



PRACTICUS

pro praktické lékaře zdarma • č.01/2020 • ročník 19



TÉMA:

Omezení příjmu kuchyňské soli ve stravě

VII. kongres praktických lékařů SVL ČLS JEP



Odborný program*

čtvrtek 26. března	pátek 27. března
11.00–11.55 Workshop – Pracovní lékařství Odborný garant: MUDr. Otto Herber Pracovní lékařství se zaměřením na oftalmologickou problematiku a na vyhlášku 101 MUDr. Otto Herber MUDr. Klára Marešová, Ph.D., FEBO	8.00–8.30 EKG (interaktivní blok) Odborný garant: MUDr. Dana Moravčíková EKG – praktický test prof. MUDr. Eva Sovová, Ph.D.
12.00–12.05 Zahájení MUDr. Zdeněk Mrozek, Ph.D. MUDr. Dana Moravčíková MUDr. Helena Stárková MUDr. Otto Herber	8.30–9.30 E-neschopenka Odborný garant: MUDr. Petr Šonka, MUDr. Dana Moravčíková E-neschopenka, jak to vypadá v současnosti MUDr. Petr Šonka Ing. Alena Šmotková MUDr. Radmila Pastorková
12.05–12.50 Pracovní právní problematika v ordinaci VPL Odborný garant: MUDr. Otto Herber Poskytování pracovní lékařských služeb, pracovní lékařské prohlídky a úskalí při posuzování zdravotní způsobilosti k práci MUDr. Otto Herber Mgr. Jakub Uher	9.30–9.45 Přestávka na kávu 9.45–10.30 Hypertenze Odborný garant: MUDr. Dana Moravčíková Cévní věk: určený pro komunikaci s pacienty aneb čím dříve tím lépe prof. MUDr. Vladimír Soška, CSc. Na výběru antihypertenziva záleží MUDr. Petra Vysočanová
12.55–14.25 Kardiologie Odborný garant: prof. MUDr. Miloš Táborský, CSc., FESC, MBA MUDr. Dana Moravčíková Interaktivní EKG kurz, aneb co by každý praktik měl poznat na EKG MUDr. Jan Přeček, Ph.D. Léčba arteriální hypertenze ve stáří prof. MUDr. Jan Václavík, Ph.D. Moderní antikoagulační léčba nejen u fibrilace síní prof. MUDr. Miloš Táborský, CSc., FESC, MBA Úloha praktického lékaře v komplexním managementu pacienta se srdečním selháním MUDr. Marie Lazárová	10.35–11.30 Varia I Odborný garant: MUDr. Dana Moravčíková Dif. dg hyperkalemie v ordinaci VPL MUDr. Jiří Orság Nové poznatky v léčbě a prevenci dny MUDr. Michal Rehula, MBA
14.30–15.00 Management dyslipidémie Odborný garant: prof. MUDr. Miloš Táborský, CSc., FESC, MBA doc. MUDr. David Karásek, Ph.D.	11.30–12.30 Polední přestávka 12.30–13.30 Podiatrie Odborný garant: MUDr. Helena Stárková, MUDr. Dana Moravčíková Syndrom diabetické nohy se zaměřením na problematiku podiatrické péče v ČR MUDr. Vladimíra Fejfarová Preventivní programy péče o pacienty s rizikem syndromu diabetické nohy MUDr. Miroslav Koliba, MBA Pohled ambulantního diabetologa na problematiku syndromu diabetické nohy MUDr. Marcela Szabó
15.00–15.15 Přestávka na kávu	13.35–14.20 Pneumologie Odborný garant: MUDr. Jan Heřman, MUDr. Dana Moravčíková Plicní onemocnění asociované s vapováním (VALI) – nová hrozba pro kuřáky elektronických cigaret? MUDr. Stanislav Losse Poruchy dýchání ve spánku, nejen syndrom spánkové apnoe MUDr. Milan Sova, Ph.D.
15.15–16.00 Sarkoidóza Odborný garant: MUDr. Dana Moravčíková, prof. MUDr. Vítězslav Kolek, DrSc. Sarkoidóza – nemoc mnoha tváří prof. MUDr. Vítězslav Kolek, DrSc. Kostní a kloubní manifestace sarkoidózy prof. MUDr. Pavel Horák, CSc.	14.25–15.25 Varia II Odborný garant: MUDr. Dana Moravčíková, MUDr. Helena Stárková Současné možnosti a limity asistované reprodukce MUDr. Tomáš Bagócsi Otoskopie MUDr. Jan Heřman Pooperační delirium u geriatrických pacientů MUDr. Zdeněk Mrozek, Ph.D. Nové možnosti laboratorních metod s ohledem na kardiovaskulární problematiku v ordinaci VPL MUDr. Bohumil Skála, Ph.D.
16.00–17.20 Novinky pro praktické lékaře Odborný garant: MUDr. Otto Herber, MUDr. Dana Moravčíková Zánětlivá bolest zad jako časný příznak spondyloartritid? (přednáška sponzorovaná společností Novartis) MUDr. Eva Lokočová Preventivní prohlídky u praktického lékaře pro dospělé – klinická praxe vs. evidence based medicine MUDr. Vladimír Marek Co nového ve specializační přípravě? MUDr. Josef Štolfa Kontroverze léčby dny a hyperurikémie MUDr. Martin Žurek, Ph.D. Senior asistent – efektivní pomoc v primární péči Mgr. Hana Vilhová	15.30–16.30 Workshop – Podiatrie MUDr. Vladimíra Fejfarová MUDr. Miroslav Koliba, MBA 1. část – preventivní vyšetření a ošetření syndromu diabetické nohy 2. část – vyšetření rizika syndromu diabetické nohy

* Změna programu vyhrazena

26.–27. března 2020
Clarion Congress Hotel
Olomouc

Možnosti registrace

web: www.olomouc2020.cz

e-mail: sekretariat@target-md.com

OBSAH

PRACTICUS

odborný časopis SVL ČLS JEP
01/2020, ročník 19

INFO SVL

04 EDITORIAL

MUDr. Stanislav Konšťacký, CSc.

ODBORNÝ ČLÁNEK

05 SAMETOVÁ REVOLUCE V POUKAZECH

MUDr. Tatána Soharová, Mgr. Jiří Morávek

08 SKUPINOVÁ EDUKACE – SOUČÁST MODERNÍ LÉČBY DIABETU

MUDr. Alena Adamíková, Ph.D.

11 GDPR – CO JE VAŠÍ POVINNOSTÍ A JAKÁ JSOU PACIENTOVA PRÁVA?

Mgr. Dominika Genzorová

13 VELKÝ ÚKLID MOZKU PŘI SPÁNKU POMÁHÁ V PREVENCI ALZHEIMEROVY NEMOCI

MUDr. Karel Nešpor, CSc.

14 OMEZENÍ PŘÍJMU KUCHYŇSKÉ SOLI VE STRAVĚ

MUDr. Igor Romanko, MUDr. Michaela Romanko Ingrischová

ZPRÁVY Z KONFERENCE

18 MANAGEMENT LÉČBY CHRONICKÉHO SRDEČNÍHO SELHÁNÍ

MUDr. Tereza Nováková, doc. MUDr. Jan Krejčí, Ph.D.

22 AXIÁLNÍ SPONDYLOARTRITIDA JAKO PROJEV BOLESTI ZAD U MLADÝCH DOSPĚLÝCH

MUDr. Eva Lokočová

POZVÁNKA

26 POZVÁNKA NA KONGRES EVROPSKÉ KARDIOVASKULÁRNÍ SPOLEČNOSTI V PRIMÁRNÍ PÉČI

AKTUALITY ZE ZAHRANIČÍ

28 6TH VASCO DA GAMA MOVEMENT FORUM RAISING OUR SAILS TOWARD A NEW WORLD: EMPOWERING FAMILY MEDICINE

MUDr. Denis Mlčochová

29 DO PÁKISTÁNU ZA POZNÁNÍM S OCHRANKOU V ZÁDECH

doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D.

32 LEONARDO KURZY V ČR A SR

MUDr. Jáchym Bednář

AKTUALITY

36 EK: NEJVĚTŠÍ HROZBOU PRO ZDRAVÍ EVROPANŮ JE VÁHÁNÍ S OČKOVÁNÍM

37 JAK (NE)MLUVIT S PACIENTY O STATINECH

Vydavatel:

Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP

Adresa redakce:

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

Redakce:

Šéfredaktor:

MUDr. Stanislav Konšťacký, CSc.,
konstacky@seznam.cz

Zástupci šéfredaktora:

MUDr. Dana Moravčíková
dana.moravcikova@medicina.cz,

MUDr. Jana Vojtíšková
janav.doktor@volny.cz

Manažerka časopisu:

Hana Čížková
practicus.svl@cls.cz

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

Spolupracovnice časopisu:

Andrea Vrbová, Romana Hlaváčková

Náklad 6 000 ks. • • • Vychází 10x ročně.
Pro praktické lékaře v ČR zdarma.
Roční předplatné pro ostatní zájemce
610 Kč. • • • Přihlášky přijímá redakce.
Toto číslo bylo dáno do tisku 23. 1. 2020 MK
ČR E13477, ISSN 1213–8711.

Vydavatel a redakční rada upozorňují, že za obsah a jazykové zpracování inzerátů a reklam odpovídá výhradně inzerent. Redakce neodpovídá za správnost údajů uvedených autory v odborných článcích. Texty neprochází jazykovými korekturami. Přetisk a jakékoliv šíření je povoleno pouze se souhlasem vydavatele. © SVL ČLS JEP, 2019

EDITORIAL



MUDr. Stanislav Konštacký, CSc.
Šéfredaktor časopisu Practicus

Milé kolegyně, milí kolegové,

vánoční svátky, Silvestr i Nový rok máme za sebou, a jak jsem se dočetl v nějaké statistice, průměrný Čech během svátků přibral 3–5 kilo, a tak jsem se zařadil mezi průměrné občany naší kotliny. I bez novoročního předsevzetí budu muset upravit jídelníček, abych se vrátil aspoň ke své váze před svátky míru a klidu. Zatím sice odmítám taková opatření, která běžně navrhuji svým pacientům, vím, že takové diety člověka „bolí“. Pročetl jsem si pár nabídek na netradiční a zdravé stravování, ale opět jsem měl výmluvu, že restaurace nabízející takové speciality není dostupná blízko mého bydliště nebo nemám zrovna chuť na nějaké řasy, chaluhy či kdovíco ještě. Zatím se snažím nepřejídat, každé ráno stoupám na váhu, a než se objeví ta definitivní číslice, odhaduji, kolik to dnes asi bude. Dnes jsem se opět netrefil, ještě to není číslo, které bych si přál. Pamatuji si, když mi rodiče říkali, že člověk může dosáhnout toho, co si přeje. Já toho zatím nedosáhl.

Nevím, jak nasadit pozitivní pohled do následujících dnů, ale s úsměvem jde všechno líp, tak musím dávat pozor, aby si okolí nemyslelo, že jsem se zbláznil. Co nás v tom novém roce 2020 čeká, zatím nevíme, ale jistě se alespoň nějakou dobu budeme denně setkávat a potýkat s dárkem od Ministerstva práce a sociálních věcí, s **e-neschopenkou**, která nebyla předem vyzkoušena a stále dochází k problémům, které jsou přičítány lékařům. I když bylo přislíbeno, že zkrátí čas na administrativu, opak je pravdou: ubírá čas, který bychom mohli věnovat pacientům. Daleko největší problémy přináší e-PN,

pokud má lékař více ordinací. Ne každý pacient zná dokonale svého zaměstnavatele, jak je uveden v rejstříku, a pokud lékař tento údaj nevyplní, systém jej nepustí dále. Problém je při vyplňování bydliště, víceslovné názvy ulic tam nelze vyplnit. Nebudu vyčíslovat i další nedostatky, které nám způsobilo Ministerstvo práce a sociálních věcí. Jen bych chtěl věřit, že možná se počáteční nedostatky podaří brzy odstranit a že i specialisté se ji naučí vystavovat a pacienti od nich nebudou slýchat: „pro neschopenku si zajděte k obvodákovi“.

Trochu mě překvapil dopis, který jsem měl v těchto dnech v poště od prezidenta ČLK, v němž nás nabádá k podpoře návrhu komory na posílení výkonového systému úhrady, čímž slibuje zvýšení příjmů lékařům, jako zástupce všech lékařských skupin a odborností. Přičemž zavedená kapitace má pro praktické lékaře jisté výhody, které nám ostatní specialisté a nemocniční lékaři nepřejí a často se do ní kriticky trefují. Díky našim zástupcům, jak ze SVL, tak i SPL, se daří navyšování úhrad za mimokapitační výkony, a i přes jistou stagnaci kapitace můžeme hovořit o pozitivním vývoji příjmů. Prezident ČLK vyzývá k podepisování plných mocí pro jednání, přičemž ČLK není zástupcem praktických lékařů v dohodovacím řízení, tím je především SPL, takže je třeba se správně rozhodnout, komu dáme hlas, aby nás v dohodovacím řízení zastupoval.

Myslel jsem, že tento editorial povedu ve veselém, nebo optimistickém duchu, a zatím jsem poukázal na problémy, které nás jistě alespoň v začátku magického roku 2020 budou provázet. Přesto je potřeba se do budoucnosti dívat optimisticky. Jako každoročně po 1. lednu se postupně prodlužuje den, rozednívá se již po 7. hodině, a i když je někdy mrazivé ráno, tak mi dělají radost sýkorky, které si vyzobávají ukrytá zrníčka z lojové koule. Chtěl jsem se zapojit do sčítání ptactva, ale po bouřlivých petardách na Nový rok mi na zahradu přilétá jen jedna sýkorka a občas ji vystřídá vrabec. Doufám, že jak se budeme pomalu blížit k jaru, budou malí opeřenci přibývat a že problémy, o kterých jsem se zmiňoval výše, odletí jako ti tvorečkové od krmítek.

Sametová revoluce v poukazech



Mgr. Jiří Morávek
re-medical s.r.o.



MUDr. Taťána Soharová
re-medical s.r.o.

Dne 1. 1. 2019 nabyla účinnosti novela, kterou se mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. Novela zákona představuje reakci na nález Ústavního soudu, kterým byla zrušena ustanovení, jež určovala, že nárok pojištěnce na úhradu zdravotnických prostředků (dále také ZP) je realizován v provedení ekonomicky nejméně náročném, které zjišťuje zdravotní pojišťovna průzkumem trhu. S účinností k 1. lednu 2019 tak došlo k faktickému vyprázdnění oddílu C přílohy č. 3 zákona č. 48/1997 Sb., který obsahoval seznam zdravotnických prostředků předepisovaných na poukaz a hrazených z veřejného zdravotního pojištění. Zákon o veřejném zdravotním pojištění tak nově obsahuje kompletní kategorizaci zdravotnických prostředků hrazených na poukaz, tzv. *kategorizační strom*.

Kategorizační strom obsahuje celkem 11 skupin ZP, které jsou rozřazeny zjednodušeně řečeno dle toho, komu jsou zdravotnické prostředky v nich obsažené určeny. Tyto skupiny pak obsahují jednotlivé „řádky“ představující konkrétní druh zdravotnického prostředku, pro který jsou dále stanovena určitá omezení, konkrétně jde o indikační omezení („na co“), množstevní omezení („kolik/na jak dlouho“), úhradové omezení („kolik bude proplaceno“) a omezení preskripční („kdo může předepsat“). Za velmi důležitou a zcela podstatnou změnu pro zachování určité kvality zdravotnických prostředků hrazených ze zdravotního pojištění považujeme skutečnost, že každý tento řádek, resp. zdravotnický prostředek, musí nově splňovat určitá minimální kritéria kvality. Díky tomuto popisu zdravotnických prostředků tak může odborná veřejnost, ale i sám pacient snadno zjistit, na co má za danou úhradu nárok a naopak. Tudiž již nadále nelze vycházet pouze z ceny daného zdravotnického prostředku, a tím jistě pořekadlo „levnější vyhrává“ vzalo, alespoň pro zatím, za své.

Pro praktického lékaře nastaly nejpodstatnější změny v předepisování zdravotnických prostředků, které přinesl nový kategorizační strom především v rámci těchto skupin: 01 – ZP krycí, 02 ZP pro inkontinentní pacienty,

03 ZP pro pacienty se stomií, 05 ZP pro pacienty s diabetem a s jinými poruchami metabolismu a skupina 07 ZP pro pacienty s poruchou mobility.

Jedna z nejvýznamnějších změn z pohledu praktického lékaře je dána skupinou č. 02 ZP pro inkontinentní pacienty, a přesněji její podskupina 02. 01. ZP absorpční, kam se řadí následující ZP: vložky, kapsy, intravaginální tampony, vložné pleny, fixační kalhotky a plenkové kalhotky. Jak již bylo v úvodu zmíněno, tak každý zdravotnický prostředek musí splňovat určitá minimální kritéria (dle zákona popis), aby mohl být zařazen do úhrad. V rámci této skupiny se tedy jedná o:

- Plenkové kalhotky – zateplovací: postranní pásy proti protečení, opakovaně aplikovatelná lepítka a indikátor výměny zdravotnického prostředku
- Plenkové kalhotky – s pásem: postranní pásy proti protečení, fixace pomocí pásu s opakovaným zapínáním a indikátor výměny zdravotnického prostředku
- Plenkové kalhotky – natahovací: prodyšný elastický materiál
- Fixační kalhotky – bezešvé
- Vložné pleny: postranní pásy proti protečení a indikátor výměny zdravotnického prostředku
- Krom výše uvedeného musí všechny tyto zdravotnické prostředky mít taktéž absorpční jádro z celulózy, popř. superabsorbentu a neutralizátor zápachu.

Výše úhrady, na kterou má pacient nárok, je dána třemi indikačními omezeními, které jsou nastaveny dle stupně inkontinence odvozeného dle objemu mimovolného úniku moči, popř. fekální inkontinence. Přesněji tedy do prvního stupně inkontinence jsou dle kategorizačního stromu zařazeni pacienti s 50 ml až 100 ml (včetně) únikem moči v průběhu 24 hodin. Druhý stupeň inkontinence je pak určen pacientům trpícím únikem moči nad 100 ml do 200 ml (včetně) rovněž v průběhu 24 hodin. Do tohoto stupně se taktéž řadí pacienti, kteří trpí pouze fekální inkontinencí, a to bez jakéhokoliv dalšího indikačního omezení. Třetí stupeň inkontinence je pak dán mimovolným únikem moči v objemu nad 200 ml v rámci 24 hodin. Kromě močové inkontinence je do třetího stupně zařazen taktéž pacient trpící smíšenou inkontinencí (tzn. v tomto případě kombinací močové + fekální), zde již pak není nutné brát ohled na objem mimovolného úniku moči.

Všechny tři stupně inkontinence mají z pohledu kategorizačního stromu společné množstevní omezení čili počet kusů inkontinenčních pomůcek, který lze pacientovi předepsat, konkrétně jde maximálně o 150 kusů za 1 měsíc. Jako velmi přínosnou považujeme novinku, která umožňuje kombinovat různé typy inkontinenčních pomůcek. Prakticky to znamená, že lékař může najednou předepsat pacientovi např. plenkové kalho-

Nová
pravidla od
1. 12. 2019

Novinky v předepisování inkontinenčních pomůcek

Dle nového zákona se upravují pravidla pro předpis absorpčních pomůcek

- Stupeň inkontinence se nově určí na základě množství úniku moči během 24 hodin. Podle stupně inkontinence je pak stanovena výše spoluúčasti pacienta na absorpčních pomůckách.
I. stupeň úniku moči – 15% spoluúčast pacienta z celkové předepsané částky
II. stupeň úniku moči – 5% spoluúčast pacienta z celkové předepsané částky
III. stupeň úniku moči – 0% spoluúčast pacienta
- **Nově** lze pomůcky libovolně kombinovat, můžete tedy předepsat různé typy pomůcek až do 150 kusů na měsíc.

