
PRACTICUS

pro praktické lékaře zdarma • č.3/2018 • ročník 17



TÉMA:

**Představení kandidátů do výboru a revizní komise
SVL ČLS JEP**

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

OBSAH

PRACTICUS

odborný časopis SVL ČLS JEP
3/2018, ročník 17

INFO SVL

- 04 EDITORIAL
- 07 KANDIDÁTI DO VÝBORU A REVIZNÍ KOMISE SVL ČLS JEP

ODBORNÝ ČLÁNEK

- 12 **DŮLEŽITOST VÝBĚRU SPRÁVNÉHO TYPU ADRENALINOVÉHO AUTO-INJEKTORU V LÉČBĚ ANAFYLAXE V PRVNÍ LINII**
MUDr. Iva Pončáková
- 16 **NÍZKOSACHARIDOVÁ STRAVA V LÉČBĚ DIABETES MELLITUS**
MUDr. Hana Krejčí, Ph.D., MUDr. Veronika Fejfarová
- 19 **MODERNÍ KOMBINAČNÍ LÉČBA KE SNÍŽENÍ KARDIOVASKULÁRNÍHO RIZIKA**
doc. MUDr. Michal Vrablík, Ph.D., doc. MUDr. Michal Vrablík, Ph.D.

REAKCE NA ČLÁNEK

- 24 **SOUHRN ÚDAJŮ O PŘÍPRAVKU – KOMPLETNÍ NEBO KOMPLEXNÍ DOKUMENT?**

MÝTY A OMYLY

- 25 **MÝTY A FAKTA O TRANSMASTNÝCH KYSELINÁCH**
doc. Ing. Jiří Brát, CSc.

KAZUISTIKA

- 28 **VYUŽITÍ FIXNÍ KOMBINACE V TERAPII MLADŠÍHO HYPERTONIKA**

PC A DOKTOR

- 30 **GDPR: HROZBA, NEBO POMOC?**
MUDr. Cyril Mucha

AKTUALITY

- 31 **INOVATIVNÍ KOLONOSKOP BY MĚL DO ROKU 2020 UMOŽNIT DIAGNOSTIKU STŘEVNÍCH KARCINOMŮ BEZ BIOPSIE**
- 32 **BIOSIMILÁRNÍ LÉČBA V ČESKÉ REPUBLICE MŮŽE DO DVOU LET UŠETŘIT STOVKY MILIONŮ KORUN**
- 33 **NA RAKOVINU PRSU UPOZORNÍ PRAVIDELNÁ VYŠETŘENÍ**

PR ČLÁNEK

- 34 **GDPR JE JIŽ ZA DVEŘMI... JSTE PŘIPRAVENI?**
Mgr. Vladimír Nesvadba

ZE SVĚTA MLADÝCH PRAKTIKŮ

- 36 **29VDGM & FOUNDATION EXCHANGE 2017, ZÁHŘEB, CHORVATSKO**
- 38 **JAKÁ BYLA III. PRAKTICKÁ KONFERENCE PRO PRAKTICKÉ LÉKAŘE?**

Vydavatel:

Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP

Adresa redakce:

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

Redakce:

Šéfredaktor:

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

Zástupci šéfredaktora:

MUDr. Dana Moravčíková
dana.moravcikova@medicina.cz,
MUDr. Jana Vojtíšková
janav.doktor@volny.cz

Manažerka časopisu:

Hana Čížková
practicus.svl@cls.cz

Redakční rada: MUDr. Kamil Běský, MUDr. Pavel Brejník, MUDr. Jiří Burda, doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc., MUDr. Rudolf Červený, Ph.D., MUDr. Eva Grzegorová, MUDr. David Halata, MUDr. Alice Havlová, MUDr. Jiří Havránek, MUDr. Otto Herber, MUDr. Petr Herle, MUDr. Ambrož Homola, Ph.D., MUDr. Toman Horáček, MUDr. Jiří Horký, MUDr. Igor Karen, MUDr. Mgr. Josef Kořenek, CSc., MUDr. Vladimír Marek, MUDr. Petra Mestická, MUDr. Zuzana Miškovská, Ph.D., MUDr. Cyril Mucha, MUDr. Šárka Drbalová, doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D., MUDr. Bohumil Skála, Ph.D., MUDr. Alexandra Sochorová, MUDr. Helena Stárková, MUDr. Jan Šindelář, MUDr. Josef Štöfka

Spolupracovnice časopisu:

Andrea Vrbová, Romana Hlaváčková

Náklad 6 000 ks. • • • Vychází 10x ročně.
Pro praktické lékaře v ČR zdarma.
Roční předplatné pro ostatní zájemce **610 Kč.** • • • Přihlášky přijímá redakce.
Toto číslo bylo dáno do tisku 3. 4. 2018 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 neprocházejí jazykovými korekturami. Přetisk a jakékoliv šíření je povoleno pouze se souhlasem vydavatele. © SVL ČLS JEP, 2018

EDITORIAL



MUDr. Stanislav Konštacký, CSc.
Šéfredaktor časopisu Practicus

Milé kolegyně, milí kolegové.

V uplynulých měsících jsme absolvovali nejprve volby do Parlamentu České republiky a nedávno pak druhou přímou volbu prezidenta republiky. Nepřináleží mi, abych v odborném časopise komentoval jejich výsledek, myslím, že každý soudný člověk dovede zhodnotit, zda naše hlasy získali ti praví, kteří budou řídit stát. Nyní se přiblížil **opět po 4 letech termín voleb do naší organizace**, tedy do Společnosti všeobecného lékařství. V tomto čísle se vám představují kolegové, kteří se ucházejí o vaše hlasy do výboru nebo do revizní komise. Je pozitivní, že mezi kandidáty jsou i mladí kolegové, kteří představují budoucnost oboru, a rovněž na základě jejich práce se bude obor postupně rozvíjet a věřím, že i získávat vyšší prestiž o kterou neustále mezi ostatními lékařskými obory bojujeme. Pokud u kandidáta chybí prezentace, nebo fotografie, tak to bylo způsobeno tím, že ji v uvedeném termínu nezaslal volební komisi, případně ani do odeslání tohoto čísla Practicus do tisku. Věřím, že dáte hlas těm, kteří jsou podle vašeho úsudku nejlepší a budou hájit naše zájmy v nerůznějších komisích a organizacích, kam budou výběrem vysláni.

Mimo volební problematiky je opět náš časopis naplněn odbornými články, které pomohou rozšířit obzor a podílet se na dalším vzdělávání (nejen pro získání diplomu celoživotního vzdělávání). Problematice kardiovaskulárních onemocnění a její léčbě

jsou věnovány hned dva příspěvky - doc. Vrablíka a Dr. Šatného o moderní kombinační terapii ke snížení kardiovaskulárního rizika. Připomínají, že i přes výrazné úspěchy při léčbě těchto onemocnění, je stále co zlepšovat. Článek o fixní kombinaci při léčbě hypertenze dále tuto problematiku rozvíjí. Urgentní medicína je v tomto čísle zastoupena informacemi o důležitosti výběru správného adrenalinového autoinjektoru dr. Pončákové, včetně připomínky, že každý pacient, který prodělal anafylaxi, by měl být vybaven touto život zachraňující pomůckou. Zda postačuje ke kompenzaci diabetu nízkosacharidová strava se dozvíme z článku Dr. Fejfarové a Dr. Krejčí. Jsme rádi, že můžeme nabídnout rovněž polemiku na uveřejněné články, které pomohou vnést lepší pochopení prezentované problematiky-reakce SÚKL na článek PharmDr. Suchopára uveřejněný v Practicus 1/2018. Docent Brát nás seznamuje s Mýty a fakty o transmastných kyselinách (FTA) vysvětluje, jak vznikají a v jakých potravinách je ve zvýšené míře můžeme nalézt a jak je ovlivňována jejich spotřeba. Náš největší expert na elektronickou preskripci, na elektronickou dokumentaci a informatiku vůbec, Dr. Cyril Mucha informuje v tomto čísle o GDPR, zda je hrozbou nebo pomocí, tedy General Data Protection Regulation, a uvádí, že to jsou **„velmi potřebná opatření na ochranu osobních údajů, které reaguje na obrovský rozvoj informačních technologií,**“ takže je nezbytné se s nimi seznámit. Zajímavé jsou rovněž články mladých praktičků, kde informují o stážích a kontaktech se zahraničím a nelze opomenout III. Praktickou konferenci pro praktické lékaře v Brně, která si získala účastníky nejen z řad mladých praktických lékařů. Autor článku Dr. Vojtěch Mucha předložil zajímavou informaci o tomto setkání. Jak vidíte, tak i toto číslo bude bohaté a přinese nové informace. Jako přílohu tohoto čísla bude distribuován doporučený postup při léčbě Erektlní dysfunkce.

Vzdělávací semináře

v květnu 2018



SVL ČLS JEP

Hlavní témata

První pomoc

den	datum	čas	město a místo konání
středa	2. 5.	16.00–20.00	Hotel Theresia, Na Petříně 991, Kolín
čtvrtek	3. 5.	16.30–20.30	Hotel "U Šimla", Závodní 1, Karlovy Vary
čtvrtek	3. 5.	16.00–20.00	Clarion Grandhotel Zlatý Lev, Gutenbergova 3, Liberec 1
čtvrtek	3. 5.	16.00–20.00	Clarion Congres Hotel, Špitálské náměstí 3517, Ústí nad Labem
čtvrtek	10. 5.	16.00–20.00	Nové Adalbertinum, Velké náměstí 32, Hradec Králové
sobota	12. 5.	9.00–13.00	Kancelář veřejného ochránce práv, Údolní 39, Brno
sobota	12. 5.	9.00–13.00	Právnická fakulta UP Olomouc, tř. 17. listopadu 8, Olomouc
sobota	12. 5.	8.00–13.00	Šafránkův pavilon, alej Svobody č. 31, Plzeň
pondělí	14. 5.	16.30–20.30	Aula SZŠ, Příluky 372, Zlín
úterý	15. 5.	16.00–20.00	Hotel Zlatá Štika, Štrossova 127, Pardubice
středa	16. 5.	17.00–21.00	presbytář Hotelu Gustav Mahler, Křížová 4, Jihlava
středa	16. 5.	16.00–20.00	Lék.dům, Sokolská 31, Praha 2
čtvrtek	17. 5.	16.00–20.00	Hotel Imperial, Tyršova č. 6, Ostrava
středa	23. 5.	16.00–20.00	Clarion Congress Hotel, Pražská třída 2306/14, České Budějovice
čtvrtek	24. 5.	16.00–20.00	Lék.dům, Sokolská 31, Praha 2

Upozornění pro atestanty!

PRAKTICKÁ ČÁST SPECIALIZAČNÍHO KURZU „LÉKAŘSKÁ PRVNÍ POMOC“

Vážený kolegové,

dovolujeme si Vám oznámit, že dne 23. 4. 2018 proběhne v novém sídle SVL ČLS JEP, Sokolská 31, Praha 2, 6. patro, praktická část povinného specializačního kurzu „Lékařská první pomoc“ pro lékaře před atestací z všeobecného praktického lékařství. Kurz začíná jako vždy v 14.30 hod. vstupním testem.

Podmínkou účasti je splnění teoretické části tohoto kurzu publikovaného na vzdělávacím portálu EUNI (www.euni.cz), kde můžete najít podmínky a podrobnosti k jeho provedení. Podrobnější informace Vám poskytne sekretariát SVL, tel.: 267 184 064, 267 184 042

Vaše přihlášky posílejte prosím na:

e-mail: seminare.svl@cls.cz

Těšíme se na Vaši účast

za SVL ČLS JEP:

MUDr. Rudolf Červený, Ph.D.
odborný garant

Zpráva volební komise o došlých kandidátech

26. února 2018

Kandidáti do výboru a revizní komise SVL ČLS JEP

Přítomni: MUDr. Karel Janík, MUDr. Eva Grzegorzová, MUDr. Petr Herle, MUDr. Petra Kánská, MUDr. Eliška Leichterová, Romana Hlaváčková, Hana Čížková, Andrea Vrbová

Volebních výzev odesláno: 4932

Počet došlých obálek: 24

Počet vyřazených obálek: 1 (Dr. Karen vyřazena obálka ze dne 24. 1. a zařazena opravená obálka ze dne 19. 2.)

Celkem kandidátů: 23

Počet kandidátů na práci ve výboru: 17

Počet kandidátů na práci v revizní komisi: 3

Počet kandidátů na práci ve výboru nebo v revizní komisi: 3

Ověřil: MUDr. Karel Janík, MUDr. Eva Grzegorzová, MUDr. Petr Herle,

MUDr. Petra Kánská, MUDr. Eliška Leichterová

Zapsala: Andrea Vrbová



Kandidáti do výboru a revizní komise SVL ČLS JEP

MUDr. Stanislav Bambas

Brandýs nad Labem



MUDr. Lenka Bílková

Hnojník u Třince

Od roku 1998 pracuji jako venkovský praktický lékař, specializuji se na psychosomatiku. Od začátku působení jsem členem SVL ČLS JEP. Ráda bych pracovala v revizní komisi. Budu se tak více orientovat v možnostech vzdělávání PL a budu nápomocna v projektech SVL ČLS JEP. Již nyní organizuji semináře na Třinecku a podílím se na regionálním vzdělávání PL.



MUDr. Pavel Brejník

Kladno

Praktický lékař, Kladno. V minulém období pracoval jako člen výboru SVL ČLS a pokladník, vykonával funkci krajského konzultanta společnosti pro Středočeský kraj. Zájmem je znalecká činnost. Společnost zastupoval při jednáních odborných komisí a vypracovával odborné a znalecké posudky. Ve spolupráci s právním oddělením SPL při soudních sporech se podílel na obhajobě postupů praktických lékařů. Působí jako školičel v oboru Všeobecné praktické lékařství. Pokud bude zvolen, chtěl by v těchto činnostech pokračovat.



doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc.

Hradec Králové

V končícím funkčním období jsem měl tu čest vykonávat funkci předsedy SVL ČLS JEP. Za úspěch považuji, že se podařilo realizovat a zkvalitnit systém celoživotního vzdělávání (semináře a konference), kde jsme zaznamenali přes 50 000 účastí VPL. SVL úspěšně vydává časopis Practicus, který je rozeslán zdarma všem VPL. Velké ocenění v rámci Evropy se nám dostalo za organizaci XXII. Evropské konference PL v Praze. Výbor podpořil vypracování nebo novelu 23 doporučených postupů pro VPL. Za podpory SVL na všech LF v ČR působí VPL jako přednášející. V rámci specializační přípravy se podařilo zachovat rezidenční místa, a tak získat pro obor přes 500 mil. Kč a připravit 751 nových VPL. V letošním i příštích letech nás ale čeká nemálo dalších úkolů. V rámci nové koncepce je to rozšiřování odborných kompetencí VPL na úroveň vyspělých států EU, zlepšení systému celoživotního vzdělávání VPL s využitím moderních technologií a ve spolupráci se SPL ČR zlepšování ekonomických podmínek práce VPL.



MUDr. Josef Čupka

Praha 6

V rámci SVL ČLS JEP jsem v minulých obdobích koordinoval oblast závislosti v primární péči, byl jsem redaktorem časopisu Practicus a působil i ve výboru Společnosti. Dále jsem se aktivně podílel na organizaci Sekce preventivní onkologie ČOS JEP a světové konference WONCA v Praze. Píšu do Practicusu, přednáším na konferencích či seminářích pro PL a spolupracuji na projektech Státního zdravotního ústavu i Ministerstva zdravotnictví ČR.

V práci pro SVL ČLS JEP bych rád pokračoval jako aktivní člen výboru a využil svých teoretických i praktických znalostí pro kontinuální rozvoj primární péče v ČR.

Zkušenosti získané při studiu MPH (Master of Public Health) – "odborník veřejného zdraví" chci uplatnit v rámci managementu diagnostiky, prevence i terapie nejrozšířenějších civilizačních nemocí.



MUDr. David Halata

Hošťálková u Vsetína

Pracoviště: Hošťálková 90, 756 22. Pracuji jako praktický lékař ve vesnické praxi v Hošťálkové na Valašsku. Od roku 2014 jsem členem Výboru SVL, od roku 2016 předsedou Pracovní skupiny venkovského lékařství SVL ČLS JEP. Od 2013 zástupcem České republiky v EURIPA (Evropská asociace venkovských a odlehlých praxí), v roce 2017 zvolen do druhého volebního období jako člen EURIPA Executive Committee. Jsem členem Společnosti horské medicíny ČR.

V uplynulém volebním období Výboru SVL se kromě jiného podařilo založit Pracovní skupinu venkovského lékařství (PSVL). Iniciovat vznik vědeckého výboru výročních konferencí a systém přihlašování vlastních sdělení.

V následujícím volebním období bych se rád věnoval rozvoji PSVL, založení vědeckého výzkumu venkovského lékařství, otázky udržitelnosti venkovských praxí a motivaci mladých lékařů k práci na venkově. Zásadní snahou je pozvednout celkové vnímání všeobecného praktického lékařství ve společnosti, jak laické, tak odborné.



MUDr. Otto Herber

Kralupy nad Vltavou

Praktický lékař, Kralupy nad Vltavou. V následujícím období hodlám v SVL nadále usilovat o posílení kompetencí praktického lékaře. Např. reálné ukončení originálního patentu ezetimibu dává naději, že praktický lékař bude moci léčit další spektrum pacientů s DLP. Přesto mezioborový konsenzus resp. přístup zdravotních pojišťoven k tomu není jednoznačný, a proto chci zkušenosti z předchozích let využít při dalších kompetenčních jednáních.

Další aktivitou je koncepce certifikovaných kurzů pro praktické lékaře v rámci odbornosti pracovnílékařských služeb. Dále je mým cílem se spolupodílet na zavedení systémů interního hodnocení kvality a bezpečí, resp. koncepce programů zajišťujících kvalitu procesů, ke kterým dochází ve zdravotnictví v rámci externího i interního hodnocení kvality.

