



---

# PRACTICUS

pro praktické lékaře zdarma • č.10/2023 • ročník 22

---



TÉMA:

**Ženy v praktické medicíně**

# Logistika abstrakt na vzdělávací akce SVL



## XVIII. jarní interaktivní konference

SVL ČLS JEP (Praha)  
17.–19. května 2024

## XLIII. výroční konference

SVL ČLS JEP (Karlovy Vary)  
6.–9. listopadu 2024



Výzva

10. ledna  
2024

10. ledna  
2024

Zaslání

4. března  
2024

30. srpna  
2024

Schválení

18. března  
2024

16. září  
2024

Abstrakta zasílejte na web

[www.jik-svl.cz](http://www.jik-svl.cz)

[www.konference-svl.cz](http://www.konference-svl.cz)

## XVIII. jarní interaktivní konference

Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP

17.–19. května 2024  
Praha • Slovanský dům

[www.jik-svl.cz](http://www.jik-svl.cz) • e-mail: [sekretariat@target-md.com](mailto:sekretariat@target-md.com)

Pořadatel: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP • Organizátor: TARGET-MD s.r.o.

# OBSAH

# PRACTICUS

odborný časopis SVL ČLS JEP  
10/2023, ročník 22

## INFO SVL

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

## ODBORNÝ ČLÁNEK

- 05 **KAM KRÁČÍ PRIMÁRNÍ PREVENCE**  
*MUDr. Jaromír Ožana*
- 09 **PŘÍZNAKY ONEMOCNĚNÍ SVALŮ V ORDINACI PRAKTICKÉHO LÉKAŘE**  
*MUDr. Lívie Menšová*
- 12 **TĚHOTENSTVÍ, MALÉ DÁVKY ALKOHOLU A KRÁTKÁ INTERVENCE**  
*MUDr. Karel Nešpor, CSc.*

## ZPRÁVY Z KONFERENCE

- 14 **EFEKTY PEER PODPORY U POPORODNÍCH PSYCHICKÝCH POTÍŽÍ A CO TO MŮŽE ZNAMENAT PRO PRAKTICKÉ LÉKAŘE**  
*MUDr. Jana Krzyžánková, Mgr. Renata Banášová*
- 19 **ŽENA ZDRAVOTNICE V PRAKTICKÉ MEDICÍNĚ – Z POHLEDU (NEJEN) ZAMĚSTNAVATELE**  
*MUDr. Kateřina Javorská*

## AKTUALITY

- 21 **LÉČBA KATARAKTY: JAKÉ JSOUNEJČASTĚJŠÍ OBAVY PACIENTŮ?**
- 22 **NA SELHÁNÍ SRDCE UPOZORNÍ RYCHLÝ TEST Z KRVE – PROVÁDÍ JEJ PRAKTIK, INTERNISTA A KARDIOLOG**

## K ZAMYŠLENÍ

- 23 **ZTRÁCÍ OPRAVDU MEDICÍNAPRESTIŽ KVŮLI ŽENÁM?**

## ZŮČASTNILI JSME SE

- 24 **EUROSON 2023 RIGA– ZPRÁVA Z KONFERENCE**
- 28 **REPORTÁŽ Z 3. EURACT LÉKAŘSKÉ VÝUKOVÉ KONFERENCE (BLED, SLOVINSKO 5.–7. 10. 2023)**
- 32 **KONFERENCE EGPRN PRAHA**

### Vydavatel:

Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP

### Adresa redakce:

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

### Redakce:

#### Šéfredaktor:

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

#### Zástupci šéfredaktora:

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

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

#### Manažerka časopisu:

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

**Redakční rada:** MUDr. 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 Konštacký, 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 Ponížil, 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 20. 12. 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 Konšťacký, CSc.**  
Šéfredaktor časopisu Practicus

Milé kolegyně, milí kolegové,

přinášíme vám naše desáté letošní číslo, i když kvůli svátkům se vám dostane do rukou asi až po Novém roce.

Primární prevencí se zabývá článek dr. Ožany, dozvíme se jaké jsou nové trendy, ale i překážky v této oblasti. Pokles kardiovaskulárních onemocnění v tabulce za poslední léta dokazuje zlepšení v této oblasti.

Po jakých příznacích bychom měli pátrat při onemocnění svalů je přehledně uvedeno ve článku dr. Menšové, taktéž co je může způsobovat a jak postupovat při diagnostice těchto onemocnění. Ta je možná díky mezioborové spolupráci, na jejímž základním článku stojí praktický lékař.

Škodí malé množství alkoholu v těhotenství? Na tuto otázku nám dává odpověď dr. Nešpor – vhodná je krátká intervence u těhotných žen, ale rozhodně bychom na ni neměli zapomínat i u ostatních žen ve fertilním věku.

I když těhotné ženy a rovněž ženy po porodu jsou v péči gynekologů, tak se k nám mohou dostat, a to i s psychickými potížemi. Jak k nim přistupovat, zvláště pokud již před těhotenstvím trpěly některým z psychiatrických onemocnění, nás informuje dr. Krzyžánková.

Naše desáté číslo je ve znamení žen v primární péči. Dr. Javorská se tomuto tématu věnuje a úsměv na její fotografii dokazuje, že ženy jsou mezi praktiky nezastupitelné, i když někteří kritikové se staví negativně k feminizaci zdravotnictví.

Dr. Halata a dr. Zhoř z pracovní skupiny pro ultrazvuk v primární péči informují o účasti na konferenci Euroson 23 v Rize. Prezентují názory na tuto problematiku lékařů a profesorů z Evropy a došli k závěru, že POCUS iGP se ukázal jako směr budoucího rozvoje v rámci celé Evropy. Budeme rádi, když i vy seznámíte naše čtenáře se zajímavými kasuistikami z vaší praxe.

O vzdělávání učitelů všeobecného lékařství jsme již informovali v předchozím čísle. Zde předkládáme ještě další informaci o kurzu EURACT na ostrově Bled ve Slovinsku dr. Bednáře, dr. Bezdíčkové a dr. Macharáčka – školitelů VPL.

Co na závěr: hodně zdraví, štěstí, spokojenosti v práci, ale i v soukromém životě a dobrý vstup do nového roku 2024.

# Kam kráčí primární prevence



**MUDr. Jaromír Ožana**

(Diabetologická a endokrinologická ambulance Zábřeh,  
Klinika tělovýchovného lékařství a kardiovaskulární  
rehabilitace FN Olomouc)

## Abstrakt

Epidemie hypertenze a dyslipidémie, dvou významných faktorů vedoucích ke kardiovaskulárním onemocněním, vyžaduje efektivní primární prevenci. Primární prevence by měla být komplexní. Cílem je identifikovat a ovlivnit rizikové faktory, které se často nevyskytují izolovaně, ale vzájemně se ovlivňují. Synergie mezi faktory může mnohonásobně zvýšit celkové kardiovaskulární riziko. Významným aspektem primární prevence je důraz na změnu životního stylu a farmakoterapii. V reálné praxi má mnoho pacientů více než jeden rizikový faktor, a proto je komplexní intervence nezbytná. Fixní kombinovaná terapie je jedním z efektivních přístupů primární prevence. Tato léčba spojuje antihypertenzní a lipide-mickou léčbu do jediné dávky, což zjednodušuje režim pacienta a zvyšuje jeho adherenci.

Zdravotní péče čelí výzvam spojeným s kapacitou, dostupností a nákladovostí léčby, což je globální problém, jenž ovlivňuje i Českou republiku. Epidemie hypertenze a dyslipidémie, dvou významných faktorů vedoucích k kardiovaskulárním onemocněním, vyžaduje efektivní primární prevenci.

Z dat národního KV registru<sup>1</sup> je patrné, že situace není zrovna povzbudivá. Počet pacientů trpících hypertenzí a dyslipidémií, což jsou dva klíčové faktory přispívající k vysokému kardiovaskulárnímu riziku, stále roste.

Při pohledu na tuto epidemiologickou situaci se nám nabízí otázka: Kam kráčí primární prevence? Jak můžeme reagovat na narůstající výskyt kardiovaskulárních onemocnění, zatímco zdroje a kapacity zdravotní péče jsou omezené? Odpovědí na tuto otázku může být posunutí směrem ke komplexním a efektivním strategiím primární prevence, které zahrnují jak změnu životního stylu, tak farmakoterapii.

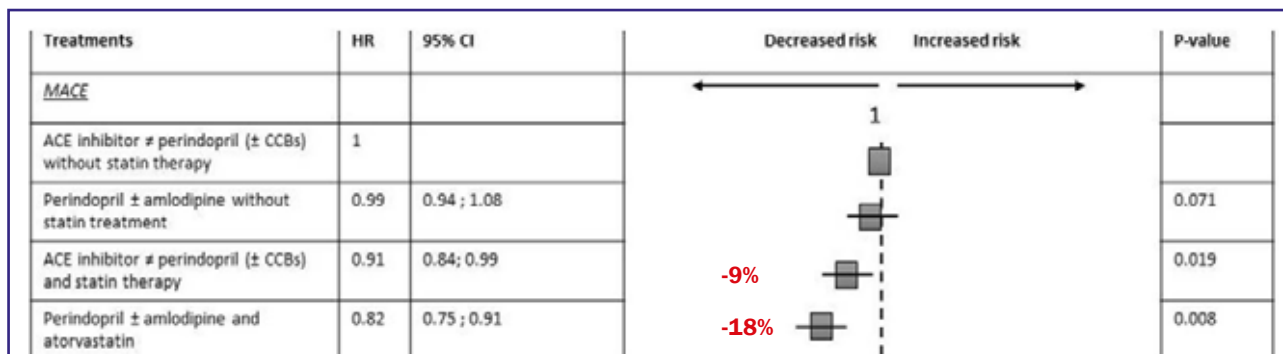
Kardiovaskulární riziko je komplexním konceptem, který není dán pouze jedním faktorem. Mnoho různých aspektů, včetně věku, pohlaví, genetiky, životního stylu a přítomnosti onemocnění, může ovlivňovat kardiovaskulární zdraví pacienta. Co je však důležité si uvědomit, je, že tyto faktory nejsou pouze kumulativní; místo toho se vzájemně ovlivňují a násobí. To znamená, že pacient s více rizikovými faktory není jednoduše v násobně vyšším riziku. Je v mnohem větším nebezpečí, než by udal prostý součet těchto faktorů. Například pacient s hypertenzí, vysokým cholesterolem a obezitou má mnohem vyšší kardiovaskulární riziko než osoba s jedním z těchto faktorů.<sup>2</sup>

Včasná diagnostika a rychlá souběžná kontrola krevního tlaku (TK) a hladiny lipidů (DLP) hrají klíčovou roli v prevenci kardiovaskulárních onemocnění. Ideálním řešením pro souběžnou kontrolu TK a DLP je kombinovaná terapie, která zahrnuje léky na snižování krevního tlaku a statiny pro kontrolu lipidů. Zdravý životní styl je rovněž klíčem ke snižování kardiovaskulárního rizika. To zahrnuje správnou stravu, pravidelnou fyzickou aktivitu a zanechání kouření.

Když je indikována dvojkombinační antihypertenzivní léčba, což je klinicky častý scénář, měli by lékaři automaticky zvažovat i indikaci statinů. Kombinace antihypertenziv a statinů v jednom léku usnadňuje pacientům dodržovat léčebný režim. Pacienti, kteří pravidelně užívají statiny, mají nižší riziko kardiovaskulárních příhod.<sup>3</sup> Navíc se v tomto případě adherence k statinům může měřit pomocí tonometru, což poskytuje lékařům další nástroj pro sledování efektivity léčby.

Recentní výsledky analýzy dat z italského registru Brisighella<sup>4</sup> (obr. 1) potvrzují výhody kombinace Atorvastatin/Perindopril/Amlodipin (Lipertance). Tato kombinace léků byla spojena s dlouhodobým snížením rizika kardiovaskulárních událostí. Jedna z hlavních zpráv z této studie je, že tato léčba snížila riziko major adverse cardiovascular events (MACE) o polovinu, což je významný výsledek pro primární prevenci.

Důležitým prvkem úspěšné primární prevence je také adherence pacientů k léčbě. Pacienti, kteří pravidelně dodržují lékařské pokyny ohledně farmakoterapie a životního stylu, mají větší šanci dosáhnout požadovaných výsledků. Jedním ze způsobů, jak adherenci zvýšit, je komunikace prostřednictvím cévního věku. Cévní věk je koncept, který umožňuje pacientům a lékařům snadněji pochopit jejich kardiovaskulární riziko. Cévní věk nezávisí na biologickém věku pacienta, ale spíše



**Obr. 1 Redukce velkých kardiovaskulárních příhod v průběhu osmiletého sledování**

na aktuálním stavu jejich cévního systému. Stanovuje se pomocí různých parametrů, jako jsou krevní tlak, hladina cholesterolu, kouření, cukrovka a další rizikové faktory. Je často snazší vysvětlit pacientům jejich riziko na základě cévního věku než složitých čísel a laboratorních výsledků. Pacienti, kteří rozumí svému cévnímu věku a kardiovaskulárnímu riziku, mají tendenci k lepší adhezenci. Cévní věk může pacienty motivovat k pravidelným návštěvám u lékaře, k užívání předepsaných léků a k úpravě životního stylu. Pomáhá jim vidět, jaký rozdíl mohou jejich akce udělat v jejich kardiovaskulárním zdraví.

#### Citace:

1. Dušek L. Národní kardiologický informační systém. Prezentováno 7. 11. 2022. Zdroj: NRHZS 2011–2021
2. European Heart Journal (2021); doi:10.1093/eurheartj/ehab484
3. Nicholls SJ, et al. N Engl J Med. 2011;365:2078-2087.

Každý pacient je jedinečný, a proto by měl lékař zvážit všechny rizikové faktory a navrhnout přístup, který bude nejhodnější pro konkrétního jednotlivce. To zahrnuje změnu životního stylu, farmakoterapii a snižování rizikových faktorů. Fixní kombinace léků může být součástí tohoto komplexního přístupu, zejména pokud pacient trpí hypertenzí a dyslipidemií současně.

4. Cicero AFG, Fogacci F, Rizzoli E, Giovannini M, D'Addato S, Borghi C; Brisighella Heart Study Group. Impact of simultaneous management of hypertension and hypercholesterolemia with ACE inhibitors and statins on cardiovascular outcomes in the Brisighella Heart Study: A 8-year follow-up. Nutr Metab Cardiovasc Dis. 2022 Sep;32(9):2246-2254. doi: 10.1016/j.numecd.2022.06.017. Epub 2022 Jun 30. PMID: 35843791

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

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



# Příznaky onemocnění svalů v ordinaci praktického lékaře



MUDr. Lívie Menšová

Neurologická klinika 2. LF UK a FN Motol

## Úvod

Pojem myopatie označuje etiologicky velmi širokou skupinu onemocnění, která strukturálně a funkčně postihuje primárně kosterní svaly. Základními patofyziologickými mechanismy jejich vzniku jsou porucha struktury, metabolismu svalového vlákna nebo funkce iontových kanálů membrán myocyty. Z hlediska příčiny rozlišujeme myopatie na **primární (vrozené, hereditární) a sekundární (získané)**.

U dospělých pacientů jsou mnohem častější myopatie **získané** – toxické včetně polékových, imunitně zprostředkované, infekční, endokrinní a asociované se systémovým onemocněním. (Tab. 1). **Hereditární** myopatie se řadí mezi tzv. vzácná onemocnění (orphan diseases) a nejčastějšími jsou dystrofinopatie (Duchennaova a Beckerova svalová dystrofie), myotonické dystrofie 1. a 2. typu (MD 1, MD 2), faciaskapulohumerální svalová dystrofie (FSHD) a skupina pletencových svalových dystrofií (limb girdle muscular dystrophies; LGMD). Ačkoli se jedná o onemocnění vrozená, mohou se poprvé projevit až v dospělosti, případně v seniorním věku. I u dospělých pacientů má význam stanovit kauzální mutaci a přesnou diagnózu. Důvodem je zásadní efekt symptomatické terapie a prevence svalových i mimosvalových komplikací na délku i kvalitu života.