Vzorky absorpčních pomůcek MoliCare® od značky HARTMANN

O **VZORKY ZDARMA** pro Vaše pacienty na vyzkoušení si můžete požádat na bezplatné lince **800 100 150** nebo využijte naše internetové stránky **www.hartmann.cz**

ty i vložné pleny apod., a to dle potřeb pacienta. Zde je však třeba mít na paměti, že i takové kombinace stále podléhají úhradovému limitu pro daný stupeň inkontinence (viz níže) a množstevnímu omezení 150 kusů za 1 měsíc.

Úhradový limit, asi nejzapeklitější téma této skupiny ZP, je rozřazen celkem do 4 kategorií (limitů), a to především s ohledem na stupeň inkontinence, tyto jednotlivé kategorie pak určují i případnou spoluúčast pacienta.

První limit je vztažen k případům, kdy jsou inkontinenční pomůcky popsané výše kombinované se zdravotnickými prostředky určených pro sběr moči (urinální kondomy apod.) bez ohledu na stupeň inkontinence. V takovém případě má pacient nárok na úhradu od pojišťovny až ve výši 200 Kč za měsíc s tím, že je zde dána povinná spoluúčast pacienta, a to ve výši 5 % od prvního předepsaného kusu. To prakticky znamená, že pokud pacient dostane úhradu v maximální výši, pak jeho spoluúčast bude 10 Kč.

Druhá úhradová limitace se týká prvního stupně inkontinence, kdy má pacient trpící tímto stupněm nárok na úhradu až do výše 450 Kč. Avšak i v tomto případě je nastavena spoluúčast pacienta na 15 % od prvního předepsaného kusu. V případě poskytnutí plné úhrady se bude pacient spolupodílet 79 Kč. Třetí limitace v rámci této skupiny ZP, která je aplikována v případě druhého stupně inkontinence, je omezena maximální úhradou 900 Kč za měsíc s 5% spoluúčastí pacienta, tj. pacient se bude spolupodílet nanejvýš 47 Kč. Jediný případ, kdy není vyžadována spoluúčast pacienta, je pouze v rámci třetího stupně inkontinence. V takovéto situaci má pacient nárok na úhradu inkontinenčních pomůcek až ve výši 1700 Kč za měsíc.

Trochu samostatně zde stojí podložky, které lze předepsat pacientům trpícím třetím stupněm inkontinence nebo inkontinencí smíšenou, a to až do 30 kusů za měsíc s maximální úhradou 220 Kč. V takovém případě je povinností pacienta zaplatit 25% spoluúčast, tj. při maximální úhradě 55 Kč.

Spoluúčast pacienta byla zavedena hlavně z důvodu regulace spotřeby, kdy Ministerstvo zdravotnictví společně se zdravotními pojišťovnami předpokládá, že si pacient nenechá předepsat maximum zdravotnických prostředků, ale takové, jaké skutečně potřebuje. Povinnost vybírat tuto spoluúčast mají lékárny, popř. výdejny zdravotnických prostředků.

Mezi další novinky, které s sebou novela přinesla pro praktické lékaře, patří odstranění preskripčního omezení na odbornost v případě preskripce prostředků 01 – ZP krycí, konkrétně u prostředků pro vlhké hojení ran. Záro-

veň bylo zrušeno i rozměrové omezení 12 x 12 cm a také prodlouženo období bez schvalování revizním lékařem ze 3 na 6 měsíců. V praxi to znamená, že praktický lékař může od 1. 12. 2019 předepisovat pacientovi produkty vlhkého hojení 6 měsíců bez čekání na schválení, pouze při první preskripci se k poukazu vyplní ještě doklad 21 (žádanka o schválení/povolení), který v tomto specifickém případě plní pouze oznamovací povinnost (informace o zahájení 6měsíčního období).

Kategorizační strom také obsahuje 10 podskupin stomických pomůcek, kdy nově došlo k jejich podrobnějšímu členění na stomické systémy jednodílné, výpustné, uzavřené, urostomické, stomické systémy dvoudílné adhezivní technologie, mechanické, systémy s malou adhezivní plochou, drenážní systémy, ZP k irigaci do stomie ZP – stomické příslušenství – péče o kůži – prevence a léčba ZP – ochranné a čistící prostředky ZP – sběrné sáčky se širokou hadicí. Nejdůležitější změnou je zrušení schvalování/povolování revizním lékařem, takže je možné poslat přímo pacienta z ordinace s poukazem do výdejny či lékárny. Pro pacienty diabetiky, kteří jsou léčeni perorálními antidiabetiky, je nyní možno předepsat diagnostické proužky pro stanovení glukózy z krve v množství 100 ks/1 rok a pro pacienty s diabetem léčených inzulínem diagnostické proužky pro vizuální testování moči v počtu 50 ks/1 rok. S výhledem do budoucna směrem k připravované další novele zákona lze nyní říci, že k výše uvedeným zdravotnickým prostředkům, které může praktický lékař předepsat, budou přidány navíc glukometry a lancety.

Novinka v preskripci pro praktické lékaře je u pacientů s poruchou mobility, u kterých zdravotní stav limituje mobilitu při každodenních činnostech.

Nyní je možné předepsat mechanické vozíky – základní a mechanické vozíky – základní, variabilní po schválení revizního lékaře. Z dalších podskupin jsou pro pacienty dostupné na poukaz berle podpažní, chodítka 2kolová, 3kolová, 4bodová kloubová, nástavce na WC, vanové zvedáky elektrické s příslušenstvím, polohovací lůžka – elektrická s hrazdou a hrazdičkou, pojízdná, závěsy k pojízdným zvedákům a hrazdy s hrazdičkou samostatně stojící.

Závěrem lze říci, že novela přinesla pro praktické lékaře nové možnosti v preskripci zdravotnických prostředků na poukaz, čímž zvýšila jejich kompetence v péči o jejich registrované pacienty.

Skupinová edukace – součást moderní léčby diabetu



MUDr. Alena Adamíková, Ph.D.

koordinátorka Diabetologického centra interní kliniky
Krajské nemocnice T. Bati, Zlín

Úvod

Edukace je bezpochyby nedílnou součástí léčby pacienta s diabetem a její doporučení je i v Národním diabetologickém programu na léta 2012–2022. Edukace posiluje znalosti, dovednosti a schopnosti pacienta, vede k samostatné péči o diabetes a k aktivní spolupráci s ošetřujícím zdravotnickým týmem. Odborně vedená strukturovaná edukace probíhá podle stanoveného plánu a vede k určeným cílům. Skupinová edukace má řadu výhod ve srovnání s individuální edukací a je v současnosti prováděna v edukačních diabetologických centrech, která jsou nejen v diabetologických centrech, ale i při některých diabetologických ambulancích. Jsou jmenována po splnění kritérií Výborem České diabetologické společnosti na návrh její Pracovní

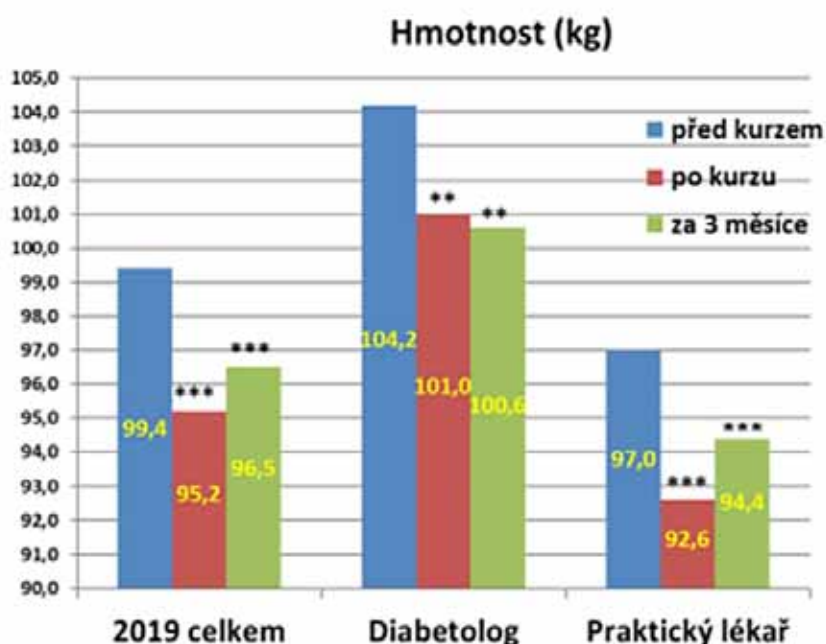
skupiny pro edukaci. Edukační pracoviště musí mít tým složený z diabetologa, diabetologické nebo edukační sestry a nutriční terapeutky. Seznam edukačních pracovišť pro diabetiky po celé České republice je k dispozici na stránkách www.diab.cz.

Jedním z hlavních cílů skupinové edukace je zlepšit kompenzaci diabetu. Ve studiích se uvádí, že více než polovina pacientů s diabetem nezíská a neudrží hodnotu HbA1c v cílových hodnotách pod 53 mmol/mol a jenom 14,3 % pacientů má současně cílovou hodnotu HbA1c, krevního tlaku a LDL-cholesterolu.¹ Přitom dobrá kontrola diabetu snižuje riziko vývoje pozdních komplikací, a vede tak i ke zkvalitnění života diabetiků, pro něž jsou pozdní komplikace hlavní zátěží.

Skupinová edukace – strukturovaná týmová edukace

Strukturované edukační programy pro diabetiky, ke kterým skupinová edukace patří, zlepšují znalosti a dovednosti týkající se samostatného zvládání diabetu, zlepšují metabolické parametry kompenzace diabetu, zlepšují compliance a adheenci k léčbě a ve svých důsledcích také snižují náklady na zdravotní péči. Jeden z největších projektů skupinové edukace probíhal ve Velké Británii projekt DAFNE (Dose Adjustment for Normal Eating). Program skupinové edukace u diabetiků byl nejprve testován v pilotních projektech a na

Graf 1: Změny hmotnosti po skupinové edukaci u všech pacientů, u pacientů z ambulancí praktických lékařů (PL) a z ambulancí diabetologů v projektu skupinové edukace v roce 2019.



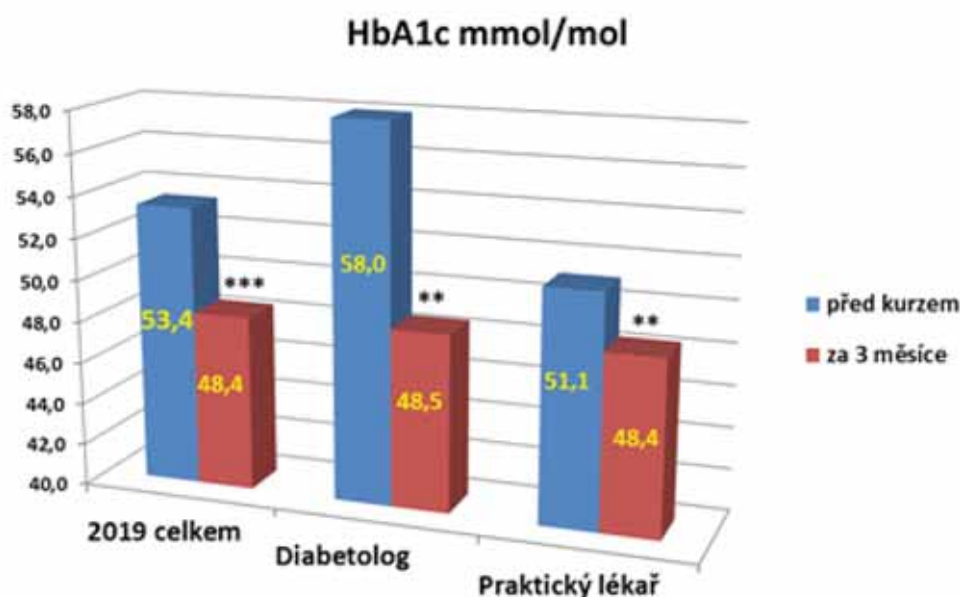
základě výsledku byla skupinová edukace uznána National Institute for Health jako efektivní metoda a rozšířena do řady center. V programu se zlepšila kvalita života i po 12 měsících od kurzu, klesl glykovaný hemoglobin o 1 % (o 12,6 mmol/mol) za 6 měsíců, a ještě i za 12 měsíců přetrvávalo snížení o 0,5 %.² V celé České republice v letech 2016–2019 probíhal každoročně projekt týmové strukturované skupinové edukace u různých skupin pacientů v edukačních pracovištích pro diabetiky. Projekt byl grantově podporován Českou diabetologickou společností ČLS JEP. Za 4 roky projektu prošlo skupinovými edukacemi kolem 250 pacientů průměrného věku kolem 60 let. Jednotlivá edukační pracoviště si sestavila dle potřeb pacientů vlastní edukační programy v rámci doporučeného schématu: 4x 2 hodiny výuky v odstupu 2 týdnů $\pm$ 1 týden. Většina pacientů byli diabetici 2. typu, a to jak na léčbě injekční, tak perorální. Edukační témata mohou být různá podle potřeb sestavené skupiny: samostatná kontrola diabetu, selfmonitoring, cíle léčby, dietní léčba, pohybová aktivita, onemocnění nohou při diabetu, prevence pozdních komplikací, samostatná úprava inzulinu a další. Skupinová edukace umožňuje využít specifické edukační metody, např. konverzační mapy, aktivizační hry (brainstorming, karta očekávání, karta rozhodnutí, situační a inscenační metody, motivační trénink, trénink zvládání emocí apod.). V každém projektu byli diabetici statisticky významně lépe kompenzováni za 3 i za 6 měsíců dle glykemie i glykovaného hemoglobinu, snižovala se hmotnost, krevní tlak i další metabolické parametry. Výsledky vedly k obhájení nového výkonu hrazeného z prostředků ZP. Týmová strukturovaná skupinová edukace diabetiků, který je v seznamu zdravotních výkonů od roku 2019 pro edukační pracoviště pro diabetiky, a proto je tato forma pomoci poskytována pacientům na doporuče-

ní jejich lékařů bezplatně. Skupinová edukace v této formě je indikována pro pacienty s diabetem, převážně 2. typu: 1. při léčbě inzulinem 2. do dvou let od zjištění diabetu 3. při neuspokojivé kompenzaci diabetu (glykovaný hemoglobin nad 53 mmol/mol) 4. při četných či závažných hypoglykemiích. Podmínkou ze strany pacientů je ochota provádět selfmonitoring a navštívit alespoň 3 navazující strukturované skupinové edukace v daném roce. Skupina by měla mít optimálně 6 osob, aby byla umožněna osobní komunikace mezi edukátorem a pacienty i mezi pacienty navzájem, jednotlivé lekce trvají kolem dvou hodin, čas je věnován ale i přípravě a individuální konzultaci výsledků selfmonitoringu mezi lekcemi.^{3,4,5,6}

Výsledky projektu skupinové edukace v roce 2019 – spolupráce regionálních edukačních pracovišť s praktickými lékaři

Projekt skupinové edukace v roce 2019 byl významný tím, že do projektu byli zapojeni pacienti s diabetem, kteří jsou evidováni v ambulancích praktických lékařů. Vznikl na základě regionální spolupráce diabetologa edukačního pracoviště s okolními praktickými lékaři. Projekt probíhal v 10 regionálních edukačních pracovištích v České republice a zúčastnilo se ho 66 pacientů, 44 d praktických lékařů (67 %), 22 od diabetologů (33 %), 51 % mužů, průměrný věk souboru $62,0 \pm 9,8$ (36–81 let), vstupní BMI $34,3 \pm 6,2$ kg/m². Pacienti absolvovali skupinovou edukaci s tématy dle rozhodnutí lékaře edukačního centra 4x 2 hodiny v odstupu 2 týdnů $\pm$ 1 týden. Metabolické parametry byly hodnoceny před kurzem a za 3 měsíce. Pacienti obdrželi glukometry a byli edukováni o strukturovaném selfmonitoringu, který byl hodnocen ze staženého glukometru za týden před kurzem, po kurzu, za 3 měsíce (průměrná glyke-

Graf 2: Změny glykovaného hemoglobinu po skupinové edukaci u všech pacientů, u pacientů z ambulancí praktických lékařů (PL) a z ambulancí diabetologů v projektu skupinové edukace v roce 2019.



mie, směrodatná odchylka, počet měření, počet hypoglykemií).

V projektu se u pacientů statisticky signifikantně snížila hmotnost jak v celém souboru, tak i v podskupinách pacientů z ambulancí diabetologů a z ambulancí praktických lékařů (graf 1). Rovněž obdobně došlo k poklesu glykémie nalačno a také hodnoty glykovaného hemoglobinu (grafy 2 a 3). V selfmonitoringu statisticky signifikantně klesla průměrná glykémie z měření prováděných pacientem za týden v celém projektu, více nápadně u pacientů praktických lékařů ($p=0,032$). Směrodatná odchylka prokazovala nízkou variabilitu glykemií a výskyt hypoglykemií byl minimální. Pacienti praktických lékařů, kteří neměli zatím možnost měření pomocí glukometru, se nově naučili používat glukometry a provádět selfmonitoring a prováděli ho i po 3 měsících sledování. V dotaznících spokojenosti všichni pacienti hodnotili kurzy pozitivně a chtěli se zúčastnit dalších. Pozitivní hodnocení se objevila i v dotaznících pro praktické lékaře, jejichž pacienti byli zařazeni do projektu.

Závěrem můžeme na základě zkušeností z tohoto pilotního projektu shrnout, že skupinová edukace vede-

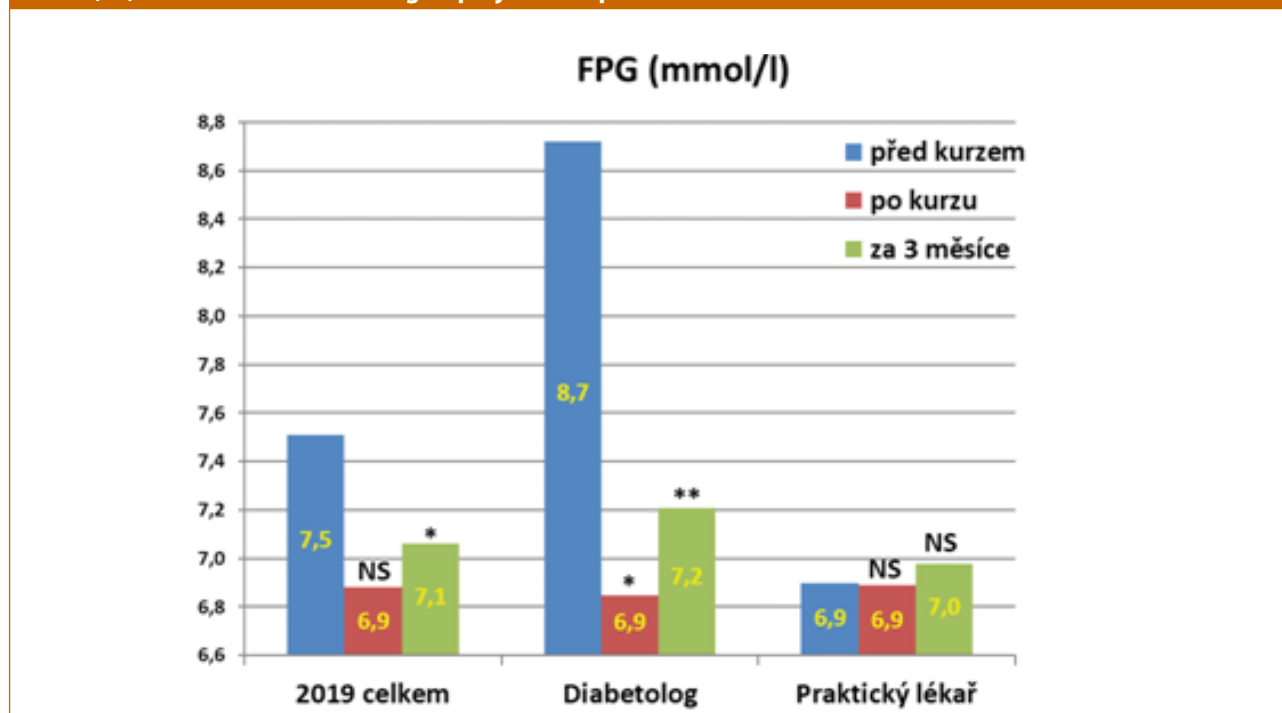
ná odborníky z diabetologických edukačních pracovišť byla velmi přínosná i pro diabetické pacienty doporučené praktickými lékaři z regionu. Prokázaly se reálné možnosti efektivní spolupráce diabetologa a praktického lékaře při zlepšení kompenzace chronického onemocnění s vysokým rizikem pozdních komplikací. Jak praktičtí lékaři, tak diabetologové tuto spolupráci uvítali a hodnotili ji velmi kladně. Proto je cílem Pracovní skupiny pro edukaci diabetiků, která tento projekt realizovala, rozšířit tuto formu edukace diabetiků ve větší míře do regionů po České republice. Všechny postupy, které mohou vést ke zlepšení kontroly chronického onemocnění s vysokým rizikem pozdních komplikací zhoršující kvalitu života pacientů, by měly být využity. A efektivní strukturovaná edukace prováděná odborníky mezi ně rozhodně patří.

