



---

# PRACTICUS

pro praktické lékaře zdarma • č.6/2023 • ročník 22

---



TÉMA:

**Herpes zoster v ordinaci praktického lékaře**

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

# OBSAH

# PRACTICUS

odborný časopis SVL ČLS JEP  
6/2023, ročník 22

## INFO SVL

- 04 **EDITORIAL**  
*MUDr. Stanislav Konšťacký, CSc.*

## ODBORNÝ ČLÁNEK

- 07 **UPRCHLÍCI Z UKRAJINY – JEJICH ŽIVOTNÍ PODMÍNKY A KULTURNÍ ROZDÍLY V PŘÍSTUPU K LÉKAŘSKÉ PÉČI**  
*Mgr. Zuzana Schreiberová*
- 11 **INVAZIVNÍ METODY V LÉČBĚ CHRONICKÉ BOLESTI**  
*MUDr. Marek Hakl, Ph.D.*
- 14 **SYNERGIE V LÉČBĚ OSTEOPORÓZY ANEB FYZICKÁ AKTIVITA A MIKRONUTRIENTY, NEDÍLNÁ SOUČÁST ČTYŘLÍSTKU PÉČE**  
*MUDr. Kateřina Himmelová, MBA, Mgr. Petr Srnec, MBA*

## ZPRÁVY Z KONFERENCE

- 21 **FUNKČNÍ PORUCHY TRÁVENÍ Z POHLEDU GASTROENTEROLOGA**  
*MUDr. Petr Mikoláš*
- 23 **HERPES ZOSTER V ORDINACI PRAKTICKÉHO LÉKAŘE.**  
*MUDr. Michal Holásek*
- 25 **HERPES ZOSTER A MOŽNOSTI PREVENCE.**  
*MUDr. Lenka Petroušová*

## TISKOVÁ ZPRÁVA

- 27 **19. ROČNÍK CYKLO-BĚHU ZA ČESKOU REPUBLIKU BEZ DROG 2023**

## AKTUALITY

- 28 **PODNĚT SPOLEČNOSTI LÉKAŘŮ A ZDRAVOTNÍKŮ V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH**
- 29 **INFARKT ŽENÁM HROZÍ POZDĚJI NEŽ MUŽŮM – O TO NEBEZPEČNĚJŠÍ MŮŽE BÝT**

## ZŮČASTNILI JSME SE

- 30 **LEONARDO KURZ LEVEL 1: 11.–13. 05. 2023 BRATISLAVA – HOTEL COLOR, REFLEXE ÚČASTNÍKŮ KURZU:**  
*MUDr. Jáchym Bednář*

### Vydavatel:

Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP

### Adresa redakce:

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

### Redakce:

#### Šéfredaktor:

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

#### Zástupci šéfredaktora:

MUDr. Dana Moravčíková  
[dana.moravcikova@medicina.cz](mailto:dana.moravcikova@medicina.cz)

MUDr. Jana Vojtíšková  
[janav.doktor@volny.cz](mailto:janav.doktor@volny.cz)

#### Manažerka časopisu:

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

**Redakční rada:** MUDr. et MUDr. Jiří Bartoš, MUDr. Ludmila Bezdíčková, MUDr. Pavel Břejník, doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc., MUDr. Otto Herber, MUDr. Kateřina Javorská, MUDr. Igor Karen, MUDr. Stanislav Konšťacký, CSc., MUDr. Astrid Matějková, MUDr. Dana Moravčíková, MUDr. Cyril Mucha, doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D., MUDr. Bohumil Skála, Ph.D., MUDr. Petr Šonka, MUDr. Josef Štolfa, MUDr. Sylva Táborská, MUDr. Lenka Bilková, MUDr. Miloš Ponižil, MUDr. Claudia Ondrušová, MBA, MUDr. David Bergmann, MUDr. Rudolf Červený, Ph.D., MUDr. Šárka Drbalová, MUDr. Jiří Havránek, MUDr. Ambrož Homola, Ph.D., MUDr. Jiří Horký, MUDr. Vladimír Marek, MUDr. Petra Mestická, MUDr. Astrid Matějková, MUDr. Helena Stárková, MUDr. Jan Šindelář

#### Spolupracovnice časopisu:

Andrea Vrbová, Barbora Kyselová

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

**Pro praktické lékaře v ČR zdarma.** Roční předplatné pro ostatní zájemce **800 Kč.** • • • Přihlášky přijímá redakce. Toto číslo bylo dáno do tisku 26. 6. 2023 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, 2023**

# EDITORIAL



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

Milé kolegyně, milí kolegové,

je červen v plné parádě, někdy dokonce i více teplo, než jsme normálně zvyklí. Jsou místa, kde hodně prší, a jiná zase trápí sucho. V tomto roce se vám ozýváme již pošesté. Redakční radu čeká dvouměsíční pauza, ne snad, že bychom se vydali k moři nebo do vysokých hor, ale budeme nadále shánět články do dalších čísel, aby v září mohla vyjít sedmička (vím, proč ji píšu s malým s, aby náhodou nedošlo k omylu, že se vracíme k tiskovině, která patří minulosti.). Myslím, že se nám podařilo zveřejnit i v tomto čísle nové informace, které jistě budou vhodnou pomocí v praxi.

Všeobecné lékařství se již před více lety stalo samostatným oborem, učí se na lékařských fakultách, rozšiřuje se počet odborníků vyučujících tento obor a jeho součástí je i výzkum. Mladí kolegové jej v rámci vědecké přípravy potřebují i pro získání titulu Ph.D. Článek o EGPRN informuje o možnosti zúčastnit se v Praze 12.–14. října zajímavého meetingu, který se právě výzkumu v našem oboru bude týkat.

O tom, co všechno je potřeba pro úspěšnou léčbu osteoporózy vedle medikamentů, se zmiňuje dr. Himmelová a Mgr. Srnec. Jak léčbu ovlivnily specifické podmínky při SARS-Cov-2 a jak při komplexním působení na pacienta lze toto onemocnění zastavit,

dokumentuje kazuistika doplněná snímky a hodnocením při léčbě. Důraz je kladen na pohybovou aktivitu, vhodné užívání vitaminů a potravinových doplňků, ale i další komplexní ovlivňování zdravotního stavu.

Již druhý rok trvá válka na Ukrajině a s ní i příliv uprchlíků, kteří potřebují v případě nemoci naši pomoc. Jak postupovat, na co je vhodné brát ohledy a o dalších aspektech tohoto problému, se dočteme ve článku od Mgr. Schreiberové. Autorka upozorňuje na jazykové potíže, kulturní i sociální bariéry a podává skutečně velmi kvalitní informace o tom, jak se s nimi vyrovnat.

Bolest je asi nejčastější symptom, který pacienty přivádí k lékaři. Farmaceutické firmy vyrábějí nová a další analgetika, ale o invazivní léčbě bolesti si můžete přečíst ve článku dr. Hakla. Tato oblast v posledních letech zaznamenala velký rozvoj a lze ji užít jako doplněk v případě, že předchozí metody selhávají: jsou to nejrůznější blokády, aplikace léčivých přípravků jako například lokálních anestetik, opioidů, kortikoidů a další.

Jak se dívá na funkční poruchy trávení gastroenterolog, je uvedeno ve sdělení dr. Mikoláše. Tímto onemocněním trpí asi pětina populace a lidé s těmito poruchami jsou rovněž častými našimi pacienty.

Na obálce tohoto čísla je obrázek pásového operu a k tomuto tématu nám zaslali článek dr. Holásek, praktický lékař (o prevenci tohoto onemocnění), a dr. Petroušová (o léčbě tohoto onemocnění z pohledu infekcionista). Články se vzájemně doplňují a jistě přinesou další informace v této oblasti.

I další sdělení doporučuji, ale především bych vám všem chtěl popřát krásné prožití dovolené, opět s možností návštěvy nejrůznějších destinací, o což jsme v posledních letech byli ošizeni.

# XLII. výroční konference Společnosti všeobecného lékařství

8.–11. listopadu 2023 • Kongresové centrum Zlín



## PRACTICUS

Vážené kolegyně, vážení kolegové,

dovolujeme si Vás znovu upozornit na možnost vašich prezentací na Výroční konferenci SVL ČLS JEP ve dnech 8.–11. 11. ve Zlíně. Prosíme, využijte následující možnosti:

1. Hlavní program lékařský – edukační bloky 45 minut (1 prezentace 10–15 minut) podmínkou je odeslání abstrakta do 8. 9. a jeho přijetí
2. Paralelní program lékařský – edukační bloky 45 minut (1 prezentace 10–15 minut) podmínkou je odeslání abstrakta do 8. 9. a jeho přijetí
3. Paralelní program lékařský – workshop (45 minut) podmínkou je odeslání abstrakta do 8. 9. a jeho přijetí
4. Sesterská sekce – edukační bloky 45 minut (1 prezentace 10–15 minut) podmínkou je odeslání abstrakta do 8. 9. a jeho přijetí
5. Sesterská sekce – workshop (45 minut) podmínkou je odeslání abstrakta do 8. 9. a jeho přijetí

Možnosti sdělení:

1. Vystoupit s vlastním původním sdělením
2. Navrhnout zajímavé/důležité sdělení včetně přednášejícího
3. Navrhnout zajímavé/důležité téma, organizační výbor se pokusí najít vhodného přednášejícího

Kontakty pro zaslání:

sekretariat@target-md.com

svl@cls.cz

Každý přednášející/navrhující musí podepsat v případě přijetí prohlášení, že jeho sdělení není sponzorováno žádným sponzorem a vyplnit prohlášení o případném konfliktu zájmů, které mu bude zasláno.

Těšíme se na spolupráci.

Za organizační výbor

doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc.



97<sup>th</sup>  
12-15 October 2023  
EGPRN Meeting  
Prague - Czech Republic



Milé kolegyně a kolegové, studenti, mladí i zkušení lékaři, nelékaři, zkrátka kdokoli, koho zajímá aktuální světový výzkum v oblasti rodinného a praktického lékařství, rádi bychom Vás upozornili na mimořádnou událost v našem oboru evropského významu.

**12.–14. října se v Praze v Domě lékařů koná 97th EGPRN meeting** – konference zaměřená na setkání nejen evropských výzkumníků v primární péči a sdílení jejich zkušeností z výzkumu i z klinické praxe.

EGPRN je zkratka pro European General Practice Research Network, což je pracovní skupina zaměřená na výzkum v rámci WONCA Europe. Pokud Vás jen trochu zajímá výzkum, doporučujeme se zúčastnit této konference a stát se členy EGPRN. Členství obnáší plno výhod jako možnost získání grantu na svůj výzkum, účasti na prezenčních i on-line workshopech zdarma, zlevněné účasti na konferencích, možnost zapojení do mezinárodních výzkumných projektů, mentoring a další. Jedna z výhod je možnost zdarma absolvovat on-line **základní kurz výzkumu v praktickém lékařství**. Jako země pořádající aktuální setkání EGPRN máme výjimečnou možnost nabídnout všem **českým lékařům tento kurz zdarma do dne začátku konference, tedy 11. října 2023**. Další informace včetně unikátního linku a QR kódu ke kurzu na letáku. Link i zde: <https://bit.ly/cz-egprn> Kurz obnáší nahrané prezentace, které si můžete postupně sami procházet a malé testíky za každou prezentací. Kurz bude v nejbližší době doplňován a vylepšován, můžete se k němu kdykoli vrátit. Absolventi kurzu mají možnost přihlásit si abstrakt svého výzkumného nápadu do zvláštní sekce na EGPRN meeting (na tom v Praze i jakémkoli dalším). V této sekci se sejdete s dalšími začínajícími výzkumníky z celého světa a dostanete ke svému výzkumnému nápadu skvělou zpětnou vazbu od vrcholných výzkumníků. Podání tohoto abstraktu má prodlouženou lhůtu, zhruba do konce srpna.

**Účastnický poplatek** zahrnující i zahajovací recepci a občerstvení po celou dobu akce je pro členy EGPRN z České republiky 75 €. Domluvíme i pro všechny praktiky z ČR.

**Exkluzivní nabídka SVL ČLS JEP:** aktivně prezentujícím, Ph.D. studentům a několika dalším členům Společnosti všeobecného lékařství nebo Mladých praktiků s projevem zájmem o výzkum bude uhrazen účastnický poplatek.

Zásadní částí každého EGPRN meeting je sobotní **dobrá večeře a nezřízený tanec** mladých i starších výzkumníků ve výjimečných prostorách. Na posledním meetingu ve Splitu se tato společenská událost odehrávala ve sklepení Diokleciánova paláce. V Praze se odehraje v Kaiserštejnském paláci na Malé straně.

Sledujte tedy stránky EGPRN <https://meeting.egprn.org/page/home-10> a přihlaste se na 97th EGPRN meeting s abstraktem (může být jen návrh výzkumu

v rámci 1slide5minutes-presentation) nebo bez a využijte jedinečné nabídky on-line kurzu zdarma!

S žádostí o zaplacení účastnického poplatku se obračejte na sekretariát SVL: [svl@cls.cz](mailto:svl@cls.cz)

Pokud chcete pomáhat s přípravou a/nebo přímo na místě a získat tak možnost účasti zdarma, napište mi prosím na [martin.seifert@lf3.cuni.cz](mailto:martin.seifert@lf3.cuni.cz)

Martin Seifert

Chair of the Host organising committee of the 97th EGPRN meeting,  
National EGPRN representative.

**Součástí konference jsou workshopy, které proběhnou ve čtvrtek 12. 10. 2023.**

**1) Ultrazvukové vyšetření v ordinaci praktického lékaře**

Jedná se o sérii 6 zhruba hodinových workshopů v průběhu dne, zaměřených na procvičování jednotlivých protokolů POCUS. Workshopy budou vedeny doc. Martinem Škulcem a Dr. Davidem Halatou v českém jazyce, v případě zahraničního zájmu, pak max. 2 z nich v jazyce anglickém. Workshopy budou organizovány formou výukových stanic tak, aby umožnily individuální praktický nácvik. Max. 15 účastníků / jeden workshop.

**2) Jak navýšit kapacitu pro výzkum v primární péči**

Workshop je určen pro všechny zájemce o výzkum v primární péči a akademické pracovníky, kterým experti z přední německé univerzity předají zkušenosti a návody k tomu, jak organizovat a provádět výzkum v primární péči a jak ho dovést k publikovatelným výstupům. Workshop bude veden v anglickém jazyce. Max. 20 účastníků.

**3) Psaní vědeckých publikací**

Tento workshop poskytne účastníkům návod, jak se orientovat ve světě vědeckých publikací. Bude se věnovat všem aspektům vědeckého psaní tak, aby účastníci získali sebedůvěru ve své schopnosti napsat a odeslat k publikaci dobrý vědecký článek. Workshop bude veden v anglickém jazyce. Max 20 účastníků.

**Na workshopy je možné se přihlašovat na adrese [svl@cls.cz](mailto:svl@cls.cz).**

**Účast na workshopu 2 a 3 bude lékařům do 40 let dotována SVL ČLS JEP.**

# Uprchlíci z Ukrajiny – jejich životní podmínky a kulturní rozdíly v přístupu k lékařské péči



**Mgr. Zuzana Schreiberová**

sociální a kulturní antropoložka,  
ředitelka Multikulturního centra Praha  
Multikulturní centrum Praha z.s.

Po náročných letech spojených s bojem proti šíření a s následky nemoci Covid-19 stojí lékaři před další výzvou – příchodem válečných uprchlíků z Ukrajiny. Proto bychom vám chtěli v následujícím textu představit zkušenosti a předat znalosti z organizací, které se dlouhodobě zabývají prací s cizinci a s válečnými uprchlíky. Několikrát se dotkneme i tématu kulturních rozdílů. Vědět o nich neznamená je automaticky omlouvat, díky nim ale víme, jaké postoje a typy chování se mohou mezi příchozími vyskytovat a že je možná potřeba vysvětlovat věci, které nám na první pohled přijdou samozřejmé. Naopak za chováním, které nám může přijít neslušné či nepochopitelné, nemusí být zlý úmysl, ale prostě zkušenost, kterou si dotyčný neuvědomuje a nese si ji ze své země.

## Jazyková bariéra

To, že se nedokážeme domluvit, je nejčastější obava jak lékařů, tak samotných uprchlíků. To, že se jedná o rodilé mluvčí slovanských jazyků (a vedle ukrajinštiny najdeme i velké množství rusky mluvících Ukrajinců z válkou nejhůře postiženého východu země), nám může v mnohém pomoci. Mnozí lékaři si ještě pamatují ruštinu ze školy a vůbec není potřeba se bát, že bude vaše snaha domluvit se rusky vnímána negativně. Můžete tuto možnost (koneckonců stejně jako angličtinu, kterou zase mohou ovládat mladší lidé z Ukrajiny) nabídnout a nechat na dotyčném, zda ji využije, nebo se pokusíte domluvit česky. Vzájemná srozumitelnost češtiny a ukrajinštiny může být až 70 %. Proto bychom zde rádi uvedli několik základních pravidel, která mohou při komunikaci pomoci.

