



---

# PRACTICUS

pro praktické lékaře zdarma • č.6/2017 • ročník 16

---



TÉMA:

Onemocnění prostaty

PLNOU VERZI ČASOPISU  
VČETNĚ INZERCE  
NALEZNETE V INTERNÍ SEKCI  
[WWW.SVL.CZ](http://WWW.SVL.CZ)

## INFO SVL

- 04 EDITORIAL
- 05 ZÁVĚREČNÁ ZPRÁVA SPOLEČNOSTI VŠEOBECNÉHO  
LÉKAŘSTVÍ ČLS JEP
- 07 UPOZORNĚNÍ PRO ATESTANTY!
- 09 ZPRÁVA Z TISKOVÉ KONFERENCE ČLS JEP

## ODBORNÝ ČLÁNEK

- 10 SOUČASNÉ MOŽNOSTI KONZERVATIVNÍ A CHIRURGICKÉ  
LÉČBY BENIGNÍ HYPERPLÁZIE PROSTATY (BPH)  
*as. MUDr. Jiří Klečka, Ph.D., MBA*
- 16 PROSTATICKÝ SYNDROM, EPIDIDYMITIDY A ORCHITIDY  
*Poršová M., Kolombo I.<sup>1</sup>, Porš J.<sup>2</sup>*

## ZPRÁVY Z KONFERENCE

- 20 PRAKTICKÉ ASPEKTY STATINOVÉ TERAPIE  
*prof. MUDr. Vladimír Soška, CSc.*
- 25 ZMĚNY V EPIDEMIOLOGII CHŘÍPKY A NOVÉ POHLEDY NA  
OČKOVÁNÍ  
*MUDr. Zdeňka Jádrová*

## KAZUISTIKA

- 33 FIXNÍ TROJKOMBINACE PRO LÉČBU ARTERIÁLNÍ HYPERTENZE  
A DYSLIPIDÉMIE

## MÝTY A OMYLY

- 30 MÝTY O MAJONÉZE  
*doc. Ing. Jiří Brát, CSc.*

## PC A DOKTOR

- 27 JAK ŘEŠIT V EET SOUBĚH ZDRAVOTNÍ PÉČE A DOPLŇKOVÉHO  
PRODEJE

## ZE SVĚTA MLADÝCH PRAKTIKŮ

- 36 KONFERENCE LOVAH UTRECHT, NIZOZEMÍ - BŘEZEN 2017

## AKTUALITY

- 40 PROBLEMATIKA RAKOVINY KŮŽE V ORDINACI PRAKTICKÉHO  
LÉKAŘE
- 41 MIGRÉNA A VÝŽIVA – SOUVISLOSTI Z HLEDISKA  
PREVENCE I LÉČBY

## Vydavatel:

Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP

## Adresa redakce:

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

## Redakce:

## Šéfredaktor:

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

## Zástupci šéfredaktora:

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

## Manažerka časopisu:

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

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

## Spolupracovnice časopisu:

Andrea Vrbová, Romana Hlaváčková

Náklad 6 200 ks. • • • Vychází 10x ročně.  
**Pro praktické lékaře v ČR zdarma.**  
Roční předplatné pro ostatní zájemce  
**610 Kč.** • • • Přihlášky přijímá redakce.  
Toto číslo bylo dáno do tisku 28. 6. 2017 MK  
ČR E13477, ISSN 1213-8711.

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

# EDITORIAL



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

Milé kolegyně, milí kolegové,

přečkali jsme několik horkých dnů, které, doufám, neovlivnily vaše soustředění při léčbě pacientů. Po měsíci vám přinášíme již šesté číslo našeho časopisu v tomto roce, a jak je na titulní straně uvedeno, toto číslo je z velké části zaměřeno na onemocnění prostaty. Článek Dr. Klečky o současných možnostech konzervativní i chirurgické léčby benigní hypertrofie prostaty informuje obsáhle o jednotlivých způsobech léčení. Podrobně se zmiňuje o farmakoterapii, ale i instruktivně ukazuje možnosti chirurgické. Jak je vidět, metodiky se neustále zdokonalují spolu s úsilím o co nejšetrnější chirurgický zákrok. Rovněž článek Dr. Porošové a kolektivu se zabývá prostatickým syndromem, onemocněním varlat a jejich diagnostikou a léčbou.

Dr. Martin Doležal podrobně informuje o Jarní interaktivní konferenci, která úspěšně proběhla koncem dubna tohoto roku. Zajímavá byla rovněž tisková konference, kterou pořádala Česká lékařská společnost JEP s představiteli našeho oboru. Dovolujeme si vás s ní seznámit.

Léčba statiny je často opakované téma, ale každý autor do něj vnese něco nového, upozorní na nejrůznější úskalí nebo i nepravdivé informace či vyvrátí obavy při jejich podávání. Článek

prof. Sošky Praktické aspekty statinové terapie lze mezi velmi zajímavé zařadit. Primářka Vyhnánková přináší Praktické postřehy o depresi a její terapii, upozorňuje na časté příznaky, které nás mohou vést k diagnostice deprese: nemusí to být jen smutná nálada, často se deprese skrývá pod únavovým syndromem či neschopnosti soustředění nebo pod obrazem jiného somatického onemocnění. Důležité je správné rozhodnutí, kdy takového pacienta budeme léčit sami, kdy je vhodná konzultace s psychiatrem a kdy je nutná hospitalizace.

O změnách v epidemiologii chřipky a nových pohledech na očkování nás informuje Dr. Jágrová. I když jsme se problematice chřipky věnovali v předchozím čísle, tento článek přináší nové informace. Známým problémem v této oblasti zůstává malá proočkovanost naší populace, která je u dospělé populace kolem 5 %.

doc. Brát vyvrací mýty o majonéze, jejíž výživové hodnoty nejsou tak negativní, jak si často konzumenti myslí.

Jak řešit EET v souběhu zdravotní péče a doplňkového prodeje, informuje další článek, který také připomíná, že 1. březen 2018 se blíží, což postihne i naše ordinace.

Mladí praktici informují o konferenci v Utrechtu a poukazují na rozdíly mezi českými a holandskými praxemi.

Rovněž další články přinášejí nové informace a jistě si některý vyberete.

Dovolte mi, abych vám jménem redakční rady popřál krásné léto k načerpání dostatku sil pro další práci ve vašich ordinacích.

V Hradci Králové 22. 6. 2017

# Závěrečná zpráva Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP

## XI. jarní interaktivní konference SVL ČLS JEP 28.–30. dubna 2017, Slovanský dům, Praha

### „Co chybí primární péči v ČR, aby se dostala na evropskou úroveň“

Jarní interaktivní konference SVL ČLS JEP byla největší odbornou konferencí všeobecných praktických lékařů v Praze v roce 2017. Hlavní téma konference bylo obsaženo v jejím názvu: **Co chybí primární péči v ČR, aby se dostala na evropskou úroveň**. Odborná témata byla prezentována a diskutována nejen z pohledu praktických lékařů, ale i přizvaných specialistů. Formát konference je založen na spolupráci odborných společností a snahou je, aby témata byla zpracována interaktivně. Výsledkem by mělo být zlepšování komunikace mezi praktickými lékaři a specialisty, usnadnění předávání poznatků, zkušeností a reagování na aktuální a nové informace. Programový výbor celostátní konference pracoval v následujícím složení:

předseda: MUDr. Josef Štolfa, členové: MUDr. Pavel Brejník (pokladník SVL), doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc. (předseda SVL), MUDr. David Halata, MUDr. Otto Herber (místopředseda SVL), doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D. (vědecký sekretář SVL) a MUDr. Martin Doležal (za organizační agenturu TARGET-MD, s. r. o.).

Na Jarní interaktivní konferenci v roce 2017 byly uvedeny bloky vyzvaných přednášek. Název prvního bloku vyzvaných přednášek byl již obsažen v názvu konference a sdělení na toto téma měl docent Seifert (**WONCA 2017**) a docent Býma (**Specializační příprava všeobecných praktických lékařů v EU**). V dalším bloku zazněla vyzvaná přednáška docentky Konečné **Zdravotní a etické aspekty asistované reprodukce**. Vyzvaným blokem byl i blok s názvem **Od rakoviny k prevenci – projekt STK pro chlapy**, který byl uveden osobním příběhem Bc. Petra Koukala, jenž onemocněl nádorem varlat. Následně byli účastníci konference seznámeni v prezentaci MUDr. Švadlenkové s projektem prevence STK pro chlapy. Poslední blok vyzvaných přednášek byl věnován tématu **Venkovského lékařství**, kde byli představitelé této pracovní skupiny odbornými garanty a zároveň přednášejícími. V první přednášce tohoto bloku prezentoval MUDr. Halata přednášku **Venkovské lékařství – v Evropě již dlouho a u nás?**, na kterou navázali kazuistikami **Venkov vs. město** MUDr. Mucha, MUDr. Javorská a MUDr. Kovář. Na závěr bloku se zamyslel MUDr. Bělobrádek na téma **Venkovské lékařství – koncept nebo realita**.

Nedílnou součástí odborného setkání byla také **pracovní setkání (workshopy)**, která byly věnována následu-

jícím oblastem: Elektronický podpis a datová schránka – rychle a jednoduše (MUDr. Mucha), Elektronická evidence tržeb v ordinaci všeobecného praktického lékaře (Ing. Hajdůšek), Kompresivní terapie (MUDr. Vojtíšková a MUDr. Černohorská) a Rozpoznejte depresi (MUDr. Vyhnančková).

Po slavnostním zahájení a udělení čestných členství (MUDr. Alice Havlová, MUDr. Jana Vojtíšková, a doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc.) následovala odborná sdělení. V bloku **Diabetologie** byla zaměřena na Aktuální přístupy k léčbě diabetu 2. typu (prof. Svačina), problematiku preskripčních limitů v této oblasti DM: Možnosti léčby a preskripční limity (MUDr. Karen) a mezioborovou spolupráci v diabetologii Spolupráce diabetologa a praktického lékaře (MUDr. Hrdina).

V bloku **Léčba bolesti** zazněly přednášky Postavení nesteroidních antirevmatik v léčbě akutní bolesti z pohledu neurologa (MUDr. Niedermayerová) a Bolesti hlavy, obličeje, diagnostika a léčba (MUDr. Bártková). Přednášky Chyby a omyly v kombinační léčbě hypertenze (prof. J. Widimský jr.), Praktické aspekty statinové terapie (prof. Soška) a Jak změnit prognózu hypertoniků s dyslipidemií (MUDr. Kociánová) byly obsahem bloku **Kardiovaskulární prevence**. Na **včasnou diagnostiku vybraných onemocnění v ambulanci praktických lékařů** se zaměřila MUDr. Brunerová v přednášce Osteoporóza: jak ji diagnostikovat a léčit?, MUDr. Herber v příspěvku Nové možnosti v diagnostice familiární hypercholesterolemie a docent Vrablík s přednáškou Co může a má udělat praktický lékař pro pacienta s familiární hypercholesterolemíí.

Do problematiky **ICHDK v ordinaci VPL** uvedla posluchače MUDr. Vojtíšková, která přizvala docentku Karetovou se sdělením ICHDK aktuálně, novinky v léčbě. Blok zakončila MUDr. Vojtíšková zajímavou kazuistikou z praxe a interaktivním zpracováním otázek a odpovědí. V bloku **Varia I** byla připravena zajímavá témata z vakcinologie Vakcinace: kontinuální přístup, aneb přichází pacient od pediatra, jak pokračovat v očkování a gastroenterologie Příprava na kolonoskopii. Na problematiku měření krevního tlaku se zaměřil MUDr. Herber: Automatické měření TK ve zdravotnickém zařízení a na spánkovou problematiku MUDr. Skála: Syndrom spánkové apnoe. Na závěr odborného programu prvního dne byli praktičtí lékaři seznámeni s přehledem laboratorních vyšetření od Ing. Čížkové: Laboratorní vyšetření v kostce.

Blok **Antikoagulační léčba warfarinem?** byl zahájen zamyšlením prim. Kesslera nad tím, zda se všeobecní praktičtí lékaři správně rozhodují při léčbě warfarinem.

Následně posluchačům uvedl profesor Bultas důvody pro a proti jeho použití. Velký zájem vzbudily přednášky v bloku **Léčba deprese v ordinaci praktického lékaře**, které byly věnovány léčbě deprese s úzkostí a nespavostí (MUDr. Tůma) a následně byli praktičtí lékaři seznámeni s edukačním projektem **Rozpoznejte depresi** (doc. MUDr. Slováček). V bloku **Novinky v očkování pro praktické lékaře** se zaměřila MUDr. Jágrová na změny v epidemiologii a nové pohledy na očkování, které byly následovány sdělením prof. Kubešové o rizicích spojených s chřipkou v geriatrických pacientů a na závěr této části vystoupil MUDr. Mucha s praktickými aspekty očkování se zaměřením na vykazování. **Kognitivní funkce a stárnutí** byly předmětem zájmu profesora Rabocha, který se zaměřil na životní styl, stravovací návyky a kognitivní funkce. V této souvislosti představila MUDr. Papežová Národní akční plán pro Alzheimerovu nemoc. **Na význam stopových prvků a vitamínů** obrátil zájem posluchačů profesor Calda, který se blíže věnoval magnéziu a jeho léčebnému použití. MUDr. Lachmann vysvětloval možnosti farmakologické intervence při bolestech zad, kde podrobněji ozřejmil používání nesteroidních antiflogistik a vitamínů skupiny B. Jako **Nový pohled na známé věci** byl nazván časový prostor, kde profesor J. Widimský jr. vysvětloval, zda jsou betablokátory opravdu tak kontroverzní, jak se v současnosti v odborném tisku uvádí. S pomocí edukačního grantu společnosti Astellas Pharma byla realizována přednáška **Prevence onkologických onemocnění**, kde se MUDr. Čechová a MUDr. Matoušková zabývaly nádory varlat, ledvin, močového měchýře a prostaty. Pohled všeobecného praktického lékaře zprostředkoval MUDr. Herber, který se soustředil na dočasnou pracovní neschopnost a balneaci u urologických onemocnění. Na závěr odborného programu druhého dne byly předneseny dvě přednášky – prof. J. Widimský jr. popísal souvislost mezi endoteliální dysfunkcí a hypertenzí a docent Brát uváděl vědecké poznatky, které doka-

zují fakta a rozdíl mezi rostlinnou a živočišnou stravou. Poslední den odborné konference zahájila MUDr. Mišková s příspěvkem na téma kdy, kam a jak poslat pacienty na mamografii, který byl následován vysvětlením souvislostí mezi testy na okultní krvácení do stolice a a záchytem kolorektálního karcinomu. Obě sdělení byla prezentována v části **Onkologie a paliativní medicína**. K zajímavému tématu **Stárnutí muže** byli přizváni MUDr. Šrámková a primář Zámečník, kteří seznámili všeobecné praktické lékaře s deficitem testosteronu z pohledu prevalence, příznaků, diagnostiky a v této souvislosti zazněla přednáška věnující se hypogonadismu a jeho léčbě testosteronem v klinické praxi. V závěru třetího dne a zároveň celé konference byl uveden velmi očekávaný blok **IT a lékař aneb e-Health na jaře 2017**, kde MUDr. Cyril Mucha srovnával softwarovou připravenost na elektronickou evidenci tržeb a zároveň přizval představitele oficiálních institucí - ze Státního ústavu pro kontrolu léčiv z oddělení e-receptu – PharmDr. Kamila Rösslera (koordinátor CAU a REG) a Ing. Renatu Golasíkovou, z Ministerstva práce a sociálních věcí – náměstkyni pro řízení sekce sociálně pojistných systémů – Ing. Ivu Merhautovou, MBA, s nimiž diskutoval o aktualitách v informačních technologiích, a to zejména v oblasti elektronických neschopenek, elektronického receptu, který by měl být povinný od 1. ledna 2018.

Na závěr konference zrekapituloval předseda Společnosti všeobecného lékařství (SVL) ČLS JEP doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc., že celkem bylo registrováno více než 1300 účastníků a 30 vystavujících firem a zároveň pozval zájemce na již XII. ročník Jarní interaktivní konference v Praze ve Slovanském domě, který se bude konat ve dnech 27.–29. dubna 2018.

zpracoval:  
MUDr. Martin Doležal

## OMLUVA

V časopise Practicus č. 5/ 2017 u článku Kolonická kapsle nedopatřením vypadly e-mailové kontakty na pracoviště, které tento výkon provádí:

marek.benes@ikem.cz  
stepan.suchanek@uvn.cz  
ilja.tacheci@fnhk.cz

Tímto se omlouváme autorovi článku MUDr. Markovi Benešovi z kliniky hepatogastroenterologie, IKEM Praha.

PLNOU VERZI ČASOPISU  
VČETNĚ INZERCE  
NALEZNETE V INTERNÍ SEKCI  
[WWW.SVL.CZ](http://WWW.SVL.CZ)

# Vzdělávací semináře

v září 2017



SVL ČLS JEP

## Hlavní témata

Deprese. Nový standard v očkování chřipky.

den	datum	čas	město a místo konání
sobota	9. 9.	9.00–13.00	Kancelář veřejného ochránce práv, Údolní 39, Brno
sobota	9. 9.	9.00–13.00	Aula Právnické fakulty UP Olomouc, tř. 17. listopadu 8, Olomouc
pondělí	11. 9.	16.30–20.30	Aula SZŠ, Příluky 372, Zlín
úterý	12. 9.	16.00–20.00	Clarion Congres Hotel, Špitálské náměstí 3517, Ústí nad Labem
úterý	12. 9.	16.00–20.00	Hotel Zlatá Štika, Štrossova 127, Pardubice
středa	13. 9.	17.00–21.00	presbytář Hotelu Gustav Mahler, Křížová 4, Jihlava
středa	13. 9.	16.00–20.00	Lék.dům, Sokolská 31, Praha 2
středa	13. 9.	16.00–20.00	Clarion Congress Hotel, Pražská třída 2306/14, České Budějovice
čtvrtek	14. 9.	16.30 - 20.30	Hotel "U Šimla", Závodní 1, Karlovy Vary
čtvrtek	14. 9.	16.00–20.00	Clarion Grandhotel Zlatý Lev, Gutenbergova 3, Liberec 1
čtvrtek	14. 9.	16.00–20.00	Nové Adalbertinum, Velké náměstí 32, Hradec Králové
sobota	16. 9.	9.00–13.00	Šafránkův pavilon, alej Svobody č. 31, Plzeň
čtvrtek	21. 9.	16.00–20.00	Lék.dům, Sokolská 31, Praha 2
úterý	26. 9.	16.00–20.00	Hotel Imperial, Tyršova č. 6, Ostrava



## Zpráva z tiskové konference ČLS JEP na téma:

# Současné otázky v praxi všeobecných praktických lékařů

Tisková konference na téma současné otázky v praxi všeobecných praktických lékařů pořádaná Českou lékařskou společností se konala dne 22. 5. a byla uspořádána pro zástupce zdravotnického tisku.

