomizovaná, zaslepená studie na 103 pacientech, cinitaprid vs. placebo vs. metoklopramid) dále prokazuje signi-

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

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

fikantní efektivitu cinitapridu i u podskupiny pacientů s chronickou obštipací a vysokou mírou bezpečnosti léčby srovnatelnou s placebem.

Co se porovnání cinitapridu s itopridem týče, přímé srovnání efektivit a bezpečnosti obou přípravků v léčbě FD není k dispozici. Je však dostupná poměrně recentně publikovaná network metaanalýza (NMA) cílená na srovnání jednotlivých prokinetik v terapii FD.¹⁴ Z této metaanalýzy vyplývá srovnatelná účinnost cinitapridu a metoklopramidu, jejichž účinnost vychází jako vyšší v porovnání s ostatními prokinetiky včetně itopridu. Stran tolerance léčby se cinitaprid jeví jako nejbezpečnější molekula, vykázal méně nežádoucích účinků než domperidon (statisticky signifikantně) a než itoprid (numericky, statisticky nesignifikantně).

Efektivitu cinitapridu v léčbě GERD dokumentuje například španělská práce autorů z Barcelony.¹⁵ V randomizované studii hodnotili účinnost a bezpečnost cinitapridu v porovnání s metoklopramidem

a placebem na kohortě 239 pacientů s GERD neléčených antisekreční léčbou inhibitory protonové pumpy nebo H-2 blokátory. Efektivita cinitapridu byla signifikantně vyšší než u metoklopramidu a placeba, činila 64,1 % (signifikantní snížení nebo vymizení epizod pyrózy, regurgitace, těžkosti po jídle, bolestí za hrudní kostí nebo v epigastriu). Ze všech 3 intervenovaných větví studie byl u cinitapridu také nejnižší výskyt nežádoucích účinků a nejvyšší tolerance pacientem.

Závěr

S příchodem prokinetika Gapulsid® (cinitaprid) na trh v ČR se gastroenterologům v Čechách a na Moravě zásadním způsobem rozšiřují možnosti pro vysoce efektivní a bezpečnou dlouhodobou léčbu pacientů s funkční dyspepsií a gastroezofageálním refluxem.

Literatura:

1. Baqai MT, Malik MN, Ziauddin F. Efficacy and safety of cinitapride in functional dyspepsia. *J Pak Med Assoc.* 2013; 63:747–51.
2. Moayyedi P, Mason J. Clinical and economic consequences of dyspepsia in the community. *Gut.* 202; 50:410–2.
3. Rome IV diagnostic criteria for disorders of gut-brain interaction (DGBI) <https://theromefoundation.org/rome-iv/rome-iv-criteria/2016>
4. Moayyedi P, Lacy BE, Andrews CN et al. ACG and CAG Clinical Guideline: Management of Dyspepsia. *Am J Gastroenterol.* 2017;112(7):988-1013.
5. Yamasaki T, Hemond C, Eisa M et al. The Changing Epidemiology of Gastroesophageal Reflux Disease: Are Patients Getting Younger? *Journal of Neurogastroenterology and Motility* 2018; 24(4): 559-569.
6. Ren LH, Chen WX, Qian LJ et al. Addition of prokinetics to PPI therapy in gastroesophageal reflux disease: a meta-analysis. *World J Gastroenterol.* 2014 Mar 7;20(9):2412-9.
7. Hemalatha PV, Jerad Suresh A, Niraimathi V. Spectrophotometric methods for the estimation of cinitapride and pantoprazole in bulk and oral dosage form. *ACAUJ.* 2013; 12:120–5.
8. Alarcón-de-la-Lastra Romero C, López A, Martín MJ et al. Cinitapride protects against ethanol-induced gastric mucosal injury in rats: role of 5-hydroxytryptamine, prostaglandins and sulfhydryl compounds. *Pharmacology.* 1997; 54 (4): 193–202.
9. Alarcón de la Lastra C, La Casa C, Martín MJ et al. Effects of cinitapride on gastric ulceration and secretion in rats. *Inflammation Research.* 1998; 47 (3): 131–136.
10. Portincasa P, Mearin F, Robert M, et al. Efficacy and tolerability of cinitapride in the treatment of functional dyspepsia and delayed gastric emptying. *Gastroenterol Hepatol.* 2009; 32:669–76.
11. Marcelín-Jiménez G, Contreras L, Esquivel J, et al. Development of an UPLC–MS/MS micromethod for quantitation of cinitapride in plasma and its application in a pharmacokinetic interaction trial. *Bioanalysis.* 2017; 9:569–79.
12. Du Y, Su T, Song X et al. Efficacy and safety of cinitapride in the treatment of mild to moderate postprandial distress syndrome-predominant functional dyspepsia. *J Clin Gastroenterol.* 2014;48(4):328-35.
13. Santos JG, Filpo F, López JM. Cinitapride's efficacy and tolerability in gastrointestinal tract disorders. *Navara University Medicine Magazine.* July-September 1991.
14. Qi Q, Wang N, Liu H et al. Prokinetics for the treatment of functional dyspepsia: an updated systematic review and network meta-analysis. *BMC Gastroenterol.* 2023;23(1):370.
15. Mein AE, De Inloyea V, Castehrinatui J et al. Cinitapride in the treatment of gastroesophageal reflux. Comparative study with metoclopramide and placebo. *Medical Journal of the University of Navara.* Januray-March 1992. 18-23.

Význam spolupráce lékaře a lékárníka v péči o pacienta aneb možné klinické dopady generické substituce



Mgr. Ondřej Šimandl

Ústav farmakologie 2. LF UK v Praze
EUC Lékárna Praha – Plaňanská

Cílem práce každého lékaře i lékárníka je poskytovat kvalitní péči pacientům. Léčba by měla vycházet z doporučených postupů a současně být individualizovaná. Důležitá je komunikace s pacientem, která může ovlivnit adherenci k předepsané medikaci a výsledky léčby. Svoji roli v terapeutickém procesu hraje i lékárník, který vydává konkrétní léčivý přípravek s cílem maximalizovat jeho přínos pro pacienta a minimalizovat případná rizika spojená s jeho užíváním, ale může ovlivnit i motivaci pacienta k léčbě. Aspekty, kterých se spolupráce lékaře – lékárník – pacient dotýká nejvíce, zahrnují podporu adherence k léčbě, edukaci pacientů, využívání fixních kombinací a generickou substituci. V péči o nemocného je důležitý vzájemný respekt mezi lékařem a lékárníkem, a především respekt k pacientovi.

Adherence k léčbě

Dodržování předepsané léčby je základním předpokladem její účinnosti. Při každé preskripci je třeba pacientovi vysvětlit, proč má daný lék užívat. Při chronické léčbě je třeba ozřejmit důležitost dlouhodobého pravidelného užívání obvykle z důvodu prevence progresu onemocnění a rozvoje jeho komplikací.

Častým důvodem non-adherence je nízká úroveň vzdělání a nedostatek informací, chronické asymptomatické onemocnění, kdy pacient nevnímá důvod léčby, popírání nemoci, špatná dostupnost zdravotní péče nebo selhání komunikace. Další důvody zahrnují např. psychiatrické komorbidity, nebo třeba jen psychickou nepohodu pacienta, obavy z nežádoucích účinků, vysokou cenu léku, složitý dávkový režim a polyfarmakoterapii.

Adherenci k léčbě může zlepšit posílení vědomostí pacienta **cestou edukačního rozhovoru**. Pacientovi je třeba poskytnout informace o podstatě onemocnění, významu farmakoterapie a režimových opatření a také o důsledcích non-adherence. Otázkou je využití negativní motivace v podobě předestření negativních důsledků non-adherence pacientovi. První by měla být vždy využita pozitivní motivace, ovšem každý pacient je jiný a je uměním lékaře poznat, který způsob motivace bude u daného nemocného vhodnější. Adherenci může zlepšit i rozptýlení obav pacienta z nežádoucích účinků, posílení jeho motivace, ale i racionalizace farmakoterapie, zjednodušení dávkovacího režimu a využití fixních kombinací. V těchto oblastech může být velmi efektivně nápomocen i lékárník.

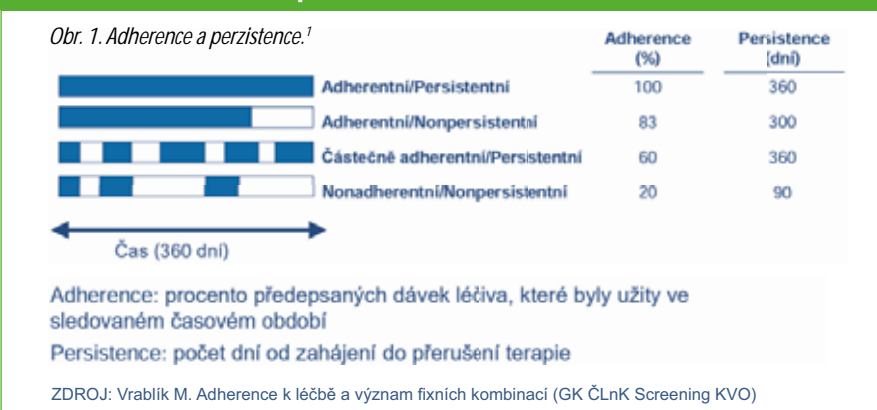
Pro adherenci k léčbě je důležitá také pravidelná kontrola jejího užívání, a to v podobě dotazu na užívání léku a na nežádoucí účinky, ověření měřitelných výsledků léčby či stanovení hladiny léků v séru.

Aktivní přístup pacienta k léčbě by měl vést k dobré **perzistenci** k chronické léčbě, tj. dlouhodobému nepřerušovanému užívání.

Zatímco adherence značí míru aktivní spolupráce pacienta při léčbě, perzistence vyjadřuje, nakolik je nemocný schopen dlouhodobě správně užívat medikaci nebo dodržovat jiný stanovený léčebný režim, a bývá definována jako počet dní od zahájení do přerušení terapie (obr. 1).¹ S nejlepší adherencí a perzistencí k léčbě se nejčastěji můžeme setkat například u pacientů trpících výrazně symptomatickým onemocněním či u pacientů až úzkostně pečujících o své zdraví.

Non-adherence může mít také podobu přerušovaného užívání, např. „lékových prázdnin“ nebo užívání léků pouze před návštěvou u lékaře. Pacienti uvádějí jako

Obrázek 1: Adherence a perzistence.¹



důvod neužívání léků zapomínání, absenci příznaků ("cítím se dobře"), obavy z nežádoucích účinků ("mám pocit, že mi lék nedělá dobře"), někdy zmiňují, že jim léky dojdou nebo si je zapomenou vzít s sebou na cesty.² V prevenci non-adherence je velmi důležitá komunikace lékaře/lékárníka s pacientem. Někdy komunikace vážne pouze proto, že zdravotník věří, že se pacient v případě obtíží svěří, a pacient čeká, že se ho lékař/ lékárník na případné obtíže zeptá.

Adherenci k léčbě může výrazně zvýšit také **spolurozhodování poučeného pacienta** o volbě terapie, se zohledněním jeho přání, očekávání, preferencí a obav.

Edukace pacienta

Lékařník může být přínosným partnerem lékaře při edukaci pacienta. Ta by ze strany lékárníka měla zahrnovat **při výdeji nově předepsané medikace** informace o indikaci, dávkování a způsobu užívání, o potenciálních nežádoucích účincích a lékových interakcích včetně způsobu, jak jim předcházet, a také o uchování a způsobu likvidace léčivého přípravku. **Při opakovaném výdeji chronické medikace** by měl lékárník ověřit dávkové schéma a znalost pacienta o způsobu užívání, monitorovat toleranci léčivého přípravku pacientem a nově předepsanou kofarmakoterapii.³ Zde lze využít **lékový záznam pacienta**, díky kterému může lékárník odhalit riziko interakcí či nežádoucích účinků, ale také duplicit nebo možnost využití fixních kombinací u pacienta s kombinací léků, resp. receptů, od lékařů různých

specializací.