Získané myopatie	
Toxické/Polékové	alkohol
	statiny
	kortikoidy
	fibráty
	chlorochin/hydroxychlorochin
	amiodaron
Imunitně zprostředkované	dermatomyositida
	polymyositida
	myositida s inkluzními tělísky (IBM)

Dalším přínosem je možnost genetické diagnostiky rodinných příslušníků v riziku a využití metod asistova-

né reprodukce. Přesná genetická diagnóza je nezbytná i pro případnou genovou terapii, jejíž vývoj je u celé řady hereditárních svalových dystrofií již v posledních fázích klinických studií.

Obdobně jako u jiných systémů i u myopatií je možné rozlišovat příznaky **negativní** – výpadečné, mezi které patří především svalová slabost, únavnost a snížená tolerance fyzické zátěže, a příznaky **pozitivní**, kam se řadí myalgie, crampi, kontraktury a myotonie. Je třeba mít na paměti, že prvním příznakem myopatie může být i respirační insuficience, ortopnoe, porucha dýchání ve spánku či některý z příznaků kardiální dysfunkce, protože zejména hereditární myopatie jsou často asociované s kardiomyopatiemi či převodními poruchami.

Postižení svalů je většinou oboustranné, často symetrické nebo jen s malou asymetrií, lokalizované především na proximálních pletencových svalech, častěji a dříve většinou na dolních končetinách. Svalové atrofie nebývají zpočátku výrazné, nejsou poruchy čítí, reflexy mohou být snížené, ale obvykle nejsou vyhaslé.

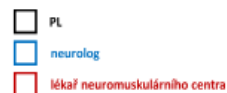
## Diagnostika

Diagnostický proces u myopatií probíhá v několika krocích (Obr. 1) a vyžaduje multioborovou spolupráci. Základem je správně vedený odběr anamnézy a klinické vyšetření.

Obr. 1 Schéma diagnostiky myopatií

### Diagnostika myopatií

1. Anamnéza + základní klinické vyšetření
2. Biochemické vyšetření (CK, myoglobin, ALT, AST, LDH, test suché krevní kapky na M. Pompe)
3. Neurologické vyšetření + elektromyografie
4. EKG + echokardiografie + spirometrie
5. Zobrazovací metoda – MRI svalů
6. Svalová biopsie
7. Genetická analýza



## Anamnéza

V rámci anamnézy zjišťujeme typ, charakter vzniku a délku trvání příznaků. Cíleně pátráme po příčinách získaných myopatií – endokrinní onemocnění, potenciálně mytoxické léky či substance, prodělané infekce... Pro diferenciální diagnostiku je zásadní údaj, zda je vyšetřovaný jedinou osobou v rodině s danými příznaky. Význam mají rovněž informace o náhlých úmrtích či úmrtí v dětském věku u příbuzných pacienta. Nejtypičtějším příznakem myopatií je svalová slabost.

Pokud pacient udává pozitivní svalové příznaky, je na místě si „vyjasnit pojmy“:

- **Křeč** (crampus) – mimovolní bolestivý svalový stah, zpravidla spontánně odezní v řádu minut
- **Myotonie** – nebolestivá porucha svalové relaxace, typicky porucha uvolnění stisku ruky, ale pacienti s myotonickou dystrofií popisují často i tuhnutí stehen, břišní stěny, svalů obličeje a jazyka
- **Myalgie** – bolesti svalů, vhodné doplnit, zda klidové, námahové, palpační
- **Kontraktury** – nevratné zkrácení svalu a jeho úponů provázené ztrátou elasticity

**Obr. 3** Atrofie periskapulárních svalů podmiňující obraz scapulae alatae (vpravo), pseudohypertrofická lýtka (vlevo)



### Klinické vyšetření

Jak již bylo uvedeno vedoucím příznakem myopatie je svalová slabost, kterou je ovšem nutné blíže specifikovat, cílenými dotazy a vyšetřením se snažíme zodpovědět několik základních otázek:

1. **Objektivita** – Jedná se o slabost objektivní, nebo subjektivně vnímanou pacientem?
2. **Vznik** – Vznikla slabost náhle, nebo v řádu dnů, týdnů či plíživě v průběhu let?
3. **Charakter** – Je svalová slabost konstantní, fluktuující, nebo epizodická? Progreduje v čase? Má nějaké vyvolávající/agravující faktory?
4. **Distribuce** – Je slabost symetrická, nebo asymetrická? Lokalizována spíše proximálně, nebo distálně? Postihuje i jiné svaly než končetinové (obličejové, faryngeální, pánevního dna, dýchací...)
5. **Kontext** – Je asociovaná s bolestí, paresteziemi, poruchou citlivosti, jinými svalovými nebo mimosvalovými příznaky?

Pro rychlé a efektivní zhodnocení objektivnosti svalové slabosti lze použít zkrácený svalový test (MRC SUM skóre). Test semikvantitativně hodnotí svalovou sílu na stupnici od 0 (žádný pohyb) do 5 (normální svalová síla) v 6 funkčních svalových skupinách (pro abdukci ramen, flexi loktů, extenzi zápěstí, flexi kyčle, extenzi kolene a dorzální flexi nohy). (Obr. 2)

Obr. 2 Hodnocení svalové síly	
Stupeň	Svalový test
0	Žádná kontrakce
1	Svalový záškub
2	Aktivní pohyb s vyloučením gravitace
3	Aktivní pohyb proti gravitaci
4	Aktivní pohyb proti gravitaci a odporu
5	Normální svalová síla

U pacienta se svalovou slabostí dále hodnotíme trofiku svalů, přítomnost kontraktur, posturu (bederní hyperlordóza, vyklenutí ochablé břišní stěny, stoj a chůze na špičkách při kontrakturách Achillových šlach...) (Obr. 3)

Při podezření na svalové onemocnění by dále mělo následovat základní biochemické vyšetření včetně stanovení hladiny kreatinkinázy (CK) a myoglobinu. Pro maximální výpovědní hodnotu je důležité provést odběr CK po 3denním fyzickém klidu (tj. poučít pacienta, aby se vyvaroval těžké fyzické práce, sportovních aktivit). Elevaci CK je nutno vždy hodnotit v kontextu výsledků ostatních jaterních testů (u svalových onemocnění bývá provázena elevací transamináz ALT, AST, bez elevace GGT). Při suspekci na Pompeho nemoc je možno i v ordinaci praktického lékaře provést jednoduchý screeningový test suché krevní kapky.

Dalším krokem by mělo být odeslání k neurologovi, který indikuje elektromyografické vyšetření (to umožní diferencovat mezi neurogení x myogenní etiologií svalové slabosti, ozřejmit poruchu nervosvalového přenosu, detekovat některé specifické jevy – myotonický výboj) a stanoví diagnózu myopatie. Další postup závisí na předpokládané etiologii. Terapie získaných myopatií zahrnuje řešení základní příčiny – vysazení myotoxických léků, léčbu endokrinního onemocnění, imunosupresi, antiinfekční léčbu...

Diagnostiku a komplexní péči o pacienty s hereditárními myopatiemi zajišťují neuromuskulární centra (seznam k dispozici na webových stránkách Neuromuskulární sekce ČNS; neuromuskularni-sekce.cz). Jejich úkolem mimo jiné i indikace nákladných vyšetření náročných na erudici a interpretaci – zobrazení svalů (magnetickou rezonancí svalů) a ve spolupráci s genetiky také molekulárně genetické vyšetření. V některých specifických případech hraje roli rovněž svalová biopsie (diagnostika zánětlivých myopatií, nenalezení kauzální mutace při molekulárně genetickém vyšetření).

### Shrnutí pro praxi

Diagnostika myopatií je náročný mnohastupňový proces, pro jehož správné nastartování hraje zásadní roli praktický lékař. Dle příčiny rozlišujeme myopatie hereditární a získané, které jsou v dospělosti významně častější (mezi nejběžnější patří statinová myopatie, myopatie asociovaná s tyreopatií). Vedoucím příznakem

je svalová slabost, kterou je nutné dále specifikovat stran objektivitu (lze užít MRC SUM skóre), vzniku, charakteru, distribuce a kontextu dalších přítomných příznaků. Prvním příznakem svalového onemocnění může být rovněž dušnost, ortopoe, syndrom noční hypoventila-

ce. V případě suspekce je vhodné provést spirometrické vyšetření, případně polygrafii. Dalším krokem v diagnostice myopatie je stanovení CK a myoglobinu a odeslání k neurologovi.

#### Zdroje

Saguil A. Evaluation of the patient with muscle weakness. *Am Fam Physician*. 2005 Apr 1;71(7):1327-36. PMID: 15832536.  
MAZANEC, Radim; MENSOVÁ, Lívie; BAUMGARTNER, Daniel; POTOČKOVÁ, Veronika a ZÁMEČNÍK, Josef. Diagnostics algorithm of muscular dystrophies. Online. *Neurologie pro praxi*. 2019, roč. 20, č. 3, s. 190-194. ISSN 12131814. Dostupné z: <https://doi.org/10.36290/neu.2019.017>. [cit. 2023-12-09].  
Nagy H, Veerapaneni KD. Myopathy. [Updated 2023 Aug 14]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK562290/>

Mph, C. A. B. M. (n.d.). Myopathies: Practice Essentials, Background, Pathophysiology. <https://emedicine.medscape.com/article/759487-overview#:~:text=A%20myopathy%20is%20a%20muscle,and%20drug%2Dinduced%20or%20toxic>.  
Larson ST, Wilbur J. Muscle Weakness in Adults: Evaluation and Differential Diagnosis. *Am Fam Physician*. 2020 Jan 15;101(2):95-108. PMID: 31939642.  
UpToDate. (n.d.). UpToDate. <https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-patient-with-muscle-weakness>

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

# Těhotenství, malé dávky alkoholu a krátká intervence



MUDr. Karel Nešpor, CSc.  
Psychiatrická léčebna Praha

## Alkohol a vyvíjející se mozek

Pití alkoholu v těhotenství narušuje vývoj mozku prostřednictvím řady mechanismů, k nimž patří narušená proliferace, migrace, synaptogeneze a myelinizace. To u dětí působí široké spektrum dlouhodobých tělesných, psychických a neurologických poruch. Relevantní odborné organizace proto doporučují během těhotenství naprostou abstinenci od alkoholu. Lebel a Long (2023) upozorňují na nové práce, které zkoumaly pomocí magnetické rezonance mozky dětí, jejichž matky pily v těhotenství alkoholické nápoje. Byly zjištěny anomálie v týlní, spánkové a temenní části mozku u dětí, i když těhotné ženy konzumovaly týdně dávky alkoholu nižší než 14 g (tj. podstatně méně než 2 dcl vína nebo půl litru běžného piva).

## Situace v Česku

Mravčík et al. (2022) citují studii, podle níž 60-70 % žen v ČR pije alkohol během těhotenství. Tato alarmující data vycházejí ze souboru provedených u žen z jednoho pražského zdravotnického zařízení (Jakubíková, 2017). Relativně lépe, ale i tak nepříznivě, vyznívají data autorů Kukla et al. (1999). Podle těchto autorů pije v České republice alkoholické nápoje před otěhotněním 75 % žen. Z nich třetina pokračuje v pití alkoholu během prvních tří měsíců těhotenství a dalších 16 % i mezi 3. až 6. měsícem.

K tomu dodáváme, že alkohol v pivu a vínu není v Česku zdaněn, ceny alkoholických nápojů jsou nízké a jejich reklama je často cílena na ženy.

## Krátká intervence pro problémy působené alkoholem u těhotných

Plod je velmi zranitelný už na počátku těhotenství, kdy žena často o graviditě neví. Prevence škod působených alkoholem by tedy měla začít už dávno před početím. Cenná je z tohoto hlediska práce autorů Wilton et al. (2023). Ti poskytovali ženám ve fertilním věku krátkou intervenci osobně nebo telefonicky. Ukázalo se, že tyto ženy pily méně alkoholu, a kromě toho více dbaly na

antikoncepci. Krátkou intervencí kvůli poškození plodu by měla provádět gynekologická pracoviště, ale i např. praktičtí lékaři a další pracovníci pomáhajících profesí.

## Některé postupy používané při krátké intervenci pro alkohol a jiné návykové látky

(Volně podle Nešpor, 2018a.)

Z uvedených možností stačí vybrat to, co je v dané situaci nejvhodnější vzhledem k okolnostem a individuálním potřebám:

- Jasně doporučení vyhnout se alkoholu, tabáku a drogám. I takto jednoduchá forma krátké intervence má pozitivní efekt (např. Gimenez et al. 2022).
- Testování na přítomnost návykových látek může zvýšit motivaci řešit návykový problém.
- Zpětná vazba navazující na posouzení stavu, např.: „To je dobře, že jste s alkoholem přestala, prospěje to dítěti, navíc vypadáte zdravěji než posledně.“
- Posilování motivace za pomoci vhodných otázek.
- Předání svépomocných materiálů: Řada svépomocných návodů pro lidi s návykovými nemocemi a jejich příbuzné je volně na adrese [www.drnespor.eu](http://www.drnespor.eu).
- Podle možností spolupráce s rodinou: Příbuzní a blízcí přátelé mohou ženu motivovat k abstinenci, ale také působit opačně.
- Doporučit účast ve svépomocné organizaci, jako jsou Anonymní alkoholici.
- Využívání telefonické pomoci a internetu jsou vhodné jako doplnění nebo někdy i náhrada osobního kontaktu.
- Aktivní předání k souběžné specializované léčbě. To znamená, že např. lékař dohodne se souhlasem pacienta návštěvu na specializovaném pracovišti. Tím se zvyšuje pravděpodobnost, že předání bude úspěšné. Diagnostiku a léčbu návykových nemocí popisujeme podrobně jinde (Nešpor 2018 b), zde jen stručně. Klíčové je odlišit škodlivé užívání a závislost. Pro závislost je typické zhoršené sebeovládání ve vztahu k látce. Krátkou intervencí lze použít v obou případech, ale v případě rozvinuté závislosti nebude obvykle postačovat, a proto je vhodné navíc doporučit specializovanou léčbu.
- Kontroly a udržování kontaktu.

## Zvláštnosti krátké intervence u těhotných žen

Podle autorů Muggli et al. (2016) patří k rizikovým faktorům pití alkoholu v těhotenství neplánované těhotenství, vyšší věk, vyšší příjem, vyšší vzdělání a to, že žena začala pít alkohol před 18. rokem.

- Ženy se za nevhodné pití alkoholu více stydí, to platí

v těhotenství ještě víc než jindy. Kromě toho bývá psychika těhotných žen labilnější. Konfrontační přístup se při prevenci a léčbě problémů působených alkoholem neosvědčil, tím méně je vhodný během těhotenství.

- Diagnostický proces a krátká intervence se prolínají. Jak uvedeno výše, otázky mohou posilovat motivaci ke změně. Nejvhodnější je začít opatrně zeptat se např., zda žena pila někdy v životě alkohol. Na to odpoví většina dotázaných, že ano. Teprve pak lze postupně přecházet k citlivějším otázkám. Pro diagnózu jsou klíčové dotazy, které se týkají zhoršeného sebeovládání ve vztahu k alkoholu, např.: Pila jste alkoholické nápoje, i když jste věděla, že je to nevhodné? Když začnete pít alkohol, neumíte přestat? Pila jste více, než jste měla v úmyslu?
- Krátkou intervenci bývá vhodné opakovat. Může to být i prosté doporučení abstinovat během těhotenství a při kojení. To by se mělo dít věcným a neodsuzujícím způsobem.