I nadále chci naši odbornou společnost zastupovat v prezidiu ČLS JEP a v redakčních radách odborných časopisů.

MUDr. Toman Horáček

Komárov



MUDr. Kateřina Javorská

Nové město nad Metují

Pracuji jako praktická lékařka v Novém Městě nad Metují. Atestovala jsem v roce 2007, v roce 2008 jsem dokončila interní kmen a poté jsem rok pracovala jako praktická lékařka v Anglii. V roce 2010 jsem spoluzakládala organizaci Mladí praktici. Spolupracovala jsem na Prekonferenci VdGM v Praze v roce 2013 a také jsem byla v organizačním týmu konference WONCA 2017.

Jsem členkou Pracovní skupiny venkovského lékařství, České kardiologické společnosti, EURACTu a nyní své aktivity nejvíce věnuji Evropské asociaci venkovského lékařství EURIPA, kde se zapojuji do mezinárodních aktivit.

Ve výboru SVL bych ráda navázala na již probíhající mezinárodní projekty EURIPy a své úsilí bych ráda směřovala do podpory pregraduálního vzdělávání s cílem zvýšit motivaci studentů a mladých lékařů k výběru VPL resp. venkovského lékařství pro svou další kariéru.



MUDr. Igor Karen

Benátky nad Jizerou II

Po dobu mého působení ve výboru SVL se snažím o „narovnání kompetencí“ praktických lékařů v ČR, které z mého pohledu bychom měli mít stejné jako kolegové v zahraničí. To samé platí i o ohodnocení naší práce. Nejvíce nás trápí omezení v lékové oblasti, kdy systém v ČR je z mého pohledu špatně nastaven v neprospěch primární péče a tudíž i našich pacientů. Od roku 2010 se věnuji intenzivně oblasti rozvoje léčby diabetu v ambulancích VPL a snažím se předávat svoje zkušenosti a edukovat nejen začínající kolegy a kolegyně formou přednášek, workshopů, článků, ale i publikací.

V případě mého zvolení do výboru bych se rád i nadále věnoval dosavadní činnosti v oblasti diabetologie, hypertenze a infektologie včetně očkování. Rád budu i nadále participovat na akcích konaných SVL (Výroční konference, JIK, Víkendové a SVL semináře) a to jak v přednáškové, tak i v publikační činnosti.

Autor a spoluautor Doporučených postupů pro PL: Arteriální hypertenze, Diabetes mellitus, Prediabetes, Metabolický syndrom, Antibiotická terapie, Očkování.



MUDr. Stanislav Konšťacký, CSc.

Hradec Králové

Pracuji ve výboru Společnosti všeobecného lékařství, kam jsem byl opakovaně zvolen. Mám na starosti tvorbu, koordinaci a aktualizaci doporučených postupů pro Léčbu nespavosti, CHOPN a Astma bronchiale. Jsem členem Komise pro lékovou politiku a kategorizaci a Subkomise pro antibiotickou politiku, Mezifakultní komise lékařů podílejících se na výuce. Jsem členem Akreditační komise MZD pro VŠL. Zastupuji SVL při atestacích ze všeobecného praktického lékařství, přednáším na Lékařské fakultě v Hradci Králové a v současné době řídím práci redakční rady časopisu Practicus. Pokud budu zvolen opět do výboru, hodlám se těmto činnostem nadále věnovat a prosazovat naše zájmy především v oblasti uvolňování preskripčních omezení a věnovat se práci v redakční radě. Podílel jsem se na organizaci lékařských konferencí, včetně Wonca World 2013 a Wonca Europe 2017, vystoupil jsem na konferencích ve Francii a Itálii. Mluvím a přednáším v češtině, francouzštině a angličtině.

MUDr., Mgr. Josef Kořenek, CSc.

Valašské Klobouky



MUDr. Jan Kovář

Volyně

Pracuji jako praktický lékař ve venkovské praxi v pošumavské Volyni. Atestoval jsem v roce 2012 v oboru VPL. Jsem členem České společnosti pro léčbu rány.

Obor postupně poznávám z mnoha perspektiv. Pracovně jako sloužící lékař ZZS, LPS, LDN, koroner. Organizačně a lokálně jako člen rady Mladých praktiků (2015-2017), přípravného výboru Wonca 2017, Pracovní skupiny venkovského lékařství. Komunitně při pořádání vzdělávacích akcí ve svém regionu. Odborně a mezinárodně během stáží v Nizozemí, Belgii a Spojeném Království a od roku 2011 jako delegát SVL ve skupině EQuIP (skupina pro kvalitu a bezpečí primární péče) patřící do sítě Wonca Europe.

Zastoupení SVL v zájmových skupinách evropských struktur primární péče považuji za důležité pro rozvoj oboru a rád bych pokračoval s výraznějším mandátem. Mimo mezinárodní spolupráce se v SVL chci věnovat rozvoji venkovského lékařství a jeho specifickým oblastem např. technickému vybavení odlehklých ordinací a paliativní péči.



MUDr. Dana Moravčíková

Olomouc

Pracuji jako praktická lékařka v Olomouci. Členkou výboru SVL ČLS JEP jsem od roku 2006, kdy jsem byla pověřena propagací naší „společnosti“. Následně jsem spolupracovala formou autorství, spoluautorství či oponentury na „Doporučených postupech pro všeobecné praktické lékaře“, především z oblasti oborů diabetologie, metabolického syndromu, obezitologie, tyreopatie, inkontinence, urologie, dyslipidemie, antibiotické terapie a očkování.

Vedle uvedené odborné činnosti jsem spoluautorem a garantem Víkendových vzdělávacích seminářů pro VPL a odborné konference „Cesta za vzděláním“ v Olomouci. Od roku 2014 pracuji jako zástupce šéfredaktora časopisu

pisu Practicus. Podílím se na výchově mladých lékařů Univerzity Palackého formou odborných stáží, pracuji ve zkušební atestační komisi. Součástí mé práce pro SVL ČLS JEP je řada celoročních přednášek pro praktické lékaře.

Pokud vámi budu zvolena do výboru SVL ČLS JEP, ráda bych pokračovala ve všech dosavadních činnostech pro vás.

MUDr. Cyril Mucha

Praha 8



MUDr. Miloš Ponižil

Hrušovany nad Jevišovkou

Mám zájem pracovat v RK SVL, protože po tři volební období jsem byl členem výboru SVL a tedy mám znalosti spojené s projednávanou problematikou ve výboru naší společnosti.

Práci PL vykonávám již 34 let tedy dost dlouho na to, abych mohl svými praktickými zkušenostmi posoudit, zda různá rozhodnutí učiněná ve výboru SVL ČLS jsou ku prospěchu nás všech PL.

I minulých 10 let, kdy jsem již členem výboru nebyl jsem se zajímal o dění v naší společnosti - pravidelně se zúčastňuji konferencí, víkendových seminářů i jednodenních školení pořádaných SVL ČLS JEP.

MUDr. Josef Olšr

Ostrava



doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D.

Praha 8

Volební období 2018-2022 bude pro nový výbor SVL ČLS JEP znamenat velkou výzvu, a to nejen v potvrzení dosavadních výsledků. Klíčovým úkolem, pokud se oboru podaří získat vyšší kompetence, bude zajistit potřebné vzdělávání a vést kolegy k vysoké kvalitě poskytované péče. Také usilovat o atraktivitu oboru a zajištění podmínek pro zachování dostupnosti péče ve venkovských oblastech.

K naplnění těchto úkolů bych chtěl přispět. Zároveň chci využít respektu, který získala SVL mezinárodně, podporovat mladé lékaře v mezinárodních aktivitách

a postupně předat svoji agendu ve strukturách WONCA. Chci dále podporovat spolupráci s pracovišti oboru na lékařských školách, a to v oblasti vzdělávání, výzkumu a publikační činnosti. Budu se dále věnovat roli praktických lékařů ve screeningu kolorektálního karcinomu.



MUDr. Bohumil Skála, Ph.D.

Lanškroun

Proč znovu kandiduji do výboru SVL

Na jedné straně bych mohl říci, že proto, že jsem zde již několikáté období, a dosud témata, která garantuji v rámci doporučených postupů – bolestivé stavy, léčbu bolesti, onkologickou prevenci a paliativní péči stále ještě potkávají změny, ne již tak bouřlivé, jako když jsme začínali, ale posouváme se v poznání dál. Stále se učím, stále mne překvapují nové věci, a tady je kámen úrazu – někdy už chybí síla jít za nimi, proto chci ještě, pokud síly jsou, společně těmi, kdo začínají objevovat nové, a myslím si, že je stále co objevovat. Další důvod je i radost se setkávání, setkávání s kolegy, setkávání kdy ve velké míře se učíme naslouchat, a respektovat. Postupně jsme více a více vtahováni do příběhu medicíny – jako lékaři a jako pacienti. Jako člen výboru odborné lékařské společnosti mám možnost o tom mluvit a můj hlas bude více slyšet, alespoň V TO VĚŘÍM.



MUDr. Josef Štolfa

Praha 10

Nar. 24. 11. 1959. Jako samostatný praktický lékař pracuji od roku 1990 v Praze 8. V r. 2002 jsem nastoupil na Katedru všeobecného lékařství Institutu postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, IPVZ v Praze, která se dlouhodobě věnuje finalizaci specializační přípravy do oboru všeobecné praktické lékařství, VPL. Od r. 2008 toto pracoviště vedu. Od r. 2008 jsem rovněž vedoucím Výukového pracoviště praktického lékařství na 2. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze Motole. Opakovaně jsem členem, a v současné době předsedou, Akreditační komise oboru VPL při Ministerstvu zdravotnictví ČR a právě nyní usilovně pracujeme na finalizaci a vydání Vzdělávacího programu oboru VPL. Ve výboru SVL ČLS JEP pracuji na pozici místopředsedy pro vzdělávání. V této práci chci pokračovat, stejně tak jako v práci na kultivaci oboru VPL v rámci možností a kompetencí SVL ČLS JEP, ale i svými aktivitami ve výše zmíněných institucích, protože kvalita a renomé oboru VPL mi leží na srdci.

**MUDr. Boris Šťastný, MBA***Praha 3*

MUDr. Boris Šťastný, MBA absolvoval 1. lékařskou fakultu UK v Praze. Atestoval v oboru VPL, praxi vykonává v pražské poliklinice RESPIMED. Titul, MBA obhájil v oboru management zdravotnictví.

Ve veřejném sektoru působil jako zastupitel, poradce prezidenta ČR pro oblast zdravotnictví a poslanec Parlamentu ČR, kde mimo jiné zastával předsedy sněmovního výboru pro zdravotnictví. Osm let byl členem správní rady VZP. V soukromém sektoru zastává pozici statutárního ředitele poradenské a investiční společnosti, která dynamicky rozvíjí své aktivity ve zdravotnickém a sociálním sektoru.

SVL ČLS JEP nabízí především detailní znalost vývoje i aktuálního stavu české zdravotnické legislativy a legislativního procesu. V době, kdy je třeba bojovat za zájmy praktiků, je nezbytné kvalitně a účinně komunikovat s odpovědnými institucemi. Tam všude je také třeba předkládat a obhajovat legislativně kvalitní návrhy v zájmu zlepšení kvality, dostupnosti, postavení a ohodnocení primární péče.

MUDr. Radoslav Svoboda*Třemošnice***MUDr. Jana Vojtíšková***Praha 4*

Během čtyřletého období jsem měla možnost, jako členka revizní komise, přispět k činnosti výboru SVL ČLS JEP ve všech jeho agendách. Zásadní výzvou

pro mne byla organizace evropské konference WONCA, ale také práce na doporučených postupech a vzdělávání v oboru.

Vnímám rostoucí roli organizací praktických lékařů, odborných i profesních, ve stále náročnějším prostředí českého zdravotnictví. Vnímám také další úkoly, které na naši společnost dolehnou, podaří-li se zvýšit kompetence praktických lékařů a posílit jejich roli v systému poskytování zdravotní péče. Čeká nás velmi náročné volební období, které bude potřebovat silný výbor, složený ze zkušených a zapálených lidí v oboru.

Nabízím své zkušenosti z práce v revizní komisi, chtěla bych výbor podpořit a zároveň přispět tam, kde vidím svou roli; ve výuce studentů a lékařů, ve zlepšování obrazu praktického lékařství na veřejnosti, v mezioborové spolupráci a v oblasti doporučených postupů.



Důležitost výběru správného typu adrenalinového autoinjektoru v léčbě anafylaxe v první linii



MUDr. Iva Pončáková

Centrum alergologie a klinické imunologie
Nemocnice Na Homolce

Souhrn:

Anafylaxe je akutní, život ohrožující zdravotní stav navozený mnoha v úvahu přicházejícími spouštěči, jako jsou hmyzí jedy, latex, léky, potraviny, fyzická zátěž atd. Objevuje se téměř vždy nečekaně, velmi často u mladých a zdravých lidí, je potenciálně fatální, obzvláště v případě špatné léčby. Jako léčba první volby v rámci terapie by měla být aplikována injekční nitrosvalová injekce adrenalinu. Výběr správného typu adrenalinového autoinjektoru má největší vliv na úspěšný léčebný efekt adrenalinu aplikovaného v první linii. Výrazný vliv na rychlost účinku adrenalinu má délka jehly adrenalinového autoinjektoru. Důležitá je i konstrukce adrenalinu s ohledem na potřebu jednoduchého a **intuitivního použití** ve vypjaté situaci. Každý člověk s prodělanou anafylaxi či rizikový potravinový alergik musí být vybaven balíčkem první pomoci, jehož součástí je i adrenalinový autoinjektor.

Definice a patogeneze anafylaxe

Světová alergologická organizace (World Allergy Organization) definuje anafylaxi jako „těžkou, život ohrožující, generalizovanou nebo systémovou hypersenzitivní reakci“. Americká definice Národního institutu alergie a infekčních nemocí (National Institute of Allergy and Infectious Diseases - NIAID) zní takto (1): „Anafylaxe je těžká alergická reakce s rychlým nástupem, která může zapříčinit úmrtí.“ Podstatou vzniku klinických příznaků při anafylaxi je uvolnění mediátorů, ke kterému dochází cestou imunologickou nebo i neimunologickou. Předpokládá se, že určitou roli hrají i neurogenní faktory. Pokud je reakce zprostředkována protilátkami typu IgE, jedná se o pravou anafylaxi, v ostatních případech se jedná o reakci anafylaktoidní. Klinické projevy a léčebný postup se však neodlišují. Anafylaxe zprostředkováná IgE protilátkami je reakce časného typu přecitlivělosti. Vzniká při vazbě alergenu na specifické IgE protilátky, které se předtím vázaly svými Fc- doménami na vysokofinální Fc receptory na povrchu mastocytů a bazofilů. Po

navázání alergenu na vazebné místo IgE dojde k aktivaci buněk a k uvolnění mediátorů z granulí. Do 5 minut působí preformované mediátory (histamin, tryptáza, heparin), do 5–30 minut nově syntetizované (produkty cyklooxygenázy, lipooxygenázy, PAF), v delším časovém odstupu cytokiny (TNF, IL- 4)⁶.

Dnes je anafylaxe označována některými autory za novou epidemii současnosti, vzrostla potřeba hospitalizací pro anafylaxi, některé britské údaje uvádějí až o 700 procent (2). V České republice je každoročně hospitalizováno pro anafylaxi kolem 2000 lidí a je zaznamenáno kolem 5 úmrtí na anafylaktický šok³.

Nejčastější příčinou anafylaxe jsou potraviny, dle literárních údajů způsobují kolem 50 procent všech reakcí, u dětí je to až 75 procent. Druhou nejčastější příčinou jsou léky, ať už antibiotika, analgetika, lokální anestetika, aspirin, hypnotika, sedativa, kontrastní látky, očkovací látky atd. Hmyzí jedy představují větší riziko pro dospělé než pro děti. V našich podmínkách je to především včela (čmelák) a vosy (sršeň). Pokud někdo reaguje na jed včely, bude téměř jistě reagovat stejně i na jed čmeláka. Totéž platí i u jedu vosy a sršně. Z praktického důvodu je třeba odlišovat reakce toxické (způsobena velkým množstvím bodnutí, někdy i 50 až 100), zatímco anafylaktická reakce může vzniknout i po jediném vpichu. Praktický dopad tohoto rozdílu je pro alergologa velmi důležitý. Zatímco v případě anafylaktické alergické reakce je pacient následně indikován k zahájení alergenové imunoterapie injekčními vakcínami, pacient s toxickou reakcí, která není alergickou reakcí, indikován k vakcinaci není⁴. V posledních letech narůstá v naší populaci alergie na latex, popisována je alergie na gumové výrobky, latexové rukavice, kondomy apod. Někdy může vzniknout anafylaxe po pohlavním styku v důsledku alergie na seminální tekutinu či sperma. Postihuje především mladé ženy ve věku 20–30 let, někdy je vázána na jednoho sexuálního partnera a dá se jí předejít chráněným pohlavním stykem. Anafylaxe vyvolaná fyzickou zátěží může být navozena jak samotnou fyzickou námahou, tak i kombinací této námahy s předchozím požitím většího množství stravy či s užitím některých léčiv. Náhle vzniklé celotělové působení výrazného chladu (skok v letním období do velmi studené vody) může mít naprosto stejné následky.

K anafylaktické reakci může dojít v domácím prostředí, venku, ale i ve všech druzích lékařských ordinacích, ať už je to stomatologická ordinace, chirurgická ambulance či ordinace praktického lékaře. Vždy vyžaduje velmi rychlou diagnostickou rozvahu a neprodleně poskytnutí léčby k zajištění pacienta včetně organizace transportu na další pracoviště.