Děkujeme všem členům PS pro edukaci, kteří realizovali tento Projekt, Výboru ČDS JEP za podporu Projektu a především všem edukačním pracovištím pro diabetiky, kde kurzy probíhaly.

Literatura:

1. Chvala CA, Sherr D, Lipman RD. Diabetes self-management education for adults with type 2 diabetes mellitus: a systematic review of the effect on glycemic control. *Patient Education and Counseling* 2016; 99: 926–943.
2. Kruger J, Brenna A, Thokala P, et al. The cost-effectiveness of the Dose Adjustment for Normal Eating (DADNE) structured education programme: an update using the Sheffield type 1 diabetes policy model. *Diabet Med* 2013; 30: 1236–1244.
3. Adamíková A, Jirkovská A, Čechová K, a kol. Selfmonitoring v projektu skupinové edukace v diabetologických edukačních pracovištích. *DMEV* 2017; 20(3): 125–129
4. Jirkovská A, Jirkovská J, Čechová K, et al. Skupinová edukace diabetiků. Jak na to... Nakladatelství GEUM, s.r.o. Semily, 2017, ISBN 978–80–87969–33–5.
5. Adamíková A., Jirkovská A. Edukace – součást léčby diabetu. *Aktuální medicína* 2018; 53–56.
6. Jirkovská A, Adamíková A, Skibová J, et al. Skupinová edukace: cesta k efektivnímu zlepšení výsledků terapie diabetes mellitus. *Acta medicae* 2019; 2–3, 69–71.

Graf 3: Změny glykémie nalačno (FPG) po skupinové edukaci u všech pacientů, u pacientů z ambulancí praktických lékařů (PL) a z ambulancí diabetologů v projektu skupinové edukace v roce 2019.



GDPR – co je vaší povinností a jaká jsou pacientova práva?



Mgr. Dominika Genzorová

absolventka Právnické fakulty Masarykovy univerzity

Obecné nařízení o ochraně osobních údajů neboli General Data Protection Regulation (dále „Nařízení GDPR“) je nařízením Evropského parlamentu a rady č. 2016/679, jehož cílem je zvýšit ochranu dat občanů Evropské unie. Vztahuje se nejen na Evropskou unii, ale také na Evropský hospodářský prostor, kam spadá také Norsko a Island. Zpracováním osobních údajů se rozumí činnost, kterou správce provádí za určitým účelem, a činí tak systematicky.¹ Co se týče GDPR, nastává pro vás, praktické lékaře z hlediska práva několik změn týkajících se zpracování osobních údajů.

Z hlediska právního vztahu rozlišujeme několik stran – správce, zpracovatele a subjekt údajů. Správce určuje účely a prostředky zpracování osobních údajů a za ně odpovídá. Správcem osobních údajů může být kterýkoliv subjekt, bez ohledu na svoji právní formu. Tedy jak praktický lékař, vykonávající svou soukromou lékařskou praxi, tak i poliklinika, pokud má právní formu podle zákona.² Zpracovatelem osobních údajů je fyzická nebo právnická osoba, orgán veřejné moci, agentura nebo jiný subjekt, který jménem správce zpracovává osobní údaje. Správce a zpracovatel mohou být jedna osoba, stejně tak mohou být odlišní, a to v případě, že si zpracovatel najme osobu, která osobní údaje spravuje (např. nemocnice má databázi, kterou jí poskytuje IT společnost).

Subjektem údajů je pouze fyzická osoba, jíž se osobní údaje týkají, tedy v našem případě pacient. Právnická osoba subjektem údajů být nemůže. Osobní údaj je každá informace o identifikované nebo identifikovatelné fyzické osobě. Takovou osobu lze přímo, ale i nepřímo určit podle některého ze zvláštních prvků anebo identifikátorů (jméno, příjmení, rodné číslo). U pacienta to je souhrn veškerých údajů, podle kterých je možno určit jeho totožnost (identitu). Za zvláště citlivé se považují údaje týkající se orientace, politického a náboženského smýšlení a podobně.

Zásady, kterými se musí zpracovatel řídit, jsou obsaženy v článku 5 GDPR. Patří mezi ně: zákonnost, korektnost, transparentnost, omezení účelu, minimalizace údajů,

přesnost, omezení uložení, integrita a důvěrnost.

Zákonnost, korektnost a transparentnost znamenají, že správce musí zpracovávat údaje z právního důvodu a subjekt musí být seznámen dostatečně zřejmým a jasným způsobem. Dalším je omezení účelu, tj. v nařízení je dán okruh oblastí, pro které je možno osobní údaje zpracovávat. Minimalizace údajů spočívá v tom, že správce musí zpracovávat pouze přiměřené a relevantní údaje ve vztahu k účelu zpracování (tedy pouze informace, které potřebuje pro výkon své činnosti, zde poskytování zdravotní péče). Přesnost – údaje by neměly vykazovat odchylky od reality. Omezení uložení je ve vztahu k časovému horizontu, na jak dlouho jsou jeho údaje uloženy. Platí, že osobní údaje by měly být uloženy jen po nezbytnou dobu (příklad: než pacient odchází k jinému lékaři). Integrita a důvěrnost se vztahuje k technickému zabezpečení osobních údajů.

Aby mohl praktický lékař (správce osobních údajů) chránit zdravotnickou dokumentaci před ztrátou, neoprávněným nakládáním s daty a informacemi o zdravotním stavu, musí přijmout bezpečnostní opatření. Z hlediska zákona se dělí na opatření organizační a technická.³ Do organizačních opatření spadají pravidla pro přístup zaměstnanců k osobním údajům i smlouvy týkající se zpracování osobních údajů. Mezi technické prostředky spadají takové nástroje, které omezují neoprávněné nakládání s daty, stejně tak informacemi. Všechna doporučení týkající se technických prostředků ochrany je možno nalézt na stránkách Národní strategie elektronického zdravotnictví, jako dokument s názvem Metodický pokyn poskytovatelům zdravotních služeb k problematice kybernetické bezpečnosti.⁴

Jak tedy napsat prohlášení pro pacienty o tom, že jejich osobní údaje jsou zpracovávány v souladu s Nařízením GDPR? Takové prohlášení je pak vhodné vyvěsit na své webové stránky, popřípadě alespoň nástěnku v ordinaci. V případě lékaře se jedná o zpracování osobních údajů na základě zákona.⁵ Zákonný důvod je buď dán vnitrostátním právem, nebo právem Unie. Je vhodné uvést, v souladu se kterým vnitrostátním zákonem osobní údaje zpracovává: v tomto případě se jedná o zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách, stejně jako zákon č. 373/2011 Sb. o specifických zdravotních službách, zákon č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění a také nařízením EU 2016/679 o ochraně osobních údajů.

Dále by se pacient měl dozvědět, kdo je správcem jeho osobních údajů (např. MUDr. Petr Novák). V souvislosti s poskytováním zdravotních služeb je nutné uvést, jaké osobní údaje lékař zpracovává (typicky údaje týkající se zdravotního stavu) a na jaké osoby se vztahuje (pacient, osoby pacientu blízké, zákonní zástupci). Dále musí být

pacient seznámen se svými právy. Práva pacienta, která vyplývají z Nařízení GDPR, jsou popsána v Kapitole 3 tohoto Nařízení. Základní práva pacienta v souvislosti s GDPR jsou právo na přístup a přenositelnost osobních údajů, právo na opravu, právo na výmaz („právo být zapomenut“), právo vznést námitku, právo na omezení zpracování. Veškerá tato práva pacient uplatňuje vůči správci osobních údajů – tj. lékaři (není-li správcem někdo jiný).

Přijetí nezbytných technických opatření je nutné proto, že správci nařízení GDPR ukládá povinnost oznámit bezpečnostní incidenty. Pokud dojde k porušení zabezpečení osobních údajů, musí správce toto porušení bez zbytečného odkladu do 72 hodin ohlásit Úřadu pro ochranu osobních údajů. Pokud by se jednalo o vysoké riziko úniku informací, je nutné oznámit tuto situaci také subjektu údajů. Pokud tedy lékař osobní údaje uchovává v šifrované nebo pseudonymizované podobě, může se i v případě bezpečnostního incidentu této povinnosti v souladu s nařízením GDPR zprostit.

Nařízení Evropské Unie č. 2016/679 vnáší do ochrany osobních údajů některé změny. Zejména rozšiřuje práva subjektů a povinnosti zpracovatelů a klade vyšší nároky na bezpečnost. V rámci těchto změn ukládá povinnosti správcům těchto údajů – mezi ně spadá přijetí bezpečnostních opatření. Bezpečnostní opatření se dělí na organizační a technická. Největší změny se týkají práv pacientů co do obrany proti zneužití citlivých údajů, uděluje jim nová práva. Mezi tato práva řadíme právo na přístup, právo na opravu a další práva uvedená v kapitole 3 Nařízení. Ohlašovací povinnosti v případě bezpečnostních incidentů se může správce zprostit, uchovává-li data v šifrované nebo pseudonymizované podobě. Nařízení tak klade vyšší nároky zejména na lékaře jako správce osobních údajů. Nejedná se nicméně o tolik závažné změny oproti předchozí právní úpravě, aby bylo nutné se nařízení GDPR obávat. Pokud lékař dodržuje základní bezpečnostní opatření týkající se ať už listinné, nebo elektronické dokumentace, nehrozí mu z hlediska zákona žádný postih.

Literatura:

1. Těšinová, J. Doležal, T. Polícar, R. Medicínské právo, 2.vydání. Praha: C.H.Beck 2019, s. 150
2. Správce osobních údajů je tak např. MUDr. Petr Novák anebo, pracuje-li pod právnickou osobou, může jím být také Poliklinika Hlinky, s.r.o.
3. Těšinová a kol., s.170.
4. http://www.nsez.cz/dokumenty/metodicky-pokyn-poskytovatelum-zdravotnich-sluzeb-k-problematice-kyberneticke-be_14220_3558_31.html
5. Článek 6 odst.3) Nařízení GDPR

Česko-německý vzdělávací spolek a Sdružení praktických lékařů ČR
Vás srdečně zvou na 2-denní

Česko-německou konferenci praktických lékařů

26.-27.3.2020

v Liberci a Žitavě



Konference s odbornými tématy, včetně témat opomíjených, společná pro Čechy a Němce. Poznejte i bez znalosti jazyka kolegy „ze sousedství“, poslechněte si neobvyklé přednášející a zažijte tak trochu jinou konferenci.

► Více informací a přihlášení: www.liberec-zittau-2020.eu

Jsme v jednání s lékařskými komorami v obou zemích, bude požádáno o body celoživotního vzdělávání. Členové Sdružení praktických lékařů mohou v případě zájmu získat body pro Certifikát celoživotního vzdělávání.

Velký úklid mozku při spánku pomáhá v prevenci Alzheimerovy nemoci



Prim. MUDr. Karel Nešpor, CSc.
Psychiatrická léčebna Bohnice

Mozkomíšňi mok

Nedostatek spánku zvyšuje riziko Alzheimerovy nemoci a lidé s tímto onemocněním mají často problémy se spánkem. Naskytá se otázka proč. Tým vědců z Bostonu zjišťoval, co se děje během spánku s mozkomíšňim mokem. Zjistili, že během hlubokého NREM spánku dochází přibližně každých 20 vteřin ke zvýšení objemu cirkulujícího mozkomíšňního moku. Tomu předchází pomalé elektrické vlny. Během doby, kdy dochází k zvýšenému průtoku mozkomíšňního moku, klesá prokrvení mozku. To zvětšuje prostor pro mozkomíšňi mok a usnadňuje vyplavování odpadních produktů včetně těch, které zvyšují riziko Alzheimerovy nemoci.

Některé tipy pro zdravý spánek

Léky, které se při poruchách spánku běžně používají, jsou většinou návykové. Dost často dochází k tomu, že je závislý pacient užívá i během dne. Relativně bezpečný je melatonin, ale i ten může mít vedlejší účinky

Fialová hodina je hodina před spaním. V té době je lépe se věnovat klidným a příjemným záležitostem. Vhodné jsou např. klidný rozhovor, uklidňující kniha nebo příjemná a melodická hudba.

Relaxační techniky: Nahrávka relaxační techniky speciálně vytvořené pro zdravé usínání je volně na webu drnespor.eu (Nešpor, 2019).

Kofein: Zvláště silně působí budivé látky v nápojích na děti. Kdo má poruchy spánku, neměl by po 17. hodině přijímat nic, co obsahuje kofein. Kofein má totiž dlouhý biologický poločas, v plazmě je to 3–7 hodin. Některé léky, včetně orální kontraceptiv, mohou navíc biologický poločas podstatně prodloužit.

Pozor na jídlo: Kdo nemá vážný důvod, neměl by jíst nejméně 2–3 hodiny před spaním.

Životní styl: Přes den je lépe nespát, leda by vznikl spánkový dluh po práci v noci. Zvláště ti, kdo pracují duševně, by si měli najít čas na jógu, cvičení, běh, procházku atd.

Tma: Pro zdravý spánek je nejvhodnější naprostá tma, proto se vyplatí si pořídit do ložnice kvalitní zatemnění.

Možné chyby a problémy: Není správné se do spánku nutit, v noci pouštět televizi nebo počítač a kouřit. Daleko vhodnější je při nočním probuzení praktikovat vhodnou relaxační nebo meditační techniku.

Noční práce: Lidé, kteří pracují v noci, jsou v náročné situaci a poruchy spánku u nich bývají častější. Měli by proto tím víc dbát na zdravý způsob života, vyhýbat se alkoholu a návykovým lékům a naučit se relaxovat.

Růžová hodina: Je to hodina mezi vstáváním a odchodem do práce. Dostatečná časová rezerva umožní si lehce zacvičit, v klidu se nasnídat a připravit si vše potřebné.

Odkazy

Fultz NE, Bonmassar G, Setsompop K, Stickgold RA, Rosen BR, Polimeni JR, Lewis LD. Coupled electrophysiological, hemodynamic, and cerebrospinal fluid oscillations in human sleep. *Science*. 2019; 366(6465):628–631.

Nešpor K. Relaxace (jóga nidra) pro zdravý spánek, 2019. <http://drnespor.eu/YN17SpV3.mp3>

I N Z E R C E

PRACOVNÍ NABÍDKA

Do akreditované ordinace všeobecného praktického lékaře v Praze 10–Vršovicích hledám lékařku/lékaře s atestací, ve specializační přípravě v rámci rekvalifikace nebo po absolvování kmene pro pravidelnou spolupráci/zástup 1x týdně.

Kontakt: MUDr. Václav Šmatlák, tel.+420 602 322 110, email: smatlak@volny.cz

Omezení příjmu kuchyňské soli ve stravě



MUDr. Igor Romanko

Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny
1. LF UK a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze

MUDr. Michaela Romanko Ingrischová

Medacor s.r.o., kardiologická ambulance, Praha; Klinika
anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny
1. LF UK a Všeobecné fakultní nemocnice
v Praze, Společný příjem interně nemocných

Úvod

Kuchyňská sůl (chlorid sodný) patří k významným zdrojům extracelulárních iontů – sodíku a chloridu. Oba se podílejí na homeostáze a správné funkci buněk, čímž přímo ovlivňují činnost zejména nervové, svalové a kardiovaskulární soustavy.¹

Zvýšený příjem soli v potravě je jednou z hlavních příčin rozvoje arteriální hypertenze.¹ Z patofyziologického hlediska jde zejména o osmotický efekt sodíkového iontu, který vede k retenci tekutin a zvýšení intravasku-

lárního objemu, a tím ke zvýšení krevního tlaku. Kromě kuchyňské soli jsou zdrojem sodíku i další sloučeniny, například uhličitany nebo fosforečnany, avšak v menší míře. Arteriální hypertenze je zároveň jedním z hlavních rizikových faktorů kardiovaskulárních onemocnění.^{1,2}

Dietní opatření patří k základním kamenům léčby hypertenze a měli by podle míry hypertenze předcházet farmakoterapii, nebo být aplikovány současně s ní. Nedodržování režimových opatření může mít za následek nedostatečný účinek farmakoterapie.²

V tomto článku se zaměřujeme na přehled účinků diety s omezením soli a také na ukázkou obsahu soli ve vybraných potravinách běžného konzumu.

Doporučený příjem kuchyňské soli

Světová zdravotnická organizace (WHO) doporučuje denní příjem kuchyňské soli menší, nebo rovný 5 g. To odpovídá 2,1 g sodíku (Na–natrium) obsaženému v kuchyňské soli. Stejně doporučení vydala i Česká kardiologická společnost.^{1,2} Je důležité si uvědomit, že se tím nemyslí pouze použití soli jako ochucovadla do jídel, ale veškerá sůl v potravě. Tedy i ta, která se u řady potravin využívá jako aditivum (sýry, mléčné výrobky, uzeniny, konzervy, polotovary, pečivo, omáčky), tzv. skrytá sůl.^{1,4,5} Sodík přijímáme i z jiných sloučenin než kuchyňská sůl, a proto je třeba v doporučeních rozlišovat mezi denním příjmem kuchyňské soli a sodíku.

Tabulka 1. Přehled obsahu sodíku vybraných potravin^{6,7}

Potravina	Kuchyňská sůl (g) ve 100 g potraviny	Potravina	Kuchyňská sůl (g) ve 100 g potraviny
Chléb konzumní	1,13	Klobása (průměr)	3,16
Chléb celozrnný	0,68	Lučina	0,4
Rohlík	1,42	Párky (průměr)	2,13
Máslo	0,04	Uzené maso	2,1
Margarín (Flora)	0,52 g	Roštěná	0,19
Pomazánkové máslo	0,10	Makrela uzená	0,79
Sýr tavený	2,30	Sled' v oleji	0,01
Sýr (eidam)	2,18	Sardinky v konzervě	1,02
Jogurt	0,18	Brambůrky	1,88
Cottage cheese	1,01	Olivy v nálevu	6
Mléko	0,14	Okurky kyselé	0,91
Kefírové mléko	0,11	Hrách konzervovaný (Bonduelle)	0,73
Sýr uzený	2,20	Vepřový krém (Májka)	1,4
Salám (průměr)	3,0	Bábovka	0,5
Šunka	2,43	Buchty povidlové	0,46

Pozn.: Obsah soli stejného výrobku se může na trhu lišit podle výrobce. Sledujte hodnoty udávané výrobcem.

Jak odhadnout příjem kuchyňské soli nebo sodíku?

Objektivním způsobem je výpočet příjmu na základě měření exkrece natria v moči.^{1,5} Využívá se u toho následující vzorec: koncentrace Na v moči x objem moči (24 hod.) /1000 x 58,5. Hodnota 100 mmol/den odpovídá 2,3 g sodíku. Nevýhodou této metody je, že je potřeba 24hodinový sběr moči, což je často zatížené chybou při sběru. Z našeho pohledu je metoda v terénní praxi nepoužitelná.