Lékařník může pomoci také s podporou kompenzace komorbidit a **edukací v oblasti režimových opatření**. Řada lékárníků se věnuje pomoci pacientům například při odvykání kouření, snižování nadváhy, prescreeningu diabetu, kardiovaskulárních onemocnění nebo poruch paměti.

Edukace pacienta zdravotníkem zahrnuje nejčastěji dietní doporučení a doporučení pohybové aktivity, apel na pravidelné užívání léků, dále redukci hmotnosti u obézních pacientů a zanechání kouření.² Je třeba upozornit na to, že úprava životního stylu je velmi významná, ale pokud je indikována farmakoterapie, nepředstavuje adekvátní náhradu medikamentózní léčby, jak se někteří pacienti domnívají.

Edukace vyžaduje angažovanost a důvěryhodnost lékaře či lékárníka.

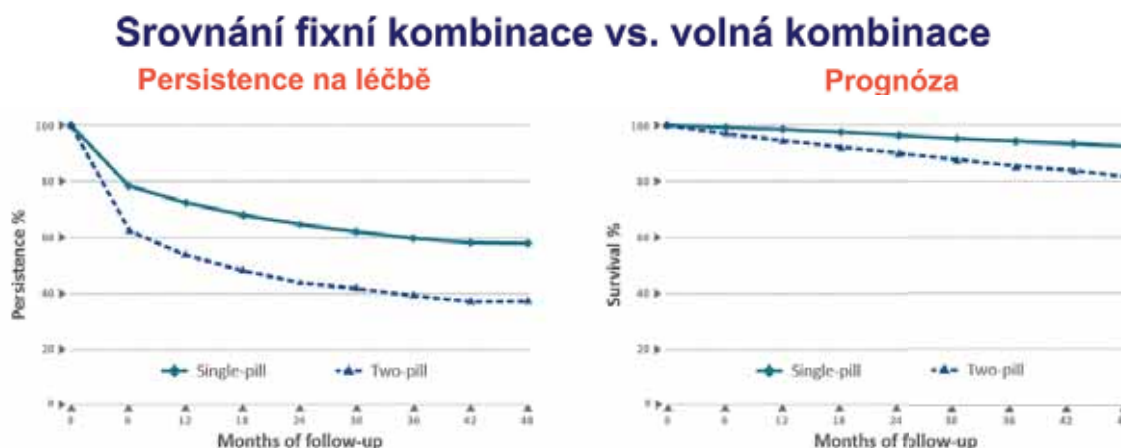
Fixní kombinace

Fixní kombinace léčivých látek jsou dnes hojně využívanou formou farmakoterapie. Ve fixních kombinacích jsou již k dispozici nejen antihypertenziva, ale i hypolipidemika, antidiabetika, antibiotika aj. Fixní kombinace mají své výhody i nevýhody, ovšem jejich **přínos jednoznačně převyšuje nad možnými riziky**.

Pro podávání fixních kombinací hovoří snížení počtu současně užívaných léčivých přípravků, zjednodušení

Obrázek 2: Fixní kombinace antihypertenziv zvyšuje a zlepšuje prognózu pacientů.⁴

Obr. 2. Fixní kombinace antihypertenziv zvyšuje adherenci a zlepšuje prognózu pacientů.⁴



Příklad: Single pill = fixní kombinace 2 antihypertenziv / Two pill = 2 antihypertenziva ve 2 tabletkách / Months of follow-up = Měsíce sledování / Survival (%) = % přeživších pacientů

ZDROJ: Simons LA et al. Curr Med Res Opin. 2017 Oct; 33(10): 1783–1787.

dávkovacího schématu, zvýšení účinnosti a adherence k léčbě, mnohdy i snížení rizika nežádoucích účinků a také finanční benefit. Např. u antihypertenziv je často doporučována od začátku dvojkombinace účinných látek, která umožňuje podávat nižší dávky při zachování účinnosti a nižším riziku nežádoucích účinků.

Přínos fixních kombinací je dobře doložen v kardiovaskulární prevenci. Existují důkazy, že fixní kombinace antihypertenziv zvyšuje **adherenci o 54 %** a současně **zlepšuje prognózu pacientů**. Pouhá náhrada volné kombinace stejných účinných látek za jejich fixní kombinaci snižuje celkovou mortalitu pacientů s hypertenzí (obr. 2).⁴

Jak prokázala například studie SECURE5, fixní kombinace (ACEI, statin, kyselina acetylsalicylová; v reálné praxi na farmaceutickém trhu nedostupná), vedla u pacientů po infarktu myokardu během 3 let jejího užívání k významnému poklesu mortality.⁵

Proto je velmi nežádoucím jevem rozdělení fixní kombinace při výdeji léčiva v lékárně. Lékárník může být někdy nucen rozdělit fixní kombinaci z důvodu nedostupnosti přípravku. S ohledem na přínos pro pacienta je ale třeba posoudit dostupnost fixní kombinace v regionu nebo v čase. Pokud by rozdělení fixní kombinace bylo nutné, měl by tuto skutečnost lékárník konzultovat nejdříve s lékařem a následně vhodným způsobem informovat pacienta, a to s ohledem na profesionalitu a odbornost poskytování zdravotní péče ve prospěch pacienta. Náhrada fixní kombinace za více přípravků může vést k nonadherenci k léčbě a z dlouhodobého hlediska až k závažným, někdy i život ohrožujícím komplikacím vyplývajícím z neužívání

předepsané medikace. Příkladem může být disekce břišní aorty u pacienta, který neužívá předepsané antihypertenzivum, nebo cévní mozková příhoda u jedince, který vynechává předepsaný statin.⁷

Generická substituce

Záměna předepsaného léčiva není jen volným rozhodnutím lékárníka. Principy generické substituce a možnosti jejího uplatnění v praxi zpracovává legislativa. Zabývá se jí Zákon o léčivech, Zákon o veřejném zdravotním pojištění, Vyhláška o předepisování léčivých přípravků při poskytování zdravotních služeb a Vyhláška o správné lékařské praxi.

Generická substituce je záměna léčivého přípravku za lék shodného kvalitativního a kvantitativního složení ve shodné lékové formě, u kterého byla prokázána **bioekvivalence** s referenčním léčivým přípravkem příslušnými studiemi biologické dostupnosti.⁶ Definice se vztahuje k léčivé látce, nikoli k látkám pomocným.

Generické léčivé přípravky jsou obecně považovány za stejně účinné a levnější varianty originálního (referenčního) přípravku. **Je ale třeba si uvědomit, že při jejich registraci nejsou vyžadovány preklinické ani klinické studie, ale pouze důkaz o bioekvivalenci, tj. rychlosti a rozsahu, ve kterém léčivo vstupuje do krevního oběhu.** Plocha pod křivkou koncentrace léčiva v krvi a maximální sérová koncentrace musejí u generického léku spadat do rozmezí 80–125 %.¹⁰ **V praxi je někdy dokonce využíváno jako referenčního přípravku jiného generika. Teoreticky tak může být pacient léčen lékem o více než polovinu silnějším nebo o více než třetinu slabším,** než je originální přípravek. Studie bioekvivalence jsou navíc prováděny u malého počtu zdravých mladých dobrovolníků bez kofarmakoterapie a obvykle je jim podána pouze jedna dávka nejvyšší síly zamýšlené pro podání pacientovi. (obr. 3)⁷

Obrázek 3

Obr. 3. Generická substituce (a její vztah k účinku)

- generické LP jsou obecně považovány za stejně účinné (a levnější) varianty originálního (referenčního humánního) přípravku, ale...
 - ... nejsou vyžadovány preklinické ani klinické studie, postačí, důkaz o bioekvivalenci (rychlost a rozsah, ve kterém léčivo vstupuje do krevního oběhu): AUC a C_{max} generického LP v rozmezí 80 – 125 %, u LL s úzkým terapeutickým indexem 90 – 111,11 % oproti referenčnímu humánnímu LP
 - generikum vs. generikum: **teoreticky může být pacient léčen LP o více než polovinu silnějším nebo o více než třetinu slabším!**
 - ... bioekvivalenční studie jsou prováděny na omezeném počtu (12-30 vs. stovky/tisíce) **zdravých** (vs. komorbidit) **mladých** (vs. vyšší věk) **dobrovolníků** (vs. pacientů) **bez kofarmakoterapie**
 - ... obvykle je podána pouze jedna dávka nejvyšší síly zamýšlené pro podání pacientovi

ZDROJ: § 25 Zákon č. 378/2007 Sb.

... bioekvivalenční studie jsou prováděny u malého počtu zdravých mladých dobrovolníků bez kofarmakoterapie a obvykle je jim podána pouze jedna dávka nejvyšší síly zamýšlené pro podání pacientovi. (obr. 3)⁷

Podmínky generické substituce podle vyhlášky o správné lékařské praxi uvádějí, že lékárník může zaměnit předepsaný léčivý

přípravek, pokud předepisující lékař nevyznačí, že trvá na vydání předepsaného léčivého přípravku příznakem „NEZAMĚŇOVAT“, pacient s takovým postupem souhlasí a léčivý přípravek je shodný z hlediska účinnosti a bezpečnosti (obsahuje stejnou léčivou látku, ve stejné lékové formě a se stejnou cestou podání).^{7,8}

Lékárník může v některých případech podle legislativy dokonce nahradit předepsaný léčivý přípravek, u něhož lékař vyznačil „nezaměňovat“. Ovšem pouze v případě, že nemá léčivý přípravek předepsaný lékařem k dispozici a je nezbytné jeho okamžité vydání. Zde je ale vhodné ověřit dostupnost předepsaného léku v blízkém okolí. V případě generické substituce lékárník zaznamená informaci o záměně do receptu včetně případných změn v úhradě a dávkování.^{8,9}

Legislativa dokonce umožňuje, aby lékárník nahradil předepsaný lék jiným lékem se stejnou léčivou látkou, stejnou cestou podání, avšak v jiné lékové formě, nebo jiným léčivým přípravkem s jinou léčivou látkou odpovídajících léčebných vlastností, a to i v jiné lékové formě, jestliže nemá léčivý přípravek předepsaný lékařem k dispozici, je nezbytné jeho okamžité vydání a pacient a předepisující lékař s nahrazením souhlasí. V takovém případě lékárník zaznamená informaci o záměně do receptu.⁸ K takovýmto situacím v ČR prakticky nedochází.

Česká lékárnická komora nedoporučuje generickou substituci u léčiv s úzkým terapeutickým indexem,

jako je theofylin, lithium, hormony štítné žlázy, warfarin, antiepileptika, imunosupresiva, antiarytmika a tricyklická antidepresiva, dále u lokálně působících přípravků, a také ve specifických případech, tj. například u depotních léčivých přípravků, léků s modifikovaným uvolňováním, inhalačních přípravků a léků s obsahem sulfasalazinu / mesalazinu.

Dopad generické substituce na pacienta může být v některých případech zcela fatální. Pokud například pacient, zvyklý na svoje antihypertenzivum, dostane jiný lék, nemusí jej užívat správně. To může vést k situaci, že pacient lék neužívá vůbec, nebo naopak omylem zdvojnásobí dávku - užije 2 léky s obsahem stejné léčivé látky ale s odlišným obchodním názvem. V klinické praxi není neobvyklé, že pacienti užívají 2 léčivé přípravky se stejnou účinnou látkou, ale pod jiným názvem či mylně nadužívají léky ze stejné lékové skupiny atd.