Diagnostika anafylaxe

Symptomatologie anafylaxe je všeobecně dobře známa. Samotné reakce mohou předcházet prodromální subjektivní příznaky, jako jsou neklid, nevolnost, hučení v uších, mžítka před očima, pruritus, pocit horka, pocení, bledost. Na kůži se může objevit erytém nebo exantém a otoky. Ty často postihují i hrtan a mohou vést k dušení. Často v krátkém časovém intervalu dojde bronchospasmu a ke vzniku astmatického záchvatu. Následuje hypotenze, zpočátku tachykardie přecházející v bradykardii a cyanóza. Objeví se křeče v břiše, průjem, zvracení, nastává bezvědomí, mohou být přítomny i svalové záškuby. Povolnění svěračů může dojít k pomočení a pokálení. Příčinou smrti bývá zástava dechu v důsledku hypoxie způsobené bronchospasmem a zástava srdeční činnosti v důsledku selhání krevního oběhu.

V akutním stavu se většinou neprovádí žádná laboratorní alergologická vyšetření, i když v poslední době se jeví přínosem stanovení hladiny tryptázy v séru jako jednoho z mediátorů uvolňovaných při anafylaxi. Hladina tryptázy se zvyšuje do 60-90 minut a přetrvává i 6-12 hodin po epizodě. Výše hladiny je přímo úměrná závažnosti anafylaxe a její stanovení je možné i po smrti⁵. S odstupem času je nutné provést alergologické vyšetření včetně kožních prick testů, vyšetření celkového IgE a specifických IgE protilátek a test aktivity bazofilů.

Léčba anafylaxe

Přístup k léčbě anafylaktické reakce musí být velice rychlý, včetně polohové stabilizace pacienta a případného zajištění jeho vitálních funkcí. Pomoc spočívá ve snaze udržet základní životní funkce a zamezit dalšímu vstřebávání alergenu. Je nutno uložit pacienta do protišokové polohy, zajistit prevenci vdechnutí zvratků, předejít přehřátí či prochlazení, v případě nutnosti zahájit kardiopulmonální resuscitaci a zavolat RZP. Profesionální intervence spočívá ve stabilizaci pacienta, zajištění vitálních funkcí podle schématu A (airway), B (breathing), C (circulation) a aplikaci farmak s následným převozem pacienta do nemocničního zařízení.

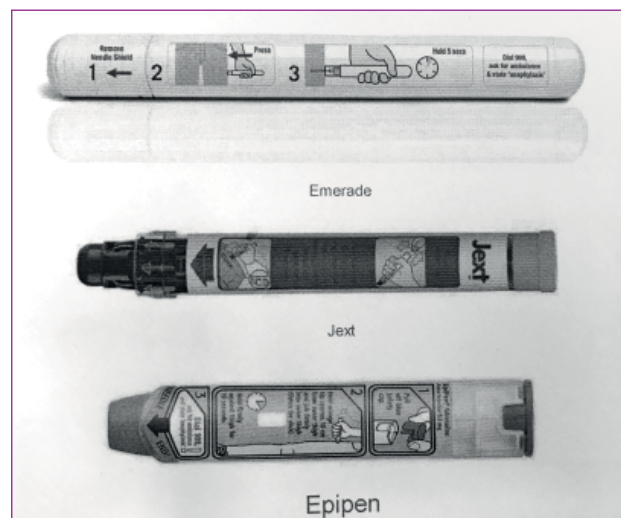
Farmakologická fáze léčby spočívá v opakované aplikaci adrenalinu, glukokortikoidů, antihistaminika, beta-2-sympatomimetika. Parenterální podání glukagonu je indikováno pacientovi, který neadekvátně reaguje na léčbu adrenalinem, zvláště, je-li léčen beta-blokátory. Samotná farmaka, byť podaná včas a lege artis, nestačí. Důležité je dodávání kyslíku a bez prodlevy dodání tekutin v infuzi bez prodlevy k udržení krevního oběhu.

Adrenalin

Adrenalin je lékem první volby při anafylaktické reakci. Pro podání adrenalinu v akutní fázi neexistuje kontraindikace a jeho podání může být při nedostatečném efektu první dávky opakováno během 5-10 minut. Jeho včasná aplikace, správně vybraný typ autoinjektoru a správná dávka je v mnoha případech život zachraňující. Farmakologický efekt adrenalinu (epinefrinu) podaného v úvodu reakce účinkem na alfa-1-recepto-

ry způsobí periferní vazokonstrikci a potlačí hypotenzi a edém, účinkem na beta-1-receptory potlačí hypotenzi zrychlením pulzu a zvýšením kardiální kontrakce, efekt na beta-2-receptory uvolní bronchokonstrikci a sníží uvolňování mediátorů zánětu. Nejzásadnější se jeví inhibice uvolnění prostaglandinu E₂, vyvolaného aktivačním faktorem destiček.

V současné době jsou na českém trhu pro užití v rámci první pomoci při anafylaxi k dispozici léčivé přípravky ve formě adrenalinových autoinjektorů (AAI) EPIPEN, EPIPEN JR, EMERADE 150 mcg, EMERADE 300 mcg, EMERADE 500 mcg, aplikovaných **intramuskulárně**. Ve světě je používán ještě adrenalinový autoinjektor JEXT. Všechny autoinjektory jsou navrhované tak, aby dávka mohla být vstříknuta přímo přes kůži nebo přes oděv.



AAI může předepsat každý lékař kterékoliv specializace. Jediným omezením hrazení léku zdravotními pojišťovnami je splnění požadavku, že pacient musí mít ve své lékařské dokumentaci lékařem zapsaný údaj o prodělané závažné anafylaxi. Toto omezení blíže nespecifikuje počet předepsaných a hrazených AAI.

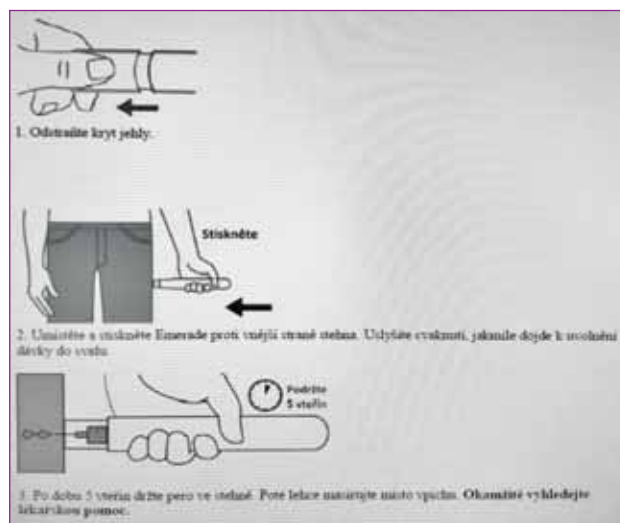
Při výběru správného typu AAI hraje důležitou roli **intuitivnost** použití. Data ze studie autorů Knibba a Mortona z r. 2015 přesvědčivě podporují užití intuitivního autoinjektoru Emerade v simulovaném scénáři urgentní situace s a bez instrukcí k užití u 90 hodnocených jedinců. Srovnávané autoinjektory (EPIPEN a JEXT) ve studii intuitivního užití zcela selhaly. Žádný účastník, který používal EpiPen nebo JEXT úspěšně neposkytl pacientovi adrenalin, pokud neměl k dispozici přesné pokyny a návod k aplikaci AAI ve srovnání s 82 % účastníků používajícími Emerade. Pacienti nebyli ve třetině případů schopni předvést jim předepsaný autoinjektor⁹. V případě poskytnutí návodu k aplikaci 100 % účastníků aplikovalo adrenalin pomocí Emerade správně ve srovnání s JEXT (64 %) nebo EpiPen (33 %). Účastníci, kteří aplikovali adrenalin pomocí Emerade, potřebovali také výrazně méně času na aplikaci (průměr 14,73 s) ve srovnání s JEXT (29,21 s) nebo EpiPen (33,72 s)⁸. Intuitivnost použití autoinjektoru významně přispívá k efektivnímu zvládnutí život zachraňujícího opatření. Užití adrenalinu má často i **forenzní aspekt**.

Pro rychlejší léčebný efekt adrenalinu se dává **přednost intramuskulární injekci, která je zakotvena v mezinárodních doporučených postupech** a po které je dosažena maximální plazmatická hladina adrenalinu do 8 min., před aplikací subkutánní injekce, po které je dosaženo maximální plazmatické hladiny adrenalinu až po 34 minutách. Účinná intramuskulární injekce vyžaduje, aby byl jehlový otvor zcela ve svalu v době injekce, tzn. že aplikační jehla musí být dostatečně dlouhá, jinak hrozí zvýšené riziko nežádoucí subkutánní namísto intramuskulární injekce dokonce i u dětí pod 30 kg 12 %, nad 30 kg 30 % a až u 80 % obézních dětí (z důvodu krátké jehly užití ve zvoleném typu autoinjektoru). Pro intramuskulární injekci doporučuje Rada pro resuscitační radu Spojeného království pro poskytovatele zdravotní péče jehlu dlouhou 25 mm pro všechny věkové skupiny, kromě malých kojenců, kde je doporučována jehla o délce 16 mm¹⁰. Toto doporučení u nás splňuje pouze Emerade. Užití delší jehly zajišťuje muskulární aplikaci, což převažuje potenciální rizika poranění kosti. Dle US a UK guideline je délka jehly 22,2–25,4 mm vhodná pro intramuskulární injekci do stehna u obou pohlaví u dětí do 6 let věku. Dle doložených pozorování většina reakcí vyžadujících opakované podání adrenalinu není výsledkem bifázické reakce, ale nedostatkem odpovědi iniciální v důsledku nedostatečného množství aplikovaného adrenalinu ve svalu¹¹.

Jednorázové dávkování 10 mcg/kg je doporučováno v řadě zahraničních doporučených postupů¹². Doporučená dávka adrenalinu u akutní anafylaxe je 10 mcg/kg do maxima 500 mcg u dospělých, což je nižší než iniciální dávka adrenalinu užívaná v kardiopulmonální resuscitaci¹³. Přínosy vyššího dávkování převažují rizika (500 mcg vs 300 mcg), tzn. že je doporučeno užít dávku 500 mcg pro dospělé a adolescenty nad 12 let věku a dávku v případě nutnosti opakovat po 5–15 minutách. Jednorázová dávka 300mcg je určena k použití pro věkovou kategorii 6-12let a jeví se jako nedostatečná pro některé děti, náctileté a dospělé, obzvláště ty s vyšší hmotností. Dětem ve věku 6 měsíců – 6 let je doporučeno podávat dávku 150 mcg. Podle aktuálních doporučení EAACI z roku 2014 je možné tuto dávku při anafylaxi aplikovat dětem s hmotností už od 7,5 kg⁷.

AAI může být ve formě cartridge - zásobníku (EpiPen, Jext) nebo syringe – stříkačky (Emerade). Oba systémy splňují kritéria ideální autoinjektáže (pro dosažení stanoveného tkáňového kompartmentu, dostupnost ve stanoveném časovém rámci, dostupná správná dávka, robustní a spolehlivý obal, srozumitelný návod na aplikaci v reálném životě a snadná, bezpečná aplikace vyhovující pacientům a uživatelům), nicméně vzhledem k lepší intuitivnosti aplikace, větší délce jehly a možnos-

ti zvolit dávku i 500 mcg se jeví AAI Emerade jako vhodnější pro vybavení pacientů a ambulancí. Nejdelší doba skladování od data výroby snižuje i náklady na preskripci, Emerade má trvanlivost 18 měsíců od data výroby, což je o 66 % delší než ostatní AAI.



Závěr

Anafylaxe je akutní, těžká, život ohrožující, generalizovaná nebo systémová hypersenzitivní reakce vyžadující bezprostřední léčebný zákrok. Lékem první volby v přednemocniční praxi, ale i ve všech ambulancích, je adrenalin. Vzhledem k časové prodlevě při ředění adrenalinu před aplikací (v případě léku v ampulích) a následné jeho aplikaci, dostává přednost při použití adrenalinový autoinjektor, kterým by měl být vybaven a má jej nosit stále sebou každý pacient, který prodělal anafylaxi. Při výběru typu AAI je nutné dbát kromě správného dávkování zejména na délku aplikační jehly. Dva AAI by měli mít u sebe pacienti, kteří prodělali téměř smrtelnou anafylaxi, nebo nemocní, kteří jsou v riziku vzniku anafylaxe, tj. ti, kteří mají středně těžké či těžké přetrvávající astma pod nedostatečnou kontrolou + alergii na potraviny, nebo prodělali anafylaktickou reakci na hmyzí jed. Stejně tak by mělo být postupováno u lidí s anamnézou anafylaxe, kteří mají horší dostupnost lékařské péče, obezitu či nadváhu nebo je přítomna jazyková bariéra.

Vzhledem k výše uvedenému je doporučováno vybavit adrenalinovým autoinjektorem kromě pacientů i všechny ambulance, ve kterých může potenciálně dojít k anafylaktické reakci (chirurgické ambulance, stomatologická pracoviště, ordinace praktických lékařů a praktických lékařů pro děti a dorost atd.).

Literatura dostupná u autora

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

Nízkosacharidová strava v léčbě diabetes mellitus



MUDr. Hana Krejčí, Ph.D.

III. interní klinika a Gynekologicko-porodnická klinika
1. LF UK a VFN v Praze



MUDr. Veronika Fejfarová

Individuální program péče, Thomayerova
nemocnice v Praze

Úvod

Nízkosacharidová strava není v léčbě diabetu novinkou. V předinzulinové éře byla jednou z prvních léčebných metod diabetu. S rozšířením farmakologických možností léčby však byla postupně opuštěna a upadla v zapomnění. Nicméně dietní léčba je základní podmínkou uspokojivé kompenzace diabetu a ani nejmodernější léky nepřeváží důsledky nevhodné stravy. Pacientům s diabetem můžeme dle doporučených postupů nabídnout buď diabetickou dietu, kde sacharidy tvoří hlavní část energetického příjmu, což vyžaduje hlídání si kvality a přijatého množství, či vegetariánskou dietu, která je však přijatelná pro menšinu pacientů. Tradiční dobře míněné doporučení jíst vše, ale s mírou, je u řady diabetiků bohužel obtížně udržitelné a snadno sklouzává ke konzumaci všeho, jen ne v přiměřené míře. Při výběru diety bychom měli vždy respektovat pacientovy zvyklosti a preference, aby pro něj byla přijatelná a dlouhodobě udržitelná. Jednou z dalších nabízených možností pacientovi by v budoucnu mohla být právě nízkosacharidová strava.

Nízkosacharidová strava v praxi

Solidní data v léčbě diabetu 1. a 2. typu má nízkosacharidová strava s obvyklým množstvím bílkovin a vyšším zastoupením tuků (LCHF – low carbohydrate high fat^{1,2,3}). Sacharidy jsou sníženy na 30–130 g za den. Varianty s příjmem pod 50 g vedou k tvorbě ketolátek (keto-

genní strava), kdy se ketolátky stávají významným energetickým substrátem – vedou k navození tzv. nutriční ketózy. Ze stravy jsou vyloučeny přidané cukry (které ostatně nejsou žádoucí ani u tradiční diabetické diety) a navíc také čisté škroby ve formě pečárenských výrobků, rýže, těstovin, knedlíků apod. Příjem zeleniny je typicky výrazně zvýšený oproti běžné stravě, neboť nahrazuje přílohy. Přísnější varianta s cílem navození ketózy omezuje také ovoce, luštěniny a některé sladké druhy zeleniny.

Celkový příjem tuků je na této stravě zvýšený – tuky jsou hlavním zdrojem energie – proto je na jejich kvalitě kladen větší důraz. Správně sestavená LCHF používá základní rostlinné i živočišné tuky – kvalitní máslo, panenské oleje, sádlo, ořechy, semínka a vyhýbá se průmyslově zpracovaným tukům a olejům s řadou problematických složek vznikajících při jejich rafinaci nebo ztužování.

Zdrojem bílkovin je maso, ryby, vejce, sýry a další mléčné plnotučné výrobky. Příjem bílkovin je obvyklý, tvoří 15–20 % přijaté energie. Nižší příjem sacharidů ve stravě diabetika by neměl být nahrazován zvýšeným příjmem bílkovin, jelikož část bílkovin se přeměňuje na glukózu při metabolismu a vyžaduje více inzulínu. Kvalitně sestavená strava vychází ze základních potravin, co nejméně průmyslově upravených potravin s minimem přidaných látek, proto vylučuje i většinu běžných uzenin. Do této stravy také nepatří žádné komerční přípravky nahrazující jídlo – proteinové práškové nápoje apod. Tato strava nevyžaduje substituci potravinovými doplňky jako některé jiné eliminační diety, jelikož vylučuje přidané cukry, škroby a průmyslově upravené tuky, které nejsou esenciální.

Metabolismus sacharidů

Sacharidy tvoří hlavní složku obvyklé stravy, 50–60 % energetického příjmu, z čehož vycházejí i rámcové jídelníčky diabetických diet s obsahem 175–325 g sacharidů denně. Porušená schopnost metabolismu sacharidů vyžaduje medikamentózní léčbu a její postupné navyšování, snížení glykemické nálože ve stravě má proto příznivý dopad na kompenzaci obou základních typů diabetu. Inzulin snižuje hladinu krevní glukózy prostřednictvím stimulace vstupu glukózy do buněk inzulin-dependentních tkání a uvnitř těchto buněk stimuluje další metabolické procesy. Utilizace glukózy je hlavním zdrojem energie při stravě s převahou sacharidů, oxidace tuků ze stravy se uplatňuje méně a závisí na poměru kalorického příjmu a výdeje. V případě nadbytku je tuk ukládán do tukových zásob, což je postprandiálně rovněž stimulováno inzulinem (ukládání triglyceridů ze stravy prostřednictvím aktivace lipoproteinové lipázy).