Další možností je odhad na základě pacientova jídelníčku a srovnání s databází složení potravin^{6,7}. Tam lze v přehledných tabulkách najít obsah sodíku, nebo kuchyňské soli na 100 g jednotlivých potravin a někdy i celých pokrmů. Lze také využít údaje o výživových hodnotách přímo na potravinách, kde se uvádí obsah celkové kuchyňské soli. Podle množství konzumovaných potravin v daný den se jednoduše spočítá množství sodíku nebo kuchyňské soli. Je nutné zmínit, že se jedná pouze o přibližnou hodnotu. Údaje o obsahu sodíku nebo soli se můžou do jisté míry lišit mezi tuzemskými a zahraničními prameny. Další nepřesnost přináší to, jak svědomitě konkrétní pacient sestaví svůj jídelníček a zahrne opravdu všechny konzumované pokrmy.

Navzdory tomu je z našeho pohledu metoda výpočtu

příjmu sodíku nebo kuchyňské soli pomocí tabulek složení potravin přijatelnější pro praxi. Poučení pacienti ji můžou využívat i sami v pohodlí domova, a aktivně se tak podílet na péči o své zdraví.

Tabulka 1 přináší přehled obsahu kuchyňské soli některých vybraných potravin. V Tabulce 2 je uveden příklad jídelníčku s výpočtem denního příjmu kuchyňské soli. Vychází z našich zkušeností. Nejproblematictější jsou hotové pokrmy ze stravovacích zařízení, kde zákazník nemá možnost ovlivnit množství kuchyňské soli použité při přípravě pokrmu. To se navíc může významně lišit i mezi provozovnami.

Lze odhadovat, že konzumace kuchyňské soli v naší populaci značně převyšuje výše zmíněná doporučení.

Dopad restrikce kuchyňské soli na zdraví

Příznivý efekt omezení příjmu kuchyňské soli, a tím i sodíku, je podložený důkazy pro různá onemocnění. V literatuře panuje shoda dodržovat doporučení WHO, které jsme uvedli výše. Co se týká přísnějšího omezení příjmu kuchyňské soli, nejsou již doporučení tak jednoznačná.

Restrikce sodíku ve stravě prokazatelně snižuje krevní tlak.^{1,5,8} Metaanalýza několika studií z roku 2013 prokázala průměrný pokles krevního tlaku o 3,4/1,5 mmHg.⁹

Tabulka 2. Příklad denního jídelníčku. Obsah soli podle^{6,7}.

	Komodita	Obsah kuchyňské soli v gramech
Snídaně	2 větší krajice chleba (100 g)	1,13
	Máslo (20 g)	0,01
	2–4 plátky šunky (40–80 g)	0,98–1,94
	2 rajčata (80 g)	0
Svačina	1 jogurt (150 g)	0,27
	1 houska (60 g)	0,85
	1 větší mrkev (50 g)	0,1
	1 střední jablko (200 g)	0
Oběd	Polévka gulášová 250 ml – závodní stravování	2,6
	vepřové na zelenině 150 g –závodní stravování	2,55
	vařené brambory 300 g	0
	Salát (kysané zelí s mrkví) 150 g – závodní stravování	1,17
Svačina	1 x moravský koláč (200 g)	0,36
	1 banán (200 g)	0
Večeře	2 x celozrnný rohlík 120 g	1,68
	Lučina 50 g	0,2
	zeleninový salát 200 g – domácí bez dosolování	0
	Sýr eidam 50 g	1,8
Celkem		13,7 – 14,66

Čím je tato restrikce přísnější, tím větší pokles tlaku lze očekávat. Na druhou stranu omezení příjmu soli pod 3 g na den již vede ke zvyšování mortality na kardiovaskulární onemocnění.^{1,5} Přísná restrikce soli celkovému zdraví z tohoto pohledu neprospívá. Nízký příjem sodíku může také narušovat homeostázu hořčíku a vápníku ve vnitřním prostředí.¹⁰

Omezení příjmu kuchyňské soli pod 3 g na den u jaterní cirhózy vede k redukci otoků a zpomalení tvorby ascitu. Na druhé straně taková dieta pacienty s cirhózou ohrožuje rozvojem malnutrice, což je pro ně z dlouhodobého hlediska mnohem nebezpečnější.¹¹ V praxi je pro pacienty těžké připravit si nutričně bohatý jídelníček a zároveň přísně omezovat přísun soli. Proto se spíše doporučuje dodržovat racionální dietu s omezením příjmu kuchyňské soli podle WHO, tedy do 5 g denně¹¹.

Experimentálně se na potkaním modelu prokázalo, že kombinace restrikce kuchyňské soli s omezením kalorického příjmu (samostatně vedou k poklesu krevního tlaku) vede naopak k aktivaci renin–angiotensin–aldosteronové osy a paradoxně ke zvýšení krevního tlaku.¹² U lidské populace zatím ale není dostatek důkazů pro specifické doporučení.

Restrikce příjmu kuchyňské soli při chronickém onemocnění ledvin (CKD) vede nejen k poklesu krevního tlaku, ale příznivě také ovlivňuje i proteinurii.^{13,14} Ku et al. doporučují omezit příjem sodíku pacientů s CKD a hypertenzí na méně než 1,5 g/den.¹⁴ Ve svém doporučení ale nezohledňují možná rizika přísné restrikce

(mortalita, malnutrice). Dieta s nízkým příjmem sodíku (2,4 g/den proti 4,8 g/, odpovídá 6 g soli proti 12 g) u diabetických pacientů vede k redukci albuminurie během 3 měsíců¹⁴. V tomto případě snížený příjem sodíku zhruba odpovídá doporučení WHO.

Garofalo et al. ve své metaanalýze prokázali, že omezení příjmu sodíku ze 179 mmol (4,1 g) na 104 mmol (2,4 g) denně vede u pacientů s CKD k redukci krevního tlaku o 4,9/2,3 mmHg, redukci hmotnosti o 1,9 kg (snížením intravaskulárního objemu) a snížení proteinurie. Autoři navrhli jako doporučený denní příjem sodíku 110 mmol/den (2,5 g). Upozornili také na fakt, že bez dostatečné edukace pacientů je dodržování diety s omezením sodíku problematické, zejména z dlouhodobého hlediska.¹⁵

K poklesu krevního tlaku kromě nižšího příjmu sodíku přispívá i vyšší příjem draslíku (3–4 g denně). Toho by mělo být dosaženo dodržováním zásad racionální diety podle WHO (Tabulka 3). Vyšší příjem draslíku ale může být problémem u pacientů s pokročilým renálním onemocněním stadia G4–G5.¹³ Dodržování racionální diety bohaté na ovoce a zeleninu zvyšuje kalémii v průměru o 0,6 mmol/l.¹⁸ Pacienty ve stadiu G4–G5 chronického onemocnění ledvin je potřeba přísněji hlídat, na druhou stranu pacienti se stupněm G3 mohou díky redukci krevního tlaku z takové diety profitovat.¹⁸

Omezení přísunu soli v potravě patří i k doporučením v rámci primární a sekundární prevence onkologických onemocnění.¹⁹ Přesné množství autoři nespecifikují, lze ale předpokládat, že vychází z doporučení WHO

Tabulka 3: Zásady racionální diety. Upravené podle WHO (16) a Healthy eating guidelines 2016¹⁷

- Jezte pestrou, různorodou stravu, upřednostňujte rostlinné potraviny.
- Konzumujte pouze tolik kalorií, abyste pokryli vaši energetickou spotřebu. Přejídání působí na zdraví nepříznivě.
- Vybírejte potraviny čerstvé nebo z místní produkce. Upřednostňujte domácí přípravu potravin. Vyhýbejte se polotovarům, obzvláště těm s vysokým obsahem tuku, soli a cukrů (jednoduchých sacharidů). Čtěte výživové hodnoty potraviny uvedené na obalu.
- Jezte minimálně 3 porce čerstvého ovoce, nejlépe z místní produkce. Optimálně byste měli mít 5–7 porcí (400–500 g) ovoce a zeleniny dohromady. Porce je např. jeden středně velký banán, jablko nebo miska nakrájeného ovoce nebo zeleniny.
- Jezte 2–3 porce zeleniny denně. Brambory, batáty se pro obsah škrobu řadí v potravinové pyramidě do stejné kategorie s obilovinami a pečivem, ne mezi čerstvou zeleninou.
- Upřednostňujte konzumaci obilovin celozrnných, nezpracovaných (jáhly, oves, pšenice, proso, hnědá rýže) před pečivem nebo těstovinami (při konzumaci pečiva nebo těstovin vybírejte celozrnné varianty).
- Konzumujte umírněně mléko a mléčné výrobky. Vybírejte výrobky nízkotučné, s nízkým obsahem cukru a soli.
- Omezte konzumaci masa a masných výrobků. Masné výrobky a uzeniny konzumujte ve velmi malých množstvích (nebo vůbec). Některá doporučení uvádějí doporučenou konzumaci syrového masa 500 g na týden.
- 2x týdně jezte ryby (denní porce odpovídá zhruba 200 g syrové ryby).
- Pravidelně konzumujte luštěniny. Mají nízký obsah tuku, jsou bohaté na bílkoviny, vlákninu, minerály. Jsou dobrou náhradou masa a pomáhají udržitelnému zemědělství.
- Tuky a oleje používejte střídavě. Dávejte přednost tekutým rostlinným olejům s vysokým obsahem nenasycených mastných kyselin. Vyhýbejte se částečně ztuženým tukům (polotovary, cukrovinky, polevy, smažené pokrmy, fast food). Z úpravy pokrmů dávejte přednost vaření, pečení a přípravě v páře před smažením.
- Pijte pitnou vodu místo slazených nápojů nebo ovocných šťáv. 150 ml pomerančové šťávy obsahuje asi 15 g cukru.
- Dbejte na zásady hygieny při přípravě jídla. Umývejte si ruce před přípravou pokrmu a po použití toalety. Oddělujte syrové a tepelně upravené potraviny. Starejte se o čistotu ploch, kde připravujete jídlo (domácí mazlíčci, zvířata). Na mytí potravin používejte vodu z nezávadného zdroje.

ohledně racionální diety. Restrikce soli v dietě může vést přirozeně k omezení konzumace uzenin, které jsou na kuchyňskou sůl bohaté. U masových uzenin se jako konzervační látky využívají dusičnany, u kterých je pravděpodobný karcinogenní efekt u člověka. Snížení konzumace těchto potravin tak vede ke snížení expozice potenciálním karcinogenům.

Ménierova choroba patří k onemocněním, u kterých se jako jedna z terapeutických možností doporučuje omezení příjmu soli, alkoholu a kofeinu. Důkazy z randomizovaných studií však chybí.²⁰

Matsuo et al. prokázali statisticky významné zlepšení nykturických obtíží u pacientů, kteří po edukaci úspěšně zredukovali přísun sodíku ve stravě.²¹

Řada studií ukazuje na příznivé zdravotní účinky omezení příjmu kuchyňské soli. Avšak ty, které vyzdvihují zejména přísnou restrikci kuchyňské soli (2–3 g na den nebo méně), nezohledňují možné nežádoucí účinky přísné restrikce.

Shrnutí

Omezení přísunu veškeré kuchyňské soli ve stravě na maximálně 5 g na den (příjem sodíku asi 2,1 g) má příznivé účinky na zdraví. Je to prevence onkologických onemocnění, působí na snížení krevního tlaku, redukuje tvorbu otoků, zpomaluje progresi CKD a mnohé další. Přísnější restrikce (do 3 g na den) již naopak působí nepříznivě, zvyšuje mortalitu a riziko malnutrice a měla by být doporučována, pokud vůbec, obezřetně, s pečlivým sledováním pacienta.

Pacienti by měli být edukováni k využívání dostupných informačních zdrojů, aby mohli sami sledovat přísun kuchyňské soli ve svém jídelníčku.

Literatura dostupná u autora



QuickSeal

Váš specialista na POCT přístroje a rychlou diagnostiku

Přístroje od společnosti QuickSeal
mají vždy něco navíc

Nejvhodnější POCT pro praktického lékaře!

Quick PLUS
analyzer

- FOB
- CRP
- Strep A
- D-dimer
- Troponin I
- NT-proBNP



TESTOVÁNO
pro parametry FOB
Klinickou laboratorii Oblastní
nemocnice Kladno a.s.
Ing. Luděk Šprongl – primář
klinické laboratoře





Jedině u nás máte v ceně FOB testu **záchytné sítky na WC.**

www.quickseal.eu

Tel.: +420 273 167 580

E-mail: info@quickseal.eu

Management léčby chronického srdečního selhání



MUDr. Tereza Nováková^{1,2}

doc. MUDr. Jan Krejčí, Ph.D.^{1,2}

¹Fakultní nemocnice u sv. Anny, Pekařská 53, 60200 Brno

²Lékařská fakulta Masarykovy University, Brno

Chronické srdeční selhání (CHSS) je klinický syndrom, jenž je charakterizován typickými symptomy (jako je např. dušnost, otoky dolních končetin, únava, nevykonnost apod.), jež mohou být doprovázeny klinickými známkami (např. chrůpky na plicích, zvýšená náplň krčních žil, hepatomegalie, ascites či otoky), které jsou vyvolány srdečními abnormalitami vedoucími ke sníženému srdečnímu výdeji a/nebo ke zvýšeným nitro-srdečním tlakům v klidu nebo při zátěži¹.

Terminologie používaná k rozdělení srdečního selhání vychází z měření ejekční frakce levé komory (EFLK), nejčastěji echokardiograficky. Srdeční selhání postihuje širokou škálu pacientů, od osob s normální EFLK ≥ 50 % (srdečním selháním se zachovanou EFLK, **HF with preserved EF, HFpEF**), až po osoby se sníženou EFLK < 40 % (**HF with reduced EF, HFrEF**). Obě tyto skupiny pacientů se liší demografií, etiologií, léčebnými postupy. Pacienti s EFLK v rozmezí 40–49 % jsou definováni jako pacienti se srdečním selháním s EF ve středním pásmu (**mid-range EF, HFmrEF**). Pro tuto skupinu nemocných máme velmi málo dat z klinických studií, dříve bylo udáváno, že mají blíže spíše ke skupině HFpEF, podle novějších informací se ukazuje, že u této skupiny nemocných může být naopak prospěšná léčba analogická jako u HFrEF².

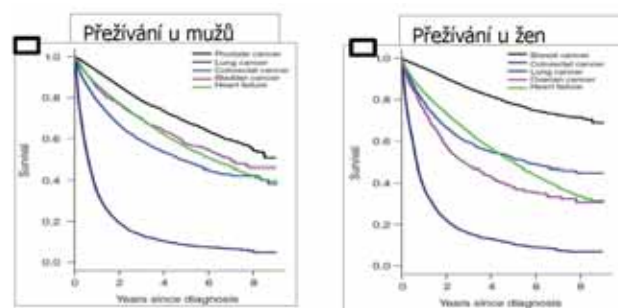
Na rozdíl od asymptomatické dysfunkce levé komory je manifestní chronické srdeční selhání **definováno** současným splněním několika podmínek: 1) přítomností klinických symptomů, 2) zvýšením natriuretických peptidů (NP) v séru a 3) mimo různý stupeň dysfunkce levé komory přítomností aspoň jedné další patologie v echokardiografickém nálezu (hypertrofie levé komory, známky diastolické dysfunkce, zvětšení levé síně).

Prevalence srdečního selhání v dospělé populaci průmyslově rozvinutých zemí je přibližně 1–2 %; u osob ve věku > 70 let se zvyšuje na hodnotu ≥ 10 %. V ČR

celkem trpí chronickým srdečním selháním minimálně 150 000 – 200 000 osob, pokud by bylo správně diagnostikováno HFpEF, bude jejich počet nepochybně výrazně vyšší. Ve srovnání s HFrEF jsou nemocní s HFpEF starší, častěji jde o ženy a častěji mají v anamnéze hypertenzi a fibrilaci síní, zatímco infarkt myokardu se v jejich anamnéze objevuje méně často.

Prognóza pacientů je zatím stále nepříznivá, a to zejména u pacientů s pokročilou formou CHSS. V průměru do 5 let od stanovení diagnózy umírá 40–50 % nemocných (obr. 1). Na druhé straně trvalé zdokonalování léčebných postupů v posledních 30 letech vede k prodloužení přežití a snížení počtu hospitalizací pro akutní dekompenzace.

Obr. 1:



Mamas et al. Eur J Heart Fail. 2017;19(9):1095–1104

U pacientů se srdečním selháním dochází ve většině případů k úmrtí z kardiovaskulárních příčin, hlavně v důsledku náhlé srdeční smrti a zhoršování srdečního selhání. Celková mortalita je u HFrEF obecně vyšší než u HFpEF. K hospitalizacím často dochází i z nekardiovaskulárních příčin, zvláště u pacientů s HFpEF.

Základní vyšetřovací metody – odběr **natriuretických peptidů** – dle zvyklostí lokální laboratoře BNP nebo NT-proBNP (ten je nezbytné použít u nemocných zvažovaných k léčbě sacubitril/valsartanem), elektrokardiogram (EKG), echokardiografické vyšetření (echo). Negativní předpovědní hodnoty natriuretických peptidů jsou vysoké, ale pozitivní prediktivní hodnoty jsou nižší. Proto se doporučuje NP používat pro vyloučení srdečního selhání (BNP ≤ 35 pg/ml, NT-proBNP ≤ 125 pg/ml), ne však pro definitivní potvrzení diagnózy. Nicméně jejich stanovení, zejména u dosud neléčených nemocných, je pro stanovení diagnózy, resp. syndromu srdečního selhání nesmírně cenné, a navíc mohou sloužit k monitorování léčby onemocnění a detekci progresu srdečního selhání.

Patologická **EKG** křivka pravděpodobnost srdečního

selhání zvyšuje. Mezi nejčastější patologické nálezy patří známky prodělaného infarktu, fibrilace síní, poruchy převodního systému. U pacientů s úplně normálním EKG je přítomnost srdečního selhání nepravděpodobná. Základní vyšetřovací metodou pro pacienty s podezřením na selhání srdce je **echokardiografie**. Obecně platí, že další zobrazovací metody je třeba použít pouze v případě, že přinesou smysluplné doplňující klinické informace. Echokardiografické vyšetření poskytuje okamžité informace o objemech srdečních oddílů, funkci komor v systole i v diastole, tloušťce stěn, funkci chlopní i o plicní hypertenzi. Tyto informace jsou pro stanovení diagnózy a managementu léčby naprosto nezbytné.

Z dalších vyšetření je u části nemocných využívána **magnetická rezonance** srdce, která může být užitečná i pro stanovení etiologie srdečního selhání. Umožňuje doplnit diagnostické informace o tzv. tkáňovou charakteristiku myokardu. Tyto informace mohou být cenné v diagnostice myokarditid, amyloidózy, sarkoidózy a dalších onemocnění, ale mohou také ukázat překvapivý nález rozsáhlého ischemického postižení myokardu u nemocných s nevýznamným či dokonce negativním koronarografickým nálezem.

Ke **koronarografii** indikujeme pacienty se středně vysokou až vysokou pravděpodobností ischemické choroby srdeční.

Pro starší nemocné s hypertrofií levé komory může být velmi přínosné **scintigrafické vyšetření (tzv. DPD scan)**, který je schopen velmi senzitivně i specificky detekovat tzv. senilní (či přesněji transthyretinovou) kardiomyopatii jako projev senilní amyloidózy. U těchto nemocných nápadně často bývá v předchorobí přítomna operace karpálních tunelů, což typicky o řadu let předchází manifestaci kardiálních symptomů.

Strategie léčby pacientů se srdečním selháním se sníženou EF LK (HFrEF)

- **Léčba základního onemocnění vedoucího k CHSS** (hypertenze, ICHS, arytmie, chlopenní vady atd...)
- **Režimová a dietní opatření**
- **Farmakoterapie**
- **Nefarmakologická léčba** (srdeční resynchronizační terapie – CRT, implantabilní kardioverter defibrilátor – ICD, mechanické srdeční podpory)
- **Transplantace srdce**
- **Paliativní péče**

Cílem léčby pacientů se srdečním selháním je zlepšit jejich klinický stav, funkční kapacitu i kvalitu života, zabránit jejich hospitalizaci a snížit mortalitu.