#### Literatura

Gimenez PV, Lichtenberger A, Cremonese M, Cherpitel CJ, Peltzer RI, Conde K. Efficacy of Brief Intervention for Alcohol Consumption during Pregnancy in Argentinean Women: A Randomized Controlled Trial. *Subst Use Misuse*. 2022; 57(5):674-683.

Jakubíková O. Návykové látky v těhotenství (alkohol, tabák). Univerzita Karlova v Praze, 1. LF UK 2017.

Kukla L, Hrubá D, Týrlík M. Alkohol a drogy v těhotenství. Rozdíly mezi kuřačkami a nekuřačkami. *Alkoholismus a drogové závislosti (Bratislava)*, 1999; 34:193-202.

Lebel C, Long X. How much is too much? New evidence associating low levels of prenatal alcohol exposure with brain differences in children. *Neuropsychopharmacology*. 2023; 48(1):249-250.

Mravčík V, Chomynová P, Homynová P. et al. Zpráva o alkoholu v České republice 2021 Praha: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti 2022, 221 s. Dostupné z: <https://www.drogy-info.cz/publikace/>

- Kontakt s těhotnou ženou je třeba udržovat, i když pije dál alkohol.

Nilsen (2009) považuje otěhotnění za silnou motivaci změnit nezdavé chování vůči alkoholu. Toho by se mělo využívat.

#### Souhrn a závěr

Podle studií, které využívaly magnetickou resonanci, zvyšuje riziko poškození plodu už to, když těhotná žena pije malé dávky alkoholu nepřesahující 14 g týdně. Krátká intervence v těhotenství má specifika a je efektivní. Měli by ji provádět všichni pracovníci pomáhajících profesí.

vyrocni-zpravy/zprava-o-alkoholu-v-ceske-republice-2021/.

Muggli E, O'Leary C, Donath S et al. „Did you ever drink more?“ A detailed description of pregnant women's drinking patterns. *BMC Public Health*. 2016; 16:683.

Nešpor K. Krátká intervence u návykových nemocí pro pracovníky pomáhajících profesí. *Sociální prevence (Bratislava)*, 2018a; 13(1):22-23.

Nešpor K. Návykové chování a závislost, 5. revidované a rozšířené vydání. Praha: Portál, 2018 b; 256 s.

Nilsen P. Brief alcohol intervention to prevent drinking during pregnancy: an overview of research findings. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2009; 21(6):496-500.

Wilton G, Moberg DP, Van Stelle KR, Dold LL, Obmascher K, Goodrich J. A randomized trial comparing telephone versus in-person brief intervention to reduce the risk of an alcohol-exposed pregnancy. *J Subst Abuse Treat*. 2013; 45(5):389-94.

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

# Efekty peer podpory u poporodních psychických potíží a co to může znamenat pro praktické lékaře



**MUDr. Jana Krzyžánková**

VPL, peer konzultantka Úsměv mámy

**Mgr. Renata Banášová**

Klinická psycholožka a psychoterapeutka, Úsměv mámy

## Úvod

Psychické potíže během těhotenství a po porodu se týkají až jedné z pěti matek a mají dalekosáhlé následky pro zdraví ženy a její rodiny. Přitom jsou částečně preventabilní a dobře léčitelné, zejména jsou-li zachyceny včas. Přesto 75 % žen, které mají potíže, nevyhledá pomoc, protože se bojí stigmatizace, tíži svých obtíží nejsou schopné vyhodnotit a ani neví, na koho se obrátit, a tyto potíže bez intervence pozvolna progredují. Matka přestává být schopná postarat se o sebe i dítě. Kojící matky jsou často podléčené, přestože existuje mnoho léků s kojením slučitelných. Vysazení psychiatrické medikace v těhotenství nebo po porodu může vést k relapsu a ten v nejhorším případě skončit rozšířenou sebevraždou. Praktický lékař může vytipovat rizikovou maminku, včas zachytit počínající psychickou nemoc, pacientce nabídnout psychoterapii, případně nasadit sertralin u deprese nebo lorazepam či alprazolam u úzkostí. Na nespavost má nejlepší data zopiclon. Výzkum ukázal, že při včasné zachycení peer podpora snižuje intenzitu úzkostí i deprese a zvyšuje kvalitu života.

Perinatálním obdobím se z psychiatrického hlediska rozumí období od početí do jednoho roku dítěte. Je to období plné změn nejen u dítěte, ale i v životě jeho rodičů.

Pokud bychom to posuzovali podle škály životních událostí a posouzení míry jejich stresovosti dle Holmese a Raheho (příchod dítěte do rodiny, ukončení práce, změna životních podmínek a zvyklostí, změny spánku, změna finančního stavu, a k tomu se ještě přidává izolace a někde i stěhování), budou již matky ve skupině vysoce ohrožené stresem, a tedy i poruchou přizpůsobení.<sup>1</sup> Podle evropských studií se může týkat 15–30 % maminek.<sup>2</sup>

## Epidemiologie

V České republice až 18 % žen po porodu trpí příznaky, které splňují kritéria psychiatrické nemoci<sup>3</sup>, nejčastěji poporodní deprese, úzkost 12,3 %, OCD 4 %, poporodní psychóza (0,4%) je vzácná a obvykle se objevuje ve zranitelném terénu předchozí psychické nemoci (bipolární porucha, může být i její první projev, schizofrenie či těžké deprese již v minulosti).

Přesto pouze 25 % z nich vyhledá odbornou pomoc.

## Etiologie

hormonální a neurotransmitterová dysbalance, genetika, psychosociální faktory (např. náročný/traumatický porod, hrubý personál porodnice, nepodpora okolí, náročné dítě, vyčerpání, spánková deprivace)<sup>4,5</sup>

## Klinické projevy

### Baby blues

Týká se až 80 % maminek, je to normální stav daný rozkolísáním hladiny hormonů. Nejistota a strach se týká miminka a mateřské role. Emoční labilita a pláčtivost je střídána hezkými chvilkami (stačí i 1x za 3 dny) a během 14 dní odezní. Rizikem je přechod do poruchy přizpůsobení s úzkostmi a nespavostí a do deprese.

### Deprese<sup>6,11</sup>

počátek obvykle 4 týdny až 6 měsíců po porodu. 10–15 %, z toho 5 % dosahuje klinického obrazu těžké depresivní fáze

Myšlenky na sebevraždu

Citelné zpomalení v pohybu, mimice, gestikulaci i v myšlení (pocit, jako by svět byl „za mlhou“). Převažující pocity smutku nezávisle na okolnostech. Pokleslá nálada se během dne výrazně nemění. Málo energie a snížená aktivita. Zvýšená únavnost. Apatie.

Zhoršená schopnost radovat se. Ztráta zájmu o aktivity, které dříve byly vnímány jako příjemné. Snížené sebevědomí a sebedůvěra.

Agitovanost, neklid, nepokoj, podrážděnost. Problémy se spánkem: nespavost a časné ranní probouzení, nebo naopak nadměrná spavost, ale bez pocitu odpočinutí. Změna chuti k jídlu. Ztráta libida.

Změny nálady nejsou výrazně ovlivnitelné vnějšími událostmi. Pocity viny a selhání i z drobných událostí, až pocity bezcennosti.

Příznaky přetrvávají alespoň 2 týdny. Nemusí se objevit všechny a zároveň mohou být různé intenzity. Bez pomoci však mají tendenci se prohlubovat.

### Poporodní úzkosti

15–30 % žen

Neutuchající strach a obavy (o miminko, o sebe,

o budoucnost), nepříjemné vtíravé myšlenky, nespavost a nechutenství.

Bušení srdce, pocení, chvění, obtížné dýchání, pocit, že se zalkne, bolesti a nepříjemné pocity v oblasti hrudníku, třes, sucho v ústech, až panická ataka strach ze ztráty kontroly

## OCD

Objevuje se již v těhotenství u 2,1 % žen, po porodu pak zhruba u 4 % žen. Tento typ obtíží je specifický vznikem tzv. „obsesí“. Jedná se o nechtěné myšlenky, které vzbuzují nepříjemné pocity a neustále se vracejí. Aby se člověk uklidnil, najde si činnost, tzv. „kompulzi“, kterou opakuje, a tím snižuje své rozrušení. Obsese, i přesto, jak mohou být děsivé (např. že ublíží miminku), nezvyšují riziko násilného činu. Je dobré vědět, že nechtěné rušivé myšlenky se vyskytují u 80–90 % populace. Po porodu pak 70–100 % matek a cca 60 % otců má také myšlenky, že dítěti ublíží.<sup>7</sup>

## Poporodní psychóza

0,2–0,4 %

NEsouvisí s kojením, ale se spánkovou deprivací v terénu zranitelné psychiky! (nasedá na psychiatrickou nemoc, z 80 % bipolární afektivní porucha, často její první projev, 12 % schizofrenie, těžké deprese), bludy a podivné představy, halucinace, pocity silného vzrušení, hyperaktivita, snížená potřeba spánku nebo neschopnost spát, paranoia a podezřívavost, prudké změny nálady. Potíže při komunikaci (mluví strašně rychle, nedokončí větu...)

Zástava laktace NENÍ efektivní profylaxe, tou je pouze vhodná medikace.

## Diferenciální diagnostika

- Anémie
- Thyreopatie (hypotyreóza 1%, hypertyreóza 1%)
- Hypomagnezémie
- Vysoké dávky kortikosteroidů, př. indukce dozrávání surfaktantu před SC – „psychotické příznaky“

K vyloučení organické příčiny je vhodná kontrola KO, TSH, FT4, Mg.

## Dopady neléčených duševních poruch v těhotenství na dítě

malformace, potrat, předčasné porody, nízká porodní hmotnost, operační porod, přijetí na NJIP

Neléčená duševní nemoc vede u těhotných ke zhoršené schopnosti dodržovat správnou životosprávu (kouření, drogy, diabetes).

## Koncept prenatálního programování

Mozek – plastická struktura, citlivá k signálům z prostředí, ve kterém se vyvíjí (prenatálně, postnatálně). Glukokortikoidy přestupují přes placentu a ovlivňují mozek plodu.

Mozek dětí depresivních matek je dle MR často „starší“ a má hůře rozvinuté některé oblasti (změny amygdaly, hipokampu) citlivé na glukokortikoidy.<sup>8</sup>

Dítě si v děloze nastavuje „normální“ míru stresu. Svět pak může vnímat jako nebezpečné místo, což v budoucnu vede k jeho hyperaktivitě/pasivitě.

Děti těhotných depresivních matek mají vyšší pravděpodobnost výskytu poruch chování, emocí a deprese. Prevence a léčba depresivních symptomů těhotných může mít zásadní vliv na zdraví jejich potomků.

## Následky neléčené psychické nemoci na matku

- Zhoršení zdravotního stavu
- Trvání deprese (ale většinou se intenzita snižuje)
- Vyšší úzkostnost a vzteklost ve srovnání s nedeprativními matkami
- Horší psych. zdraví v budoucnu
- Nízká úroveň domácího, emocionálního a sociálního fungování
- Častěji nepříznivé životní okolnosti, finanční potíže, zdravotní potíže členů rodin
- Vyšší váha
- Nižší schopnost sex. vzrušení
- Nižší sebevědomí
- Vyšší pravděpodobnost rizikového chování: kouření, alkoholismus, sui + infanticidní myšlenky a konání<sup>9</sup>

## Porucha attachmentu

(porucha vzniku jisté vazby, kterou dítě potřebuje pro správný vývoj)

- Poruchy attachmentu – nejistý, vyhýbavý (zhoršené navázání vztahu matka-dítě)
- Matka se cítí nekompetentní k péči, je celkově nejistá
- Horší péče o miminko, s tíží potíží roste riziko zanedbání
- Častější návštěvy na UP s miminkem (častější úrazy)<sup>9</sup>
- Negativně hodnotí projevy dítěte

## Následky neléčené nemoci na dítě

- Větší nemocnost - častější průjmy (hlavně kolem 3. měsíce), častější koliky. Bolestivější reakce po očkování, častější horečnatá onemocnění
- 2x vyšší pravděpodobnost úmrtí
- Horší spánek (častější probouzení), zhoršuje se s tíží deprese
- Zhoršený motorický vývoj
- Horší jemná motorika
- Kognitivní vývoj zhoršený, horší školní výsledky

## Narušený emocionální vývoj

- Úzkostnější
- Hůř reagují na společnost
- Celkově častější poruchy emoční regulace, náročnější temperament

Vyšší pravděpodobnost úzkosti a deprese v 18i letech (9)

Pomoc odborníků vyhledá jen 25 % psychicky trpících matek. (10) Navzdory tomu se psychický stav maminek v ČR plošně nesleduje.

Dobrovolnická organizace Úsměv mámy a NUDZ ve spolupráci v pilotním programu otestovala efekt scree-



ningu v porodnicích s automatickým vyhodnocením a kontaktem na dobrovolnickou organizaci UM (Úsměv mámy). Screening byl úspěšný a postupně se rozšiřuje i na další porodnice (t.č. probíhá ve dvaceti), ale zatím nejsou navýšené kapacity psychiatrických ambulancí.

### Zahraníční výzkum

Peer podpora snižuje pravděpodobnost PPD a intenzitu úzkostné a depresivní symptomatologie.<sup>10</sup> Výsledky českého výzkumu se zpracovávají.

### Plánování farmakoterapie v těhotenství

Zvažujeme:

#### 1) Vysazení?

Méně závažné úzkostné poruchy při současné psychoterapii

#### 2) Ponechání pro vysoké riziko relapsů:

- Bipolární porucha (relapsy u ¼ v graviditě, ½ po porodu)
- Schizofrenie (1/8 v graviditě, ¼ po porodu, 80 % po předchozí poporodní psychóze)
- OCD

#### 3) Nasazení?

- Anamnéza poporodní psychózy
- Anamnéza deprese (*relaps > 5 % v graviditě, 1/4 po porodu s medikací, 2/3 po porodu bez medikace*)

### Možnosti v ambulanci VPL

#### Vytipování rizikové matky (otce) - rizikové faktory:

Výskyt unipolární deprese kdykoliv před těhotenstvím (odds ratio, OR = 6,28; 95 % CI = 4,86–8,13)<sup>12</sup> a anamnéza premenstruačního syndromu či premenstruační dysforické poruchy (OR = 2,05; 95 % CI = 1,25–3,33).<sup>13</sup> Dalšími nezanedbatelnými rizikovými faktory jsou nepříznivá sociální situace či nedostatek opory ze strany otce dítěte. V poporodním období se ale zvyšuje také riziko vzniku deprese u otců. Dle metaanalýzy 43 studií se u 10,4 % mužů, kteří jsou nově otci, rozvine deprese, což je 2x více, než je populační riziko.<sup>14</sup>

#### Diagnostika:

Edinburská škála perinatální deprese (EPDS)

<http://sestinedelky.cz/dusevni-zdravi/poporodni-deprese/test-poporodni-deprese/> k prokliknutí

#### Beckova škála úzkostí

<https://www.psychiart.cz/testy/beck/>

#### Doporučení:

##### a) samoléčby:

Svépomocná aplikace s KBT prvky KOGITO, vyvinutá NUDZ přímo pro maminky

##### b) Peer podpory - dobrovolnická organizace Úsměv mámy (UM):

UM (<https://www.usmevmamy.cz>) se zabývá podporou žen, kterým do života vstoupily psychické obtíže v těhotenství nebo v období po porodu, a snaží se je nasměrovat na ověřené odborníky. Věnuje osvětovým aktivitám, společně s NUDZ se pokouší zavést screening psychických potíží v porodnicích, organizuje svépomocné podpůrné skupiny v různých městech, propojuje ženy se zkušeností. Na webu sdílí své příběhy a tipy, co pomohlo. Od roku 2020 provozuje i centrum v Praze (<https://www.centrum-um.cz/>), kde mnoho aktivit probíhá zdarma.