Při zvýšeném kalorickém příjmu však dochází i k lipogenezi de novo z ostatních substrátů včetně glukózy, což hraje významnou roli v rozvoji obezity a v ektopickém ukládání tuku. LCHF strava vede k redukci hmotnosti několika mechanismy.

K mobilizaci a využití již vytvořených tukových zásob je potřebný dostatečný pokles inzulínemie mezi jídly, čemuž při LCHF pomáhá nižší a krátce trvající postrandální vzestup inzulínu (díky nízké náloži sacharidů) a delší časový interval mezi jídly. Menší kolísání hladin inzulínemie a glykémie mezi jídly při LCHF snižuje chuť a tlumí pocity hladu a umožňuje dostatečné vylučnění. K tomu přispívá i delší pocit sytosti při vyšší konzumaci tuků spolu s bílkovinami a vlákninou v zelenině. Při navození nutriční ketózy je situace ještě příznivější, protože ketolátky dále tlumí pocity hladu, na čemž se může podílet snížení ghrelinu⁴. Těmito mechanismy LCHF (a ještě výrazněji její ketogenní varianta) vede ke spontánnímu snížení celkového kalorického příjmu⁵. Navíc v několika studiích se ukázalo, že LCHF strava nevede u testovaných osob k poklesu bazálního energetického výdeje, což je limitujícím faktorem jiných redukčních diet.

Je třeba však zdůraznit, že počáteční, často poměrně razantní pokles hmotnosti po přechodu na LCHF, je daný zejména menším zadržováním vody – jednak redukcí zásobního glykogenu, který váže vodu v poměru 3 g vody na 1 g glykogenu, a také natriuretickým účinkem poklesu hladin inzulínu. To však může mít samo o sobě pozitivní účinek u pacientů se sklonem k otokům či u hypertoniků – v některých případech je nutná redukce antihypertenzní medikace. U některých jedinců, zejména normotoniků a fyzicky aktivních pacientů, je vhodné mírně zvýšit příjem soli.

Proč je nízkosacharidová strava vhodná pro léčbu diabetu

1. Podstatou diabetu je neschopnost udržení normální hladiny krevní glukózy a hlavním zdrojem glukózy jsou sacharidy ve stravě
2. Snížení příjmu sacharidů snižuje průměr a variabilitu nejen glykémie, ale i inzulínemie
3. Snížení příjmu sacharidů umožní snížení dávek, případně vysazení diabetické medikace
4. Snížení příjmu sacharidů umožní redukci váhy
5. Nízkosacharidová strava vede kromě zlepšení kompenzace diabetu ke zlepšení celkového zdravotního stavu

Ve snížené dostupnosti glukózy spočívá také léčba dvěma skupinami perorálních antidiabetik. První z jich je inhibitor střevních alfa-glukosidáz, akarbóza, která snižuje vstřebávání sacharidů v tenkém střevu. Druhou,

a nyní velmi populární skupinou perorálních antidiabetik, jsou glifloziny, které inhibicí SGLT2 transportérů snižují zpětné vstřebávání glukózy v renálních tubulech a navozují terapeutickou glykosurii. V obou případech dochází ke ztrátám několika desítek gramů glukózy a metabolismus je nucen díky nižší dostupnosti glukózy více využívat oxidaci tuků⁶. Stejného, levnějšího a bezpečnějšího efektu však může být docíleno právě úpravou stravy.

Proč je nízkosacharidová strava bezpečná pro léčbu diabetu:

Sacharidy nejsou nezbytnou (esenciální) složkou potravy a nemusí tvořit 50 a více % příjmu energie. Esenciální složkou stravy jsou některé polynenasycené mastné kyseliny a aminokyseliny, vitamíny a minerální látky. Doporučovaných 50–55 % příjmu energie ve formě sacharidů vychází z obvyklého složení naší stravy, z metabolického hlediska však většina buněk oxiduje glukózu i mastné kyseliny, ale ne obojí současně – oxidace mastných kyselin tlumí oxidaci glukózy a naopak. Pokud jsou hlavním energetickým substrátem sacharidy, je žádoucí umírněná konzumace tuků – proto arbitrárně stanovená hranice do 35–35 % energetického příjmu (lepší výsledky ale dosahuje strava s ještě nižším příjmem tuků jako je tomu u vegetariánské stravy). Veškeré doklady, které máme o negativním dopadu zvýšené konzumace tuků, se týkají obvyklého složení stravy, kde zůstávají hlavním zdrojem energie sacharidy.

Mastné kyseliny i ketolátky jsou ale plnohodnotným zdrojem energie, za určitých okolností vhodnějším než glukóza. Mohou být významným zdrojem energie pro většinu buněk, včetně kosterních svalů a myokardu. Mozek může jako zdroj energie využít glukózu nebo ketolátky (lipoproteiny ani mastné kyseliny s dlouhým řetězcem neprochází hematoencefalickou bariérou). Pokud nejsou dostupné ketolátky, je denní spotřeba glukózy mozkovými buňkami cca 120 g. Menší množství glukózy vyžadují také buňky závislé na anaerobní glykolýze (např. erytrocyty, dřevňové buňky). Při LCHF je nezbytné množství glukózy snadno dostupné stravou (nejedná se o bezsacharidovou stravu) a glukoneogenezí. Řada tkání také využívá oxidaci aminokyselin (játra, svaly, ledviny, enterocyty a další). Ketolátky jsou často vnímány jako nouzový a rizikový zdroj energie, opak je však pravdou. Oxidace ketolátek je v mozku spojena se zlepšením cévního průtoku a menším oxidačním stresem, což může být jedním z vysvětlení jejich neuroprotektivního účinku a využití v léčbě celé řady neurologických onemocnění včetně epilepsie, neurotraumat či roztroušené sklerózy^{7,8}. V současné době je také zkoumána jejich role u srdečního selhání. Zajímavou otázkou také

je, zda zvýšená oxidace mastných kyselin a ketolátek při menší dostupnosti glukózy hraje nějakou roli v kardioprotektivním účinku léčby empagliflozinem⁹.

Další příčinou obav při nízkosacharidové stravě může být strach z ketoacidózy. Výživou navozená tvorba ketolátek (neboli nutriční ketóza) nemá nic společného s diabetickou ketoacidózou, při nutriční ketóze je tvorba ketolátek přísně regulovaná a přiměřená. Také vyšší příjem tuků na úkor sacharidů nezhoršuje lipidový profil. Systematické revize a meta-analýzy dostupných randomizovaných kontrolovaných studií docházejí ke stejným závěrům [10]. Nízkosacharidová, ani ketogenní strava nezvyšují laboratorní parametry kardiovaskulárního rizika. Pokud strava vede k redukci tělesného tuku, dochází také ke zlepšení inzulinové rezistence a tedy i zlepšení lipidového spektra.

Kontraindikace

Na prvním místě je LCHF kontraindikovaná u vrozených poruch metabolismu tuků (beta-oxidace mastných kyselin, deficit karnitinu, karnitin palmitoyltransferázy, karnitin translokázy, pyruvát dekarboxylázy), primární hyperlipoproteinémie, porfyrie, chronické pankreatitidy a u dalších stavů spojených s malabsorpcí tuků. Tato strava také není vhodná při neschopnosti udržet adekvátní nutriční a dostatečný kalorický příjem.

Na tomto místě je třeba zdůraznit, že některé skupiny perorálních antidiabetik nejsou vhodné v kombinaci s nízkosacharidovou stravou – jedná se zejména o deriváty sulfonylurey a glinidy, které zvyšují riziko hypoglykémie a vyžadují pravidelný příjem sacharidů. Další

skupinou jsou již zmiňované glifloziny, které neznámým mechanismem zvyšují riziko diabetické ketoacidózy a tento efekt může být potencován sníženým příjmem sacharidů. Nízkosacharidová strava umožňuje přesněji vyžaduje, nižší dávky hypoglykemizující léčby (např. inzulinu), v řadě případů DM 2. typu je možné její vysazení. Za těchto okolností LCHF nevede k riziku hypoglykémie, naopak, její výskyt je nižší než u běžné stravy. U ketogenní formy LCHF byl navíc v experimentu pozorován neuroprotektivní vliv ketolátek při navození hypoglykémie a tento jev popisují také diabetici na inzulinoterapii.

Závěrem

Závěrem je třeba zdůraznit, že LCHF nevyhovuje všem a ani není jediným typem stravy, který vede ke zlepšení výsledků pacientů s diabetem. Další úspěšné stravní přístupy zahrnují středomořskou stravu, převážně vegetariánskou stravu ze základních potravin a další. K uspokojivé kompenzaci může vést i tradičně doporučovaná vyvážená strava, pokud je složena z kvalitních surovin a zastoupené sacharidy mají převážně nízký glykemický index. Zúžením našich doporučení na jedinou správnou stravu pro všechny však zvyšujeme riziko non-compliance. Základem však při jakémkoliv způsobu stravování zůstává konzumace kvalitních a základních potravin. Další užitečné informace o LCHF lze nalézt nově také v češtině na www.cukrpodkontrolou.cz a www.neslazenozeno.cz, či například na těchto zahraničních stránkách: dietdoctor.com a Diabetes.co.uk.

Literatura:

1. Paoli A, Rubini A, Volek JS et al. Beyond weight loss: a review of the therapeutic uses of verylow-carbohydrate (ketogenic) diets. *Eur J Clin Nutr* 2013; 67: 789–796.
2. Ajala O, English P, Pinkney J. Systematic review and meta-analysis of different dietary approaches to the management of type 2 diabetes. *Am J Clin Nutr* 2013; 97: 505–516.
3. Mlejnková V. Obezita a nadváha. Dostupné z WWW: http://is.mendelu.cz/zp/porta_l_zp.pl?prehled=vyhledavani;podrobnosti=22233;download_race=1.
4. Sumithran P, Prendergast LA, Delbridge E et al. Ketosis and appetite-mediating nutrients and hormones after weight loss. *Eur J Clin Nutr* 2013; 67(7): 759–764.
5. Saslow LR, Kim S, Daubenmier JJ et al. A randomized pilot trial of a moderate carbohydrate diet compared to a very low carbohydrate diet in overweight or obese individuals with type 2 diabetes mellitus or prediabetes. *PLoS One* 2014; 9(4): e91027. Dostupné z www://doi: 10.1371/journal.pone.0091027
6. Ferrannini E, Baldi S, Frascerra S et al. Shift to fatty substrate utilization in response to sodium-glucose cotransporter 2 inhibition in subjects without diabetes and patients with type 2 diabetes. *Diabetes* 2016; 65(5): 1190–1195.
7. Martin K, Jackson CF, Levy RG, Cooper PN. Ketogenic diet and other dietary treatments for epilepsy. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016; 2: CD001903.
8. White H, Venkatesh K, Venkatesh B. Systematic Review of the Use of Ketones in the Management of Acute and Chronic Neurological Disorders. *J Neurol Neurosci* 2017; 8: 2. Dostupné z DOI: <http://doi: 10.21767/2171-6625.1000188>.
9. Zinman B, Wanner C, Lachin JM et al. Empagliflozin, Cardiovascular Outcomes, and Mortality in Type 2 Diabetes. *N Engl J Med* 2015; 373: 2117–2128.
10. Santos FL, Esteves SS, da Costa PA et al. Systematic review and meta-analysis of clinical trials of the effects of low carbohydrate diets on cardiovascular risk factors. *Obes Rev* 2012; 13(11): 1048–1066.

Moderní kombinační léčba ke snížení kardiovaskulárního rizika



doc. MUDr. Michal Vrablík, Ph.D.

3. interní klinika 1. LF UK a VFN v Praze



MUDr. Martin Šatný

3. interní klinika 1. LF UK a VFN v Praze

Pár slov úvodem...

Snížení kardiovaskulárního rizika, potažmo prevence kardiovaskulárních (KV) příhod, zůstává i nadále naší prioritou číslo jedna. Není překvapením, že se Česká republika řadí mezi země vysoce rizikové z hlediska onemocnění kardiovaskulárního systému. I přes klesající trend KV morbidity a mortality neustále narůstá prevalence diabetu, obezity, respektive metabolického syndromu, přičemž prevalence kuřáctví je spíše stacionární^{1,23}. Jak víme, působení rizikových faktorů, které se podílejí na vzniku a progresi aterosklerotického postižení cévní stěny, se nesčítá, ale dokonce násobí. Právě proto představuje kumulace jednotlivých rizikových faktorů obzvláště nebezpečnou situaci. Je takřka pravidlem, že se v naší klinické praxi nesetkáváme s pacienty s jediným rizikovým faktorem, ale vesměs s jejich kombinací. Proto je nutností léčit tyto nemocné komplexní farmakoterapií. Například u velmi vysoce rizikového hypertonika s diabetes mellitus 2. typu v kombinaci s aterogenní dyslipidemií bychom měli využít metforminu, blokátoru systému renin-angiotensin-aldosteron s výhodou v kombinaci s blokátorem kalciového kanálu a v neposlední řadě statinu^{2,3}. Avšak s rostoucí tabletovou náloží přirozeně klesá adherence, čímž se snižuje šance dlouhodobě udržitelné správné léčby.

Pár čísel úvodem...

I přes neoddiskutovatelné úspěchy preventivní kardiologie na poli redukce jak celkové, tak KV morbidity

a mortality (Tab. 1), nemůžeme být s našimi léčebnými výsledky spokojeni. Dle aktuálních výsledků souhrnné evropské statistiky zaujímá Česká republika 21. příčku v žebříčku mortality na KV onemocnění (KVO) jak u žen, tak i u mužů a stále jsou patrné značné rezervy v prevenci KVO ve srovnání s např. skandinávskými zeměmi, jimž se podařilo přiřadit k oblastem s tradičně nízkou úmrtností z KV příčin⁴.

Současně nám také studie EUROASPIRE I-IV ukázaly nedostatečnou kontrolu dílčích rizikových faktorů a nedosahování léčebných cílů u velké části našich pacientů, což demonstruje tabulka (Tab. 2). Je tomu tak hlavně díky podávání nízkých dávek léků a nedostatečné adherenci pacientů k nefarmakologickým léčebným opatřením.

Tab. 1: Vývoj standardizované úmrtnosti v letech 1970-2015, zdroj ÚZIS

Rok	Nemoci oběhové soustavy		Zhoubné novotvary (C00-C97)		Nemoci dýchací soustavy		Nemoci trávicí soustavy		Vnější příčiny (= poranění a otravy)		Ostatní	
	SDR	v%	SDR	v%	SDR	v%	SDR	v%	SDR	v%	SDR	v%
Muži												
1970	795,0	48,0	326,8	19,7	184,0	11,1	63,4	3,8	135,1	8,2	151,9	9,2
1980	819,1	49,9	336,2	20,5	155,4	9,5	69,3	4,2	114,8	7,0	147,0	9,0
1990	834,1	53,3	358,6	22,9	81,4	5,2	67,6	4,3	117,5	7,5	106,1	6,8
2000	576,8	49,7	325,2	28,0	56,8	4,9	48,4	4,2	92,8	8,0	61,5	5,3
2010	424,4	45,1	263,4	28,0	58,9	6,3	45,2	4,8	74,7	7,9	74,2	7,9
2011	412,9	45,0	246,3	26,8	55,3	6,0	43,2	4,7	73,1	8,0	87,6	9,5
2012	403,1	44,6	240,3	26,6	53,1	5,9	41,1	4,6	70,9	7,9	94,6	10,5
2013	384,7	43,1	235,1	26,4	62,1	7,0	42,6	4,8	67,4	7,6	100,3	11,2
2014	355,5	41,8	229,3	27,0	55,1	6,5	40,5	4,8	66,6	7,8	102,8	12,1
2015	361,0	41,8	221,7	25,7	62,8	7,3	41,2	4,8	66,0	7,6	111,3	12,9
Ženy												
1970	559,0	53,9	181,1	17,5	82,5	8,0	37,6	3,6	58,2	5,6	118,6	11,4
1980	543,1	54,1	180,9	18,0	78,5	7,8	38,7	3,9	57,4	5,7	104,8	10,4
1990	512,6	57,7	189,3	21,3	29,7	3,3	29,6	3,3	54,1	6,1	73,0	8,2
2000	378,9	54,9	177,3	25,7	29,0	4,2	25,3	3,7	34,1	4,9	45,8	6,6
2010	282,4	50,7	147,5	26,5	29,2	5,2	24,1	4,3	23,4	4,2	50,5	9,1
2011	268,1	49,1	144,4	26,5	25,1	4,6	23,2	4,3	23,4	4,3	61,3	11,2
2012	264,0	48,7	143,3	26,4	26,3	4,8	23,2	4,3	22,6	4,2	63,2	11,6
2013	251,0	46,8	138,5	25,8	29,4	5,5	22,8	4,3	21,4	4,0	72,7	13,6
2014	228,1	45,2	136,0	27,0	25,5	5,1	22,0	4,4	22,0	4,4	70,9	14,1
2015	234,9	44,9	133,1	25,4	31,1	5,9	22,4	4,3	22,2	4,2	79,5	15,2

Tab. 2: Výsledky studie EUROASPIRE IV v ČR, podle 23

Vyšetření více než půl roku od KV příhody	493 pacientů
Aktivní kuřáci	17 %
Nadváha/obezita	44%/42 %
Nízká fyzická aktivita	71 %
Krevní tlak \geq 130/80 mmHg	75 %
LDL cholesterol \geq 2,5 mmol/l	39 %
Manifestní diabetes (deklarovaná léčba diabetu a glykemie nalačno $>$ 7,0 mmol/l)	48 %

Proto jsou komplexní farmakoterapie spolu se zvýšeným důrazem na režimová nefarmakologická opatření nezbytnou cestou k cíli – snížení KV rizika našich pacientů.