Se svými příspěvky vystoupil doc. Býma a hovořil o významu oboru všeobecné praktické lékařství s odvoláním na vystoupení generální ředitelky WHO Margaret Chan. Uvedl, že praktičtí lékaři zajistí péči z 80–90 % přičemž čerpají z celkového rozpočtu na zdravotnictví pouze 5 až 15 %. Kvalita zdravotního systému závisí na kvalitě základního článku, tedy primární péče a pokud tento systém propouští do sekundární a terciární péče neindikované pacienty, prodražuje se a stává se neufinancovatelným. Problém v primární péči je velký počet kontaktů pacientů se zdravotnictvím, až 11–12, přičemž v jiných státech je tomu podstatně jinak (Švédsko 3, Rakousko 6 kontaktů), aniž by se to negativně odrazilo na zdraví populace. Přednášející poukázal na prodražování péče také vzhledem k preskripčním omezením, kdy se místo k praktickému lékaři, který je hodnocen z kapitace, pacient pro předpis odesílá ke specialistovi a ten současně vykazuje bodovou hodnotu za ošetření pacienta. Podle ČLK chybí v nemocnicích kolem 1000 lékařů, ale ne absolutně, nýbrž kvůli chybě v systému, protože od roku 1990 odešlo kolem 10 tisíc lékařů z nemocnic do ambulantní sféry a navýšení studentů lékařských fakult by problém neřešilo. Do budoucna je nutné vyřešit kontroverze v současném systému, podporovat primární péči, omezit nebo zrušit preskripční omezení. Docent Seifert informoval o přípravách konference Wonca Europe 2017, která bude konat ve dnech 28. 6. až 1. 7. v Kongresovém paláci. Při tomto setkání dojde k výměně zkušeností všeobecných praktických lékařů z jednotlivých států nejen Evropy. Náš systém se díky nízkým kompetencím, neexistenci koncepce a nejasné roli do budoucna vzdaluje od cílů, které jsme si při vytváření nového systému péče o pacienty stanovili. Do budoucna bude třeba odborné i finanční posílení primární péče, její restrukturalizace s využitím jejího potenciálu. Doktor Karen hovořil o péči o diabetika a o snahách rozšíření kompetencí pro preskripci praktických lékařů vzhledem k epidemii diabetu II. typu se snahou o přesun péče o diabetiky do ordinací praktických lékařů. K tomu byly vydány doporučené postupy, byly uspořádány semináře. Požadavek na uvolnění nových preparátů pro léčbu diabetu pro praktické lékaře považujeme za správný vzhledem k včasné léčbě a také

i z ekonomického hlediska. Moderní současná léčba předpokládá dvojkombinaci nových preparátů: díky zásahům SÚKL-u se vracíme v léčbě před rok 1989. Naším zájmem je kvalitně léčit naše pacienty a ne je přeposílat ke specialistům. Dalším přednášejícím byl doktor Herber, který hovořil o prevenci v ordinacích praktických lékařů. Poukázal na malý zájem pacientů o tuto péči. Je využívána jen ze 20–45 procent, přičemž je známo, že včas odhalené závažné onemocnění a včas léčené závažné onemocnění zvyšuje možnost dokonalého vyléčení. V této záslužné činnosti chybí motivace pacientů, ale i podpora zdravotních pojišťoven, mezioborová spolupráce, ale i schéma pro dispenzarizaci pacientů po onkologické léčbě. Bohužel pokud se pacient na preventivní prohlídku nedostaví, je naše snažení zbytečné, do budoucna bude třeba zaměřit prevenci na vyhledávání širšího spektra tumorů, zlepšit dispenzarizaci a především rozšířit mezioborovou spolupráci o nemocné. Dr. Mucha jako odborník na eHealth hovořil o tom, jaká by elektronizace zdravotnictví měla být. Uvedl 5 Z: měla by systém Zrychlit, Zjednodušit, Zlevnit, Zrationalizovat a Zredukovat nemedicínskou práci lékařů. Při zavádění nových metod by mělo platit heslo: ANI MINUTA NAVÍC, ANI HALÍŘ NAVÍC. Při zavádění eRp by měla platit možnost dvoukolejnosti předepisování. Kde není síť, by neměla být povinností, ale měla by platit možnost předepisování všech preparátů, tedy i opiátů. Podle toho, jak pracuje lékař s moderními technologiemi nelze hodnotit kvalitu jeho práce. Elektronická neschopenka by měla systém hlášení usnadnit, nikoliv komplikovat, neměla by generovat lékařům další náklady. Samostatným bodem přednášky Dr. Muchy byla i EET, která by měla naše ordinace postihnout od 1. 3. 2018. Přednášející zakončil své vystoupení skvělým citátem: „Lékař léčí, úředník úřaduje. Jestliže nechcete, aby vás léčil úředník, nechtějte aby lékař úřadoval.“

zpracoval: MUDr. Stanislav Konštický, CSc.



# Současné možnosti konzervativní a chirurgické léčby benigní hyperplázie prostaty (BPH)



as. MUDr. Jiří Klečka, Ph.D., MBA

Urologická klinika,  
Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, Praha  
UROCENTRUM – Research Site, s. r. o., Plzeň

## Souhrn:

Benigní hyperplazie prostaty je nejčastější benigní onemocnění mužů, jehož prevalence a incidence s věkem stoupá. Charakterizuje ji zvětšení prostaty, které svými důsledky může významně ovlivnit kvalitu pacientova života. V posledních letech se klinicky benigní hyperplazie prostaty řadí mezi širší skupinu diagnóz označovaných jako LUTS (lower urinary tract symptoms). Pohled na problematiku a léčbu LUTS se řídí doporučenými postupy Evropské urologické společnosti. V posledních letech zaznamenala léčba tohoto onemocnění značný rozvoj od pouhého sledování přes farmakoterapii až po možnosti chirurgické.

Konzervativní, farmakologická léčba je v současnosti stále populárnější i s ohledem na nové možnosti léčby nejen klasickými preparáty typu alfalytik a inhibitorů 5 alfa reduktázy, ale hlavně kombinovanými preparáty a použitím inhibitorů 5 fosfodiesterázy PDE5.

Co se týče chirurgické léčby benigní hyperplázie prostaty mezi zlatý standard léčby sice stále patří transuretrální resekce prostaty (TUR-P), ale stále větší procento pacientů je indikováno k miniinvasivním způsobům léčby, jako je například fotoselektivní vaporizace prostaty – PVP, či holmiová enukleace prostaty – HoLEP.

**Klíčová slova:** benigní hyperplázie prostaty, farmakologická léčba, hyperaktivní močový měchýř, tamsulosin, finasterid, transuretrální resekce prostaty, fotoselektivní vaporizace prostaty – PVP, holmiová enukleace prostaty – HoLEP.

**Benigní hyperplazie prostaty (BPH)** vzhledem k narůstajícímu výskytu ve stárnoucí populaci většiny vyspělých zemí zůstává v centru pozornosti odborné i laické veřejnosti. BPH v různé intenzitě obtíží postihuje až kolem 50 % mužů ve věku nad 60 let.<sup>(22)</sup> Roční náklady na medikamentózní terapii BPH se odhadují v celosvětovém měřítku až kolem 2,8 miliard USD. V některých

regionech je léčena zatím pouze menší část nemocných (odhaduje se, že jde pouze cca o 10 % nemocných, u nichž je léčba BPH adekvátní). V rutinní praxi zůstávají zachovány tradiční osvědčené diagnostické a léčebné postupy, jak bylo uvedeno v předchozích lekcích, věnovaných BPH. Máme však k dispozici další upřesňující poznatky a z nich vyplývající nové, rozšířené diagnosticko-terapeutické možnosti, kterým je věnován tento článek.

V současnosti se v rutinní terapeutické praxi BPH uplatňují celkem čtyři genericky odlišné preparáty – blokátory alfa1-adrenoreceptorů. Jde o **alfuzosin, doxazosin, tamsulosin a terazosin**. Preparáty používané v rutinní praxi k terapii BPH se liší svou afinitou k jednotlivým adrenoreceptorům (ARs), což poté ovlivňuje jednak odlišnosti ve vlastní účinnosti, jednak výskyt nežádoucích účinků.<sup>26</sup> Právě ortostatická hypotenze a z ní vyplývající další nežádoucí účinky, tj. sklon k závratím či pocit slabosti a únavy, byly v minulosti jednou z hlavních příčin ukončení tradiční a standardní léčby BPH alfa-blokátory až ve 24 %.<sup>16</sup> Zvláště vysoké riziko ortostatické hypotenze bylo spojeno s použitím neselektivních alfa-blokátorů, např. Deprazolinu (prazosinu), který se používal ještě v době, kdy nebyly v ČR dostupné selektivnější blokátory alfa1-adrenoreceptorů. Při stárnoucí populaci a pomalejší adaptaci kardiovaskulárního aparátu může právě ortostatická hypotenze přispět k ukončení léčby BPH pomocí alfa-blokátorů. Byla snaha vyvinout preparáty pro léčbu BPH, kde by se toto riziko snížilo. Již dříve užívané preparáty mají při použití sofistikovanějších retardovaných forem menší riziko těchto nežádoucích účinků spojených s ortostatickou hypertenzí. Příkladem mohou být preparáty s pozvolným uvolňováním účinné látky; mezi prvními v tomto směru se v podmínkách ČR začal uplatňovat Omnic Tocas (tamsulosin) a Cardura XL (doxazosin). V roce 2008 byl v USA pro léčbu mikčních obtíží při BPH schválen úřadem FDA (Food and Drug Administration – Úřad pro kontrolu léčiv v USA) nový preparát **silodosin (Urorec)**. Z dalšího klinického použití a uplatnění tohoto preparátu v rutinní praxi pak vyplývají nové, upřesňující informace o jeho využití. Jde o další preparát ze skupiny alfa-blokátorů (*tab. 1*), který do klinické praxe medikamentózní terapie přináší nové možnosti.<sup>15</sup> Ty vyplývají z částečně odlišných receptorových charakteristik tohoto nového preparátu.

## Nové možnosti při léčbě inhibitory Salfa-reduktázy

**Inhibitory Salfa-reduktázy mají v terapii BPH své pevné místo.** Normální vývoj prostaty i další proliferace tkání vedoucí ke vzniku BPH jsou pod vlivem androgenní stimulace. Ještě výraznější účinek na tkáň prosta-

**Tab. 1: Základní charakteristiky nového preparátu pro léčbu BPH – silodosinu (Urorec)**

1.	vysoká selektivita pro alfa1A-receptory versus alfa1B-receptory
2.	maximum aktivity v prostatě a hrdle močového měchýře
3.	nízká aktivita ve vaskulární tkáni
4.	riziko ortostatické hypotenze je srovnatelné s placebem

ty než samotný testosteron (T) má jeho metabolit dihydrotestosteron (DHT). Koncentrace DHT zůstává relativně stabilní i ve vyšším věku. Tradičně byl v ČR dostupný z této skupiny finasterid. **Od roku 2010 je v ČR pro rutinní praxi a terapii BPH dostupný také dutasterid (Avodart).** Jde o novější preparát, který na rozdíl od finasteridu inhibuje oba typy 5alfa-reduktázy. Pokles sérových koncentrací DHT po dutasteridu je ještě výraznější než u finasteridu. Podávání jednou denně, má dobrý efekt a toleranci a výskyt jeho nežádoucích účinků je srovnatelný s finasteridem.

### Nové možnosti kombinační terapie BPH

Kombinační léčba je u BPH standardním terapeutickým postupem. Kombinují se oba základní typy preparátů, tedy alfa-blokátor + inhibitor 5alfa-reduktázy. V minulosti nebyl v ČR dostupný preparát, který by obě tyto složky obsahoval v jedné tabletě. Nově byl také v ČR (2011) zaregistrován preparát obsahující obě tyto složky. Jde o **Duodart**, který obsahuje v jedné tabletě dutasterid 0,5 mg + tamsulosin 0,4 mg. Tato kombinace se osvědčila v klinické praxi při léčbě BPH.<sup>27</sup>

Mezi nejčastější nežádoucí účinky inhibitorů 5alfa-reduktázy patří negativní ovlivnění sexuálních funkcí. Jde o pokles libida, menší množství ejakulátu nebo citlivost či zduření prsních žláz, což bylo v minulosti jednou z hlavních příčin ukončení tradiční léčby BPH preparáty obsahující inhibitory 5alfa-reduktázy (až ve 27 %). (16) Vzhledem k tomu, že část nemocných s klinicky manifestní BPH přerušuje standardní léčbu alfa-blokátory nebo inhibitory 5alfa-reduktázy pro horší toleranci nebo výskyt některého z nežádoucích účinků, pokračuje také výzkum dalších alternativních patofyziologických mechanismů a terapeutických modalit. Dostupnou a v řadě zemí velmi oblíbenou alternativou pro léčbu BPH zůstávají fytofarmaka.

### Syndrom hyperaktivního močového měchýře - OAB

S OAB se často setkáváme u stárnoucích mužů a v případech klinické BPH s mikčními obtížemi. Oba tyto nálezy představují již odhalený nezávislý předpovědní faktor pro OAB.<sup>20</sup> Vzhledem k tomu, že současná medikamentózní terapie BPH by měla být maximálně individualizována a zaměřena na dosažení co nejlepšího efektu léčby, je nezbytné pro nemocné s podílem obtíží typu OAB využít také příslušnou léčbu anticholinergiky. Základní znalosti o patofyziologii a poznatky o příslušných receptorech jsou využívány rovněž zde v současné klinické praxi(1) a spolu s epidemiologickými daty jsou důležité pro poskytovatele zdravotní péče.<sup>9,18,29</sup>

Přehled v současnosti dostupných anticholinergik

a jejich charakteristiky jsou uvedeny v následující přehledné tabulce. Podobně jako u standardních preparátů používaných pro léčbu BPH můžeme také u preparátů používaných pro zmírnění obtíží u OAB konstatovat (na základě EBM – evidence-based medicine), že jde o bezpečnou a efektivní léčbu, pokud je použito doporučené dávkování u jinak zdravých pacientů. V klinické praxi se však u našich pacientů setkáváme s řadou komorbidit a přidružených onemocnění, proto je nutný individuální přístup a výběr správného preparátu pro daného nemocného.

Pro léčbu OAB můžeme vybrat vhodný lék na základě konkrétní klinické situace a s respektováním odlišných charakteristik a farmakokinetiky jednotlivých preparátů. Všechna antimuskarinika mohou být spojena s pocitem suchosti v ústech a se zácpou. Oxybutynin má nejvyšší incidenci pocitu suchosti v ústech. Sklon k zácpě se nejčastěji objevuje v souvislosti s léčbou oxybutyninem či darifenacinem. Všechna antimuskarinika vzhledem k vazbě na muskarinové receptory byla posuzována také v souvislosti s nežádoucími účinky na CNS. Oxybutynin má opět nejvyšší incidenci těchto obtíží. Naopak nejnižší riziko negativních efektů na CNS má darifenacin (nejvyšší selektivita k M3-receptorům) a trospium (kvarterní amin), a proto by v případě výskytu uvedených nežádoucích účinků mohli nemocní profitovat z léčby těmito preparáty. U nemocných se středně výraznou až výraznou poruchou jaterních funkcí musí být opatrnost při užití všech anticholinergik. Redukce dávky se týká také fesoterodinu, solifenacinu, tolterodinu a trospia v situacích s významným narušením renálních funkcí. V těchto situacích může být upřednostněn některý z následujících preparátů: darifenacin, oxybutynin nebo propiverin. U nemocných, kteří užívají léky ovlivňující metabolismus systému P450 cytochromu, může být upřednostněno trospium, které tento metabolismus neovlivňuje.

U nemocných s dysrytmií a především s vrozeně nebo získaně prodlouženým intervalem QT na EKG je možné upřednostnit použití darifenacinu nebo fesoterodinu. U nemocných s dobře léčeným glaukomem a při kontrolách nitroočního tlaku bývá obvykle pro léčbu použit propiverin. K terapii nykturií se osvědčuje především solifenacin. V obecné rovině lze pro léčbu anticholinergiky konstatovat, že za nežádoucí účinky jsou zodpovědná především náhlá zvýšení koncentrace vstřebaného léku, což je typické pro méně sofistikované formy preparátů bez prodlouženého uvolňování. Při použití preparátů s prodlouženým uvolňováním se efektivita léčby zvyšuje a výskyt nežádoucích účinků příznivě klesá.

## Nové možnosti pro intervenční terapii BPH

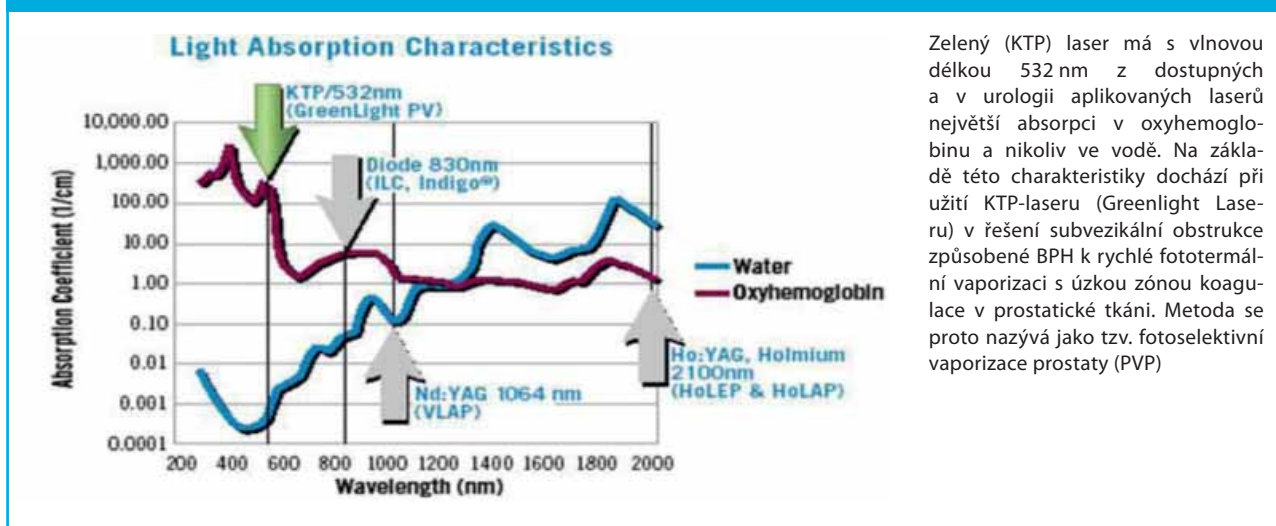
Část nemocných, u nichž je BPH již spojena s výraznou subvezikální obstrukcí nebo močovou retencí, je obvykle indikována k operační léčbě. U stárnoucí populace jsou však běžné standardní operační metody – transuretrální, popř. transvezikální prostatektomie – zatíženy značným perioperačním rizikem u polymorbidních nemocných. V těchto případech se uplatňují miniinvasivní techniky. V těchto případech patří například poměrně oblíbená **transuretrální mikrovlnná termoterapie (TUMT)** a nověji také stále více dostupná metoda **fotoselektivní vaporizace prostaty (PVP)**, při které se využívá vlnové délky z viditelné části spektra v zelené barvě, proto má též název zelený laser (potassium-titanyl-phosphate – KTP-laser, vlnová délka 532 nm). Na rozdíl od jiných typů laserů není KTP-laser absorbován ve vodě, ale v oxyhemoglobinu (obr. 1).

V souvislosti s touto odlišnou charakteristikou způsobuje zelený KTP-laser (obr. 2) rychlou fototermální vaporizaci s úzkou zónou koagulace. Jde o nekrvavou meto-

du s velmi dobrým přehledem při vlastním provádění výkonu, pro něj stačí relativně krátké zacvičení operátora (krátká „learning curve“); metoda nevyžaduje podávání transfúzí. Mezi velké výhody KTP-laseru patří možnost operovat i při poruchách srážlivosti krve nebo v případě, že nemocný užívá chronickou antikoagulační nebo antiagregační terapii. Shrneme-li výhody KTP-laseru, pak jde o další bezpečnou, účinnou, jednoduchou metodu, vhodnou i pro rizikové pacienty, jejíž efektivita je srovnatelná se standardní endoresekcí prostaty, tzv. transuretrální resekci prostaty (TURP), nebo dalšími laserovými metodami, jako je HOLEP (Holmium Laser Enucleation of the Prostate).

Metoda s KTP-laserem je vhodná pro jednodenní chirurgii, kdy odstranění močového katétru je obvykle možné do 24 hodin po výkonu a návrat do práce je možný obvykle již za 2–3 dny. Mezi nevýhody patří, že při metodě PVP není získána tkáň prostaty pro histologické vyšetření, a potenciálně tak může dojít k tomu, že není

Obrázek č. 1: Srovnání laserů používaných v urologii a jejich absorpčních koeficientů



Zelený (KTP) laser má s vlnovou délkou 532 nm z dostupných a v urologii aplikovaných laserů největší absorpci v oxyhemoglobinu a nikoliv ve vodě. Na základě této charakteristiky dochází při užití KTP-laseru (Greenlight Laseru) v řešení subvezikální obstrukce způsobené BPH k rychlé fototermální vaporizaci s úzkou zónou koagulace v prostatické tkáni. Metoda se proto nazývá jako tzv. fotoselektivní vaporizace prostaty (PVP)

Obrázek č. 2: Zelený (KTP) laser v provozu na operačním sále



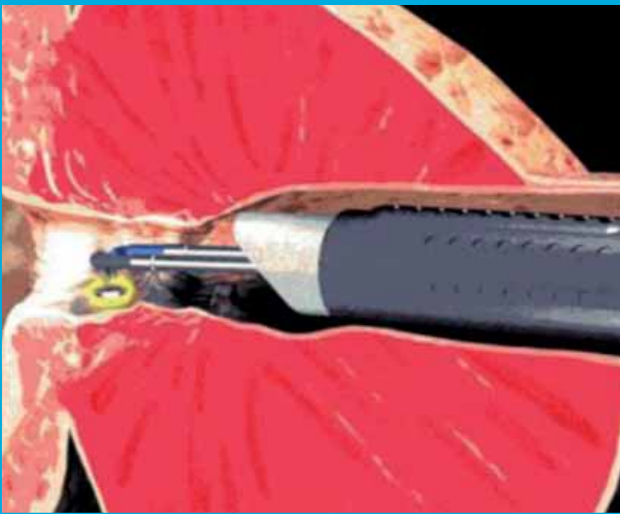
Během endoskopického výkonu sleduje operátor průběh fotoselektivní vaporizace prostaty (PVP) s využitím videořetězce na monitorech. Metoda využívá zelený (KTP) laser

diagnostikován již přítomný karcinom prostaty; to by mohlo být problémem, pokud by metoda byla použita u mladšího nemocného. Mezi další nevýhody patří vysoké náklady na PVP (3 miliony Kč přístroj + 23 000 Kč za vlákno laseru).