K záměnám za generika v lékárnách dnes mnohdy, z různých příčin, opravdu dochází. Můžeme být svědky i generické záměny již během preskripce lékařem. A to i přes nejistotu shodné účinnosti a bezpečnosti a širokého rozmezí bioekvivalence. Generická substituce může v některých případech vést až k ohrožení účinnosti léčby. Příkladem mohou být **venofarmaka**. V první řadě je pro zajištění jejich účinnosti třeba používat registrované léčivé přípravky (s prokázaným obsahem, účinností a bezpečností), nikoli doplňky stravy (pouze s prokázanou zdravotní nezávadností). Rozdíl může být ale i mezi originálním venofarmakem a jeho

Obrázek 4: Rozdíly mezi léčivým přípravkem, potravinovým doplňkem, zdravotnickým a kosmetickým prostředkem.

(Farmako)Terapie

- **maximalizovat terapeutické účinky** a **minimalizovat možná rizika** spojená s léčbou
- **pro zajištění účinnosti terapie** v podobě **registrovaných léčivých přípravků** (ev. ZP), je nutné **dodržet doporučený dávkový režim** a její **kontinuální trvání**

<div style="text-align: center; border: 1px solid red; padding: 5px;"> <p>LÉČIVÝ PŘÍPRAVEK</p> <p>... má léčebné nebo preventivní vlastnosti</p> <p>... hodnocen obsah, bezpečnost a účinnost (SÚKL)</p> <p style="font-size: small; text-align: right;">Zákon o léčivech č. 378/2007 Sb. Vyhláška o předepisování léčivých přípravků při poskytování ZS č. 329/2019 Sb. Vyhláška o správné lékárenské praxi č. 32/2020 Sb.</p> </div>	<div style="text-align: center; border: 1px solid red; padding: 5px;"> <p>ZDRAVOTNICKÝ PROSTŘEDEK</p> <p>... má léčebné nebo preventivní vlastnosti</p> <p>... hodnocena bezpečnost a účinnost (SÚKL)</p> <p style="font-size: small; text-align: right;">Zákon o zdravotnických prostředcích č. 268/2014 Sb.</p> </div>
<div style="text-align: center; border: 1px solid blue; padding: 5px;"> <p>DOPLŇEK STRAVY</p> <p>... potravina, jejímž účelem je doplňovat běžnou stravu</p> <p>... hodnocena zdravotní nezávadnost (SZPI, SZÚ)</p> <p style="font-size: small; text-align: right;">Směrnice Evropského parlamentu a Rady ES č. 46/2002 Vyhláška o doplňcích stravy a složení potravin č. 58/2018 Sb.</p> </div>	<div style="text-align: center; border: 1px solid blue; padding: 5px;"> <p>KOSMETICKÝ PŘÍPRAVEK</p> <p>... čištění, ochrana, ...udržování vnějších částí lidského těla v dobrém stavu</p> <p>... hodnocena zdravotní nezávadnost (SZPI, SZÚ)</p> <p style="font-size: small; text-align: right;">Směrnice Evropského parlamentu a Rady ES č. 1223/2009</p> </div>

kopii. Záměna předepsaného originálního venofarmaka za kopii bez doložené účinnosti u bércových vředů může vést k zástavě hojení ulcerace. Lékárník přitom málokdy ví, o jaké stadium CVD se u daného pacienta jedná.

Základní rozdíly mezi léčivým přípravkem, potravinovým doplňkem, zdravotnickým a kosmetickým prostředkem uvádí obr. 4.⁷

Závěr

Odpovědnost lékaře za pacienta nekončí předepsáním receptu. Pro zajištění dobré adherence k léčbě je pacienta třeba edukovat o smyslu léčby a důvodech volby daného léčiva. Individualizovaná léčba přitom vychází i z preferencí pacienta. Nedílnou součástí podávání farmakoterapie je sledování jejího užívání a výsledků léčby. Cenným nástrojem pro kontrolu medikace pacienta je jeho lékový záznam. Do volby konkrétního přípravku vstupuje i lékárník. Měl by vždy respektovat volbu léčivého přípravku lékařem. Může se podílet i na edukaci a motivaci pacienta k léčbě či na kontrole možných lékových interakcí nebo duplicitních preskripcí.

V jeho rukou je i generická substitute. Jde o legislativně ošetřený proces, který má svá pravidla. Nevhodná záměna originálního přípravku za generikum nebo i rozdělení předepsané fixní kombinace do několika jednotlivých přípravků může významně ovlivnit adherence k léčbě anebo její výsledky. S cílem poskytování kvalitní zdravotní péče je třeba pěstovat vzájemné vztahy a spolupráci mezi lékařem, lékárníkem a pacientem vždy ve prospěch pacienta.

Připravila MUDr. Zuzana Zafarová na základě přednášky Mgr. Ondřeje Šimandla „Zdánlivá identita, klinická realita“. Odborné symposium organizované společností Servier ve spolupráci s SVL ČLS JEP. 23. 4. 2024 – Ostrava, hotel Imperial a 25. 4. 2024 – Praha, Konferenční centrum City. ID aktivity 115778 Vzdělávání lékařů (vzdelavanilekaru.cz).“

Literatura:

1. Vrablík M. Adherence k léčbě a význam fixních kombinací (GK ČLnK Screening KVO).
2. Čillíková K. Týden adherence 2019. Proč pacienti (ne)spolupracují se svými praktickými lékaři a internisty? Kapitoly z kardiologie 2/2019. Dostupné z: Týden adherence 2019. Proč pacienti (ne)spolupracují se svými praktickými lékaři a internisty? | MT (tribune.cz).
3. Česká lékárnická komora. Doporučený postup – Pro výdej léčivých přípravků vázaných na lékařský předpis. 2020. Dostupné z: <https://lekarnici.cz/doporučený-postup-pro-vydej-lecivých-přípravků-vázaných-na-lekarský-předpis/>.
4. Simons LA, Chung E, Ortiz M. Long-term persistence with single-pill, fixed-dose combination therapy versus two pills of amlodipine and perindopril for hypertension: Australian experience. *Curr Med Res Opin.* 2017 Oct; 33(10): 1783–1787.
5. Castellano JM, Pocock SJ, Bhatt DL, et al; SECURE Investigators. Polypill Strategy in Secondary Cardiovascular Prevention. *N Engl J Med.* 2022 Sep 15;387(11):967–977.
6. § 25 Zákona č. 378/2007 Sb. "Zákon o léčivech a o změnách některých souvisejících zákonů"
7. Zdánlivá identita, klinická realita. Odborné symposium organizované společností Servier ve spolupráci s SVL ČLS JEP. 23. 4. 2023 – Ostrava, hotel Imperial a 25. 4. 2024 – Praha, Konferenční centrum City. ID aktivity 115778 Vzdělávání lékařů (vzdelavanilekaru.cz).
8. § 11 Vyhlášky č. 84/2008 Sb. "Vyhláška o správné lékárenské praxi, bližších podmínkách zacházení s léčivými v lékárnách, zdravotnických zařízeních a u dalších provozovatelů a zařízení vydávajících léčivé přípravky"
9. § 32 Zákona č. 48/1997 Sb. "Zákon o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů"
10. Mayer O. Originální lék versus generikum, *Prakt. lékařem.* 2012; 8(6): 298–300.

Centrálně a periferně účinkující antihypertenzívum – urapidil



prof. MUDr. Miroslav Souček, CSc.

II. interní klinika LF MU a FN u sv. Anny v Brně



MUDr. Jan Novák, Ph.D.

II. interní klinika LF MU a FN u sv. Anny v Brně

Souhrn

Při farmakoterapii hypertenze užíváme v první řadě přípravky ze skupin, pro které jsou k dispozici data ze studií vyhodnocujících morbiditu a mortalitu na kardiovaskulární příhody. Jaké je postavení centrálně působících látek se zaměřením na účinnost a indikaci urapidilu v léčbě hypertenze podává tento článek. Antihypertenzní efekt většiny centrálních antihypertenziv je způsoben aktivací centrálních alfa-2 adrenergických receptorů a/nebo imidazolinových receptorů v kardiovaskulárních řídicích centrech prodloužené míchy. Urapidil je látka s centrálním agonistickým účinkem na serotoninové receptory 5-HT_{1A} (a dle prvotních studií i na presynaptické alfa-2 receptory), dále s periferním blokujícím účinkem na postsynaptické alfa-1 receptory. Tyto jeho vlastnosti z něj dělají velice dobře tolerovaný lék v léčbě rezistentní hypertenze.

Arteriální hypertenze představuje ve vyspělých zemích závažný zdravotní problém. Je jedním z nejzávažnějších rizikových faktorů kardiovaskulárních (KV) komplikací – cévních mozkových příhod, ischemické choroby srdeční, srdečního selhání a dalších projevů aterosklerózy¹. Prevalence hypertenze v ČR ve věku 25–64 let se pohybuje kolem 40 % se zřetelným nárůstem ve vyšších věkových skupinách (v dekádě od 55 do 64 let má hypertenzi 72 % mužů a 65 % žen). Úspěšná kontrola hypertenze, tj. dosažení cílového krevního tlaku (TK), se daří jen u 30 %

hypertoniků. Problémem v léčbě hypertenze je špatná compliance pacientů, a to jak v nefarmakologické, tak farmakologické léčbě. Dalším problémem je inercie, to je pozdní zahájení léčby a tolerance nedosažení cílových hodnot TK. V posledním období sledujeme výrazný nárůst hypertenze u mladých mužů, ve věkové skupině mezi 25–35 lety, který přesahuje 19 %, což povede v budoucnu k postižení cílových orgánů již ve středním věku, pokud nebude dostatečná léčba.

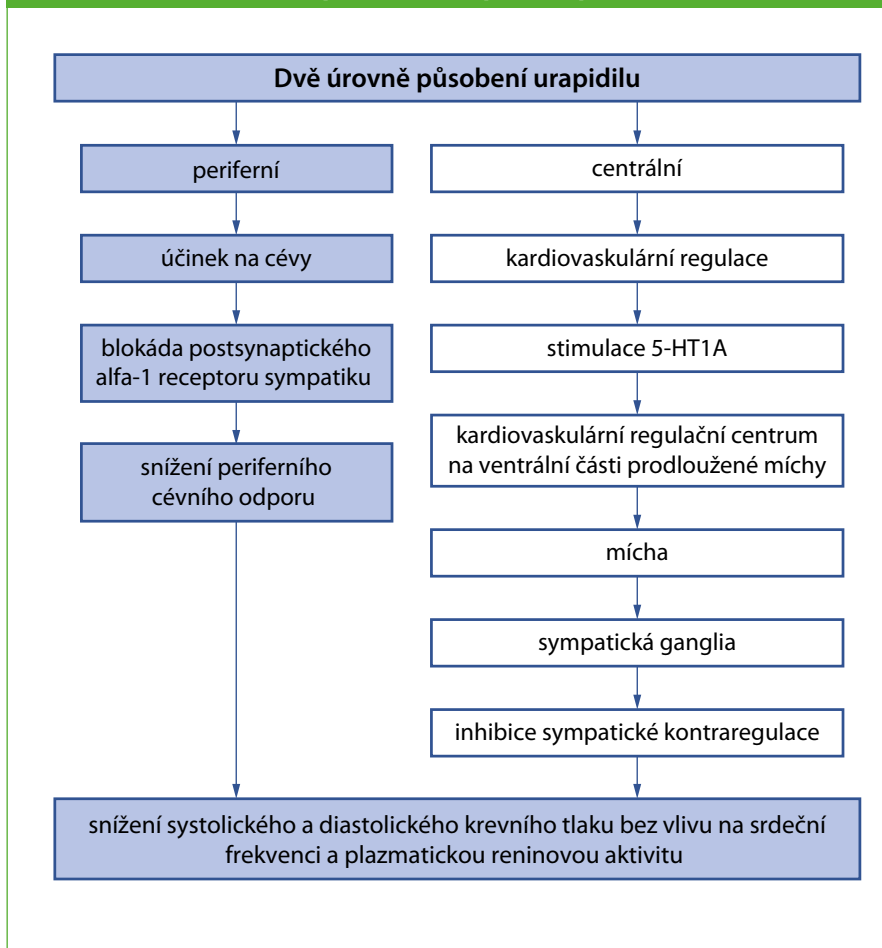
V léčbě hypertenze (monoterapie i kombinační léčba) užíváme v první řadě přípravky ze skupin, pro které jsou k dispozici data ze studií vyhodnocujících morbiditu a mortalitu na KV příhody. Jsou to tyto třídy antihypertenziv: ACE inhibitory (ACEI), blokátory receptorů angiotenzinu II (AT₁-blokátory), dlouhodobě působící blokátory kalciových kanálů, diuretika a betablokátory. Další léky z jiných skupin jsou vhodné teprve tehdy, když se nedaří dosáhnout úspěšné léčby hypertenze pomocí základních antihypertenziv nebo při použití jejich kombinací. Při výběru antihypertenziva bereme v úvahu také další vlastnosti preparátů, klinické charakteristiky nebo komorbiditu pacienta.