I když už cizinec trochu rozumí nebo je jeho mateřský jazyk podobný, musíme si uvědomit, že obrovskou roli hraje neverbální rovina. Být cizinec znamená si neustále domýšlet a propojovat, zda jsem porozuměl správně. Proto jsou někdy vstřícná gesta, vlídný a klidný tón hlasu, ale i třeba ukazování obrázků, napsaného textu či pikto-

gramů (ty z tohoto důvodu mají smysl i u gramotných a vzdělaných cizinců) právě tím „chybějícím dílkem mozaiky“, který pomůže k pochopení. Při komunikaci s cizinci zpomalíme tempo, mluvíme v jednoduchých větách, mluvíme normální hlasitostí, normálně artikulujeme (zvýšený hlas a důrazná artikulace paradoxně při komunikaci s cizinci spíš škodí). Neuvěřitelně pomůže, když si dotyčného odvedeme do ticha, kde se může soustředit jen na váš hlas a jeho mozek nemusí filtrovat ostatní rušivé vjemy. Velmi důležité je také ověřovat, zda dotyčný rozuměl správně. Někdy říkáme, že „Rozuměl jste?“ je ta nejhorší otázka, kterou můžete při komunikaci s cizincem použít. I my sami někdy ve stresu, když se nesoustředíme nebo špatně rozumíme, máme tendence „vše odkývat“. Cizinec, který se cítí zranitelně a trapně, že nedorozumí, na sebe většinou nechce zbytečně upozorňovat. Proto aktivně ověřujeme, doptáváme se. Jistotu, že je informace předána, máme vlastně až v momentě, kdy ji cizinec zopakuje. Klíčové informace (časy, místa, názvy léků, úkonů) dáváme čitelně napsané. Pokud dojde k situaci, kdy si nedokážeme porozumět, lze jako první využít on-line překladač DeepL [www.deepl.com](http://www.deepl.com), který je velmi kvalitní a nabízí ruštinu i ukrajinštinu. Lékař i pacient si vytáhnou svůj telefon (či ukáží na obrazovce počítače), každý píše do překladače ve svém jazyce a ukazuje tomu druhému. Velmi špatné zkušenosti naopak byly s elektronickými překladači, které tlumočí mluvené slovo, ty dělají hodně chyb a doporučujeme je nepoužívat. Pokud slyšíme v hlase cizince naléhavost, opakuje stále dokola jedno slovo nebo jednu větu, je to signál, že potřebujeme tlumočnicka.

Ve větších městech lze v rámci magistrátů, v menších městech například v rámci činností některé z neziskových organizací narazit na interkulturní pracovníky či ukrajinské koordinátory, kteří vykonávají obdobnou práci. Interkulturní pracovník je někdo, kdo minimálně na komunikační úrovni ovládá oba jazyky, ví, jak to chodí v zemi, odkud cizinec pochází, a je schopný zajistit tlumočení, doprovody či vysvětlit kulturní odlišnosti. Může se na něj obrátit sám cizinec nebo i lékař. V rámci služeb měst či neziskových organizací jsou ve valné většině případů jejich služby zdarma a je zároveň zaručena jejich kvalita.

Kromě telefonů na interkulturní pracovníky je možné použít i linku ministerstva zdravotnictví +420 226 201 221, která vedle všech informací spojených s poskytováním zdravotní péče uprchlíkům z Ukrajiny nabízí i možnost tlumočení přes telefon. V tom případě dáme telefon na hlasitý poslech a tlumočnick postupně překládá naše věty. V případě předání důležitých informací, například u závažných diagnóz, lze domluvit doprovod interkulturního pracovníka s předstihem.

## Pobytový status uprchlíků z Ukrajiny

Příchozí z Ukrajiny, kteří přišli do ČR v souvislosti s válečným konfliktem po 24. 2. 2022, mají ve valné většině nárok na dočasnou ochranu. Dočasná ochrana je nový typ cizineckého pobytového oprávnění, který byl aktivován na úrovni EU. O dočasnou ochranu se dá požádat v jakékoliv zemi EU (ale pouze v jedné a prakticky se nedá dočasná ochrana měnit). V rámci dočasné ochrany mají uprchlíci z Ukrajiny nárok na humanitární dávky, zdravotní pojištění 150 dní po příjezdu (děti a studující do 26 let, senioři na 65 let, vážně nemocní a tělesně postižení po celou dobu), volný vstup na trh práce, možnost cestovat na Ukrajinu a po zemích Schengenu. Vízum strpění se udělovalo například těm, co měli na českém území jiný typ pobytu, který vypršel (např. pracovní). Vízum strpění nezaručuje volný vstup na trh práce, držitel si musí platit komerční pojištění a nemá nárok na dávky a nesmí vycestovat z ČR, jinak vízum zanikne. Pozor, protože se vízum strpění, „speciální dlouhodobé vízum“, udělovalo v prvních dnech války, než bylo na úrovni EU přijato nařízení o dočasné ochraně, uprchlíci často říkají, že mají vízum strpění, i když opravdu 99 % případů mají dočasnou ochranu. Snadno se to pozná podle kódu v dokladech (na vlepeném štítku či na razítku).

**Kódy dočasné ochrany:** D/VS/U, D/DO/667, D/DO/668, D/DO/669, D/DO/767, D/DO/768, D/DO/769

**Vízum strpění pro Ukrajince:** D/VS/91

Do konce března 2023 bylo možné elektronicky požádat o prodloužení dočasné ochrany o další rok, tj. do konce září 2023 se vylepí nový štítek. Držitelé takto prodloužené dočasné ochrany si zároveň požádají o novou či prodlouženou kartičku své zdravotní pojišťovny. Kdo nepožádal (ale jedná se pravděpodobně o desítky či nižší stovky případů), tomu původní dočasná ochrana sice zanikla, ale může si požádat znovu.

## Životní podmínky uprchlíků z Ukrajiny

Statistické údaje Ministerstva vnitra ukazují, že do ČR přišli převážně matky s dětmi či starší lidé. Muži většinou museli zůstat na Ukrajině kvůli povinnosti odvodu do armády, výjimku mají otcové tří a více dětí, případně ti, kdo byli uznáni neschopnými vojenské služby. Víme, že se ve většině případů jedná o vzdělané příslušníky „střední vrstvy“, až dvě třetiny z nich mají vyšší než střední vzdělání. I když se můžeme setkat s finančně dobře zajištěnými lidmi, kteří například pracují na dálku, pohybuje se podle údajů výzkumné agentury PAQ Research až 58 % uprchlíků na hranici chudoby. V takové míře jako oni je ohroženo chudobou zhruba 10 % české populace. Ve velké většině měli uprchlíci na Ukrajině obdobnou

životní úroveň, jako máme zde v ČR.

Navzdory různým „zaručeným informacím“ ze sociálních sítí mají uprchlíci z Ukrajiny nárok na mnohem menší podporu ze strany státu než čeští občané. Jsou drženi mimo český sociální systém a nárok mají pouze na humanitární dávku. Navíc 1. 7. 2023 dojde k dalšímu zpřísnování získání sociálních dávek a k ukončení plošného bezplatného ubytování pro uprchlíky. Dávka se bude odvozovat od životního (4860 Kč), respektive existenčního (3130 Kč) minima, při výpočtu výše dávky se budou zahrnovat uznatelné náklady na bydlení (2400 – 3000 Kč/os/měsíc) a odečítat všechny příjmy. Práceschopné osobě bude náležet dávka ve výši 3310 Kč, těhotným, pečujícím o děti do 6 let či vážně nemocným/zdravotně postiženým 4860 Kč, vážně nemocným/zdravotně postiženým ve výši 7290 Kč.

### Ukázkový výpočet ze stránek Ministerstva práce a sociálních věcí:

Matka a dvě děti (obě starší 10 let) v bytě v evidovaném ve speciální databázi MPSV.

Příjem matky: 17 000 Kč

Započitatelné náklady na bydlení podle nařízení: 9000 Kč (3x 3000 Kč)

Součet humanitárních dávek: matka 3130 Kč; 1. dítě: 3490 Kč; 2. dítě: 3490 Kč (= 10 110 Kč)

Výpočet nároku na dávku:

dávka = (součet humanitárních dávek + započitatelné náklady na bydlení podle nařízení) - příjem

dávka = (10 110 + 9000) – 17 000

dávka = 19 110 – 17 000

dávka = 2 110 Kč (tato částka je pak následně porovnána s případnými úsporami).

Od začátku července 2023 také skončí plošná podpora hromadného ubytování v penzionech, ubytovnách či hotelích, zdarma budou ubytovány pouze zranitelné osoby – děti do 18 let, studující v ČR do 26 let, těhotné, senioři nad 65 let, zdravotně postižení/vážně nemocní a jedna osoba, která o ně pečuje. V takovém typu ubytování stále přebývá zhruba 70 tisíc uprchlíků, a to především v horských oblastech ČR. Všichni na ubytovnách i v „solidárních domácnostech“ se nyní budou muset domluvit se svými ubytovateli, za jakých podmínek mohou zůstat a ubytování si sami platit. Budou k tomu mít k dispozici částku 2400/ 3000 Kč na osobu a měsíc zahrnutou do výpočtu humanitární dávky, a na rozdíl od Čechů nemají možnost žádných dalších dávek (např. příspěvku na bydlení, příspěvku na děti atd.) Můžeme tedy očekávat, že se sociální situace mnohých uprchlíků ještě zhorší.



## Zdravotní pojištění pro uprchlíky z Ukrajiny

Dospělí uprchlíci z Ukrajiny od 18 do 65 let musí po prvních 150 dnech, kdy byli státními pojištěnci, řešit otázku placení pojistného na zdravotní pojištění. Musí být buď zaměstnaní, uchazeči o zaměstnání na Úřadu práce včetně povinnosti schůzek s pracovníkem Úřadu práce a chzení na pohovory, či si pojištění pro osoby bez zdanitelných příjmů ve výši 2187 Kč měsíčně platit. Za studenty do 26 let pečující o dítě hradí pojištění stát. Co se týče seniorů z Ukrajiny, stávají se v ČR státními pojištěnci až v 65 letech, ale mnozí z nich již byli na Ukrajině v důchodu. Státními pojištěnci zůstávají i po 150 dnech ty osoby, jejichž závažný zdravotní stav dlouhodobě neumožňuje výkon práce a tuto skutečnost doloží zdravotní pojišťovně výpisem ze zdravotnické dokumentace. Držitelé dočasné ochrany mají nárok na poskytování zcela totožné péče a za stejných podmínek jako čeští občané. Dopláci za léky, nemají žádné speciální zacházení atd. V minulosti často měli lidé z Ukrajiny komerční zdravotní pojištění, což nepokrývalo všechny úkony, nyní mají držitelé ochrany stejné podmínky jako čeští občané.

## Kulturní rozdíly v přístupu k lékařské péči

S placením zdravotního pojištění je spojen jeden z kulturních rozdílů v souvislosti s lékařskou péčí. Na Ukrajině mají stejně jako u nás zdravotní pojištění zaměstnanci, ale pouze pro ne tak kvalitní státní nemocnice, kde je i tak častější finanční spoluúčast pacienta. Každý, kdo alespoň trochu může, si platí komerční připojištění nebo navštěvuje soukromé kliniky. Mezi uprchlíky tak může být rozšířena pověra: „Nejsem nemocný, tak si zdravotní pojištění nepotřebuju platit.“

Obecně platí, že jestli je pro Ukrajinu něco typické, tak jsou to obrovské sociální rozdíly – mezi městem a venkovem, vzdělání versus nevzdělání, rozdíly mezi různými částmi Ukrajiny. V souvislosti s válkou k nám přišli „jiní Ukrajinci“ než ti, kteří po minulá desetiletí přicházeli do ČR za prací. Tehdy se jednalo o lidi ze Zakarpátí, nejchudší části Ukrajiny, teď se často jedná o vzdělané obyvatele velkých měst. V ordinaci se tak může stát, že narazíme na Ukrajince se zanedbanými zdravotními problémy i na takové, co budou vyžadovat nadstandardní péči. Zároveň pokud byl někdo sociálně slabý na Ukrajině, je to často taková chudoba, kterou si v ČR ani nedokážeme představit.

Dalším obecným rozdílem je větší nedůvěra ve všechny instituce, včetně lékařů. Pokud si na Ukrajině někdo platil zdravotní připojištění či navštěvoval soukromou kliniku, byl v pozici placícího zákazníka a mohl vyžadovat či mu byla nabízena celá řada třeba ne úplně nutných úkonů. Ty pak mohou očekávat i od českých

lékařů. Někdy nedokáží pochopit, že jim v případě virového onemocnění nejsou předepsána antibiotika, ale doporučeno si koupit si lék s paracetamolem a „vyležet to“. Stejně tak že zdravotní pojištění znamená, že všichni máme nárok na (velice slušný) standard, který třeba vyžaduje, abychom si na vyšetření počkali. Navíc antibiotika, antidepresiva a další léky, které jsou u nás na předpis, jsou na Ukrajině volně dostupné a lidé si je často sami „naordinují“.

S mnohem větším studem či rozpaky je na Ukrajině stále spojena návštěva psychologa, také je mnohem větší tabu hovořit například o domácím či sexuálním násilí. Taková žena se svěří kamarádce, možná tlumočnicki, ale nechce jít k lékaři nebo na policii. Další obrovské tabu je spojeno s nemocí AIDS, i když se na Ukrajině většinově šíří mezi heterosexuály.

I když mají uprchlíci z Ukrajiny stejný přístup na pracovní trh jako Češi, mohou být zaměstnaní bez speciálních povolení, jen musí zaměstnavatel poslat na Úřad práce oznámení, že zaměstnává cizince, stále bohužel pokračuje převládající praxe zaměstnávání načerno nebo přes pochybné pracovní agentury. Pokud Ukrajinec řekne, že mu práci sežene „klient“, jedná se většinou o zprostředkovatele nelegální práce. V takových situacích se například zcela opomíjí povinné školení BOZP a může docházet k vážným pracovním úrazům.

Posledního kulturního rozdílu, který zde zmíním, jste si asi sami všimli. Jedná se o zvláštní typ upravenosti ukrajinských žen, který třeba znamená na první pohled drahé oblečení, gelové nehty, šperky na každodenní nošení atd. To nemusí nutně znamenat, že má dotyčná osoba dost peněz, někdy spíše naopak. Ukazování společenského statusu, totiž do jaké společenské třídy patřím, případně předstírání vnějšími znaky, že patřím do třídy vyšší, není rozmařilost, ale jistá forma sebeobranu ve společnosti, ve které panuje mnohem menší důvěra v instituce a naopak důraz na různé neformální „cestičky“.

Jak jsme psali v úvodu tohoto textu, je dobré o těchto rozdílech vědět, je dobré vysvětlit, i to, co nám přijde samozřejmé, že si například všichni, i Češi, musí v čekárně či na vyšetření počkat. V naší organizaci nyní pracujeme na komunikační kampani, kde chceme vysvětlovat tyto rozdíly, ve zdravotnictví i jiných oblastech i ukrajinské komunitě.

### Důležité odkazy:

#### Zdravotnické informace, zdravotní pojištění:

- Infolinka: + 420 226 20 1221 - Zdravotnické informace pro občany Ukrajiny, lze využít i telefonickou první psychickou podporu, operátor zajistí spojení konferenčního hovoru s pracovníkem podpůrné linky

s asistencí tlumočníka.

- Speciální stránka VZP ke zdravotnímu pojištění: česky i ukrajinsky, <https://cz.pomocukrajine.vzp.cz/150-dni/>, bude posílena linka 1221 na případné dotazy

#### **Humanitární dávka:**

- Humanitární dávka, Ministerstvo práce a sociálních věcí, <https://www.mpsv.cz/humanitarni-davka>

#### **Psychická první pomoc:**

- Multidisciplinární tým duševního zdraví DUMKA – Tým je složen z ukrajinsky a rusky mluvících specialistů na duševní zdraví, zdravotní péči a sociální práci. +420 778 979 211, [dumka@amiga-migrant.cz](mailto:dumka@amiga-migrant.cz), [www.dumka.cz](http://www.dumka.cz)
- Linka Sluchátko – psychoterapie po telefonu, <https://www.linkasluchatko.cz/v-ukrajinstine/>

#### **Interkulturní pracovníci:**

- V Praze: <https://metropolevsech.eu/cs/kontakty/seznam-interkulturnich-pracovniku/>
- V Brně: <https://socialnipece.brno.cz/sluzby-mesta/integrace-cizincu/>
- Informační stránka Konsorcia nevládních organizací pracujících s migranty, [www.pomahejukrajine.cz](http://www.pomahejukrajine.cz) (lze se i zaregistrovat a dostávat kvalitní informační

e-maily), v sekci „Důležité informace“ je skvěle zpracovaná i zdravotnická tematika.