Horší výsledky PVP jsou u větších a velkých prostat, což vyplývá z vlastní podstaty a techniky výkonu (obr. 3a, b).<sup>21</sup>

Určitým konkurentem PVP je **plazmakinetická vaporizace** (obr. 4). Tato metoda využívá bipolární, vysoce výkonný generátor (300 W), který aktivuje elektrodu tvaru hříbku a následná vaporizace bezkrevně odpařuje prostatu.

**Obrázek č. 4: Plazmakinetická vaporizace**



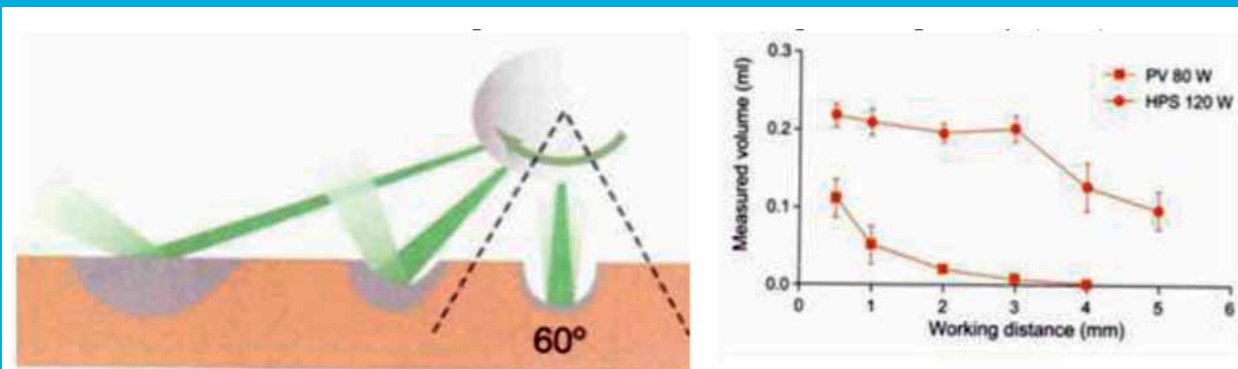
Obr. 11: Plazmakinetická vaporizace využívá bipolární, vysoce výkonný generátor (300 W), který aktivuje elektrodu tvaru hříbku a následná vaporizace bezkrevně odpařuje prostatu.

du tvaru hříbku a následná vaporizace bezkrevně odpařuje prostatu. Princip je tedy obdobný jako u vaporizace zeleným laserem. Ve srovnání s technikou zeleného laseru jde o méně ekonomicky náročnou metodu. Nevýhodou plazmakinetické vaporizace je potřeba použití endoskopu o větším kalibru, což může znamenat vyšší riziko následných striktur močové trubice.

Mezi další alternativní intervenční metody léčby BPH patří již výše zmíněná transuretrální mikrovlnná termoterapie (TUMT). Cílem transuretrální mikrovlnné termoterapie je vznik koagulační nekrózy prostatické tkáně v blízkosti uretry účinkem tepla (většinou se dnes používá teplota nad 45 °C), které vzniká při působení mikrovlnné energie. Ve světě se používají přístroje řady firem, pod označením Prostatron, ProstaLund, CoreTherm, TherMatrx, Prostatecare a Targis. V minulosti používané nízkoenergetické režimy (low energy protocol – LE-TUMT) byly sice velmi dobře tolerovány, ale dlouhodobé léčebné výsledky byly zklamáním. Dnes se proto uplatňují především zařízení umožňující režimy vysokoenergetické terapie (high energy protocol – HE-TUMT). Tyto vysokoenergetické režimy umožňují dosahovat intraprostatických teplot až kolem 80 °C. Metoda vyžaduje zavedení speciálního močového katétru s anténou napojenou na generátor mikrovlnné energie. Balónek katétru je umístěn v hrdle močového měchýře a aktivní část antény v oblasti prostatické uretry (obr. 5).

TUMT je možné provádět ambulantně v místní anestezii, podle potřeby potencované intravenózní sedací. Bezpečné provedení výkonu vyžaduje monitorování teploty termosenzory uloženými v rektu a v oblasti močového svěrače. Komplikace této metody nejsou při správném

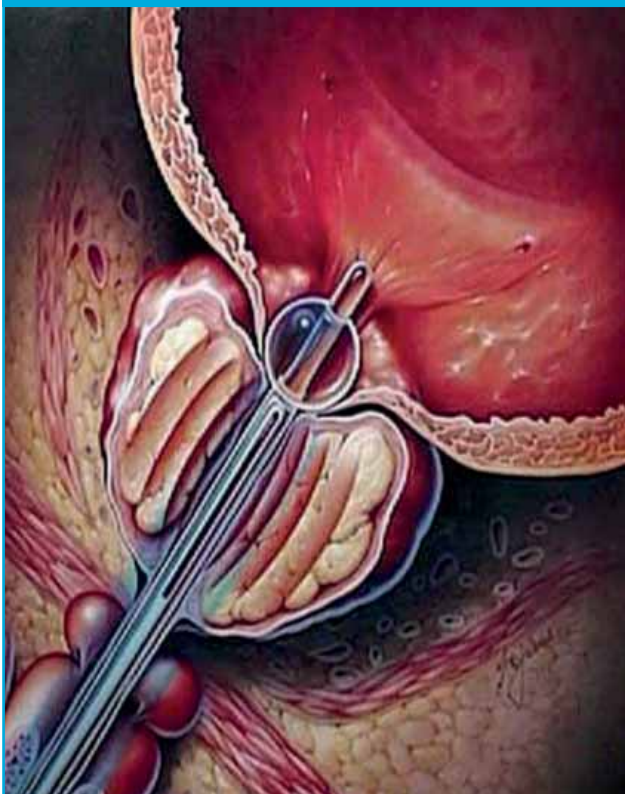
**Obrázek č. 3 a,b: Technika a efektivita aplikace fotoselektivní vaporizace prostaty (PVP)**



Obr. 10a: Při správné technice fotoselektivní vaporizace prostaty (PVP) je důležité, aby paprsek KTP-laseru dopadl přímo a co nejvíce kolmo na tkáň prostaty. Rotační amplituda kyvu vlákna nad tkání by neměla přesáhnout úhel 60 stupňů. V průběhu výkonu je nutné se vyvarovat zvětšování vzdálenosti od tkáně prostaty a zvyšování rozsahu rotace. Dopadá-li paprsek laseru na tkáň z větší vzdálenosti nebo pod ostřejším úhlem, dochází rychle ke snížení efektivity vaporizace, zvyšuje se odraz světla od tkáně a dochází ke karbonizaci tkáně, která pak brání další efektivní vaporizaci. Ve vaporizovaném laloku prostaty pak při práci v podélné ose laloku vzniká poměrně úzký žlábek, kde došlo k vaporizaci tkáně.

Obr. 10 b: Efekt vaporizace rychle poklesne, pokud by došlo k oddálení vlákna od povrchu vaporizované tkáně, a to zvláště pokud pracoviště používá přístroj s nižším výkonem (80 W).

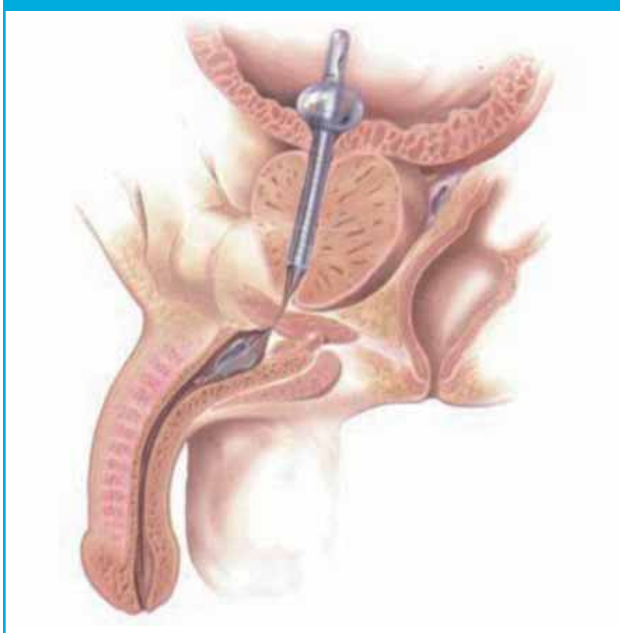
Obrázek č. 5: Transuretrální mikrovlnná termoterapie (TUMT)



Základním principem transuretrální mikrovlnné termoterapie (TUMT) je vznik koagulační nekrózy prostatické tkáně v blízkosti uretry účinkem tepla. Dnes se uplatňují především režimy vysokoenergetické terapie (high energy protocol – HE-TUMT). Metoda vyžaduje zavedení speciálního močového katétru s anténou napojenou na generátor mikrovlnné energie. Balónek katétru je umístěn v hrdle močového měchýře a aktivní část antény v oblasti prostatické uretry.

provedení výrazné. Může jít o močovou infekci, hematurii nebo retenci moči. Zavedení močového katétru obvykle postačí po dobu 2 týdnů do odeznění lokálního edému tkáně. Rovněž situace spojené s nutností zavedení močového katétru dnes mají nové, alternativní řešení, které má za cíl zlepšit kvalitu života nemocných. Jde o alternativu, kdy místo běžného močového katétru je subvezikální obstrukce – retence řešena zavedením **dočasného intraprostatického katétru Spanner** (obr. 6), který byl nedávno schválen americkým úřadem FDA pro klinickou praxi pro řešení subvezikální obstrukce v oblasti prostaty.<sup>17</sup>

Obrázek č. 6: Dočasný intraprostatický katétr Spanner in situ, zavedený v oblasti prostaty



Pro klinickou praxi je úřadem FDA nově schválen dočasný intraprostatický katétr Spanner, který umožňuje spontánní volní mikci v době, kdy je ještě otok a nekrózy v oblasti prostaty.

Dočasný intraprostatický katétr Spanner je novou alternativou standardního močového katétru (obr. 7), který řada klientů vnímá velmi negativně, protože jeho distální část vychází ven z močové trubice a způsobuje dráždění také v penilní části uretry. Nově vyvinutý intraprostatický stent Spanner je mnohem kratší a překlenuje pouze vlastní obstrukci v oblasti prostatické uretry. Tím, že stent Spanner nevyčnívá ven z močové trubice, nelimituje a nezhoršuje tak výrazně kvalitu života jako běžný močový katétr. Nevýhodou je podstatně vyšší cena a také technicky náročnější aplikace, což vyžaduje zaškolení lékaře.

### Závěr

Nové diagnostické a léčebné metody, preparáty a postupy, které jsou k dispozici pro pacienty s BPH, mají oproti předchozím postupům zajistit větší efektivitu nebo mít při srovnatelném účinku lepší toleranci a zlepšit kvalitu života nemocných. V nejbližších letech lze očekávat uplatnění dalších sofistikovaných diagnostických postupů a léčebných režimů. Většímu rozšíření některých již vyvinutých a schválených metod však brání jejich zatím vyšší ekonomická náročnost. Problematika BPH tedy nadále vyžaduje úzkou spolupráci odborné i široké zdra-

**Obrázek č. 7: Srovnání standardního močového katétru a nového intraprostatického katétru Spanner.**



V porovnání s běžným močovým katétre je intraprostatický stent Spanner mnohem kratší a překlenuje pouze vlastní obstrukci v oblasti prostatické uretry.

votnické veřejnosti včetně dobré kooperace mezi poskytovateli a plátcí zdravotní péče u těchto nových, rozšíře-

ných možností. Další výzkum jistě přinese nové perspektivy pro zkvalitnění diagnostiky a terapie BPH.

**Literatura:**

- Abrams P, Andersson KE. Muscarinic receptor antagonists for overactive bladder. *BJU Int* 2007; 100: 987–1006.
- Abrams P, Kaplan S, De Koning Gans HJ, et al.: Safety and tolerability of tolterodine for the treatment of overactive bladder in men with bladder outlet obstruction. *J Urol* 2006; 175: 999–1004.
- Adorini L, Penna G, Amuchastegui S, et al.: Inhibition of prostate growth and inflammation by the vitamin D receptor agonist BXL-628 (elocalcitol). *J Steroid Biochem Mol Biol* 2007; 103: 689–693.
- Armitage J, Emberton M. The role of anticholinergic drugs in men with lower urinary tract symptoms. *Curr Opin Urol* 2008; 18: 11–15.
- Hashim H, Abrams P. Emerging drugs for the treatment of benign prostatic obstruction. *Expert Opinion on Emerging Drugs* 2010; 2: 159–174.
- Herschorn S, Jones JS, Oelke M, et al. Efficacy and tolerability of fesoterodine in men with overactive bladder: a pooled analysis of 2 phase III studies. *Urology* 2010; 75: 1149–1155.
- Chapple CR, Cardozo L, Steers WD, Govier FE. Solifenacin significantly improves all symptoms of overactive bladder syndrome. *Int J Clin Pract* 2006; 60: 959–966.
- Chung DE, Te AE, Staskin DR, Kaplan SA. Efficacy and safety of tolterodine extended release and dutasteride in male overactive bladder patients with prostates > 30 grams. *Urology* 2010; 75: 1144–1148.
- Irwin DE, Milsom I, Hunskaar S, et al. Population-based survey of urinary incontinence, overactive bladder, and other lower urinary tract symptoms in five countries: results of the EPIC study. *Eur Urol* 2006; 50: 1306–1315.
- Jumadilova Z, Harris H, del Aguila M, et al. Agent selection for overactive bladder patients with and without documented comorbid benign prostatic hyperplasia (Read By Title). Paper presented at the International Continence Society, 28 August–2 September 2005; Montreal, QC, Canada.
- Kaplan SA, Goldfischer ER, Steers WD, et al. Solifenacin treatment in men with overactive bladder: Effects on symptoms and patient-reported outcomes. *Aging Male* 2010; 13: 100–107.
- Kaplan SA, McCammon K, Fincher R, et al. Safety and tolerability of solifenacin add-on therapy to alpha-blocker treated men with residual urgency and frequency. *J Urol* 2009; 182: 2825–2830.
- Kaplan SA, Walmsley K, Te AE. Tolterodine extended release attenuates lower urinary tract symptoms in men with benign prostatic hyperplasia. *J Urol* 2005; 174: 2273–2276.
- MacDiarmid SA, Peters KM, Shobeiri A, et al. Long-term durability of percutaneous tibial nerve stimulation for the treatment of overactive bladder. *J Urol* 2010; 183: 234–240.
- Marks LS, Gittelman MC, Hill LA, Volinn W, Hoel G. Rapid efficacy of the highly selective  $\alpha$ 1A-adrenoceptor antagonist silodosin in men with signs and symptoms of benign prostatic hyperplasia: pooled results of 2 phase 3 studies. *J Urol* 2009; 181 (suppl. 1): 694–695.
- McConnell JD, Roehrborn CG, Baptista OM, et al. The long term effect of doxazosin, finasteride, and combination therapy on the clinical progression of benign prostatic hyperplasia. *N Engl J Med* 2003; 349: 2387–2398.
- McKenzie P, Badlani G. Critical appraisal of the Spanner™ prostatic stent in the treatment of prostatic obstruction. *Medical Devices: Evidence and Research* 2011; 4: 27–33.
- Milsom I, Abrams P, Cardozo L, et al. How widespread are the symptoms of an overactive bladder and how are they managed? A population-based prevalence study. *BJU Int* 2001; 87: 760–766.
- Montorsi F, et al. Elocalcitol in the treatment of BPH: a multicenter, randomized, placebo-controlled phase IIb clinical trial. *J Urol* 2008; 179 (suppl.): 700; Abstract 2035.
- Oelke M, Baard J, Wijkstra H, et al. Age and bladder outlet obstruction are independently associated with detrusor overactivity in patients with benign prostatic hyperplasia. *Eur Urol* 2008; 54: 419–426.
- Roehrborn CG, Schwinn DA. Alpha1-adrenergic receptors and their inhibitors in lower urinary tract symptoms and benign prostatic hyperplasia. *J Urol* 2004; 171: 1029–1035.

# Prostatický syndrom, epididymitidy a orchitidy



Poršová M., Kolombo I.<sup>1</sup>, Porš J.<sup>2</sup>

Urologické oddělení,

Oblastní nemocnice Mladá Boleslav

<sup>1</sup>Urologická klinika, Fakultní nemocnice

Královské Vinohrady, Praha

<sup>2</sup>Urologická ambulance a chirurgické oddělení,

Nemocnice Turnov/Krajská nemocnice Liberec

## PROSTATICÝ SYNDROM

Diagnóza a klasifikace **prostatického syndromu** (dříve používané označení prostatitidy) je stanovena na základě potíží nemocného a průkazu známek zánětu a infekce (etiologického agens) v prostatě nebo v sekretech vylučovaných žlázou<sup>1</sup>. Mezi tyto sekrety patří prostatický exprimát (po masáži prostaty prováděné přes konečník se objeví při zevním ústí močové trubice), první porce moči po masáži prostaty (moč s příměsí prostatického exprimátu) a ejakulát.

Evropská urologická asociace (EAU) doporučuje **klasifikaci** prostatického syndromu **podle NIDDK/NIH** (National Institute of Diabetes, Digestive and Kidney Diseases of the National Institutes of Health) (tabulka 1). Tato klasifikace odlišuje bakteriální prostatitidu (akutní – ABP a chronickou – CBP) od syndromu chronické pánevní bolesti (CPPS) a asymptomatické (histologické) prostatitidy (AP)<sup>2</sup>.

Bakteriální prostatitidy (akutní a chronické) vyvolávají především **běžné uropatogeny třídy Enterobacteriaceae** (E.coli, Klebsiella sp., Proteus mirabilis, Entero-

coccus faecalis, Pseudomonas aeruginosa), které se do prostaty dostávají z infikovaného postmikčního rezidua v močovém měchýři (při subvesikální obstrukci) nebo **iatrogenerně** po instrumentaci v močových cestách (endoskopické výkony, katetrizace)<sup>3</sup>. U chronické bakteriální prostatitidy jsou zvažováni i další původci, např. **Gram-pozitivní koky nebo intracelulární patogeny** (Chlamydia trachomatis, Mycoplasma hominis, Ureaplasma urealyticum). Jejich role v etiopatogenezi chronické bakteriální prostatitidy není ještě zcela objasněna. Předpokládá se, že vyvolávají subklinický zánět, který oslabuje místní obranyschopnost prostatické tkáně a usnadňuje uchycení klasických uropatogenů v prostatě.

Bakteriální prostatitidy jsou vzácné, příčinný patogen prokazujeme jen u 5–10% pacientů s prostatickým syndromem. Dělíme je na akutní a chronické podle délky trvání příznaků. U chronické bakteriální prostatitidy přetrvávají potíže u nemocného déle než 3 měsíce a nezáleží na tom, zda souvisle nebo intermitentně.