#### Psychoterapie

- nefarmakologická, bohužel akutně prakticky nedostupná, někdy v rámci krizové intervence

##### 1. Interpersonální

Vychází z psychoanalýzy, pomáhá pochopit souvislost minulých událostí a současných problémů, zdůrazňuje důležitost aktuálních sociálních faktorů a problémů ve vztazích.

##### 2. Psychoanalytická

Během psychoanalýzy dojde k náhledu na problémy v nevědomí a k uvědomění vnitřních psychických konfliktů.



### 3. Rodinná

Pracuje s celou rodinou (nebo alespoň s některými jejími členy) společně. Zaměřuje se na pomoc rodinám jako celku. Věří, že problém nepatří pouze jednotlivci, ale ovlivňuje celou rodinu jako systém.

### 4. Behaviorální

Zabývá se projevem psychických poruch v chování a metodou učení se je snaží odstranit. Říká, že pokud se změní chování, změní to intrapsychický problém.

### 5. Kognitivně-behaviorální

Tzv. expozice. Např. pacientka se sociální fobií je postupně vystavována svému strachu se zvyšující se intenzitou. Dále se pacientka učí, jak zvládat obtížné situace nejprve „nanečisto“ s terapeutem a později sama.

Výzkumy v oblasti psychoterapie dokazují, že při úspěšné léčbě nemá největší vliv metoda a techniky v ní použité, jako bezpečný a vřelý vztah mezi terapeutem a klientkou, což se nemusí napoprvé podařit.

## Farmakoterapie v těhotenství

### Anxiolytika:

- CAVE – hydroxyzin (Atarax) – teratogen u zvířat, vyhnout se, pokud to jde
- **Benzodiazepiny** snadno přestupují přes placentu:
- **Diazepam** se kumuluje v plodu
- **Oxazepam a Lorazepam** mají kratší poločas eliminace a nemají aktivní metabolity - lze použít

### Antidepresiva v těhotenství

- **Vrozené vady:** mírně zvýšené riziko malformací (TCA), zejména srdečních vad; existuje podezření u paroxetinu (srdeční vady, 1,5x více než ostatní AD); mimo TCA, SSRI a SNRI jen málo dat
- **Gynekologické komplikace:** dříve uváděno riziko spontánního potratu, riziko předčasného porodu (všechna AD, o 20 % ve srovnání s běžnou populací, ale novější studie SSRI ze Skandinávie nepotvrzují), nadměrné krvácení a anemie po porodu (zejména SSRI, 1.5x risk); mimo TCA, SSRI a SNRI jen málo dat
- **Novorozenecké komplikace:** cca u ¼ exponovaných

děti v prvních dnech: svalový třes, poruchy motoriky, dechová tíseň (zejména fluoxetin, venlafaxin, paroxetin) - syndrom z vysazení (pokud matka nekojí)

- **Výběr antidepresiv:** léky volby jsou **sertralin, citalopram, escitalopram, mirtazapin**; potenciálně rizikové jsou paroxetin, TCA; méně dat pro další antidepresiva (vortioxetin, agomelatin, imAO)

### Praxe psychiatrické léčby těhotných:

Neléčená duševní nemoc většinou větším rizikem než léčba

- Většina léků plod nepoškodí, rizika se mění v průběhu gravidity
- Ideálně monoterapie „starými“ léky /nefarmakologické intervence

### Farmakoterapie při kojení:

- dobře známý lék
- monoterapie
- nízká dávka

Expozice dítěte se snižuje v průměru o jeden řád oproti graviditě, tabulky bezpečnosti.<sup>15</sup>

### Kontrola vhodnosti léčiv na webu:

- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK501922/lactmed>
- Perinatal.cz

### Možnost konzultace s perinatální ambulancí NUDZ.

Perinatální ambulance Národního ústavu duševního zdraví v Klecanech poskytuje konziliární vyšetření v oblasti psychofarmakologie v graviditě a laktaci (pro informace kontaktujte ambulance@nudz.cz).

**Take Home Message:** Poporodní psychické potíže zažije skoro každá pátá žena a bez intervence pozvolna progredují. Praktický lékař může rizikovou ženu vytipovat podle závažnosti příznaků nabídnout kontakt na dobrovolnickou organizaci, doporučit psychoterapii nebo referovat psychiatrovi. V mezinárodním časopise může nasadit některé z léků s kojením slučitelných, např. sertralin. Když se rozhodneme psychiku maminek stabilizovat, zlepšíme kvalitu života a zdraví celé rodiny.

### Literatura:

1. <http://nadacesirius.cz/kviz/tabulka1/> Životní události způsobující stresovou zátěž u dospělých
2. NICE 2011, Jones et al, 2014
3. Horáková et al, 2022
4. 468 ČESKÁ GYNEKOLOGIE 2018, 83, č. 6
5. Šebela A., Hanka J., Mohr P. Etiologie, rizikové faktory a metody prevence poporodní deprese, 2018 [https://www.researchgate.net/profile/Antonin-Sebela/publication/328319111\\_Etiology\\_risk\\_factors\\_and\\_methods\\_of\\_postpartum\\_depression\\_prevention/links/5bc63bc0a6fdcc03c7893972/Etiology-risk-factors-and-methods-of-postpartum-depression-prevention.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Antonin-Sebela/publication/328319111_Etiology_risk_factors_and_methods_of_postpartum_depression_prevention/links/5bc63bc0a6fdcc03c7893972/Etiology-risk-factors-and-methods-of-postpartum-depression-prevention.pdf)
6. <https://www.perinatal>
7. Challacombe et al., 2013
8. Marečková et al 2022, Impact of Prenatal Stress on Amygdala Anatomy in Young Adulthood: Timing and Location Matter, Cognitive impairment and depression: Meta-analysis of structural magnetic resonance imaging studies
9. Justine Slomian, Germain Honvo, Patrick Emonts, Jean-Yves Reginster, Olivier Bruyère: Consequences of maternal postpartum depression: A systematic review of maternal and infant outcomes, 2019 (sagepub.com)
10. Sebel A, Byatt N, Formanek T, Winkler P. Prevalence of mental disorders and treatment gap among Czech women during paid maternity or parental leave. Arch Womens Ment Health. 2021 Apr;24(2):335-338.
11. <https://perinatal.cz/pro-odborniky/po-porodu/poporodni-deprese>
12. Guintivano J, Sullivan PF, Stuebe AM, et al. Adverse life events, psychiatric history, and biological predictors of postpartum depression in an ethnically diverse sample of postpartum women. Psychol Med. 2018; 48(7): 1190–1200.
13. Turkcapar AF, Kadioglu N, Aslan E, et al. Sociodemographic and clinical features of postpartum depression among Turkish women: a prospective study. BMC Pregnancy Childbirth. 2015; 15: 108–115.
14. Paulson JF, Bazemore SD. (2010). Prenatal and postpartum depression in fathers and its association with maternal depression. JAMA. 2010; 303(19): 1961–1969
15. Uguz F. A New Safety Scoring System for the Use of Psychotropic Drugs During Lactation. Am J Ther. 2021 Jan-Feb 01;28(1):e118-e126.

## ANTIDEPRESIVA A KOJENÍ

MUDr. Antonín Šebela, Ph.D.<sup>1,2</sup>; MUDr. Jan Hanka<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Národní ústav duševního zdraví, Klecany

<sup>2,3</sup> Lékařská Fakulta Univerzity Karlovy, Praha

Období těhotenství a po porodu je časem výzev pro všechny rodiče a narušení duševního zdraví situaci značně komplikuje. Deprese patří mezi nejčastější psychické poruchy, které mohou postihnout ženu po porodu. Rozhodování o farmakoterapii duševních poruch v těhotenství a v době kojení bývá v klinické praxi zdrojem nejistoty. Znalosti o bezpečnosti antidepresiv při kojení se však dynamicky vyvíjejí a dle současných znalostí máme na výběr z více antidepresiv, které jsou považovány za slučitelné s kojením.

Nové hodnocení bezpečnosti psychofarmak v laktaci bylo publikováno v roce 2021 a vychází ze studií publikovaných v letech 1995 - 2017 (Uguz, 2021).

Hodnotící systém se skládá z následujících 6 parametrů a psychofarmaka jsou hodnocena na škále 0 - 10 bodů, kde nula odpovídá nejnižší bezpečnosti a deset bodů nejvyšší bezpečnosti. Podrobnější informace viz Tabulka 1, Tabulka 2 a Tabulka 3.

**Tabulka 1. Skórovací systém bezpečnosti psychofarmak při kojení**

<p><b>A. Celkový počet dětí exponovaných psychofarmaku cestou mateřského mléka</b></p> <p><b>0 bodů:</b> data nejsou dostupná  <b>0,5 bodu:</b> ≤ 5  <b>1 bod:</b> 6 - 15  <b>1,5 bodu:</b> 16 - 50  <b>2 body:</b> 51 - 100  <b>2,5 bodu:</b> 101 - 200  <b>3 body:</b> &gt; 200</p>	<p><b>B. Maximální popsaná relativní dávka psychofarmaka u kojení</b></p> <p><b>0 bodů:</b> data nejsou dostupná nebo &gt; 25% dávky ženy  <b>0,5 bodu:</b> 10,1 % - 25,0 % dávky ženy  <b>1 bod:</b> 6,1 % - 10,0 % dávky ženy  <b>1,5 bodu:</b> 2,1 % - 6,0 % dávky ženy  <b>2 body:</b> 0 % - 2,0 % dávky ženy</p>	<p><b>C. Velikost souboru pro výpočet relativní dávky psychofarmaka u kojení</b></p> <p><b>0 bodů:</b> data nejsou dostupná  <b>0,5 bodu:</b> 6 - 15  <b>1 bod:</b> ≥ 15</p>
<p><b>D. Plazmatické hladiny psychofarmaka u kojení</b></p> <p><b>0 bodů:</b> data nejsou dostupná nebo bylo psychofarmakum detekováno u všech kojenců jemu vystavených  <b>0,5 bodu:</b> hladina psychofarmaka byla pod detekčním limitem u ≤ 50 % kojenců  <b>1 bod:</b> hladina psychofarmaka byla pod detekčním limitem u &gt; 50 % kojenců</p>	<p><b>E. Výskyt jakéhokoliv nežádoucího účinku u kojení</b></p> <p><b>0 bodů:</b> data nejsou dostupná nebo u &gt; 25 % kojenců  <b>0,5 bodu:</b> data jsou limitována (celkový počet exponovaných kojenců &lt; 10), ale bez výskytu nežádoucího účinku nebo 15,1 % - 25 %  <b>1 bod:</b> výskyt u 5,1 % - 15 % kojenců  <b>2 body:</b> výskyt nepopsán nebo popsán u ≤ 2 % kojenců</p>	<p><b>F. Výskyt závažného nežádoucího účinku u kojení vyžadujícího intervenci</b></p> <p><b>0 bodů:</b> data nejsou dostupná nebo popsán závažný nežádoucí účinek u kojení  <b>0,5 bodu:</b> data jsou limitována (celkový počet exponovaných kojenců &lt; 10), ale bez výskytu nežádoucího účinku  <b>1 bod:</b> výskyt nebyl popsán</p>

**Tabulka 2. Slovní hodnocení celkového skóre**

### 8,6 - 10, 0 bodů:

Psychofarmaka dosahující tohoto skóre mají velmi dobrý bezpečnostní profil při kojení. Riziko nežádoucích účinků u kojení je nízké. Tyto psychofarmaka jsou silně považována za slučitelná s kojením.

### 7,1 - 8,5 bodů:

Psychofarmaka dosahující tohoto skóre mají dobrý bezpečnostní profil při kojení. Riziko nežádoucích účinků u kojení je nízké. Tyto psychofarmaka jsou považována za slučitelná s kojením.

### 5,1 - 7,0 bodů:

Psychofarmaka dosahující tohoto skóre mají středně dobrý bezpečnostní profil při kojení. Riziko nežádoucích účinků je střední, ale nejsou očekávány závažné nežádoucí účinky. Tyto léky je možné po vyhodnocení rizik užívat v kojení.

### 3,1 - 5,0 bodů:

Psychofarmaka dosahující tohoto skóre mají nízký bezpečnostní profil při kojení. U těchto léků byly popsány relativně často nežádoucí účinky u kojenců, nebo o nich nemáme data. Užívání těchto psychofarmak v kojení je možné, ale s opatrností. Psychofarmaka s této kategorie by měly být užívány, jen pokud není dostupná bezpečnější volba a jejich případný benefit převyšuje rizika.

### ≤ 3 body:

Psychofarmaka s této skupiny mají velmi nízký bezpečnostní profil při kojení. U těchto léků nemáme dostatek dat o bezpečnosti, nebo byly popsány velké expozice léku kojenci a/nebo častý výskyt nežádoucích účinků. Užívání těchto léků během kojení není doporučováno.

**Tabulka 3. Bezpečnostní skóre a profil antidepresiv užívaných při kojení**

Parametr	A	B	C	D	E	F	Celkem bodů
<b>Antidepresivum</b>							
sertralín	3,0	1,5	1,0	1,0	2,0	1,0	9,5
paroxetin	3,0	1,5	1,0	1,0	1,5	1,0	9,0
citalopram	2,5	1,5	1,0	1,0	1,0	1,0	8,0
venlafaxin	1,5	1,0	1,0	0,5	2,0	1,0	7,0
amitriptylín	1,5	2,0	0	1,0	1,5	1,0	7,0
fluoxetin	3,0	0,5	1,0	0,5	1,5	0	6,5
escitalopram	1,5	1,0	0,5	1,0	1,5	0	5,5
mirtazapín	1,0	1,5	0,5	0,5	1,0	1,0	5,5
klomipramín	1,0	1,5	0	1,0	0,5	0,5	4,5
bupropion	1,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	4,0
trazodon	1,0	2,0	0	0	0,5	0,5	4,0

Literatura:

Uguz F. A New Safety Scoring System for the Use of Psychotropic Drugs During Lactation. Am J Ther. 2021 Jan-Feb 01;28(1):e118-e126.

# Žena zdravotnice v praktické medicíně – z pohledu (nejen) zaměstnavatele



**MUDr. Kateřina Javorská**

praktická lékařka, Nové Město nad Metují

Souhrn sdělení na XLIII. Výroční konferenci ve Zlíně ve dnech 8.–11. 11. 2023

Ženy mají v primární péči stále rostoucí a významnou roli. Jejich zastoupení se ve zdravotnickém sektoru v průběhu času stále zvyšuje. Pracují převážně jako sestry či lékařky, ale také v různých dalších zdravotnických oborech, výzkumu a výuce.

Matky pečující o malé děti, které si nemohou dovolit pracovat na plný úvazek zůstávají se svými dětmi doma déle, než je obvyklé v porovnání s jinými státy, a chybí tak na pracovním trhu. Česká republika má nejmenší podíl pracujících žen, které se starají o děti ve věku 0–2 roky v EU. Práce na částečný úvazek se u nás ve větší míře nepodporuje viz grafy OECD.

Zdravotnictví je podle socioložky PhDr. Lenky Simerské poslední baštou socialismu.