- Integrovaná centra pro cizince – mohou propojit na interkulturní pracovníky či organizace v regionech <https://www.integracnicentra.cz/>

#### **Shrnutí pro praxi:**

Při překonání jazykové bariéry pomůže dodržovat základní zásady pro komunikaci s cizinci – zjednodušíme stavbu vět, mluvíme pomaleji, spisovně, ale normální hlasitostí a artikulací. Můžeme využívat osvědčený překladač DeepL či tlumočení po telefonu skrze infolinku Ministerstva zdravotnictví či tlumočnické interkulturní pracovníky. Uprchlíci z Ukrajiny jsou drženi mimo český systém sociálních dávek, mají nárok na humanitární dávku odvozenou od životního či existenčního minima. I když je většina z nich ze vzdělané střední třídy, nyní se jich v ČR 58 % pohybuje v příjmové chudobě. Na Ukrajině je jiný přístup k lékařům (příplácení, očekávání nadstandardu), je potřeba edukovat, že v ČR je standardní úroveň pro všechny. S velkým tabu jsou spojeny návštěva psychologa, domácí či sexuální násilí či nemoc AIDS.

# Invazivní metody v léčbě chronické bolesti



MUDr. Marek Hakl, Ph.D.  
Centrum léčby bolesti Medicinacare s.r.o.,

Invazivní metody léčby bolesti jsou indikovány jako doplněk farmakoterapie bolesti nebo jako další stupeň léčby bolesti v případech, kdy samotná farmakoterapie nepřináší dostatečný terapeutický efekt nebo je zatížena výraznými nežádoucími účinky. I při použití invazivních léčebných postupů musí být zachován multidisciplinární princip léčby chronické bolesti zahrnující farmakoterapii, psychoterapii, rehabilitační a fyzikální léčbu.

V posledních dvaceti letech můžeme sledovat velký posun v názorech na invazivní léčbu chronických bolestivých stavů. Původní názory, že prostou denervací nebo neurodestrukcí dosáhneme dostatečného léčebného efektu, byly v důsledku četných případů selhání revidovány. Trendem posledních let je jednoznačný přechod od ireverzibilních zákroků k metodám reverzibilním, stejně tak můžeme sledovat odklon od klasických regionálních anesteziologických technik (epidurální a subarachnoidální porty, kontinuální blokády nervových plexů) ve prospěch modernějších technik, jako jsou neuromodulace a radiofrekvence.

Z neurodestruktivních metod zůstávají čteněji používané pouze neurolyzy ggl. coeliaci v případě počátečních stadií karcinomu pankreatu či bolestivé formy chronické pankreatitidy, spíše ojedinělé jsou případy spinální neurolyzy u prorůstajících tumorů malé pánve (podmínkou je inkontinentní pacient s poruchou motoriky dolních končetin) a výrazně ubývají i neurolyzy trojklaného nervu u chronických trigeminálních neuralgií.

Omezení kontinuálních subarachnoidálních blokád prostřednictvím implantovaných portů spočívá u neurologických pacientů především v dočasnosti možnosti využití této metody (řádově měsíce) a následné nutnosti řešení závažných komplikací. V lepším případě přichází pacient po několika měsících aplikace s afunkčností portu, v horším případě je přivážen s meningitidou nebo meningoencefalitidou. Přestože by v řadě situací

bylo možné tyto porty ponechat a zahájit pouze dostatečně intenzivní antibiotickou léčbu (v tomto případě i s výhodou možnosti přímé subarachnoidální aplikace antibiotika), většinou tyto stavy končí vytažením portu. Nevýhodou epidurálních portů je nutnost četných aplikací analgetických směsí 3–4× denně a tím i urychlení destrukce membrány portu.

## Základní přehled invazivních metod léčby Blokády reverzibilní a ireverzibilní

Jako reverzibilní označujeme blokády, u kterých nedochází k destrukci tkáně. K reverzibilním blokádám se nejčastěji používají lokální anestetika, lokálně působící kortikoidy a moderní neuromodulační techniky jako epidurální nebo periferní neurostimulace či pulzní radiofrekvence.

Jako ireverzibilní označujeme blokády, při kterých dochází k nevratné neurodestrukci použitím neurolytického činidla, chirurgického zákroku nebo lokálním působením tepla.

**Blokády diagnostické, prognostické a terapeutické**  
Cílem diagnostických blokád je zjistit, zda konkrétní bolestivý stav reaguje na danou techniku regionální anestezie. Dle terapeutické odezvy lze usuzovat i na příčinu bolesti.

Prognostické blokády predikují případný analgetický efekt neurodestruktivního zákroku.

Terapeutické blokády se používají k vlastní léčbě bolesti.

**Blokády jednorázové, opakované a kontinuální**  
Při jednorázových blokádách je analgetikum nebo analgetická směs aplikována obvykle pouze jedenkrát. Jednorázové jsou veškeré blokády ireverzibilní nebo využívající lokálního účinku depotních kortikoidů.

Opakované blokády využívají efektu série několika blokád nejčastěji autonomního nervového systému (opakované blokády ggl. stellati).

Kontinuální nervové blokády přivádějí analgetickou směs pomocí katétru nepřetržitě nebo v opakovaných bolusech přímo k místu působení.

## Aplikované látky

### Lokální anestetika

Mezi nejčastěji používaná lokální anestetika patří trimekain, lidokain, bupivakain, levobupivakain a ropivakain. Princip účinku lokálních anestetik spočívá v bloká-

dě vstupu sodíkových iontů do axoplazmy, čímž dochází ke zpomalení depolarizace buněčné stěny.

### Opioidy

Princip účinku opioidů je způsoben vazbou na opioidní receptory, které se nachází v centrálním nervovém systému. Nově byla zjištěna jejich přítomnost i v periferních oblastech. Pro invazivní techniky jsou nejvýhodnější lipofilní opioidy (sufentanil, fentanyl), stále hojně je však používán i hydrofilní morfin. Vzhledem k přítomnosti neurotoxickeho stabilizátoru v injekční formě morfinu pro parentální aplikaci není tato forma vhodná pro aplikaci do subarachnoidálního prostoru. Pro subarachnoidální podávání se využívá magistraliter připraveného morfinu, neboť hromadně vyráběný lékový přípravek pro tento typ podání se u nás v současnosti ani neprodukuje, ani nedováží.

### Alfa2 agonisté

Alfa2 agonisté (klonidin a dexmedetomidin) se používají jako přísada k lokálním anestetikům ve snaze prodloužit účinek blokády. Pravděpodobně působí i při blokáde sympatických nervů a ganglií.

### Neurolytická činidla

Nejužívanějším neurolytickým činidlem je ethylalkohol (ethanol). Ethanol se používá v 50–80% koncentraci. Oproti fenolu lépe difunduje řidkou pojivovou tkání.

Fenol se používá obvykle v 6–8% koncentraci, rozpuštěný ve vodě, glycerolu nebo kontrastní látce. Účinek fenolu je ve srovnání s alkoholem krátkodobější (Michálek, 2006).

### Kortikoidy

Kortikoidy se používají nejčastěji v kombinaci s lokálním anestetikem při intraartikulárních nebo epidurálních aplikacích. Vedle krátkodobého analgetického efektu lokálního anestetika se očekává i potlačení lokálního sterilního zánětu vzniklého v důsledku místní strukturní patologie (protruze disku, spinální stenóza).



## Nejužívanější invazivní techniky v léčbě chronické bolesti

### Infiltrace spoušťového bodu (trigger point)

U pacientů s myofasciálním syndromem (bolest vycházející z měkkých tkání v důsledku svalové dysbalance při špatných pohybových stereotypch) často nacházíme v hypertonickeém svalu tzv. spoušťové body. Palpačně se jedná o místo se zvýšenou citlivostí o velikosti

2–5 mm. Tlak na bod vyvolává intenzivní bolest v místě tlaku nebo bolest přenesenou. Aplikace malého množství lokálního anestetika do těchto bodů přináší velmi dobrou, ale krátkodobou úlevu. Infiltrace spoušťového bodu je vhodnou součástí multimodálního přístupu.

### Intraartikulární aplikace

Nejběžnější jsou facetové blokády a blokády velkých kloubů nebo sakroilakálního skloubení. Aplikuje se lokální anestetikum v kombinaci s glukokortikoidem. Cílem je potlačení bolesti a lokálního zánětu.

### Epidurální aplikace kortikoidů

Tato metoda není všeobecně jednoznačně přijímána. Je indikována při bolestech bederní páteře nebo při kořenových bolestech vzniklých v důsledku protruze či výhřezu meziobratlové ploténky nebo spinální stenózy. Používá se malé množství lokálního anestetika v kombinaci s depotním kortikoidem (methylprednisolon 80 mg). Analgetický efekt se dostavuje s odstupem několika dnů až týdnů. Aplikaci je možno po několika týdnech opakovat. Velice důležitá je následná rehabilitační léčba. Ideální pacient pro epidurální aplikaci kortikoidů trpí akutním či subakutním radikulárním syndromem

v důsledku herniace meziobratlového disku. Jedná se o hojně používanou off-label aplikaci uvedených látek.

### Subarachnoidální kontinuální blokády

Subarachnoidálního přístupu se používá u pacientů, u nichž selhaly neinvazivní možnosti léčby bolesti. Nejčastějším typem bolesti řešeným touto technikou je bolest onkologická nebo bolesti při tzv. failed back surgery syndromu (FBSS, bolesti po neúspěšných operacích zad). Punkční technikou se do subarachnoidálního prostoru zavádí tenký katétr. Ten je tunelizován podkožím a napojen na zevní bakteriální filtr nebo na podkožní port. Nejčastěji aplikovanou látkou je morfin. Ve srovnání s intramuskulární nebo subkutánní aplikací je množství takto aplikovaného morfinu 100× menší. Frekvence aplikace je 1–2× denně. Největším rizikem je zavlečení infekce do CNS (Kozák, 2000).

### Periferní nervové blokády

Nejčastější je kontinuální blokáda plexus brachialis. Využití nalezne u komplexního regionálního bolestivého

syndromu (KRBS), nádorové bolesti nebo těžkých postherpetických neuropatií. Z farmak se používají místní anestetika v kombinaci s opioidem nebo klonidinem.

### Sympatikové blokády

Opakované blokády ganglia stellata (ganglion cervicothoracicum uložené ventrálně od transverzálních výběžků C7–Th1) jsou indikovány u některých bolestivých stavů na horní končetině. Nejčastěji se jedná KRBS I a II, postherpetické neuralgie a ischemickou bolest horní končetiny. Aplikuje se nízkokoncentrované lokální

anestetikum v množství 5–15 ml. Přesný princip dlouhodobého efektu není znám (Kulichová, 2005).

### Neurolyza plexus coeliacus a splanchnických nervů

Plexus coeliacus se nachází v retroperitoneu ventrálně od aorty v úrovni Th12–L1. Jeho neurolyza je indikována u bolestivých stavů v oblasti epigastria, zejména při bolesti u nádoru pankreatu, žaludku a žlučových cest nebo u bolesti při chronické pankreatitidě. Blokádu lze provádět pouze pod rtg nebo CT kontrolou. Neurolyza plexus coeliacus je vhodná jen u počátečních stadií karcinomu pankreatu, kdy je bolest lokalizována pouze do epigastria. V pokročilejších stadiích dochází k prorůstání tumoru do retroperitonea, což znemožňuje dostatečně přehledný přístup k plexu. Výhodná je i peroperační neurolyza pod kontrolou zraku při peroperačním nálezu karcinomu pankreatu (Dutka, 2002; Michálek, 2006).

### Neurolyza plexus hypogastricus

Blokáda plexus hypogastricus (je uložen retroperitoneálně v úrovni L5–S1) je indikována u bolestivých stavů v oblasti pánve nádorové i nenádorové etiologie (Michálek, 2006).

<https://www.magazin.nechcibolest.cz/post/invazivni-metody-v-lecbe-chronicke-bolesti>

### Literatura

1. Dutka J, Michálek P, Masopust V: Intervenční postupy v léčbě bolesti. B.A.R., Praha 2002.
2. Kozák J, Ševčík P, Vondráčková D, Vrba I: Anesteziologické metody v algeziologické praxi. Bolest 2000; 1: 50–59.
3. Kulichová M: Anestetické postupy. In: Kulichová M (ed.): Algeziologie. EDIS, Žilina 2005; 99–107.
4. Michálek P, Kozák J, Ševčík P: Intervenční techniky v léčbě bolesti. In: Rokytá R, Kršiak M, Kozák J (eds.): Bolest. Tigris, Praha 2006.

# Synergie v léčbě osteoporózy aneb fyzická aktivita a mikronutrienty, nedílná součást čtyřlístku péče



**MUDr. Kateřina Himmelová, MBA**

Hi-dent s.r.o.-Endokrinologicko  
-diabetologická ambulance

**Mgr. Petr Srnec, MBA**

Fakulta tělesné kultury, Univerzita Palackého, Olomouc

## Úvod

Současná doba, 21. století, přinesla do medicíny mnoho nových trendů, objevů i nečekaných zlomů a převratů. Zvláště v posledních několika letech došlo k významným milníkům na poli prevence a léčby v oblasti chronických metabolických onemocnění. Osteoporóza spolu s diabetes mellitus i s celým spektrem dalších metabolických a kardiovaskulárních onemocnění zažívá v poslední době nejen významnou renesanci, ale i úseky temna.

V roce 2020 Světová zdravotnická organizace vyhlásila pandemii zapříčiněnou virovým agens SARS-Cov-2. Vysoká nakažlivost a přenosnost tohoto onemocnění, stejně jako absence osvědčené léčby, urychlily šíření nemoci a pacienti s touto chorobou brzo zaplavili nemocnice po celém světě.

Vládní nařízení byla vydána tak, aby zahrnovala celé široké spektrum preventivních opatření. Tato nařízení měla pomoci snížit zátěž nemocnic, stejně jako celkovou mortalitu v důsledku této choroby. Tyto zásady zahrnovaly především sociální distancování, nakázané pobyty v domácím prostředí (tzv. karantény nebo lockdowny), uzavírání škol, podniků, ovšem mimo podniků strategického řízení státu. I když byla tato opatření zásadní pro snížení přenosu viru a celkovou zátěž pandemie, podpořila mimo jiné i fyzickou nečinnost v globálním měřítku. Podobně jako obezita i absence fyzické aktivity zvyšuje závažnost příznaků a riziko úmrtnosti u pacientů s chronickými onemocněními.

Fyzická aktivita, adekvátní příjem živin s vyváženým rozložením mikro i makronutrientů, jakožto well-being, jsou pro zdraví člověka podstatné, redukuje riziko úmrtnosti nejen na kardiovaskulární onemocnění, ale především redukuje jak mortalitu, tak incidenci onkologických, metabolických chorob. Přiměřená fyzická aktivita a vyvážená strava obecně také poskytují

imunologické výhody, ty jsou zprostředkovány lepším imunologickým dohledem, zvýšenou cirkulací imunoglobulinů a protizánětlivých cytokinů.

Osteoporóza je chronické systémové plíživé onemocnění skeletu. Je charakterizována úbytkem kostní hmoty, poruchami stavby kostí s následným zvýšením jejich křehkosti, a z toho vyplývajícím zvýšeným rizikem zlomeniny bez předchozího traumatu, či jen po nízkonoenergetickém traumatu. Je důsledkem nerovnováhy mezi hladinou vápníku, vitamínu D, pohlavních hormonů a zvýšeným odbouráváním kostní tkáně při nedostatku fyzické zátěže.

- *Mortalita v prvním roce po vzniku fraktury převyšuje v ČR průměr zemí EU a v roce 2010 činila 3 448 úmrtí*
- *Finanční prostředky vynaložené na péči o nemocné s osteoporotickou frakturou*
- *v průběhu prvního roku jsou v ČR na úrovni jedné třetiny průměru zemí EU (2 588 € vs. 7 652 €)*
- *Celkové náklady na léčbu osteoporózy v ČR představují menší podíl než průměr zemí EU a činí jen 2,4 % z celkových nákladů zdravotní péče*
- *Zlomenina v důsledku osteoporózy je 5.-6. nejčastější příčinou úmrtí.*
- *Podléčenost – tzv. treatment gap, v ČR treatment gap se blíží osmdesáti procentům! Jen cca 24% žen a jen 12% mužů je léčeno<sup>1</sup>*
- *V ČR trpí poruchou metabolismu kostí 15 % mužů a 33 % žen ve věku nad 50 let, 39 % mužů a 47 % žen ve věku nad 70 let.<sup>2</sup>*

Osteoporóza spolu s diabetes mellitus jsou jedny z nejčastějších metabolických chorob. Obě onemocnění představují závažný zdravotní a sociální problém. Důsledkem těchto onemocnění je významné zhoršení kvality života i zkrácení jeho délky.

## Fyzická aktivita

Dobrý zdravotní stav je důležitou součástí života jedince v každém věku. Během přípravy na stáří by lidé měli dbát na správnou životosprávu, pravidelnou pohybovou aktivitu a socio-společenské vyžití. Takové procesy pozitivně působí jako prevence mnoha onemocnění, se kterými se senioři mohou setkat. Na pravidelnou pohybovou aktivitu je důležité pohlížet jako na součást interakčních procesů modifikujících život jedince. Fyzická aktivita je v každé životní fázi součástí jednoho z pilířů well-being ovlivňujících kvalitu zdraví, obecně i kvalitu života. Má také pozitivní vliv na poznávací procesy a na psychickou stránku. Zejména sociální kontakt spojený se sportováním má na seniory blahodárný vliv.<sup>3</sup> Pohyb je integrován do každodenního života a zahrnuje různé

pohybové aktivity, které odpovídají současným potřebám člověka.