## I. AKUTNÍ BAKTERIÁLNÍ PROSTATITIDA

**Akutní bakteriální prostatitida** (ABP) je náhlé horečnaté onemocnění s alterací celkového stavu. Hlavními příznaky jsou bolest (v suprapubické a perineální oblasti, v oblasti konečníku), mikční obtíže (strangurie, bolestivá mikce, polakisurie, urgence, oslabení proudu moči, obtížné močení až močová retence – tu způsobuje edém a spasmus v oblasti hrdla močového měchýře) a celkové příznaky (horečka, zimnice, třesavka, slabost, únava, nauzea)<sup>4</sup>. Pacient může být schvácený, mít tachykardii, tachypnoei a ev. hypotenzi<sup>3</sup>. V nejtěžších případech probíhá ABP pod obrazem septické reakce a vyžaduje okamžitou hospitalizaci a komplexní terapii. Břicho je palpačně bolestivé v oblasti podbřišku. Při vyšetření **per rectum** je prostata zvětšená, těstovitě prosáklá, nepravidelného tvaru a bolestivá<sup>3</sup>. Její masáž je kontraindikována jak vzhledem k výrazné palpační bolestivosti, tak i pro nebezpečí dalšího šíření infekce a vzniku

Tabulka 1: Klasifikace prostatického syndromu podle NIDDK/NIH<sup>2</sup>

I.	Akutní bakteriální prostatitida	Akutní infekce prostaty, prokazujeme známky zánětu i infekce v prostatě/sekretech
II.	Chronická bakteriální prostatitida	Chronická nebo recidivující infekce prostaty, prokazujeme známky zánětu i infekce v prostatě/sekretech
III.	Syndrom chronické pánevní bolesti	Bez prokazatelné infekce
III.A	zánětlivý typ	Přítomnost leukocytů v prostatických sekretech
III.B	nezánětlivý typ	Bez průkazu leukocytů
IV.	Asymptomatická prostatitida	Asymptomatický pacient, zánět prokázán při histologickém vyšetření vzorků prostaty (biopsie prostaty) nebo ejakulátu (vyšetření pro neplodnost)



bakteriémie<sup>5</sup>. Proto také v diagnostice akutní prostatitidy nepožadujeme vyšetření prostatických sekretů a spokojíme se pouze se střední porcí moči. Laboratorní vyšetření prokazuje elevaci zánětlivých parametrů v krvi (CRP, leukocytóza) a přítomnost leukocytů a bakterií v moči. Moč na mikroskopické a kulturační vyšetření odebíráme ještě před zahájením antimikrobiální empirické terapie. Dochází také k elevaci prostatického specifického antigenu – PSA. Jeho pokles na původní hodnotu může trvat až tři měsíce. Při teplotách nad 38,5 °C je vhodný odběr hemokultur. Vzácnou komplikací ABP je **absces** prostaty, který při vyšetření per rectum hmatáme v prostatě jako fluktuaci. Jejím důsledkem může být přechod v chronickou bakteriální prostatitidu (v 5% případů). Diagnózu akutní prostatitidy stanovíme na základě potíží nemocného, fyzikálního a laboratorního vyšetření. Ultrasonografie ledvin a močového měchýře je vhodným doplňkovým vyšetřením. K průkazu abscesu prostaty slouží transrektální ultrasonografie nebo NMR či CT či malé pánve s kontrastní látkou<sup>5</sup>.

Základem léčby akutní prostatitidy je **antimikrobiální** terapie. V akutním stádiu je prostatická bariéra propustná pro většinu antibiotik bez ohledu na jejich liposolubilitu<sup>6</sup>. Při závažném průběhu je na místě hospitalizace pacienta a parenterální aplikace vysokých dávek baktericidních antibiotik, např. širokospektrých penicilinů, cefalosporinů II. nebo III. generace nebo fluorochinolony (možná je i kombinace penicilinů nebo cefalosporinů s flourochinolony)<sup>1</sup>. Vstupně můžeme všechna tato antibiotika kombinovat s aminoglykosidy. Po ústupu febrilií a normalizaci zánětlivých parametrů přecházíme na perorální antibiotika, obvykle fluorochinolony nebo trimetoprim/kotrimoxazol, v celkové délce 2–4 týdny (doporučení Evropské urologické asociace). Řada autorů doporučuje celkovou délku léčby 6–8 týdnů v rámci prevence přechodu do chronického stádia. Stejná perorální antibiotika volíme také v ambulantní léčbě méně závažných případů.

Součástí léčby je dostatečná hydratace, podávání spasmolgetik, nesteroidních antiflogistik a alfablokátorů. U pacientů s **retencí moči** přistupujeme k její derivaci založením punkční epicystostomie. Možné je i zavedení tenkého močového katétru Ch 12–14 přes močovou trubici, ale pouze v případech, kdy je prostatická uretra volně průchodná. Léčba malých **abscesů** prostaty může být konzervativní (antibiotická léčba). U větších a dobře kolikovaných abscesů provádíme jednorázovou punkci nebo drenáž – transrektální, transperineální ev. transuretrální cestou (u centrálně uložených abscesů)<sup>5</sup>.

## II. CHRONICKÁ BAKTERIÁLNÍ PROSTATITIDA

**Chronická bakteriální prostatitida** (CBP) se u 25–45% pacientů projevuje opakovanými infekcemi močových cest. CBP je nejčastější příčinou **recidivujících infekcí močových cest u mužů**<sup>3</sup>. Mezi jednotlivými epizodami akutní infekce mohou být muži asymptomatictí, častěji však mají mírné až středně závažné iritační mikční potíže a bolesti nebo dyskomfort v perianogenitální oblasti (na hrázi s iradiací do zevního genitálu a v tříslech). Při vyšetření per rectum může být prostata normální, zvětšená i vazivově změněná, hrbolatá, tuhá a zmenšená. V prostatickém exprimátu, první porci moči po masáži prostaty nebo ejakulátu prokazujeme leukocyty i bakterie.

V terapii doporučuje EAU dlouhodobé (4–6 týdnů) podávání **perorálních antibiotik**<sup>1</sup>. Před jejich nasazením odebereme moč a prostatické sekrety na mikroskopické a kulturační vyšetření. Při průkazu leukocytů zahájíme antimikrobiální empirickou léčbu. Po dvou týdnech vyhodnotíme klinickou účinnost léčby. V léčbě antibiotiky pokračujeme při pozitivním kulturačním nálezu a pokud je léčba účinná. Volíme antibiotika s dobrým průnikem do prostaty i bez přítomnosti akutního zánětu (látky, které mají malé liposolubilní neionizované molekuly, které se neváží na bílkoviny krevní plazmy), především fluorochinolony (ofloxacin a ciprofloxacin) ev. trimetoprim/kotrimoxazol<sup>1</sup>. Při podezření na intracelulární patogeny pak tetracykliny a makrolidy.

## III. SYNDROM CHRONICKÉ PÁNEVNÍ BOLESTI

**Syndrom chronické pánevní bolesti** (CPPS) se od bakteriálních prostatitid zásadně odlišuje v tom, že v moči ani prostatických sekretech neprokazujeme bakterie. Existují dva typy tohoto syndromu. Zánětlivý typ charakterizuje přítomnost leukocytů v ejakulátu, prostatickém exprimátu nebo vzorku moči po masáži prostaty. U nezápětlivého typu nejsou leukocyty v těchto prostatických sekretech přítomny<sup>7</sup>. Příznaky syndromu chronické pánevní bolesti jsou nespecifické, často mírné nebo středně závažné, přesto však významným způsobem ovlivňující kvalitu života mužů, pacienti bývají na potíže psychicky fixováni. Mezi nejčastější projevy patří nepříjemné pocity nebo dyskomfort v oblasti perineu, penisu, varlat, tříslel, křížové a suprapubické oblasti, bolest při nebo po ejakulaci nebo mikční potíže. U většiny pacientů se CPPS je léčba obtížná a dlouhodobá a v mnoha případech není ani v našich silách nemocného zcela potíže zbavit. Cílem je symptomy zmírnit. Potíže mohou mít různé patofyziologické mechanismy, příčiny zatím zůstávají nejasné a vycházejí nejenom z prostaty, ale i z okolních orgánů<sup>8</sup>. To znesnadňuje léčbu, pacienti neléčíme často kauzálně, terapie je spíše symptoma-

tická. Pacienty je vhodné vstupně poučit o tom, že antibiotická léčba není základem léčby CPPS. Pacienti často prochází řadou urologických ambulancí, opakovaně se dožadují antibiotik, ovšem bez efektu. Tím se jen zvyšuje riziko vzniku rezistence. Antimikrobiální terapie (fluorchinolony, trimetoprim/kotrimoxazol, makrolidy, tetracykliny) je indikována pouze u zánětlivého typu CPPS. Před nasazením antibiotik odebereme moč a prostatické sekrety na mikroskopické a kulturační vyšetření. Při pozitivním nálezu v mikroskopickém vyšetření (přítomnost leukocytů) nasazujeme terapii antibiotiky. Pacient pak přichází na vyhodnocení za 2 týdny. Pokud z léčby neprofituje, pak v léčbě nepokračujeme (u CPPS vyjde kultivace vždy negativní)<sup>8</sup>. Dále terapeuticky využíváme anticholinergika, alfablokátory, fytopreparáty, analgetika a antiflogistika, léky ovlivňující CNS, masáže prostaty, rehabilitaci pánevního dna a režimová opatření (vyvarovat se alkoholu a kořeněných jídel, omezit dlouhé sezení, jízdu na kole, péče o pravidelnou stolici, pravidelný pohlavní styk).

#### IV. ASYMPTOMATICKÁ (HISTOLOGICKÁ) PROSTATITIDA

**Asymptomatická prostatitida** je označení pro náhodný nálezný zánět ve spermatu (při vyšetření pro infertilitu) nebo vzorcích prostaty (odebraných při biotickém vyšetření k vyloučení adenokarcinomu prostaty) u pacientů bez klinických příznaků<sup>9</sup>.

#### EPIDIDYMITIDA

**Epididymitida** je zánětlivé onemocnění nadvarlete. Může se vyskytovat izolovaně nebo sekundárně přecházet na varle (orchiepididymitida).

Etiologicky se typicky jedná o **bakteriální** onemocnění, výjimečně může mít i jiný původ (virový původ – parotitis virus, papillomavirus, enteroviry, adenoviry, mykotický původ – *Candida* sp., *Aspergillus* sp., tuberkulózní nebo parazitární původ). Existují i případy neinfekční epididymitidy (např. při užívání amiodaronu nebo u systémových onemocnění – polyarteritis nodosa, Bechcetova choroba apod.).

U sexuálně aktivních mužů mladších 35 let vyvolávají epididymitidu nejčastěji **pohlavně přenosné** patogeny (u 2/3 mužů *Chlamydia trachomatis*, dále *Ureaplasma urealyticum*, *Neisseria gonorrhoeae*)<sup>10</sup>. Výjimkou jsou infekce získané análním stykem, kde dominuje *E. coli* a *Haemophilus influenzae*. Většinu epididymitid u starších mužů pak způsobují běžné **uropatogeny**. Infekce se šíří ascendentně z uretry nebo descendentně z močového měchýře, obvykle z infikovaného postmikčního rezidua při subvesikální obstrukci. Iatrogeně vzniká epididymitida zanesením primárně močového patogenu do

pohlavních cest muže při instrumentaci v močových cestách (cystoskopie, transuretrální resekce, katetrizace)<sup>3</sup>. Původ hematogenní je také možný, ale uplatňuje se velmi zřídka (např. u tuberkulózy).

**Rizikovými faktory** pro vznik epididymitidy jsou: infekce močových cest, včetně uretritidy, subvesikální obstrukce, uretrální manipulace a dlouhodobá přítomnost močové cévky.

**Akutní bakteriální zánět** se projevuje bolestivým zvětšením a zarudnutím obvykle jedné poloviny šourku (postižení může být ale i oboustranné), zvýšenou teplotou až horečkou, cystitickými příznaky (při souběžně probíhající cystitidě nebo uretritidě). Trvá méně než 6 týdnů<sup>11</sup>. Nadvarle je zvětšené, palpačně bolestivé, často ho ale nelze odlišit od varlete. Může být přítomna i sekundární zánětlivá hydrokéla, která znesnadňuje vyšetření šourku. Komplikací akutní epididymitidy je tvorba **abscesů** nadvarlete, které se mohou provalit kůží navenek. Rozvíjí se tak abscedující epididymitida. Při **chronické** epididymitidě nebývá otok vyjádřen, nadvarle je zatvrdlé a hrboleté. Chronická epididymitida se projevuje dlouhodobě přetrvávajícími bolestmi v šourku, jejichž intenzita kolísá<sup>11</sup>.

V diagnostice epididymitidy je důležité **vyšetření moči a výtěrů z uretry** (před zahájením antimikrobiální terapie) k identifikaci původce a určení jeho citlivosti. Ze zobrazovacích metod má přínos **ultrazvukové vyšetření** šourku s dopplerem. Prokážeme tak zduření nadvarlete a jeho prokrvení (hyperémii), ev. přítomnost abscesu. Sonografické vyšetření je také důležité v diferenciální diagnostice, především při odlišení epididymitidy od **torze varlete**<sup>12</sup>. Pokud si nejsme diagnózou jisti, provádíme vždy chirurgickou revizi. Pokud při operaci zjistíme epididymitidu, pak vypustíme sekundární zánětlivou hydrokélu a ev. incidujeme abscesy. Mnohem závažnější by přitom bylo promeškání torze varlete, které vede ke ztrátě varlete.

Léčba epididymitidy je převážně **konzervativní**, základem je antimikrobiální terapie. Při volbě empirické antibiotické terapie vycházíme ze skutečnosti, že epididymitidu vyvolávají u starších mužů s benigní hyperplázií prostaty klasické uropatogeny a u mladších sexuálně aktivních mužů pohlavně přenosné patogeny, především *Chlamydia trachomatis*. Lékem volby jsou fluorochinolony (především ofloxacin), které mají dobrý průnik do tkání i široké antimikrobiální spektrum. Pokud v průběhu léčby prokážeme chlamydiovou infekci, pokračujeme doxycyklinem v dávce 200 mg/den po dobu alespoň dvou týdnů. Alternativou mohou být makrolidy<sup>3</sup>.

V doporučeních EAU se uvádí podávání **methylnprednisolonu** (40 mg na den, snižování dávky o polovinu každý druhý den) k zabránění okluze kanálků nadvarle-

te a vzniku sterility.

Součástí léčby jsou **režimová opatření**: elevace šourku, ledové, později Priessnitzovy obklady a dále podávání nesteroidních antiflogistik. Pokud je původcem epididymitidy *Chlamydia trachomatis*, je předpokladem úspěchu terapie i současná léčba sexuálního partnera<sup>1</sup>. Při tvorbě abscesů (velké, mnohočetné, neregredující) nebo u fudroyantně probíhají infekce, kdy hrozí rozvoj urosepsy, je indikována **chirurgická** léčba – incize nebo odstranění postiženého nadvarlete a varlete. Také při recidivujících, medikamentózně obtížně zvládnutelných epididymitidách, volíme extirpaci nadvarlete nebo orchiektomii.

Léčba epididymitid je podle závažnosti průběhu ambulantní i za hospitalizace.

## ORCHITIDA

**Orchitida** je zánětlivé postižení varlete. Probíhá nejčastěji jako virový zánět v rámci onemocnění parotitidou, kdy se infekce šíří na varle hematogenní cestou. Bakteriální zánět varlete vzniká při sekundárním přechodu infekce z postiženého nadvarlete<sup>3</sup>.

Virová orchitida při parotitidě postihuje dospělé muže (ve 20-30% případů), u chlapců před pubertou se vyskytuje vzácně. Asi u 20% mužů po pubertě jsou postižena obě varlata, což může mít za následek testikulární atrofii, azoospermii a vznik infertility<sup>13</sup>. Onemocnění začíná horečkou, rychle progredujícím otokem varlete a zarudnutím šourku. V anamnéze můžeme zjistit preaurikulární otok. Příznaky orchitidy přitom nastupují cca za 10 dnů od začátků projevů parotitidy. Edém ve varleti vede k tlakové atrofii zárodečného epitelu a má za následek pokles plodnosti muže (subfertilita, infertility).

Léčba virové orchitidy je pouze symptomatická, zahrnuje klidový režim, podložení, chlazení šourku a podávání nesteroidní antirevmatika (antipyretický a analgetický efekt). Kortikosteroidy a interferon alfa sice urychlují ústup potíží, ale nesnižují riziko komplikací, především tedy vzniku tlakové atrofie a následné subfertility.

### Literatura:

1. Naber KG, Bergman B, Bishop MC, et al. Guidelines of Urinary and Male Genital Tract Infections. European Association of Urology, 2003.
2. Workshop Committee of the National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Disease. Chronic Prostatitis Workshop, Bethesda, MD, 7-8 December 1995.
3. Poršová M, Kolombo I, Hanuš T, Porš J, Bartůněk M. Nejčastější klinické obrazy infekcí močových cest. In: Kolombo I, Hanuš T, Porš J, Poršová M, et al.: Infekce močových cest pro praktické lékaře a specialisty, Galén, 2007: 211-247.
4. Belej K. Prostatický syndrom-bakteriální záněty. Urolog. pro Praxi, 2007; 3: 113-118.
5. Lim DJ, Schaeffer AJ. Prostatitis syndromes. AUA Update Series 1993: Houston Texas, Lesson 1, Volume XII.
6. Bartoničková K. Uroinfekce. Galén, 2000.
7. Poršová M, Porš J, Kolombo I, Pabišta R. Prostatický syndrom. Urolog. pro Praxi, 2006; 1: 24-27.
8. Belej K. Prostatický syndrom – syndrom chronické pánevní bolesti. Urolog. pro Praxi, 2007; 8(4): 153-157.
9. Nickel CJ. Prostatitis and related conditions. In: Walsh PC, et al.: Campbell's Urology CD-Rom, Volume 1, Section 4, Chapter 15, Copyright 2002, Elsevier Science (USA).
10. Scheibel JH, Anderson JT, Brandenhoff P, et al. Chlamydia trachomatis in acute epididymitis. Scand J Urol Nephro, 1983; 17:47.
11. Berger RE, Lee JC. Sexually transmitted diseases: the classic diseases. In: Walsh PC, et al.: Campbell's Urology CD-Rom, Volume 1, Section 4, Chapter 17, Copyright 2002, Elsevier Science (USA).
12. Dvořáček J. Syndrom akutního skróta. Praktický lékař, 1996; 4: 164-165.
13. Kawaciuk I. Urologie. Jinočany: nakladatelství H+H, 2000.

# Praktické aspekty statinové terapie



prof. MUDr. Vladimír Soška, CSc.  
OKB FNŠP U svaté Anny

V souvislosti se statiny existuje řada pověr, které mohou v klinické praxi snižovat compliance pacientů k dlouhodobé léčbě statiny, a tím zhoršovat jejich prognózu stran kardiovaskulárních onemocnění.

## Mají se statiny užívat večer?

Pacientům je často doporučováno (u lékaře i u lékárníka), aby statiny užívali večer. U atorvastatinu, rosuvastatinu i fluvastatinu je přitom v SPC i v příbalovém letáku uvedeno, že mohou být užívány kdykoliv v průběhu dne a nezávisle na jídle. Tyto statiny mají dlouhý biologický poločas, takže je jedno, kdy jsou užívány. Pouze u simvastatinu je v SPC uvedeno, že může být podáván jedenkrát denně večer. Při večerním podávání může být jeho účinek na snížení LDL cholesterolu větší, ale na druhé straně večerní dávka je zapomenuta častěji než dávka ranní, takže skutečný efekt na snížení LDL-cholesterolu je nejasný. Večerní užívání léků tedy u většiny pacientů zhoršuje compliance k léčbě, a tam, kde to je možné, by mělo být preferováno užívat statiny ráno.

## Je nutné vysazovat statiny, pokud dojde při této léčbě k vzestupu kreatininázy (CK)?

Izolovaný vzestup CK bez klinické symptomatologie není myopatie; je to laboratorní nález, který může mít celou řadu příčin bez souvislosti se statiny. Zvýšení CK do 3-4 násobku fyziologických mezí bez klinických příznaků (myalgie, svalová slabost) nemá klinický význam. Ale i při vysokých hodnotách CK (nad pětinásobek referenčních mezí) bez klinické symptomatologie by nemělo být prvním krokem vysazení statinů, ale zopakování stanovení CK z nového odběru krve a také pátrání po možné příčině: nejčastěji je to zvýšená fyzická aktivita či zvýšená konzumace alkoholu v předchozích dnech před odběrem krve, dále např. probíhají-

cí infekci, nasazení jiné konkomitantní medikace atd. Pokud se při kontrolním odběru krve hodnota CK snižuje, léčba statiny může pokračovat za dalších kontrol CK. Pokud ne a pokud není přítomna jiná zjevná příčina, měly by být statiny vynechány a mělo by se kontrolovat, zda se CK normalizuje. Pokud ano, je doporučeno statiny znovu nasadit, zda se CK opět zvýší. Jen tak lze potvrdit/vyloučit kauzální souvislost mezi zvýšením CK a terapií statiny. Výše uvedený postup samozřejmě neplatí u pacientů, u kterých se při léčbě statiny objeví typické klinické příznaky - svalové bolesti nebo slabost, a to bez ohledu na to, zda je či není zvýšená CK. V tom případě bývá nutné hledat jiný statin či jiné dávkování statinu, které tyto symptomy nebude vyvolávat.