Do skupiny dalších antihypertenziv patří také centrálně (nebo centrálně i periferně) účinkující antihypertenziva. Antihypertenzní efekt většiny z nich je způsoben aktivací centrálních alfa-2 adrenergických receptorů a/nebo imidazolinových (I₁) receptorů v KV řídicích centrech prodloužené míchy. Rozeňáváme tyto skupiny centrálně působících látek:

- látky s agonistickým účinkem na presynaptické alfa-2 adrenergické receptory – alfa-metyldopa, klonidin, guanfacin;
- látky s kombinovaným centrálním agonistickým účinkem na 5-HT_{1A} receptory/presynaptické alfa-2 adrenergické receptory a s periferním alfa-1 antagonistickým účinkem – urapidil;
- látky s agonistickým působením na centrální I₁ receptory – tj. agonisté imidazolinových receptorů (centrálně působící látky II. generace) – rilmenidin, moxonidin.

Jediným zástupcem látek s centrálním a periferním účinkem na alfa-receptory je urapidil. Urapidil je fenylypiperazinovým derivátem s kombinovaným postsynaptickým alfa-1 blokujícím účinkem a centrálním agonistickým účinkem na serotoninové receptory 5-HT_{1A} a dle některých studií i na centrální presynaptické alfa-2 receptory. Serotoninový receptor se nachází v oblasti prodloužené míchy a působí na sympatická ganglia a inhibuje sympatickou kontraregulaci. Sympatická kontraregulace je reflexní odpovědí organismu na náhlý pokles

Obrázek č. 1: Dvě úrovně působení Urapidilu – periferní i centrální



TK a projevuje se zvýšením tepové frekvence. To je častý nežádoucí účinek většiny blokátorů alfa-1 postsynaptických receptorů (např. prazosinu). Urapidil naopak způsobuje pozvolný pokles TK bez ovlivnění tepové frekvence a plazmatické reninové aktivity, některé práce udávají i jeho možné beta-1-antagonistické působení. Jeho centrální mechanismus účinku není přímo odpovědný za pokles TK, ale za inhibici nežádoucích hemodynamických účinků, které vyplývají z blokady alfa-1 postsynaptických receptorů. Tím se odlišuje od jiných alfa-1 blokátorů. V klinické praxi se to projevuje velmi dobrou snášenlivostí léku. Tento mechanismus účinku urapidilu je odpovědný za minimální výskyt nežádoucích účinků a umožňuje podávat ho prakticky všem skupinám pacientů s hypertenzí. Periferní účinek urapidilu se odlišuje od účinku alfablokátorů tím, že urapidil navíc stimuluje terminální presynaptické alfa-2 adrenoreceptory. Výsledkem je významný pokles periferního cévního odporu.

Farmakodynamické vlastnosti

Urapidil vede ke snížení systolického a diastolického TK snížením periferní rezistence, srdeční frekvence zůstává převážně neměnná a také srdeční objem se nemění. Mechanismus účinku je centrální i periferní (obr. č. 1):

- periferní – blokuje převážně postsynaptické alfa-receptory a tím inhibuje vazokonstrikční působení katecholaminů;
- centrální – moduluje aktivitu mozkových center, které kontrolují cirkulační systém, tím předchází reflexnímu zvýšení tonu sympatického nervového systému nebo snižuje tonus sympatiky.

Farmakokinetické vlastnosti

Celkem 80–90 % urapidilu se resorbuje v gastrointestinálním traktu po perorálním podání. Maximální koncentrace v séru se dosahuje po 4 hod., biologický poločas je 3–7 hod. Metabolizován je především v játrech. Vylučuje se převážně ledvinami. Při perorální léčbě

jeho účinek stoupá po 1–2 týdnech, proto se počáteční dávky zvyšují až po uplynutí tohoto období. Urapidil neovlivňuje glycidový metabolismus.

Indikace

Kombinační léčba těžké hypertenze. Intravenózní forma je vhodná k léčbě hypertenzní krize. Jeho výhodou je centrální i periferní interference se sympatickým nervovým systémem. Neobjevuje se reflexní tachykardie. Nežádoucí účinky jsou poměrně vzácné. Omezují se na únavnost, závrať, bolesti hlavy a exantém.

Kontraindikace

Těhotenství, kojení. Nesmí se také používat v případě aortální stenózy nebo při arteriovenózním zkratu (kromě hemodynamicky neaktivního dialyzačního zkratu).

Dávkování

Doporučená počáteční dávka je 30 mg urapidilu 2x denně. Pro rychlejší snížení TK je možno zahájit léčbu

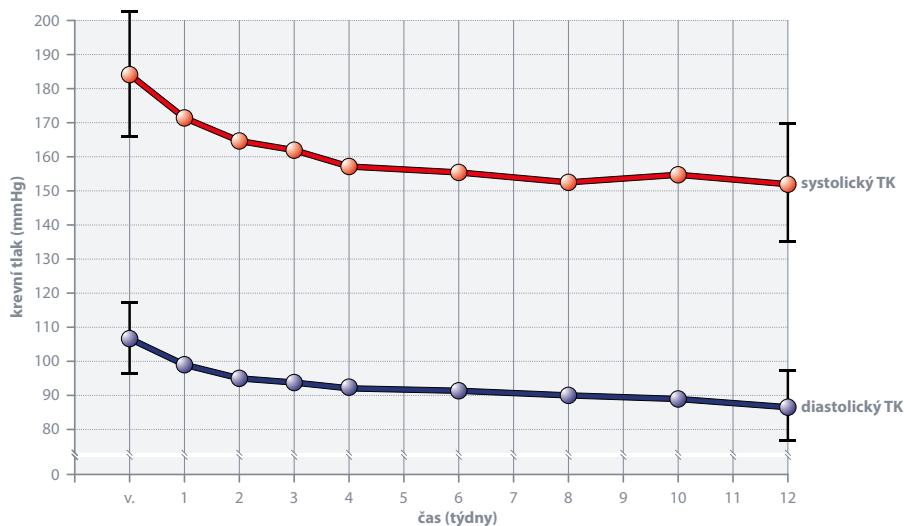
dávku 60 mg 2× denně. Dávka může být upravena dle individuální potřeby. U udržovací terapie se denní dávka 60–180 mg rozdělí do dvou jednotlivých dávek. Pokles krevního tlaku je pozvolný.² Urapidil lze použít i v nitrožilní formě, v léčbě hypertenzní krize. Podává se v nárazové dávce 10–20 mg a poté v pomalé infuzi do celkové dávky 100 mg.

U pacientů s poruchou funkce jater, ledvin a u starších pacientů musí být lék podáván se zvýšenou opatrností v nižších dávkách. Hlavním cílem klinických studií s urapidilem bylo sledovat pokles TK, ale i možné ovlivnění některých metabolických parametrů (lipidový, glykemický profil) a nežádoucí účinky. Jedna z nejvýznamnějších klinických studií byla zaměřena kromě antihypertenzního účinku na ovlivnění lipidů a glukózy u pacientů s hypertenzí, s diabetem 2. typu a hyperlipidemií kombinovaného typu. Jednalo se o randomizovanou klinickou studii s 309 pacienty s mírnou a středně těžkou esenciální hypertenzí a diabetem 2. typu, kteří byli léčeni urapidilem v dávce 60 mg/den (137 pacientů) nebo 120 mg/den (152 pacientů) po dobu 16 týdnů. Dávka byla titrována podle výšky TK po 4 týdnech léčby. Ve skupině, kde pacienti užívali dávku 2× 30 mg a diastolický TK neklesl pod 90 mm Hg, se dávka urapidilu zvýšila na 2× 60 mg. Ve skupině, kde pacienti užívali dávku 2× 60 mg a nedošlo k poklesu diastolického TK pod 90 mm Hg, se do léčby přidával hydrochlorothiazid. Pokles TK byl statisticky významný v obou skupinách již po 4 týdnech léčby a nedošlo k signifikantnímu poklesu glykemie a glykovaného

hemoglobinu v obou sledovaných skupinách. Léčba urapidilem však vedla k signifikantnímu poklesu celkového cholesterolu, LDL cholesterolu a triglyceridů a také k signifikantnímu zvýšení HDL cholesterolu. Pokles byl větší ve skupině farmakologické, kde pacienti užívali dávku 2× 60 mg. Příznivý metabolický efekt tedy závisel na dávce léku. U pacientů, kterým byl přidán do léčby hydrochlorothiazid, došlo v dalších 8 týdnech sledování k významnému vzestupu hladin celkového cholesterolu a významnému poklesu HDL cholesterolu. Hodnoty glykemie nalačno a glykovaného hemoglobinu se významně neměnily².

Pokud jde o perorální aplikaci urapidilu, z nekontrolovaných studií téměř u 7000 nemocných se střední až těžkou esenciální hypertenzí vyplývá, že podání dávky 30–120 mg 2× denně vyvolává pozvolný pokles systolického i diastolického TK (obr. č. 2). Současně není navozena posturální hypotenze ani reflexní tachykardie a není ovlivněn lipidový metabolismus. Zvyšování dávky nad 60 mg denně již nevede k významnějšímu zvyšování antihypertenzního účinku. Pokles TK navozený dávkami 30–120 mg denně se dlouhodobě udržuje, nedochází k rozvoji tolerance ani ke změně srdeční frekvence^{3,4}. V metaanalýze šesti klinických studií byl hodnocen vliv urapidilu u hypertoniků s dyslipidemií. Po 3měsíční léčbě v dávce 30× 60 mg 2× denně byl nalezen pokles celkového cholesterolu o 6 %, triglyceridů o 18 %, LDL cholesterolu o 12 % a vzestup HDL cholesterolu o 12 %. Příznivý vliv byl pozorován i na glycidový metabolismus^{5,6}.

Obrázek č. 2: Urapidil postupně snižuje krevní tlak.



Urapidil v i.v. formě je užíván v ČR více než 25 let. Je využíván zejména v indikacích, jako je cévní mozková příhoda, kde je k dispozici minimum vhodných léků. Jakožto velmi účinný lék s dobrou titrovatelností účinku je užíván při těžší rezistentní hypertenzi s potřebou i.v. léčby téměř jakékoliv klinické situace. Nástup účinku je prakticky okamžitý. Maximální účinek je patrný do 2–5 min. Sérový poločas je 2–3 hod. Antihypertenzní efekt plně odeznívá během několika hodin, podle klinické praxe do 4 hod. Z hlediska použití u cévních mozkových příhod je důležité, že na rozdíl od jiných antihypertenziv nezvyšuje mozkový edém a intrakraniální tlak⁷.