Je důležité si uvědomit, jak již bylo řečeno úvodem, že jednotlivé rizikové faktory se nevyskytují osamoceně, ale kumulují se, jak je tomu typicky u arteriální hypertenze s dyslipidemií. Dle epidemiologických dat studie MONICA a post-MONICA v ČR je prevalence hypertenze 50 % dospělých mužské populace, zatímco u žen je to aktuálně kolem 35 %⁶. U dyslipidemie není situace tak zřejmá, jelikož nemáme přesnou definici dyslipidemie, ale hovoříme spíše o cílových hodnotách krevních lipidů pro jednotlivé kategorie rizika. Dle výše zmíněných studií byla prevalence dyslipidemie v horizontu sledování, který čítal 25 let, snížena, ale to pouze pro dyslipidemii definovanou podle cílových hodnot pro kategorii nízkého KV rizika. Skutečný výskyt dyslipidemie bude tedy jistě vyšší, ostatně klinická praxe je toho důkazem. Typickými pacienty s kombinací těchto dvou rizikových faktorů jsou pacienti s metabolickým syndromem, což je zřejmě již z jeho definice. Takových pacientů je v populaci nad 50 let více než polovina, přičemž více než dvě třetiny z nich mají současně dyslipidemii i arteriální hypertenzi⁷. Z české studie zabývající se léčbou hypertenze a mimo jiné sledující výskyt dalších rizikových faktorů vyplynulo, že dyslipidemie se vyskytovala u 94,7 % hypertoniků a 93,7 % žen s hypertenzí⁸. Vztaheno tedy na naši populaci hypertoniků, která čítá nejméně 2 miliony osob, má velká většina z nich současně dyslipidemii.

Nebezpečný pár – arteriální hypertenze a dyslipidemie

Dle studie INTERHEART byl výskyt hypertenze spojen s dvojnásobným rizikem infarktu myokardu (IM), zatímco dyslipidemie s rizikem 3,3násobným. U pacienta se současnou hypertenzí a dyslipidemií by bylo riziko IM více než šestinásobně větší ve srovnání se zdravou populací. Pokračujme ve výpočtech dále: kuřák s hypertenzí, dyslipidemií a diabetem má riziko KV komplikace více než čtyřicetkrát vyšší než zdravý jedinec⁹.

Existuje celá řada prací zabývajících se vzájemnou provázaností arteriální hypertenze s dyslipidemií, a to nejen při jejich vzniku, ale také v procesu vzniku a progresu aterosklerotických cévních lézí. Arteriální hypertenze zvyšuje oxidační modifikaci LDL-částic, což zvyšuje jejich aterogenní potenciál. Dyslipidemie naopak může zhoršovat arteriální hypertenzi kvůli endoteliální dysfunkci a s ní spojené omezené produkci vasodilatačních působků. Aktivace systému renin-angiotenzin-aldosteron (RAAS), která je jedním z klíčových patogenetickým mechanismů arteriální hypertenze, se podílí na zvýšené akumulaci lipidů v buňkách a produkci kyslíkových radikálů zodpovědných za kvalitativní změny lipoproteinových částic^{10,11}.

Jak zkrotit dílčí rizikové faktory? Kombinační terapií, ideálně fixní...

Máme k dispozici celou řadu prací, které potvrdily pozitivní efekt antihypertenzní a hypolipidemické léčby na průběh aterosklerózy a riziko jejích komplikací. Pokud budeme sledovat do detailu intervenci systému RAAS, je prokázáno, že jeho inhibice zlepšuje endote-

liální dysfunkci, příznivě ovlivňuje poddajnost a roztažnost cév, a dokonce zpomaluje růst aterosklerotického plátu^{12,13}. Nelze opomenout v této souvislosti úlohu bradykininu, který je vesměs nesprávně spojován pouze s nežádoucími účinky této skupiny léků. Bradykinin, jehož degradace je snižována právě léky blokujícími RAAS, působí dilataci cévního řečiště a to jednak přímo, jednak díky zvýšení biologické dostupnosti oxidu dusnatého. Těmito mechanismy bradykinin zlepšuje endoteliální dysfunkci, a potencuje vlastní působení inhibitorů RAAS¹⁴. Podobné údaje o ovlivnění cévní stěny a regulaci její funkce máme i při podávání statinů a blokátorů kalciových kanálů¹⁵. Stěžejní je však informace, co lze očekávat od společného ovlivnění obou zmiňovaných – hypertenze a dyslipidemie. Vodítkem mohou být výsledky studie AVALON, v níž autoři sledovali vliv amlodipinu s atorvastatinem na funkci arterií malého a velkého kalibru. Zatímco amlodipin působil zejména na velké cévy, atorvastatin naopak zlepšoval poddajnost především arterií malého kalibru¹⁶. Kromě této experimentální práce dobře ilustruje efekt společné intervence studie slovenských kolegů, kteří na souboru 1406 nemocných léčených fixní kombinací amlodipinu s atorvastatinem pozorovali pokles KV rizika hodnoceného dle systému SCORE za období 12 týdnů z 9,21 % na 4,7 %¹⁷.

Je tedy zřejmé, že se v případě komplexní intervence rizikových faktorů aterosklerózy neobejdeme bez kombinační terapie. Z metaanalýz provedených studií bylo doloženo, že podávání léků v kombinaci, zejména pak fixní, je 1,5x účinnější než v dílčích tabletách¹⁸. Pacienti na fixních kombinacích mají lepší adherenci a persistenci k léčbě, zvyšuje se tak jejich adherence a samozřejmě efekt léčby, která je ve finále i méně nákladná. Kombinační léčba, a to jak u hypertenze, tak i u pacientů v kombinaci s dyslipidemií či diabetem, by měla být preferována vždy, kdy je nálož tablet vysoká, čímž by hrozilo snížení spolupráce pacienta a tím účinnosti léčby. Ostatně tak to stojí i v řadě posledních doporučených léčby hypertenze a dyslipidemie.

Takřka u 70 % hypertoniků je nutné pro dobrou kontrolu krevního tlaku využít kombinace dvou a více antihypertenziv z různých lékových skupin, které jsou často již s výhodou kombinovány do synergicky působících fixních preparátů. Delší dobu již máme k dispozici několik dvojkombinací, které vycházely nejen ze studie ASCOT a ACTRACTIV, a to např. ACEi/AT1 blokátor a thiazidové diuretikum, ACEi a indapamid, ACEi/AT1 blokátor a BKK, ACEi s BB a řadu dalších. V loňském roce byla také na trh uvedena první trojkombinace nejčastěji využívaných léků v léčbě hypertenze, a sice kombinace perindopril/amlodipin/indapamid, jejíž účinnost byla ověřena například ve studii ADVANCE-ON či PIANIST¹⁹.

Naprostou klasikou zabývajících se redukcí KV rizika při intervenci několika rizikových faktorů, byla studie ASCOT, která doložila, že kombinační léčba ACE inhibitorem (perindopril) a blokátory kalciových kanálů (amlodipin) nabízí lepší výsledky než dotehdy užívaná kombinace betablokátoru (atenolol) s thiazidovým diuretikem (bendroflumethiazid)²⁰. Daleko významnějším zjiš-

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

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

těním investigátorů byl ale fakt, že přidání atorvastatinu ke kombinaci perindopril a amlodipin vedlo k redukci rizika infarktu myokardu o více než 50 %²¹. Na tuto studii poté navázal projekt ATTRACTIVE, který vycházel ze schématu ASCOT, zahrnoval 4000 nemocných, kteří byli léčeni po dobu jednoho roku, a nebylo překvapením, že výsledky byly podobně zajímavé jako ve studii ASCOT²².

Zkušenosti ze studie ASCOT a ATTRACTIVE položily základ pro vznik fixní trojkombinace dvou antihypertenziv se statinem. Jedná se o trojici účinných látek, jež je vhodná pro široké spektrum našich pacientů, a to jak při zahajování léčby, tak v jejím pokračování. Lék kombinující výše zmíněná farmaka je k dispozici v několika dávkovacích schématech, kdy miligramáž atorvastatinu je 10–40 mg, perindoprilu a amlodipinu pak ve shodných gramážích 5–10 mg, což poskytuje prostor k eventuální upřesnění dávky. Tento preparát lze s výhodou využít u pacientů, kteří již uvedené léky užívají ve volné kombinaci, dále u nemocných s monoterapií arteriální hypertenze a dyslipidemie v případě nutnosti eskalace léčby hypertenze, dalšími adepty této léčby jsou

jistě pacienti s kombinací léčbou hypertenze, u nichž můžeme zahájit léčbu dyslipidemie bez nutnosti zvýšení počtu užívaných tablet. S výhodou může být také tato trojkombinace aplikována při zahájení léčby u vysoce rizikových hypertenziků 2. a vyššího stupně s dyslipidemií, lze tak docílit lepší adherence od samého počátku léčby.

Pár slov závěrem

Je zřejmé, že indikace kombinací léčby nebude nikdy tak snadná jako u monoterapie, ale bylo by chybou ji nevyužít s ohledem na individuální potřeby nemocných. Kombinací léčba by měla být zvažována vždy v případech, kdy představuje ve světle posledních poznatků benefit. Indikace a vedení kombinací léčby je obecně náročnější než v případě monoterapie, ale jak praví přísloví, per aspera ad astra. V budoucnu se naše snažení projeví redukcí rizika aterosklerotických komplikací a postupným poklesem jak morbidity, tak mortality našich pacientů.

Zdroje:

1. Zdravotnictví ČR: Stručný přehled mortalitních dat ČR za listu o prohlídce zeměděleho 2004–2015, dostupné z: <http://www.uzis.cz/publikace/zdravotnictvi-cr-strucny-prehled-mortalitnich-dat-cr-listu-prohlidce-zemreleho-2004-2015>
2. CATAPANO, Alberico L., Ian GRAHAM, Guy DE BACKER, et al. 2016 ESC/EAS Guidelines for the Management of Dyslipidaemias. *European Heart Journal* [online]. 2016, 37(39), 2999-3058 [cit. 2017-05-13]. DOI: 10.1093/eurheartj/ehw272. ISSN 0195-668x. Dostupné z: <https://academic.oup.com/eurheartj/article-lookup/doi/10.1093/eurheartj/ehw272>
3. PIEPOLI, Massimo F., Arno W. HOES, Stefan AGEWALL, et al. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *European Heart Journal* [online]. 2016, 37(29), 2315-2381 [cit. 2017-05-13]. DOI: 10.1093/eurheartj/ehw106. ISSN 0195-668x. Dostupné z: <https://academic.oup.com/eurheartj/article-lookup/doi/10.1093/eurheartj/ehw106>
4. Euro Heart Index 2016 - Health Consumer Powerhouse [online], 70 [cit. 2017-05-13]. Dostupné z: http://www.healthpowerhouse.com/files/EHI_2016/EHI_2016_report.pdf
5. KOTSEVA, Kornelia, David WOOD, Dirk DE BACQUER, et al. EUROASPIRE IV: A European Society of Cardiology survey on the lifestyle, risk factor and therapeutic management of coronary patients from 24 European countries. *European Journal of Preventive Cardiology* [online]. 2016, 23(6), 636-648 [cit. 2017-05-13]. DOI: 10.1177/2047487315569401. ISSN 2047-4873. Dostupné z: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/2047487315569401>
6. Cífková R, Bruthans J, Adámková V, et al. Prevalence základních kardiovaskulárních rizikových faktorů v české populaci v letech 2006–2009. *Studie Czech post-MONICA. Cor Vasa* 2011;53:220–229.
7. Cífková R, Škodová Z. Dlouhodobé trendy hlavních rizikových faktorů kardiovaskulárních onemocnění v české populaci. *Čas Lék Čes* 2004, 143: 219-226.
8. Jozifová M, Cífková R, Lánská V et al. Porovnání léčby hypertenze a rizikového profilu hypertenziků v obecné populaci a na specializovaném pracovišti. *Cor Vasa* 2003, 45: 533-541.
9. Yusuf S, Haewken S, Ounpuu S et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet* 2004, 364: 937-52.
10. Nickenig G. Should angiotensin II receptor blockers and statins be combined? *Circulation*. 2004, 110:1013–20
11. Nickenig G, Harrison G. The AT (1)-type angiotensin receptor in oxidative stress and atherogenesis: Part I: Oxidative stress and atherogenesis. *Circulation*. 2002, 105:393–6
12. Tropeano AI, Boutouyrie P, Pannier B et al. Brachial pressure-independent

- reduction in carotid stiffness after long-term angiotensin-converting enzyme inhibition in diabetic hypertensives. *Hypertension* 2006 Jul, 48(1):80-6.
13. Bruining N, de Winter S, Roelandt JR et al. Coronary calcium significantly affects quantitative analysis of coronary ultrasound: importance for atherosclerosis progression/regression studies. *Coron Artery Dis* 2009, 20(6): 409-14.
14. Goliaš Ch, Charalampopoulos A, Stagikas D et al. The kinin system – bradykinin: biological effects and clinical implications. Multiple role of the kinin system – bradykinin. *Hippokratia* 2007, 3: 124-128.
15. Vrablík M. Hypolipidemia jak je neznáte. *Hypertenze a KV prevence* 2013, 2: 54-57.
16. Messerli FH, Bakris GL, Ferrera D et al. Efficacy and safety of coadministered amlodipine and atorvastatin in patients with hypertension and dyslipidemia: results of the AVALON trial. *J Clin Hypertens (Greenwich)* 2006, 8(8): 571-81.
17. Hatala R, Pella D, Hatalová K, Šidlo R. Optimization of blood pressure treatment with fixed-combination perindopril/amlodipine in patients with arterial hypertension. *Clin Drug Investig* 2012, 32(9):603-12.
18. Bangalore S, Kamalakkannan G, Parkar S, et al. Fixed-dose combinations improve medication compliance: a meta-analysis. *Am J Med* 2007; 120: 713–719.
19. Kombinací léčba hypertenze vycházející z guidelines. *Medicína pro praxi* [online]. 2016, 2016, 4 [cit. 2017-05-13]. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2016/05/04.pdf>
20. Dahlöf B, Sever PS, Poulter NR, et al for the ASCOT investigators. Prevention of cardiovascular events with an antihypertensive regimen of amlodipine adding perindopril as required versus atenolol adding bendroflumethiazide as required, in the AngloScandinavian Cardiac Outcomes Trial/Blood Pressure Lowering Arm (ASCOTBPLA): a multicentre randomised controlled trial. *Lancet*. 2005, 366: 895906.
21. Sever P, Dahlöf B, Poulter N et al. Potential synergy between lipid-lowering and blood-pressure lowering in the Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial. *Eur Heart J* 2006, 27:2982-2988.
22. Vrablík M, Freiburger T, Lánská V et al. Projekt Atractiv: zlepšení kardiovaskulární prevence v podmínkách primární péče v České republice. *Vnitř Lek* 2008, 54(12): 1131-39.
23. BRUTHANS, Jan, Otto MAYER, Markéta GALOVCOVÁ, et al. State of secondary prevention in Czech coronary patients in the EUROASPIRE IV study. *Cor et Vasa* [online]. 2014, 56(2), e105-e112 [cit. 2017-05-14]. DOI: 10.1016/j.crvasa.2014. 02. 012. ISSN 00108650. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0010865014000290>

Souhrn údajů o přípravku – kompletní nebo komplexní dokument?

V prvním letošním čísle časopisu Practicus byl publikován přehledný článek PharmDr. Suchopára, v němž se věnuje lékovým interakcím omeprazolu, léčivé látky obsažené v řadě léčivých přípravků určených k terapii hypersekrece žaludeční kyseliny. Dr. Suchopár ve svém článku upozorňuje i na interakce, které v SmPC (Souhrn údajů o přípravku) přípravků s omeprazolem uvedeny nejsou a dokládá je několika klinickými studiemi. Svůj článek uzavírá tím, že při úvahách o lékových interakcích nelze vždy spoléhat jen na informace v SmPC jednotlivých léčivých přípravků, protože mohou být neúplné a nedostatečné. Závěr jeho článku tak může budít dojem, že přípravě SmPC obecně není věnována náležitá pozornost.

SmPC však není, a ani nemůže být, encyklopedickým seznamem všech interakcí či nežádoucích účinků, jaké byly kdy pozorovány. Smyslem SmPC je uvádět jasně prokázané skutečnosti o léčivém přípravku. Na jedné straně se setkáváme s názorem, že SmPC neobsahuje všechny relevantní informace, jiné skupiny ale kritizují přílišnou obsáhlou doprovodných textů, což snižuje čitelnost a orientaci v SmPC (nebo v příbalové informaci PIL) a může naopak vést k přehlédnutí důležitých částí.

Proces tvorby SmPC je obecně málo známý a někdy může docházet k mylným domněnkám, proč texty obsa-

hují nebo neobsahují určité informace. Během registrace léčivého přípravku předkládá žadatel (budoucí držitel rozhodnutí o registraci – MAH) registrační dokumentaci, která dokládá bezpečnost, účinnost a jakost hodnoceného přípravku. Součástí této dokumentace je rovněž návrh SmPC, příbalové informace (PIL) a informací na obale. Tyto texty navrhuje MAH a zajišťuje odborné doložení zmiňovaných informací. SÚKL hodnotí relevanci doložených tvrzení, není již ovšem v gesci Ústavu dohledávat další možná relevantní data.

Po zaregistrování léčivého přípravku má MAH povinnost implementovat závěry evropských přehodnocení účinnosti/bezpečnosti, sledovat vědecký vývoj a aktualizovat informace o přípravku tak, aby byly trvale v souladu s těmito aktuálními vědeckými poznatky.

Právě proto, že není možné všechny interakce, upozornění nebo nežádoucí účinky zahrnout do SmPC či vysvětlit všechny jejich souvislosti, je důležité sledovat také odborné texty, jako je právě text Dr. Suchopára o lékových interakcích.

Státní ústav pro kontrolu léčiv

I N Z E R C E

Soukromé ZZ Praktik Velim s.r.o. přijme všeobecného praktického lékaře/řku na plný či částečný úvazek, s atestací či bez /absolvent základního kmene/.