## Je nutné vynechat terapii statiny, pokud nasazujeme antibiotika?

Simvastatin a lovastatin jsou metabolizovány v játrech stejným cytochromem, jako některá antibiotika ze skupiny makrolidů a některá -azolová antimykotika. Při jejich souběžném podávání tak může dojít k interakci - zpomalení eliminace statinů a zvýšení jejich hladiny nad bezpečnou mez s rizikem vzniku nežádoucích účinků, vč. myopatie. Simvastatin a lovastatin jsou proto kontraindikovány současně s klarithromycinem, erytromycinem a telithromycinem a dále s keto-, intra-, posa- a vorikonazolem. Rosuvastatin, fluvastatin a atorvastatin však s uvedenými antibiotiky podávat lze (ne maximální dávky). Z hlediska rizika lékových interakcí je výhodnější používat atorvastatin a rosuvastatin než lovastatin či simvastatin. Bezpečný je z hlediska interakcí většinou fluvastatin (kromě nepovolené kombinace s Flukonazolem), ten je ale méně účinný než ostatní jmenované statiny.

## Způsobují statiny diabetes?

Statiny mohou mírně zvýšit hodnotu glykémie. U osob, které jsou v kategorii prediabetu (lačná glykémie se blíží hodnotě 7 mmol/l), může dojít k překročení této arbitrární hranice dříve, než kdyby pacient statiny neužíval, a pacient se tak přesune z kategorie prediabetu do kategorie diabetu. U zdravých osob s fyziologickou hodnotou lačné glykémie pod 5,6 mmol/l ale statiny diabetes mellitus nevyvolávají. Na druhé straně statiny i u diabetiků významně snižují kardiovaskulární morbiditu i mortalitu a zlepšují jejich prognózu.

# Praktické postřehy o diagnostice a léčbě deprese



**Prim. MUDr. Zdeňka Vyhnánková**  
Psychiatrická nemocnice Bohnice

Součástí programu kongresu Společnosti všeobecného lékařství byl i workshop zaměřený na možnosti léčby deprese v primární péči, který vedla primářka MUDr. Zdeňka Vyhnánková z Psychiatrické nemocnice Bohnice.

Primářka Vyhnánková hned v úvodu zdůraznila, že praktičtí lékaři mají v léčbě deprese, respektive v léčbě obecně duševních onemocnění, nezastupitelnou roli. „S praktickými lékaři jsem v poměrně častém kontaktu, protože naše pracoviště navštěvují v rámci svého postgraduálního vzdělávání. Proto vidím, že mají o psychiatrii opravdový zájem. To je pro nás podstatné, už jen proto, že bez lékařů primární péče bychom celou řadu nemocných vůbec nenalezli. Ne každý pacient má odvalu jít rovnou k psychiatrovi, a tak je mnohdy praktický lékař tím prvním, kdo problém s duševním onemocněním identifikuje. Díky důvěře, kterou k němu pacient má, je pak možné léčbu správně nasměrovat a rozhodnout, zda bude probíhat v ambulanci praktika, či zda je nutný přístup ambulantního psychiatra, či dokonce hospitalizace. Musím vyjádřit kolegům v primární péči obdiv, protože se věnují medicíně v celé její šíři a jejich časové možnosti jsou omezené.“

Paní primářka v úvodu svého workshopu také upozornila na vznik nového edukačního online projektu s názvem Rozpoznejte depresi ([www.rozpoznejtedepresi.cz](http://www.rozpoznejtedepresi.cz)), který vznikl za podpory společnosti Angelini Pharma Česká republika, s. r. o.

Jak již bylo zmíněno, právě praktičtí lékaři jsou často těmi prvními, kteří se u svých pacientů setkávají s duševními poruchami. Ve spolupráci s profesorkou Evou Češkovou a docentem Ladislavem Slováčkem proto vznikl unikátní webový portál, který kromě informací o depresi a nabízí také praktické návody a konkrétní rady, jak depresi rozpoznat, a čeho se naopak vyvarovat. Od podzimu 2017 bude portál rozšířen o projekt Deprese do hloubky. Praktickým lékařům nabídne patientské kazuistiky, záznamy odborných seminářů, rozhovory a odborné články či možnost odborné konzultace s psychiatrem.

## Nejde jen o smutnou náladu

Poté již MUDr. Vyhnánková shrnula příznaky deprese. „Nejčastěji se v této souvislosti hovoří o smutné náladě a smutku jako takovém, ale nejde jen o tyto (pocitové) příznaky. Někdy lidé nejsou schopni verbalizovat své potíže (jsem smutný), ale stěžují si na celou řadu dalších potíží.“

Může jít o únavu i po nepatrné námaze, o snížení energie a aktivity, zhoršenou schopnost radovat se, pokles zájmů, poruchu schopnosti soustředění a udržení pozornosti, snížené sebevědomí, o pocitu viny a bezcennosti. Typické jsou pesimistický pohled do budoucnosti, pocitu beznaděje, bezdůvodné obavy. Lze se setkat se sníženou či zvýšenou chutí k jídlu, se snížením či zvýšením tělesné hmotnosti, což může představovat i jeden z prvních příznaků.

Někdy klinickému obrazu dominuje emoční oploštělost. „Častá je ztráta sexuální touhy. Ta může být příznakem onemocnění, ale pokud je pacient farmakologicky léčen, může jít také o jeden z nežádoucích účinků běžně používaných léků. S tím ale obvykle pacient výčet svých obtíží nezačíná, k takové komunikaci se musíme trpělivě propracovat.“

## Somatizace psychického onemocnění

Velmi často nemocný přichází s chronickými somatickými obtížemi a bolestmi, pro které není objektivní vysvětlení, a příznaky depresivní nálady přitom nejsou výrazně vyjádřeny. Může jít o atypické bolesti na hrudi, bolesti hlavy a zad, stěhovavé svalové bolesti, bolesti kloubů, funkční poruchy zažívacího traktu. „Pro pacienty je snazší hovořit o somatických problémech než o psychických obtížích. Uvádí se, že až 70 % pacientů prezentuje jen tělesné potíže,“ upozornila MUDr. Vyhnánková.

„Mnohdy takoví pacienti absolvují sérii vyšetření zobrazovacími metodami nebo opakovaný panel imunologických testů. Praktický lékař ale tuší, že bude mít vyhráno, když se mu je podaří dostat k psychiatrovi. Musím říci, že předsudky spojené s návštěvou psychiatra ustupují a praktičtí lékaři na tom mají velký podíl. Přesto na určité bariéry stále narážíme.“

Tento názor velmi souzněl s názorem přítomných praktických lékařů - ti se shodli na tom, že je ještě relativně snadné přesvědčit pacienta ke kontaktu s psychologem, ke kontaktu s psychiatrem ale bývá postoj nemocných mnohem negativnější.

„Mnohdy vidím, že pacient k nám dorazil jen proto, že chce vyhovět svému praktickému lékaři, ale sám s tím vnitřně srozuměn není. Snažím se s ním mluvit o tom, že náš organismus je jeden celek, a nelze tělo oddělit

PLNOU VERZI ČASOPISU  
VČETNĚ INZERCE  
NALEZNETE V INTERNÍ SEKCI  
[WWW.SVL.CZ](http://WWW.SVL.CZ)

od duše. Jak je vše spojené, tělo mluví za vás. Někdy si nemocní ani nepřipustí stres.“

Specifickou skupinu pacientů pak tvoří ti, u nichž problematika deprese ustupuje do pozadí, protože se léčí s jiným závažným onemocněním - například s roztroušenou sklerózou, s Parkinsonovou chorobou či se zhoubným nádorem. „Mnoho lidí řekne: Kdo by byl veselý, když prodělal iktus. I kvalita života těchto nemocných se ale může hodně zlepšit, když se u nich na depresi myslí. Zlepšuje to i jejich přístup a spolupráci při rehabilitaci.“

Nezapomínejme na poruchy spánku

Při rozhovoru s nemocným by se podle MUDr. Vyhnánkové nemělo zapomínat na cílené dotazy o spánku. „O spánku hovoří pacienti relativně spontánně a poruchy spánku představují problém, na který se lze přímo zeptat a pacient zpravidla jednoznačně odpoví.“ Vodítkem k podezření na depresi je tedy samotný stesk na nespavost nebo naopak zvýšená potřeba spánku. Typické bývá zvýraznění obtíží ráno. „Když se pacient budí třeba ve čtyři hodiny a pak již neusne, tak je to pro něj většinou větší problém, než když nemůže večer usnout.“

Praktický lékař má podle MUDr. Vyhnánkové výhodu v tom, že velkou část pacientů zná dlouhodobě, a pozná tedy, že se chovají jinak. „Vidí například, že jsou najednou méně hovorní, jejich řeč je tichá a monotónní, mimika nevýrazná, pohyby zpomalené. Při takovém pozorování je u některých pacientů důležité odlišit depresi od příznaků počínající demence.“

### Praktický lékař, ambulantní psychiatr, nebo hospitalizace?

Primářka Vyhnánková se dále zaměřila na otázku, kdy je namístě, aby léčba deprese probíhala u praktického lékaře. „Podle mého názoru je to tam, kde jde o jasnou diagnózu depresivní poruchy, jedná se první epizodu mírné nebo středně těžké deprese, anebo jsou v anamnéze obdobné epizody, které ustoupily bez psychiatrické intervence. Podmínkou samozřejmě je, že pacient si přeje být léčen praktickým lékařem.“

A kdy je lépe nemocného poslat k psychiatrovi? „Určitě u komplikovaného klinického obrazu s příznaky více duševních poruch. Na psychiatrech bych také nechala terapii nemocných s mánií v anamnéze. Poslat ke specialistovi je namístě rovněž nemocné s první těžkou epizodou se suicidiálními myšlenkami. Všichni víme, jak velmi obtížné je suicidiální myšlenky posoudit. U těžké deprese přestává být rodina spolehlivou zárukou, kolikrát příbuzní říkají, že pacienta ohlídkají, a nepodaří se jim to. K psychiatrovi by se měli dostat ti, kteří mají za sebou epizody těžké deprese, které vyžadovaly psychiatrickou léčbu. Z hlediska volby strategie léčby vyžadují speci-

ální přístup nemocní s přidruženými chorobami nebo s medikací, jež mohou být kontraindikací léčby antidepresivy. Patří sem i situace, že pacient si přeje být léčen specialistou.“

Hospitalizace je pak nutná, pokud bezprostředně došlo k sebevražednému pokusu nebo je zde skutečně vážné nebezpečí sebevraždy. „To, zda takový nemocný musí být hospitalizován, je jedno z nejtěžších rozhodnutí, kterým čelíme. Indikací k hospitalizaci je také stupor, problémy s příjmem potravin nebo tekutin, agitovanost a přítomnost bludů. Někdy je nutné nemocné umístit na lůžko, protože potřebujeme zabránit některým negativním sociálním důsledkům, které by nastaly, kdybychom pacienta ponechali v jeho prostředí. Mimořádně opatrní musíme být například u matek dětí po porodu.“

### Nenuťme nemocné k smíchu

MUDr. Vyhnánková také shrnula hlavní zásady přístupu k depresivnímu pacientovi, které by měli znát jeho blízcí. „Ti by jej měli podpořit v tom, aby se svěřil lékaři a aby měl důvěru k provádění léčby a k užívání léků. Neměli by se jej snažit rozveselovat. Spíše než soucit je dobré vyjadřovat podporu. Nemá smysl apelovat na pacientovu vůli, říkat, že se musí vzchopit, spíše je vhodné jej přesvědčovat, že jeho stav je psychickou poruchou, za kterou nemůže, ale že jde o léčitelnou nemoc. Pacient potřebuje setrvat v určitých aktivitách, ale nesmí jít o náročné cíle a úkoly. Vždy je pak nutné sledovat nebezpečí sebevraždy a nebrat suicidiální myšlenky na lehkou váhu.“

### Pro každý lék existuje vhodný pacient a naopak

Dále se již MUDr. Vyhnánková věnovala současným možnostem léčby deprese. „S trochou nadsázky se dá říci, že pro každý lék je někde vhodný pacient. Platí to i pro tricyklická antidepresiva, i ta přes veškeré nevýhody ještě stále mají své indikace. Jejich anticholinergní účinek je možné využít třeba u pacientů s Parkinsonovou nemocí.“

Nejvíce využívanou lékovou skupinou antidepresiv v současné době představují inhibitory zpětného vychytávání serotoninu - SSRI. „SSRI jsou široce užívána, ale rozhodně nejde o léky bez nežádoucích účinků. Je u nich třeba sledovat serotoninové příznaky, jako je nauzea, vomitus, průjem, nechutenství, insomnie, tremor, tenze, agitovanost, cefalgie. Mohou se objevit neurologické, především extrapyramidové příznaky. Pacienty často trápí sexuální dysfunkce. Musíme také počítat se syndromem z vysazení při náhlém přerušení léčby, pro který jsou typické závratě, nevolnost, bolesti hlavy či pocení.“ Je zde tedy velká skupina nemocných, kterým SSRI nevyhovují.

Duální působení SARI (inhibitorů antagonistů zpětného vychytávání serotoninu)

Jednu z nových možností v takové situaci představuje trazodon, který mohou předepisovat i praktičtí lékaři. Tento přípravek je stejně účinný jako tricyklická antidepresiva nebo SSRI, vykazuje ale méně nežádoucích účinků než tricyklická antidepresiva. Z hlediska bezpečnostního profilu má své výhody i oproti SSRI. Patří do skupiny SARI (Serotonin Antagonist Reuptake Inhibitor). Jde o selektivního antagonistu serotoninových receptorů a inhibitor zpětného vychytávání serotoninu. „Má tak zdvojené působení, působí jako serotoninový agonista i antagonist, a tak u něj není tak velké riziko serotoninového syndromu.“

Dalším pozitivním účinkem trazodonu je ovlivnění poruch spánku. Jejich mechanismus je u deprese poměrně dobře popsán: dochází ke snížení celkové účinnosti spánku především kvůli deficitu hlubokých fází. Trazodon vede k normalizaci spánkové architektury.

„Tento lék je prospěšný zvláště při léčbě pacientů s poruchami spánku, s příznaky úzkosti, tenze a sexuálními problémy vzniklými při léčbě SSRI,“ uvedla MUDr. Vyhnanáková.

Jaký je tedy správný postup při léčbě deprese? „Pokud nasadíme lék, měli bychom pacienta pozvat na kontrolu po dvou týdnech, ke zhodnocení účinnosti léčby by měla další návštěva následovat po 6 týdnech. V návahu práce bychom neměli zapomínat na možnost navýšit dávku. Často k nám přicházejí pacienti, kteří mají od praktického lékaře správně zvolený lék ve správně posouzené indikaci, ale dávka je poloviční. Při nedostatečném efektu léčby je namístě kombinace nebo změna léků, případně konzultace se specialistou. Po dosažení remise pokračujeme v nastavené terapii 4 až 9 měsíců, poté bychom měli zvážit vhodnost udržovací léčby.“

Redakčně zpracovaly:  
PharmDr. Hana Šindelářová  
Mgr. Lucie Ondřichová

## I N Z E R C E

### Všeobecný lékař, s. r. o., hledá...

VPL lékaře/ku, možno i před atestací, do ordinace praktického lékaře v Brně-Bystrci.

**Nabízíme:** přátelský tým malého rodinného zdravotnického zařízení, placený telefon, proplácení seminářů dle vlastního výběru, 5 týdnů dovolené, možnost pracovního rozvoje, minimální administrativu, pracovní dobu přizpůsobenou individuálním požadavkům.

Plat při plném úvazku: 45.000 Kč/ měs. čistého.

Nástup září 2017.

**Kontakt:** telefon: 778 088 776, e-mail: olga.janovska@vseobecnylekar.cz



# Změny v epidemiologii chřipky a nové pohledy na očkování



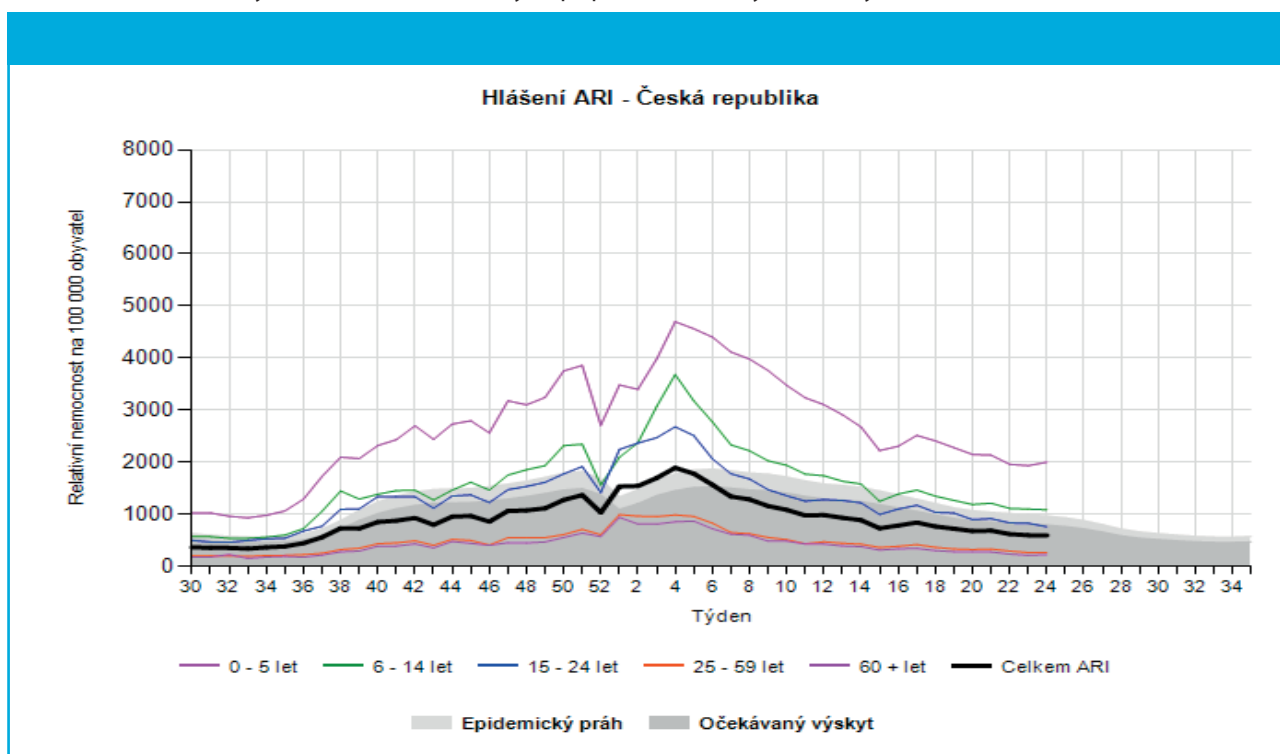
**MUDr. Zdeňka Jágrová**

Hygienická stanice hl. města Prahy

Předmětem sdělení byla informace o onemocnění chřipkou, která je každoroční stálou hrozbou. Virus chřipky způsobí až 1 miliardu onemocnění ročně, až u 5 milionů osob dojde k těžkému průběhu onemocnění a 500 000 osob každoročně zemře. V ČR byla v sezóně 2016/2017 evidována epidemie chřipky, která měla výjimečně časný nástup již v období před vánočními svátky a velmi záhy nemocnost dosáhla epidemického prahu. Epidemické hodnoty onemocnění chřipkou byly v této sezóně dosahovány po dobu přibližně 7 týdnů. Výskyt chřipky se v jednotlivých letech liší, ne každý rok je evidována epidemie: některý rok je hlášen nižší počet onemocnění, výskyt je však protrahovaný, jindy dochází k rychlému nárůstu počtu hlášených onemocnění, takový výskyt obvykle trvá pouze několik týdnů. V sezóně 2015/2016 bylo hlášeno 298 závažných přípa-

dů onemocnění s hospitalizací na ARO a JIP a 109 úmrtí (36,6 %), v sezóně 2016/2017 celkem 323 závažných případů onemocnění, z toho 111 případů úmrtí (34,3 %). Podíl jednotlivých kmenů chřipky se každoročně mění a mění se i v průběhu chřipkové sezóny. Obvykle se střídají kmeny A(H1N1) a A(H3N2) a kmeny B/Yamagata a B/Victoria. V Evropě např. ve 12. kalendářním týdnu 2017 dominovaly kmeny chřipky B v 71 % a chřipka A byla zachycena pouze ve 29 %. Pokud provedeme ještě podrobnější rozlišení, tak chřipka A se na tomto výskytu v tomto týdnu podílela v 10 % kmenem A(H1N1) a v 90 % kmenem A (H3N2). U chřipky B byl podíl linie Yamagata 90 % a linie Victoria 10 %. V průběhu let 2000–2011 převažovala linie B/Yamagata v letech 2000–2002, 2004 a 2008 až 2009, v ostatních letech převažovala linie B/Victoria, shoda převažující linie, která v populaci kolovala s vakcinačními kmeny, byla ve 2 sledovaných letech kompletní, ve 3 letech označena jako vysoká shoda, ve 3 letech pouze střední shoda a 4x nízká shoda cirkulujícího kmene s kmenem vakcinačním. V posledních 4 sezónách (od roku 2012/2013) se chřipka A podílela na výskytu v průměru v 73 % (od 69 % do 77,5 %) chřipka B v průměru v 27 % (od 22,5 % do 30 %).