Na prvním místě je vždy **terapie základního onemocnění**, které vedlo k CHSS (pečlivá léčba arteriální

hypertenze, revaskularizace myokardu u ischemické choroby srdeční, léčba arytmií, důsledná léčba diabetu, chirurgická nebo katetrizační léčba pokročilých chlopenních vad).

Režimová opatření – při pokročilém srdečním selhání je doporučováno omezit příjem kuchyňské soli a minerálních vod, a event. i restrikce tekutin (1,5–2 l za den). Pacienti by měli dbát na pravidelný selfmonitoring tělesné hmotnosti. Nekouřit a nepít alkohol, hlavně u ethylické etiologie dilatační kardiomyopatie. Vhodná je pravidelná aerobní fyzická aktivita přiměřené intenzity (procházky, jízda na kole), naopak nevhodná je silová zátěž. Klidový režim platí jen u pacientů s akutní dekompenzací CHSS.

Základními pilíři **farmakologické léčby** HFrEF jsou neurohumorální antagonisté – inhibitory angiotensin–konvertujícího enzymu (ACEI), antagonisté mineralokortikoidních receptorů (MRA), a beta–blokátory (BB). Jen v případě, kdy nemocný netoleruje léčbu ACEI například pro suchý kašel, tyto léky nahrazujeme blokátory receptorů AT1 pro angiotensin II (ARB).

Pro jednoznačné důkazy o významném snížení mortality jsou **ACEI / ARB a BB** indikovány nejen u všech pacientů s manifestním srdečním selháním, ale i u pacientů se zatím asymptomatickou dysfunkcí levé komory. Obě lékové skupiny postupně titrujeme do cílových dávek s ohledem na toleranci pacienta. U pacientů přijatých do nemocnice pro akutní srdeční selhání je nutno BB začít podávat s opatrností ihned poté, co bylo dosaženo stabilizace pacienta.

MRA (verospiron, eplerenon) mají pozitivní vliv na remodelaci levé komory, redukci myokardiální fibrózy, a jsou indikovány u pacientů nadále symptomatických při již zavedené terapii ACEI /ARB a BB. Opatrnosti je třeba v případech, kdy se MRA podává v kombinaci s ACEI pacientům s poškozením renálních funkcí a nemocným s koncentracemi draslíku v séru > 5,0 mmol/l. Podle klinického stavu je nutno pravidelně kontrolovat koncentrace draslíku v séru a renální funkce.

Jsou-li pacienti i přes léčbu ACEI, BB, MRA nadále symptomatictí, měli bychom zvážit výměnu ACEI za novou velmi nadějnou lékovou skupinu inhibující současně systém renin–angiotensin–aldosteron a neprylisin (**ARNI**). První představitelem je **sacubitril/valsartan**. Tento lék dle dostupných dat redukuje riziko kardiovaskulární mortality o 20 %, hospitalizaci pro srdeční selhání o 21 %, celkovou mortalitu o 16 %, opakované hospitalizace o 23 %³. V současné době jsou k dispozici data i pro to, abychom u pacientů hospitalizovaných pro dekompenzaci CHSS započali léčbu ARNI

jako první krok bez předcházející nezbytné titrace léčby ACEI/ARB.⁴ Pacienti léčení kombinací ARNI + BB + MRA dosahují nejnižší mortality ze všech kombinací lékových skupin používaných u pacientů s CHSS⁵.

Ivabradin zpomaluje srdeční frekvenci inhibicí kanálu I_f v sinusovém uzlu, a je tedy možné jej podávat pouze pacientům se sinusovým rytmem. Ivabradin je dalším doplňujícím lékem u pacientů s EFLK $\leq 35\%$, i kterých je srdeční frekvence ≥ 70 tepů/min při správné léčbě betablokátory.

Ke zmírnění symptomů a známek městnání se přidávají **diuretika**. Kličková diuretika vyvolávají intenzivnější a kratší diurézu než thiazidová diuretika. Obě skupiny působí synergicky a jejich kombinaci lze použít k léčbě rezistentních otoků. Dávku diuretik je nutno v průběhu času upravovat podle individuálních potřeb. Pacienty lze vyškolit, aby si sami mohli upravovat dávku diuretika podle svého aktuálního zdravotního stavu.

Implantabilní kardioverter–defibrilátor (ICD): u pacientů se srdečním selháním dochází ve vysokém procentu případů k úmrtí náhle a nečekaně, zvláště u těch s mírnějšími symptomy, a to na podkladě závažných komorových arytmií. ICD také účinně zabraňuje bradykardii, ale především detekují a terapeuticky ovlivňují potenciálně letální komorové arytmie. Profylaktická implantace ICD je proto indikována ke snížení rizika náhlé smrti a celkové mortality u pacientů se symptomatickým srdečním selháním (NYHA třída II–III) a s EFLK $\leq 35\%$ i přes optimální farmakologickou léčbu trvající minimálně 3 měsíce, při předpokladu podstatně delšího přežití než jeden rok v dobrém funkčním stavu. Největší přínos z profylaktické implantace ICD mají pacienti s ICHS. V sekundární prevenci ICD implantujeme pacientům, kteří se zotavili z epizody život ohrožující komorové arytmie. Antiarytmika naopak celkovou mortalitu nesnižují a některá ji mohou zvyšovat.

Pokud je u pacienta indikována implantace ICD a pacient má na EKG známky prodloužené aktivace levé komory srdeční (rozšíření QRS ≥ 130 ms, typicky obraz blokády levého Tawarova raménka), pak je nutno zvážit použití kombinace srdeční **resynchronizační léčby** s defibrilátorem. Tato léčba zlepšuje mortalitu pacientů i symptomy srdečního selhání.

Kardiochirurgická implantace **mechanických srdečních podpor** je vyhrazena pro nejpokročilejší stadia srdečního selhání po předchozí pečlivé selekci. V současnosti je nejvíce rozšířena indikace „most k transplantaci“ u nemocných před transplantací srdce. Lze nicméně předpokládat, že v budoucnu bude tato léčba rozšířena i na řadu nemocných, kteří např. z důvodu věku a komorbidit nebudou moci být kandidáty srdeční transplantace (tzv. destinační léčba). Nicméně i zde platí, že je nutno

velmi pečlivě selektovat vhodné kandidáty této terapie, protože poimplantační péče klade vysoké nároky na kooperaci ze strany nemocného.

Strategie léčby pacientů se srdečním selháním se zachovalou EF LK (HFpEF)

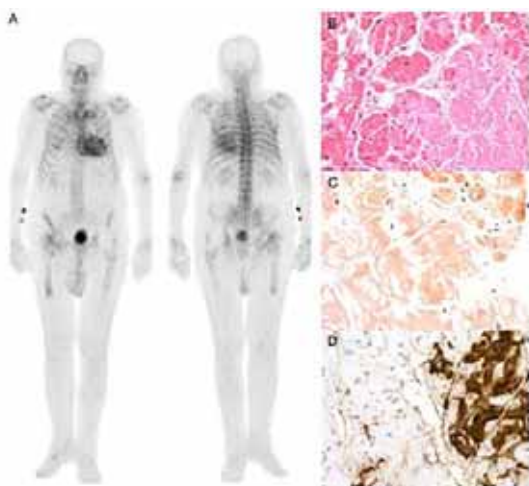
HFpEF představuje zásadní a narůstající medicínský problém především kvůli vzestupu prevalence, která se v současné době v populaci pacientů s CHSS odhaduje až na 50 %. Typickým znakem HFpEF je zhoršená poddajnost myokardu způsobená hypertrofií a fibrózou, což vede ke vzestupu plicních tlaků.

Prognóza nemocných se zachovalou nebo mírně redukovanou EF LK je podobně nepříznivá jako u nemocných s HFrEF. Navíc léky, které účinně modifikují průběh onemocnění u HFrEF (ACEI / ARB, BB, MRA), nepřinesly u pacientů s HFpEF dopad na snížení mortality i morbidity ve srovnání s placebem. To lze vysvětlit jiným mechanismem neurohumorální aktivace oproti pacientům s HFrEF, a také značnou heterogenitou tohoto onemocnění. Ke zmírnění symptomů a známek srdečního selhání jsou vhodná diuretika. Příliš agresivní diuretická terapie však může být spojená s významným poklesem žilního návratu a rozvojem symptomatické hypotenze.

Velmi důležitou léčebnou strategií je časná a co nejefektivnější **terapie nejčastějších komorbidit: arteriální hypertenze, ischemické choroby srdeční a fibrilace síní**.

Relativně častou a v současné době stále ještě poddiagnostikovanou **etiologií HFpEF může být senilní amyloidóza**, která je podkladem cca 13 % případů HFpEF u pacientů starších 60let^{6,7}. Typickým echo nálezem je jinak nevysvětlitelná hypertrofie stěn levé i pravé komory, denzní charakter myokardu, může být přítomna aortální stenóza nebo malý perikardiální výpotek. Srdeční selhání způsobené amyloidózou málo reaguje na konvenční terapii a vede k vysoké mortalitě. Základní diagnostickou metodou je vedle MRI srdce DPD scintigrafie (obr. 2), která u řady nemocných může nahradit dříve nezbytnou endomyokardiální biopsii. Scintigrafie bude pravděpodobně v budoucnu screeningovým vyšetřením u všech starších pacientů s HFpEF nebo HFmrEF a záchytem hypertrofie stěn levé komory srdeční na echokardiografii. U pacientů se senilní transthyretinovou amyloidózou bude nově dostupná kauzální terapie – **tafamidis**, který blokuje disociaci tetrameru transthyretinu a tím ukládání amyloidu. V klinické studii vedl k 30% redukci mortality a 32% redukci hospitalizací z kardiovaskulárních příčin oproti placebo⁷. Léčba tafamidisem je ale finančně velmi náročná a bude vázána na specializovaná kardiologická centra.

Obr. 2:



Eur Heart J 2015;36(38):2585–94

Závěr

Problematika srdečního selhání je zcela zásadním medicínským i socioekonomickým problémem, který bude se stárnutím populace dále narůstat. Je proto nesmírně důležité na toto onemocnění myslet a správně a včas jej diagnostikovat. Přínosné je stanovení hladin natriuretických peptidů, které mohou provádět i praktičtí lékaři. Máme k dispozici řadu terapeutických možností pro nemocné s HFrEF a objevují se nové možnosti i v oblasti léčby pacientů s HFpEF / HFmrEF. Spolupráce mezi praktickými lékaři, ambulantními specialisty a kardiocentry je klíčová pro optimalizaci péče o nemocné se srdečním selháním.

Podpořeno AZV grantem č. 16–30537A Ministerstva zdravotnictví České republiky

Citace:

1. Špinar J. et al. Souhrn Doporučených postupů ESC pro diagnostiku a léčbu akutního a chronického srdečního selhání z roku 2016. Připraven Českou kardiologickou společností. 2016 European Society of Cardiology
2. Seferovic PM et al. Clinical practice update on heart failure 2019: pharmacotherapy, procedures, devices and patient management. An expert consensus meeting report of the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology. *European Journal of Heart Failure* (2019)
3. McMurray JV et al. Angiotensin–Neprilysin Inhibition versus Enalapril in Heart Failure. *N Engl J Med* 2014; 371:993–1004
4. Wachter R et al. Initiation of sacubitril/valsartan in haemodynamically stabilised heart failure patients in hospital or early after discharge: primary results of the randomised TRANSITION study. *Eur J Heart Fail* 2019 Aug;21(8):998–1007
5. Burnet H et al. Thirty Years of Evidence on the Efficacy of Drug Treatments for Chronic Heart Failure With Reduced Ejection Fraction: A Network Meta-Analysis. *Circ Heart Fail*. 2017 Jan;10(1)
6. González-López E et al. Wild-type transthyretin amyloidosis as a cause of heart failure with preserved ejection fraction. *Eur Heart J*. 2015 Oct 7;36(38):2585–94
7. Maurer MS et al. Tafamidis Treatment for Patients with Transthyretin Amyloid Cardiomyopathy. *N Engl J Med* 2018; 379:1007–1016

Váš pomocník při rozhodování o léčbě

- » Multifunkční plně automatizovaný analyzátor
- » Výsledky v laboratorní kvalitě
- » Bezúdržbový
- » Není nutné temperovat reagentie
- » Bez nutnosti kalibrace a BTK

Všechny testy jsou hrazeny zdravotní pojišťovnou.

Pro více informací navštivte webové stránky
www.oriondiagnostica.cz
 nebo volejte na tel.číslo 602 710 657.

ORION
 DIAGNOSTICA

Orion
 Diagnostica
 bude
AIDIAN
www.aidian.cz



QuikRead go®

Axiální spondyloartritida jako projev bolesti zad u mladých dospělých



MUDr. Eva Lokočová

III.interní klinika–NRE, FN a LFUP Olomouc

Úvod

Axiální spondyloartritida či ankylozující spondylitida známá též jako Bechtěrevova choroba patří do skupiny chronických zánětlivých revmatických onemocnění. Projevuje se postižením axiálního skeletu ve formě sakroileitidy a spondylitidy, nejtěžší formy mohou vést až k ankyloze obratlů s typickým radiologickým nálezem tzv. bambusové tyče. Jednoznačná příčina onemocnění není přesně známa, z genetických faktorů je však významná asociace s antigenem HLA-B27. Postihuje především mladší skupinu populace s prvními začátky mezi 20. a 30. rokem věku. Prevalence axiální spondyloartritidy se pohybuje mezi 0,5–1,4 % obyvatel.^{1,3}

Klinické projevy

Postihuje především sakroiliakální skloubení, páteř, méně často i periferní klouby. Charakteristickým znakem je chronická bolest a ztuhlost křížovo-beder- ní oblasti páteře s vyzařováním do hýždí, která splňuje charakteristiky zánětlivé bolesti (tab. 1) a zlepšuje se po rozcvičení. Většinou velmi dobře reaguje na použití nesteroidních antirevmatik. V případě pokročilé choroby mohou být postiženy všechny etáže páteře, což vede k výraznému omezení hybnosti až ankyloze. U periferní formy onemocnění mohou být postiženy kyčle, kolena, kotníky či ramenní klouby. Mezi časté projevy patří i entezitidy, zejména distálního úponu Achillovy šlachy či plantární fascie. Pacienti si mohou stěžovat i na bolesti hrudníku, což bývá projevem entezitid sternokostálních

skloubení. Pro spondyloartritidy je typický častý výskyt mimokloubních manifestací v podobě akutní před- ní uveitidy, psoriázy nebo nespecifických střevních zánětů. (obr. 1) Mezi vzácné manifestace patří rozvoj plicního postižení ve formě fibrózy horních laloků či restriktivní ventilační porucha jako důsledek omezeného rozvíjení hrudního koše. Z vzácných kardiálních proje- vů se můžeme setkat s postižením aortálního oblouku nebo renální amyloidózou, a to zejména v případech dlouhodobě trvajícího aktivního onemocnění. Mezi komorbiditidy asociované s axiální spondyloartritidou se řadí osteopenie a osteoporóza s rizikem vertebrálních fraktur, dále pak i zvýšené riziko kardiovaskulárních onemocnění vyplývající jednak z chronického zánětu, dále z ostatních rizikových faktorů jako jsou snížená mobilita, kouření či medikamenty užívané v léčbě axiál- ní spondyloartritidy.^{2,4}

Diagnostika

Základem vyšetření je důkladná anamnéza se zaměře- ním na charakteristické znaky zánětlivé bolesti zad, délku trvání, pozvolný vznik, úlevu po rozcvičení či nesteroidních antirevmaticích. Důležitý je dotaz na rodinnou anamnézu a také na extraskeletální mani- festace jako např. přítomnost psoriázy, zánětlivého střevního onemocnění či uveitidy. Při klinickém vyšet- ření hodnotíme hybnost bederní páteře (Schoberova, Thomayerova distance, lateroflexe), měříme dechové exkurze, hodnotí se hybnost a hyperkyfóza krční páte- ře (vzdálenost brada-sternum, fleche = vzdálenost týlní oblasti od zdi), dále vyšetřujeme citlivost sakroiliakál- ních skloubení, přítomnost otoků a citlivosti kloubů jako projev artritidy a dále přítomnost daktylitidy s otokem, bolestivostí a často i zarudnutím celých prstů.⁶ Vyšetřu- jeme i šlachové úpony k posouzení entezitidy (zejména úponu Achillovy šlachy).

Z laboratorních nálezů odráží většinou aktivitu onemocnění přítomnost zvýšených zánětlivých para- metrů (CRP, FW), ale na druhou stranu i při aktivním onemocnění může mít až 40 % pacientů hladiny CRP v mezích normy. Vyšší hodnoty CRP však bývají spojeny

s rychlejší radiografickou progresí i lepší odpovědí na léčbu. Běžně se využívá stanovení pozitivita HLA-B27 antigenu, který se vyskytuje u 90–95 % pacientů s ankylozující spondylitidou a u 60 % pacientů s periferní spon- dyloartritidou.⁹ Specifita tohoto vyšetření je však relativně nízká, anti- gen HLA-B27 nacházíme u asi 8–10 % zdravých lidí a z toho méně než 5 % má ankylozující spondylitidu¹⁰.

Tab 1. Kritéria zánětlivé bolesti zad dle ASAS (Assessment of SpondyloAr- thritis international Society)

Zánětlivá bolest zad při ≥ 4 kritériích trvající déle než 3 měsíce

1. Věk při prvních potížích < 40 let
2. Pozvolný začátek obtíží
3. Zlepšuje se rozcvičením
4. Bez úlevy v klidu
5. Bolesti ve 2. polovině noci (zlepšení po probuzení)

Mezi základní **zobrazovací metody** využívané v rámci diagnostiky a monitorování axiální spondyloartritidy patří klasický rentgen (RTG) a magnetická rezonance (MRI). Mezi charakteristické rentgenové nálezy patří v počátcích neostré kontury ilické části SI kloubu, které progredují postupnými erozivními změnami přes pseudorozšíření kloubní štěrbiny ke vzniku kostních můstků, zužování až zániku štěrbiny. (obr. 2) Typické nálezy pro oblast páteře zahrnují kvadratické obratlových těl se syndesmofyty, které vznikají postupnou osifikací annulus fibrosus. Obvykle začínají na bederní a dolní hrudní páteři a pokračují proximálním směrem. Mnohočetné syndesmofyty a současná osteoporóza obratlových těl vytváří charakteristický obraz „bambusové tyče“. (obr. 3)³ U pacientů s podezřením na axiální spondyloartritidu a negativním rentgenovým nálezem je vhodné doplnit magnetickou rezonanci, která dokáže zobrazit časné změny a identifikovat tzv. non- radiografickou / pre-rentgenovou fázi onemocnění. Aktivní sakroilei-

tida s edémem kostní dřeně je nejlépe zobrazitelná v T2 vážené sekvenci s potlačením tuku, nejčastěji STIR (short tau inversion recovery). Z dalších změn mohou být přítomny eroze, skleróza či tuková degenerace v T1 sekvenci. (obr. 4)⁴

Klasifikace

Do roku 2009 bylo možno diagnózu ankylozující spondylitidy stanovit pouze na základě průkazu rentgenového nálezu sakroileitidy, a to buď oboustranné 2.-4. stupně nebo jednostranné sakroileitidy minimálně 3. stupně se současně přítomným jedním z klinických projevů (Modifikovaná

Obrázek 2: RTG obraz „bambusové tyče“ – hyperkyfóza hrudní páteře s difuzními syndesmofyty anterolaterálně, Radiologická klinika FN Olomouc.



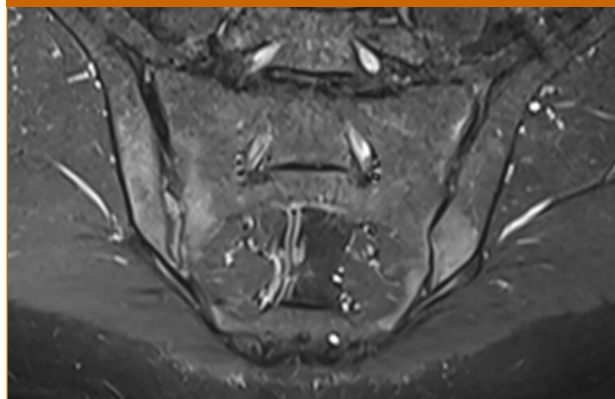
Obrázek 1: Koncept spondyloartritid



Obrázek 3: RTG nález sakroileitidy 4. stupně – zašlá kloubní štěrbina – totální ankylóza, Radiologická klinika FN Olomouc.