Pro seniory je pravidelná fyzická aktivita důležitá. Výhody fyzické aktivity jsou pro tuto věkovou kategorii zásadní. Platí, že lepší je něco než nic. Fyzická aktivita v tomto věku udržuje pohybovou samostatnost, zamezuje sociálnímu distanci, distresu, zpomaluje degenerativní změny organismu. Lze kombinovat všechny druhy fyzické aktivity. „**Cviky na flexibilitu a rovnováhu** nemají přímý vliv na kompenzaci diabetu, ale zlepšují flexibilitu pohybu v kloubech, stabilitu a snižují riziko pádu. **Aerobní aktivita** zvyšuje citlivost na inzulín, reaktivitu cév, funkci plic, imunitu, srdeční výdej, snižuje inzulínorezistenci, snižuje HbA1c, triglyceridy, množství tukové tkáně a další. **Odporové cvičení** zvyšuje svalovou sílu, svalovou hmotu, kostní denzitu, zlepšuje citlivost na inzulín, snižuje množství tukové tkáně. **Intervalový trénink** zlepšuje citlivost na inzulín, kardiovaskulární zdatnost.“<sup>4</sup>

Pravidelná pohybová aktivita má pozitivní účinky rovněž na neuroimunoendokrinní systém i na systém kardiovaskulární. Bylo prokázáno, že aktivní jedinci mají nižší výskyt virových onemocnění či mírnější průběh samotné nemoci. K zdravotnímu stavu jedince nepochybně patří také stránka psychická. Situace spojená s celosvětovou pandemií měla do jisté míry vliv i na mentální zdraví celé populace. Účelem pravidelné pohybové aktivity je vtisknout organismu takovou informaci, aby v něm pohybová aktivita vyvolala co možná nejmenší vychýlení homeostázy, a rovněž aby byl systém schopen minimalně čerpat z energetických zdrojů. Získaným benefitem z fyzické aktivity je adaptace, která představuje složitý proces probíhající na různých úrovních organismu.<sup>5</sup>

## Mikronutrienty: vitamin K2+D3, vitamin C a zinek

### Vitamin K2

Data ukazují, že dostatečný příjem vitamínu K2 snižuje poškození cév, protože aktivuje matrix kyseliny gama-karboxyglutamové, který zabraňuje ukládání vápníku ve stěnách cév, tepny tímto zůstávají elastické a pevné.<sup>6</sup> Rotterdamská studie přinesla závěry, které prokázaly pevnou inverzní souvislost mezi příjmem K2 vitamínu a mortalitou na kardiovaskulární choroby. Denní dávka 32,7 mcg vitamínu K2 výrazně snižuje arteriální kalcifikace až o 50% a riziko kardiovaskulárního úmrtí až o 46%.<sup>7</sup> Bylo zjištěno na zvířecích modelech, že vitamin K2 zmírňuje zvýšení kostní resorpce, udržuje adekvátní kostní hmotu, snižuje ztrátu kostní hmoty, chrání před ztrátou trabekulární kostní hmoty a její konektivity a zabraňuje poklesu síly dlouhé kosti. Dále bylo proká-

záno, že současné použití K2 vitamínu s bisfosfonátem zmírnilo potlačení tvorby kosti a účinněji předcházelo spongiózní ztrátě kosti. Vitamin K2 stimuloval renální reabsorpci vápníku, zpomalil zvýšení sérových hladin parathormonu a zmírnil ztrátu kortikální kosti primárně potlačením kostní resorpce u potkanů s nedostatkem vápníku a hořčíku.<sup>8</sup>

Vitamin K2 rovněž hraje klíčovou roli při kontrole metabolismu kostí. Systematický přehled několika klinických studií publikovaných v časopise Journal of the American Medical Association poukazuje na fakt, že suplementace vitamínem K2 snižuje úbytek kostní hmoty. Vitamin K2 je nezbytný pro syntézu osteokalcinu.<sup>9</sup> Je nezbytným koenzymem pro enzymatickou reakci gama-glutamylkarboxylázy, která převádí zbytky kyseliny glutamové ve VK-dependentních proteinech na kyselinu gama-karboxyglutamovou. V kosti je mnoho VK-dependentních proteinů, včetně osteokalcinu, matrix kyseliny gama-karboxyglutamové, periostinu a proteinu S. Vitamin K reguluje i transkripci osteoblastických markerů, tvorbu osteoklastů a kostní resorpce.<sup>10</sup>

Vitamin K se vstřebává v tenkém a tlustém střevě za podpory slinivky břišní a žlučového systému. Následně je transportován v chylomikronech bohatých na triglyceridy v lymfatickém systému do cílových tkání.

*„Jedna nedávná, dvojité zaslepená, randomizovaná, klinická studie zkoumala účinky doplňkového MK-7. MenaQ7 (NatioPharma, ASA, Havik, Norsko) během tříletého období u skupiny 244 postmenopauzálních nizozemských žen. Výzkumníci zjistili, že denní dávka 180 mikrogramů stačí ke zlepšení denzity kostního minerálu, pevnosti kostí a kardiovaskulárního zdraví. Ukázali také, že dosažení klinicky významného zlepšení vyžaduje nejméně 2 roky suplementace.“<sup>11</sup> Adekvátní denní příjem je 120 mcg pro muže a 90 mcg pro ženy.<sup>12</sup>*

Holandští vědci přišli s hypotézou, že deficit vitamínu K2 zapříčiňuje degradaci elastinu a zrychluje kalcifikaci ve tkáních.<sup>13</sup>

Suplementace MK-7 při doporučeném dávkování neovlivňuje koagulační aktivitu vitamínu K-dependentních koagulačních faktorů a nezvyšuje karboxylaci protrombinu u zdravých jedinců. To naznačuje, že podávání MK-7 nemění hemostatickou rovnováhu u zdravých populací bez antikoagulační léčby.<sup>14</sup>

Hlavními zdroji vitamínu K2 jsou sýry s vyšším obsahem tuků a fermentované výrobky, boby Natto, žloutky, mléčné výrobky, játra, maso a máslo.

### Vitamin D3

Vitamin D hraje roli v kalciofosfátovém metabolismu při

udržování rovnováhy při novotvorbě a resorpci kostí. Tento vitamin zastává nezastupitelnou úlohu i v dalších procesech v lidském těle. Experimentální studie ukázaly, že 1,25-dihydroxyvitamin D vykazuje imunologické aktivity na více složek vrozeného a adaptivního imunitního systému a také na stabilitu endoteliální membrány. Byla pozorována souvislost mezi nízkými hladinami sérového 25-hydroxyvitaminu D a zvýšeným rizikem rozvoje několika imunitně podmíněných chorob a poruch, včetně psoriázy, diabetu 1. typu, roztroušené sklerózy, revmatoidní artritidy, tuberkulózy, sepse, respiračních infekcí a infekcí COVID-19.<sup>15</sup>

Několik epidemiologických studií prokázalo rovněž důležitou roli vitaminu D3 v prevenci jak kardiovaskulárních chorob, tak diabetu mellitu 2. typu. Nízké hodnoty tohoto vitaminu zvyšují riziko onemocnění srdce, cévní mozkové příhody, hypertenze a diabetu mellitu. Nedostatek vitaminu D3 zvyšuje inzulínovou rezistenci. Probíhají nové randomizované studie hodnotící roli suplementace vitaminem D při kardiovaskulárních onemocněních a prevenci diabetu 2. typu, jako je studie Vitamin D a Omega-3.<sup>16</sup> Rovněž poslední data naznačují, že může být přímá souvislost mezi nedostatkem vitaminu D3 a zvýšeným rizikem vzniku fibrilace síní.<sup>17</sup>

Hlavními zdroji vitaminu D3 jsou mořské ryby typu sled, makrela, tuňák, treska, sardinky apod., mléčné výrobky: sýry, zakysaná smetana, acidofilní mléko, jogurty, máslo, vaječné žloutky, houby.

### Zinek

Zinek je esenciální minerál, který je potřebný pro normální kosterní růst a kostní homeostázu. Kromě toho se zdá, že může podpořit regeneraci kostí. Buněčné a molekulární dráhy, kterými zinek podporuje růst kostí, homeostázu a regeneraci čeká ještě dlouholetý výzkum. „Zinek může pozitivně ovlivňovat chondrocytární a osteoblastické funkce a současně inhibovat aktivitu osteoklastů, což odpovídá prospěšné roli zinku v homeostáze a regeneraci kostí. Na základě účinků zinku na populaci kosterních buněk a úlohy zinku v růstu kostí jsou vyvíjeny léčebné přístupy využívající zinek ke zlepšení regenerace kostí.“<sup>18</sup>

Z dostupných dat vyplývá, že v současné době zinek prokazatelně ovlivňuje aktivitu hlavních populací kosterních buněk. Zinek ovlivňuje i další buněčné a fyziologické procesy, které by pravděpodobně ovlivnily regeneraci kostí. Konkrétně zinek má vícenásobný vliv na produkci inzulínu a signalizaci. Zinek také dokáže modulovat imunitní systém, který je stále více uznáván jako významný regulátor homeostázy a regenerace kostí.<sup>19</sup>

Hlavními zdroji jsou mořské plody, slunečnicová semínka, kešu oříšky, telecí játra, krůtí maso, avokádo.

### Vitamin C

Vitamin C je jedním z nepostradatelných antioxidantů a kofaktorem regulujícím mnohé buněčné děje v lidském těle. Deficit vitaminu C je znám již od starově-

ku. Projevem deficitu vitaminu C jsou kurděže, dále pak gingivitida, zhoršené hojení ran a bolesti kostí.

Analýza několika epidemiologických a genetických studií na zvířecích modelech týkajících se účinku vitaminu C ukazuje pozitivní vliv na zdraví kostí. Celkově má vitamin C pozitivní vliv na tvorbu trabekulární kosti tím, že ovlivňuje expresi genů kostní matrix u osteoblastů. Jsou diskutovány nejnovější studie molekulární dráhy působení vitaminu C, které zahrnují přímé účinky vitaminu C na transkripční regulaci cílových genů ovlivněním aktivity transkripčních faktorů a epigenetickou modifikací klíčových genů zapojených do vývoje a zachování skeletu.<sup>20</sup>

Bylo prokázáno, že kyselina askorbová je životně důležitým modulátorem osteogenní a chondrogenické diferenciace. U jedinců s nedostatkem fyziologické hladiny kyseliny askorbové se rozvinou kostní poruchy, jako je spontánní štěpení, zhoršený růst kostí a zhoršené hojení kostí. Vliv kyseliny askorbové na zdraví kostí je proto životně důležitý a ukázalo se, že je regulován řadou komplexních mechanismů interakce. Ačkoli ve studiích prováděných u lidí existuje určitá nekonzistence, většina z nich poukazuje na závěr, že snížené hladiny vitaminu C v séru nebo jeho nízký příjem mohou být spojeny s rozvojem osteoporózy a zvýšeným rizikem zlomenin.<sup>21</sup>

Hlavními zdroji jsou paprika, brokolice, jahody, pomeranče, ananas, kiwi, hrách, rajčata a růžičková kapusta.

### Kazuistika

Pacientka, 47. ročník, s diagnosou osteoporózy od roku 2018.

Z osobní anamnézy: stav po opakovaných reoperacích žlučníku. Na podkladě vstupního laboratorního a fyzikálního vyšetření doplněna data do osobní anamnézy: hypercholesterolemie, prediabetes na dietě, esenciální hypertenze gr. II dle WHO, chronický fumátor do 20c/den.

Gynekologická anamnéza: menopauza od 47 let bez hormonální terapie, dispenzarizace na gynekologii pravidelná, mamograf á 2 roky negat.

Rodinná anamnéza bez zátěže stran osteoporózy.

Stravovací návyky: mléčné výrobky 2-3x týdně, mořské ryby 1x za 6 měsíců

Zlomeniny neutrpěla

Fyzická aktivita: pohyb, preferuje spíše chůzi do 15 minut denně

Hmotnost 63 kg, výška 152 cm, vstupně TK 150/90mmHg TF 68/min

Denzitometrie:

Vstupní denzitometrické vyšetření 17/10/2018: denzitometricky osteoporóza L páteře, osteopenie proximálního femuru

24/1/2020: denzitometricky osteoporóza /L1, L2/ BMD +1,8 %, osteopenie prox. Femuru BMD + 2,4%

5/3/ 2021 denzitometricky osteoporóza /L1, L2/ BMD +0,3 %, osteopenie prox. Femuru BMD + 0,0%

22/7/2022 denzitometricky osteoporóza /L1, L2/ BMD



Tabulka č. 1: Laboratorní výsledky pacientky od 12/2018 do 07/2022 (zdroj: autor)

	Mg mmol/l	Ca mmol/l	P mmol/l	UCa/Ukreat	Vit.D celk. nmol/l	Pth pmol/l	PINP ug/l	CTXBMS ug/l	CKD EPI ml/s/1,73 m-2	Gly mmol/l	Chol mmol/l	Tg mmol/l
12/2018	0,8	2,41	1,32	0,21	42,1	3,99	40,9	0,238	0,99	6,14	5,52	1,25
05/2019	0,8	2,45	1,23	0,28	65,5							
01/2020	0,8	2,43	1,15	0,37	55,1	3,02	38,3	0,351	1,03	4,84	3,4	0,72
02/2021	0,8	2,55	1,3	0,38	52,4	2,71	58,4	0,372	0,95	5,34	5,32	1,07
10/2021	0,74	2,32	1,04	0,36	56,5							
07/2022	0,8	2,33	1,01	pod 0,11	79,2	4,17	63,0	0,482	1,01	4,96	3,9	0,87

Obrazek č. 1: Denzitometrická vyšetření rok 2018-2022

**Patient:** X, X  
**Birth Date:** 1.1.1947  
**Height:** 152,0 cm  
**Sex:** Female

**Age:** 71,7 years  
**Weight:** 64,5 kg  
**Ethnicity:** White

**Referring Physician:** (not specified)  
**Patient ID:** (not specified)  
**Measured:** 17.10.2018 9:26:08 (16 [SP 2])  
**Analyzed:** 25.7.2022 13:50:03 (16 [SP 2])

**AP Spine Bone Density**

**AP Spine: L1-L4 (BMD)**

Region	BMD (g/cm <sup>2</sup> )	YA T-score	Z-score
L1	0,808	-2,7	-1,0
L2	0,820	-3,2	-1,5
L3	0,924	-2,3	-0,6
L4	0,925	-2,3	-0,6
L1-L4	0,874	-2,6	-0,9

**Densitometry: USA (Combined NHANES/BMDCS/Lunar)**

Region	BMD (g/cm <sup>2</sup> )	YA T-score	Z-score
L1	0,808	-2,7	-1,0
L2	0,820	-3,2	-1,5
L3	0,924	-2,3	-0,6
L4	0,925	-2,3	-0,6
L1-L4	0,874	-2,6	-0,9

**Comments:**

FRAX: Major Osteoporotic Fracture: -  
 Hip Fracture: -  
 Population: (none)  
 Risk Factors: None

**Patient:** X, X  
**Birth Date:** 1.1.1947  
**Height:** 152,0 cm  
**Sex:** Female

**Age:** 73,0 years  
**Weight:** 64,5 kg  
**Ethnicity:** White

**Referring Physician:** (not specified)  
**Patient ID:** (not specified)  
**Measured:** 24.1.2020 10:20:29 (16 [SP 2])  
**Analyzed:** 25.7.2022 14:04:41 (16 [SP 2])

**AP Spine Bone Density**

**AP Spine: L1-L4 (BMD)**

Region	BMD (g/cm <sup>2</sup> )	YA T-score	Z-score
L1	0,799	-2,8	-1,1
L2	0,851	-2,0	-0,7
L3	0,921	-1,4	0,6
L4	0,965	-2,0	-0,7
L1-L4	0,890	-2,2	-0,7

**Densitometry: USA (Combined NHANES/BMDCS/Lunar)**

Region	BMD (g/cm <sup>2</sup> )	YA T-score	Z-score
L1	0,799	-2,8	-1,1
L2	0,851	-2,0	-0,7
L3	0,921	-1,4	0,6
L4	0,965	-2,0	-0,7
L1-L4	0,890	-2,2	-0,7

**Densitometry Trend: L1-L4**

Measured Date	Age (years)	BMD (g/cm <sup>2</sup> )	Change vs Previous (%)	Change vs Baseline (%)
24.1.2020	73,0	0,890	1,8	1,8
17.10.2018	71,7	0,874	-	baseline

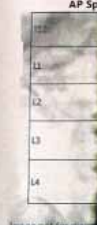
**Comments:**

FRAX: Major Osteoporotic Fracture: -  
 Hip Fracture: -  
 Population: (none)  
 Risk Factors: None