Rozšíření spektra obsahu vakcíny o další kmen chřipky B výrazně navýší shodu kmenů cirkulujících v populaci s kmeny obsaženými ve vakcíně. Dle statického modelu



PLNOU VERZI ČASOPISU  
VČETNĚ INZERCE  
NALEZNETE V INTERNÍ SEKCI  
[WWW.SVL.CZ](http://WWW.SVL.CZ)

mohla tetravalentní vakcína proti chřipce zabránit v USA v letech 1999 až 2009 až 2,7 milionům onemocnění chřipkou, snížit počet hospitalizací až o 21 400 a zabránit 1 300 úmrtí. V zemích Evropské unie mohlo použití tetravalentní vakcíny za deset let zabránit až 1,6 milionům onemocnění chřipkou, snížit počet hospitalizací až o 37 300 a zabránit 14 800 úmrtí. Klinické projevy chřipky vyvolané různými kmeny bývají shodné, nelze tedy podle klinických projevů určit, o jaký kmen chřipky se jedná, odpověď nám může dát pouze cílené virologické vyšetření. Je důležité znovu připomenout, že podíl jednotlivých kmenů chřipky na nemoci se v průběhu sezóny mění. Chřipkou jsou ohroženy zejména osoby s kombinací chronického onemocnění srdce a plic, u kterých je až 435x vyšší riziko úmrtí než u zdravých jedinců. U osob s kardiovaskulárním onemocněním v kombinaci s diabetem je uváděno riziko úmrtí až 240x vyšší než ve zdravé populaci, u osob pouze s plicními nemocemi je riziko až 120x vyšší a u osob s kardiovaskulárním onemocněním 52x vyšší. Zvláštní skupinu v přenosu onemocnění představují zdravotničtí pracovníci. Očkování zdravotnických pracovníků není v ČR upraveno legislativou a proočkovanost proti chřipce je až na výjimky velmi nízká. Zdravotníci jsou častým zdrojem nákazy pro pacienty, jen výjimečně zůstávají v době chřipkových potíží v domácí izolaci a přenáší tak infekci

mezi pacienty, kteří jsou mnohdy polymorbidní a přidávané onemocnění chřipkou jejich zdravotní stav velmi komplikuje. Proočkovanost dospělých v ČR se pohybuje okolo 5 % a je naprosto nedostatečná. Pro porovnání v letech 2011 až 2015 uvádělo 12 států EU proočkovanost nad 50 % populace, dalších 12 států uvádělo proočkovanost nad 20 %, jen u států jako je Lotyšsko a Estonsko byl počet očkovaných na podobné úrovni jako ČR. V USA v letech 2009 až 2016 dosahovala proočkovanost dospělé populace 41,7 % a dětí ve věku od 6 měsíců do 17 let dokonce 59,3 %.

Praktičtí lékaři si mnohdy neuvědomují, jak velkou autoritou jsou pro své pacienty. Až 61 % dospělých uvádí, že by se nechali očkovat, pokud by jim to praktický lékař doporučil. Pacienti uvádí až 3x vyšší pravděpodobnost, že se nechají v budoucnu očkovat v případě, že jim to doporučí praktický lékař nebo sestra. Dostatečně vysvětlené výhody očkování navýší compliance očkovaní u 55 % pacientů.

Závěrem lze uvést, že ze všech faktorů, které by mohly být spojeny s postojem k očkování proti chřipce, se zdá být nejdůležitější doporučení očkování ze strany praktického lékaře.

(data SZÚ)

#### Literatura:

Chřipková sezóna 2016/2017 [online] [cit.07-05-2017]: [www.szu.cz/tema/prevence/chripkova-sezona-2016-2017](http://www.szu.cz/tema/prevence/chripkova-sezona-2016-2017)  
Flu News Europe [online] [cit.07-05-2017]: <http://vflunewseurope.org/DATA>  
Vakcinace proti chřipce ve stáří-Důležitý nástroj prevence hospitalizací a úmrtí [online] [cit.04-09-2016]:[www.tribune.cz/danek/26048-vakcinace-proti-chripce-ve-stari-dulezity-nastroj-prevence-hospitalizace-a-umrti](http://www.tribune.cz/danek/26048-vakcinace-proti-chripce-ve-stari-dulezity-nastroj-prevence-hospitalizace-a-umrti)  
Ian G.Barr AND Lauren L.Jelley.WHO collaborating Centre for Reference and Research on Influenza, Melbourne, VIC, Australia  
Seasonal influenza vaccination in Europe [online] [cit.07-05-2017]: [ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/Seasonal-influenza-vaccination-Europe-2012-13.pdf](http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/Seasonal-influenza-vaccination-Europe-2012-13.pdf)  
2014-15 NHIS, BRFSS, and NIS-Flu Influenza Data [online] [cit.07-05-2017]: [www.cdc.gov/flu/fluvaxview/nhis-flu-vax-2014-15.htm](http://www.cdc.gov/flu/fluvaxview/nhis-flu-vax-2014-15.htm)

Uhart M, Bricout H, Clay E, LARGERON N. Public health and economic impact of seasonal influenza vaccination with quadrivalent influenza vaccines compared to trivalent influenza vaccines in Europe. *Hum Vaccin Immunother* 2016;12(9): 2259-2268  
Reed C, Meltzer MI, Finelli L, Fiore, A. Public health impact of including two lineages of influenza B in a quadrivalent seasonal influenza vaccine. *Vaccine* 2012;30(11):1993-1998  
Lee BY, Bartsch SM, Willig AM. The economic value of a quadrivalent versus trivalent influenza vaccine. *Vaccine* 2012;30:7443-7446  
Kynčl J, Skoupá J, Černá V. Kolik stojí chřipka v ČR v roce 2012. *Practicus* 2012;7:17-19;  
MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 1988;37(43):657-661 [online] [cit.07-05-2017]: <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00021583.htm>

# Fixní trojkombinace pro léčbu arteriální hypertenze a dyslipidémie



**MUDr. Milan Plíva**

Kardiologické centrum Agel, Prarudbice  
Kardiologické oddělení Nemocnice Pardubice

## Úvod

Arteriální hypertenze a dyslipidémie jsou velmi častá onemocnění, jež obsazují první a třetí místo z výčtu rizikových faktorů vedoucích k úmrtí.<sup>1</sup> V České republice má třetina osob ve věku 40–65 let současně arteriální hypertenzi a dyslipidémii, přičemž pouze více než 10 % z těchto pacientů dosahuje optimální kontroly obou rizikových faktorů a 30 % optimální kontroly jednoho z nich.<sup>2</sup> Jedná se o choroby s téměř vždy nutností doživotní farmakologické a nefarmakologické léčby, jejichž kvalita má vliv na prognózu nemocných.<sup>3,4</sup> Vzhledem k dalším, často přidruženým chorobám, jakými jsou obezita, diabetes mellitus, hyperurikémie apod., roste u této populace pacientů významně kardiovaskulární riziko, a tím i nutnost užívání velkého množství léků. Zároveň víme, že s rostoucím počtem užívaných léků, potažmo tablet, klesá compliance/adherence k léčbě: po 6 měsících užívá všechny předepsané léky pouze necelých 36 % pacientů.<sup>5</sup>

Objektivní hodnocení compliance k léčbě je v běžné ambulantní praxi obtížné. Např. samotná hodnota TK v ordinaci při kontrole léčby arteriální hypertenze nemusí být správným indikátorem. Napomoci k zhodnocení může i chování pacienta ve smyslu vynechávání plánovaných kontrol či potřeba menšího počtu předepsaných balení mezi kontrolami.<sup>6</sup>

Farmakoterapie pomocí fixních kombinací představuje trend posledních let, jenž dle dostupných dat vede nejen ke zlepšení compliance a kontroly sledovaných parametrů u našich pacientů,<sup>7</sup> ale také ke snížení kardiovaskulárních příhod a lepší kardiovaskulární protekci, což se pokusíme demonstrovat i v níže uvedených kazuistických sděleních.

## Proč právě kombinace perindoprilu argininu, amlodipinu a atorvastatinu

Jedná se o široce užívané preparáty, jež byly úspěšně testovány ve velkých klinických studiích, ať už samostatně, či v kombinacích (ASCOT, EUROPA, PROGRESS,

STRONG, CAMELOT, ALLHAT, PREVENT etc.).

Konkrétně například výsledky studie ASCOT-BPLA ukázaly, že léčba založená na amlodipinu má větší dopad na snížení kardiovaskulárního rizika než terapie založená na atenololu – ve skupině s amlodipinem byla mortalita z kardiovaskulárních příčin o 24 % nižší, mortalita ze všech příčin o 11 % nižší a výskyt nově vzniklého diabetu mellitu o 30 % nižší. Pro tyto výsledky byla studie předčasně ukončena<sup>8</sup>.

ASCOT-LLA pak ukázala synergistický účinek atorvastatinu a antihypertenzní terapie založené na amlodipinu/perindoprilu. Ve srovnání s placebem, atorvastatinu přidávaný k amlodipinu/perindoprilu snížil výskyt fatálních a nefatálních koronárních příhod o 36 %, všech kardiovaskulárních příhod o 21 %, cévních mozkových příhod o 27 % a snížil relativní riziko vzniku kardiovaskulárního onemocnění o 53 %, přičemž se jednalo o pacienty s celkovým cholesterolem pod 6,5 mmol/l. Oproti tomu přidání atorvastatinu k atenololu/bendroflumethiazidu vedlo ke snížení relativního rizika vzniku kardiovaskulárního onemocnění pouze o 16 %, i tato studie byla předčasně ukončena.

Z uvedeného je tedy zřejmé, že při léčbě touto trojkombinací nedochází k prostému součtu účinku jednotlivých léčiv, ale i k významnému synergickému efektu.<sup>9</sup>

## Kazuistiky aneb v jednoduchosti je síla jak v primární, tak sekundární prevenci

### 1)

46 letý obézní kuřák s dyslipidémií a arteriální hypertenzí léčený telmisartanem 80 mg, nitrendipinem 10 mg, rilmenidinem 2 mg a simvastatinem 20 mg, užívanými v různou denní dobu, byl vyšetřen na naší pohotovostní ambulanci pro nekorigovanou arteriální hypertenzi se symptomatickou cefaleou s dobrou reakcí na pohotovostní p. o. léčbu captoprilem a amlodipinem. Anamnesticky bylo důvodem obtíží vynechání pravidelné medikace v důsledku směnného pracovního provozu. Když léky užívá, je bez problémů. Fyzikální nález byl kromě obezity s BMI 33 bez pozoruhodností, EKG s fyziologickým nálezem, laboratoř bez abnormalit včetně hodnot lipidogramu, urikémie a lačné glykémie. Edukovali jsme pacienta stran vhodnosti zanechání kouření a redukce hmotnosti, zdůrazněna nutnost pravidelného užívání léků. Zjednodušení léčebného schématu zprvu odmítl.

V následujícím měsíci pro stejné obtíže opět opakovaně vyšetřen na naší pohotovostní ambulanci,

důvodem vždy vynechání části medikace. Po domluvě nově souhlasí se změnou léčby, stávající nahrazena Lipertance® 20/10/10 mg, objednan ke kontrole s výsledky TK Holter.

Klinická kontrola proběhla v odstupu 3 týdnů, výsledky TK Holter: průměry celodenní 128/76, denní 134/82, noční 118/68. Subjektivně se cítí výborně, obtíže se již neopakovaly. Užití lék 1x denně mu nedělá problém i ve směnném provozu, nové obtíže po nasazení léku nepozoruje. Kouří stále, váha shodná – doporučen do poradny pro odvykání kouření a k obezitologickému vyšetření. Předán zpět do péče praktického lékaře.

## 2)

74letý hypertonik s dyslipidemií, 4 roky po iCMP aterosclerogenní etiologie, s benigní hyperplazií prostaty a mírným kognitivním deficitem byl odeslán k našemu vyšetření disp. neurologem pro opakovaně nekorigovanou arteriální hypertenzi při klinických kontrolách. Pacient léčen ASA 100 mg 0-1-0, ramipilem 2,5 mg, nitrendipinem 10 mg, atorvastatinem 20 mg, tamsulosinem 0,4 mg a memantinem 10 mg. Dle nemocniční dokumentace antihypertenzní a hypolipidická terapie od mozkové příhody posílena pouze o 10 mg nitrendipinu. Anamnesticky pacient t.č. asymptomatický. Objektivně TK 168/94 mmHg, P 60/min., BMI 24, fyzikální nález bez pozoruhodností, EKG fyziologické, laboratorně bez pozoruhodností včetně LDL pod 1,8 mmol/l. TK Holter již recentně proveden cestou PL, celodenní průměr 154/86, denní 158/90, noční 150/78.

Po dohodě s pacientem upravena léčba se snahou o maximální zjednodušení léčby, i vzhledem ke kognitivnímu deficitu nasazena Lipertance® 20/5/5 mg, ponechány ASA, tamsulosin a memantin.

Klinická kontrola proběhla v odstupu 2 měsíců s výsledky TK Holter: průměry celodenní 128/72, denní 134/78, noční 123/68. Subjektivně bez obtíží, nový lék vnímá pozitivně především díky zjednodušení denního dávkovacího schématu a snížení počtu užívaných tablet.

## Diskuze

V první kazuistice se setkáváme s problematikou na směny pracujícího člověka léčeného v rámci primární prevence KVO, u něhož denní roztržitost terapie a léčba více preparáty vedly při nárazové nonadherenci k limitujícím obtížím v důsledku nedostatečné korekce TK. Zjednodušení farmakologické léčby ve smyslu podávání jedné tablety jednou denně díky fixní kombinaci se ukázalo být optimálním řešením.

Ve druhém případě se jedná o pacienta v sekundární prevenci KVO, u něhož nebylo dlouhodobě dosaženo cílových hodnot TK a jež dosáhl cílových hodnot pro LDL cholesterol. Jedním z faktorů jistě mohla být nedostatečná dávka antihypertenziv, stejně tak se ale nedá vyloučit vliv intermitentního vynechávání medikace při větším počtu tablet u pacienta s mírným kognitivním deficitem. Posílení antihypertenzní léčby a její spojení s léčbou hypolipidickou zavedením fixního preparátu umožnilo podávání kompletní chronické medikace v jednu denní dobu a tím zvýšilo komfort a pravděpodobně i adherenci pacienta k doporučené farmakologické léčbě.

## Závěrem

Hypertenze a dyslipidemie jsou jedny z nejčastějších rizikových faktorů vedoucích k úmrtí. Jejich léčba a kontrola je u pacientů v ČR nedostatečná.

Fixní trojkombinace perindoprilu argininu, amlodipinu a atorvastatinu rozšiřuje naše možnosti léčby pacientů s arteriální hypertenzí a dyslipidemií jak v primární, tak sekundární prevenci.

K výhodám této fixní kombinace patří obsah osvědčených léčebných molekul, jejichž vlastnosti umožňují podávat tento lék jedenkrát denně ráno a stejně jako u ostatních fixních preparátů i redukce počtu denně užívaných léků potažmo tablet. Uvedené faktory by ve výsledku měly dopomoci k lepší complianci/adherenci pacientů k léčbě, a tím dosažení cílových hodnot TK a lipidů.

## Zdroje:

1. World Heart Organization: Global atlas on cardiovascular disease prevention and control, WHO Press 2011
2. Cífková R, Bruthans J, Adámková V et al. Cor Vasa 2011; 53: 220–229.
3. Chowdhury R et al. Eur Heart J. 2013;34:2840–2948.
4. Kettani et al. Stroke 2009;40:2113 Breekveldt-Postma et al. Curr Med Res Opin 2008;24: 124.
5. Chapman RH. et al. Arch Intern Med. 2005;165:1147–1152.
6. Jin J, Sklar G. E., Min Sen Oh, V, Chuen Li, S. Ther Clin Risk Manag, 2008, 4, s.

- 269–286., Weber B, Feihl, F. EuroIntervention, 2013, 9, s. 29–34.
7. Hess G, Hill J, Lau H, et al. P and T, November 2008, 33 (11): 652–665.
8. Sever P, Dahlof B, Poulter N, Wedel H, Beevers G, Caulfield M, Collins R, Kjeldsen S, Kristinsson A, McInnes G, Mehlsen J, Nieminen M, O'Brien E, Ostergren J. Eur Heart J. 2006 Dec;27(24):2982–2988.
9. Sever P, Dahlof B, Poulter N, Wedel H, Beevers G, Caulfield M, Collins R, Kjeldsen S, Kristinsson A, McInnes G, Mehlsen J, Nieminen M, O'Brien E, Ostergren J. Drugs. 2004;64 Suppl 2:43–60.

# Mýty o majonéze



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

## Úvod

Majonéza je často vnímána jako nevhodná potravinu, která do zdravého jídelníčku nepatří. S tímto doporučením se můžeme setkat i v některých letáčcích (např. v ordinacích lékařů), kde majonéza figuruje mezi potravinami, které nejsou z hlediska výživy doporučovány ke konzumaci. Tento názor je zakotven v mysli řady lidí. Lidé často neznají složení majonézy. Její negativní vnímání způsobuje, že lidé považují výživovou hodnotu majonézy za mnohem horší, než ve skutečnosti je. Agentura Millwards Brown testovala v rámci celosvětového průzkumu v roce 2008, v jakých potravinách se podle spotřebitelů vyskytují nasycené, transmastné a esenciální mastné kyseliny. Řada zjištění byla překvapením. Mezi ně patřily rovněž názory, jak lidé vidí majonézu. Zatímco podle 7 % spotřebitelů jsou nasycené mastné přítomny v řepkovém oleji, v majonéze jsou nasycené mastné kyseliny přítomny podle 36 % spotřebitelů. Paradoxně méně lidí (20 %) hledá nasycené mastné kyseliny v sušenkách. Podle spotřebitelů jsou majonézy zdrojem transmastných kyselin. Myslelo si to 18 % dotázaných. Na druhou stranu majonézy jen podle 6 % respondentů obsahují esenciální mastné kyseliny. To je podstatně méně ve srovnání s rostlinnými oleji. Esenciální mastné kyseliny jsou podle dotázaných obsaženy v řepkovém oleji (19 % respondentů), slunečnicovém (24 %) a olivovém (33 %). Olivový olej z těchto tří olejů však obsahuje nejméně esenciálních mastných kyselin. Pozitivní vnímání olivového oleje ve společnosti způsobuje, že v něm lidé očekávají různé prospěšné složky, i když je neobsahuje ve významné míře. Zhruba dvojnásobek dotázaných oproti majonéze očekává esenciální mastné kyseliny více v másle (10 %) a sýrech (12 %). Přitom mléčný tuk má jen nutričně nevýznamné zastoupení esenciálních mastných kyselin.