Obrázek 4: MRI obraz oboustranné sakroileitidy 1.st. s edémem kostní dřeně okolo SIS, Radiologická klinika FN Olomouc.



Newyorská kritéria z roku 1984). Rentgenové nálezy sakroileitidy však odráží již pokročilé strukturální změny, naplnění takto stanovených kritérií bylo proto jednou z příčin pozdního stanovení definitivní diagnózy.⁷ Zároveň tato kritéria neodrážela variabilitu dnes pojímaného konceptu spondyloartritid dle ASAS (obr. 5). Ta jednak rozlišují spondyloartritidy dle dominantní manifestace na axiální a periferní, berou v úvahu i možnost časnějšího průkazu sakroileitidy pomocí magnetické rezonance, přičemž ke stanovení diagnózy postačuje i pouhá laboratorní pozitivita antigenu HLA-B27 s přítomnými alespoň dvěma klinickými příznaky.⁸

Léčba

Základem **nefarmakologické léčby** je každodenní domácí cvičení, vhodné jsou i skupinové programy pod dohledem fyzioterapeuta. Doporučována je i lázeňská

léčba, která kombinuje komplexní fyzioterapii s balneoterapií. Důležitá je edukace pacienta a motivace k aktivnímu přístupu, nezbytnou součástí je zanechání kouření.^{1,3}

Z farmakologické terapie patří mezi léky první volby nesteroidní antirevmatika (NSA). V případě aktivního onemocnění se doporučuje kontinuální užívání v plné terapeutické dávce, u stabilizovaných pacientů je lze užívat pouze při potížích. Jako prevenci NSA gastropatie lze u rizikových pacientů zvolit gastroprotektivní princip kombinace s inhibítozem protonové pumpy (PPI) popř. užít coxiby, které lze u vysokých skupin taktéž doplnit o PPI. NSA nejsou doporučovány u pacientů 3-6 měsíců po kardiovaskulární příhodě. Pokud nemá terapeutickou odezvu použití alespoň 2 různých NSA při kontinuálním podávání po dobu 4 týdnů a přetrvává zvýšená klinická aktivita (hodnocena indexem BASDAI

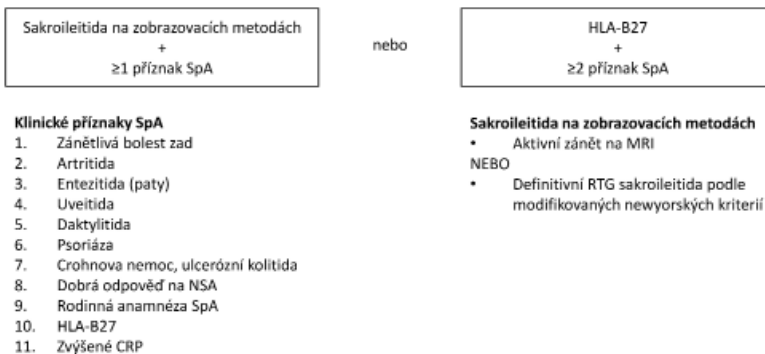
≥ 40) a zvýšené CRP, je indikováno zahájení biologické léčby. U periferní formy onemocnění lze použít chorobu modifikující lék (csDMARD) **sulfasalazin**. Glukokortikoidy nejsou v případě axiální spondyloartritidy indikovány, lokální injekce s glukokortikoidem lze aplikovat při synovitidě nebo entezitidě. Z doplňující terapie je možno při silných bolestech přidat další analgetika z neopioidní řady, výjimečně i ze skupiny opioidů.

Nejúčinnější léčbou je v dnešní době **biologická terapie**. Aktuálně jsou indikovány v léčbě axiální spondyloartritidy **inhibitory TNFα** (infliximab, adalimumab, etanercept, golimumab, certolizumab) a **blokátor IL-17** (sekukinumab). (obr. 6) Při ztrátě účinku jednoho léku lze provést výměnu za jiný formou tzv. switchu. V případě dosažení dlouhodobé remise se doporučuje snížení dávky biologického léku či prodloužení dávkovacího intervalu.

U pacientů s refrakterní bolestí kyčlí nebo omezenou funkcí by měla být zvážena totální endoprotéza. V případě pokročilé hyperkyfózy, která pacienta omezuje při chůzi a pohledu před sebe lze provést korekční osteotomii.¹

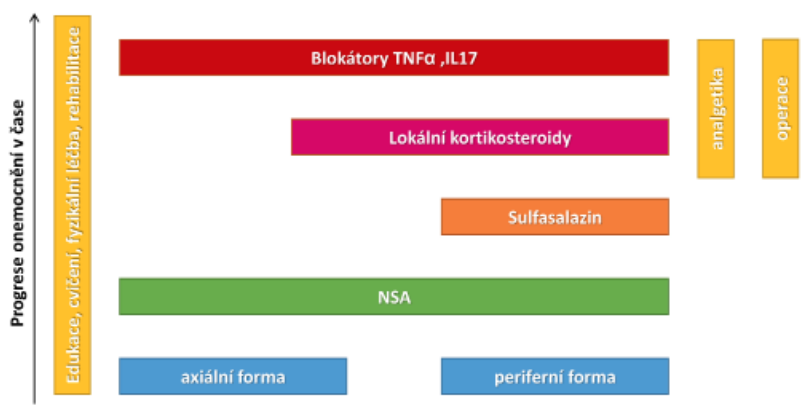
Obrázek 5

Klasifikační kritéria ASAS pro axiální spondyloartritidy



Obrázek 6: Souhrnné schéma léčby podle Braun J, et al., 2010

Souhrnné schéma léčby



Kdy odeslat pacienta k revmatologovi?

Chronická bolest zad je v dnešní době velmi častým symptomem. Příčin je celá řada, mezi nejčastější patří mechanická bolest zad, dále lze pomýšlet např. na herniaci nukleus pulposus, spondylolistézu, spondylózu, DISH (difúzní idiopatická skeletální hyperostóza). Důležitým vodítkem k rozeznání axiální spondyloartritidy patří zejména charakteristické znaky zánětlivé bolesti. Jakého pacienta odeslat k revmatologovi? Podmínkou je bolest trávající déle než 3 měsíce se začátkem v mladším věku (před 45. rokem) se zánětlivým charakterem bolesti nebo prokázanou sakroileitidou na zobrazovacích metodách nebo pozitivitou HLA-B27. (obr. 7)¹¹ Provedení zobrazovacího vyšetření lze ponechat na odborné pracoviště. Před samotným revmatologickým vyšetřením lze již zahájit léčbu nesteroidním antirevmatikem jako léčbou první volby, dobrá reakce na tuto terapii zároveň napomůže při stanovení diagnózy.

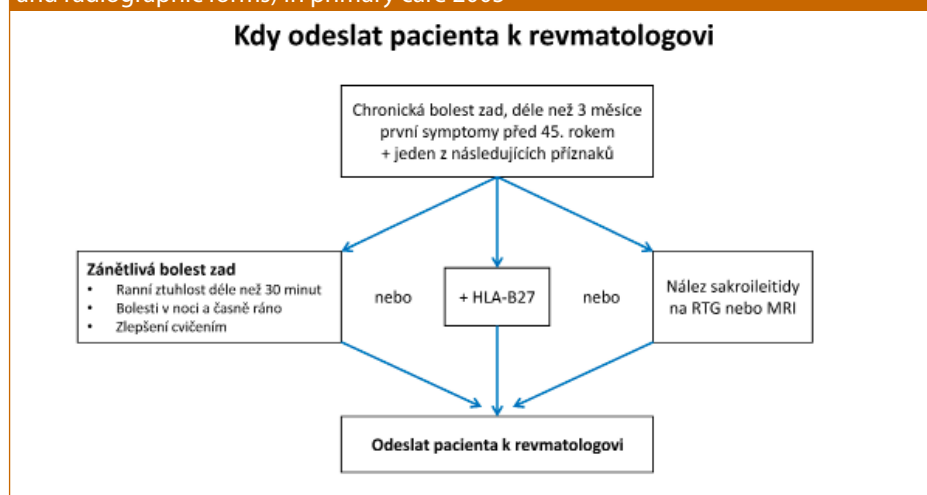
Závěr

Axiální spondyloartritida je chronické zánětlivé onemocnění, které se ve svých počátcích týká zejména mladých dospělých. Projevuje se především chronickou zánětlivou bolestí zad, někdy i entezitidami, artritidami, může být doprovázena mimokloubními projevy v podobě akutní přední uveitidy, psoriázy nebo nespecifických střevních zánětů. Problémem bývá opožděné stanovení diagnózy, které v České republice dosahuje až 9 let. Dlouholeté trvání choroby je spojeno s rizikem obtížné ovlivnitelných strukturálních změn, důsledky mohou negativně působit v oblasti běžného života pacientů, studia, profesního uplatnění i sociálního začlenění. Proto je velmi důležité včasné rozpoznání onemocnění a zahájení adekvátní farmakologické a nefarmakologické léčby. Tomu napomáhají jednak nová ASAS kritéria a využití magnetické rezonance a dále jednoduchá referenční kritéria pro praktické lékaře.

Literatura:

1. Van der Heijde D, Ramiro S, Landewé R, et al. 2016 update of the ASAS-EULAR management recommendations for axial spondyloarthritis. *Ann Rheum Dis* 2017;76:978–991
2. De Winter JJ, van MENS, van der Heijde D et al. Prevalence of peripheral and extra-articular disease in ankylosing spondylitis versus non-radiographic axial spondyloarthritis: a meta-analysis. *Arthritis Res Ther* 2016; 18: 196.
3. Pavelka K et al. *Revmatologie* Maxdorf: Praha 2018: 368–393
4. Procházková et al. Axiální spondylartritida. *Vnitřní lékařství* 2018;64(2):108–116.
5. Pavelka K. Doporučení České revmatologické společnosti pro léčbu ankylozující spondylitidy. *Ces Revmatol* 2012;20(1):4–11.
6. Němec P, Procházková L. et al. Spondyloartritidy. *Revmatologie pro praxi. Mladá fronta: Praha* 2016: 370–389.
7. Van der Linden S, Valkenburg HA. Evaluation of diagnostic criteria for ankylosing spondylitis: a proposal for modification of the New York criteria. *Arthritis Rheum* 1984; 27(4): 361–368.
8. Lipton S, Deodha A. The New ASAS Classification Criteria for Axial and Peripheral Spondyloarthritis. *Int J Clin Rheumatol*. 2012;7(6):675–682.
9. Sieper J, Poddubnyy D. Axial spondyloarthritis. *Lancet* 2017; 390(10089): 73–84.
10. Rudwaleit M et al. *Arthritis Rheum*. 2009; 60: 717–727; 4. Chung HY et al. *Ann Rheum Dis*. 2011; 70: 1930–1936.
11. Sieper J, Rudwaleit M. Early referral recommendations for ankylosing spondylitis (including pre-radiographic and radiographic forms) in primary care. *Ann Rheum, Dis*. 2005;64:659–63.

Obrázek 7: Kdy odeslat pacienta k revmatologovi, upraveno podle Sieper J, Early referral recommendations for ankylosing spondylitis (including pre-radiographic and radiographic forms) in primary care 2005



Pozvánka na kongres Evropské kardio- vaskulární společnosti v primární péči

Vážené kolegyně, vážení kolegové,

dovoluji si Vás pozvat na kongres Evropské kardiovaskulární společnosti v primární péči (European Primary Care Cardiovascular Society – EPCCS), který se bude konat ve **dnech 19. 3.–20. 3. 2020 v Praze**. EPCCS je jednou ze společností v rámci WONCA Europe. Jak už z názvu společnosti vypovídá, kongres je orientován na prevenci a léčbu kardiometabolických onemocnění.

Kardiometabolická onemocnění zahrnující kardiovaskulární nemoci, diabetes mellitus 2. typu a chronické renální onemocnění jsou zásadním zdravotním problémem a hlavní příčinou smrti celosvětově. Nejvýznamnějšími rizikovými faktory pro tuto chronická onemocnění jsou nikotinismus, hypertenze, dyslipidémie, zvýšená hladina glukózy, zvýšená hmotnost a nedostatečná fyzická aktivita. Výše uvedené rizikové faktory se často nacházejí v kombinaci a riziko kardiometabolických onemocnění roste s jejich počtem. Všechny tyto nemoci jsou spojeny s vysokými náklady a sníženou kvalitou života. V Evropě roste počet lidí s nadváhou či obezitou, částečně i díky významnému nárůstu u dětí. Lze předpokládat, že bude narůstat i množství hypertoniků, osob s dyslipidemií či se zvýšenou glykemií.

Kongres EPCCS je velkou příležitostí pro další vzdělávání odborníků v primární péči. Jedná se o jedinou evropskou konferenci zaměřenou na kardiometabolická onemocnění z pohledu primární péče. Jednotlivé sekce i diskuze se budou zabývat otázkami a výzvami, kterým odborníci v primární péči čelí v každodenní praxi. Role praktických lékařů v prevenci, včasném záchytu a léčbě kardiometabolických onemocnění je klíčová a to je obecně respektovaný fakt napříč odbornou společností. Zároveň je to i důvod, proč si musíme udržovat znalosti na nejvyšší úrovni.

Pokud vás pozvánka zaujala, můžete se registrovat na webových stránkách společnosti EPCCS www.ipccs.org, kde naleznete podrobné informace.

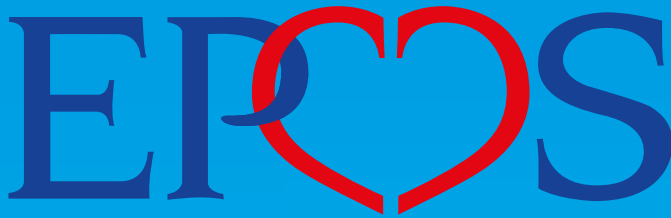
Společnost SVL ČLS JEP se rozhodla uvolnit částku 20 000 Kč pro členy své společnosti, kdy každému zájemci bude přidělena dotace 150 Euro na účastnický poplatek. Pokud máte zájem o bližší informace či chcete využít uvedené finanční podpory, kontaktujete mě na emailové adrese norbert.kral@seznam.cz.

Těším se na viděnou

MUDr. Norbert Král

Ústav všeobecného lékařství 1. LF UK, Praha

EUROPEAN PRIMARY CARE



CARDIOVASCULAR SOCIETY

www.ipccs.org

Scientific Meeting

EPCCS – Annual Cardiovascular Summit for Primary Care – 2020

March 19-20, 2020 Prague, Czech Republic

The European Primary Care Cardiovascular Society (EPCCS), founded in 2000, aims to provide a focus of support, education, research, and policy on issues relating to cardiovascular disease within primary care settings.

The EPCCS Cardiovascular Summit for Primary Care & 12th Annual Scientific Meeting is a great educational opportunity for primary care professionals, considering that cardiovascular disease is the most important disease presenting to primary care physicians. This is the only European conference specifically aimed at primary care, with a single focus on cardiovascular disease.

Visit the website www.ipccs.org and click on the agenda for more information and to register.

Registration fee: 220 Euro (including breaks and lunch for 2 days).

6th Vasco da Gama Movement Forum Raising Our Sails toward a New World: Empowering Family Medicine



MUDr. Denis Mlčochová
Ordinace PL Liberec

Na konci září jsem se zúčastnila v pořadí šestého Vasco da Gama Movement fóra v Turíně. Bylo to poprvé v historii, kdy bylo fórum organizováno Italy.

V tomto případě nešlo jen o to, přivést do Itálie trochu Evropy, ale taky přivést do Evropy nějakou Itálii. Italo- vé se snažili být inovativní, na úvod zaznělo, že fórum má enviromentální přesah a bude limitován odpad, jak jen to bude možné. Nejspíše i proto (krom omezených finančních prostředků) nebylo součástí žádné občerstvení a jen velmi omezeně podávaná káva. Bylo také zaručeno, že fórum není hrazené z žádných prostředků farmaceutických firem a jen z účastnických poplatků, což jsem obzvláště ocenila.

Obecným podtextem fóra bylo „posilnění praktického lékařství“, tentokrát zaměřeného hlavně na lékaře samotného, a to jak ve vztahu s pacientem, tak v týmovém a multidisciplinárním kontextu. Hodně se mluvilo o tom, že vztah mezi lékařem a pacientem se s moderní dobou změnil a že tento nový vývoj vyžaduje i nové nástroje, jak v preventivní části medicíny, tak v diagnostickém a terapeutickém přístupu.

Úvodní přednáška fóra byla o roli praktického lékaře při týmové spolupráci. Kulatý stůl se poté věnoval kompetencím praktiků jako základnímu kameni v komunitní péči. Důraz byl kladen na tzv. self-management, který mj. obsahuje dostatečné povědomí o svých emocích, schopnost se přizpůsobit druhým i změnám a pozitivní náhled. V rámci sociálního povědomí byly zmíněny jako důležité organizační schopnosti a dostatečně vyvinutá empatie. A co se týče vzájemných vztahů mezi kolegy, byla velmi podporována myšlenka docházet na pravidelné supervize, mít i svého mentora, a tak být i lépe schopen řešit konflikty a efektivně týmově spolupracovat.

Možnosti zavedení nových nástrojů do praxe jsem si poté mohla prakticky mj. vyzkoušet i na za mě nejlepším workshopu celé konference, který vedli kolegové z UK s názvem „Practical Introduction to Quality Impro-

vement“, kde jsme si kromě konkrétních návodů na jednotlivé techniky zlepšení kvality vyzkoušeli toto zavádění i sami a opravdu prakticky. Byla jsem ve skupině, která měla zavést novou mobilní aplikaci na měření TK pacientům, ve zkratce bylo potřeba projít čtyřmi kroky: 1. zvážit costs/benefits, 2. zvolit tým, který se bude na zavádění podílet, 3. pojmenovat si možné překážky a 4. navrhnout plán projektu.

Ve workshopu o sdělování nepříznivých zpráv byl představen SPIKES protokol (S – Setting up the Interview, P – assessing the patients Perception, I – obtaining the patients Invitation, K – giving Knowledge and information to the patient, E – addressing the patients Emotions with empathic responses, S – Strategy and Summary) s praktickým nácvikem ve skupinách. Na závěr jsem poté navštívila i Mindfulness, abych se o sebe po celém dni a na základě zmíněných doporučení, dobře postarala.

Z obecných přednášek, které zahrnovaly i pediatrické, jsem se poté dozvěděla např. výsledky zkoumání pozitivního vlivu gluten-free diety na kůži portugalských psoriaticů, přístup k zachytu diabetu 1. typu, turecká kolegyně prezentovala výzkum zaměřený na chování matek dětí s respirační symptomatikou, které byly vyšetřeny na emergency i pozitivní a podporující roli praktika při kojení a v postnatální době. Konference se dotkla i ožehavých témat jako např. role internetu jako nástroje sexuální edukace u adolescentů nebo byla prezentována studie, která se v 15 evropských zemích zabývala tím, jaký je vliv sociálního tlaku na ženy, které by se měly vdávat a mít děti, a nebylo překvapením, že velký a že musíme hledat nový přístup k mateřství a nové možnosti podpory v tomto směru.

Konferenci uzavírala emotivní přednáška, kde profesor z Brazílie pouštěl jednotlivé sekvence ze známých filmů, na kterých shrnul to, co se prolínalo celou konferencí: co můžeme udělat víc (Schindlerův seznam), co obnáší práce v týmu (Spartakus), jaké stopy zanecháváme (Lví král) a jak moc jsme schopni změnit celkové klima v naší práci (Vykoupení z věznice Shawshank). Přednáškový sál se tak na chvíli změnil na promítací kino a my mohli odcházet s pocitem, že jsme ti novodobí hrdinové, od kterých se změny budou odvíjet. Protože, jak říká Oskar Schindler – vždy můžeme udělat víc. A o to možná Italům nejvíce šlo.