Závěr

Urapidil je jediná molekula s duálním mechanismem účinku (centrální a periferní účinek). Pozvolna snižuje TK bez rizika reflexní tachykardie a posturální hypotenze. Dobře se kombinuje se všemi ostatními skupinami antihypertenziv (obr. č. 3).

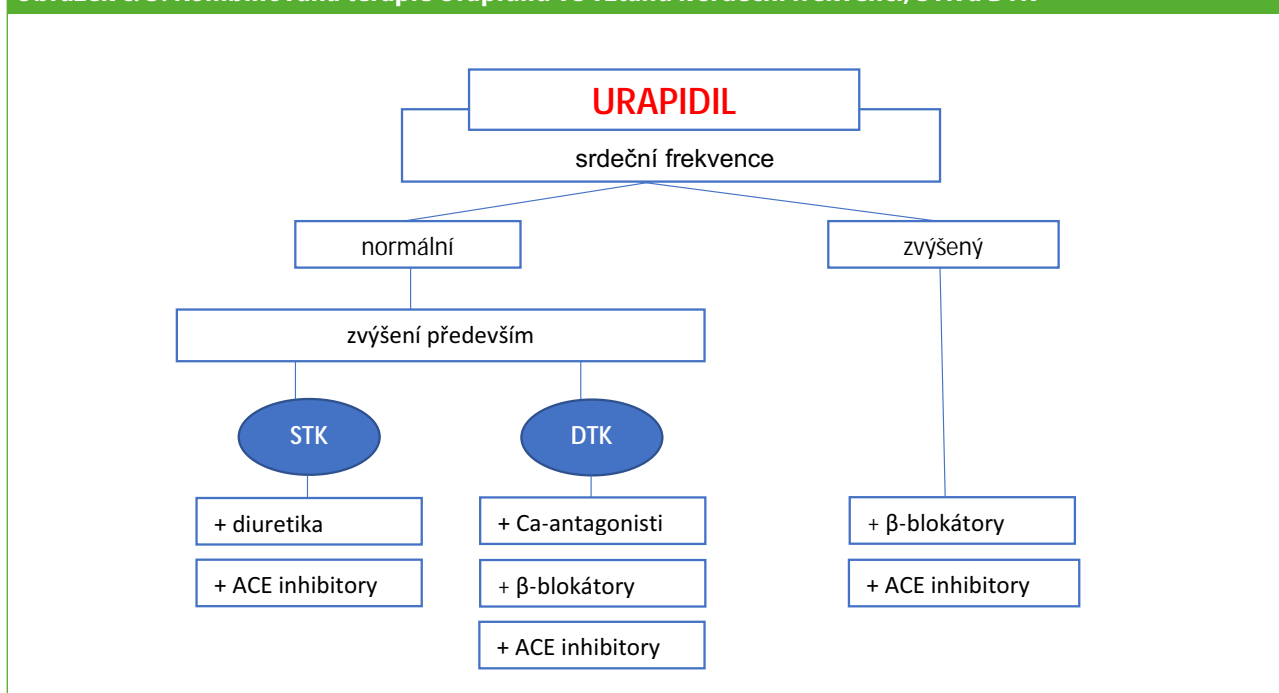
Urapidil je vhodný pro hypertenzní pacienty:

- u pacientů s diabetes mellitus a metabolickým syndromem,
- u pacientů se sníženou renální funkcí včetně dialyzovaných,

- u pacientů s primární i sekundární hypertenzí,
- u pacientů s chronickou obstrukční plicní nemocí a astma bronchiale,
- u pacientů polymorbidních,
- při kontraindikaci jiných antihypertenziv.

Urapidil je jediným zástupcem s centrálním a periferním účinkem na alfa-receptory. V intravenózní formě je lékem indikovaným při hypertenzní krizi. V perorální formě s řízeným uvolňováním je indikován k dlouhodobé léčbě hypertenze, v kombinaci s antihypertenzivy základních skupin. Vzhledem k centrálnímu účinku podporuje jeho užití přítomnost psychické tenze a úzkosti, renální insuficience a metabolických odchylek. Lék je dobře tolerován, nežádoucí účinky jsou vzácné, obvykle spojené zvláště s počátečním poklesem TK. Více než 30letá zkušenost s farmakologickými vlastnostmi, vysokou účinností a bezpečností urapidilu umožňuje tomuto léku stále místo v kombinační léčbě arteriální hypertenze. Jeho místo je hlavně tam, kde je kontrola hypertenze nedostatečná. Škoda je, že s tímto lékem nebyly provedeny větší studie, takže není známo, zda je schopen v léčbě hypertenze, jako lék první volby, ovlivnit mortalitu a morbiditu.

Obrázek č. 3: Kombinovaná terapie Urapidilu ve vztahu k srdeční frekvenci, STK a DTK



Psychoonkologie pro lékaře: Praktické nástroje pro každodenní praxi



PhDr. Ing. Martin Pospíchal, Ph.D.

Katedra psychologie Filozofické fakulty UK

Diagnostika a léčba rakoviny významně přispívají k psychické tísní nejen pacienta, ale i jeho okolí. Pochopit reakce onkologických pacientů a vhodně jim vyjadřovat podporu je důležité pro maximalizaci kvality jejich života během onkologické léčby i po ní. Praxe ukazuje, že v podstatě každý psycholog či lékař se při své práci setkává s lidmi, kteří si prošli nebo procházejí rakovinou. Ne všichni ale vědí, jak se v takové situaci chovat, co by nemocnému člověku pomohlo, jak ho podpořit. A právě na podporu nejen pacientům, ale i pomáhajícím profesím, jsme se zeptali autora knižní novinky Psychoonkologie PhDr. Ing. Martina Pospíchala, Ph.D.

Pane doktore, tento rozhovor vedeme především pro zdravotníky, lékaře.

Když do ordinace lékaře přichází onkologický pacient, jaký přístup byste zdravotníkům doporučoval, mají-li projevit tomuto pacientovi vhodnou podporu?

Jde o téma, kterému se kniha věnuje na mnoha místech. Pokud bych měl říci jen jednu větu, zněla by takto: Pro pacienta je důležité, aby z chování lékaře cítil ZÁJEM. Tedy zájem o něj jako o člověka. Už to samo o sobě působí hojivě z psychologického pohledu. Nemocný člověk pak nemá ten nepříjemný pocit, že je jen další „číslo k odbavení“, ale že je vnímán jako lidská bytost. Pochopitelně je zde i řada dalších konkrétních doporučení a technik, kterým se v knize věnujeme. Ale toto je myslím to základní.

Jak by měl lékař přistupovat k příbuzným onkologického pacienta a jakým způsobem s nimi komunikovat?

Doporučení je zde vlastně velmi podobné tomu, které jsem zmiňoval výše. Rozdíl ale může být v tom, jak blízcí situaci prožívají. Například pocity bezmoci často zažívají silněji než samotný nemocný člověk. Rádi by pomohli, ale nevědí jak. Tato bezmoc se pak může projevit v jejich

potřebě (vedoucí někdy až k naléhání na zdravotníky) najít, co by ještě šlo pro nemocného udělat. Vlastní text knihy pečlivě reflektuje úlohu blízkých onkologicky nemocného člověka. Pro představu – v ČR je zhruba šest set tisíc lidí po nemoci nebo v léčbě a každý z nich má několik svých nejbližších. Pozorujeme, že minimálně 3–5 lidí v blízkosti nemocného situace zasáhne výrazněji. Tím pádem zde máme psychický dopad rakoviny na miliony lidí, a to jen u nás. Čím více se nám podaří stabilizovat nejbližší okolí pacienta, tím lépe se mu zpravidla daří z pohledu psychického. Navíc je pocítována opora blízkých jako důležitý léčebný faktor i na biologické úrovni těla, máme k tomu řadu výzkumů.

A co strach pacienta? Ten dokáže až paralyzovat. Co byste lékařům doporučil v jejich praxi?

Z pohledu méjí praxe je strach vůbec nejčastěji prožívanou emocií. A to jak u pacienta, tak u jeho blízkých. V mnoha případech (třeba u dětí) prožívají blízcí (zejména rodiče) nemoc výrazně intenzivněji než samotné malé dítě!

Navíc strach je emoce, která nemizí ani po ukončení léčby. Mění se ve strach z návratu nemoci, který provází mnoho bývalých pacientů a jejich blízkých po celý zbytek života. Jde o natolik zásadní téma, že mu v knize věnujeme celou kapitolu. Jsou zde uvedena doporučení, jak se strachem pracovat – včetně obav z návratu nemoci.

Existují nějaké obecné přístupy, postupy v komunikaci s onkologickými pacienty?

Z pohledu lékaře bývá nejnáročnější situace, kdy musí člověku sdělovat negativní zprávu. Ať už se jedná o samotné sdělení diagnózy, zhoršení stavu či selhávání léčby apod. Jde o komunikačně, emočně, ale i lidsky náročné okamžiky jak pro pacienta, tak pro sdělujícího lékaře. Praxe ale ukazuje, že i ta nejhorší zpráva se dá říci více psycho-podporujícím způsobem (který usnadňuje její zpracování a zmírňuje dopad), nebo naopak více psycho-traumatizujícím způsobem, který zanechává na psychice nemocného šrámy. V knize otevíráme obecné principy právě zmíněné psycho-podporující komunikace, která může být vhodná jak pro lékaře, tak pro širší zdravotní personál, a to i v situacích, kdy nesdělují žádnou závažnější zprávu. Úzce to souvisí se zmiňovaným zájmem o pacienta, který byl zmíněn v úvodu našeho rozhovoru. Osvojit si takové principy může být užitečné nejen pro pomáhající profesionály, ale i všechny ostatní v blízkosti nemocného člověka.

Nyní bych se ráda podívala na psychohygienu lékařů. Řada z nich může trpět „spasitelským komplexem“. Jak by měl podle vás lékař přistupovat ke své práci, aby si udržel zdravý odstup od svých pacientů?

Jde o další velké téma, které s uvedenou komunikací souvisí. Principy tzv. podporující komunikace a zásady sdělování náročných zpráv si lékař osvojuje nejen kvůli pacientům, ale také kvůli sobě! Pokud ví, jak sdělovat, cítí se v tom ukotven, je schopen reagovat na emoci apod., pak je pravděpodobnost jeho emočního přetížení či vyhoření menší. Celkově jde o téma „jak zde pro pacienta být tak, aby cítil podporu a empatii“. Zároveň si ale lékař musí chránit svoje hranice, zdraví, tedy aby zde mohl být i pro svou rodinu, pro další pacienty. Tím, že sami sebe (jako lékaři, psychologové, sestry apod.) pomyslně „obětujeme“, ostatním nepomůžeme. Ve finále bude o zdravotníka méně a sami se staneme z pomáhajícího naopak pacientem.

Ve své knize Psychoonkologie dokreslujete tento obor případy z praxe. Mohl byste některý z nich přiblížit?

Považovali jsme za důležité v knize určitým způsobem podepřít zmiňovaná doporučení a tvrzení také konkrétními citacemi klientů z psychoonkologické praxe. Tedy, že v knize uvedené myšlenky nejsou jen „domněnkami odborníků“, kteří nemají vlastní prožitek nemoci. Je užitečné si pravidelně připomínat, že vše, co se při nemoci děje s tělem člověka, on také určitým způsobem prožívá. Stejně jako jeho blízcí a pomáhající profesionálové v jeho blízkosti.

Jak by měl lékař přistupovat k pacientům, kteří se, laicky řečeno, vyléčili z rakoviny?

V onkologické praxi se namísto „vyléčení“ mluví o dosažení tzv. kompletní remise, tedy stavu, kdy nemoc už není v těle zjištělná např. zobrazovací metodou, z krve apod. Psychická zátěž ale v takovém okamžiku – tedy oznámením lékaře, „že je to dobré“ – nekončí. V mnoha případech je to tak trochu naopak, na člověka to všechno dolehne až po léčbě. Opora lékaře je proto důležitá i následně, byť to mohou být i lékaři z jiných oborů.