**Patient:** X, X  
**Birth Date:** 1.1.1947  
**Height:** 152.0 cm  
**Sex:** Female

**Age:** 74.1 years  
**Weight:** 64.5 kg  
**Ethnicity:** White

**Referring Physician:** (not specified)  
**Patient ID:** (not specified)  
**Measured:** 5.3.2021 9:13:43 (16 [SP 2])  
**Analyzed:** 25.7.2022 14:06:23 (16 [SP 2])

**AP Spine Bone Density**  


**AP Spine L1-L4 (BMD)**  
 BMD (g/cm<sup>3</sup>) YA T-score  
 1.435 Normal 2  
 1.315 1  
 1.195 0  
 1.075 -1  
 0.955 -2  
 0.835 -3  
 0.715 -4  
 0.595 -5  
 Age (years) USA (Combined NHANES/BMDCS/Lunar)

**AP Spine L1-L4 (BMD)**  
 %Change vs Baseline  
 2  
 1  
 0  
 -1  
 -2  
 -3  
 -4  
 -5  
 Age (years)

Region	BMD (g/cm <sup>3</sup> )	YA T-score	Z-score
L1	0.779	-2.9	-1.2
L2	0.838	-3.1	-1.3
L3	0.912	-2.4	-0.7
L4	0.945	-2.1	-0.4
L1-L4	0.877	-2.6	-0.8

Measured Date	Age (years)	BMD (g/cm <sup>3</sup> )	Change vs Previous (%)	Change vs Baseline (%)
5.3.2021	74.1	0.877	-1.5	0.3
24.1.2020	73.0	0.890	1.8	1.8
17.10.2018	71.7	0.874	-	baseline

**Denitometry: USA (Combined NHANES/BMDCS/Lunar)**

**Denitometry Trend: L1-L4**


**COMMENTS:**

Page 1 of 1  
 Lunar Prodigy Advance  
 PA-500651

**Patient:** X, X  
**Birth Date:** 1.1.1947  
**Height:** 152.0 cm  
**Sex:** Female

**Age:** 75.5 years  
**Weight:** 64.5 kg  
**Ethnicity:** White

**Referring Physician:** (not specified)  
**Patient ID:** (not specified)  
**Measured:** 22.7.2022 9:59:29 (16 [SP 2])  
**Analyzed:** 29.7.2022 12:10:33 (16 [SP 2])

**AP Spine Bone Density**  


**AP Spine L1-L4 (BMD)**  
 BMD (g/cm<sup>3</sup>) YA T-score  
 1.435 Normal 2  
 1.315 1  
 1.195 0  
 1.075 -1  
 0.955 -2  
 0.835 -3  
 0.715 -4  
 0.595 -5  
 Age (years) USA (Combined NHANES/BMDCS/Lunar)

**AP Spine L1-L4 (BMD)**  
 %Change vs Baseline  
 2  
 1  
 0  
 -1  
 -2  
 -3  
 -4  
 -5  
 Age (years)

Region	BMD (g/cm <sup>3</sup> )	YA T-score	Z-score
L1	0.786	-2.8	-1.1
L2	0.866	-2.8	-1.1
L3	0.912	-2.4	-0.7
L4	0.953	-2.1	-0.3
L1-L4	0.888	-2.5	-0.7

Measured Date	Age (years)	BMD (g/cm <sup>3</sup> )	Change vs Previous (%)	Change vs Baseline (%)
22.7.2022	75.5	0.888	1.3	1.6
5.3.2021	74.1	0.877	-1.5	0.3
24.1.2020	73.0	0.890	1.8	1.8
17.10.2018	71.7	0.874	-	baseline

**Denitometry: USA (Combined NHANES/BMDCS/Lunar)**

**Denitometry Trend: L1-L4**


**COMMENTS:**

Page 1 of 1  
 Lunar Prodigy Advance  
 PA-500651

**Patient:** X, X  
**Birth Date:** 1.1.1947  
**Height:** 152.0 cm  
**Sex:** Female

**Age:** 74.1 years  
**Weight:** 64.5 kg  
**Ethnicity:** White

**Referring Physician:** (not specified)  
**Patient ID:** (not specified)  
**Measured:** 5.3.2021 9:15:27 (16 [SP 2])  
**Analyzed:** 25.7.2022 14:07:05 (16 [SP 2])

**Left Femur Bone Density**  


**Left Femur Total (BMD)**  
 BMD (g/cm<sup>3</sup>) YA T-score  
 1.260 Normal 2  
 1.134 1  
 1.008 0  
 0.882 -1  
 0.756 -2  
 0.630 -3  
 0.504 -4  
 0.378 -5  
 Age (years) USA (Combined NHANES/BMDCS/Lunar)

**Left Femur Total (BMD)**  
 %Change vs Baseline  
 4  
 3  
 2  
 1  
 0  
 -1  
 -2  
 -3  
 -4  
 -5  
 Age (years)

Region	BMD (g/cm <sup>3</sup> )	YA T-score	Z-score
Neck	0.853	-1.3	0.6
Wards	0.610	-2.3	0.0
Troch	0.642	-1.8	-0.3
Shaft	0.940	-	-
Total	0.816	-1.5	0.2

Measured Date	Age (years)	BMD (g/cm <sup>3</sup> )	Change vs Previous (%)	Change vs Baseline (%)
5.3.2021	74.1	0.816	0.0	2.4
24.1.2020	73.0	0.816	2.4	2.4
17.10.2018	71.7	0.797	-	baseline

**Denitometry: USA (Combined NHANES/BMDCS/Lunar)**

**Denitometry Trend: Total**

**FRAX:**  
 Major Osteoporotic Fracture: -  
 Hip Fracture: -  
 Population: (none)  
 Risk Factors: None


**COMMENTS:**

Page 1 of 1  
 Lunar Prodigy Advance  
 PA-500651

**Patient:** X, X  
**Birth Date:** 1.1.1947  
**Height:** 152.0 cm  
**Sex:** Female

**Age:** 75.5 years  
**Weight:** 64.5 kg  
**Ethnicity:** White

**Referring Physician:** (not specified)  
**Patient ID:** (not specified)  
**Measured:** 22.7.2022 10:01:17 (16 [SP 2])  
**Analyzed:** 29.7.2022 12:11:41 (16 [SP 2])

**Left Femur Bone Density**  


**Left Femur Total (BMD)**  
 BMD (g/cm<sup>3</sup>) YA T-score  
 1.260 Normal 2  
 1.134 1  
 1.008 0  
 0.882 -1  
 0.756 -2  
 0.630 -3  
 0.504 -4  
 0.378 -5  
 Age (years) USA (Combined NHANES/BMDCS/Lunar)

**Left Femur Total (BMD)**  
 %Change vs Baseline  
 4  
 3  
 2  
 1  
 0  
 -1  
 -2  
 -3  
 -4  
 -5  
 Age (years)

Region	BMD (g/cm <sup>3</sup> )	YA T-score	Z-score
Neck	0.841	-1.4	0.5
Wards	0.586	-2.5	-0.2
Troch	0.625	-2.0	-0.3
Shaft	0.901	-	-
Total	0.792	-1.7	0.1

Measured Date	Age (years)	BMD (g/cm <sup>3</sup> )	Change vs Previous (%)	Change vs Baseline (%)
22.7.2022	75.5	0.792	-2.9	-0.6
5.3.2021	74.1	0.816	0.0	2.4
24.1.2020	73.0	0.816	2.4	2.4
17.10.2018	71.7	0.797	-	baseline

**Denitometry: USA (Combined NHANES/BMDCS/Lunar)**

**Denitometry Trend: Total**

**FRAX:**  
 Major Osteoporotic Fracture: 10.5%  
 Hip Fracture: 3.8%  
 Population: Czech Republic  
 Risk Factors: Tobacco User (Current Smoker)

**COMMENTS:**

Page 1 of 1  
 Lunar Prodigy Advance  
 PA-500651

+1,6 %, osteopenie prox. Femuru BMD -0,6%

Při vstupním vyšetření byla započata i řádná farmakologická terapie: stran osteoporózy zahájena suplementace vitaminy D3, K2, kalcíem, a to ve smyslu K2 60 mcg, D3 25 mcg (1000 I.U) 1xdenně 1 tbl p.o., Calcium D3 500 mg/1000 IU 1x denně večer 1 tbl. p.o., Cholekalciferol 15 kapek 1x týdně do lžice mléka či jogurtu, Vitamin C 1000 mg/den, dále doporučena vhodná fyzická aktivita se zaměřením nejen na aerobní složku, ale i na posilovací cviky na hluboký svalový systém, dále doporučeno navýšit přísun kalcia, vitamínu D, C a K2 a zinku nejen ve stravě.

Při kontrole za 6 měsíců laboratorní i subjektivní zlepšení.

Při denzitometrické kontrole za 12 měsíců dochází na zavedené terapii k vzestupu kostní hmoty, pacientka zařadila protahovací a balanční cviky, pravidelné chůzi. Z farmakologické anamnézy došlo jen k úpravě dávky cholekalciferolu ve smyslu navýšení na 18 kapek 1x týdně, ostatní ponecháno bez změny.

Kontrola po 18 měsících neuskutečněna pro probíhající pandemii Covid-19 a obavy z nákazy pacientky, provedena jen distanční konzultace – pacientka omezila fyzickou i sociální aktivitu. Z obav z nákazy nepokračovala ani v užívání doporučených suplementů, které si sama zakupovala v lékárně.

Denzitometrická kontrola za 24 měsíců – výsledky pacientky ovlivněny omezeními za pandemii Covid-19. Pacientka reedukována stran stravovacích, pohybových návyků a režimových opatření, navýšena suplementace vit D3 cholekalciferol na 18 kapek 1x týdně, vitamin K2 60 mcg, D3 2000 IU, vitamin C 1000 mg/den, zinek 25 mg/den.

Denzitometrická kontrola za 36 měsíců – dochází opětovně k mírnému zlepšení, byť by se dal očekávat větší efekt na zavedeném. Z rozhovoru s pacientkou však vyvstala následující data; vitamin K2 užívala samostatně bez vitamínu D3, jelikož kombinaci v lékárně nebyla sto zakoupit, avšak alespoň aplikovala cholekalciferol v dávce 18 kapek 1x týdně, vitamin C a zinek sporadicky, z fyzické aktivity zařadila jen protahovací cviky na oblast páteře, z domu vycházela jen minimálně, jelikož u ní nadále přetrvávaly obavy z pandemii Covid-19.

Stran hypertenze, dyslipidemie a prediabetu po celou dobu na zavedené terapii nedošlo ke zhoršení stavu i přes omezení režimových a dietních opatření v rámci restriktivních opatření při pandemii Covid-19.

### Závěr

Z výše uvedeného vyplývá, že při pravidelné suplementaci vitamínu K2 a D3, vitamínu C, kalcia a zinku a pravidelné fyzické aktivitě alespoň ve smyslu pravidelné chůze a protahovacích cviků lze pozitivně ovlivňovat nejen nárůst kostní hmoty, snižovat riziko vzniku fraktury, ale příznivě ovlivnit i metabolismus glukózy a lipidů, v neposlední řadě i imunitního systému. Také lze konstatovat, že omezení fyzické aktivity, včetně omezení přístupu k pestrému stravování a přísunu žádaných mikronutrientů vede nejen k úbytku kostní hmoty, ale i k celkovému zhoršení well-being, kvality života pacientů.

### Shrnutí

Tento článek má přiblížit rozsáhlou problematiku synergie mezi fyzickou aktivitou a adekvátně vyváženým příjmem mikronutrientů ve vztahu k onemocnění kostí – osteoporóze a well-being pacientů. Vědecké teze byly ověřeny i v následující kazuistice. Kazuistika přináší závěry, že omezení fyzické aktivity včetně omezení přístupu k pestrému stravování a přísunu žádaných mikronutrientů vede nejen k úbytku kostní hmoty, ale i k celkovému zhoršení well-being, kvality života pacientů. Vždy by se mělo dbát na udržení rovnováhy mezi komplexním, racionálním přístupem s důrazem na individuální potřeby jedince. Nelze jednotlivé části oddělovat od celku, vše souvisí se vším. Jakékoliv restrikce v oblasti fyzické aktivity, omezení přísunu vyvážené stravy včetně podlomení určité míry lidského well-beingu vedou vždy k rozvoji dysbalancí nejen na úrovni neuroimunoendokrinního systému, v přesahu i s dopady na celou společnost.

Literatura k dispozici u autora

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

# Funkční poruchy trávení z pohledu gastroenterologa



**MUDr. Petr Mikoláš**

soukromý gastroenterolog v Plzni

Praha, Slovanský dům, 13. 5. 2023

Funkční poruchou trávení trpí dle recentních údajů 20 % populace, tedy asi jedna pětina obyvatel naší euroatlantické oblasti civilizace, v České republice se problém tedy týká 2 miliónů obyvatel, jde o typicky tzv. civilizační onemocnění. Původní populace na naší Zemi těmito poruchami netrpí. 75 % zejména mírnějšími příznaky postižených lékaře vůbec nevyhledá, 20 % projde ordinacemi praktických lékařů, 4 % skončí v ordinaci ambulantních specialistů, 1% pak u kliniků a nemocničních specialistů, ale toto 1 % tvoří 30-50 % pacientů zmíněného specialisty. Zejména v mladších věkových kategoriích je zastoupení žen proti mužům zhruba dvojnásobné, s věkem se poměr vyrovnává.

Funkční poruchou označujeme nemoci postihující trávicí trakt, které pacient popisuje jako bolest, nevolnost, těžkost, plnost, nadýmání, průjem, zácpu nebo jejich kombinace. V těžší podobě ovlivňují kvalitu života a samozřejmě vyžadují vyšetření a léčbu. Při absenci strukturální či biochemické příčiny se hovoří o „funkčních“ symptomech či nemocech.

Funkční kolopatie, a tedy klasickým názvem „syndrom dráždivého tračníku“ se projevuje bolestmi břicha a abnormální, často nutkavou defekací, kdy lze již na základě anamnézy postavit pracovní diagnózu - pacient udává ranní frakcionované defekace a/nebo postprandiální defekace a/nebo tzv. debakly (nutkání neumožňující po ránu opustit zázemí domácího WC, cesta do zaměstnání s pevnou trasou WC v otevřených obchodech apod).

Dle oficiální definice ROMA IV jde o abdominální diskomfort nebo bolesti břicha alespoň 1x týdně v trvání nejméně 3 měsíců v souvislosti s defekací, změnou frekvence a/nebo konzistence stolice.

Základním pilířem diagnostiky je anamnéza s popisem výše uvedených změn, mj. také stužkovitá stolice, colica mucosa, zvýšená flatulence a nadýmání, hlasité přelévání ve střevě, poruchy pravidelnosti a vzhledu stolice.

Dalším krokem vedle jasné a přesné anamnézy je zjištění alarmujících známek a příznaků, svědčících pro

organické onemocnění, což je nezáměrný úbytek na váze, hmatná rezistence v břiše, anémie nebo krvácení do GIT, rodinný výskyt karcinomu trávicího traktu, střevní záněty (ulcerózní kolitida či Crohnova nemoc) nebo celiakie.

Podle kombinace výše uvedených zjištění je pak úkolem lékaře vyloučení organického onemocnění z oblasti GIT a v širší diagnostice i mimo GIT.

Po pečlivém odběru anamnézy by mělo následovat shledání normálního nálezu při somatickém vyšetření, základním laboratorním vyšetření (CRP, KO, JT, screening celiakie), u žen gynekologickým vyšetřením - a nejsou-li alarmující symptomy, je diagnóza dráždivého tračníku vysoce pravděpodobná.

Další potvrzení a jistotu vnáší v indikovaných případech doplnění dalších vyšetření, nejspíše dle ceny a dostupnosti v pořadí abdominální ultrasonografie, koloskopie a CT.

Již od prvního kontaktu s pacientem by měla podbíhat léčba v celé široké škále, jde často o velmi složitý a komplikovaný proces, sestávající z důkladného poučení a vysvětlení povahy potíží, akcentaci zejména informace o životě a zdraví neohrožujícím stavu, pokusu pomoci odstranit vyvolávající moment (konflikty, pracovní a rodinné stresy), informaci o možných změnách v dietě a životosprávě, zařazení tělesného tréninku a jako spíše překlenovací fáze pak zvolení směru farmakoterapie.

V oblasti farmakoterapie jde o léčbu na pomezí kauzální a placebo efektem fungující léčbu, tradiční je použití adsorbencí jako calcium carbonicum, carbo activatus či deriváty diosmectidu, druhou skupinou pak spíše k akutní první pomoci před delší cestou, návštěvou lékaře apod., antidiarhoika typu loperamid, difenoxylát či cenově dostupný codein. Při spastické formě potíží saháme k jako třetí skupině ke spasmolytikům typu butyscopolaminu, drotaverinu či mebeverinu a v posledních létech jsou pak asi nejvíce zkoumanou skupinou probiotika, mikrobiom jako velmi diskutovaný fenomén. Při jasné převaze psychické či až psychiatrické nadstavby jsou samozřejmě v rezervě léky ze skupiny antidepresiv, anxiolytik apod., asi nejklaštější přesah má do oblasti GIT sulpirid v nižší dávce.