Děkuji Mladým praktikům za možnost na fórum vyjet i za finanční podporu, kterou mi na cestu přispěli.

Do Pákistánu za poznáním s ochrankou v zádech



doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D.

Vědecký sekretář a místopředseda pro zahraniční aktivity
Ordinace PL Karlín

V Pákistánu, stejně jako jinde ve světě, potkáte kolegy, kteří sdílí stejnou vášně pro obor a se kterými je vám dobře. Návštěva v listopadu 2019 mně přinesla i jiná poznání, o které stojí za to se podělit.

Do Pákistánu se nejedí často

O víza lze žádat přes aplikaci na webu pákistánské ambasády. Strávíte nad tím celý večer. Žadatelů nejspíš není tolik, soudě podle vstřícnosti a zájmu pracovníka ambasády.

Přímý let do Pákistánu ani nečekáte, ale s dvěma přestupy se tam do 24 hodin dostanete.

Mým cílem byla desetimilionová metropole Láhaur v největší provincii Paňdžáb, na hranicích Pákistánu a Indie. Na regionální konferenci WONCA SAR (WONCA South Asia Region) jsem jel na pozvání pákistánských organizátorů typu „zaplať a přijed“. Motivací pro moji

Zahájení konference WONCA SAR, nejvíce vpravo Dr. Tariq Aziz, prezident konference



návštěvu byla možnost setkat se s exekutivou WONCA před světovou konferencí v Abú Dhabí (Spojené Arabské Emiráty, 25.–29. listopadu 2020, www.wonca2020.com). Neskrývám, že další motivací byla zvědavost.

Konference WONCA SAR

Konference byla třídní, byla vedena v angličtině a konala se v luxusním hotelu v centru Láhauru. Prezident konference Dr. Tariq Aziz byl z účasti zklamaný. Ze zemí regionu, snad z důvodu vízových problémů a napjatého vztahu s Indií, přijelo jen 40 kolegů. Přijelo pár pákistánských lékařů, působících v zahraničí. S několika Evropany to bylo dohromady 250 účastníků. Přitom jen v Pákistánu se stará o 200 milionů obyvatel něco přes 100 000 praktických lékařů. Jsou organizováni ve 4 uskupeních, které, jak jsem pochopil, nekomunikují optimálně. Více než dvě třetiny z nich, 70 000, z nich působí v provincii Paňdžáb. Ve vedení odborné společnosti dominují lékaři s vojenskou minulostí. Mají své rezidence v některé z 11 rozlehlých vojenských čtvrtí Láhauru, kam se cizinec nedostane.

Muslimskou modlitbu na úvod jednání už jsem zažil v Dubaji, ale teprve v Pákistánu, kde se 97 % obyvatel hlásí k islámu, stála opravdu za to. Zprostředkoval ji *imám*, významný muslimský duchovní. V dalších dnech byla modlitba kratší a odzpíval ji pověřený člen výboru. Tak mne napadlo, jak by to bylo u nás, zda by to bylo v gesci vědeckého sekretáře nebo zda si mám představit Pavla Břejníka nebo Cyrila Muchu...

Klíčová témata byla vždy otevřena v plenárních sekcích a dále rozvíjena v navazujících blocích a workshopech. Jednalo se o Civilizační onemocnění, Duševní zdraví, Zdraví matek a dětí, Infekční onemocnění, Výživa a nemoci, Paliativní péče, Gynekologie a porodnictví. Část programu řešila vzdělávání a kvalitu péče. Paralelně s hlavním programem probíhal kurs v ultrasonografii pro praktické lékaře. Konferenci podpořili prezident WONCA Dr. Donald Li, jeho nástupkyně Dr. Anna Stavdal a výkonný sekretář WONCA Dr. Garth Manning. Klíčové lekce přednesli Britové, jejichž vliv na vzdělávání je v Pákistánu obecně velmi silný.

V **sociálním programu konference**, jako ve všech zemích s názvem končícím na -stán, které jsem navštívil, dominovaly projevy a přípitky. Samozřejmě bez alkoholu. Stejně tak při společenském večeru, při kterém, pro zajímavost, tancovali jen muži s muži, zatímco ženy způsobně seděly. Do Pákistánu nesmíte alkohol přivést ani pro osobní spotřebu.

V Pákistánu existuje **dvouletá strukturovaná specializační příprava v rodinném lékařství**, podporovaná státem, která navazuje na roční nemocniční praxi. Lékaři v přípravě dostávají zhruba 40 000 rupií měsíčně

(průměrný plat v Pákistánu je 25 000 rupií, 1 koruna je 6 rupií). Zvláštní podporou jsou motivováni lékaři k vzdělávání a práci v odlehlých oblastech.

MRCGP

Pro lékaře z bývalých britských držav v Jižní Asii zajišťuje Královská společnost praktických lékařů (RCGP) tradičně program, kterým je možné dosáhnout na titul MRCGP (*Member of Royal College of General Practitioners*). **MRCGP** je systém hodnocení lékaře, který je přizpůsoben potřebám postgraduálního vzdělávání v dané zemi. MRCGP je také dostupný např. pro lékaře z Dubaje, Egypta a Kuvajtu, v Evropě pro Kosovo, Maltu a Kypr. Do programu mohou vstupovat lékaři po absolvování 5leté praxe nebo s již získanou kvalifikací v oboru. Program se skládá ze dvou částí. V první části se lékaři připravují formou distančních kurzů, 3 hodiny jednou týdně. Obdrží také informace a nástroje pro domácí samostudium. První část je zakončena placeným MCQs (multiple choice question) testem, obsahujícím 200 otázek. Druhá část přípravy obsahuje kromě distančního studia kurzy, workshopy a výcvik komunikačních dovedností s pacienty/herci

Vyšetřovna felčarů, otevřená do rušné ulice centra starého města Láhauru



a reálnými pacienty. Na závěr čeká kandidáty prezenční zkouška před komisí formou **OSCE** (*Objective Subjective Clinical Examination*), o které psal v jednom z minulých čísel Practicusu kolega Dr. Bednář. Zkoušený prokáže své znalosti a dovednosti na deseti stanovištích, simulujících různé situace v klinické praxi. Zkoušejícími jsou pákistánští lékaři, s titulem MRCGP, akreditovaní RCGP. Lékaře stojí program 120–160 000 rupií, v přepočtu 20–25 tisíc Kč, což odpovídá 2–3 platům kvalifikovaného lékaře. Na titul MRCGP již dosáhlo asi 200 pákistánských lékařů. Titul sám o sobě nezaručuje vyšší ocenění práce, ale má prestižní význam. Hraje klíčovou roli při žádání o zahraniční angažmá pákistánských praktických lékařů, nejčastěji do zemí Perského zálivu s pohádkovými příjmy, do Velké Británie nebo Austrálie.

Primární péče v Pákistánu

Vojenské kontroly mne odradily od návštěvy praxe. Z rozhovorů jsem pochopil, že mezi rodinnými lékaři převažují muži, ale žen přibývá. Ordinance jsou pro pacienty dostupné za přímou úhradu. Pojištění jsou jen zaměstnanci státu nebo velkých korporací, běžní Pákistánci si neplatí zdravotní ani sociální pojištění. Zdravotní dokumentaci si nosí pacienti sami. Rozvoj IT v praxích je nízký. Péče je poskytována v plném rozsahu rodinného lékařství, tedy včetně dětské prevence a kurativy (40 % času), gynekologie a porodnictví. Nejčastější důvody pro návštěvu jsou infekční nemoci, hypertenze, diabetes a ICHS, úrazy a problémy pohybového ústrojí. Kompetence nejsou omezeny, rozšiřuje se vyšetřování ultrazvukem. Lékaři přímo vydávají léky, kterým lidé spíše věří než padělkům, které mohou získat na ulici. Podobně je to i s vakcínami. Mezi lidmi je hodně mýtů, které lékařům komplikují práci. Aktuálně Pákistán řeší problém s výskytem dětské obrny. Jedním z důvodů je nespolehlivá aplikace u nás již opuštěné perorální vakcíny.

Neformální součástí primární péče jsou malé „ordinační“ felčarů. Jsou velmi dobře dostupní přímo z ulice a provádějí na počkání drobné ošetrovatelské úkony, včetně např. sádrové fixace. Účtují si 50–100 rupií (10–20 Kč) za případ.

Pákistán pro turistu z Evropy

Bezpečnost v Pákistánu je za cenu všudypřítomnosti ozbrojených kontrol. Kolegové to zdůvodnili obavou o turisty, v souvislosti s napjatou situací v Kašmíru. V centru města se lze pohybovat samostatně, ale musíte se připravit na to, že budete středem pozornosti. Lidé jsou přátelští a chtějí se s vámi fotit. Staré město tepe svým životem a je to zážitek. Rikšou přejedete půl centra

za pár desítek korun a vše na ulici je levné.

Konferenci organizovaná VIP prohlídka města v malé skupině levná nebyla, ale byla nezapomenutelná. A to nejen z důvodu jedinečnosti památek, které město Láhaur nabízí. Náš autobus nesl označení „ve vládním zájmu“ a dostal se prakticky všude. Při návštěvě největších atrakcí, láhaurské pevnosti ze 16. století a Bádišáhovy mešity, jsme měli ozbrojený doprovod a já poprvé v životě svého vlastního tělesného strážce. Viděli jsme úžasná místa připomínající nejslavnější sikhskou minulost Paňdžábu.

Pákistánské hory

Do Pákistánu mě doprovázela manželka a společně jsme se nechali přesvědčit k třídennímu výletu do pákistánských hor, do střediska Murree Hills, v blízkosti Islámábádu. Jsou to takové pákistánské Krkonoše. Expedice, původně zamýšlené pro větší skupinu, se zúčastnilo jen 12 lidí; kromě nás dvou Dr. Azíz a jeho kolega, jejich manželky, dcery a dvě další pákistánské lékařky. Mladší kolega, aktuálně pracující v Saudské Arábii, podlehl motolici po 6hodinové jízdě minibusem v závěrečných serpentínách v horách a vrátil se do města.

Těšili jsme se na přírodu. První den jsme zahlédli ve slunci zasněžené vrcholy, mezi kterými jsme tušili druhou nejvyšší horu světa, K2. Dostali jsme se sice nad

8 000 stop n. m., ale pro mlhu jsme v dalších dnech už neviděli nic. Nejkrásnější oblasti i hotely byly ve vojenské zóně, což denně znamenalo 4–5 nepříjemných kontrol. Během posledního nocování v nejvyšším bodě napadl sníh a byli jsme rádi, že řidič sehnal „sněhové“ řetězy.

Shodli jsme se, že nejzajímavější z výletu pro nás bylo sledování vztahů mezi lidmi a třídenní soužití s muslimskými rodinami. Na první pohled je tvrdší vztah těch, co platí, vůči těm, co slouží, ať už jsou to číšníci, prodáváci nebo řidiči. Tak jsem si představoval kastovníctví. Nepustím se do hodnocení postavení žen. V naší skupině musely muslimské ženy snést, že moje žena seděla u stolu, jedla a povídala si se mnou a s ostatními muži. Během tří dnů se ale uvolnily manželky i dcery, chtěly si povídat a nebyly dokonce až tak vzorné v nošení šátků. Ruku jsem jim ale podat nemohl.

Závěrem

Pákistán jako turistickou destinaci nelze s dobrým svědomím doporučit. Jedná se o jinou kulturu, ve které se ne každý cítí dobře a kterou nelze za pár dní pochopit. Rodinní lékaři, ať muži nebo ženy, jsou hrdí a vážení a z pohledu pákistánské chudoby se nemají špatně. Jejich postavení těží z historie a vzoru britského impéria a z jejich vlastní důležitosti a nepostradatelnosti.

Prohlídka staré pevnosti v Láhauru s ochrankou v plné zbroji. Uprostřed Dr. Anna Stavdal, budoucí prezidentka WONCA. Vpravo s růžicí viceprezident konference, praktik a vysoký důstojník.



Pohled z pevnosti na láhaurské mešity při západu slunce.



Leonardo kurzy v ČR a SR - pozvánka na kurz LEVEL 1 v Bratislavě, 21.–23. 5. 2020



MUDr. Jáchym Bednář

zástupce ČR v Radě Euractu, spoluorganizátor kurzů Leonardo LEVEL 1 v1 v ČR 2019 a SR 2020

„Průměrný učitel vypráví. Dobrý učitel vysvětluje. Výborný učitel ukazuje. Nejlepší učitel inspiruje.“

— Charles Farrar Browne, americký spisovatel

V květnu 2019 se v Praze konal historicky první v České republice pořádaný Leonardo kurz pro lékaře – školitele, který v Evropě nabízí od roku 2000 Euract (www.euract.eu). Euract je organizace zabývající se výukou ve všeobecném praktickém a rodinném lékařství, vytvářením, aktualizací, šířením a udržováním výukových standardů, je poskytovatelem, odborným garantem kurzů Leonardo, které mají za cíl dlouhodobě a systematicky zlepšovat kvalitu výuky lékařů – školitelů v evropských zemích. Leonardo LEVEL 1, 2, 3 jsou kurzy s propracovanou a osvědčenou metodikou, probíhají v angličtině pod vedením zkušených lékařů – školitelů z Evropy. Level 1 je určen hlavně začínajícím praktikům – školitelům v terénu.

Level 2 je určen praktikům – školitelům v terénu a lékařům učícím na fakultách.

Level 3 je určen spíše lékařům vyučujícím na fakultách. Euract Leonardo kurzy 1, 2, 3 v Evropě dosud absolvovalo cca 2000 lékařů.

Pražského kurzu LEVEL 1 se zúčastnilo 36 lékařů z 13 zemí Evropy, 11 lékařů z ČR, ze SR a výuku vedli lékaři – školitelé prof. Adam Windak z Polska, prof. Roar Maagaard z Dánska a Dr. Dimitrios Karanasios z Řecka. Kurz probíhal ve 3 dnech od 9 h ráno do pozdního odpoledne a v jednotlivých blocích bylo účastníkům představeno 7 výukových modulů.

- Module 1: Introduction – being a good trainer,
- Module 2: Basic Education and Assessment Theory,
- Module 3: Teaching methods and giving feedback,
- Module 4: Learning styles and personal

learning plans,

- Module 5: Teaching skills/role playing, problem patient cases
- Module 6: Preparing the practice and designing the program
- Module 7: Competent teacher/ Appraisal program

Požádal jsem kolegy, kteří kurz spolu se mnou absolvovali, o jejich laskavou reflexi kurzu, a s jejich svolením ji zde předkládám:

MUDr. Pfeiferová Markéta a MUDr. Mucha Vojtěch:

Co mi to přineslo osobně jako školiteli?

Zatím nejsme školitelé, vzdělávacím procesem jsme teprve nedávno prošli. I tak ale už učíme na LF, máme zkušenosti s učením mediků, ev. gymnazistů. Velký důraz celého kurzu byl kladen na soft skills (attitudes, sebehodnocení, individualizace, zpětná vazba atd.), což je přesný opak toho, na co je zaměřen náš současný systém vzdělávání (povinné stáže, kurzy, praxe), přičemž málokdo hodnotí obsah a formu vzdělávání. Kontinuální hodnocení (formative assessment) u nás zcela chybí, ačkoliv se jedná o zásadní metodu k osobnímu i profesnímu růstu školence. To vše jsou témata, která bychom v budoucnu rádi zařadili do běžné praxe. Tomu by pomohla aplikace kurzu Leonardo v českém jazyce širší školské základně. Doufejme, že se to do budoucna podaří.

Jak know-how získané na kurzu mohu použít v praxi školitele?

Výhodou zaměření kurzu na soft skills je, že si nikterak nekonkuruje s naším dobře zavedeným systémem vzdělávání, ale je pro školitele inspirací a nástavbou nad systém praxí a stáží. Hlavním konkrétním přínosem by měl být individualizovaný konkretizovaný systém



vzdělávání daného školence s průběžným hodnocením dílčích pokroků. Ten by měl být nastaven již od počátku, plánován spolu se školencem a průběžně hodnocen a upravován dle aktuálních potřeb školence i školitele.

MUDr. Seifert Martin:

Mám jisté zkušenosti s výukou studentů na fakultě i v ordinaci i s předatestační přípravou rezidentů v oboru VPL v ordinaci, a to jak v Praze, tak na bavorském venkově. Také se podílím na předatestační přípravě rezidentů v oboru psychosomatika. Všechny tyto školské činnosti jsem doposud vykonával spíše intuitivně, bez nějakého teoretického či praktického know-how. Po absolvování kurzu Leonardo se cítím o dost kompetentnější a jistější. Zároveň však cítím mnohem silnější potřebu si výuku či stáž pečlivě připravit, strukturovat a dbát na individuální potřeby školence. Byl jsem přesvědčen, jak je důležité ověřovat si společně se školencem, jaké jsou jeho aktuální potřeby, na co je potřeba dát důraz, a to jak na začátku stáže, tak také opakovaně v jejím průběhu. Jedním z hlavních přínosů kurzu pro mě tedy bylo pochopit, co to znamená v praxi „formative assessment“, a jak je toto „formativní hodnocení“ možné využívat k motivaci školence a k exploraci jeho potřeb. Jistě bych mohl dále psát o výměně zpětné vazby se školencem i v týmu, o různých osobních stylech učení, které je potřeba respektovat, o pestrosti školicích metod i o designu celé stáže. To vše jsme nahlédli během kurzu, i když často velmi letmo v závislosti na omezeném čase a omezené kapacitě školitelů.

MUDr. Kovář Jan:

Kurz Leonardo mi přinesl vhled do propracovaného systému vzdělávání školitelů v primární péči. Seznámil mne s nástroji a metodami, pomocí kterých lze vzdělá-

vání individualizovat a adaptovat pro potřeby školence, vyhledávat priority a slabá místa ve vzdělávání a ověřovat, zda zlepšování probíhá v požadovaných intencích. Představil mi metodiku poskytování zpětné vazby, zhodnocení a vyhodnocování. Naučil mne efektivněji využívat inscenovaných situací k věrohodnější modelaci klinických a zejména komunikačních témat.

Velmi se mi líbila práce v malých skupinách, ale chybělo mi víc času na individuální konzultaci s lektory.

Potřeboval bych získané zkušenosti a dovednosti opakovat a revidovat jejich užívání. Představuji si to formou malých skupin školitelů na pravidelných setkáváních.

Potřeboval bych se naučit předávat své znalosti ne-mentorsky a kontinuálně vést školence systémem vzdělávání místo kusého a epizodického školení.

Se školskou praxí právě začínám, tak know-how z kurzu využiji k nastavení standardů a procesů školení. Díky kurzu nebudu muset „objevovat Ameriku“.

MUDr. Šimjáková Renata:

V květnu roku 2019 jsem se zúčastnila kurzu Leonardo EURACT level 1 course for teachers in Family Medicine. Podobný typ kurzu jsem neměla nikdy možnost absolvovat a musím říct, že to pro mě byla velice zajímavá a přínosná zkušenost.

Jako školiteli mi školení nabídlo spoustu podnětů, jak mohu do budoucna připravovat a motivovat své školence. Nejvíce mě zaujala část o jednotlivých metodách výuky, kterých je možno v praxi využívat. Sama jsem se s nimi jako školencem nesetkala a myslím, že celkově v Česku nejsou vůbec běžné. Zmínila bych hraní rolí zdravotnického personálu, a hlavně pacientů v ordinaci, kdy si školencem může vyzkoušet roli pacienta na vlastní kůži a lépe se pak do něho vžít. Další metoda, o které byla řeč a která může mít pro mladého lékaře velký přínos, je natáčení videí v praxi. Pomocí této metody může školencem dostat dobrou zpětnou vazbu jeho počínání.