Zavedená, moderně vybavená ordinace, terasa + předzahrádka...
možnost příjemného trávení přestávek v práci... /

Sestra s 20ti letou praxí v oboru, daném obvodu.

Podpora asistentky při komunikaci ze ZP, správci sw, ..., řešení veškerých případně vzniklých provozních problémů /specializace - pracovní lékařství/.

Pravidelná ordinační doba: 4x týdně: 8.00–12.00, 1x týdně /St/: 13.00–18.00.

Pravidelné pracoviště: Velim, okr. Kolín, Středočeský kraj.

Kontakt: praktik.velim@seznam.cz

tel.: 604 114 624

Mýty a fakta o transmastných kyselinách



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

Úvod

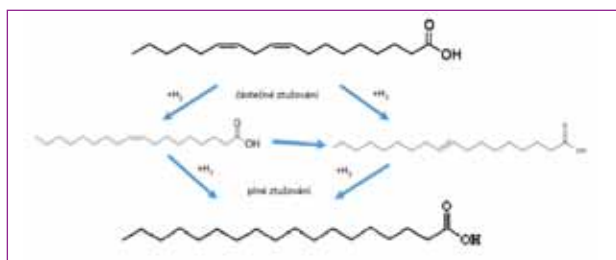
Transmastné kyseliny (TFA) patří spolu s nasycenými mastnými kyselinami, přidanými cukry a solí mezi hlavní rizikové živiny. Rizikové živiny, pokud jsou konzumovány v nadbytku, přispívají k rozvoji neinfekčních onemocnění hromadného výskytu jako kardiovaskulární onemocnění, diabetes 2. typu, hypertenze apod. Ze všech 4 rizikových živin mají TFA nejnižší tolerovaný příjem. Neměli bychom jich konzumovat více než 2-2,5 g denně. Některá doporučení uvádějí příjem co nejnižší. TFA plní jako téma stránky tisku a internetu. Ne vždy vše, co se píše, je správné a ne všichni mají o TFA dostatek znalostí, aby je mohli uplatňovat v praxi.

Co jsou to TFA a odkud se v potravinách berou?

U dvojných vazeb v uhlovodíkovém řetězci existuje dvojí prostorové uspořádání tohoto uhlíkového řetězce. Pokud jsou atomy uhlíku sousedící s atomy uhlíku vázanými dvojnou vazbou orientovány stejným směrem vůči dvojně vazbě, nazýváme toto uspořádání „cis“. Pokud jsou orientovány směrem opačným, hovoříme o vazbě „trans“.

Pro zapamatování: vazba „cis“ má tvar „vaničky“, vazba „trans“ převrácené „z“ nebo „židličky“. TFA v potravinách pocházejí hlavně ze dvou zdrojů. TFA vznikají v bacheru skotu a ovcí enzymově řízenou hydrogenací nebo v průmyslových technologiích částečným ztužováním tuku vodíkem. V obou případech se dvojně vazby nasycují postupně. Přitom vznikají TFA jako vedlejší produkt přeměny dvojných vazeb v uhlovodíkovém řetězci na jednoduché. Probíhá-li proces dále, dojde k nasycení většiny dvojných vazeb a tuk obsahuje jen nasycené mastné kyseliny. Proto je potřeba rozlišovat mezi částečně ztuženými tuky, které obsahují TFA, a tuky plně ztuženými, které TFA (až na nevýznamné množství) neobsahují. Spotřebitelé si to pletou a myslí si, že v plně ztužených tucích je více TFA než v částečně ztužených. Ukazují to výsledky spotřebitelských průzkumů. Zřejmě

za to může přívlastek „plně“, který evokuje myšlenku, že to znamená více TFA, i když je tomu naopak. K částečnému ztužování dochází i v bacheru přežvýkavců. Zatímco mléčný tuk obsahuje 3 % TFA, částečně ztužené tuky jich mohou obsahovat až 60 %. Proto jsou částečně ztužené tuky považovány za hlavní zdroj příjmu TFA ve stravě a i relativně malé množství potravin obsahující částečně ztužené tuky může vést k vyššímu příjmu TFA, než je tolerováno. TFA mohou vznikat i za vyšších teplot, např. při rafinaci olejů. Pokud se dodržují zásady správné výrobní praxe, je obsah TFA v olejích pod 1 %, což je nutričně nevýznamné. Jedním z častých mýtů je, že TFA vznikají při smažení. I zde se jedná o nutričně nevýznamné množství. Pokud byl ve smažených pokrmech zjištěn vysoký obsah TFA, bylo to kvůli tomu, že se smažilo za použití částečně ztuženého tuku a TFA pocházely ze zádrže oleje ve smaženém pokrmu.



Proč se tuky ztužovaly nebo ještě ztužují?

Vazba „cis“ vykazuje větší prostorové pnutí, vzhledem k větší blízkosti atomů uhlíku sousedících s dvojnou vazbou. Důsledkem je obecně menší stabilita, větší reaktivita u „cis“ forem mimo jiné v reakci s kyslíkem. Mastné kyseliny, které mají stejný vzorec a liší se pouze prostorovou orientací dvojně vazby, mají rozdílné body tání (u TFA je vyšší). Tyto odlišné vlastnosti jsou i důvodem, proč v potravinářství a při přípravě pokrmů byly a někde stále jsou používány tuky s vyšším obsahem TFA.

1. Vyšší bod tání TFA může být využit v průmyslových aplikacích vyžadujících přítomnost takzvaného strukturního tuku, který je důležitý k dosažení požadované textury výrobku.
2. TFA vykazují vyšší tepelnou stabilitu, což je výhodou při smažení pokrmů. Každá z těchto dvou vlastností je specifická a uplatňuje se při různých aplikacích a výrobních technologiích.

Vliv TFA na zdraví

TFA prokazatelně zvyšují hladinu celkového a LDL-cholesterolu, snižují i hladinu HDL-cholesterolu. Jejich vyšší konzumace bývá dávana do souvislosti i se zvýšením rizika vzniku diabetu 2. typu a vyšší mortalitou na kardiovas-

kulární onemocnění. Na druhou stranu rakovinotvorný účinek, jak se občas dočteme v médiích, u TFA, stejně jako u jiných mastných kyselin či tuků obecně nebyl prokázán. Můžeme se setkat i s diskusemi, zda TFA přírodního původu mají negativní účinky na lidské zdraví podobně jako ty, které vznikly v rámci průmyslových technologií. Z dostupných vědeckých informací vyplývá, že TFA z průmyslové hydrogenace i z tuku přežvýkavců nepříznivě ovlivňují profil krevních lipidů^{1,2}. Je to logický závěr, protože není pravda, že by mléčný tuk a průmyslově ztužené tuky obsahovaly zcela odlišné TFA. Spektrum polohových izomerů se částečně liší v četnosti jejich zastoupení, ale jsou v nich přítomny stejná chemická individua. Pokud však mléčný tuk konzumujeme umírněně, tak se příjem TFA z tohoto zdroje pohybuje pod 1 % z celkového příjmu energie, což je v souladu s doporučením. Dalším problémem je, že spotřebitel nevnímá TFA jako zdravotní riziko. Prokázal to mimo jiné spotřebitelský průzkum zorganizovaný společností Vím, co jím a piju na reprezentativním vzorku populace³. TFA se snaží vyhýbat 9,7 %, 21,6 % se je snaží omezovat, na druhou stranu 21,2 % je zařazuje do stravy častěji, 6,2 % co nejvíce a 41,3 % je to jedno. To svědčí o zásadních neznalostech běžného spotřebitele, případně o nezájmu o tuto problematiku.

Používání částečně ztužených tuků do značné míry souviselo i s vývojem poznatků o vlivu TFA na zdraví. Ještě v 80. letech minulého století se předpokládalo, že TFA mají podobné účinky jako mononenasyčené, v polovině 90. let byly účinky srovnávány s nasycenými mastnými kyselinami. Z tohoto pohledu ztužování olejů nic nebránilo. Podle dnešní úrovně poznatků jsou TFA považovány za horší než nasycené. Tato fakta se často v médiích překrucují s tím, že potravinářský průmysl používal tuky, o nichž tvrdil, že z hlediska zdraví nevadí. To, že chyběly důkazy o negativním působení TFA na zdraví, nebyla chyba potravinářského průmyslu. Na vině byla neexistence vědeckých studií z renomovaných klinických pracovišť.

Výskyt TFA v potravinách

V České republice chybí veřejně dostupná databáze složení potravin na trhu. Z tohoto pohledu není ani ucelený přehled o výskytu TFA v potravinářských výrobcích. Výskyt TFA v různých druzích potravin je individuální záležitostí jednotlivých zemí, proto je potřeba vždy mapovat lokální trh. To bývá často zdrojem mýtů šířených v tisku a po internetu. Novináři či jiní autoři opisují články o výskytu TFA v potravinách z jiných trhů, např. severní Ameriky, kde je složení potravin a surovinová základna výrazně odlišná. Situaci neusnadnila ani evropská legislativa, která zakázala značit obsah TFA na obalech potravin. Přitom řada výrobců obsah TFA kyselin na obalech výrobků v minulosti uváděla, právě z důvodů, aby se zamezilo spekulacím, zda výrobky mají vyšší obsah TFA nebo nikoliv.

Česká republika patří mezi země, které se TFA pocházejících z částečně ztužených tuků prozatím nedokázaly zbavit. Situace se sice zlepšila oproti minulosti. Je spousta produktů, které v minulosti TFA obsahovaly, ale již neobsahují. Na druhou stranu jsou na trhu stále

desítky produktů, které mají nutričně významné množství TFA. O tom, že příjem TFA ve stravě poklesl, svědčí i rozbory složení tuků mateřského mléka. Zatímco v minulosti činil obsah TFA v mateřském mléce českých žen 4,22 %, respektive 3,13 %, Státní zdravotní ústav naměřil v roce 2017 průměrný obsah TFA v mateřském mléce 0,9 %⁴⁻⁶. Obsah TFA v mateřském mléce koreluje s hladinou příjmu TFA ve stravě. Na druhou stranu je potřeba vzít v úvahu, že kojící ženy nemusí představovat reprezentativní vzorek populace, vzhledem k tomu, že v období kojení věnují skladbě stravy větší pozornost a některé potraviny s vyšším obsahem TFA, které doprovázejí jiné rizikové živiny jako přidané cukry či nasycené mastné kyseliny, nekonzumují. Nicméně trend v této populační skupině je jednoznačně klesající.

TFA a dvojí kvalita potravin

Kde se tedy můžeme setkat s nutričně významným množstvím TFA napoví následující tabulka, která vychází z analýz výrobků na českém trhu za poslední dva roky.

Potravina	obsah TFA v % z tuku	obsah tuku v g/100 g
perník s polevou	24,8	10
sušenky bez lepku	17,5	25,4
kakaová pochoutka	23,8	27
poleva	36,8	38,6
cukrářský výrobek s polevou	25,1	12,4
listové těsto	11,0	20,5
croissant	5,6	16,8
jemné pečivo	7	29,6
sójová tyčinka	19,0	20,5
kokosová tyčinka	15	19
energetická tyčinka	14,0	19,5
sušený sójový nápoj	42,7	27

Media jsou v dnešní době doslova přesycena tématem dvojí kvality potravin, kdy se ve střední a východní Evropě objevují potraviny od stejných výrobců s jiným složením než v západní Evropě. Dvojí kvalita se však netýká jen jednotlivých výrobců, ale i výrobových skupin s TFA nebo bez nich. Mezi desítkami výrobků, u nichž byl vysoký obsah TFA analyticky zjištěn, nebyl ani jeden původem ze západní Evropy. To však nevzbuzuje žádnou pozornost v tisku, přitom nejde jen o kvalitu, ale ve hře je i zdraví spotřebitele.

Výrobky uvedené v tabulce nepatří mezi základní potraviny, které bychom konzumovali běžně na denním pořádku. Problém však nastává v situaci, kdy si někdo určitý výrobek oblíbí. I relativně malé množství daného výrobku potom vede k překročení denního tolerovaného množství pro TFA. Některé výrobky se snaží navíc získat ke konzumaci celiakiky, u nichž je výběr vhodných potravin do značné míry omezen. U jiných působí na děti na obalech jako lákadlo obrázky zvířátek či postaviček z dětských seriálů. Sušené sójové nápoje se prodávají v lékárnách

jako doplňkový sortiment. V České republice zcela chybí edukace spotřebitele a plány, jak situaci řešit. To konstatovala mimo jiné i Světová zdravotnická organizace WHO ve zprávě z roku 2017, která monitorovala plnění závazků jednotlivých evropských zemí v oblasti prevence neinfekčních onemocnění. V České republice chybí státní politika, která by vedla ke snížení konzumace nasycených a eliminaci TFA vznikajících v rámci průmyslových technologií, přitom v dalších indikátorech v této zprávě si Česká republika stojí docela dobře⁷.

V tisku se TFA opakovaně spojují s margariny. To je však kategorie výrobků, kde je obsah TFA významně nižší než jejich přirozená hladina v másle, což bývá považováno jako srovnávací kritérium pro tuto kategorii. Prokázaly to mimo jiné výsledky test uspořádaného společností Vím, co jím a piju ve spolupráci s iDnes, které byly publikovány v březnu 2018.

Vše spěje k regulačním opatřením

Států Evropské unie, které po vzoru Dánska vydaly legislativní opatření, jak omezit obsah TFA v potravinách, přibývá. Potřebu se touto tematikou na úrovni Unie zabývat si uvědomuje i Evropská komise. Ve zprávě týkající se TFA, kterou Komise v roce 2015 zveřejnila, se sice konstatuje, že většina potravinářských výrobků v rámci Evropské unie obsahuje TFA v množství nižším než 2 g ve 100 g tuku. Zpráva však také poukazuje na skutečnost, že stále existuje řada potravin s vysokým podílem TFA (nad 2 g na 100 g tuku) zvláště v některých evropských zemích a některých druzích potravin. Existují skupiny obyvatelstva, které mohou být ohroženy vysokým příjmem TFA. To se mimo jiné týká i České republiky, jak vyplývá z analýz výrobků na tuzemském trhu. Do 9. února 2018 probíhala veřejná konzultace Evropské komise k problematice plánovaného omezení obsahu TFA vznikajících v rámci průmyslových technologií. Ve hře je několik scénářů: zavedení limitu pro TFA, povinné označování jejich obsahu na obalech, zákaz používání částečně ztužených tuků, případně samoregulační opatření průmyslových sdružení. Po vyhodnocení se očekává, že jeden z těchto scénářů bude uplatněn v praxi. Jako nejpravděpodobnější se prozatím jeví zavedení limitu pro obsah TFA v potravinách. Než se něco změní, musíme si vystačit s návodem sledovat, zda je ve složení výrobku uvedeno, že byl ve výrobě použit částečně ztužený tuk. Takovým výrobkům je lépe se obloukem vyhnout. I to však není spolehlivá informace. Jak ukázaly analýzy a praxe označování potravin, tak i výrobky s plně ztuženými tuky mohou obsahovat vyšší obsah TFA, což

odporuje principu legislativy. Problémem je, že v legislativě chybí z nepochopitelných důvodů definice, což lze považovat za plně či částečně ztužený tuk a někteří výrobci podobně jako spotřebitelé si tyto pojmy pletou.

Ekonomický a zdravotní přínos nahrazení TFA v potravinách

V srpnu 2015 byla v odborném časopise British Medical Journal publikována socioekonomická studie, která modelovala dopady snížení příjmu TFA⁸. Velká Británie nepatří mezi země s vysokým příjmem TFA podobně jako i jiné země západní Evropy. Nicméně např. u nízko příjmových skupin se konzumace TFA odhaduje na úrovni 1,3 % z celkového příjmu energie. Podle výsledků studie by bylo možno omezením příjmu TFA předejít či oddálit 7200 úmrtí a zlepšením označování potravin 1800–3500 úmrtí. Ekonomické dopady byly vyčísleny úsporou 265 milionů liber. Česká republika je z hlediska počtu obyvatel šestkrát menší než Velká Británie. Náklady na zdravotnictví budou u nás i nižší. Pokud však výpočty fungují podobně, i zde by byl potenciál úspor výrazný, řádově ve stovkách milionů korun.

Závěr

V celosvětovém měřítku přibývá řada aktivit směřujících k omezení příjmu TFA. Jako nejučinnější se ukazuje odstranění částečně ztužených tuků z potravinového řetězce od výroby surovin, potravinářských technologií, společného stravování až po přípravu pokrmů v domácnostech prostřednictvím legislativních opatření. Částečně ztužené tuky lze nahradit jinými alternativami prakticky ve všech případech. Vyžaduje to osvětu u výrobců, hlavně malých a středních firem, které disponují podstatně menším technickým zázemím v oblasti inovací. Na druhou stranu je rovněž zapotřebí zlepšit edukaci spotřebitelů, kteří se v problematice vlivu tuků a jednotlivých mastných kyselin na zdraví dobře neorientují. Příklady z některých zemí v západní Evropě ukazují, že příjem TFA lze udržet v tolerovaných mezích pod 1 % z celkového příjmu energie. Jako vhodná alternativa se jeví tropické tuky, zvláště palmový olej. Nátlakové akce v České republice vyzývající k bojkotu potravin s palmovým olejem brání rychlejšímu odstranění částečně ztužených tuků v některých potravinách. Výrobce prozatím nic nenutí k reformulacím, téma TFA mnohem méně rezonuje společností než palmový olej, přestože se jedná o přímou vazbu na zdraví obyvatel.