Navíc, onkologické onemocnění má bohužel tu vlastnost, že se může v některých případech vracet. Tzn. že výše zmiňované obavy z návratu nemoci jsou součástí mnoha dalších měsíců, někdy i let po nemoci. Také těmto důležitým otázkám spojeným s obdobím po nemoci se v knize věnujeme. Kromě toho nejde jen o psychiku samotnou, ale i o psychické dopady trvalejších následků nemoci i léčby. Samotná nemoc je zažehnána, ale

pomoc lékařů je vyžadována v oblasti možných nastupujících následků na úrovni těla i mysli.

S ohledem na přibývající množství případů onkologických onemocnění – jaké metody či přístupy by se dle vás měly vyučovat na lékařských fakultách nebo při studiu psychologie?

Vaše otázka vlastně stála na počátku mojí motivace sepsat tuto knihu. Naším cílem bylo pomoci lidem v uvědomění (mezi profesionály i laiky), že vedle nezbytné léčby těla je třeba pracovat s psychikou nemocného i jeho blízkých. Abychom mohli být těmi empatickými a podporujícími, musíme více chápat, co člověk v jednotlivých fázích léčby, ale i v období po ní, prožívá. To tvoří vlastní jádro knihy. Proto vyučování této oblasti beru jako nezbytnou součást vzdělávání, která má podpořit komplexní přístup k nemocným.

Těší mě, že je mezi studenty i lékaři o tento obor zájem. Aktuálně se psychoonkologie vyučuje na katedře psychologie Univerzity Karlovy a o předmět je velký zájem. Dále také probíhají kurzy v rámci Institutu postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví. Věřím, že tato kniha přispěje k prohloubení psychoonkologických znalostí u odborné veřejnosti.

Budou moct přijít lékaři či pacienti na nějakou z vašich přednášek?

Určitě. Nejbližší cyklus se týká „Náročných emocí a myšlenek“, resp. možností jejich zvládnání v průběhu léčby, ale i po ní. Podrobnosti a možnost registrace na webu České onkologické společnosti: <https://www.linkos.cz/pacient-a-rodina/mysliprotrirakovine/prednasky-1/narocne-emoce-a-myslenky/>.

K tématu psychoonkologie dále nabízíme videopodcast s panem doktorem, kterého vyzpovídali v rámci projektu PoMedině: <https://www.pomedine.cz/psychoonkologie-martin-pospichal-kdo-se-postara-o-dusi-cloveka-kdyz-lecime-jeho-telo/>.

Velice děkujeme za rozhovor.

Mgr. Aneta Václavíková
Grada Publishing a.s.

Zpráva ze 13. venkovského fóra EURIPA – European Rural and Isolated Practitioners Association – organizace sdružující venkovské praktické lékaře v Evropě

Konference se konala ve Velké Británii v univerzitním městě Lincoln severovýchodně od Londýna ve dnech 20.–23. 6. 2024. Zúčastnilo se jí 122 delegátů ze 17 zemí, aby se pokusili řešit problém nerovnosti ve zdravotní péči o zdraví ve venkovských a odlehlých komunitách – „Tackling Health Inequalities in Rural and Remote Communities“ bylo klíčové téma fóra.

Organizační tým tvořili zástupci Lincoln International Institute for Rural Health (LIIRH), Lincoln Institute for Rural and Coastal Health (LIRCH) a EURIPA. Na fóru bylo prezentováno 43 abstrakt, která byla publikována v mezinárodním indexovaném časopise *Advances in Clinical and Experimental Medicine* (IF: 2.1) <https://advances.umw.edu.pl/en/abstract-book-euripa2024>.

Vzhledem k měnící se demografické křivce populace nejen ve Velké Británii, ale také v celé Evropě, se po 27 letech dostává venkovská problematika do popředí zájmu politiků, čímž se obrovské úsilí zakládajícího člena a leadera evropské venkovské skupiny, velšského lékaře a hostujícího profesora venkovské medicíny na univerzitě v Lincolnu Johna Wynna-Jonese konečně začíná zúročovat.

John Wynn-Jones přivítal účastníky na samém začátku konference s neskrývanou hrdostí, že se Velká Británie konečně dočkala a hostí tuto venkovskou akci na svém území. A ještě více proto, že jsme se mohli setkat v jednom z nejdeprivovanějších regionů Velké Británie, v Lincolnshire, kde zejména přímořské oblasti jsou nejvíce zanedbané, co se zdravotní péče týče, a kam je potřeba zaměřit pozornost a podporu politiků.

Hosty taktéž přivítal prezident EURIPA Oleg Kravtchenko následovaný čerstvě zvoleným prezidentem Ferdinandem Petrazzuolim. Vítačí blok uzavřeli místní spíkáři dr. Sunil Hindocha, Medical Director, Lincolnshire Integrated Care Board & Chair of the Clinical and Care Directorate, Lincolnshire, a profesor Karl Dayson, Pro Vice Chancellor of Research and Knowledge Exchange, University of Lincoln, kteří místo sledování fotbalového zápasu Dánsko vs. Anglie přišli mezi nás a osvětlili účastníkům fóra, s jakými výzvami se jejich region dlouhodobě potýká a proč je tolik potřebná finanční a organizační podpora jeho obyvatelů. Mezi nejproblematictější lokality patří právě místa podél pobřeží, kde hrají velkou roli sociální determinanty zdraví jako např. kvalita bydlení, behaviorální faktory, rizikové chování, úroveň vzdělání, kvalita a dostupnost lékařské péče.

Během prvního dne fóra proběhla panelová diskuse ohledně prohlášení a návrhu řešení nerovnosti v oblasti zdraví na venkově v Evropě. Usnesení, tzv. Lincoln state-

ment, bylo schváleno delegáty fóra na závěrečném ceremoniálu a zdůraznilo klíčová poselství fóra. Prohlášení nastiňuje směr, kterým se EURIPA plánuje ubírat. Tvorbu prohlášení vedla dr. Veronika Rasic za přispění účastníků fóra a venkovských akademiků.

Zde je k dispozici odkaz na usnesení: <https://www.euripa.org/news/view/euripa-lincoln-statement-2024-tackling-rural-health-inequity-in-europe>.

Ve znaku univerzity v Lincolnu je latinsky napsáno „Libertas per sapientiam“ neboli „Freedom through wisdom“ či „Vzděláním ke svobodě“.

Přístup ke kvalitnímu vzdělání rezonuje také vzhledem k problematice získání a udržení pracovní síly primární péče na venkově. Utváření týmů primární péče včetně prostoru na kvalitní pracovní prostředí, které podpoří rozvoj těchto týmových praxí, vědecké aktivity a napojení lékařů na akademickou sféru je klíčovým krokem. Bez tohoto rozvoje venkovských týmů a celé primární péče propojením s lékařskými fakultami s vědeckým zázemím se bude velice obtížně všeobecné praktické lékařství rozvíjet v porovnání s ostatními specializacemi. Vlastní výzkum, jehož výsledky by mohly pomoci novým lékařům, sestřám a ostatním členům zdravotnických týmů najít nejlepší možnou cestu, jak je v této roli podpořit. Jsou země jako je např. Norsko, kde digitalizace a analýza získaných dat tvoří běžnou součást zdravotního systému.

V Lincolnshire mají také k dispozici data z analýz, která ovšem vyznívají pro některá specifická místa





nelichotivě. Například přímořské město Mablethorpe, kam jsme se vydali na návštěvu ordinace Marisco Medical Practice, se nachází ve vyloučené lokalitě, kam se nedá dojet vlakem a kde žije nejnemocnější populace v Anglii a Walesu. Politici mají k dispozici analýzy dat z této oblasti, na základě nichž se samospráva rozhodly podpořit místní komunitu vybudováním nového komunitního centra, které vzbuzuje víru, že se situace nejen ohledně zdravotní péče v této oblastilepší.

Praktik dr. Lowe přednesl návštěvníkům vášnivou prezentaci o výzvách, kterým čelí jako místní lékař při naplňování potřeb komunity.

Vedle praxe vzniká inovativní komunitní centrum Campus for Future Living. Jeho cílem je poskytovat obyvatelům sociální a zdravotní kontakt v příjemném komunitním prostoru. Centrum sice v době naší návštěvy nebylo ještě otevřené, ale velice slibně se jeví vize spojení „starého“ NHS zdravotního střediska s moderním komunitním „hubem“, ve kterém se budou sdružovat zdravotní a sociální potřeby lidí, bude také vzdělávacím centrem s vazbou na Lincolnskou univerzitu zajišťujícím vzdělávání studentů medicíny přímo ve venkovském prostředí, poskytne jim ubytování, sociální, komunitní a sportovní aktivity. To je cesta, jak do budoucna motivovat mladé zdravotníky pro praxi ve venkovské oblasti, a tím zvýšit pravděpodobnost, jak zajistit vzdělanou zdravotnickou pracovní sílu a také způsob, jakým se efektivně postarat o stárnoucí populaci v jejím přirozeném prostředí. Komunitní péče cestou týmů potřebuje podporu všech zainteresovaných stran – státu, zdravotních pojišťoven, místních samospráv, místních spolků a komunit, neziskových organizací

a charit a také univerzity. Ve spojení všech dostupných kapacit tkví velká síla a prostor pro posun venkovské zdravotní péče na vyšší úroveň.

Na konci prohlídky také delegáti symbolicky zasadili v okolí kampusu strom – „EURIPA tree“.

Téhož dne odpoledne pronesla hlavní projev dr. Pauline Wilson, lékařka a konzultantka NHS Shetlandy, o odpovědnosti NHS za urgentní péči ve venkovském prostředí a jejího přínosu pro obyvatele odlehlých komunit. Dále dr. Toni Dedeu, hlavní poradce WHO pro integrovanou

primární zdravotní péči, informoval účastníky o strategiích WHO v souvislosti s venkovskou medicínou a jejími dopady na utváření zdravotnických politik. V průběhu let si EURIPA vybuodovala spojení s Evropským střediskem primární péče WHO a došlo k vytvoření nové venkovské koncepce pro znevýhodněné země na východě Evropy. Následovala uvítací recepce a přivítání 819. starosty Lincolnu v prostorách auly Lincolnské univerzity.

Na fóru byla diskutována spousta témat ohledně venkovských komunit, zajištění zdravotnických pracovníků ve venkovských oblastech, zlepšení úrovně primární péče, specifika venkovské praxe a péče o venkov v obecném pohledu.

EURIPA měla také výjimečnou možnost propojit akademiky z celé Evropy, aby prosazovali vytvoření a udržování kontaktů v rámci akademické sítě venkovského lékařství zaměřeného na vzdělávání a výzkum. K tomu přispěl také workshop nazvaný Evropský dialog s venkovskými akademiky s cílem vytvořit pracovní síť pro potřeby venkovských, pobřežních a vzdálených komunit v celé Evropě, ve kterém se vedla diskuse na téma překážek v akademické kariéře evropských venkovských lékařů a o možnostech řešení, jak tento stav do budoucna ovlivnit.

Velkou nadějí, jak posílit komunitní roli praktiků a také pomoci pacientům v rámci komunity, je tzv. „social prescribing“, téma, které je v Evropě v současné době velice diskutované. Jedná se o souhrn doporučení jiných než zdravotnických postupů v léčbě nemocných, zejména pacientů s chronickými chorobami a v sociální izolaci, systémem zdravotní péče. Například ve Velké Británii praktici běžně u vybraných pacientů doporučují místo medikace kurzy cvičení, malování, zahradničení, nordic walking a jiné volnočasové aktivity. Dostupné výstupy těchto aktivit jsou takové, že se snížil počet návštěv praktického lékaře, množství předepsané medikace a také využívání sekundární péče, což jistě stojí za pozornost s ohledem na omezené zdroje, které zdravotnictví zejména v době po covidu postihuje. Nemedicínské aktivity doporučené praktickými lékaři a hrazené zdravotními pojišťovnami, které zapojí pacienta v rámci vlastní komunity, významně zlepšují zdraví pacientů zejména díky psychosociálnímu kontextu. V České republice jde zatím o pole neorané, přitom velice důležité.