Alespoň částečné zapojení žen by přitom nejen v našem oboru zvýšilo pracovní kapacity a přispělo k řešení personální krize. Lékařkám, ale také sestřím, schází i další podpora ze strany zaměstnavatele, která by jim mohla pomoci se vrátit do práce dříve po narození potomků, než za 3 roky po ukončení rodičovské dovolené. A jsou to zařízení pro hlídání dětí, zejména školky, dětské nebo sousedské skupiny.

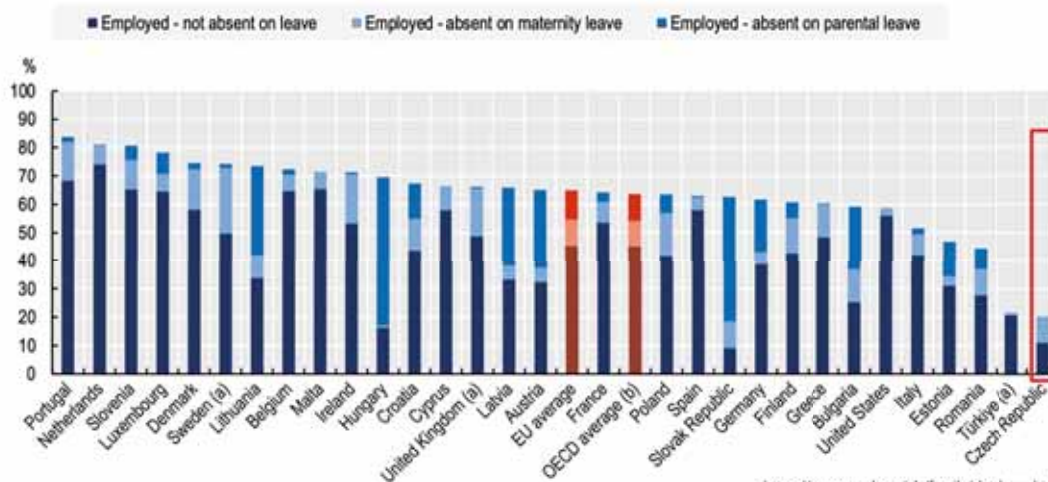
Fakt, že nejsou dostupné hlídací kapacity pro děti, ženy bohužel brzdí i v dalším profesním rozvoji a investice vložená do jejich vzdělání se společnosti nevrací. Náměstkyně ministra práce z Ministerstva práce a sociálních věcí paní Šárka Jelínková všem účastníkům na slavnostním zahájení zlínské konference přednesla, jaké existují možnosti ohledně zajištění hlídání dětí a jaké projekty pro vznik např. dětských skupin jsou nyní ze strany MPSV podporovány (více na [www.mpsv.cz/narodni-plan-obnovy](http://www.mpsv.cz/narodni-plan-obnovy), [www.mpsv.cz/detske-skupiny, npo.detskeskupiny@mpsv.cz](mailto:www.mpsv.cz/detske-skupiny, npo.detskeskupiny@mpsv.cz)).

Na konferenci taktéž zazněla problematika gender pay gapu (GPG). Proč ženy nedostávají za stejnou práci stejné ohodnocení?

Rozdíl ve výdělcích žen a mužů za stejnou práci (GPG) činí v České republice cca 16,4 % za rok 2020 a patří mezi nejvyšší ze zemí EU. Průměr EU je 13 %. Více informací je k dispozici na webu [www.rovnaodmena.cz](http://www.rovnaodmena.cz).

**Chart LMF1.2.F. Employment rates for women with children aged 0-2, by maternity/parental leave status, 2021 or latest available year**

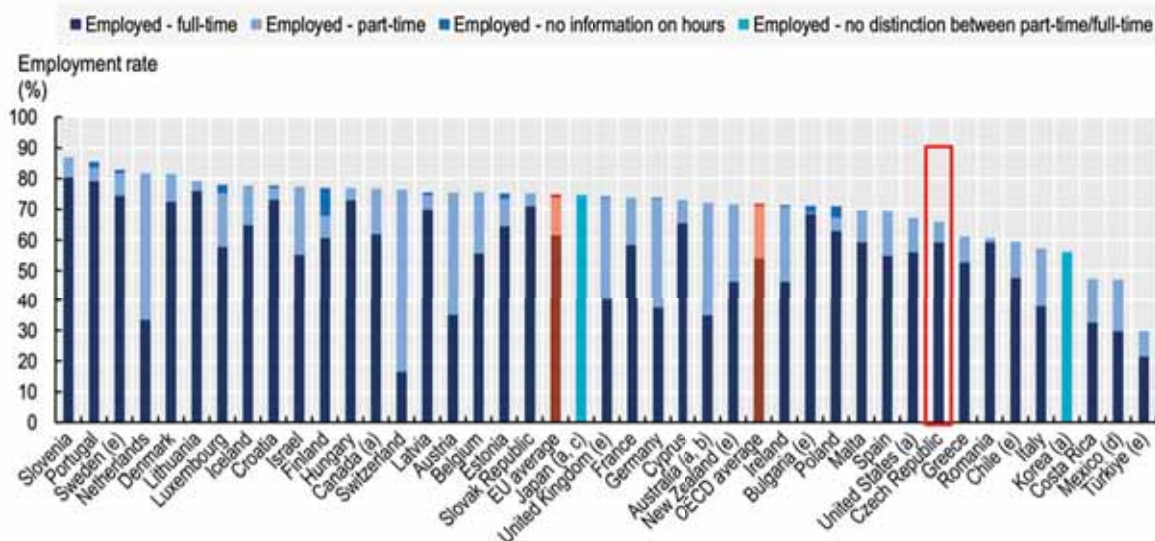
Employment rates (%) for women (15-64 year-olds) with at least one child aged 0-2, by maternity/parental leave status



<https://www.oecd.org/els/family/database.htm>

Chart LMF1.2.A Maternal employment rates, 2021 or latest available year

Employment rates (%) for women (15-64 year-olds) with at least one child aged 0-14, by part-time/full-time status



Ve zdravotnictví jsou nespravedlivě odměňovány ženy na všech pozicích, nejhůře jsou na tom ženy – manažerky v nemocnicích. Obor všeobecné praktické lékařství má jednu velkou výhodu v tom, že zdravotní pojišťovna nezohledňuje, jestli uzavírá smlouvu s provozovatelem nestátního zdravotnického zařízení, lékařem mužem nebo lékařkou ženou. Rozdíly ale existují při zaměstnaneckém poměru, obzvlášť pokud se jedná o zaměstnané ženy – sestry ve VPL, které v porovnání se státní sférou pobírají nižší mzdu viz graf 8 z dat ČSÚ z údajů Strukturální mzdové statistiky.

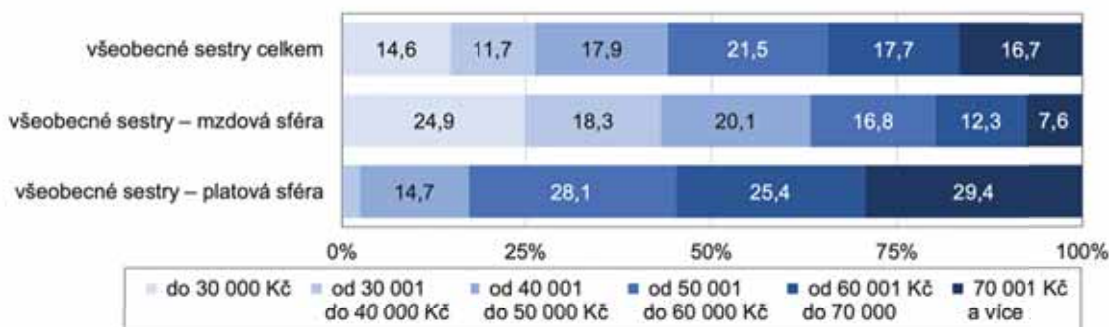
Čeká nás spousta další práce a vysvětlování, proč má cenu 50 % populace podporovat a brát ve 21. století vážně. Za úvahu by stála podrobnější analýza personálních kapacit ve zdravotnictví z pohledu genderu. Snahy o podporu rovnosti a odstranění překážek pro ženy

v medicíně mohou přinést výhody nejen pro jednotlivce, ale i pro celkový rozvoj zdravotnictví.



Mzdy ve zdravotnictví

Graf 8: Podíly všeobecných sester v pásmech hrubých měsíčních mezd podle sféry působení v roce 2021 (v%)



Zdroj: ČSÚ podle údajů ze Strukturální mzdové statistiky

# Léčba katarakty: Jaké jsou nejčastější obavy pacientů?

Katarakta je stále hlavní příčinou zhoršení zrakových funkcí, respektive slepoty na světě. Toto oční onemocnění lze řešit pouze chirurgicky, což s ohledem na vysoké finanční náklady celosvětově limituje dostupnost terapie. Jaké jsou současné standardy léčby katarakty v Česku? A jaká je informovanost pacientů o možné prevenci, rizicích i možnostech léčby?

## Pacienti odkládají diagnostiku a mají obavy z léčby

Léčba katarakty je stále opředena řadou mýtů. Pacienti často žijí v mylné představě, že se toto oční onemocnění týká pouze starých osob. Ovšem faktem je, že výjimkou nejsou ani nemocní ve věku okolo 40–50 let. Neřešené obtíže pak některé jedince výrazně omezují v každodenním životě, zakalené a neostře vidění mimo jiné ovlivňuje jejich řidičské schopnosti.

Pacienti se také často obávají bolesti způsobené chirurgickým zákrokem. Chybí všeobecné povědomí o tom, že jde o miniinvazivní bezbolestný výkon, který je navíc v Česku prováděn velmi často – celkem se uskuteční více než 100 tisíc operací ročně. Další obvyklé obavy pramení z délky rekonvalescence, ovšem i ta bývá bezproblémová a rychlá. Většina pacientů vidí dobře již druhý den po operaci a k úplné stabilizaci vidění dochází zpravidla do měsíce.

## Příčiny a rizikové faktory

Příčin vzniku katarakty je mnoho. Nejčastěji jde o tzv. nekomplikovanou senilní kataraktu související se stárnutím čočky. Způsobena může být také metabolickým, systémovým či očním onemocněním (pigmentová retinopatie, uveitida), případně v důsledku mechanických a chemických traumat nebo dlouhodobého užívání léků (např. kortikosteroidů). Vzniknout může i po jiném oftalmologickém zákroku (trabekulektomie, operace odchlípené sítnice), v souvislosti s refrakčními vadami (zejména vysokou myopií), vlivem slunečního a ionizujícího záření a zvláštní skupinou jsou potom vrozené katarakty.

Významnými rizikovými faktory jsou kouření a alkoholismus. Z toho pak vycházejí i doporučení ohledně možné prevence katarakty – jde zejména o ochranu před UV zářením, zanechání kouření, alkoholovou abstinenci či střídmost, dále je doporučována kvalitní výživa a optimální pitný režim.

## Možnosti léčby

Metodou léčby katarakty je výhradně chirurgický výkon, při kterém je z pacientova oka vyňata jeho přirozená čočka a nahrazena čočkou umělou.

Primární indikací je porucha zraku a subjektivní obtíže pacienta v důsledku zákalu čočky, které negativně ovlivňují kvalitu jeho života. Mezi další indikace patří mj. anizotropie, zákal čočky bránící optimálnímu vyšetření nebo typy léčby, jako je fotokoagulace sítnice, pars plana vitrektomie, dále čočka indukující uzávěr komorového úhlu, fakolytický glaukom a další. Aby bylo dosaženo optimální kooperace refrakce operovaného oka, oftalmolog před výkonem změří biometrii, s jejíž pomocí se stanoví správná optická mohutnost umělé nitrooční čočky, která bude pacientovi implantována.

Pokud jde o samotnou operaci, za lege artis se považuje co nejšetrnější odstranění čočkového jádra a čočkových hmot a zároveň zachování podstatné části pouzdra čočky s implantací umělé čočky do kapsulárního vaku. Tomuto principu vyhovuje technika ultrasonické fakoemulzifikace, další variantou je použití femtosekundového laseru. Operační technika pak může být modifikována podle nitroočního nálezu u pacienta, stejně tak typ použité čočky. V současné době jsou kromě standardních monofokálních sférických čoček na trhu k dispozici i různé prémiové čočky určené napříkld k současné korekci refrakčních vad.

Komplikace operace katarakty vedoucí ke ztrátě vizu jsou vzácné.

Zdroj:

<https://www.prolekare.cz/novinky/lecba-katarakty-jake-jsou-nejcastejsi-obavy-pacientu-135605>

# Na selhání srdce upozorní rychlý test z krve – provádí jej praktik, internista a kardiolog



Už z malého vzorku krve mohou lékaři zjistit, jestli za zdravotními potížemi jejich pacientů nečíhá srdeční selhání. Pokud totiž tento životně důležitý orgán není v pořádku, začne produkovat specifický hormon.

Zvýšená přítomnost tohoto hormonu v krvi znamená, že člověk s velkou pravděpodobností trpí srdečním selháním. Test může nyní provést praktický lékař, internista a kardiolog, a to rovnou u sebe v ordinaci nebo s pomocí externí laboratoře. V Česku trpí selháním srdce statisíce lidí, desítky procent o tom neví.

*„Testování markeru je jednoduché a praktické ve chvíli, kdy je třeba rychle potvrdit, nebo vyloučit, jestli za potíže pacienta nemůže právě srdeční selhání. Pokud je hodnota označující přítomnost hormonu zvaného mozkový natriuretický peptid (BNP) v krevní plazmě vysoká, pak je třeba poslat pacienta k nám-specialistům pro další vyšetření a případně nasazení léčby,“* vysvětluje **prof. MUDr. Aleš Linhart, DrSc., FESC**, přednosta **II. interní kliniky kardiologie a angiologie VFN v Praze**.

K testování hormonu (peptidu NT-proBNP) přistupují praktičtí lékaři ve chvíli, kdy si pacient stěžuje na dušnost, otoky nohou a je unavený. *„Na srdeční selhání musíme myslet například u pacientů s cukrovkou, vysokým krevním tlakem nebo s chronickým onemocněním ledvin a také u obézních. Stanovení hladiny peptidu v krvi nám pomáhá při diferenciální diagnostice, kdy potřebujeme rychle určit, co našeho pacienta trápí. Řada praktických lékařů už má v ordinaci přístroj, s jehož pomocí lze NT-proBNP změřit hned na místě, u přístroje je ale nutné provádět pravidelně kontrolu kvality testování,“* upozorňuje praktická lékařka a členka výboru **Společnosti všeobecného lékařství MUDr. Ludmila Bezdíčková**. Připomíná, že pokud praktik posílá pacienta kvůli podezření na srdeční selhání ke kardiologovi, měl by do zprávy naměřené hodnoty NT-proBNP zaznamenat, aby z těchto výsledků mohl vycházet. Hodnotu hormonu v krvi může podle **prof. Linharta** zkrátit i obezita. *„Rozhodně však platí, že vyso-*

*ké hodnoty peptidu značí vysoké riziko srdečního selhání. Pacient by měl podstoupit další vyšetření srdce, například ultrazvuk, abychom přišli na přesnou příčinu jeho obtíží a podle toho mu nasadili správné léky. Jsme pro, aby se měření provádělo častěji než doposud, protože může přispět k odhalení srdečního selhání tam, kde se skrývá za jiné nemoci typu únavový syndrom nebo diabetes. Kromě nás – praktiků a internistů – bychom uvítali, aby jej mohli provádět i diabetologové právě kvůli tomu, že srdeční selhání cukrovku 2. typu často provází,“* doplňuje **prof. Linhart**.