Literatura:

1. Brouwer IA et al. Effect of Animal and Industrial Trans Fatty Acids on HDL and LDL Cholesterol Levels in Humans – A Quantitative Review. *PLoS ONE* 2010; 5(3): e9434. doi:10.1371/journal.pone.0009434
2. Brouwer IA et al. Trans fatty acids and cardiovascular health: research completed? *European Journal of Clinical Nutrition* 2013; 67: 541-547.
3. Brát J. Výživa a zdravý životní styl očima spotřebitelů. *Potravinářská revue* 2015; (2): 18-21.
4. Dlouhý P et al. Trans fatty acids in subcutaneous fat of pregnant women and in human milk in the Czech Republic. *Ann N Y Acad Sci* 2002; 967: 544-547.
5. Marhol P et al. Higher Content of C18:1 Trans Fatty Acids in Early Human

6. Milk Fat of Roma Breast-Feeding Women. *Ann Nutr Metab* 2007; 51: 461-467.
7. Ruprich J. Tuky a jejich vliv na lidský organizmus (z pohledu výživy člověka). Výroční konference Platformy pro reformulace, Praha 7. září 2017, dostupné na <http://www.reformulace.cz/images/3.Tuky-a-jejich-vliv-na-lidsk-organizmus-Ruprich.pdf>
8. WHO. Noncommunicable Diseases Progress Monitor, 2017, dostupné na <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/258940/1/9789241513029-eng.pdf?ua=1>
8. Allen K et al. Potential of trans fats policies to reduce socioeconomic inequalities in mortality from coronary heart disease in England: cost effectiveness modelling study. *BMJ* 2015; 351: h4583.

Využití fixní kombinace v terapii mladšího hypertonika

MUDr. PhDr. Marcel Nesvadba, MBA

Vysoká škola Zdravotníctva a Sociálnej práce sv. Alžbety, Bratislava1, Ordinance praktického lékaře, Turnov2

PhDr. Mgr. et Mgr. Patrik Christian Cmorej, Ph.D., MHA

Vysoká škola Zdravotníctva a Sociálnej práce sv. Alžbety, Bratislava1

SOUHRN

Fixní kombinace dvou léků zlepšuje adherenci/ complianci pacientů k léčbě, a vede tak i ke zlepšení kontroly základního onemocnění. V léčbě hypertenze je doporučena jakákoli kombinace pěti základních tříd antihypertenziv, kdy základem by měly být blokátory RAAS, především ACE inhibitory. V případě ischemické choroby srdeční, srdečního selhání nebo u pacientů po koronární příhodě je doporučena kombinace s betablokátory. Zároveň je užitečné její využití u hypertoniků se zvýšenou tepovou frekvencí. Cosyrel je první fixní kombinací betablokátoru (bisoprolol fumarát) a ACE inhibitoru (perindopril arginin) dostupnou na českém trhu. Preparát je indikován u nemocných s ischemickou chorobou srdeční, hypertenzí a u stabilního srdečního selhání (v dávce 5 mg bisoprolol/ 5 mg perindopril, 10 mg bisoprolol/ 5 mg perindopril).

KLÍČOVÁ SLOVA

hypertenze – srdeční selhání – perindopril – bisoprolol

ÚVOD

Blokátory renin-angiotenzinového systému (RAAS), především inhibitory angiotenzin konvertujícího enzymu (ACEI), jsou základem léčby mnoha kardiovaskulárních (KV) onemocnění především hypertenze, ischemické choroby srdeční (ICHS) a srdečního selhání (SS).

Hlavní farmakologický účinek perindoprilu jako ACEI je snížení systémové cévní rezistence bez poklesu tepové frekvence nebo jen s velmi mírným poklesem tepové frekvence.

Betablokátory (BB) patří mezi pět základních skupin antihypertenziv a jsou doporučovány všem nemocným v sekundární prevenci po koronární příhodě a všem nemocným s dysfunkcí levé komory, resp. SS.

Většina léčebných účinků BB je dána blokádou beta-1 receptorů („kardioselektivita“), naopak větší počet specifických vedlejších účinků je dán blokádou beta-2 receptorů. Z těchto důvodů by měly být v praxi preferovány BB s vysokou kardioselektivitou jako je např. bisoprolol.

BB se také dělí na lipofilní (betaxolol, carvedilol, metoprolol, propranolol) a hydrofilní (acetabutol, atenolol,

sotalol). Ostatní BB mají víceméně stejnou eliminační cestu jak játry, tak ledvinami, což platí pro bisoprolol, celiprolol, nebivolol.

BB mají řadu výhod v léčbě hypertenze s komplikacemi či komorbiditami. Dle nových českých doporučení pro léčbu hypertenze jsou indikovány i hypertonikům se známkami zvýšené sympatické aktivity, hyperkinetickou cirkulací a také u pacientů po infarktu myokardu, s tachyarytmií, chronickým srdečním selháním nebo anginou pectoris.

Antianginózní účinek BB je především v potlačení sympatoadrenergické aktivity, čímž dojde ke snížení tepové frekvence i srdeční stažlivosti. K jejich účinku přispívá i současné snížení TK. Při antianginózní terapii BB je využíván i jejich antiarytmický efekt. Mezi tepovou frekvencí a antianginózním efektem je úzká korelace, nejlépe hodnotitelná vzestupem tepové frekvence při zátěži.

Pacienti s vysokým TK mají často i další onemocnění typu dyslipidémie, diabetes mellitus apod. a nezřídkou tak užívají velké množství léků současně. V posledních letech byla vyvinuta řada fixních kombinací antihypertenziv, které prokazatelně zlepšují adherenci/complianci, a mohou tak zlepšovat kontrolu hypertenze a také účinnost léků podávaných v sekundární prevenci KV příhod.

Od ledna 2017 je na český trh uváděna nová fixní kombinace bisoprololu a perindoprilu pod názvem COSYREL, v silách 10 mg/ 10 mg, 10 mg/ 5 mg a 5 mg/ 10 mg a 5 mg/ 5 mg, kdy první hodnota je dávka bisoprololu, druhá perindoprilu.

Post hoc analýza studie EUROPA u pacientů se stabilní ICHS zkoumala, zda přidání perindoprilu k BB přináší další benefity ve srovnání se standardní léčbou zahrnující BB. Výsledkem analýzy byl závěr, že léčba perindoprilem/BB vs placebo/ BB vede k: poklesu o 24 % primárního cíle (KV mortalita, nefatální IM a resuscitovaná náhlá zástava oběhu) ($p = 0,002$), poklesu o 28 % fatálních a nefatálních IM ($p = 0,001$), poklesu o 45 % hospitalizací z důvodu srdečního selhání ($p = 0,025$), poklesu o 13 % celkové mortality ($p = 0,32$), poklesu o 10 % KV mortality ($p = 0,53$). Tyto výsledky podporují využití fixní kombinace COSYREL u pacientů s ICHS (+/- hypertenzí), kteří užívají BB, kde přidání perindoprilu zajišťuje další významnou kardioprotekci.

KAZUISTIKA

Popisujeme případ 43 letého muže, který navštěvoval ordinaci praktického lékaře (PL) velmi sporadicky a při jedné návštěvě, kdy se přišel pouze zeptat na platnost očkování proti tetanu, mu byla nabídnuta preventivní prohlídka. Po kratším rozhovoru souhlasil s tím, že musí

nejdříve přijít na preventivní odběry a následně mu bude dán přesný termín prohlídky. Zhruba po měsíci se tento muž dostavil na plánovanou preventivní prohlídku. Při odebrání osobní anamnézy bylo zjištěno, že tento muž, který v současnosti neužívá žádné léky a nemá žádné větší potíže, jak tvrdil, bral kdysi v minulosti nějaké léky na vysoký tlak. Při podrobnějším prozkoumání jeho zdravotnické dokumentace jsme zjistili, že mu byl před pěti lety jeho předchozí praktickou lékařkou diagnostikován vyšší krevní tlak a nasazen preparát ze skupiny betablokátorů Lokren. Toto vše bez jakýchkoli dalších vyšetření. Pacient využíval jedno velké balení tohoto preparátu a pro další už si nepřišel a věc považoval za vyřešenou a žádné problémy nepociťoval. Pouze udával, že ho někdy pobolívá hlava a při zvýšené fyzické činnosti se mu rozbuší srdce. Co se týká rodinné anamnézy, tak ta byla pozitivní na kardiovaskulární onemocnění ze strany obou rodičů, kdy otec trpěl hypertenzí a hypercholesterolémií a matka hypertenzí a obezitou. Při samotném vyšetření byl u pacienta BMI 32, krevní tlak (TK) byl při prvním měření 160/95 a tepová frekvence (TF) byla 89/min, při opakovaném měření po zhruba dvaceti minutách byl TK 160/90 a TF 86/min. Laboratorní vyšetření ukazovalo na vyšší hladinu celkového cholesterolu 6,56 mmol/l, LDL cholesterolu 4,2 mmol/l a nižší hladinu HDL cholesterolu 0,8 mmol/l. Dále byla mírně zvýšená hladina lačné glykémie 5,8 mmol/l a hladina kyseliny močové 412 mmol/l. Pacient uvedl, že má sedavé zaměstnání, protože pracuje jako administrativní pracovník na městském úřadě. Žádnému sportu se aktivně nikdy nevěnoval a v současné době chodí pouze občas na procházky do přírody s kamarády. Žije sám, nevaří si, pouze někdy si něco koupí, co si jen doma ohřeje anebo se chodí stravovat do blízké restaurace. Byl poučen o režimových opatřeních týkajících se redukce hmotnosti, zvýšení fyzické aktivity, omezení kuchyňské soli ve stravě a poučen o nutnosti dodržování pravidelné medikace. Byly mu nasazeny léky na vyšší hladinu cholesterolu i na hyperurikémii s pravidelnými laboratorními kontrolami vždy po šesti měsících od ustálení hodnot krevních lipidů a kyseliny močové. S odstupem mu byl proveden záznam EKG, které bylo v normě, provedeno ultrazvukové vyšetře-

ní břicha, kde byla pouze hraniční velikost jater, jinak vše ostatní bez nálezu a ultrazvukové vyšetření ledvin k vyloučení sekundární příčiny hypertenze, které bylo také bez patologického nálezu. Po opakovaných měřeních TK v ordinaci, kdy měl opakovaně vyšší hodnoty TK i TF u něho byla zahájena léčba přípravkem perindopril 5 mg 1 tableta denně. Pacient lék dobře toleroval, a jeho krevní tlak se podařilo zhruba po třech týdnech stabilizovat na hodnotách okolo 130/80 mm Hg. Stále však byla zvýšená jeho tepová frekvence, která se pohybovala okolo 90/min. Po doplnění vyšetření hormonů štítné žlázy (TSH a FT4), které bylo ve fyziologickém rozmezí, byl do medikace přidán bisoprolol 5 mg denně 1 tableta. Po úpravě medikace se klidová tepová frekvence zhruba po 14 dnech ustálila na hodnotě okolo 60 tepů za minutu. Při následné kontrole byla pacientovi nabídnuta úprava terapie pro zjednodušené užívání, se kterou pacient souhlasil. Následně byl převeden na fixní kombinovaný preparát – Cosyrel 5/5 mg (fixní kombinace bisoprololu a perindoprilu) v dávce 1 tableta denně. Na dalších kontrolách pacienta v naší ordinaci byla léčba z jeho strany hodnocena kladně, jeho subjektivní obtíže ustoupily, zlepšila se kvalita jeho života a z objektivního hlediska se ustálily hodnoty jeho krevního tlaku a tepové frekvence ve fyziologickém rozmezí. Došlo také k úpravě jeho laboratorních hodnot a snížení BMI na 28,0.

ZÁVĚR

Na základě námi prezentovaného příkladu se dá odvodit a velmi dobře doložit, že léčba primární arteriální hypertenze se zvýšenou aktivitou sympatiku u jedinců mladšího a středního produktivního věku je vhodná pro výše uvedenou fixní kombinaci preparátu Cosyrel (bisoprolol/perindopril). Kombinace nejen tohoto antihypertenzíva, ale i kombinace ostatních antihypertenzív oproti kombinacím volným, přináší lepší compliance pacienta a jeho celkově lepší adherenci k léčbě. Zároveň taková léčba vede k dosažení lepší kvality života (QoL) pacienta, dosažení lepších cílových hodnot krevního tlaku, lepší prognózy a zároveň snížení celkového rizika kardiovaskulárních onemocnění.

Literatura:

- 2013 ESH/ ESC guidelines for the management of arterial hypertension. *J Hypertens* 2013; 31(7): 1281–1357. doi: 10.1097/01.hjh.0000431740.32696.cc.
- Filipovský J, Widimský J Jr, Ceral J et al. Diagnostické a léčebné postupy u arteriální hypertenze – verze 2012. Doporučení České společnosti pro hypertenzi. *Vnitř Lék* 2012; 58(10): 785–802.
- Mancia G, Laurent S, Agabiti-Rosei E et al. Reappraisal of European guidelines on hypertension management: a European Society of Hypertension Task Force document. *J Hypertens* 2009; 27(11): 2121–2158. doi: 10.1097/HJH.0b013e328333146d.
- Špinar J, Souček M. Přehodnocení doporučení pro diagnostiku a léčbu hypertenze. *Vnitř Lék* 2010; 56(2): 157–161.
- Wald DS, Law M, Morris JK et al. Combination therapy versus monotherapy in

- reducing blood pressure: meta-analysis on 11,000 participants from 42 trials. *Am J Medicine* 2009; 122(3): 290–300. doi:10.1016/j.amjmed.2008.09.038.
- Kaplan NM. Beta-blockers in hypertension adding insult to injury. *J Am Coll Cardiol* 2008; 52(18): 1490–1491. doi: 10.1016/j.jacc.2008.08.008.
- Vítovec J, Špinar J. Diuretika a betablokátorů v léčbě hypertenze. *Int Med Praxi* 2012; 14(12): 458–460.
- Špinar J, Hradec J, Špinarova L et al. Summary of the 2016 ESC Guidelines on the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. Prepared by the Czech Society of Cardiology. *Cor Vasa* 2016; 58(5): 597–636. doi: 10.1016/j.crvasa.2016.09.004.
- Špinar J. Komentář k doporučeným postupům ESC/ ČKS Farmakoterapie srdečního selhání. *Kardiolog Rev Int Med* 2016; 18(4): 234–239.
- Labr K, Špinar J, Pařenica J et al. Betablokátorů v registru chronického srdečního selhání FAR NHL. *Kardiolog Rev Int Med* 2017; 19(1): 68–72.

GDPR: hrozba, nebo pomoc?



MUDr. Cyril Mucha

praktický lékař, odborný asistent Ústavu všeobecného lékařství 1. LF UK. Dlouhodobě se věnuje informačním technologiím ve zdravotnictví, ve výboru SVL ČLS má na starost IT, pracuje též v pracovní skupině pro elektronizaci zdravotnictví při prezidiu ČLS JEP. Je krajským konzultantem SVL pro kraj Praha

Vážené kolegyně, vážení kolegové,

ta čtyři písmena z nadpisu vzbuzují v poslední době velké emoce. U běžných lidí obavy typu: „Co si to zase na nás vymysleli“, u solidních poradenských firem, resp. úředníků, horečnou snahu o převedení do lidských dimenzí a u nesolidních firem snahu na tom co nejvíce vydělat. Jak je rozlišit? Není to jednoduché. Typickým znakem druhé, zlatokopecské firmy jsou inzeráty, které charakterizují rčením „vystraš a vyber“. Jistě vám jich také mnoho přišlo: dozvíte se především, že vám hrozí likvidační pokuty statisíců eur, ale pokud přijdete na naše úžasné (rozuměj, předražené) školení, vše se vyřeší. Pokud se navíc na takové školení necháte zlákat, většinou se dozvíte obecné formulace, v praxi naprosto nepoužitelné, plné přemoudřelých poučení od lidí, kteří v životě v žádné ordinaci nepracovali a naprosto nic nevědí o skutečném chodu zdravotnického zařízení.

Jaká je tedy pravda? Za prvé je nutno si uvědomit, že Evropské nařízení GDPR (General Data Protection Regulation) je správné. Jde o první a **velmi potřebné opatření na ochranu osobních údajů, které reaguje na obrovský rozvoj informačních technologií**. Pokud slyšíte z některých úřadů ticho (tedy nic), nebo dokonce „co si to zas v Bruselu vymysleli“, buďte si jisti, že chyba není na straně EU, ale líného úředníka, který hledá vysvětlení pro svoji lenost/neschopnost. Neoddiskutovatelné totiž je, že osobní data je nutno chránit. Všichni jste jistě nejednou zažili situaci, kdy si kdesi cosí koupíte na internetu, popř. obdržíte „velmi výhodnou klubovou kartu“ a náhle vám začnou chodit neodmítnutelné nabídky na

různé nesmyly a de facto nemáte, jak se tomu bránit. Buďte si navíc jisti, že je to pouze pověstná špička ledovce. Informací o vás mají totiž mnohem více, a vy nemáte šanci se o tom dozvědět. Navíc si je dávají dohromady, různě kombinují, takže nakonec vzniká Velký bratr. Mluví se o tzv. profilování, tedy procesu, při kterém na základě různých kusých informací vzniká jejich syntézou co nejpřesnější profil potenciálního zákazníka.

GDPR toto zakazuje, ale hlavně zavádí tzv. **princip zodpovědnosti**. Všichni správci a zpracovatelé údajů jsou povinni zavést technická, organizační a procesní opatření, tak aby nedocházelo k zneužívání dat. Každá firma nebo instituce bez ohledu na to, jak je velká, musí prokázat nezbytnost účelu a rozsahu shromažďování dat, navíc za jasného, ničím nepodmíněného souhlasu dané osoby.

Od platnosti GDPR (28. 5. 2018) nebude např. možná častá současná praxe: pokud chcete na našem webu nakoupit, musíte podepsat souhlas s obchodními podmínkami, kde je kdesi petitem napsáno, že souhlasíme se zařazením do různých databází. S nimi se navíc dále obchoduje, takže po nákupu drogistického zboží nám začnou chodit nabídky na dovolenou v Karibiku a naopak.