Správně fungující mikrobiom je obranou proti bakteriím, plísním a virům cestou záboru stanoviště, chrání proti toxickým složkám potravin, chemickým látkám, produkuje mastné kyseliny s krátkým řetězcem (SCFA-butyrát a propionát), produkuje vitaminy skupiny B a má vliv na oxidační stres.

V oblasti zájmu se ocitají i probiotika a synbiotika, u probiotik jde o komplexní sacharidy typu psyllia, které vede k produkci většího množství mastných

kyselin s krátkým řetězcem, modifikuje imunitní funkci, reguluje strukturu stolice, podobně inulin zvyšuje hladinu butyrátu a propionátu a modifikuje imunitu.

Mezi synbiotiky se pozornost věnuje bakterii *Bacillus animalis lactis* a také fruktooligosacharidům (FOS), obojí zkracuje dny s bolestmi břicha a působí obecně protizánětlivě.

Jako nejtěžší příznak z hlediska zhoršení kvality života je pacienty často udáváno nadýmání, rozepjetí útrobu s hlasitou peristaltikou a doprovodná bolest. Zde mají vliv skladba stravy, léky, bakteriální (SIBO) či plísňové (SIFO) přerůstání v tenkém střevě, poruchy motility, dysbióza, viscerální přecitlivělost, dysynergie pánevního dna, abnormální visceromotorické reflexy.

Zkoumaný je také FODMAP fenomén -fermentabilní oligo-, di-,monosacharidy a polyoly vedou ke zvýšené tvorbě plynu, a tím k bolesti, nadýmání a flatulenci a zvýšenou vazbou vody i k zrychlené pasáži a průjmu. Oligosacharidy jsou obsaženy zejména v obilovinách, luštěninách, fenyklu a cibuli, monosacharidy v jablkách, hruškách, třešních, chřestu a medu, disacharidy jsou v mléku, jogurtu a opět v cibuli, polyoly jsou pak sorbitol a xylitol v dietních výrobcích, sladidlech a žvýkačkách.

Velká naděje je nyní vkládána do fytotherapie, kdy kmínová silice snižuje povrchové napětí bublinek plynu, brání růstu bakterií působících nadměrnou tvorbu plynu, je povahou spasmolytická a snižuje viscerální přecitlivělost aktivací receptoru TRPA 1 (receptor kmínového oleje), další sledovaná silice máty peprné snižuje viscerální citlivost jako agonista na chladovém receptoru (TRPM8), působí protizánětlivě, antimykoticky a dále

působí relaxaci hladké svaloviny blokováním kalciových kanálů. Kombinace mátové a kmínové silice pomáhá při všech funkčních GI potížích, jako jsou bolest žaludku, pocit časně sytosti, pocit neúplné defekace, pocit naléhavé stolice, měnlivá frekvence stolice, plynatost, střevní zvuky, obecná nevolnost.

V rámci velkých klinických studií při distenzi břicha a plynatosti klasické odpěňovače na bázi simethiconu nemají valný efekt, při spastické zácpovité formě dráždivého tračníku jsou důkazy pro účinnost klasických projímadel (laktulóza, makrogol, difenoxylát apod.) V terapii optimálního složení mikrobiomu mají stejně silná doporučení samotná mátová silice, fytotherapie obecně, probiotika a rifaximin.

V souhrnu tedy terapeutický plán pro pacienta se syndromem dráždivého tračníku zahrnuje zejména naslouchání pacientovi a komunikaci zátěže, doporučení fyzické aktivity a redukce stresu, rady k změně stravy, inspirace FODMAP nízkoobsahovou dietou, doporučení doplňků stravy, probiotik, fytotherapie a jako záložní krok léčba léky na předpis, důležité je najít čas zejména na rozptýlení obav a vyvrácení tradovaných mýtů: „dr. Google syndrom“ - testování stolice na dysbiózu a různé očisty střeva jsou ryzím folklórem a nemají žádné podložené opodstatnění, důležitější je zdravý životní styl, vyvážená strava, normální váha, dostatek pohybu, vyhýbání se škodlivým látkám a v neposlední řadě obnova zdravého sebevědomí, což je ale často úkol z nejtěžších.

---

inzerce

---

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

# Herpes zoster v ordinaci praktického lékaře.



**MUDr. Michal Holásek**  
praktický lékař Vyškov

Varicella zoster virus je třetím herpetickým virem, který se přenáší pouze mezi lidmi.

Při primoinfekci tento virus způsobuje plané neštovice, které prodělá více než 97 % populace.

Imunokompetentní člověk onemocní planými neštovicemi jen jednou – ale následně VZV putuje do dorzálních senzitivních ganglií, kde je s námi po celý zbytek života.

V průběhu života se až u 1 ze 3 pacientů, kteří prodělali plané neštovice, může vyvinout pásový opar – jedná se o reaktivaci viru z dorzálních ganglií.

Pásový opar se objevuje nejčastěji u pacientů nad 50 let – kde se již projevuje imunosenescence, či u mladších pacientů s určitou vrozenou či získanou poruchou imunity.

Tito pacienti jsou v největším riziku pásového oparu s typickými kožními eflorescencemi. Onemocnění pásovým oparem může mít i řadu komplikací, kde ty nejčastější jsou PHN, impetiginizace či neurologické obtíže.



Léky, které máme k dispozici na pásový opar, jsou především léky nasazované pro zamezení vzniku postherpetické neuralgie (PHN).

Nejčastěji se používá acyclovir či valacyclovir.

## Nejvhodnější ochranou je ovšem očkování.

Od roku 2006 zde byla registrována živá oslabená vakcína, která ovšem měla své limity. Především jsme tuto vakcínu nemohli aplikovat pacientům s poruchou imunity a také její účinnost byla velmi nízká.

Proto byl zájem vytvořit vakcínu, která by byla účinná a kterou bychom mohli aplikovat i lidem s poškozenou imunitou.

V roce 2018 byla v ČR registrována rekombinantní adjuvantní neživá vakcína Shingrix.

Tuto vakcínu můžeme aplikovat lidem nad 50 let, ale také pacientům s chronickými onemocněními nad 18 let! Díky typu vakcíny lze očkovat pacienty s nejvyšším rizikem pásového oparu – pacienty imunokompromitované!

## Vakcína se skládá ze dvou složek:

- 1) Glykoprotein E – 50 mcg - zodpovědný za specifitu imunitní reakce. Tato bílkovina se vyskytuje na povrchu VZV a je důležitá pro replikaci viru.
- 2) Adjuvantní systém
  - a) MPL – receptorové adjuvans, které umí oslovit i vrozenou část imunitního systému
  - b) QS-21 saponin – z kůry stromu mýdlokoru tupolistého

Vakcína se aplikuje ve dvou dávkách s odstupem 2. dávky 2–6 měsíců. Vakcínu musíme rekonstituovat.

Velmi důležitá jsou také účinnostní data. Zatím máme data desetiletá a účinnost proti pásovému oparu se drží na 89%! Postherpetické neuralgie vakcína Shingrix preventuje u pacientů 50+ z 91,2% a u 70+ z 88,8%.

Nejčastější nežádoucí účinky vakcinace jsou bolestivost, zarudnutí a otok v místě vpichu.

Co se týče závažných nežádoucích účinků, je bezpečnost vakcíny srovnatelná s placebem.

## Závěr:

Pásový opar je onemocnění, které se vyskytuje nejvíce u lidí nad 50 let. Nejčastější komplikací je velmi bolestivá postherpetická neuralgie, ale výjimečně se mohou vyskytnout i např. neurologické komplikace. Léčba spočívá v nasazení antivirotik – ovšem ta musí být nasazena brzy po výsevu eflorescencí. Nejelegantnější metodou, jak onemocnění předcházet, je očkování. K dispozici máme neživou vakcínu Shingrix, která má k dispozici již 10letá účinnostní data a její bezpečnost odpovídá požadovaným standardům.

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



# Herpes zoster a možnosti prevence.



**MUDr. Lenka Petroušová**

Klinika infekčního lékařství, FN Ostrava

Virus varicella-zoster (VZV) je herpetický virus, z čeledi Alfa-Herpesviridae. Jedná se o DNA virus. Lidský organismus je jediný rezervoár infekce. Virus je vysoce transmisivní, přenáší se vzdušnou cestou kapénkovou infekcí, dále přímým kontaktem s infekčními vezikulami a transplacentárně. Primoinfekce probíhá pod obrazem varicelly – neštovice. Jedná se o celosvětově rozšířené onemocnění. V České republice se jedná o nejčastější infekční onemocnění. Ročně onemocní cca 40 000–50 000 osob. Typické je postižení kůže s všemi stadii výsevu od makul, papul, vesikul, pustul a krust. Onemocnění provází často celkové příznaky, hlavně teploty, myalgie, artralgie, gastrointestinální příznaky. Komplikací je impetiginizace, varicelová pneumonie a encefalitida. Závažnější průběhy jsou typické pro útlý dětský věk. Zvláště nebezpečná varicela je pro imunosuprimované, až s 50 % smrtností před érou acykloviru. Séronegativní gravidní ženy po kontaktu s neštovicemi jsou indikovány k podání specifického imunoglobulinu z důvodu možnosti rozvoje kongenitální a neonatální varicely.

Virus perzistuje v organismu a při reaktivaci latentně přetrvávajícího viru dojde k rozvoji herpes zosteru – pásového oparu (HZ). Až 99,5 % osob starších  $\geq 40$  let vykazuje serologickou evidenci předchozí infekce virem VZV a u 1 ze 3 se během života může objevit pásový opar. Perzistence viru je nejčastěji v dorzálních spinálních gangliích nebo v gangliích trigeminálních. Reaktivace nastává v důsledku endogenního nebo exogenního podnětu. Virus se šíří centrifugálně po nervových zakončeních, a to je spojeno s bolestivostí, která často předchází typickému výsevu herpetických morf na kůži. Morfy jsou většinou červené makuly s vezikulami, které často splývají do bul, praskají a impetiginizují se. Typickým místem výsevu je hrudní a bederní páteř, často s výsevem i na dolní končetinu. Pro herpes zoster je typické jednostranné postižení, pokud je více než 10 morf mimo původní dermatom, mluvíme o generalizaci. Generalizace je častěji spojena s imunosupresí. U oslabených jedinců je výsev

výraznější, četnější, často s prokrvácenou spodinou. Onemocnění je spojeno s alterací celkového stavu, výraznou bolestivostí v místě výsevu morf. Bolest narůstá s věkem nemocného. Nejčastěji je bolest popisována jako bodavá, pálivá, vystřelující. V důsledku bolestivosti je často navozena i porucha spánku. U některých pacientů bolest přetrvává i po zhojení morf, stav je označován jako postherpetická neuralgie. Postherpetická neuralgie významně ovlivňuje kvalitu života pacienta, pacienti často potřebují pravidelné užívání analgetik či pravidelnou péči v ambulancích pro léčbu chronické bolesti. Kromě postherpetických neuralgií je herpes zoster spojen s impetiginizací morf s nutností aplikace antibiotik, a tím znovu potencionálně rozvoj komplikací spojených s antibiotickou léčbou, například klostridiové kolitidy, alergií. Další závažnou komplikací onemocnění herpes zoster jsou neurologické komplikace, encefalitida, myelitida, paréza hlavových nervů, rozvoj tinitu, vertiga. Častou komplikací při postižení nervus trigeminus a jeho větve nervus ophthalmicus je oční postižení konjunktivitida, keratitida i iridocyclitida. Postižení oka při výsevu herpes zoster je často spojeno s velkým otokem měkkých tkání víček, nemocný na začátku onemocnění, první 2-3 dny onemocnění, není schopen oko ani otevřít. U imunosuprimovaných jedinců může dojít k rozvoji viscerální formy herpes zosteru, která se projevuje hepatitidou, pneumonií, myokarditidou, pankreatitidou. Viscerální herpes je spojen s vysokou smrtností.

VZV primární infekce navodí VZV-specifickou buněčnou imunitu, VZV-specifická buněčná imunita je během života opakovaně posilována novým setkáním s VZV virem nebo klinicky němou reaktivací spícího viru. Pokles buněčné imunity je spojený s věkem a následně spojený s vyšším rizikem vzniku pásového oparu nebo je pokles buněčné imunity způsobený onemocněním případně imunosupresivní léčbou. Riziko reaktivace VZV stoupá od 50 let věku. U mladších jedinců se HZ vyskytuje častěji u pacientů po transplantaci hemopoetických buněk, transplantaci solidních orgánů, pacientů s imunosupresivní léčbou včetně kortikoidů, biologickou léčbou či chemoterapií. Vyšší riziko je i u pacientů s diabetem, renální insuficiencí, kardiovaskulárním onemocněním.

Léčba je indikována u všech pacientů s výsevem herpes zoster, k léčbě je indikován acyklovir, valganicyklovir. Léky se vylučují ledvinami, aktuální dávku je třeba upravit dle aktuální clearance sérového kreatininu. K zabránění rozvoje herpetické neuralgie musí být léčba zahájena co nejdříve, nejlépe do 72 hodin od začátku výsevu.

Vzhledem k závažnosti a četnosti onemocnění byla snaha vyvinout účinnou prevenci herpes zoster. V minulých letech byla k dispozici živá atenuovaná vakcína, která byla kontraindikována u osob s imunosupresí, a navíc její účinnost v čase výrazně klesala. Tato vakcína již k dispozici není. Nyní nově pro české pacienty je k dispozici neživá adjuvantní rekombinantní vakcína, Shingrix. Tato vakcína je ve světě užívána již od roku 2017. Obsahuje glykoprotein E viru VZV, nejvíce zastoupený povrchový glykoprotein na viru i na infikované buňce, adjuvovaný na AS01B systém obsahující výtažek z kůry stromu Mydlokor tupolistý a monofosforyllipid z bakterie *Salmonella minnesota*. Vakcína Shingrix je indikována k prevenci HZ a postherpetické neuralgie u dospělých ve věku 50 let nebo starších nebo u dospělých ve věku 18 let nebo starších se zvýšeným rizikem rozvoje herpes zoster. Očkovací schéma je dvoudávkové, podání je intramuskulárně, rozmezí dvou dávek vakcíny je 2–6 měsíců od sebe. V případě očekávané imunosuprese lze zkrátit očkovací schéma a 2. dávka může být podána za 1 měsíc. Vakcína se uskládá v chladničce. Vakcína není kontraindikována u imunosuprimovaných osob. Účinnost vakcíny byla stanovena ve dvou zásadních studiích, u jedinců 50 let a starších a osob 70 let a více. Výsledkem studií bylo, že vakcína Shingrix významně snížila výskyt HZ ve srovnání

s placebem. U dospělých ve věku  $\geq 50$  let byla prokázána účinnost 97 %, u dospělých ve věku  $\geq 70$  let byla prokázána účinnost 91 %. U jedinců po transplantaci hemopoetických buněk a pacientů s hematologickými malignitami byly prováděny taktéž studie, a účinnost u těchto rizikových pacientů byla 68–72 %, respektive 87 %. Bezpečnostní profil vakcíny je příznivý. U dospělých ve věku 50 let a starších byly nejčastěji hlášenými nežádoucími reakcemi bolesti v místě vpichu, myalgie, únava a bolest hlavy. Většina těchto reakcí nebyla dlouhodobá, medián trvání byl 2 až 3 dny. Reakce hlášené jako závažné trvaly 1 až 2 dny.

Vzhledem k závažnosti herpes zosteru je žádoucí využít prevenci onemocnění v podobě vakcíny a rizikové pacienty, ať už věkem či komorbiditami s touto možností seznámit a následně posílit imunitu aplikací vakcíny.

#### Literatura:

Beneš J. Infekční lékařství. Praha: Galén 2009.

Chlíbek R. Očkování dospělých, druhé, přepracované a doplněné vydání. Praha: Mladá fronta 2019.

SPC. Shingrix.

Sedláček D., Petroušová L., Labská K. Doporučený postup prevence a léčby onemocnění vyvolaných virem varicely a zosteru (VZV) u osob s imunodeficiencí. Available from: <https://infektologie.cz/DPVZV-IDS-20.htm>

Harpaz R., et al. MMWR Recomm Rep 2008; 57:1–30.

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

# 19. ročník CYKLO-BĚHU za Českou republiku bez drog 2023



Cyklo-běh je svým rozsahem a intenzitou největší pravidelnou protidrogovou kampaní spojenou se sportem. Tato aktivita chce upozornit na DROGOVOU NEGRAMOTNOST u dětí a mládeže a zásadně volá po zvýšení protidrogové osvěty v naší zemi. **Výrobci, drogoví propagandisté a distributoři drog** jsou stále rafinovanější a zneužívají dětskou naivitu a neznalost toho, co drogy jsou a co způsobují a především **zneužívají lhotejnost rodičů a institucí**. Akci organizuje občanské hnutí **ŘEKNI NE DROGÁM - ŘEKNI ANO ŽIVOTU**.

K rozhodnutí dětí nebrat drogy, vede cesta prostřednictvím včasného pochopení, co přesně drogy jsou a co způsobují. Posledních 20 let naší intenzivní protidrogové prevence potvrdilo, že vzdělávání o drogách je jedinou nadějí, které vede k jistému snížení jejich zneužívání ve společnosti. Tato osvědčená cesta je tak přímo v rozporu se snahami zamaskovat ničivé následky drog jejich legalizováním.