Test z krve může lékařům naznačit, zda je člověk, který už se se srdečním selháním léčí, kompenzovaný, tedy jestli léčba zabírá, jak má. Pokud by to tak nebylo, hodnoty peptidu „skočí“ nahoru. *„Takové pacienty umíme sledovat, a uvolnit tak specialistům ruce pro řešení komplikovaných případů. A také samotným pacientům usnadnit přístup ke zdravotní péči,“* dodává **MUDr. Bezdíčková**.

Měření peptidu z krve by se mělo dostat i do právě tvořeného Národního kardiovaskulárního plánu. *„Pracujeme na tom, aby se test NT-pro BNP stal standardní součástí laboratorních odběrů prováděných při preventivní prohlídce všem pacientům od 55 let a rizikovým jedincům, zejména kuřákům s dýchacími problémy a obézním, už ve věku mladším,“* říká předseda **Sdružení praktických lékařů MUDr. Petr Šonka**.

Vysoká hodnota natriuretického peptidu zároveň může poukazovat na plicní hypertenzi, chronickou bronchitidu, astma nebo na nemocné ledviny – proto je třeba příčinu řádně vyšetřit odborníkem.

Choroby srdce jsou nejčastější příčinou úmrtí v Česku, v případě srdečního selhání experti přesný počet pacientů neznají, nicméně výskyt odhadují na 3 % populace. Každoročně dalších asi 40 000 nemocných přibude. Přibližně 50 % pacientů se srdečním selháním do 5 let po diagnóze zemře. Selhání srdce je často spojeno i s jinými chorobami, jako jsou diabetes 2. typu a onemocnění ledvin. Kardiologové mají k dispozici řadu moderních léčebných postupů a léků, například tzv. glifloziny, které postup nemoci zpomalují a snižují riziko toho, že pacient bude muset pro zhoršení srdeční činnosti do nemocnice.

Zdroj:

<https://terapie.digital/medicina/aktuality-z-mediciny/na-selhani-srdce-upozorni-rychly-test-z-krve-provadi-jej-praktik-internista-a-kardiolog.html?authToken=null#>

# Ztrácí opravdu medicína prestiž kvůli ženám?

**„Medicína ztratila určitou prestižnost ve společnosti. V šestém ročníku na 1. lékařské fakultě, která je největší, je jenom jedna třetina mužů a dvě třetiny žen,“ prohlásil před pár dny v České televizi Pavel Pafko, emeritní přednosta třetí chirurgické kliniky první lékařské fakulty a Fakultní nemocnice Motol. Jeho výrok vyvolal vlnu nevole především na sociálních sítích, upozornil ale na důležitý fakt: medicína se feminizuje, jak v Česku, tak v EU. I proto je potřeba řešit překážky, kterým musejí ženy čelit, i jejich potřeby, píše ve svém komentáři praktická lékařka Kateřina Javorská.**



Foto: Česká televize

Žen v medicíně přibývá. V roce 2020 bylo absolventek lékařských fakult v České republice 60 %, což je číslo téměř shodné s průměrem EU. V roce 2021 bylo všeobecných praktických lékařek 65,7 %. Je ale vysoký podíl žen v medicíně problém?

Má na ně být nejen v případě vstupních pohovorů nahlíženo jako na znevýhodněné kvůli pohlaví, reprodukčnímu postavení a zažitému společenskému stereotypu role pečovatelek o rodinu a domácnost? Do jaké míry představuje pro ženy-lékařky zátěž kariéra, péče o děti a rodinu a je možné obě tyto pole působnosti efektivně skloubit, případně co je pro to zapotřebí udělat?

Profese jako lékařství jsou považovány za stěžejní v sociálním, vědeckém a ekonomickém rozvoji celé společnosti. I průzkumy ukazují, že medicína rozhodně svoji prestiž neztrácí. Lékařská profese se podle šetření Centra pro výzkum veřejného mínění z roku 2019 umístila na prvním místě, s více než desetibodovým odstupem následují vědci spolu se zdravotními sestrami.

Nebudu ale zastírat, že někteří, zejména mužští kolegové zvyšující se zastoupení žen v medicíně jako problém vidí. Problém by ovšem nastal, kdyby ženy v medicíně nebyly. A to nejen proto, že je jich více než mužů. Jejich pracovní zvyklosti se totiž dají pokládat za specifické, a proto by bylo dobře tento potenciál lépe využít.

Pro účely zahájení diskuse na toto téma v našich odborných kruzích jsem vloni provedla interní dotazníkové šetření, kterého se zúčastnilo 216 žen – praktických lékařek – v pěti věkových kategoriích od 25 let do 65 let a starších. Otázky byly mimo jiné zaměřené na diskriminaci kvůli pohlaví během studia medicíny či během kariéry a dále, zda by ženy uvítaly podporu v předtestační přípravě či během tzv. „kritických“ období (těhotenství, porod, kojení, mateřská a rodičovská dovolená), během své rané i pozdní kariéry a jestli nějakým způsobem vnímají fakt, že jako ženy mohou být pro obor všeobecné praktické lékařství přínosem.

MUDr. Kateřina Javorská

Zdroj:

<https://www.heroine.cz/spolecnost/problem-by-nastal-kdyby-zeny-v-medicine-nebyly-rika-prakticka-lekarka-katerina-javorska>

inzerce

Prodám praxi VPL v okr. Hodonín, Kyjovsko. 2 tis. pacientů, smlouvy se všemi pojišťovnami, nadstandardní vybavení, cena 750 tis. Kč. Možnost prodeje na splátky, HPP s podílem na obratu, vše o domluvě.  
K dispozici obecní byt. **Tel.** 733565357, **email:** macek.krystof@outlook.cz”

# EUROSON 2023 Riga

## – zpráva z konference

MUDr. David Halata, MUDr. Dušan Zhoř  
Pracovní skupina pro ultrazvuk v primární péči SVL ČLS JEP  
Všeobecní praktiční lékaři v Hošťálkové a Kyjově



Konference Evropské federace společností pro ultrazvuk v medicíně a biologii EFSUMB je největším odborným setkáním věnovaným ultrazvuku na evropském kontinentu. V letošním roce se hostitelem stala lotyšská Riga.

Program konference čítal řadu paralelních sekcí, z nichž téměř celou dobu konference byla vždy alespoň jedna z nich věnována Point-of-Care ultrasonografii (POCUS). Zaměřili jsme se především na částí programu zaměřené na použití ultrazvuku v primární péči.

Přesné místo použití POCUS praktickými lékaři si v posledních letech hledalo svou vlastní cestu, nicméně právě konference v Rize se stala pomyslným přelomem, který vedl k prvnímu mezinárodnímu konsensu dalšího směřování. Směr evropského i světového vývoje je nyní více než zřejmý. Pro řadu kolegů různých specializací v Česku může být velmi překvapivý.

POCUS je ultrazukové vyšetření prováděné klinikem přímo v průběhu vyšetření pacienta. Svým rozsahem respektuje časovou délku běžného klinického vyšetření. Zvyšuje přesnost vyšetření a stanovení diagnózy, zlepšuje směřování pacienta a redukuje využití dalších zdrojů v systému zdravotní péče (např. zkrácením času diagnózy, nutnost dalších vyšetření). POCUS vyšetření se zaměřuje na specifické klinické výkony (např. punkce jehlou pod UZ kontrolou) nebo na zodpovězení cílené klinické otázky (např. má pacient volnou tekutinu v dutině břišní?). Neslouží tedy k podrobnému popisu zobrazovaných orgánových regionů nebo systémů. Interpretace POCUS vyšetření může být provedena pouze jako součást celkového klinického vyšetření se znalostí anamnézy a dalších diagnostických metod. POCUS nález sám o sobě nevede k jednoznačnému

diagnostickému závěru. POCUS rozhodně nenahrazuje tradiční ultrasonografické vyšetření.

**Dr. Mateusz Kosiak**, leader implementace POCUS ve VPL v Polsku, se v úvodu své přednášky zamyslel nad velmi kritickým přístupem přijímání POCUS v ordinacích VPL širokou odbornou veřejností a často nesmyslným zpátečnictvím. „Mám velké pochybnosti, jestli se použití této metody někdy dostane do běžné praxe praktického lékaře. Navzdory velké hodnotě a přínosu, protože jeho prospěšné použití vyžaduje mnoho času a přináší nemalé potíže pacientovi i praktikovi...“, Sir John Forbes v roce 1834 v London Times popisuje svůj pohled na rutinní zavedení použití fonendoskopu a askultace do běžné klinické praxe.

V současnosti běžné vyšetření pacienta zahrnující ultrazukové vyšetření představuje návštěvu u všeobecného praktického lékaře, odeslání k ultrazukovému vyšetření, konzultaci výsledku praktickým lékařem a eventuální odeslání k další péči navazujícím specializacemi, tedy minimálně 4 kontakty se zdravotním systémem a vyšetření třemi lékaři. V blízké budoucnosti bude vyšetření pacienta u praktického lékaře zahrnovat POCUS a počet kontaktů tak bude u části klinických jednotek limitován na 1-2 kontakty se systémem zdravotní péče a 1-2 lékaře. „Hlavní místo pro POCUS je tam, kde se provádí rozhodnutí, která jsou zásadní pro pacienta.“ Použití POCUS tak vede k zvýraznění role primární péče, redukuje zbytečné odeslání pacienta na radiologické a ultrasonografické vyšetření, spotřebuje méně zdravotního personálu k vyřešení diagnostického problému.

Odůvodňuje též potřebu ultrazvuku v ordinacích VPL. „Primární péče není stejná jako před 20 lety, máme starší pacienty, více patologií, více nemocných, potřebujeme narůstající efektivitu péče.“

Zdůrazňuje základní omyly, které o POCUS často slyší napříč specializacemi lékařů a též mezi VPL – POCUS nenahrazuje klasickou ultrasonografii, POCUS nesnižuje kvalitu ultrazukového vyšetření, pokud jsou při jeho použití dodržována základní pravidla, která jsou však rozdílná oproti klasické ultrasonografii. Ultrasonografické vzdělávání proto nelze použít pro POCUS a jen je přenést.

Pro praktického lékaře zůstává středem zájmu pacient v celkovém pohledu. Další metody jen rozšiřují spektrum dostupných vyšetření. „POCUS is just a tool, never the main aim.“

**Prof. Camilla Aakjaer Andersen** z Dánska je dnes jednoznačným leaderem rozvoje POCUS ve VPL v Evropě. V jednom z několika svých sdělení se zaměřila na otázku přínosů a výzev v použití POCUS v primární péči.



Užívání POCUS mezi VPL narůstá, nicméně evidence base použití POCUS v rukou VPL je stále velmi chudá a VPL jsou nuceni objevovat nové cesty a oblasti. „*POCUS je proces, všichni se učíme celý život, dovednosti VPL se vyvíjejí a s tím se vyvíjí celá metoda.*“

VPL používají ultrazvuk jinak než všechny ostatní specializace. Čas klinické konzultace VPL je omezený. Dostupnost supervize POCUS nálezů zkušenými kolegy je velmi malá, lékař se musí naučit věřit svým nálezům v podstatě sám. VPL pečují o pacienty velice širokého klinického spektra, řada klinických nálezů se vyskytuje v nízké frekvenci. Nízká pravděpodobnost výskytu některých nemocí a nízký počet pacientů s danou diagnózou může vést k problémům se spolehlivostí komplikovaných ultrazvukových vyšetření. „*Potřebujeme se zaměřit na jednoduché klinické otázky. Vyšetření musí být jednoduchá, přesně zacílená, časově přívětivá, často opakovatelná... Spolehlivost vyšetření je spojena s frekvencí jednotlivých vyšetření.*“

Přínos POCUS v ordinaci VPL považuje za neodiskutovatelný. Uvádí vlastní studii, v které POCUS v rukou VPL změnil diagnózu v 49 % vyšetření, u 51 % vedl ke změně směřování pacienta, u 27 % změnil zásadně léčbu. V 80 % POCUS zvýšil důvěru VPL ve svou diagnostiku. Stejně tak je POCUS pozitivně vnímán pacienty. „*Pacienti POCUS vyšetření milují, 81 % považovalo výsledek vyšetření díky POCUS za lépe pochopitelný, 93 % celé vyšetření jako kvalitnější, 88 % za bezpečnější, u 73 % vedlo k větší důvěře ve vyšetření u VPL.*“

Základními otázkami tak zůstává přesné určení místa použití POCUS v primární péči, rozsahu jednotlivých vyšetření, nastavení pravidel, jak VPL vzdělávat a jak zajistit kvalitu.

**Dr. Christoph Dietrich ze Švýcarska** se zaměřil na popis určité živelnosti vývoje aplikace ultrazvuku praktickými lékaři. Popsal jej jako nový divoký západ v použití ultrazvuku, který však vedl k dnes již obecně uznávané tzv. demokratizaci ultrazvuku. Revoluci každodenní klinické praxe.

**Demokratizace ultrazvuku** je posunem paradigmatu použití ultrazvukové diagnostické metody v denní praxi – kdokoliv, kdekoliv, čímkoliv – návštěvy, ordinace, postranní čára sportovního hřiště, letadlo, loď... lékaři všech specializací, praktičtí lékaři, sestry, porodní asistentky, pacienti... screening, sledování chronických nemocí...

Studentům medicíny může pomoci lépe pochopit lidskou funkční anatomii, v nemocnicích bude UZ součástí běžného vybavení oddělení, u VPL součástí jejich návštěvní brašny, stejně jako u paliativních týmů domácích hospiců a sester domácí péče, jako pomůcka

porodních asistentek přinese prenatální ultrazvukové vyšetření i do rozvojových zemí. Pacienti se zapojí do self sledování svých chronických chorob, např. selhávání srdce či těhotenství (již používané v Holandsku, Izraeli)... Hlavní rizikem bude nadužití a určitá degenerace široce dostupné metody.

Upozorňuje, že POCUS versus tradiční ultrasonografie vyžaduje rozdílný způsob použití, a především zcela rozdílný způsob výuky. POCUS vyšetření popisuje jako „*kiss or kill*“, odpověď ano/ne, což je velmi jednoduché a složité zároveň. Zdůrazňuje nutnost volit jednoduché jednotky k vyšetřování a celkového zjednodušení. Pokládá otázku, zdali vůbec může rozvoji výuky VPL pomoci větší zapojení ultrasonografistů, kteří neznají specifika oboru VPL včetně použití ultrazvuku v něm.

Zamýšlí se nad úlohou rozvíjející se umělé inteligence, kterou vnímá jako budoucnost ultrazvuku, která změní celkový přístup k metodě a posílí směr demokratizace.

**Prof. Chistian Janssen z Německa** navázal na myšlenky dr. Dietricha. „*EFSUMB zatím podporoval úzké speciality, pro VPL neudělal tolik. Je potřeba nabídnout podporu rozvoje POCUS v primární péči.*“

Dnešní použití ultrazvuku v klinické medicíně má dva hlavní směry – 1) komplexní multiparametrické ultrazvukové vyšetření, zaměřené na komplexní popis jednotlivých systémů, limitováno použitím na radiologická oddělení, většinou používány velké přístroje, které jsou nákladné na finance a vyšetření nákladné na čas, dostupnost vyšetření je nižší, vyžaduje dlouhodobé a intenzivní vzdělávání. 2) Cílené Point-Of-Care ultrazvukové vyšetření (POCUS), používané přímo v prostředí pacienta jako součást klinického vyšetření, symbolem jsou přenosné ruční systémy, které jsou cenově přístupné, metoda je široce dostupná, méně komplexní, vzdělávání jednodušší, cílené.