## Z čeho se majonéza připravuje?

Základ výrobku tvoří rostlinný olej a vaječné žloutky. Tato hustá, krémová omáčka obsahuje dále okyselující složku (např. vinný nebo jiný druh octu, citronovou šťávu nebo kyselinu citronovou). Může být dochucena hořčicí a kořením. Vaječný žloutek obsahuje lecitin, který funguje jako emulgátor a při přípravě způsobí, že se všechny složky spojí v hladkou konzistenci. K výrobě domácí majonézy potřebujeme více vaječných žloutků, než je obvyklé u majonézy zakoupené v obchodech. Domácí podmínky přípravy jsou jednodušší, a proto se do základů dává více žloutků než při průmyslové výrobě. Majonéza v obchodní síti musí obsahovat podle české legislativy minimálně 2 % vaječných žloutků. Výrazně vyšší množství při dobře zvládnuté technologii výroby není potřeba k dosažení hladké stabilní emulze, ani se významněji nepodílí na zlepšení chuťového vjemu. Vyšší obsah vaječných žloutků navíc zvyšuje obsah cholesterolu ve výrobku. V průmyslově vyráběných majonézách na rozdíl od většiny domácích jsou používány pasterované žloutky. To z nich při dodržení správné výrobní praxe činí bezpečnou potravinu bez patogenních mikroorganismů.

## Cholesterol v majonéze

Jak ukazují odborné studie, cholesterol přijímaný ve stravě prostřednictvím vajec škodí méně než cholesterol z jiných živočišných produktů. Dříve byla konzumace vajec omezoována v doporučeních odborníků na výživu na dvě týdně, dnes se již toleruje jedno denně. Nicméně poslední doporučení pro obyvatele USA z roku 2015 stále doporučují udržovat příjem cholesterolu v potravinách co nejnižší, přestože limitní hodnotu pro denní příjem již neuvádějí na rozdíl od předchozí verze z roku 2010, kdy bylo doporučováno denní příjem cholesterolu omezovat na 300 mg a u osob s vyšším rizikem kardiovaskulárních onemocnění na 200 mg. Vaječné žloutky obsahují ve 100 gramech přibližně 1000 mg cholesterolu. Majonéza se 2 % žloutků bude tedy obsahovat ve 100 g minimálně 20 mg cholesterolu, s vyšším podílem vaječné složky se bude obsah cholesterolu zvyšovat. Doporučovaná velikost porce pro majonézu činí 15 g nebo ml (jedna polévková lžice). Toto množství představuje u majonéz, které nemají vysoký obsah vaječných žloutků, příjem cholesterolu v jednotkách miligramů, což lze považovat za nízké množství.

## Olej v majonéze

Olej v majonéze představuje klíčovou složku, která předurčuje výživovou hodnotu majonézy. Rostlinné oleje se liší svým složením, hlavní roli hraje proporcionální zastoupení mastných kyselin. Oleje mají obecně nižší podíl nasycených mastných kyselin. Převládají mastné kyseliny nenasycené, jejich obsah se liší podle druhu oleje. Majonéza sama o sobě má většinou lepší složení, než je průměrné zastoupení mastných kyselin v rámci celkové skladby stravy jednotlivců. Pokud majonéza nahradí jiné tuky s méně vhodným složením mastných kyselin při stejném příjmu energie, lze očekávat pozitivní efekt na hladinu krevních lipidů. Následující obrázek ukazuje předpokládaný účinek záměny jednotlivých tuků, případně sacharidů (na úrovni 10 % z celkového příjmu energie) vůči průměrné skladbě tuků konzumované v USA<sup>1</sup>.

Majonéza leží v grafu vlevo od referenčního bodu a snižuje poměr celkového/HDL-cholesterolu. Rizikové faktory kardiovaskulárních onemocnění bude ovlivňovat i druh oleje použitého v majonéze. Používání majonézy na bázi sójového oleje snižovalo hladinu celkového, LDL-, ale i HDL cholesterolu v porovnání s majonézou na bázi palmového oleje v rámci dvojité zaslepené randomizované studie<sup>2</sup>. Vliv na poměr LDL/HDL-cholesterolu nebyl zaznamenán. O použití jednotlivých druhů olejů většinou rozhodují místní zvyky a dostupnost surovin. Slunečnicový olej, který bývá používán v majonézách v jižní Evropě, má převahu omega 6 mastných kyselin. Většina majonéz na českém trhu je vyráběna z řepkového oleje. U řepkového převažují mononenasycené, z esenciálních obsahuje jak omega 3, tak i omega 6 mastné kyseliny. Řepkový olej obsahuje méně nasycených mastných kyselin než jiné běžně používané oleje. Proto bývá považován odborníky na výživu za jeden z nevhodnějších olejů pro lidskou výživu právě díky vyváženému zastoupení všech mastných kyselin.

Z tohoto pohledu mají majonézy na našem trhu velmi dobrou výživovou hodnotu. Majonéza rozhodně není vyráběna z částečně ztužených tuků, tudíž neobsahuje transmastné kyseliny, jak si myslela řada lidí ve výše zmíněném spotřebitelském průzkumu.

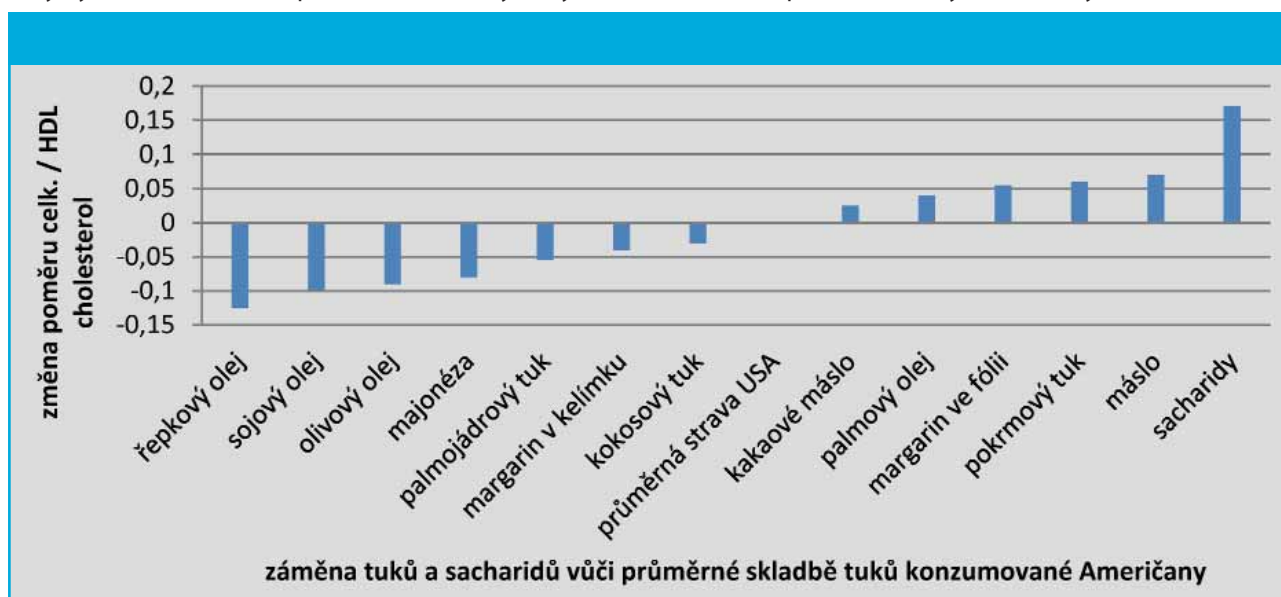
## Proč by majonéza neměla být doporučována odborníky na výživu?

Odpověď spočívá v její energetické hodnotě a způsobu použití. Majonéza se používá k dochucení různých pokrmů. Některé pokrmy samy o sobě mají již vysokou energetickou hodnotu (například smažený sýr, hranolky apod.), a pokud k nim přidáme ještě energeticky vydatnou majonézu, energetická hodnota celého pokrmu se vyšplhá k hodně vysokým hodnotám. Čím je majonéza chutnější, o to více svádí ke konzumaci většího množství, než by bylo žádoucí. Pokud však zůstaneme u doporučené velikosti porce majonézy, což je jedna polévková lžice, pak se nemusíme bát zvýšeného kalorického příjmu. Jedna porce (15 mililitrů, případně gramů) majonézy představuje energetickou hodnotu 50–100 kcal, což tvoří pouze 3–5 % doporučeného energetického příjmu pro dospělé osobu.

## Majonéza v rámci výživových doporučení na bázi potravin

Podle výživových doporučení pro obyvatele USA by pestrá vyvážená strava měla obsahovat 6 základních komponent: zeleninu, ovoce, zdroje bílkovin, mléčné výrobky se sníženým obsahem tuku, obiloviny a oleje. Vyhýbat bychom se měli naopak nasyceným a transmastným kyselinám, přidanému cukru a soli. Jako vzorový příklad pokrmu, který odpovídá těmto zásadám, je v doporučeních pro obyvatele USA uveden zeleninovo-ovocný salát s kousky kuřecích prsou, vlašskými ořechy a majonézou konzumovaný s krajíčkem celozrnného chleba a sklenicí mléka.

Z tohoto příkladu, který v takto významném doku-



mentu použil majonézu jako jednu z komponent vzorového pokrmu, je zřejmé, že se majonézy nemusíme bát a že může být bez obav součástí pestré vyvážené stravy. Důležité je, aby strava měla energetickou hodnotu úměrnou výdeji a vhodné proporcionální zastoupení všech důležitých živin. Majonéza je jednou z alternativ, jak dodat do organismu potřebné esenciální mastné kyseliny. Olejová složka napomáhá vstřebávat v tuku rozpustné vitaminy a sama je jejich nositelem (vitamin E). Z tohoto pohledu je výhodné její použití v rámci salátů, ať už samotné, nebo jako základ pro přípravu různých dresinků. U majonézy lze automatizovat dávkování, což lze s výhodou použít při průmyslové přípravě obložených baget, kde se uplatňuje jako alternativa rostlinných roztíratelných tuků nebo másla. Podobně jako roztíratelné tuky má příznivé složení mastných kyselin. Příjemně nakyslá chuť dobře ladí se zeleninovou oblohou, podobně jako dresink v salátech. Obloženou bagetu z hlediska její výživové hodnoty je nutno posuzovat jako celek, nikoliv ji ztracovat proto, že byla při její přípravě použita majonéza. Majonéza se hodí jako dip či jeho součást, konzumovaná spolu s některými druhy zeleniny. Chceme-li snížit energetický příjem, můžeme sáhnout po majonéze light se sníženým obsahem tuku nebo majonézu zředit bílým jogurtem, čehož lze skvěle využít například v bramborovém salátu.

#### Literatura:

1. Mensink RP, Zock PL, Dester ADM et al. Effects of dietary fatty acids and carbohydrates on the ratio of serum total to HDL cholesterol and on serum lipids and apolipoproteins: a meta-analysis of 60 controlled trials. *Am J Clin Nutr* 2003; 77: 1146-1155.
2. Karupaiah T, Chuah K-A, Chinna K et al. Comparing effects of soybean oil-

#### Závěr

Propagační materiály radící spotřebitelům, jaké potraviny konzumovat a kterým se vyhýbat, často dělí produkty do 3 kategorií na nutričně preferované, které bychom měli konzumovat přednostně. Druhou kategorií jsou potraviny, které bychom měli jíst v umírněném množství. Třetí kategorií jsou ty, které bychom naopak měly omezovat. Preferované potraviny obsahují převážně živiny potřebné pro náš organismus. U druhé kategorie je to podobné, omezujícím faktorem však bývá např. vyšší energetická hodnota. Potraviny třetí kategorie obsahují větší podíl rizikových živin (nasycené, případně transmastné kyseliny, přidaný cukr nebo sůl). Z této logiky vyplývá, že majonéza patří do druhé kategorie. Do této kategorie řadí majonézu i doporučené postupy Evropské kardiologické společnosti a Evropské společnosti pro aterosklerózu pro léčbu dyslipidemií z roku 20163. Majonéza má příznivé složení mastných kyselin, její nevýhodou je vysoká energetická hodnota. Měla by proto být konzumována střídavě vždy jako součást pokrmů, které již neobsahují jiný významný zdroj tuku.

and palm olein-based mayonnaise consumption on the plasma lipid and lipoprotein profiles in human subjects: a double-blind randomized controlled trial with cross-over design. *Lipids in Health and Disease* 2016; 15:131.

3. Catapano AL, Graham I, De Backer G et al. 2016 ESC/EAS Guidelines for the Management of Dyslipidaemias. *Eur Heart J* 2016; 37 (39): 2999-3058.





# Jak řešit v EET souběh zdravotní péče a doplňkového prodeje

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

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

Tržby z poskytování zdravotní péče podléhají evidenci tržeb od 1. března 2018.

V případě ambulantních lékařů může pochybnosti vyvolat situace, kdy lékař kromě poskytování zdravotní péče ještě uskutečňuje doplňkový prodej zboží, např. výživových doplňků, dentálních pomůcek apod. Tržby z tohoto doplňkového prodeje podléhají evidenci tržeb od 1. března 2017.

Jednoduchým způsobem lze řešit tento souběh tak, že tržby z doplňkového prodeje zboží bude lékař evidovat již od 1. března 2017 a příjmy za poskytování zdravotní péče nejpozději od 1. března 2018.

Souběh činností lze za pomoci metodiky Finanční správy řešit ještě jedním způsobem.

Pokud je možno označit jednu z činností za tzv. minoritní činnost, nebude Finanční správa evidování tržeb z takovéto minoritní činnosti vymáhat až do okamžiku vzniku povinnosti evidovat tržby z činnosti hlavní.

Za minoritní činnost bude považována taková činnost, která:

- není provozována v samostatné provozovně a zároveň
- platby z minoritní činnosti tvoří maximálně 49 % z celkových „**hotovostních**“ plateb provozovny a současně nepřevyšují částku 175 000 Kč v dané provozovně (pokud by byla provozovna účelově rozdělena, nebere se na toto účelové rozdělení zřetel). Má-li poplatník v jedné provozovně minoritních činností více, potom se pro posouzení výše uvedených kritérií platby z minoritních činností sčítají.

Pro posouzení uvedených kritérií jsou vždy zohledňovány platby přijaté poplatníkem v rámci jedné provozovny, jež podléhají evidenci tržeb, a to za předcházející kalendářní rok. Poplatník, který začíná podnikat a nemá pro účely stanovení uvedených kritérií údaje z předchozího roku, může provést kvalifikovaný odhad.

Jsou-li splněny výše uvedené podmínky, pak nemá poplatník povinnost v roce následujícím platby z minoritní činnosti evidovat.

Řešení různých variant souběhu činností znázorňují následující tabulka č. 1:

Tomáš Hajdušek  
daňový poradce

Tabulka č. 1

od 1. 3. 2018 (splněna obě kritéria)	PLATBY OD ZP NA ÚČET	DOPLATKY OD PACIENTŮ V HOTOVOSTI	PLATBY ZA ZBOŽÍ V HOTOVOSTI
zdravotní péče	1 000 000 Kč	250 000 Kč	
obchodní činnost			125 000 Kč
od 1. 3. 2017 (nesplněno kritérium 49 %)	PLATBY OD ZP NA ÚČET	DOPLATKY OD PACIENTŮ V HOTOVOSTI	PLATBY ZA ZBOŽÍ V HOTOVOSTI
zdravotní péče	1 000 000 Kč	150 000 Kč	
obchodní činnost			160 000 Kč
od 1. 3. 2017 (nesplněno kritérium 175 tis. Kč)	PLATBY OD ZP NA ÚČET	DOPLATKY OD PACIENTŮ V HOTOVOSTI	PLATBY ZA ZBOŽÍ V HOTOVOSTI
zdravotní péče	1 000 000 Kč	250 000 Kč	
obchodní činnost			185 000 Kč

PLNOU VERZI ČASOPISU  
VČETNĚ INZERCE  
NALEZNETE V INTERNÍ SEKCI  
[WWW.SVL.CZ](http://WWW.SVL.CZ)

PLNOU VERZI ČASOPISU  
VČETNĚ INZERCE  
NALEZNETE V INTERNÍ SEKCI  
[WWW.SVL.CZ](http://WWW.SVL.CZ)

# Konference LOVAH Utrecht, Nizozemí - březen 2017

(LOVAH, De Landelijke Organisatie van Aspirant Huisartsen - Národní organizace mladých praktiků)

Letos v březnu jsme využili výjimečné příležitosti zúčastnit se výroční konference mladých holandských praktických lékařů zahrnující i jednodenní stáž v jejich ordinacích. Konference byla primárně určena pro 1200 tamějších lékařů v přípravě k atestaci, z nichž skutečně dorazilo úctyhodných 90%, a díky výměnnému programu se přidalo i 25 hostů z dalších evropských zemí včetně nás dvou.

Do Holandska jsme cestovali samostatně, protože každého z nás hostil lékař v jiném městě, často značně daleko od Amsterdamu. V následujících dvou dnech nás měl náš „buddy“ (kamarád), jak jej holanďané nazývali, plně na starosti, bydleli jsme u něj doma, provedl nás městem a okolím a strávili jsme s ním den v ordinaci.

## Jaký byl náš první dojem z nizozemské praxe?

Martin:

Můj hostitel, Dr. Wesam Alassadi, Holanďan iráckého původu, pracuje na malé klinice v Ter Apelu na východě země, téměř u hranic s Německem. Na rozdíl od naší běžné praxe je zde sdruženo několik ordinací, konkrétně čtyři lékaři, a ti pak využívají další personál kliniky společně. Hned na začátku mě představil čtyřem sekretářkám, telefonistkám (ano, o tom se nám v České republice může jen zdát), následně svým třem kolegům a dvěma sestrami. Do práce jsme dorazili na 8. hodinu ráno a první pacient byl objednaný na 8. 45. Když jsme kolem 17. hodiny odjížděli, celkový počet ošetřených pacientů byl pouze 12 + 2 návštěvy doma, takže pracovní tempo bylo velmi přívětivé a dovolovalo i posezení u šálku čaje s ostatními kolegy (v „náročnějších“ dnech mívají až 20 ambulantních pacientů a 3–4 domácí návštěvy).

Petra:

My jsme do moderního zdravotnického komplexu v historické budově v centru Nijmegen přijely taktéž na osm hodin ráno, jak jinak než na kole, a první, co mě zaujalo, byl fakt, že lékaři i další personál pracují vždy v civilu, bez pláště či jiné uniformy. Následně mě má „buddy“ Eline Smets představila své hyperaktivní 65-leté školitelce Lidy Janssen, třem dalšími kolegy, třem zdravotními asistentkám, psychologické sestře, fyzioterapeutce a nutriční specialiste, které intenzivně spolupracují s lékaři, a značně tak

redukují množství jejich práce, díky čemuž si lékaři mohou dovolit strávit s každým pacientem minimálně dvacet minut, často i déle.

## Jaké jsou hlavní rozdíly mezi českou praxí a praxí v Holandsku?

Martin:

Asi nejzásadnější rozdíl je koncept tzv. rodinné medicíny, což není jen holandské specifikum, ale jde o model rozšířený téměř v celé Evropě. Praktický lékař se stará o celou rodinu od novorozence po seniory. Má to výhodu znalosti celé rodiny pacienta s jejím zázemím a sociálními podmínkami, na druhou stranu našinec jistě může namítnout, že vzhledem k náročnosti a šíři problematiky je pak velmi obtížné udržet si dostatečnou odbornou úroveň. Dalším výrazným rozdílem je mnohem menší lékařova administrativní zátěž. Například agendu pracovní neschopnosti neřeší vůbec, pokud člověk onemocní, nahlásí to zaměstnavateli sám, a ten pak až v případě podezření na zneužití může poslat svého závodního lékaře, aby ověřil, zda pracovník nemoc jen nepředstírá. Recepty jsou pouze elektronické, nic se netiskne a nerazítkuje, po zadání do systému lék vydá farmaceut na základě identifikačního dokladu pacienta. Pokud dlouhodobě užívané léky pacientovi docházejí, obrátí se přímo na lékárnu a trvá-li indikace (zadána v informačním systému), léky jsou mu opět vydány. Za celý den vytiskl a podepsal Dr. Alassadi jen dvě žádanky k odbornému vyšetření a když jsem se jej ptal na razítko, vůbec nechápal, o čem mluvím.