Cyklo-běh tak dává příkladnou šanci, že aktivní osvěta a vzdělávání o drogách je tímto řešením. **Nad akcí převzal záštitu Výbor pro vzdělávání, vědu, kulturu, lidská práva a petice Senátu Parlamentu ČR.**

Slavnostní zahájení 19. ročníku Cyklo-běhu proběhlo v pondělí 12. června 2023 v Českém Těšíně za účasti stovek dětí, známých osobností a hostů. Další desítky mladých sportovců pak společně s cykloběžci odstartují letošní turné. Celá akce byla zakončena v Praze v pátek 23. června 2023. **Cyklo-běh se konal u příležitosti MEZINÁRODNÍHO DNE proti zneužívání drog, který připadá na 26. červen.**

Trasa letošního dvanáctidenního Cyklo-běhu vedla přes 41 měst Čech a Moravy. Celkem trasa čítá přes 1300 kilometrů. Tým 8–10 cyklistů-běžců, kteří sami žijí život bez drog, urazili tuto vzdálenost za 10 dní. Čekala na ně průměrná denní vzdálenost 130 kilometrů!

V průběhu tohoto maratonu navštěvoval desetičlenný tým Cyklo-běhu představitele 41 měst a mluvil s nimi o problematice drog a jejím řešení, které spočívá v první řadě ve zvýšené protidrogové osvětě v daném městě a jeho okolí.

Zároveň byl městům prezentován efektivní Hubbardův detoxikační program pro drogově a alkoholově závislé, fungující výhradně bez použití náhražkových drog.

Celorepublikový Cyklo-běh upozorňuje na **hlubokou drogovou negramotnost** u mládeže a dětí a pomáhá zvýšit celospolečenskou aktivitu a zodpovědnost v přístupu k tomuto problému. **Projekt je také iniciátorem myšlenky DEN BEZ DROG.**

Města se mohla připojit k iniciativě DEN BEZ DROG v den průjezdu městem a jeho návštěvy a spolupřátat či uspořádat vlastní akci k posílení primární prevence. V prevenci je důležitý postoj, a proto bychom chtěli, aby se představitelé měst připojili k myšlence Cyklo-běhu tím, že se rozhodnou stát „**Městem bez drog**“.

Po celou dobu tohoto maratonu probíhali v ulicích navštívených měst informační protidrogové kampaně (včetně vašeho města). Občanům byli zodpovídány jejich otázky a zároveň jsou rozdávány brožury a letáky o nebezpečí drog a jejich zdravotních a sociálních rizicích. Rozdalo se 95 tisíc materiálů.

Přímo na trase Cyklo-běhu se v naplánovaných městech zastavuje tým lektorů protidrogového vzdělávání a dodává **zdarma** přednášky pro děti a mládež s názvem PRAVDA O DROGÁCH. Podařilo se proškolit 8100 dětí.

Studie naznačují, že mladí lidé, kteří nezačali brát drogy do svých 21 let, již s největší pravděpodobností s drogami nikdy nezačnou.

V České republice je odhadováno 200.000 náctiletých ve věku 15–19 let, kteří se již dostali do kontaktu s ilegální drogou. Vzhledem k tomu, že v samotné zemi žije okolo 622.000 těchto dospívajících vůbec, měl zkušenost s nelegální drogou každý třetí teenager!

Dle poslední vládní výroční zprávy o stavu ve věcech drog v ČR zneužilo marihuanu v roce 2019 přes 400.000 uživatelů a dalších 240 tis. až 420 tis. dospělých ji užilo údajně z důvodu vlastního léčení. (Celkem 7,5-9,2 % dospělé populace!). Věková hranice zneužívání drog se snížila k 10 letům věku dítěte!

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

# Podnět Společnosti lékařů a zdravotníků v sociálních službách

Zdravotní péče v sociálním zařízení je nezbytnou součástí služeb poskytovaných lidem s omezenou soběstačností, jako jsou nemocní, senioři, lidé s mentálním postižením nebo s chronickým onemocněním.

Cílem zdravotní péče v sociálním zařízení je zajistit obyvatelům dostupnost zdravotní péče, preventivní opatření a podporu při zvládání zdravotních problémů. Mezi služby, které poskytuje zdravotní péče v sociálním zařízení, patří:

- poskytování zdravotního poradenství a informací o zdraví,
- podpora při užívání léků a jejich správném dávkování,
- podpora při zvládání chorob a zranění,
- poskytování základních zdravotnických procedur nebo poskytování některých lékařských pomůcek,
- podpora při zajišťování návštěv lékaře a dalších odborníků.

Zdravotní péče v sociálním zařízení je důležitá pro zlepšení kvality života lidí s omezenou soběstačností a snižování rizika vzniku komplikací z důvodu zanedbání zdravotní péče. Je to klíčový prvek pro poskytování kvalitních sociálních služeb.

Naše Společnost lékařů a zdravotníků v sociálních službách v souvislosti s připravovanou legislativní změnou zdravotně-sociálního pomezí si dovoluje navrhnout několik podnětů, které by měly vést k posílení a zefektivnění zdravotní péče a zvýšení kvality života uživatelů pobytových sociálních služeb (domovy pro seniory, domovy pro seniory se zvláštním režimem).

Naše konkrétní návrhy jsou:

- uvolnění preskripce léků, pomůcek, nutriční pro PL v domovech pro seniory;
- navýšení platby za práci v zařízení soc. služeb formou např. nového kódu;
- znovuzavedení úhrady fyzioterapie v zařízení soc. služeb, úhrada práce nutričního terapeuta a další;
- zlepšit přístup klientů k odborné, zejm. geriatrické péči formou návštěvních služeb přímo v zařízení;
- umožnění paliativních konzilií (konferencí), a tím usnadnění poskytování paliativní péče PL např. i formou certifikovaného kurzu, ne atestace, jak je nutno nyní;
- osvěta odborných lékařů v nemocnicích ke zvýšení povědomosti o kvalitě života seniorů, o tom, jak domovy pro seniory fungují.

Považujeme za důležité zdůraznit, že dle našich informací v domovech pro seniory obecně chybí v dostatečné kapacitě či vůbec péče praktických lékařů.

Domovy pro seniory nemají často nasmlouvané jednoho lékaře, a tudíž neznají pacienty v domově pro seniory, neboť je obecně nezáměr v těchto zařízeních poskytovat služby praktického lékaře. Z tohoto důvodu v mnoha zařízeních nepracují lékaři s odbornou kvalifikací.

Nezájem plyne z finanční nevýhodnosti této péče. Lékaři pracující v těchto zařízeních jsou finančně znevýhodněni:

- z důvodu časové náročnosti péče, která je nedostatečně ohodnocena;
- finančního znevýhodnění vzhledem k nutnosti předepisování vyžádané zdravotní péče a zdravotních pomůcek. V důsledku toho nemají dostatečně indikovanou zdravotní péči a pomůcky, neboť jsou lékaři za překročení limitů pojišťovny sankcionováni.

S nezájmem o poskytování této péče, jak je zřejmé na první pohled, souvisí nedostatečné finanční ohodnocení (viz podnět výše „navýšení platy za práci v zařízení soc. služeb např. formou nového kódu). S tím také úzce souvisí neomezování předepsané péče a zdravotních pomůcek. A také vytvoření finančních „pobídek“, např. formou specializovaných kódů pro další nezbytné specialisty, jako jsou geriatři, psychiatři, fyzioterapeuti a nutriční specialisté.

Preferovali bychom nový kód, ve kterém by bylo podrobnější vyšetření klienta v zařízení sociální péče třeba 1x za 3 měsíce a hlavně by jeho součástí byla nutnost indikovat potřebnou zdravotní péči včetně podrobných vyšetření. Tato indikace by byla podkladem pro práci středního zdravotního personálu, který se bez této indikace nemůže o tyto klienty starat.

MUDr. Radoslav Svoboda  
předseda společnosti

# Infarkt ženám hrozí později než mužům – o to nebezpečnější může být

U žen se však často hlásí neurčitě – bolest na hrudi je nevýrazná, stěží popadají dech a cítí se celkově slabě. Přicházející zdravotní hrozbu si tak nemusí uvědomit včas a pomoc vyhledají pozdě. Zatímco v mládí je navíc před infarktem chrání hormony, v pozdějším věku se co se rizika vzniku infarktu týče vyrovnají mužům – i kvůli špatné životosprávě.

Hlavní příznaky infarktu obě pohlaví sice sdílí, lékaři však upozorňují na rozdíly. „Ženy mají častěji netypické příznaky, jako je necharakteristická bolest na hrudi, pocit dechové tísně, slabosti nebo žaludeční nevolnosti. Tyto příznaky si na rozdíl od typické palčivé bolesti na hrudi mohou zaměnit s jinou příčinou. Kvůli tomu se také u nich onemocnění diagnostikuje později a hůře, a později se tak dostávají i k účinné léčbě,“ říká **prof. MUDr. Aleš Linhart, DrSc., FESC**, předseda **České kardiologické společnosti**. Kromě zvláštních příznaků samotného infarktu lékař upozorňuje na to, že se liší i následky. „U žen často nacházíme větší postižení malých cév, které lze léčebně těžko ovlivnit. Proto je prognóza jejich infarktu i přes adekvátní léčbu často horší než u mužů,“ popisuje **prof. Linhart**.

Přesto je podle něj stále riziko infarktu významnější u mužů, kteří jej dostávají ve výrazně nižším věku – v průměru v 65 letech. U žen se onemocnění vyskytuje až kolem 71. roku. Každoročně pak s infarktem do českých nemocnic putuje přibližně 14 000 pacientů.

„U žen je v mladším věku infarkt myokardu relativně vzácný. Hlavní ochranou je jejich hormonální aktivita. Po menopauze však hladina hormonů klesá a ženy od infarktu neochrání,“ říká **prof. Linhart**.

Ženy mají díky hormonům velkou výhodu, sto procentně je však před infarktem neochrání ani v období před menopauzou. „Přestože je to méně časté než u mužů, i ženu může postihnout infarkt v mladším věku. Často je to v souvislosti s nahromaděním rizikových faktorů, jako je kouření, diabetes, vysoký krevní tlak, vysoký cholesterol a obezita,“ vysvětluje **prof. MUDr. Petr Ošťádal, Ph.D.**, předseda **České asociace akutní kardiologie ČKS**. Ženy by tak stejně jako muži neměly podceňovat prevenci. „Hlavním opatřením je dodržovat zásady zdravé životosprávy, nekouřit, mít dostatek pohybu a kontrolovat si tělesnou hmotnost, popřípadě důsledně léčit další přítomná onemocnění, jako je vysoký krevní tlak, cukrovka nebo vysoká hladina cholesterolu,“ říká **prof. Ošťádal**. K infarktu myokardu dochází v situaci, kdy srdeční sval není dostatečně prokrven, ať už z důvodu ucpání nebo kritického zúžení tepny zásobující srdeční sval. Experti připomínají, že jakmile pacienti pozorují příznaky infarktu, je důležité dostat se do rukou lékařů včas – rozhodují doslova minuty. Každý, kdo zaznamená příznaky jako silná bolest na hrudi nebo dušnost, by neměl čekat déle než deset minut a zavolat záchranku. Pokud do nemocnice dojde do hodiny, má podle lékařů 96% šanci, že infarkt přežije ve velmi dobrém stavu a jen s malou jizvou na srdci. „Obecně platí, že je lepší přijít s potížemi stokrát zbytečně nežli jednou pozdě,“ dodává **prof. Linhart**. Infarktům v zimním období podle lékařů nahrávají také mrazivé teploty, vysoká vlhkost a kolem Vánoc také stres a zhoršená životospráva.

## Leonardo kurz Level 1: 11.–13. 05. 2023

## Bratislava – Hotel Color, reflexe účastníků kurzu:

**MUDr. Jáchym Bednář**

Praktický lékař, školitel, zástupce ČR v Radě Euractu, spoluorganizátor kurzů Leonardo

V květnu 2023 se v Bratislavě uskutečnil 1. nadnárodní Leonardo kurz pro praktické lékaře – školitele, kterého se zúčastnilo 32 kolegů – školitelů, z toho 16 ze Slovenska a 16 z České republiky.

Vyučujícími na kurzu byli kolegové z Portugalska, Slovenska, z ČR a z Ukrajiny.

**Autor kurzu a přesný název kurzu:** EURACT (<https://euract.woncaeurope.org/>) / Leonardo EURACT Level 1 Course for Teachers in Family Medicine

**Pořadatel:** Společnost všeobecných lékařů Slovenska (SVLS) ve spolupráci s reprezentanty v Radě Euractu za Portugalsko: Denise Velho, za Slovensko: Marek Kučera, za ČR: Jáchym Bednář, za Ukrajinu: Pavlo Kolesnyk a s dalšími dvěma portugalskými učiteli: Filipe Gomes, Marta Marquez

**Forma:** prezenční 3denní kurz s povinnou 100% účastí a aktivní participací

**Jazyk:** anglický

**Cena kurzu:** 420 € (nejsou zahrnuty náklady na ubytování a dopravu), poplatek za české školitele laskavě uhradila SVL ČLS JEP

Euract je organizace, zabývající se výukou a vzděláváním ve všeobecném praktickém lékařství, vytvářením, aktualizací, šířením a udržováním výukových standardů našeho oboru, je poskytovatelem, odborným garantem všech existujících Leonardo kurzů (LEVEL 1, 2, 3), které mají za cíl naučit lékaře-školitele, jak vyučovat a jak dlouhodobě a systematicky zlepšovat kvalitu výuky v evropských zemích. Level 1 kurz je určen hlavně začínajícím praktikům – školitelům v terénu.

Level 2 kurz je určen praktikům – školitelům v terénu, ale i lékařům vyučujícím na fakultách.

Level 3 kurz je více vhodný pro lékaře vyučující na fakultách.

V jednotlivých blocích Leonardo kurzu Level 1 bylo účastníkům představeno 6 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



**MUDr. Markéta Dyrhonová**

Co mi kurz přinesl a dal pro praxi?

1. Motivaci
2. Sebehodnocení, pojmenování vlastních rezerv
3. Zjištění, že v tom vůbec nejsem sama a je mnoho dalších nadšenců školitelů, kteří jsou skvělí, na které se lze obrátit
4. Jakési porovnání vlastních myšlenek, vlastních cílů a cest, jak k cílům dojít – plán pro sebe sama
5. Vytvoření si plánu stáže jak pro začínajícího školenec, tak i pro druhého, který se vrací po kolečku na jiných pracovištích

Co se budu snažit zavést ve své praxi školitele?

1. Více odhadnout osobnost školenec, jeho potřeby, cíle, jeho možnosti, zázemí
2. Více individualizovat vzdělávací plán, zejména v čase, kdy je na „mém“ pracovišti
3. Od začátku mít pro školenec vydefinované dílčí cíle pro kratší časové úseky („nejen udělat za 3 roky atestaci“)
4. Opakovaně přehodnocovat, zda cíle sedí, jsou reálné? Nebo jsou malé?
5. 1x těsně sezení celého týmu (sestry, lékaři) a probrání, co se stalo, vzájemných postřehů, co mohlo být lepší, a probrání toho, co nás v následující době čeká.
6. Poskytnutí maximální podpory ve vzdělávání i mimo mateřské pracoviště – kongresy aj. zdroje... pro školenec i pro sestry, asistentky
7. Zapojit školenec a směřovat jej k aktivnímu přístupu a samostatnosti – malé přednášky, workshopy
8. Propojit se s kolegy školiteli (nejspíše s těmi, s kterými to vidíme podobně) a umožnit výměnu poznatků školenec-školitel napříč, udržet motivaci všech

**MUDr. Pavel Martínek**

Prvním a největším přínosem pro mne bylo, že jsem se mohl potkat s lidmi, kteří mají svou práci rádi a jsou motivováni dělat věci lépe a jinak. Z toho množství pozitivní energie, která byla cítit v prostoru, budu myslím čerpat ještě dlouho.

Pro člověka mého založení byl kurz trochu moc protkaný různými schémata, ale s tímto dojmem jsem jistě v menšině.

Pokud bych měl jmenovat jeden zásadní „teoretický“ přínos za všechny, tak je to poznatek, že lidé (my i školenec) jsou různí a je to úplně v pořádku. Vlastně banální zjištění, které není na první pohled nikterak objevné. Když si to ale můžete vyzkoušet v praktickém cvičení



a zažijete to na vlastní kůži, tak se vám to pod ni dostane a nejen, že to teoreticky víte, ale také to pochopíte. Když vysvětlujeme pragmaticky založenému člověku, proč by měl vykonávat určité vyšetření, bude se ptát po tom, co to přinese pacientům a co ordinaci a zda se to lze nějak efektivně naučit, naopak reflektující člověk chce vědět více o tom, jak může nejdříve získat dostatečnou teoretickou bázi, aby si byl jistý, že vyšetření bude provádět správně, zatímco aktivistický člověk si prostě po krátkém uvážení koupí přístroj a vyšetření začne brzy nato provádět, protože se mu to zdá jako dobrý nápad. České vysokoškolské vzdělávání, které není individualizované a prakticky vždy cílí na jeden typ posluchačů (většinou teoreticky či reflektivně založené), opomíjí lidi s ostatními styly učení - to mi mnohé objasnilo. (Nutno podotknout, že u nás v Kabinetu praktického lékařství 3. LF UK se v tomto už od počátku snažíme být ostrůvkem pozitivní deviance.)