V neposlední řadě mě obohatila společnost lékařů z mnoha zemí, se kterými jsme sdíleli zkušenosti jak z oblasti výuky, tak z každodenní praxe praktického lékaře pro dospělé. Jako školitel v České republice bych se ale ještě potřebovala naučit, jak si správně zorganizovat čas, aby v ordinaci mohla probíhat kvalitní výuka školence a zároveň nebyla neustále plná čekárna nervózních pacientů, jak tomu běžně bývá.

MUDr. Vychytil Pavel:

Co mi to přineslo osobně jako školitele? Kurz mi více strukturoval myšlenky o tom, jak vzdělávat, přinesl nové techniky vzdělávání, nové směry myšlenek o vzdělá-



vání v praxi. Přinesl setkání s kolegy z jiných zemí, které je vždy obohacující, stejně jako setkání s kolegy z ČR, se kterými řešíme stejné problémy.

Co mi na kurzu chybělo? Na kurzu by mohlo být více praxe v poměru k teorii. Teorie je dobrá, ale paměťová retence je malá. Více praktického nácviku se zapojením emocí by mohlo být v důsledku efektivnější, byť by znalosti neměly takovou strukturu.

Co bych potřeboval jako školitel v ČR, aby mě to někdo naučil přístě, např. na Leonardo LEVEL 2? Jako zásadní vnímám možnost kontaktu s kolegy školiteli a školenci, práci na jednotlivých technikách ve skupině, vzájemnou zpětnou vazbu. To jde samozřejmě ruku v ruce s tím, že si člověk vyhradí čas na tyto aktivity, což vnímám jako největší bariéru.

Celkově se dá říci, že systém postgraduální přípravy v ČR by potřeboval výrazně více časové dotace nás školitelů. V realitě se minimum z nás praktických lékařů specializační přípravě věnuje a výsledná kvalita vzdělávání dle mého docela přesně odpovídá počtu zapojených lidí a intenzitě naší práce. Pokud to však chceme změnit, musíme si položit otázku, kdo z nás se toho chopí, kdo bude obětovat svůj čas, kdo se pokusí vydobýt peníze na zaplacení kvalitního vzdělávání – protože bez nich to rozhodně nepůjde. Individuální aktivity typu kurzů Leonardo jsou velmi cenné, mohou posunout každého z nás a určitě jsou i velkým přínosem pro naše školence. Avšak opravdovou výzvou je systémová změna. Jen tak se lze přiblížit kvalitě vzdělávání v zemích, jako je např. Nizozemí.

Jak know-how získané na kurzu mohu použít v praxi školitele?

Řada věcí byla velmi praktická, plánuji využít videotréning, ale i další techniky, s kterými jsme pracovali.



MUDr. Švadlenková Zuzana:

Kurz Leonardo byl pro mne jedinečnou příležitostí, jak zdokonalit své pedagogické znalosti v našem oboru. Tři intenzivní dny nabitě informacemi o tom, jak předávat své praktické i teoretické znalosti, byly vyčerpávající, ale velmi přínosné.

Z programu bych za sebe vyzdvihla tyto body: uvědomění si nutnosti dodržování chráněného času pouze pro školence, vlastní vzdělávání a stabilní hodnoty školitele. V jednotlivých blocích nás dále školitelé EURACTu seznámili s teorií vzdělávání, jak správně zařadit svého školence podle typu jeho studijní metody a jak s ním poté pracovat tak, aby náš společný čas byl co nejefektivnější. Velmi důležité je v tomto systému také hodnocení, které poté ideálně vede ke zlepšení a zpětné vazbě jak u školence, tak u školitele.

Zajímavá byla i práce ve skupinách (nácvik zpětné vazby, definování potřeb školitele), představení jednotlivých učebních metod a aktivní zkoušení některých z nich (například hraní rolí, které je často využíváno nejen pro zvládání komplikovaných, ne moc častých situací). V neposlední řadě bych za sebe uvedla vhodnost vytvoření studijního plánu školence (určení co, jak a kde se chce školence naučit, zhodnocení plánu) a kontroly připravenosti praxe na příchod školence a na průběh výuky.



Velmi inspirativní byly diskuze ohledně všech těchto témat s kolegy ze zahraničí, které jsme díky bohatému večernímu sociálnímu programu mohli denně vést. Myslím a doufám, že absolvování tohoto kurzu ze mě udělalo o trochu více kompetentního školitele; metodu školení založeného na instinktu rozšířilo o základy z pedagogiky.

Jelikož je kurz, domníváme se my, kteří jsme ho již absolvovali, pro školitele velmi přínosný a stejný LEVEL 1 kurz se bude v květnu 2020 pořádat v Bratislavě, dovolujeme si inzerovat tento nadcházející kurz a pozvat potenciální účastníky z řad praktických lékařů ČR k účasti, kterou nám laskavě nabídla slovenská lékařská společnost – www.svls.sk

Kurz bude veden v angličtině a probíhat pod vedením zkušených portugalských školitelů. Podrobnosti, jak se

na kurz přihlásit, jsou uvedeny na webu SVLS: <https://svls.sk/euract-leonardo-course-level-1-national-version-21-5-23-5-2020-bratislava/>

Kurz je podporován SVL ČLS JEP a přihlášení zájemci mohou vedení SVL požádat o proplacení účastnického poplatku prostřednictvím vědeckého sekretáře SVL ČLS JEP Doc. Seiferta na jeho email (bohumil.seifert@lf1.cuni.cz) s krátkým odůvodněním žádosti o příspěvek. Upozornění: počet míst pro účastníky z ČR je omezen na 15

MUDr. Jáchym Bednář, zástupce ČR v Radě Euractu, spoluorganizátor kurzů Leonardo LEVEL 1 v1 v ČR 2019 a SR 2020 (jachbed@seznam.cz).

Fotografie k článku dodal MUDr. Vojtěch Mucha

I N Z E R C E

PRACOVNÍ NABÍDKA

PRAKTICKÝ LÉKAŘ PRO DOSPĚLÉ - Praha 6

hledáme kolegyni/kolegu praktického lékaře/lékařku pro dospělé na zkrácený/celý úvazek na Praze 6.

Nabízíme:

- zavedenou a plně vybavenou ordinaci na Praze 6 - na Bělohorské ulici,
- zrekonstruovaný, příjemný a moderní interiér,
- jednosměnný provoz, možnost zkráceného/celého úvazku,
- rozložení ordinačních hodin podle potřeb lékaře, bude-li zájem, možno se dohodnout i se zdravotní sestřičkou,
- dobré platové ohodnocení,
- přátelský kolektiv, vhodné i pro lékařky po mateřské dovolené,
- 3 dny placeného volna „indispoziční volno“,
- 5 týdnů dovolené,
- placené volno na vzdělávací akce.

fotky zbrusu nové a moderní ordinace naleznete na www.medicottus.cz/kontaktl

Požadujeme:

- VŠ a způsobilost lékaře v oboru všeobecného praktického lékařství,
- případně probíhající atestaci (práce pod odborným dohledem),
- výhodou probíhající atestace pro pracovní lékařství, geriatrici nebo paliativní medicínu (nebo profesní zájem o dané specializace)

Nástup možný dle dohody

v případě zájmu kontaktujte paní Bouškovou: tel.: 604964635, nebo email: info@medicottus.cz

EK: Největší hrozbou pro zdraví Evropanů je váhání s očkováním

Váhavost okolo očkování je podle Evropské komise v současnosti největší hrozbou pro zdraví lidí v Evropě. Ze zpráv o zdravotnických systémech v členských zemích EU, které komise zveřejnila, také plyne, že významným celoevropským trendem je jejich posun k prevenci a k primární péči. V České republice vidí Evropská komise problém hlavně v souvislosti se špatnými stravovacími návyky a vysokou spotřebou alkoholu.

Evropská komise upozornila na rizika ve zdravotnických systémech, ale za největší hrozbu pro veřejné zdraví na celoevropské úrovni jasně označila právě „váhavost vůči očkování“. Tu by přitom prý mělo být možné řešit lepší „zdravotní gramotností“, tedy informovaností obyvatel o skutečných pozitivních i rizicích očkování, bojem proti množícím se dezinformacím a aktivním zapojením zdravotnického personálu.

Druhým hlavním trendem změn zdravotnických systémů, na který unijní exekutiva upozorňuje, je digitální transformace v oblasti propagace zdraví a prevence nemocí. Digitalizace však nemá jen vítěze, upozorňuje EK.

„Lidé, kteří by mohli mít z nástrojů mobilního zdravotnictví a dalších digitálních technologií největší prospěch, k nim nejspíše nebudou mít snadný přístup,“ zdůraznila Evropská komise. Podle průvodní unijní zprávy je v EU místy stále ještě realitou nedostatečná dostupnost zdravotní péče.

Nejvýznamnějším obecným trendem ve všech zemích evropského bloku je posun k prevenci a primární péči, soudí Evropská komise.

Informování o zdravotním stavu populace v EU a sledování situace ve zdravotnictví zahájila EK v roce 2016, aby členským státům EU pomohla zlepšit zdraví občanů a výkonnost zdravotnických systémů. Součástí cyklu zprostředkovávání informací je i zveřejnění zdravotních profilů jednotlivých zemí.

Například v České republice je podle unijních informací problémem obezita, která se v roce 2017 týkala 20 procent obyvatelstva, což je víc než průměr v Evropské unii průměrných 15 procent.

Přispívají k tomu špatné stravovací návyky a nízká pohybová aktivita, upozorňuje zpráva. Obyvatelé Česka rovněž konzumují ročně o 1,7 litru více alkoholu na osobu (11,6 litru) než je průměr EU.

Evropská komise se snaží iniciativou Zdravotní stav populace v EU zlepšit zdraví občanů a výkonnost zdravotnických systémů, na přípravě materiálů spolupracuje s Organizací pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (OECD) a s Evropským střediskem pro sledování zdravotnických systémů, kromě EU se informování týká také Norska a Islandu.

Zdroj:

<https://zdravi.euro.cz/ek-nejvetsi-hrozbu-pro-zdravi-evropanu-je-vahani-s-ockovanim/>



Jak (ne)mluvit s pacienty o statinech

Obavy veřejnosti z nežádoucích účinků statinů jsou stále rozšířenější, a dokonce vedou k nižší compliance k léčbě. Lékaři mohou s tímto fenoménem bojovat pouze otevřeným dialogem s pacienty. Umíte najít ta správná slova?

Alarmující neadherence

O přínosu statinů v primární i sekundární prevenci kardiovaskulárních příhod není pochyb. Přesto dle některých studií neužívá statiny ani polovina pacientů, kterým byly předepsány. Někteří lidé je brát ani nezačnou, jiní léčbu brzy ukončí bez konzultace s lékařem. Jedním z důvodů může být nepochopení toho, k čemu hypolipidemickou léčbu vlastně potřebují; druhým a stále častějším důvodem je však pociťování vedlejších účinků nebo obavy z nich. Kromě bolestí svalů pak lidé citují také strach z vyššího rizika cukrovky, poškození jater, nebo dokonce rakoviny.

Nesmazatelný přínos statinů

Řadu těchto obav v pacientech podněcují z kontextu vytržená „varování“, jež se mezi laickou veřejností šíří zejména po internetu. Bývalý předseda Evropské kardiologické společnosti (ESC) prof. Fausto Pinto označil tuto dezinformační kampaň za hrozbu veřejnému zdraví. „Zpochybňovat přínos statinů je jako tvrdit, že člověk nikdy nepřistál na Měsíci,“ napsal. Při preskripci statinů nebo rozhovoru s pacientem o jejich nezbytnosti se hodí mít po ruce základní fakta o této lékové skupině. A umět je vysvětlit laickým jazykem, například takto:

1. *Za posledních několik desetiletí se významně zvýšil věk, kterého se lidé dožívají, a statiny jsou jedním z objevů, které na tom mají největší podíl – svým významem pro medicínu se tak dají zařadit po bok antibiotik nebo očkování.*
2. *Statiny dramaticky snižují riziko závažných srdečně-cévních příhod včetně úmrtí na infarkt a mozkovou příhodu. Prokázala to řada kvalitních výzkumů na tisících pacientů. Jestliže 10 tisíc lidí se známou aterosklerózou užívá statin po dobu 5 let, u tisícovky z nich to zabrání vzniku takové příhody a s každým rokem užívání tento přínos vzrůstá.*
3. *Jestliže pacienti se srdečním onemocněním přestanou užívat statin, riziko těchto příhod se u nich výrazně zvýší.*

Objektivní pohled na nežádoucí účinky

Studie publikovaná v časopisu The Lancet v roce 2017 ukázala na riziko nocebo efektu spojené se statiny: Pacienti, kteří v randomizovaných zaslepených studiích nevěděli o tom, že užívají statin, nehlásili výskyt svalových obtíží o nic vyšší než kontrolní skupina užívající placebo, ale při následném nezaslepeném užívání u nich stížností na tyto obtíže významně přibývalo. Při rozhovoru o potenciálních nežádoucích účincích statinů je proto potřeba nevzbudit v pacientech negativní očekávání. Na druhou stranu však není možné jejich rizika zamlčovat – na místě je upřímnost a otevřený přístup. Opět přinášíme pár tipů jak na to:

1. *Jako mnoho léků mohou mít i statiny nežádoucí účinky. Ty nejzávažnější – myopatie neboli bolesti a poškození svalů – vzniknou během 5 let užívání asi u 5 pacientů z 10 000. Ve 4 z 5 případů navíc tento vedlejší účinek po vysazení léku odezní.*
2. *Další popsanou nevýhodou je vliv na zvýšení hladiny krevního cukru a vznik cukrovky. Mírně vyšší riziko skutečně bylo při statinové léčbě skutečně zjištěno, avšak u lidí, kteří už měli pravděpodobnost cukrovky i tak vysokou a stejně by se u nich s nejvyšší pravděpodobností brzy objevila. Tito lidé navíc léčbu statiny potřebují kvůli vysokému riziku srdečně-cévních příhod ještě více než ostatní. Statiny je chrání před infarktem, mrtvicí a dalšími hrozbami zhruba 10× více, než do jaké míry je ohrožují vznikem cukrovky.*
3. *Úplnou pověrou jsou potom negativní účinky statinů na mozek, játra, ledviny nebo vliv na zvýšení rizika rakoviny. Nic takového nebylo prokázáno; naopak, díky ochraně cév mohou statiny chránit orgány před poškozením, a dokonce se ukázal i jejich pozitivní vliv na přežití pacientů s nádorem prsu nebo prostaty.*

Profesor Pinto v závěru svého článku znovu ujišťuje laickou a odbornou veřejnost, že světová lékařská komunita se na přínosu statinů jednoznačně shoduje. Jsou totiž nejmocnější zbraní proti našemu úhlavnímu nepříteli – kardiovaskulárním onemocněním.

Zdroj:

<https://www.prolekare.cz/tema/kardiovaskularni-rizika/detail/>

jak-ne-mluvit-s-pacienty-o-statinech-118915

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, a to **nejpozději do 20. 2. 2020**. Písemné odpovědi zasílejte na adresu: Oddělení vzdělávání SVL ČLS JEP, Sokolská 31, 120 00 Praha 2.

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

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

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

ZNALOSTNÍ TEST JE HODNOCEN 2 KREDITY ČLK

1. Restrikce kuchyňské soli na méně než 3 g/den (označte správné tvrzení)

- a) je jednoznačně prospěšné a mělo by být doporučováno
- b) nese sebou riziko rozvoje malnutrice
- c) existují důkazy, že může zvyšovat mortalitu pacientů

2. Doporučený denní příjem sodíku podle WHO odpovídá

- a) 5 g
- b) 2,1 g
- c) 3 g

3. Kdo je subjektem ve smyslu GDPR?

- a) pacient
- b) lékař
- c) poskytovatel zdravotních služeb

4. Jaké jsou typy bezpečnostních opatření?

- a) organizační
- b) technická
- c) riziková

5. Jaká jsou práva subjektu GDPR?

- a) právo na výmaz
- b) právo na opravu
- c) právo na přístup

6. Edukační diabetologické pracoviště:

- a) musí být součástí diabetologického centra
- b) může být při diabetologické ambulanci, pokud splňuje kritéria České diabetologické společnosti pro edukační diabetologické pracoviště
- c) musí být v nemocnici

7. Podmínkou pro jmenování edukačního diabetologického pracoviště je tým složený z:

- a) diabetologa a psychologa
- b) diabetologa, diabetologické nebo edukační sestry a nutriční terapeutky
- c) diabetologa, neurologa a oftalmologa

8. Skupinová edukace dle výkonu hrazeného z prostředků ZP je indikována při:

- a) při léčbě inzulinem, do dvou let od zjištění diabetu, při neuspokojivé kompenzaci (HbA1c nad 53 mmol/mol) a při četných a závažných hypoglykemiích
- b) při pozdních komplikacích
- c) při diabetické ketoacidóze

9. Jaké změny se staly v preskripci inkontinenčních zdravotnických prostředků na poukaz od 1. 1. 2019?

- a) spoluúčast pacienta u I. a II. stupně inkontinence
- b) zrušený limit na počet kusů na 1 měsíc
- c) není povoleno kombinovat jednotlivé typy inkontinenčních pomůcek

10. Jaké změny se staly v preskripci prostředků pro vlhké hojení ran na poukaz od 1. 1. 2019?

- a) zrušení omezení na rozměr 12 x 12 cm
- b) prodloužení možnosti preskripce bez schválení revizním lékařem ze 3 měsíců na 6 měsíců
- c) zrušení omezení na odbornost lékaře

Správné mohou být 1–3 možnosti.

Využijte tři platné pokusy o vyřešení tohoto testu elektronickou cestou na adrese www.svl.cz.

ODPOVĚDNÍ LÍSTEK – TEST Č. 01/2020

Jméno a příjmení _____

Adresa pracoviště _____

Členské číslo SVL (povinný údaj)

(bez tohoto čísla nemohou být kredity přiděleny)

Zakroužkujte 1–3 správné odpovědi:

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

Vzdělávací semináře

v únoru 2020



SVL ČLS JEP

Hlavní témata

Novelizace Doporučeného postupu Diabetes mellitus.
Rizikový profil pacientů s diabetem: stratifikace a rozdíly v péči.

den	datum	čas	město a místo konání
sobota	1. 2.	9.00–13.00	Kancelář veřejného ochránce práv, Údolní 39, 602 00 Brno
pondělí	3. 2.	16.30 – 20.30	Aula SZŠ, Příluky 372, 760 01 Zlín
čtvrtek	6. 2.	16.00–20.00	Nové Adalbertinum, Velké náměstí 32, 500 01 Hradec Králové
čtvrtek	6. 2.	16.00–20.00	Clarion Grandhotel Zlatý Lev, Gutenbergova 3, 140 01 Liberec 1
sobota	8. 2.	9.00–13.00	Teoretické ústavy LF UP Olomouc, Hněvotínská 3, 775 15 Olomouc
úterý	11. 2.	16.00–20.00	Hotel Zlatá Štika, Štросova 127, 530 03 Pardubice
středa	12. 2.	17.00–21.00	presbytář Hotelu Gustav Mahler, Křížová 4, 586 01 Jihlava
čtvrtek	13. 2.	16.00–20.00	Lék.dům, Sokolská 31, 120 26 Praha 2
čtvrtek	13. 2.	16.00–20.00	Clarion Congres Hotel, Špitálské náměstí 3517, 400 01 Ústí nad Labem
sobota	15. 2.	9.00–13.00	Šafránkuv pavilon, alej Svobody č. 31, 300 00 Plzeň
středa	19. 2.	16.00–20.00	Lék.dům, Sokolská 31, 120 26 Praha 2
čtvrtek	20. 2.	16.30 – 20.30	Hotel "U Šimla", Závodní 1, 360 01 Karlovy Vary
čtvrtek	20. 2.	16.00–20.00	Hotel Imperial, Tyršova č. 6, Ostrava
středa	26. 2.	16.00–20.00	Clarion Congress Hotel, Pražská třída 2306/14, 370 04 České Budějovice

Pro Vaše pacienty s diabetem 2. typu

Vybavte své pacienty na náročnou cestu, která je čeká



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

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

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

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

Dvě možnosti na náročnou cestu

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