Petra:

Další důležitou odlišností je spektrum péče, kterou poskytuje praktický lékař. Nejtypičtějším příkladem je provádění téměř jakýchkoli drobných chirurgických zákroků. V podstatě může praktik operovat cokoli, na co si troufne. Během mé jednodenní návštěvy jsem tedy viděla suturu rány na hlavě dítěte, intraartikulární obstríh kloubu či gynekologické vyšetření pacientky pomocí zrcadel před plánovaným zavedením IUD, které následně během menstruace také aplikuje VPL, a to z ekonomických důvodů, neboť u gynekologa je tato aplikace pro pacientku násobně dražší. Mnoho práce v ordinaci zastanou také zdravotní asistentky, které při běžných diagnózách typu infekce močových cest odeberou anamnézu, navrhnou léčbu a vše odešlou lékaři ve formě počítačové konzultace ke schválení. Lékař postup potvrdí či doplní a sestra s pacientem vše dořeší. Každý pacient, včetně těch s akutními obtížemi, je

přítom vždy telefonicky objednan předem!

Dále se rodinný lékař vůbec nezabývá preventivními prohlídkami, obecnou edukací pacientů či očkováním, toto všechno totiž spadá pod zvláštní specializaci – preventivní lékařství. Pracovně-lékařské služby pak zajišťuje další oddělená odbornost – lékařství sociální. Zajímavě je řešena i péče o antikoagulované pacienty, kdy zvláštní institut pro TEN navštěvuje pacienty přímo u nich doma, provádí odběry a následně zasílá pacientům písemně informace o výsledcích a dalším postupu. Kompenzovaný pacient na warfarinu tedy ke svému lékaři vůbec nemusí chodit.

Specifickým tématem pro samostatný článek by pak jistě byla eutanázie, která je v Holandsku legální již od roku 2002 a která je běžně prováděna v domácím prostředí právě praktickými lékaři.

### Jak probíhá postgraduální vzdělávání lékařů?

Celková délka postgraduálního programu je stejně jako v ČR tři roky a obecný koncept se podobá našemu systému. První rok po promoci pracuje mladý lékař ve zdravotnickém centru spolu se svým školitelem, následující rok probíhají postupně dvouměsíční stáže na pracovištích urgentní medicíny, psychiatrie

a geriatricie a poté se mladý lékař opět vrací do ambulance praktika, přičemž platí, že jeden rok by měl probíhat v městské a druhý rok ve venkovské praxi. Se svým školitelem je rezident v neustálém kontaktu, během pracovní doby ordinuje samostatně, ale poté má vždy dostatek času vyhrazeného ke konzultacím složitějších případů. Navíc se po celou dobu odborného výcviku mladí lékaři 1x týdně scházejí na semináři vedeném garantem oboru na nejbližší univerzitě.

### Den v Amsterdamu

Třetí den našeho pobytu v Nizozemí jsme se, my zahraniční hosté, ráno konečně všichni sešli na amsterdamské akademické půdě a vyslechli jsme poutavou přednášku o antibiotické rezistenci v evropských zemích a holandské přísné preskripční politice. POCT testování CRP v ordinaci praktika je zde běžný standard, přičemž s nasazením ATB se často otálí až do pro nás neobvykle vysokých hodnot CRP (např. Dr. Alassadi udává jednoznačnou indikaci k ATB až při hodnotě kolem 100 mg/!!). Velmi přínosnou se ukázala být i následná diskuse o tématu s ostatními evropskými kolegy. Po chutném obědě ve stylové restauraci na nábřeží jednoho z amsterdam-



ských grachtů jsme absolvovali netradiční prohlídku historické části města vedenou třemi místními bývalými bezdomovci, a mohli jsme tak poodhalit podsvětí této metropole. Večer jsme pak přešli autobusem do místa konání vlastní konference v Maarssenu na předměstí Utrechtu (asi 30 min jižně od Amsterdamu).

### Konference v Utrechtu

Zdejší konferenční centrum představuje velmi zajímavý architektonický projekt, jedná se totiž o starou tovární výrobní halu přebudovanou do komplexu seminárních místností vyvedených v působivém industriálním stylu. Ranní zahájení konference bylo slavnostní, zároveň však příjemně neformální. Zvučný nástup černošských bubeníků a spoře oděných brazilských tanečnic samby nás velmi překvapil a přispěl k uvolnění celkové atmosféry. Celý program, s výjimkou několika přednášek, probíhal v holandštině, a tak nám většinu příspěvků do sluchátek tlumočila jedna z čerstvých absolventek lékařské fakulty.

### Co nás na konferenci nejvíce zaujalo?

Martin:

Celá akce byla pořádána ve velkorysém nákladném stylu, přestože, na rozdíl od konferencí v České republice, nemohla být sponzorována farmaceutickými firmami. Holandští lékaři totiž podobně jako jejich kolegové např. ve Velké Británii nepředepisují firemní názvy léků, ale pouze účinné látky. Jak pravil můj hostitel Dr. Alassadi: „Já jsem zodpovědný za to, že pacient potřebuje např. 5 mg ramiprilu denně a lékárník je pak zodpovědný za to, že mu vydá preparát, který je skutečně obsahuje.“ Kromě odpadajícího podezření z korumpovatelnosti lékaře se tento fakt mimo jiné příjemně promítá do programu konference. Nebyli jsme tedy nuceni poslouchat u nás již tolikrát ohraný koncert o prevenci kardiovaskulárních onemocnění a nutnosti chronické preskripce statinů, antihypertenziv a dalších léků. Namísto toho jsme se poučili třeba o možnosti hypnoterapie u dětí s abdominální bolestí, diagnostice kožních nádorů a o tom, jak až daleko můžeme zajít v diagnostice a léčbě u seniorů. Za zmínku ještě určitě stojí velmi emotivní, plamenná a svým charakterem spíše politická debata tří přednášejících o výhodách a nevýhodách jednotlivých evropských modelů zdravotnické péče porovnávaných zejména systém státní s komerčními zdravotními pojišťovnami (jednoznačný závěr však pochopitelně nebylo možné stanovit...).

Petra:

Mně osobně nejvíce utkvěla v paměti závěrečná interaktivní přednáška profesora Scherdera o neuro(pato)fyziologii. Přednášející nejdříve aktivizoval celé tisícíčlenné publikum vtipným obrázkovým testem poukazujícím na stereotypní fungování mozku a následně nás seznámil s až neuvěřitelnými výsledky studií o vlivu pohybu (konkrétně 30 minut běhu denně) a hudby na výkonnost a kapacitu mozku s důrazem na celkové prožívání emocí a krátkodobou paměť. MRI snímky přehledně dokumentovaly významné zlepšení funkcí především zadního mozku v důsledku dlouhodobého působení výše zmíněných faktorů. Nemohu nezmínit celkovou atmosféru akce, kdy se vše odehrávalo v jakémsi čarovném přítmi továrny mezi háky, vysokozdvihnými vozíky, vláčky a dalšími atypickými dekorativními prvky, a následnou velkolepou party.

### Závěrem...

Možnost navštívit zahraniční konferenci a nahlédnout do fungování zdravotní péče jiné země je bezesporu velmi přínosným a nevšedním zážitkem. Všem mladým kolegům, kteří by snad nad podobnými nabídkami zprostředkovanými sdružením Mladých praktiků váhali, doporučujeme, aby si dodali odvahy a alespoň jednou vyjeli.

Kromě spousty drobných podnětů k zamyšlení a zlepšení vlastní praxe podobná zahraniční zkušenost vede i k trochu smutnému zamyšlení nad skutečností, s jak malými prostředky od zdravotních pojišťoven musíme u nás ve srovnání se západní Evropou pracovat. Zejména teď máme na mysli možnost zaměstnat ve svých ordinacích další personál – popravdě, kdo z nás není po krátké době ambulantní praxe neurotizován neustále zvonícími telefony, které lékaři a většinou jediné sestře v ambulanci nedovolí v klidu pečovat o momentálně přítomného nemocného? Změnu k lepšímu si proto zasloužíme jak my lékaři, tak i naši pacienti.

Zlepšení pozice praktických lékařů však nepřijde samo, náš hlas musí být slyšet. A nejde zde rozhodně o naši osobní zjištěnost, protože každé malé navýšení prostředků v primární péči ušetří zdravotním pojišťovnám několikanásobně větší kapitál ve specializované sféře!

Zpracovali:

MUDr. Petra Adamusová a MUDr. Martin Ficker

PLNOU VERZI ČASOPISU  
VČETNĚ INZERCE  
NALEZNETE V INTERNÍ SEKCI  
[WWW.SVL.CZ](http://WWW.SVL.CZ)

# Problematika rakoviny kůže v ordinaci praktického lékaře

Francouzská studie hodnotila přístup praktických lékařů k prevenci rakoviny kůže a souvisejícím vyšetřením v rámci jejich běžné lékařské praxe. Důvodem je mimo jiné vzestupná tendence výskytu rakoviny kůže. Výskyt nemelanomových kožních nádorů je v západní Evropě odhadován na 109–148 případů na 100 000 obyvatel.

## Popis a rozsah studie

V rámci průřezové multicentrické studie se hodnotilo 17 019 návštěv pacientů u 128 praktických lékařů. Průměrný věk pacienta byl 54,3 roku. U všech návštěv byly monitorovány důvody vyhledání lékaře a jeho úkon byl označen jako konzultace, klinické vyšetření či odeslání pacienta ke specialistovi.

Návštěvy byly dle důvodů rozděleny do tří kategorií:

- problematika rakoviny kůže (tématem mohl být strach z rakoviny kůže, nádory kůže obecně, spálení od slunce, znaménka);
- dermatologické problémy obecně;
- další zdravotní problémy.

## Počet návštěv v souvislosti s rakovinou kůže

Pouze 0,7 % všech hodnocených návštěv (odpovídá počtu 123) se týkalo rakoviny kůže. Průměrná délka návštěvy byla v takovém případě 18,4 minuty. Další dermatologické problémy byly předmětem 8,9 % návštěv praktického lékaře (počet 1 521) a jejich průměrná délka činila 17,8 minuty. V 90,3 % případů návštěv (což odpovídalo počtu 15 375) řešil pacient s lékařem jiný zdravotní problém. Průměrná délka takové návštěvy byla 17,1 minuty.

## Specifikace vyšetření u praktického lékaře

Návštěvy praktického lékaře byly hodnoceny jako týkající se rakoviny kůže, pokud při nich:

- proběhla konzultace na toto téma;
- lékař provedl částečné vyšetření zaměřené na konkrétní kožní problém;
- lékař prohlédl kůži celého těla;
- lékař odkázal pacienta k dermatologovi.

U tohoto druhu návštěvy praktického lékaře byli lékaři ti aktivnější, kdo iniciovali téma prevence či vyšetření. Stalo se tak v 70,7 % případů. V rámci vyšetření převážovala péče o konkrétní kožní projevy, naopak vyšetření kůže celého těla bylo v pozadí.

Přestože návštěvy praktického lékaře související s tématem rakoviny kůže trvaly v průměru o 1,5 minuty déle než návštěvy uskutečněné z jiného důvodu, lékaři při nich provedli méně klinických vyšetření (67,5 %) než při řešení jiných zdravotních problémů (97,1 %). Dále třikrát častěji odesílali pacienty k odbornému lékaři (dermatologovi) než v případě jiných obtíží.

## Závěr a diskuse

Studie ukazuje nízký počet návštěv u praktického lékaře, jejichž předmětem je rakovina kůže. Důvodem může být omezená kapacita praktických lékařů související s časovou náročností vyšetření kůže celého těla i nároky na odbornost. Tomu odpovídá i četnost odesílání pacientů na dermatologické vyšetření.

Některé prameny podle autorů studie dokládají, že právě role praktického lékaře je v prevenci rakoviny kůže velmi důležitá – mimo jiné proto, že komunikace s lékařem, kterého pacienti znají, je efektivnější než neosobní komunikace jinými kanály. Výsledky naznačují, že praktičtí lékaři si svou důležitou roli v prevenci rakoviny kůže uvědomují a jsou v této problematice aktivní. Odpověď na otázku, zda by intenzivnější edukace pacientů pomohla zvýšit počet návštěv týkajících se rakoviny kůže, by mohly poskytnout kvalitativní rozhovory s praktickými lékaři, které autoři studie vnímají jako způsob, jak dále rozvíjet tuto problematiku.

Zdroj:

<http://www.prolekare.cz/novinky/prolekare/problematika-rakoviny-kuze-v-ordinaci-praktickeho-lekare-7631>



# Migréna a výživa – souvislosti z hlediska prevence i léčby

Výzkumy ukazují, že látky obsažené ve stravě mohou mít jak pro-, tak i protimigrenózní účinek. Čeho se raději vyvarovat a co naopak do stravy zařadit, popisuje následující souhrnný článek.

## Prevalence, symptomy a klinický obraz migrény

Migréna postihuje 240 milionů lidí po celém světě. Ti mívají 1,4 miliardy atak ročně. Ženy jsou postiženy více než muži a příznaky mívají závažnější. Bolest hlavy typicky trvá 4–72 hodin, obvykle unilaterálně, závažnost bývá středně těžká až těžká a zhoršuje se fyzickou námahou. Dále s ní bývá spojena nauzea a citlivost na světlo a hluk. Klinický obraz je však velmi variabilní a individuální jsou rovněž spouštěče, jež mohou být jak vnitřní (například hormonální změny), tak i vnější (hluk, různé pachy, stres a další).

## Vliv výživy a nutrienty jako spouštěče

Zejména u dětí a mladých dospělých je důležitý stav výživy a jednotlivé nutrienty. Ve studii se 182 pacienty byly nutrienty shledány jako spouštěč u 79,1 % pacientů. Více působí na ženy, zřejmě v důsledku rozdílu koncentrace neurotransmiterů, citlivosti receptorů a hormonálních interakcí. Ačkoliv přesný mechanismus účinku nebývá znám, složky potravy mohou ovlivňovat nervové dráhy a vyvolávat bolest vazokonstrikčními a vazodilatačními účinky obsažených látek.

Byly provedeny studie, ve kterých si pacienti vedli deníky výživy a bolestí hlavy. Z těchto pozorování vzešly jako časté spouštěče zejména alkohol, kofein, čokoláda, mléčné výrobky, fermentované výrobky, masné a smažené potraviny. Potravinové spouštěče působí prostřednictvím uvolňování serotoninu a noradrenalinu, a to prostřednictvím vazokonstrikce nebo přímo stimulací mozkového kmene a kortikální nervové dráhy. Migrénu rovněž může spustit vynechání jídla a hypoglykémie. U obézních pacientů bylo pozorováno větší riziko chronicity epizodické migrény.

Potraviny jako sýr, červené víno a čokoláda obsahují také biogenní aminy tyramin, fenylethylamin a histamin,

kteří se rovněž mohou podílet na vyvolání migrény. Aminy jsou obsaženy také v citrusech. Za spouštěče jsou dále označovány glutamát sodný, potravinářská barviva, dusičnany či dusitany. Dusitan sodný, který se používá pro barvení a konzervaci potravin, může vyvolat bolesti hlavy pravděpodobně prostřednictvím uvolnění oxidu dusnatého a výslednou vazodilatací.

## Příznivě působící nutrienty

V posledních letech se má za to, že některé látky obsažené ve stravě působí v souvislosti s migrénou naopak preventivně nebo i terapeuticky. Jedná se zejména o následující látky:

- Hořčík: Ovlivňuje funkci serotoninových receptorů, nervosvalový přenos, blokuje vápníkový kanál a receptor NMDA, stimuluje syntézu NO, jeho uvolňování a aktivitu a ovlivňuje další vaskulární a neurologické procesy. Doporučuje se užívat 400 mg hořčíku denně; pokud nenastane požadovaný efekt, dávku zdvojnásobit.
- Koenzym Q10: Uplatňuje se v transportu elektronů a energetickém metabolismu.
- Riboflavin: Působí jako hlavní kofaktor v oxidačním metabolismu.
- Fytoterapie rovněž může mít pozitivní vliv na prevenci a léčbu migrény. Užívat lze například podběl nebo devětsil, které vykazují protizánětlivé účinky, přičemž devětsil rovněž ovlivňuje vápníkové kanály. Obsahové látky řimbaby obecně ovlivňují účinek prostaglandinů a serotoninu a tím přenos bolesti a indukci migrény.

## Závěr

Vedle jiných opatření si v prevenci a léčbě migrény zaslouží pozornost právě úprava jídelníčku. Pomoci se zorientovat v tom, jak strava působí na migrénu, mohou deníky, kam pacient zapisuje souvislosti mezi bolestí hlavy a zkonsumovaným jídlem. Prospěšné může být zařazení příznivě působících nutrientů do jídelníčku.

Zdroj:

<http://www.prolekare.cz/novinky/prolekare/migrena-a-vyziva-souvislosti-z-hlediska-prevence-i-lecby-7637>

Vážení čtenáři a řešitelé testů,

dle nového Stavovského předpisu České lékařské komory č. 16, podle § 5 přílohy č. 1, jsou od 1. 7. 2012 všechny znalostní testy v odborných časopisech hodnoceny jednotně, a to 2 kredity. Za správné vyřešení testu budou řešitelům přiděleny **2 kredity ČLK**. Podmínkou ČLK pro přidělení kreditů je zaslání odpovědi v písemné podobě na odpovědním lístku nebo elektronicky na [www.svl.cz](http://www.svl.cz), a to **nejpozději do 24. 7. 2017**.

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

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

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

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

### ZNALOSTNÍ TEST JE HODNOCEN 2 KREDITY ČLK

**1. Do skupiny alfalytiků nepatří:**

- a) Alfuzosin, doxazosin
- b) Finasterid
- c) Tamsulosin a terazosin

**2. Kombinovaný preparát, který v sobě obsahuje jak alfalytikum tak inhibitor 5 alfa reduktázy se jmenuje:**

- a) Duodart
- b) Avodart
- c) TanyzEraz

**3. V rámci fotoselektivní vaporizace se používá laser s vlnovou frekvencí:**

- a) 2010 nm
- b) 760 nm
- c) 532 nm

**4. Vyberte pravdivé/á tvrzení o akutní bakteriální prostatitidě:**

- a) Akutní bakteriální prostatitida je náhlé horečnaté onemocnění s alterací celkového stavu.
- b) Při stanovení diagnózy akutní bakteriální prostatitidy se opíráme především o kulturační vyšetření prostatického sekretu, který získáme masáží prostaty.
- c) Základem léčby akutní bakteriální prostatitidy je antimikrobiální terapie.

**5. Příznaky syndromu chronické pánevní bolesti jsou:**

- a) Alterace celkového stavu, horečka, schvácenost, únava.
- b) Nespecifické, často mírné nebo středně závažné, přesto však významným způsobem ovlivňující kvalitu života mužů.
- c) Tlaky nebo lehké bolesti v perianogenitální oblasti, mikční potíže, různé sexuální dysfunkce apod.

**6. Epididymitida je:**

- a) Typicky virové onemocnění, které postihuje hlavně muže po pubertě.
- b) Typicky virové onemocnění, které postihuje starší muže s benigní hyperplazií prostaty.
- c) Typicky bakteriální onemocnění

**7. Jaké je doporučení pro užívání statinů?**

- a) Všechny statiny doporučujeme užívat vždy večer.
- b) Atorvastatin, rosuvastatin i fluvastatin doporučujeme užívat kdykoliv v průběhu dne a nezávisle na jídle.
- c) Atorvastatin, rosuvastatin i simvastatin doporučujeme užívat kdykoliv v průběhu dne a nezávisle na jídle.

**8. Jaký je správný postup při léčbě deprese, pokud nasadíme lék?**

- a) Pozveme si pacienta na kontrolu po dvou týdnech.
- b) Ke zhodnocení účinnosti léčby by měla další návštěva následovat po 6 týdnech.
- c) Po dosažení remise pokračujeme v nastavené terapii 4 až 9 měsíců.

**9. Největší riziko úmrtí u chřipky:**

- a) S chronickým onemocněním srdce a plic.
- b) S kardiovaskulárním onemocněním.
- c) S plicním onemocněním.

**10. V souvislosti s chřipkou platí:**

- a) Podíl chřipkových kmenů se během sezony mění.
- b) Podle klinických příznaků nelze určit který kmen ji vvolal.
- c) Zdravotníci jsou častým zdrojem nákazy pacientů.

**Správné mohou být 1–3 možnosti.**

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

### ODPOVĚDNÍ LÍSTEK – TEST Č. 6/2017

Jméno a příjmení \_\_\_\_\_

Adresa pracoviště \_\_\_\_\_

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

Zakroužkujte 1–3  
správné odpovědi:

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