„*Od stetoskopu, který umožnil slyšet co je uvnitř v těle, vývoj došel k echoskopu, který umožňuje vidět co je uvnitř v těle. Trvalo to jen 200 let...*“ Připomíná, že se nejedná o otázku jen posledních let. První přenosný UZ přístroj byl v USA představen v roce 1979... Přenosné ultrazvukové přístroje „do ruky“ otvírají nové a nové možnosti využití ultrazvuku. „*Ultrazvukově asistované klinické vyšetření pacienta je jednoznačnou budoucností a právě přenosné přístroje v ní sehrají klíčovou úlohu. Stetoskop byl symbolem lékaře v minulosti a částečně je ještě i dnes. Ultrazvuk bude bezpochyby symbolem lékaře v budoucnosti.*“

Upozorňuje též na základní nutnost správného zpracování informace, kterou vyšetřením získáme. „*Případná chyba není spojena s metodou ultrazvukem nebo pohmatem nebo poslechem, ale s tím, jak s danou informací/*

*nálezem naložíme...“*

Zamýšlí se nad riziky většího rozšíření ultrazvuku. Kde za velmi závažný problém považuje riziko spojené s falešnou pozitivitou, neočekávanými náhodnými nálezy, nesprávnému necílenému nadužití a produkce množství nechtěných informací. Zdůrazňuje, že lékař vždy má vědět, proč pacienta vyšetřuje a jaký smysl pro pacienta eventuální nález bude mít. Více vyšetřený pacient není automaticky lépe vyšetřený pacient.

*„Zkušený mentor je klíčovým bodem v použití POCUS. Může poskytnout znalosti, zkušenosti, kritické vedení a v neposlední řadě entuziasmus.“*

Zahájení příprav **EFSUMB curricula POCUS pro primární péči představila prof. Camilla Aakjaer Andersen** jako vedoucí pracovní skupiny zabývající se tímto úkolem.

Celosvětově chybí vzdělávací curricula POCUS pro VPL. Potýkáme se s chybějící standardizací, chybějícím mezinárodním konsensem rozsahu použití, máme řadu vzdělávacích programů, velkou variabilitu použití, extenzivní využití a aplikace v některých zemích a prakticky žádné využití v jiných zemích. Použití často závisí na osobě jednotlivého lékaře. V řadě zemí je POCUS používán velmi odlišně, přímý přenos zkušeností tak je velmi obtížný.

Výzvami zavedení metody jsou limity v dostupnosti konzultací nálezu dalšími kolegy, krátký čas vyšetření v ordinaci VPL (10–15 min.), nízká frekvence použití POCUS, obtížně se tak získává rutina a spolehlivost. Nízká prevalence patologií a práce s nevytříděnými pacienty mění celkový statistický přístup ke spolehlivosti. Ultrasonografisté a lékaři v nemocnicích pracují s výrazně tříděnými pacienty.

Použití POCUS v primární péči je rozdílné – potřeba rozdílné výuky pro lékaře první linie. Výuku by měli vést pro zachování bezpečnosti metody a spolehlivosti praktičtí lékaři, nikoliv ultrasonografisté.

Shrnuje 5 základních bariér většího využití POCUS VPL – čas konzultace s pacientem, chybějící adekvátní vzdělávací program, absence dostupnosti supervisorů, mentorů vzdělávání, absence klinických guidelines, finance a úhrada výkonu.

Spolu s EFSUMB proto byla zahájena příprava POCUS curriculum pro všeobecné praktické lékaře a ostatní lékaře první linie. Cílem je integrace POCUS do každodenní praxe, zaměření na časté klinické otázky u neselektovaných pacientů, vyšetření prováděná s relativně jednoduchými ultrazvukovými přístroji přímo v ordinaci, u pacienta doma, domově seniorů. Není a nebude designováno pro ultrasonografisty, jejichž

úkolem zůstane UZ vyšetření odeslaných pacientů na principu konzultace. Představení POCUS curricula je plánováno na rok 2025.

Dostupné POCUS curriculum dnes má jen USA. Další země rozvíjejí vlastní vzdělávací programy a kurzy – Dánsko (volitelný modul), Švýcarsko (volitelný modul, 13 klinických indikací), Polsko (základní a rozšířený kurz), UK (jednodenní kurz pro GPs), Austrálie (dvoudenní kurz), Česko (4 kurzy + teoretické webináře)...

**Obr. 1 prof. Camilla Aakjaer Andersen z Dánska se zástupci českých VPL.**



**Obr. 2 Mezi zajímavosti konference patřila robotická ultrazvuková ruka, umožňující telemedicínské ultrazvukové vyšetření. Produkt čínské společnosti v ceně 300 000 dolarů budil velký zájem účastníků konference, ani my jsme nedokázali odolat a ruku vyzkoušeli.**



Zajímavou částí programu byly studentské přednášky shrnující výuku POCUS na LF například v Německu, Polsku. Mezi zásadní obtíže výuky řadili studenti chybějící curriculum, rozdílné spektrum učitelů na jednotlivých LF: někde učí radiologové, jinde klinici nebo studenti učí studenty. Studenti především chtějí mít možnost se UZ učit již na LF.

Z řady ostatních téma nás zaujalo použití umělé inteligence (AI) v ultrazvuku. **Dr. Manjiri Dighe** z USA popsal pojem strojové učení, kdy AI je použita k vývoji a trénování softwarových algoritmů ve zpracování dat. Použití AI přinese v ultrazvukovém zobrazování a analýze dat revoluční změnu. Budoucností je práce s velkým množstvím dat. Přístrojové učení nahradí velkou část práce radiologů. Radiologové dnes věnují většinu své práce popisu digitalizovaných snímků, což je činnost velice lehce nahraditelná algoritmy AI. Obrovské sety dat v kombinaci se současnými výhodami počítačového vývoje velice rychle změni vývoj diagnostických metod. Algoritmy AI brzy zvýší lidskou přesnost vyšetření. Je třeba zodpovědět řadu etických a právních dilemat, např. kdo vlastní data, validace algoritmů a certifikace, odpovědnost za úspěch a selhání bude na člověku (radiolog), přístroji (PC) nebo algoritmu (vývojová společnost)? Přesto AI radiology nenahradí, nicméně práce radiologů se velice rychle změni.

*„Bezpečnost pacientů brzy výrazně obhájí větší použití algoritmů AI nad pouhým člověkem. Realisticky vzato, algoritmy nepotřebují spát, jejich přesnost je stejná ve 2 h*

*v noci jako v 9 h dopoledne. Algoritmy budou monitorovat a interpretovat měnící se fyziologická data, nahrazovat části anesteziologie a kritické péče. Časová osa těchto změn jsou roky, jednotky let, nikoliv dekády!“*

**Dr. Dovysas Matuliauskas** z Lotyšska očekává vývoj AI v ultrazvuku především v rámci POCUS, dlouhodobého sledování chronicky nemocných, v populačním screeningu. AI dokáže navést sondu UZ do správného postavení a zobrazení správné roviny, zpracuje obrázek a následně jej vyhodnotí. Do 10 let tak přenese použití ultrazvuku do primární péče, sestrám a lékárníkům.

**Dr. Peter Burns** z Kanady představil léčbu na principu sono porace, kdy dochází k rozpuštění obalu léčiva pomocí ultrazvuku. Což lze výhodně využít například k cílené protinádorové léčbě, léčbě chronických ran, přenosu léčiv přes hemaencefalickou bariéru apod.

Konference EUROSON 2023 celkově přinesla první mezinárodní konsensus v dalším postupu implementace POCUS v oboru VPL. Z českého pohledu je zásadní informací, že postup nastolený Pracovní skupinou pro ultrazvuk v primární péči SVL ČLS JEP v roce 2020 v rámci projektu POCUS iGP se ukázal jako směr budoucího rozvoje v rámci celé Evropy s podporou EFSUMB. Ustanovila se pracovní skupina pro tvorbu budoucího evropského vzdělávacího curricula POCUS pro VPL, do které jsme byli přizváni. V rámci kuloárních jednání se podařilo domluvit vědeckou mezinárodní spolupráci.

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

# Reportáž z 3. Euract lékařské výukové konference (Bled, Slovinsko 5.–7. 10. 2023)

MUDr. Jáchym Bednář, MUDr. Ludmila Bezdíčková, MUDr. David Macharáček, školitelé

Ve dnech 5. 10.–7. 10. 2023 se u jezera Bled ve Slovinsku 2 týdny po 32. ročníku Bledského výukového kurzu pro praktické lékaře-školitele a po pětileté pauze způsobené pandemií covidu-19 konala 3. lékařská výuková konference Euractu (Evropské akademie učitelů ve všeobecném praktickém a rodinném lékařství).

Jelikož se v komunitě praktiků v obou případech jednalo o výjimečná setkání svého druhu, přinášíme nyní reportáž i z druhé akce. Reportáž o Bledském kurzu jsme nabídli v minulém čísle časopisu Practicus. Za ČR se lékařské výukové konference zúčastnili školitelé **Jáchym Bednář, Ludmila Bezdíčková a David Macharáček**.

## Jáchym Bednář:

Lékařské výukové konference Euractu jsou vždy výjimečnou akcí pro učitele, školitele a mladé lékaře-školence v oboru všeobecné praktické lékařství v Evropě. Pro Euract je pořádání těchto konferencí spolu s pravidelnou organizací Leonardo kurzů stěžejní aktivitou.

**Hlavním cílem konference a zároveň i smyslem existence Euractu** (<https://www.euract.eu/>) je soustavně zlepšovat kvalitu vzdělávání, a tím podpořit rozvoj všeobecného praktického a rodinného lékařství v celé Evropě. Konference pomáhá výměně zkušeností, výukových znalostí a dovedností mezi různými státy v Evropě. Letošní konference byla teprve třetí v pořadí po historicky první konferenci v Dublinu (2016) a druhé v Lovani (2018), příští čtvrtá proběhne na jaře roku 2026. Přípravy na další konferenci již začaly, ale o místě pořádání další konference nebylo dosud rozhodnuto.

Konference u jezera Bled se zúčastnilo více než 180 lékařů z celé Evropy. Konala se pod záštitou EURACTU, je organizována a odborně dohlížena Radou Euractu, ve které má každá evropská země svého zástupce, a konkrétními pořadateli byli letos slovinští praktičtí lékaři-školitelé a jejich dvě sdružení (Slovinská asociace rodinných lékařů /ZZDM/ a Institut pro vývoj rodinné medicíny /ZRDM/). Slovinští kolegové jsou dlouhodobě velmi aktivní a jsou to ti samí, kteří každý rok organizují i Bledský kurz.

Lékařská výuková konference Euractu je příležitostí rozšířit si své profesionální kompetence, lékaři-školitelé si zde vyměňují své cenné zkušenosti s výukou, výzkumem a inovacemi v oboru, je zde prostor seznámit se s novinkami, nechat se inspirovat, sdílet společné výzvy, kterým my, praktici v Evropě, čelíme, akce je ideální příležitostí navázat kontakty, vytvořit si nová přátelství

a profesní partnerství či naplánovat společné projekty ve výuce.

Letošní výuková konference se nesla v duchu motto **„Surfing the waves of change in GP/GM education“** a snažila se reflektovat změny, které se udály v oboru od jara 2020, kdy vypukla pandemie Covidu-19, dále intenzivně reflektovala dopady ruské agrese na naše životy, životy našich pacientů, na migraci, práci a výuku, dotýkala se tématu emocionálních potřeb lékařů a pacientů v těžkých dobách či profesionální schopnosti dlouhodobě odolávat nepřízní.

**Žijeme v neustále se měnícím světě.** Změny se odrážejí ve všech oblastech našeho života, medicína je jen jednou z nich. Velká část znalostí, které naše mladé lékaře jako školitelé učíme, nebude možná za třicet let vůbec platit. Mnoho dovedností, které od studentů vyžadujeme, bude nahrazeno jinými dovednostmi, z nichž některé si ani neuvědomujeme či vůbec ani neumíme představit. Jako učitelé všeobecného praktického lékařství bychom měli umět naslouchat době, ve které žijeme, a rozpoznávat hlavní trendy v medicíně a ve společnosti. Pokud to dokážeme, můžeme se rozhodnout, co je a co není důležité učit budoucí praktické lékaře. Abychom se při hledání nového neztratili, je důležité, abychom si byli neustále vědomi základních stavebních prvků a hodnot, které tvoří a definují náš obor. Etika, péče zaměřená na osobu a ne pouze na nemoc, vědomí, že pacient je smyslem naší profesní existence, komunikační schopnosti, flexibilita a odolnost, sebek péče, schopnost spolupracovat, schopnost zpracovat a tříditi zahlcující množství nových medicínských informací, kritické myšlení a znalost medicíny založené na důkazech, schopnost uvažovat v kontextu, kontinuita péče a profesionalita **jsou základními dovednostmi praktika budoucnosti**. Dále je stále více zjevné, že je obtížné mladé lékaře vyučovat výukovými metodami, které jsou tradiční.

**S výše uvedenými kompetencemi budeme lépe schopni surfovat na vlnách, které neustále zvedá a vytváří vítr změn ve společnosti.**

Na konferenci jsme mohli vyslechnout 5 klíčových sdělení hlavních řečníků na aktuální témata (keynote speeches), aktivně se zúčastnit nějakého z 20 workshopů, zaposlouchat se do 40 ústních prezentací či si přečíst 40 sdělení kolegů na plakátech, vyvěšených po celou dobu trvání konference na zdech konferenčních prostor, a na závěr se aktivně zúčastnit diskuse u kulatého stolu, která se dotýkala tématu „Jak využít stáže v nemocnicích během specializační přípravy na maximum“. Konference pravidelně vyvrcholí vyhlášením nejlepších přednášejících, o vítězích hlasují členové Rady Euractu a vítězové mají na příští konferenci vstupné zdarma.



Během konference je vždy potřeba a hlavně moc fajn vést neformální rozhovory ve foyer či během společenských akcí a jídel, zazpívat si, zasmát se, zacvičit ráno při řízených neformálních rozcvičkách a povídat si při procházkách kolem krásného bledského jezera. Celé jezero jsme první večer jako skupina obešli kolem dokola. Je to 7 km.

Atmosféra výukových konferencí je vždy přátelská, neformální, setkávají se zde lékaři-učitelé, lidé s otevřeným srdcem, kteří se rádi sdílí a navzájem se podporují a zajímají se o okolí.

Ti, kteří na konferenci nemohli být, si mohou poslechnout všech 5 hlavních řečníků na níže uvedených adresách na platformě YouTube, stojí to za to:

1. Strengthening Resilience in the Ups and Downs of the Ways of Life During The War in Ukraine /  
**Dr. Pavlo Kolesnyk**  
<https://www.youtube.com/watch?app=desktop & v=28KAeYr0bq0 & feature=youtu.be>
2. What is really important to teach future family doctors?/  
**Dr. Igor Šváb** od času videa 22:40  
[https://www.youtube.com/watch?v=wj6l5CX\\_bSo](https://www.youtube.com/watch?v=wj6l5CX_bSo)
3. How the hidden curriculum in medicine demonizes the role of emotions in medical education and practice /  
**Dr. Marco Antonio de Carvalho**  
<https://m.youtube.com/live/mcZ5byj8JF4>
4. The patients are our raison d'être - not to be forgotten in medical education/  
**Dr. Roar Maagard**  
<https://www.youtube.com/live/w8CkC7lhhhs?si=g-B6ejRNSQCheCUVG>

5. Patient participation in life-long learning as a two-way street/

**Dr. Sjim Romme a Matthijs Bosveld**

[https://m.youtube.com/live/m\\_AOBBBoGojo?feature=share](https://m.youtube.com/live/m_AOBBBoGojo?feature=share)



Na konferenci jsem se aktivně podílel na 2 workshopech. Spolu s kolegy Joachimem Froelund Hansenem a Martine Granek Catarivas z podvýboru Euractu „Specialty training committee“ jsme nabídli kolegům diskuzi o zpětné vazbě ve workshopu nazvaném „How to make the trainee train the trainer - reverse or mutual feedback“. Otevřeli jsme stále populárnější téma poskytování zpětné vazby školiteli školencem, tedy opačně, než jsme byli dosud zvyklí. S nabídkou vzájemné zpětné vazby ve vyspělých zemích přichází školitel, jelikož ví, že školencem je na něm svým způsobem závislý, a musí jej tedy povzbudit aktivně a dát mu pocit bezpečí pro vyjádření své zpětné vazby, samozřejmě nejlépe při respektování všech pravidel správného poskytování feedbacku. Vzájemná zpětná vazba prohlubuje důvěru a osobnostní vývoj školence i školitele.