Aktivity pracovní skupiny Social Prescribing and Community Oriented Working Group budou v roce 2025 zaměřeny na výzkumný projekt, který bude podpořen grantem organizace EGPRN (European General Practice Research Network).

Kdokoliv se zájmem o tuto problematiku může najít více informací a stát členem této pracovní skupiny cestou organizace WONCA – odkaz na přihlášení najdete zde: <https://euripa.woncaeurope.org/content/social-prescribing-and-community-orientation>

V příštím roce se 14. EURIPA venkovské fórum bude konat ve dnech 26.–28. 6. 2024 ve starobylém městě Wittenbergu u našich německých sousedů z univerzity v Halle-Wittenbergu.

V případě vašeho zájmu o zapojení do aktivit ve venkovské medicíně, případně o účast na fóru, je možné nás kontaktovat na emailové adrese k1.javorska@gmail.com. Další informace o venkovském lékařství naleznete na webových stránkách SVL v sekci Pracovní skupiny venkovského lékařství.

Za české venkovské praktiky

MUDr. Kateřina Javorská

MUDr. David Halata

MUDr. Tamara Hynková

Pracovní skupina venkovského lékařství SVL ČLS JEP

Tamara Hynková sumarizuje, jak je důležité dostat všeobecné praktické lékařství do pregraduálního curricula na lékařských fakultách a zdůrazňuje komunitní roli VPL. Tato zkušenost je pro studenty během studia velmi důležitá a oproti nemocničnímu prostředí jedinečná.



Odkazy:

<https://www.euripa.org>

<https://news.lincoln.ac.uk/2024/05/14/tackling-health-inequalities-in-rural-and-remote-communities-university-to-host-european-forum/>

<https://www.mariscomedical-practice.com>

<https://connectedcoast.co.uk/project/campus-for-future-living/>

<https://lnu.se/en/socialprescribing>

<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13814788.2024.2351806>

<https://www.euripa.org/page/social-prescribing-and-community-orientation>

<https://www.england.nhs.uk/personalisedcare/social-prescribing/>

<https://www.mdpi.com/1660-4601/18/19/10096>

<https://www.mdpi.com/1660-4601/18/19/10096>

<https://www.mdpi.com/1660-4601/18/19/10096>

<https://www.mdpi.com/1660-4601/18/19/10096>

<https://www.mdpi.com/1660-4601/18/19/10096>

<https://www.mdpi.com/1660-4601/18/19/10096>

<https://www.mdpi.com/1660-4601/18/19/10096>

<https://www.mdpi.com/1660-4601/18/19/10096>

<https://www.mdpi.com/1660-4601/18/19/10096>

<https://www.mdpi.com/1660-4601/18/19/10096>

<https://www.mdpi.com/1660-4601/18/19/10096>

<https://www.mdpi.com/1660-4601/18/19/10096>

<https://www.mdpi.com/1660-4601/18/19/10096>

<https://www.mdpi.com/1660-4601/18/19/10096>

<https://www.mdpi.com/1660-4601/18/19/10096>

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

Severská konference praktických lékařů (23rd Nordic Congress of General Practice 2024, Turku, 11.–14. 6. 2024)

Tak trochu jiná konference aneb tohle prostě musíte zažít

MUDr. Pavel Vyčtyl, MUDr. David Halata,
MUDr. Dušan Zhoř

Severské země spolu s Nizozemím jsou světovými lídry v oboru všeobecné praktické lékařství. Řada témat, pohledů a postupů, které známe z WONCA nebo i z našich praxí má svůj původ na konferencích NCGP. V žádné zemi nejsou ušetřeni problémů a všechny se musí neustále přizpůsobovat měnícím se potřebám obyvatel, ekonomickým výkyvům, měnícímu se chování populace, novým technologiím a mnohému dalšímu. Přes řadu rozdílností je mnoho postupů lékařů v severských zemích inspirativní.

Skandinávský svět

Hned na úvod je důležité pro pochopení skandinávského pohledu na primární péči vysvětlit několik faktorů, které mají výrazně jinak zakotvené než čeští praktičtí lékaři. Pro nás často velmi výrazně jinak.

První a zcela základní je sebevědomí PL založené na datech o jejich potřebnosti a dlouholeté tradici, výrazně umocněné především programovou nezávislostí. Tato nezávislost pramení z toho, že se všechny odborné a většinou i profesní společnosti programově zbavily finančních vlivů, které lékaře kompromitují v prvé řadě v rámci klinického rozhodování – bylo opakovaně prokázáno, že ovlivňování firmami podnikajícími ve zdravotnictví jako jsou např. farmaceutické firmy vede k indukci někdy pouze málo efektivní, jindy zcela zbytečné a občas i škodlivé péče. Závislost na komerčních hráčích kompromituje před veřejností, kterou představují jak občani – pacienti, tak ale i státní aparát. Tato nezávislost severských praktických lékařů se projevuje ve velmi kritickém nahlížení veškerých předkládaných dat bez ohledu na to, od koho přicházejí.

Stále znovu a znovu se vracíme k základním hodnotám všeobecného lékařství, které si již před mnoha lety definovali a které průběžně revidují (známe jako WONCA core values, vznikly však ještě dříve na půdě NCGP). Při zavádění hodnocení svých intervencí se snaží zvažovat (někdy pro nás až velmi únavně) co možná nejvíce z těchto hodnot, kterými jsou: péče orientovaná na pacienta, rovnost v přístupu k péči, kontinuita péče, vědecké opodstatnění, mezioborová spolupráce, profesionalita a péče zaměřená na komunitu.

Skandinávští VPL dokáží efektivně žádat o veřejné prostředky na vědu ve VPL, která je v těchto zemích na světové špičce a je zcela integrální součástí profese VPL. Nezávislost je něco, co prokazatelně snižuje neefektivní vynaložení prostředků na péči, a státu se tak vyplatí investovat do nezávislého výzkumu a VPL umí tento argument velmi pádně použít.

Nezávislost něco samozřejmě stojí - např. dánský lékař platí 3000 € ročně (tedy cca 75000 Kč) za členství v odborné společnosti (obdoba naší SVL ČLS JEP) a cca 600 € (15.000 Kč) za členství v profesní organizaci (obdoba našeho SPL ČR). Umožňuje jim to řádně zaplatit své představitele a nutné výlohy a některé základní vzdělávací kurzy, které se samofinancováním souvisí. K tomu samozřejmě platí, že konference si lékaři či jejich zaměstnavatelé platí sami, což třeba jen za proběhlou konferencí cca 20.000 Kč pouze za poplatků na konferenci. Naopak co je zadarmo či levné, bývá draze zapláceno jinde... Skandinávští lékaři přiznávají, že jim jejich postoj samozřejmě velcí hráči ve zdravotnictví neusnadňují, ale právě jejich pocit nezávislosti, podpora občanů a státu jim tento nerovný souboj umožňuje velmi dobře uhrát.

Vlastní konference

NCGP se letos účastnilo cca 1 500 účastníků především z oblasti Skandinávie. Drtivá většina přednášejících jsou samotní praktici, lékaři jiných specializací přednáší velmi vzácně. Základním tématem konference bylo **General Practice – the bedrock of healthcare; respecting the core values.**

Program konference ohraničovaly keynote věnované jednotlivým kapitolám právě zmíněných core values. Pro představu způsobu přemýšlení našich skandinávských kolegů si představme první tři.

Anna Stavdal se zaměřila na aspekt kontinuity péče, kdy zdůraznila, že kvalita péče poskytovaná VPL stoupá jednoznačně s délkou jeho vztahu s pacientem a komunitou – koho více pacient zná, tomu více důvěřuje. Věnovala se pojmu „generalism“ (všeobecnost) jako základnímu kameni celého systému zdravotní péče. „Péče VPL je trvale degradována z mnoha stran, sestává z mnoha drobných zásahů v čase, které mají obrovskou hodnotu, ale jsou hůře viditelné.“ Bez odborného popsání a definice těchto drobných zásahů však zůstanou skryty a nepochopeny. Fragmentaci péče a přehnanou specializací označila za reálné nebezpečí pro pacienta. Hledala možnosti, jak propojit vědeckou činnost, tvrdá data a každodenní praxi praktika, zmínila otázku žen v medicíně. Na závěr doporučila silnou reflexi potenciálně problematických trendů ve vývoji společnosti i medicíny. Připomněla recentní studii z USA (Cochrane Sustainable Health Care study), která spočítala, že každý lékař primární péče by potřeboval 26,7 h z každého 24 h trvajícího dne (!), aby dokázal poskytovat péči přesně dle soudobých doporučených postupů. Pokud by stejná péče byla poskytována v týmu primární péče, pak by dle studie byl potřebný čas redukován „pouze“

Česká účast na NCGP 2024 ve finském Turku spolu s lídry POCUS Rakouska, Francie a Dánska.



(!) na 9,3 h denně. Svě sdělení tak Anna Stavdal zakončila konstatováním: „*Současná primární péče je péče týmů.*“ Druhá keynote se věnovala overdiagnose (kvartérní prevenci) jako důležité otázce pro VPL. Provádíme ve svých praxích velké množství intervencí a je nutné vybalancovat všechna rizika, včetně ohrožení nadměrnou diagnostikou. Overdiagnostika představuje možnou velkou finanční úsporu v systému zdravotní péče, kdy studie ukazují možný podíl zcela zbytečně vynaložených prostředků cca kolem 20–30 %. V souvislosti s implementací POCUS byla připomenuta známá jihokorejská studie (2014) sledující použití ultrazvuku ve screeningu (prevenci) karcinomu štítné žlázy, jež vedla sice k cca 15x vyššímu zachytu patologií štítnice (množství různých uzlů, často klinicky němých), ale vůbec nezměnila mortalitu na karcinom štítné žlázy, a je tak typickou ukázkou špatně zvolené a pacienta poškozující diagnostiky.

Dlouhodobosti péče se věnovala třetí keynote. Primární péče nemůže vyřešit všechny potíže společnosti, ale má největší potenciál ze všech specializací vyřešit největší díl. Kdo nikdy nezažil přínos dlouhodobé péče praktikem, neví, o co přichází – kontinuita, důvěra, dlouhodobost, znalost – to jsou velké hodnoty, které vyžadují trvalou podporu. Pokud jako pacient máte svého lékaře v síti a pokaždé jiného, nevíte, o co jste vlastně přišli, a těžko můžete hodnotit kvalitu poskytované péče. Aby byla péče v našich ordinacích udržitelná

i v dlouhodobém pohledu, je nutné stát nohama na zemi, mít k dispozici data z našich ordinací a stále se ptát, jestli naše postupy něco přinášejí a jsou kvalitní.

Celou konferenci výrazně rezonovalo téma udržitelnost a otázky, do jaké míry jsou ospravedlnitelné stále se snižující kritéria pro dyslipidémii, hodnotu krevního tlaku a dalších parametrů. Zaznělo například konstatování, že stále nemáme k dispozici žádné cost-effective analýzy obhajující smysluplnost tak základního postupu, jako je screening hypertenze, a nemůžeme odborně odpovědět, jestli něco přinášejí.