Ve své školitelské praxi chci být systematický a provádět pravidelné pohovory se školenecem

**MUDr. Martina Pokorná**

Co mi kurz přinesl a dal pro praxi?

Souhrnně lze říci, že Leonardo kurz Level 1 v Bratislavě zcela předčil má očekávání. Jednalo se o strhující interakci mezi učiteli a studenty a mezi studenty navzájem. Ani minuta nebyla zmařena a po celou dobu kurzu jsme se zcela zapojili do spolupráce a hravou formou napomáhali tvorbě a sumaci postřehů, byli jsme nuceni k náhledu na určené situace z mnoha úhlů při řešení možných situací v rámci specializačního vzdělávání budoucích praktických lékařů. Nejvíce mě oslovilo vytváření plánu jednotlivých kroků v rámci přípravy studenta, přesné stanovení cílů, které se na základě zhodnocení předchozích výsledků dále upravují. Zaujalo mě prakticky neustálé vyhodnocování plnění učebního plánu jednotlivými členy, kteří se podílejí na výuce, nejen školenec a školitel, ale i ostatního zdravotnického personálu ordinace. Oslovily mě různé přístupy k výuce dané osobností studenta. Brainstorming jako zdroj nápadů a informací.

Co se budu snažit zavést ve své praxi školitele?

To, co se budu snažit zavést do praxe, je určitě stanovení učebního plánu školenec, systému hodnocení a zpětné vazby v rámci interakce mezi školenecem a školitelem. Budu se snažit začlenit vyvážený model přípravy na základě cílů - zvolených metod - hodnocení výsledků.

**MUDr. Kristina Kopsová**

Mám velkou radost, že jsem se mohla zúčastnit kurzu EURACT, Leonardo Level 1 v Bratislavě. Kurz byl zaměřen na výuku praktického lékařství a jeho hlavním cílem bylo poskytnout školitelům nové znalosti a dovednosti, které by mohli uplatnit ve výuce studentů a rezidentů.

Program byl strukturovaný a interaktivní, což mi umožnilo zapojit se do diskuzí a výměny názorů s kolegy z České republiky i Slovenska, i s lektory z Portugalska, Česka, Slovenska a Ukrajiny. Velmi si cením, že jsem mohla vyslechnout různé pohledy na problematiku výuky v primární péči a získat nové perspektivy.

Pro mě to byl vůbec první kurz, kde jsem se dozvěděla něco o teorii učení a mohla si to přímo vyzkoušet v praxi. Pomocí dotazníku jsme zjistili, i jaký je náš vlastní styl učení, kde jsou naše rezervy, kde se můžeme rozvíjet a naopak co jsou naše silné stránky.

Jedním z největších přínosů semináře bylo setkání se zapálenými lékaři - školiteli, kteří budou formovat generaci příštích praktiků. Tyto osobnosti se nejen snaží zlepšit své vlastní dovednosti, ale také pracují na zlepšení celého systému primární péče.

Myslím si, že kurz EURACT, Leonardo Level 1 byl jedineč-



nou příležitostí pro vzdělávání a rozvoj školitelů. Kurz mi umožnil přesněji uchopit a strukturovat učební proces, dávat větší důraz na zpětnou vazbu a hodnocení, což doufám brzy prakticky uplatním při výuce v ordinaci.

**Lucie Šefrhansová**

Kurz mne oslovil a určitě bude mít dopad v praxi. Jela jsem na kurz s cílem dozvědět se, jak je možné zlepšit své schopnosti předávat informace, komunikovat a učit mladší kolegy. Představené metody učení, komunikace a plánování jsou základem každodenní práce praktického lékaře, školitele a učitele. Dovednosti, které jsme si

mohli vyzkoušet, vnesly do mých úvah mnoho inovativních myšlenek. Kurz mi pomohl zjistit své mezery v komunikaci, ukázal, jaké jsou možnosti plánování vzdělávání, jak lépe komunikovat se školencem a získávat od něj zpětnou vazbu. Kurz byl jedinečný svou praktickou náplní. Jednalo se o setkání lékařů, kteří zde sdíleli své názory a zkušenosti. Na kurzu nešlo vydechnout díky skvělým školitelům, organizátorům a účastníkům. Nabyté zkušenosti využiji při školení rezidentů, přednášení, ale i v komunikaci se zaměstnanci a pacienty. Jsem ráda, že jsem mohla být součástí tohoto setkání a potkat úžasné kolegy.

**MUDr. Tamara Hynková**

Nejdříve musím s obrovským potěšením konstatovat, že z Leonarda jsem byla úplně nadšená a potkala jsem se tam se spoustou velmi inteligentních a vstřícných lidí, což je v dnešní době opravdová vzácnost.

Co mi kurz přinesl a dal pro praxi?

1. Chuť se učit novým věcem a vědomí, že jsem na stejné lodi jako ostatní PL
2. Možnost propojit se s kolegy školiteli a umožnit výměnu poznatků a zkušeností mezi nimi
3. Motivaci předávat znalosti a zkušenosti mladým studentům a lékařům (nejen budoucím PL)
4. Vědomí, že všichni dělají chyby a vlastní sebereflexi proti nim můžu bojovat.
5. Na každém malém vzdělávacím semináři našeho okresu informovat kolegy PL, ambulantní specialisty i nemocniční lékaře, že praktici jsou zase o kus dál

Co se budu snažit zavést ve své praxi školitele?

1. Rezidenta si ohodnotit tzn. odhadnout jeho schopnosti, myšlení, reakce atd. a dle toho individualizovat přístup k němu i jeho hodnocení.

Obecně ale:

2. 1x týdně během školení v ordinaci a vždy po každém školení na specializovaném pracovišti sezení s rezidentem, popř. sestrou a zhodnotit dosavadní průběh školení
3. Snaha o vstřícnost k rezidentovi, sebereflexe vlastních nedostatků
4. Vytvořit plán hodnocení rezidenta - jeho vědomostí, dovedností a přístupu k pacientům (což se mi jeví jako složitá věc vyžadující zkušenosti školitele - využiji bod 2, viz výše)
5. Co nejvíce zapojit rezidenta do každodenní praxe, ukázat svoje postupy, myšlení, dovednosti.
6. Určit si dílčí cíle vzdělávání, neustále opakovat znalosti, např. probírat jednotlivé dif. dg., farmakoterapii, čtení labor. výsledků, indikace zobrazovacích metod, interakce léčiv atd.
7. Motivovat rezidenta k účasti na kurzech a kongresech SVL a SPL a v zahraničí a ev. k aktivní účasti na našich malých vzdělávacích seminářích

**MUDr. Ludmila Bezdičková**

Ačkoliv to mám „v popisu práce“, Leonardo kurzu jsem se účastnila poprvé. Stručně řečeno - it's a must pro všechny školitele. Bylo velkým a nezapomenutelným





zážitkem moci se setkat s portugalskými lektory Denise Velho a Filipe Gomes i školitelem z Ukrajiny Pavlo Kolesnykem, stejně jako i se všemi slovenskými kolegy. Během aktivit a interakcí jsem se často cítila rozdvojená, jednou částí spolu s účastníky ve skupině a druhou v úvahách o tom, jak moduly a principy vzdělávání školitelů inkorporovat do kurzů pro školitele v ČR. Bylo milé promluvit si s kolegy ze Slovenska, sdílet strasti oboru a vzdělávání v něm i zkušenosti z ordinací i školeň, které jsou napříč zeměmi a zdravotními systémy podobné. Věřím a doufám, že se nám kurzy Leonardo podaří organizovat i v ČR pravidelně a nabídnout je všem našim školitelům v oboru všeobecné praktické lékařství. Organizátorům a lektorům patří velký dík!

**doc. MUDr. Marek Kučera, Ph.D., MHA, MPH**

V prvom rade chcem úprimne poďakovať všetkým účastníkom kurzu Leonardo Level 1, ktorí sú zapálení pre učenie seba aj druhých. Bez nich by sme nemohli prvý národný kurz zrealizovať v Bratislave na Slovensku a bez nich by nebola tak úžasná atmo-

sféra po všetky tri dni kurzu.

Dovolím si ako organizátor kurzu zhrnúť základné dôvody pre uskutočnenie kurzu. Ako člen EURACT-u som mal možnosť sa prvýkrát zúčastniť ako účastník medzinárodného kurzu Leonardo Level 1 v roku 2019 v Prahe. Bol to úžasný, inšpirujúci a profesionálne obohacujúci zážitok pre zmenu vo vzdelávaní všeobecných lekárov na Slovensku. Už vtedy sme plánovali kurz priniesť aj na Slovensko. Pandémia Covidu nás na tri roky v týchto aktivitách len zabrzdila, pretože v spolupráci s Českou republikou sa nám to podarilo v máji 2023. Veľká vďaka patrí všetkým pozvaným zahraničným lektorom, ale aj najväčšej odbornej spoločnosti všeobecných lekárov na Slovensku - Spoločnosti všeobecných lekárov Slovenska (SVLS), ktorá celé podujatie garantovala a od samotného vzniku túto myšlienku zorganizovať Leonardo kurz na Slovensku silno podporovala. SVLS od samotného svojho vzniku podporuje moderné spôsoby vo vzdelávaní na Slovensku, o čom svedčia tisíce vyškolených všeobecných lekárov od roku 2014, ktorí zmenili svoju prax a menia súčasne sa s uvoľňujúcimi kompetenciami aj obraz o všeobecnej lekárske na Slovensku. Hoci je postgraduálne/kontinuálne medicínske vzdelávanie veľmi dôležité, uvedomujeme si tiež potrebu priniesť nové spôsoby vo vzdelávaní aj na pôdu lekárske fakulty a ku rezidentom v našich ambulanciách. Keďže sme pod mojim vedením v novembri 2022 založili na Lekárskej fakulte Univerzity Komenského (LFUK) v Bratislave nový Ústav všeobecného lekárstva, zorganizovať kurz Leonardo pre lektorov z tohto Ústavu bolo nevyhnutnosťou. Som hrdý, že lektorský zbor na LFUK bude svoje nové zručnosti a vedomosti implementovať vo vzdelávaní budúcich všeobecných lekárov. Verím, že moderné spôsoby vzdelávania našich najmladších kolegov, medikov a rezidentov budú tou skutočnou a potrebnou inšpiráciou stať sa kvalitným a hrdým všeobecným lekárom na Slovensku. Už teraz sa teším na pokračovanie kurzov Leonardo na Slovensku aj v Českej republike.



Vážení čtenáři a řešitelé testů,

dle nového Stavovského předpisu České lékařské komory č. 16, podle § 5 přílohy č. 1, jsou od 1. 7. 2012 všechny znalostní testy v odborných časopisech hodnoceny jednotně, a to 2 kredity. Za správné vyřešení testu budou řešitelům přiděleny **2 kredity ČLK**. Podmínkou ČLK pro přidělení kreditů je zadání odpovědí elektronicky na stránkách [www.svl.cz](http://www.svl.cz), a to **nejpozději do 31. 8. 2023**.

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

**Správné odpovědi z čísla 5/2023:** 1abc, 2a, 3c, 4a, 5b, 6c, 7abc, 8b, 9bc, 10abc

## ZNALOSTNÍ TEST JE HODNOCEN 2 KREDITY ČLK

### 1. Mezi alarmující příznaky nemocí gastrointestinálního traktu se počítá:

- a) nechťené hubnutí
- b) zvracení krve či odchod krve po stolici
- c) porucha pasáže potravy horní či dolní etáží GIT

### 2. Syndrom dráždivého tračníku postihuje:

- a) častěji muže
- b) častěji ženy
- c) obě pohlaví stejně

### 3. Odpěňující látky typu simethiconu mají klinicky doložený účinek na nadýmání.

- a) jednoznačně ano
- b) jednoznačně nikoli
- c) fungují spíše díky placebo efektu

### 4. Uprchlíci, kteří přišli po 24. 2. 2022 v souvislosti s válkou na Ukrajině:

- a) nemohou vstoupit na český pracovní trh
- b) mohou pracovat jen v profesích a firmách určených Úřadem práce
- c) mají stejný přístup na pracovní trh jako Češi

### 5. Jakou možnost mají dospělí uprchlíci z Ukrajiny (18 do 65 let) po prvních 150 dnech bezplatného státního pojištění týkající se placení pojistného na zdravotní pojištění?

- a) získat zaměstnání nebo být uchazečem o zaměstnání a splnit povinnosti spojené s Úřadem práce, být student, pečující o dítě, vážně nemocný či platit měsíčně 2187 Kč pojištění pro osoby bez zdanitelných příjmů
- b) platit si komerční zdravotní pojištění
- c) i po 150 dnech mají všichni uprchlíci z Ukrajiny pojištění dále bezplatné

### 6. Jaký je hlavní úkol interkulturního pracovníka?

- a) poskytovat většinou bezplatné překladatelské služby a doprovody cizincům
- b) poskytovat právní zastoupení v jazyce cizince
- c) organizovat kulturní akce a setkání pro cizince a místní obyvatele

### 7. Zlomenina v důsledku osteoporózy je:

- a) 2.–3. nejčastější příčinou úmrtí
- b) 5.–6. nejčastější příčinou úmrtí
- c) 10.–11. nejčastější příčinou úmrtí

### 8. Cviky na flexibilitu a rovnováhu:

- a) nemají přímý vliv na kompenzaci diabetu, zlepšují flexibilitu pohybu v kloubech a stabilitu, a snižují riziko pádu
- b) mají přímý vliv na kompenzaci diabetu, zlepšují flexibilitu pohybu v kloubech a stabilitu, a snižují riziko pádu
- c) nemají přímý vliv na kompenzaci diabetu, zlepšují flexibilitu pohybu v kloubech a stabilitu, ale nesnižují riziko pádu

### 9. Denní dávka 32,7 mcg vitamínu K2 výrazně:

- a) zvyšuje arteriální kalcifikace až o 35 % a riziko kardiovaskulárního úmrtí až o 46 %
- b) snižuje arteriální kalcifikace až o 50 % a riziko kardiovaskulárního úmrtí až o 46 %
- c) snižuje arteriální kalcifikace až o 15 % a riziko kardiovaskulárního úmrtí až o 16 %

### 10. Při invazivní léčbě se k reversibilním blokádam (kdy nedochází k destrukci tkáně) používají:

- a) lokální anestetika
- b) pulzní radiofrekvence
- c) lokálně působící kortikoidy

**Správné mohou být 1–3 možnosti.**

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

## ODPOVĚDI – TEST Č. 6/2023

Nyní je možné zadání odpovědí pouze elektronickou formou na stránkách [www.svl.cz](http://www.svl.cz)



SVL ČLS JEP

# Vzdělávací semináře

v září 2023

## Hlavní témata

Gliptiny v ordinaci PL  
Populační program včasného zachytu osteoporózy

den	datum	čas	město a místo konání
pondělí	4. 9.	16.30–20.30	Aula SZŠ, Příluky 372, 760 01 Zlín
středa	6. 9.	16.00–20.00	Lék.dům, Sokolská 31, 120 26 Praha 2
čtvrtek	7. 9.	16.00–20.00	Krajská nemocnice Liberec, přednáškový sál, Husova 10, Liberec
čtvrtek	7. 9.	16.00–20.00	Clarion Congres Hotel, Špitálské náměstí 3517, Ústí nad Labem
sobota	9. 9.	9.00–13.00	Kancelář veřejného ochránce práv, Údolní 39, 602 00 Brno
středa	13. 9.	16.30–20.30	Hotel „U Šimla“, Závodní 19/1, 360 01 Karlovy Vary
středa	13. 9.	17.00–21.00	Dělnický dům, Žižkova 1696/15, 586 01 Jihlava
čtvrtek	14. 9.	16.00–20.00	Kongresové centrum ALDIS, Eliščíno nábřeží 375, Hradec Králové
středa	20. 9.	16.00–20.00	Hotel Zlatá Hvězda, Smetanovo nám. 84, 570 01 Litomyšl
středa	20. 9.	16.00–20.00	SPA Hotel VITA, Skuherského 4, 370 01 České Budějovice
středa	20. 9.	16.00–20.00	Parkhotel Plzeň, U Borského parku 31, 320 04 Plzeň
čtvrtek	21. 9.	16.00–20.00	Lék.dům, Sokolská 31, 120 26 Praha 2
sobota	23. 9.	9.00–13.00	Teoretické ústavy LF UP Olomouc, Hněvotínská 3, 775 15 Olomouc
úterý	26. 9.	16.00–20.00	Hotel Imperial, Tyršova č. 6, Ostrava

Pozvánky na semináře budou rozesílány e-mailem.

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