Na druhém workshopu jsme spolupracovali s Ludmilou Bezdíčkovou.

**Ludmila Bezdíčková:**

V rámci toho, co jsem letos měla možnost zažít v oblasti vzdělávání, patřila konference Euract mezi to nejlepší. Dostali jsme s Jáchymem Bednářem navíc příležitost se zúčastnit i aktivně a připravili si workshop „Teaching how to promote vaccine acceptance and uptake through role playing“, ve kterém si účastníci mohli vyzkoušet komunikační techniky, které vedou k vyšší proočkovatelnosti. Vyzkoušeli jsme si vignety (krátké scénáře), které jsme poprvé připravili v angličtině pro zahraniční publikum a předtím „testovali“ na kurzu pro lékaře ve

### Mutual feedback ( trainer to trainee and trainee to trainer) Essential tool to modify one's: knowledge, skills, attitudes

- Verbal element, non-verbal element
- Many perceive it as a threatening interaction
- drives learning and progress , essential to remain on course in reaching a goal
- save environment, soft approach
- Non-evaluative, descriptive, objective appraisal of performance, interactive, to improve skills and/or behaviour
- Insight is valuable because it highlights the difference between the **intended** and the **actual** result, and it provides an **impetus for change**
- **SET - GO method ( saw, else, think, goals, offers)**
- **descriptive, specific, sensitive, directed to behavior that can change, timely, selective, constructive**
- **given in small quantities**

#### David Macharáček:

Výukovou konferenci EURACT pro školitele v praktickém lékařství jsem se navštívil poprvé a byla pro mne zajímavou sondou do velice živého evropského prostředí učitelů v praktickém lékařství. Na konferenci jsem se zúčastnil několika zajímavých diskusí a výměn osobních zkušeností se školením v oboru všeobecného lékařství napříč

specializační přípravě na jaře 2023 v IPVZ. Využívali jsme přitom know-how kurzu Evropského střediska pro kontrolu nemocí (ECDC), který jsme na sklonku roku 2022 absolvovali v Bukurešti spolu s prof. Romanem Chlíbkem a epidemioložkou, paní doktorkou Michaelou Špačkovou. Bylo zajímavé reflektovat nejen předávaný obsah, ale i formu výuky s dalšími učiteli v oboru všeobecné praktické lékařství.

Jako účastníci mě nejvíce zaujal workshop Evy Gorup ze Slovinska „The use of an escape room concept as



a teaching method in family medicine“. Formou únikové hry si účastníci mohli vyzkoušet a sami přijít na různá úskalí péče o seniory (lékové interakce, sociální aspekty, compliance, racionální využití guidelines...).

Při neformálních konverzích se nám podařilo posílit mezinárodní spolupráci, zkoumali jsme především to,



jak začít v ČR dělat vědu v primární péči (a natočili o tom díl do podcastu Practici s prof. Jonahem Yaphe z Portugalska), s prof. Karenou Hanley z Irska potom, jak lépe zkoušet a jak připravit kurikulum založené na osvojování kompetencí.

spektrům evropských praxí - s rozdílným počtem lékařů, velikostí praxí, s rozdílem praxe v poskytované oblasti (město/venkov). Kromě výše uvedených pěti hlavních řečníků, kteří excelentními tématy zaplnili hlavní prostor konference, mne v posterové části zaujalo téma, které úzce souvisí s evaluací školení v ordinacích praktických lékařů. Tým pod vedením zkušeného praktického



lékaře z Itálie, Rosari Falanga, se zabýval otázkou mezigeneračního předávání zkušeností mezi školitelem a školencem. Pro profesionální rozvoj nové generace mladých praktických lékařů je nezbytné se zaměřit mimo jiné také na osobu samotného školitele. Osoba školitele je důležitá v předávání osobní dlouholeté praktické medicínské zkušenosti (osobního lékařského umění). Poster se věnoval problematice přenosu osobních zkušeností z reálného života od starší generace praktických lékařů na generaci mladých kolegů školenců – téma tzv. mentoringu v primární péči. Ve snaze podpořit mezigenerační předávání dovedností praktických lékařů byl v Itálii napříč regiony zorganizován školicí kurz mentoringu, kterého se zúčastnili školitelé se svými školenci. Kurz byl zaměřen na komunikaci při předávání zkušeností mentora (školitel) a mentee (školenc). Dle objektivních ukazatelů u mentees-školenců vedl na základě předaných zkušeností k zlepšení schopnosti komunikovat s pacienty a/nebo kolegy (posílení mezioborové spolupráce), rychlejší identifikaci pacientova problému a k přesnějšímu rozhodování v procesu diagnostiky a terapie. U mentorů-školitelů vedl k osobnímu poznání, že se lze naučit něco nového od jejich

školení (nejen na poli využití moderních technologií v praxi, inovací v medicíně přenesených z univerzitní půdy alma mater školení atp.). Poukázal, že tento jev je zcela přirozený a žádoucí pro další osobní vývoj školitele a je součástí tzv. „reverzního mentoringu“. Přístup a interakce mezi mentorem a mentee je účinným nástrojem pro rozvoj a odborný růst nové generace praktických lékařů. Mentoring poskytuje příležitost pro mladší praktické lékaře (mentee), jak získat zpětnou vazbu a podporu v reálném čase, získávání nových



znalostí a dovedností. Pro zkušeného praktického lékaře (mentora) je to jedinečná příležitost, jak u sebe podpořit další osobní rozvoj prostřednictvím zpětného mentoringu, nejen díky konfrontaci s nejaktuálnějšími poznatky a pohledy jeho mladšího kolegy. Z workshopů mne zaujalo v praxi obtížně uchopitelné téma, jak správně postupovat při edukaci školitele školi- telem, tak aby správně pracoval s pacienty s demencí a jejich rodinnými příslušníky. Workshop vedla Lea Pfafel z Univerzity v Mnichově. Vzhledem k tomu, že demence je nejen v Evropě v důsledku demografic- kých změn stále rozšířenější, je nezbytné optimálně

vzdělávat začínající praktické lékaře na téma demence za pomoci inovativních didaktických přístupů, jelikož vzdělávání a odborná příprava může zlepšit péči o paci- enty s demencí. Workshop byl zaměřen na úlohu hraní rolí mezi školitelem a školencem na téma interakce lékař – rodina pacienta. Workshop byl též zaměřen na diferenciální diagnostiku demence, možnosti diagnos- tiky v ordinaci praktického lékaře. Workshop také poukazyval na postupy jak za pomoci rodinných přísluš- níků optimálně odhalit diagnózu demence a zároveň se vyhnout nástrahám komunikace s pacientem a rodinou pacienta.

**Reference:**

Web konference:

<https://conference.euract.eu/>

**web Euractu:**

<https://www.euract.eu/>

**Core values of General Practice:**

<https://www.woncaeurope.org/file/6bb0f804-c025-4bf3-b970-0e5bd4b4872d/ANNEX%203.pdf>



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

# Konference EGPRN Praha

Vážené kolegyně a kolegové, sdílíme příspěvek našich mladých kolegů, kteří měli letos možnost zúčastnit se konference EGPRN pořádané v Praze – shrnuje, co jsme zažili. Byla to zajímavá zkušenost po všech stránkách – odborné, společenské i kulturní, a v neposlední řadě také příležitost navázat kontakty k vědecké spolupráci napříč Evropou. Mezi aktivně prezentujícími byli i praktičtí lékaři z České republiky: MUDr. Mari-ka Svatošová, MUDr. Pavel Demo, MUDr. Tereza Pacíková, MUDr. Pavel Martínek a jako organizátoři workshopu POCUS MUDr. David Hala-

ta a MUDr. Dušan Zhoř. PhDr. Miloslav Klugar, Ph.D., který byl jedním ze dvou hlavních řečníků konference, přednesl sdělení na téma, jak se v 21. století přistupuje k tvorbě a vývoji důvěryhodných doporučených postupů v medicíně. Nejmodernější metody pro tvorbu guidelines jsou založeny na metodologii vyvinuté pracovní skupinou GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation). Tato mezinárodní pracovní skupina byla založena v roce 2000 původně jako neformální sdružení kolegů s vědeckým zaměřením, kteří měli touhu řešit nedostatky hodnotících systémů ve zdravotní péči. Od té doby postupně



vyvíjí systémy pro hodnocení kvality, jistoty důkazů a síly klinických doporučení v medicíně založené na důkazech (<https://www.gradeworkinggroup.org/>). Druhá key-note lecture byla přednesena prof. Dr. Niek de Wittem z Nizozemí a byla věnována přínosu, ale i úskalí moderních technologií a umělé inteligence v našem oboru.

Velký dík za organizaci patří MUDr. Martinovi Seifertovi, doc. MUDr. Bohumilovi Seifertovi, Ph.D., MUDr. Kateřině Javorské a MUDr. Jáchymu Bednářovi.

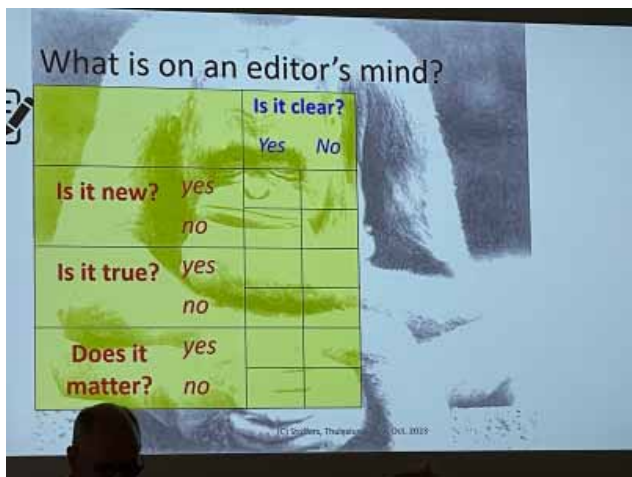
Za výbor Společnosti všeobecného praktického lékařství

MUDr. Ludmila Bezdíčková  
Fotografie a korektura: MUDr. Jáchym Bednář



Letošní konference Evropské společnosti pro výzkum v primární péči (EGPRN) se konala v Praze ve dnech 12.–15. 10. 2023. Účastníci čekali bohatý program. Čtvrtek byl věnován workshopům. V prvním z nich – Writing for publication – nám Dr. Jelle Stoffers, Ph.D., hlavní editor časopisu *European Journal of General Practice*, předal spoustu užitečných rad ohled-





ně psaní a následného publikování vědeckého článku. Workshop POCUS vedli čeští lékaři MUDr. David Halata, MUDr. Dušan Zhoř a doc. MUDr. Roman Škulec, Ph.D. Zaměřili se na vyšetření žil, plic a srdce. V pátek a v sobotu probíhal hlavní program konference, který se skládal z prezentací a posterové sekce a byl vskutku barvitý. Vyslechli jsme si zajímavé výsledky několika výzkumných projektů. Seznámili jsme se s metodologií vzniku doporučených postupů, byly prezentovány různé způsoby sbírání dat ze zdravotní dokumentace pro výzkum, nechyběla ani aktuální témata jako e-Health, využití umělé inteligence ve zdravotnictví a zvýšení kompetencí sester v primární péči. Mimo prezentace výsledků výzkumu měli účastníci možnost představit návrhy svých budoucích vědeckých projektů a od zkušenějších kolegů si vyslechnout cenné rady ohledně jejich designu. Proběhly také návštěvy pražských ordinací, během nichž jsme našim zahraničním kolegům ukázali,

jak to chodí v ordinaci praktického lékaře v Praze. Celý program pak vyvrcholil sobotním společenským večerem v Kaiserštejnském paláci.

Konference pro nás byla skvělou příležitostí obeznámit se s metodologií výzkumu v primární péči, navázat spolupráci s kolegy ze zahraničí a vzájemně se inspirovat.

<https://www.egprn.org/>

MUDr. Karolína Jančarová  
Ordinace Pokorná a Bezdíčková, s. r. o.  
E-mail: karolina.jey@gmail.com

MUDr. Vojtěch Černý, MBA, LL.M.  
Váš praktik Ládví, s. r. o.

Emergency – Masarykova nemocnice Ústí nad Labem, o. z.  
Interní a chirurgické oddělení – Nemocnice Roudnice nad Labem, s. r. o.

Ústav všeobecného lékařství 1. LF UK  
E-mail: vojtechcerny97@gmail.com



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

Vážení čtenáři a řešitelé testů,

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

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

## ZNALOSTNÍ TEST JE HODNOCEN 2 KREDITY ČLK

**1. Kolik procent žen je dohromady zastoupeno ve všech medicínských oborech v České republice?**

- a) více než 60 %
- b) více než 70 %
- c) více než 80 %

**2. Jaká opatření by pomohla dřívějšímu návratu žen – zdravotnic do práce během rodičovské dovolené?**

- a) dostupné hlídání pro děti mladší 3 let
- b) práce na částečný úvazek
- c) flexibilní pracovní doba

**3. Gender pay gap, tedy rozdíl v odměňování žen a mužů za stejnou práci, činil v roce 2020 v České republice:**

- a) 12,4 %
- b) 14,4 %
- c) 16,4 %

**4. Mezi typické příznaky myopatie nepatří:**

- a) svalová slabost, nevykonnost
- b) myalgie, myotonie, crampi
- c) pálení, mrazení, necitlivost

**5. Zlatým standardem pro odlišení neurogenní a myogenní etiologie svalové slabosti je:**

- a) sonografie svalů
- b) elektromyografie
- c) panel biochemických markerů

**6. Které z uvedených tvrzení není pravdivé?**

- a) Myopatie může být projevem hypo- i hyperfunkce štítné žlázy.
- b) Hereditární myopatie jsou onemocněními dětského věku.
- c) Prvním projevem onemocnění svalů může být ortopnoe.

**7. Antidepresiva preferovaná v těhotenství a se zároveň dobrým (nebo velmi dobrým) bezpečnostním profilem v kojení jsou:**

- a) setralin a paroxetin
- b) setralin a citalopram
- c) sertralin a mirtazapin

**8. Co je hlavním cílem primární prevence?**

- a) připravit pacienta na možné komplikace
- b) identifikovat a ovlivnit rizikové faktory
- c) nasadit farmakoterapii

**9. Pokud je pacientovi indikována dvojkombinační anti-hypertenzivní léčba, měli by lékař automaticky:**

- a) zvažovat i indikaci statinů
- b) zpřísnit režimová opatření
- c) použít holter

**10. Kombinace atorvastatin/perindopril/amlodipin redukuje na pozadí dlouhodobého sledování velké KV příhody (MACE) o:**

- a) 5 %
- b) 9 %
- c) 18 %

***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. 10/2023

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

**15.–16. března 2024**

Hotel Flora  
**Olomouc**



**XI** kongres  
praktických  
lékařů

Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP

Registrováno již více než **100** praktických lékařů

Možnosti registrace: [www.olomouc-svl.cz](http://www.olomouc-svl.cz) • e-mail: [sekretariat@target-md.com](mailto:sekretariat@target-md.com)  
Pořadatel: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP • Organizátor: TARGET-MD s.r.o.

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