Velmi inspirativní bylo představení nástroje nazvaného Pozitivní zdraví, využívaného v Holandsku, které poskytuje jednoduchý a rychlý nástroj – dotazník, který se snaží

identifikovat pacientovy hodnoty a pozitivní motivace – především smysluplnost z pohledu pacienta. Tento nástroj může velmi konkrétně změnit náš pohled na potřeby pacientů, snížit úsilí vynaložené na péči, kterou pacient nevyžaduje nebo není (oprávněně) schopen akceptovat a podílet se na ní, protože z hlediska jeho konkrétního života to v tuto chvíli nedává žádný nebo zcela nepodstatný smysl. Stále se opakovala potřeba identifikovat pacienty nejvíce potřebné – protože zdraví občanů jako celku severští lékaři (citující například Winstona Churchilla) identifikují jako základ dobře fungující společnosti. Na konferenci byla zmiňována problematika zdravotní péče, která se zcela přirozeně orientuje na prevenci a léčbu

populace dobře socioekonomicky postavených skupin a na komplementární snižování celkové kvality péče pro ostatní skupiny, které si lepší péči nemohou dovořit. Byla diskutována problematika privátního pojištění v některých zemích, speciálních soukromých screeningových programů, které sice paradoxně těm, kteří je často za velké peníze opakovaně podstupují, nejen prokazatelně škodí (jako jsou preventivní MR, UZ, odběry na štítnou žlázu, odběry onkomarkerů atd.), především však odčerpávají omezenou kapacitu zdravotníků, která by mohla být mnohem efektivněji poskytnuta právě do skupin nejvíce potřebných, často ale lidí bez schopnosti si takovou péči efektivně zajistit. Je zdůrazňována

NCGP 2024 Turku – prezentace českého projektu POCUS iGP (David Halata)



role VPL, který má být advokátem nejvíce potřebných, pro nealtruisticky založené lidi může být důvodem to, že se to společnosti jako celku vyplatí.

Dánský systém primární péče často vnímáme jako vzor. Dánsko se přitom v současnosti zabývá nutností pozměnit stávající systém VPL, udělat jej jednodušším, podpořit více spolupráci mezi zdravotníky. Populace stárne, nedostatek zdravotních pracovníků a očekávaná větší spotřeba zdravotní péče vede k potřebě zamyslet se nad zvýšením kapacity a kompetence primární péče, což znamená zapojení většího počtu zdravotníků. Současný dánský systém organizace primární péče v budoucnosti neobstojí. Velkou důležitostí bude hrát zdravotní gramotnost a health promotion, tzn. podíl pacientů na své léčbě a zdraví. Týmy primární péče zůstanou základním kamenem zdravotního systému, ale je nutné za pomoci státu a odpovědných institucí zajistit rozvoj týmů přesně dle lokálních potřeb. Do primární péče musí být alokovány zdroje pro vědu a výzkum v primární péči.

Dle dostupných odborných doporučení potřebuje všeobecný praktický lékař 27 h trvající pracovní den, pokud má dodržet aktuální platné doporučené postupy léčby nemocí.

Nová metoda schopná spočítat čas, který by lékař potřeboval na péči dle těchto odborných doporučení se nazývá Time to treat – TNT. Má potenciál stát se základním nástrojem pro lékaře při tvoření doporučených postupů se zaměřením na skutečně nejpřínosnější postupy pro pacienta a taktéž se zaměřením na reálně proveditelné postupy lékařem, nikoliv jen teoreticky papírově sepsané imaginární teze nepoužitelné pro skutečnou praxi. Zároveň je zřejmá velká síla takto spočítané časové potřeby při vyjednávání úhrad péče a podpory organizačních a personálních změn v primární péči. Jednoznačně se nesla otázka, jestli je čas zdravotnického personálu a další přímo či nepřímo vynaložené prostředky na diagnostiku a léčbu efektivní a spravedlivé. Skloňován byl výraz *time needed to treat, cost benefit*, náklad na zachráněný rok života a další, které i u zcela zásadních bazálních parametrů jako je hypertenze, stále chybí. Např. na křivce snižující se úmrtnosti nevidíme nijak zásadní změny, které by korelovaly se zavedením antihypertenziv nebo statinů.

Na konferenci se často opakovalo téma obezity, byť na celé konferenci jsme neviděli jediného (!) byť jen trochu obézního lékaře (tedy kromě části českých účastníků). V této souvislosti je patřičné zmínit teplé občerstvení na konferenci formou švédských stolů sice s frontami, ale čekáním do 5 minut. Například kongresový oběd

z 12. 6. : zeleninový salát z bio farmy Inkisen Puutarha, bramborový salát s koprem z lokální farmy, chléb z fermentovaného těsta s mrkvovým humusem, finské pečené bio kuře s curry, pečené brambory z farmy Rymattyla, grilovaný baklažán s čočkou... Z odborného pohledu zmiňovali potřebu zdraví, nikoli hubnutí – „*můžete být tlustí, ale zdraví*“, tzn. pohyb a kvalitu jídla. „*Co je cílem u obézního pacienta, pokles hmotnosti, nebo posílení zdraví? Je cíl nízká hladina LDL, když léčit 67 pacientů znamená předejít 1 KVO příhodě, dává to smysl?*“ Zaměřovali se taktéž na potřebu personálu v týmu na léčbu obézních pacientů, časovou náročnost především pacientů s lehkou a střední obezitou, kterých je nejvíce oproti relativně malému počtu těžce obézních. Zásadní

v terapii obezity viděli úlohu VPL jako partnera, sociální změny ve výuce zdraví, dostupnosti a ceny kvalitního jídla. Připomínali, že dnes vlastně dle EBM přesně nevíme, co je příčinou obezity, například intervence obezity u dětí stále nemají EBM o svém přínosu. Zásadní je obezita jako sociální status, který je obecně přijímaný – rodiče, kamarádi jsou obézní, tak jsme taky obézní.

Do programu konference jsme se zapojili jako jedni z mála neskandinávských přednášejících aktivně i my. Díky přímému pozvání Dánské společnosti praktických lékařů se MUDr. David Halata zúčastnil v hlavním kongresovém sále bloku *Point-of-Care ultrasound in general practice across Europe – educational aspects*, kde jsme po boku svých kolegů z Francie, Anglie, Rakouska a Dánska

prezentovali rozvoj POCUS v ČR, vývoj našeho vzdělávacího POCUS curricula pro VPL a naši vzdělávací školu. Velmi potěšující a hrdost budící byla skutečnost, že ve většině vzdělávacích otázek zvládáme na poli POCUS postupovat společně s evropskou špičkou našeho oboru a v některých aspektech ji dokonce předbíhat. POCUS se již bez debat stal součástí všeobecného praktického lékařství a běžnou součástí ordinací praktiků napříč Evropou.

Druhou účastí pak byla prezentace části výsledků z našeho výzkumného projektu POCUS iGP – *The reliability of Point-of-Care ultrasound examination of the lung in primary care performed by general practitioners*. Díky velmi aktivním zákulisním jednáním se podařilo položit základy budoucí mezinárodní vědecké spolupráce.

Důležitým faktorem kvality severské konference i jejich VPL je, že většina lékařů účastnících se konference nepracuje na plný úvazek jako praktičtí lékaři, ale část úvazků věnují vědě a výuce. Řada z nich projde kvalitní-

NCGP 2024 Turku – nekonvenčnost, nevázanost, důraz na data a kritičnost postupů. Přesto trvale family friendly (workshop na téma obezity).



mi Ph.D. programy, které nedělají souběžně se specializační přípravou, resp. pokud, tak skutečně věnují svůj pracovní čas PhD studiu a čas specializační přípravy se o Ph.D. prodlouží. I to je zásadní rozdíl oproti našemu prostředí, a to nejen ve VPL. Tím, že netráví veškerý čas ve své praxi, ale mají různorodou práci, také předchází syndromu vyhoření. Velmi silné téma je taktéž work-life balance a velká pozornost umění odpočívání, relaxovat, odtrhnout se od své práce, bez kterých dříve nebo později kvalita poskytované péče lékařem začne klesat. Kdo sedí stále jen ve své praxi, nemůže dlouhodobě udržet kvalitu své péče.

Zajímavostí konference pro nás bylo velké množství účastníků, kteří během poslechu přednášek pletli produkty z vlny, či matka kojící své dítě a současně živě

NCGP 2024 Turku – kongresový oběd – těžko pak hledat na kongresu oběžní praxi.



diskutující odborné téma s auditoriem či kojenec hrající si na podlaze kongresového centra v průběhu workshopů.

Zajímavostí z Finska pak rušení mobilního signálu a GPS signálu ruskými rušičkami při přistání letadla v Helsinkách.

Celkově je NCGP strhující zážitek, který je potřeba prožít, ze kterého se vrátíte a spousta věcí vám bude vrtat hlavou... Česká medicína je ve srovnání se Skandinávií trochu jako české jídlo – hlavně hodně a výživově špatně.

Další konferenci NCGP proběhne v roce 2026 ve Švédském Jönköpingu.

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

Vážení čtenáři a řešitelé testů,

dle nového Stavovského předpisu České lékařské komory č. 16, podle § 5 přílohy č. 1, jsou od 1. 7. 2012 všechny znalostní testy v odborných časopisech hodnoceny jednotně, a to 2 kredity. Za správné vyřešení testu budou řešitelům přiděleny **2 kredity ČLK**. Podmínkou ČLK pro přidělení kreditů je zadání odpovědí elektronicky na stránkách www.svl.cz, a to **nejpozději do 20. 11. 2024**.

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

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

ZNALOSTNÍ TEST JE HODNOCEN 2 KREDITY ČLK

1. Jakým způsobem snižuje urapidil krevní tlak?

- a) blokuje průnik iontů Ca^{2+} do buněk svaloviny cév
- b) blokuje přeměnu angiotensinu I na angiotensin II
- c) má kombinovaný centrální i periferní účinek

2. Jaké jsou běžně používané síly molekuly urapidil?

- a) 1,25 mg a 2,5 mg
- b) 30 mg a 60 mg
- c) 40 mg a 80 mg

3. Prokinetika jsou efektivní v léčbě:

- a) syndromu dráždivého tračníku s průjemem
- b) horní funkční dyspepsie, zejména postprandiálního distresu
- c) gastroezofageálního reflexu

4. Cinitaprid (Gapulsid) je z pohledu bezpečnosti léčby:

- a) zatížen vysokou frekvencí nežádoucích účinků
- b) vzhledem k bezpečnostnímu profilu nevhodný k léčbě přesahující délku 1 týdne
- c) podle dostupných dat se jedná o léčbu vysoce bezpečnou

5. Při léčbě lékem Cinitaprid (Gapulsid) dochází:

- a) ke zkrácení průměrného evakuačního času žaludku
- b) k prodloužení průměrného evakuačního času žaludku
- c) ke zpomalení peristaltiky střeva

6. Co může zlepšit adherenci pacientů k léčbě?

- a) selhání komunikace
- b) zjednodušení dávkovacího režimu a využití fixních kombinací
- c) nedostatek informací

7. Jaký je přínos fixních kombinací?

- a) zvýšení adherence
- b) možnost podávat nižší dávky při zachování účinnosti s nižším rizikem nežádoucích účinků
- c) vyšší účinnost oproti monoterapii

8. Jaké riziko může představovat generická substituce pro pacienta?

- a) pacient nebude lék užívat nebo si jeho dávku neúmyslně zdvojí
- b) v některých případech může vést až k ohrožení účinnosti léčby
- c) žádné

9. Zásadní chronickou komplikací akutní plicní embolie je chronická trombembolická plicní hypertenze (CTE-PH), která postihuje cca:

- a) 4 % přeživších po akutní plicní embolii
- b) 0,4 % přeživších po akutní plicní embolii
- c) 7 % přeživších po akutní plicní embolii

10. Dostupná specifická léčba významně zlepšuje prognózu pacientů s přetrvávající plicní hypertenzí u pacientů po plicní embolii a patří k ní:

- a) balónková angioplastika
- b) chirurgická léčba
- c) farmakoterapie

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

ODPOVĚDI – TEST Č. 8/2024

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

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

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