Z výše uvedeného je vidět, že GDPR (a zejm. pokuty) nejsou primárně zaměřené na zdravotnictví (to má navíc mnoho výjimek, protože data jsou shromažďována v „zájmu klienta“), ale spíše proti zneužívání IT technologií obchodními firmami. Dalším faktem je, že se GDPR netýká pouze ochrany **elektronických** dat, ale jakýchkoli dat, tedy i „papírové“ dokumentace. Dobrou zprávou je, že ten, kdo dosud dodržoval alespoň základní pravidla bezpečnosti dat, nemusí se bát příliš velkých změn. GDPR navíc obsahuje doporučení typu „opatření mají být ekvivalentní současnému stavu, nákladům a rizikům“. To působí oproti stavu u nás (když chce stát zachránit 1 Kč, vynaloží na to klidně 1 milion) jako pohlazení po duši...

Milé kolegyně a milí kolegové, prosím, sledujte oficiální odborné informační kanály, neboť mnoho odpovědných institucí (SPL, ČLS, ČLK, ÚZIS...) již připravilo různé zdařilé návody pro praktické/ambulantní lékaře, jak správně při aplikaci GDPR postupovat. Nechci ani zatracovat všechny komerční aktéry, někteří z nich k problému přistupují odpovědně. Budeme vás informovat v odborném tisku, na webech a zejména na konferencích (nejbližší je Jarní interaktivní konference v dubnu t. r.).

Inovativní kolonoskop by měl do roku 2020 umožnit diagnostiku střevních karcinomů bez biopsie

Přístroj vybavený pokročilou zobrazovací technikou by měl umožnit zhodnocení střevních polypů in situ. Multicentrický projekt jeho vývoje je financován Evropskou unií.

Současná kolonoskopie má své limity

Klasická kolonoskopie, následovaná resekcí polypu a histologickým vyšetřením, je zlatým standardem ve vyhledávání prekanceróz a karcinomů tlustého střeva. Metoda vykazuje velmi dobré výsledky, přesto ponechává prostor pro zlepšování.

Až 30 % polypů nemusí být při kolonoskopii zachyceno. Dále 29–42 % resekovaných polypů vykazuje hyperplastický charakter a nepředstavuje riziko maligního zvratu. Ve zbylých případech se jedná o neoplastické polypy a jen ty je nezbytné odstraňovat. Možnost spolehlivě zhodnotit charakter polypů in situ, což by omezilo četnost invazivních endoskopických zákroků a histologického vyšetřování, by přinesla nejen zvýšení bezpečnosti výkonu, ale taktéž snížení personálních a finančních nákladů na zdravotní péči.

Velký projekt s malým jménem

Projekt PICCOLO, financovaný z programu Evropské unie Horizont 2020 – rámcového programu pro výzkum a inovace, si klade za cíl tuto možnost lékařům přinést. Multidisciplinární tým se skládá z 9 subjektů sídlících v 5 evropských zemích. „Doufáme, že PICCOLO přinese zásadní výhody ve srovnání s tradiční kolonoskopií. Vyvineme pokročilý endoskop vybavený jednak optickou koherentní tomografií (OCT), jednak multifotonovou tomografií (MPT). Umožníme tak strukturální a funkční zobrazování s vysokým rozlišením, které nás informuje o změnách probíhajících na buněčné úrovni.

Informace bude srovnatelná s tou, kterou jsme schopni získat tradičními histologickými technikami,“ přibližuje náplň projektu jeden z jeho řešitelů dr. Artzai Picon (Tecnalia, Španělsko).

Další použitou metodou bude inovativní označovací fluorescenční technologie. Detailní strukturální informace získaná prostřednictvím OCT a zkombinovaná s funkční informací z MPT by měla gastroenterologům přinést okamžitou identifikaci neoplastických lézí a přesnou a spolehlivou in vivo diagnostiku. Umožní zhodnotit stupeň diferenciaci nádoru (grading), místní šíření a okraje. Snímky získané touto technikou, označovanou jako „optická biopsie“, budou vyhodnocovány automaticky. Úkolem projektu tak je nejen sestavit samotný endoskop, ale také nalézt zobrazovací biomarkery a vytvořit algoritmy, které umožní tuto automatickou analýzu.

Potenciál do budoucna

Řešitelé projektu doufají, že do konce roku 2018 se jim podaří sestavit první prototyp. V roce 2020 by pak mohly být zahájeny klinické studie s přístrojem. Jestliže bude projekt úspěšný, může přinést nejen revoluci v diagnostice kolorektálních neoplazií. Pokročilá zobrazovací technologie může být časem aplikována i na jiné orgány a onemocnění a zařadit se tak do lékařského arzenálu zobrazovacích metod po boku ultrazvuku, rentgenu či magnetické rezonance.

Zdroj:

http://www.prolekare.cz/kolorektalni-karcinom-novinky/inovativni-kolonoskop-by-mel-do-roku-2020-umoznit-diagnostiku-strevnich-karcinomu-bez-biopsie-8521?confirm_rules=1

Biosimilární léčba v České republice může do dvou let ušetřit stovky milionů korun

Praha 22. února 2018 – Budou biosimilární léky v onkologii stejně úspěšné jako v revmatologii a gastroenterologii? Takovou otázku si dnes položili účastníci odborného setkání Biosimilars: budoucnost biologické léčby v pražském Motole. Pozváni přijali odborníci z řad onkologických specialistů pod záštitou České asociace farmaceutických firem.

Na informace o mnohaleté zkušenosti s biosimilars z revmatologie a gastroenterologie tak navázala diskuse, jaké by mělo být místo biosimilars v onkologii. „S použitím biosimilárních přípravků v revmatologii a gastro-enterologii máme už mnohaleté pozitivní zkušenosti, v současné době pronikají biosimilární monoklonální protilátky nově také do onkologie a hemato-onkologie,“ řekl předseda Komise Biosimilars ČAFF Marek Borovský. „Lze očekávat, že i v této oblasti prokáží biosimilars svoji kvalitu, bezpečnost a účinnost. Biosimilární přípravky snižují náklady na léčbu pacientů, a tak se můžou uvolnit prostředky na drahou biologickou léčbu a zlepšit její dostupnost,“ dodal Borovský.

Biosimilars přinášejí výhody pacientům, lékařům i plátcům. Pacientům zlepšují přístup k léčbě, účinnou léčbu jim lze podat v časnější fázi onemocnění, a tím dosáhnout lepších výsledků. Zdravotnickým profesionálům poskytují nákladově efektivní léčbu. Plátcům nabízejí konkurenci a soutěž a generují potřebné úspory.

V uplynulém roce udělila Evropská léková agentura (EMA) v onkologii registrace významným biosimilárním lékům. Ty mají obrovský potenciál přinést úspory ve výši stovek milionů korun ročně, ale především se díky nim biologická léčba dostane k onkologickým pacientům rychleji a ve větší míře. „Na základě pozitivních příkladů z revmatologie a gastroenterologie jsme se už úspěšně přenesli z fáze, kdy jsme řešili, zda jsou biosimilars bezpečné a účinné,“ uvádí výkonný ředitel České asociace farmaceutických firem (ČAFF) Martin Mátl a dodává: „Momentálně odborná veřejnost detailně zvažuje využití biosimilars a jejich přechod z originálních na biosimilární léčivé přípravky, ale především teď stojíme před výzvou, jak hledat cesty a využít těchto poznatků, abychom přinesli úspory systému.“

V únoru 2017 se v rámci Evropské unie zaregistrovala první terapeutická monoklonální protilátka v onkologické indikaci, a to biosimilární rituximab. Další biosimilární onkologickou monoklonální protilátkou je trastuzumab, který v září 2017 pozitivně vyhodnotil Výbor pro léčivé humánní léčivé přípravky EMA. V listopadu 2017 pak Evropská komise vydala registrační rozhodnutí. Na základě poklesu ceny a úhrady lze v případě biosimilárního rituximabu do roku 2020 odhadnout přínos kumulovaných úspor na 355 milionů korun. „Lék, registrovaný v únoru, byl uveden na trh v několika státech Evropské unie. Česká republika na jeho uvedení stále čeká. Je bezesporu v našem zájmu hledat cesty, jak ho využít a takovou šanci nepromarnit,“ uzavírá Martin Mátl.

Každý druhý lék, který denně pomáhá pacientům v České republice, dodávají firmy sdružené v České asociaci farmaceutických firem (ČAFF). Asociace sdružuje 21 hlavních výrobců generických a biosimilárních léků, kteří v ČR zaměstnávají více než 4 400 lidí a každoročně dodají na trh v průměru 119 milionů lékových balení. Všechny členské firmy a jejich zaměstnanci se ve své práci řídí Etickým kodexem ČAFF, který je v mnoha ohledech přísnější než příslušná legislativa. Hlavním cílem ČAFF je zajišťovat maximální dostupnost léků pro pacienty v ČR a udržitelnost zdravotního systému.

Pro více informací kontaktujte:

Andrea Ringelhánová

PR manažer

andrea.ringelhanova@caff.eu

Na rakovinu prsu upozorní pravidelná vyšetření

Zhoubný nádor prsu je nejčastějším maligním nádorovým onemocněním žen v České republice. Výskyt těchto nádorů u nás neustále stoupá, naštěstí se však snižuje počet žen, které tomuto onemocnění podlehnou, a to zejména díky zavedení pravidelného vyšetřování žen a lepším léčebným možnostem. „Od zavedení *screeningu* v roce 2002 klesla úmrtnost na zhoubné nádory prsu o 10 %, vidíme tedy, že *screening* funguje,” komentuje pokrok primář MUDr. Petr Váša z RDG oddělení EUC Kliniky Ústí nad Labem, člen předsednictva Asociace mamodiagnostiků ČR.

Každý měsíc samovyšetření

V naší populaci onemocní nádorem prsu během svého života přibližně každá desátá žena. Proto je velmi důležité, aby ženy věděly, jak onemocnění odhalit včas. Každá žena, jakmile dovrší dospělosti, by měla pravidelně provádět samovyšetření prsou, a to každý měsíc po skončení menstruace, kdy jsou v prsech nejmenší hormonální změny a jsou dobře prohatné. Nejběžnějším příznakem zhoubného nádoru prsu je bulka nebo zduření či zatuhnutí. Více podezřelá je bulka, která nebolí, je tvrdá a má nepravidelné okraje. V oblasti bradavky a dvorce je nutné si všimnout hlavně zarudnutí, mokvání, vtažení nebo výtoku z bradavky. Častými varovnými příznaky jsou také zarudnutí kůže, nehojící se vřed, otok nebo kůže vzhledem připomínající pomerančovou kůru. Na potíže může upozornit také nově vzniklá bulka v podpaží nebo nadklíčku. „*Jestliže žena zaznamená jakékoliv změny v oblasti prsu nebo v oblasti mizních uzlin v podpaží či nadklíčkové oblasti, je nutné, aby se obrátila na lékaře,*” upozorňuje primář MUDr. Petr Váša.

Pravidelná vyšetření

V rámci preventivního screeningového programu je všem ženám starším 45 let vyšetření hrazeno z veřejného zdravotního pojištění jednou za dva roky na doporučení praktického lékaře či gynekologa (je potřeba žádanka k vyšetření). „*Pro věkovou kategorii 40–45 let je třeba zdůraznit individualizovaný přístup vycházející z osobní a rodinné historie pacientky a typu žlázy, respektující nejnovější evropské standardy. Užití mamografie a ultrazvuku stanovuje radiolog ve screeningovém centru na základě „vstupního“ mamografického vyšetření po 40. roku ženy, zpravidla za přímou úhradu bez nutnosti žádanky k vyšetření,*” doplňuje primář MUDr. Petr Váša.

Genetické predispozice

Odhaduje se, že přibližně 5–10 % karcinomů prsu je podmíněno rodinnou genetickou zátěží, se kterou jsou spojeny diagnóza v mladším věku a zvýšené riziko oboustranného nádoru s často přidruženým nádorem

vaječníku. „*Za dědičné predispozice ke vzniku nádoru prsu a vaječníků jsou ve většině případů zodpovědné geny BRCA1 a BRCA2. Mutace v genech BRCA1 a BRCA2 zvyšují riziko nádorů prsu až desetinásobně, nádoru vaječníků deseti až třicetinásobně oproti riziku běžné populace a potomci osob s vrozenou mutací BRCA1/BRCA2 mají padesátiprocentní pravděpodobnost zdědění poškozeného genu bez ohledu na pohlaví,*” vysvětluje RNDr. Magdalena Uvírová, Ph.D., ředitelka CGB laboratoře.

Riziko této genetické mutace vešlo do povědomí veřejnosti zejména po tom, co herečka Angelina Jolie oznámila, že je nositelkou této mutace, a preventivně podstoupila tzv. dvojistou mastektomii (odstranění obou prsů). Ženy s mutací v genu BRCA1 mají podobně jako Angelina Jolie téměř 90procentní pravděpodobnost, že se u nich do 70 let věku objeví rakovina prsu, zároveň 60% pravděpodobnost, že do stejného věku onemocní rakovinou vaječníků. Silný vliv na rozvoj rakoviny prsu a rakoviny vaječníků má také gen nazvaný BRCA2. Nositeli mutací v BRCA genech mohou být také muži.

Kdo by měl být testován

„*Kompletní analýza genů BRCA1 a BRCA2 je stěžejním pomocníkem k odhalení této genetické mutace. V případě indikace tohoto vyšetření klinickým genetikem je hrazeno z veřejného zdravotního pojištění,*” dodává RNDr. Magdalena Uvírová, Ph.D. Nejdůležitějšími kritérii pro testování je věk v době diagnózy onemocnění a typ karcinomu. Obecně se dá říci, že každá žena s diagnózou karcinomu do 45 let věku by měla podstoupit toto vyšetření. Stejně tak všechny ženy s karcinomem vaječníku, vejcovodů nebo pobřišnice bez ohledu na věk, kdy jim toto onemocnění bylo diagnostikováno. Muži s diagnózou karcinomu prsu, která se sice vyskytuje v malém množství případů (přibližně u dvou procent), by měli být testováni také vždy a v jakémkoliv věku stanovení diagnózy.

U osob, které nesplňují diagnostická klinická kritéria pro hrazení tohoto testu ze zdravotního pojištění, existuje možnost si tuto analýzu zaplatit, přičemž cena tohoto vyšetření se pohybuje okolo 25 000–30 000 Kč včetně konzultace u klinického genetika.

Více na www.euc.cz

GDPR je již za dveřmi ... Jste připraveni?



Mgr. Vladimír Nesvadba
VIAVIS, a.s.

Jaký pohled mají odborníci na problematiku GDPR (Obecné nařízení o ochraně osobních údajů - General Data Protection Regulation, platné od 25. 5. 2018) v ordinacích českých lékařů? Jsou na tato opatření dostatečně připraveni? A chystá se nějaké jednoduché řešení pro všechny? Na naše otázky odpovídal bezpečnostní expert Vladimír Nesvadba, který má ve svém oboru více než desetiletou praxi. Pracoval ve státní správě a posledních několik let se věnuje konzultační činnosti. Zároveň působí jako lektor ve společnosti VIAVIS, a. s., jež se zaměřuje na bezpečnostní procesy, oblast ochrany osobních údajů nevyjímaje.

Ochrana osobních údajů a GDPR je nyní téma skloňované na celé řadě diskusních fór. Téměř 64 % lékařů však vůbec nemá představu o tom, co toto nařízení obnáší. Mohl byste proto, prosím, osvětlit, jak se zmíněná problematika dotkne ambulantních lékařů?

Není překvapivé, kolik lékařů nemá představu o GDPR. Spravedlivě to po nich snad ani nelze požadovat. Obvyklý stav personálu představuje lékař a zdravotní sestra. Lékař přitom poskytuje službu, která vyžaduje vysoké nároky na jeho čas a odbornou přípravu. Ostatní činnosti proto pro něj musí být, promiňte mi ten výraz, vedlejší. A co tedy co obnáší GDPR? Řadu povinností, kterým je třeba porozumět a přizpůsobit se jim. Jen namátkou: Zrevidovat souhlasy subjektu údajů se zpracováním osobních údajů, smlouvy o zpracování osobních údajů, řádně poskytovat informace subjektům údajů, naplňovat jejich práva, připravit se na nové instituty, jako je ohlašování případů porušení zabezpečení osobních údajů dozorovému úřadu, a mnoho dalších.

Můžete nám ve stručnosti říct, co všechno bude muset lékař řešit, aby splňoval podmínky GDPR?

Podmínky pro naplnění GDPR nelze vyjmenovat v několika krátkých větách. Jak jsem již uvedl, jde o řadu povinností.

Jak byste nyní, po provedení odborného auditu v několika ambulancích, zhodnotil aktuální stav připravenosti lékařů? Dle průzkumu není připraveno až 80 % lékařů, koresponduje to s vašim zjištěním? Objevily se například nějaké specifické problémy, o kterých se zatím vůbec nemluví, a přesto je budou lékaři nuceni vyřešit?

Předně bych rád poděkoval všem dotčeným lékařům za absolutní otevřenost a vstřícnost. Ta vedla k tomu, že můžeme zcela bez obav prohlásit, že jsme poznali veškeré procesy spojené s lékařskou praxí a jejich vazbu na ochranu osobních údajů, včetně úskalí, která nařízení přináší. Nerad bych vyjadřoval stav připravenosti nějakou přesnou číselnou hodnotou. Stejně jako u všech ostatních oblastí dotčených GDPR platí, že stav připravenosti není nikde stoprocentní, ale není ani kritický. Navzdory skutečnosti, že prvořadým úkolem lékařů je péče o pacienty, není jim ochrana osobních údajů cizí. V rámci provedených auditů jsou určité činnosti specifické, a z toho vyplývá nutnost odlišného přístupu k některým opatřením, jež umíme přizpůsobit zdravotnickým podmínkám, a naplnit tak požadavky nařízení.

Je GDPR pro lékaře jednorázovým úkonem, nebo dlouhodobým procesem, nesoucím s sebou pravidelné povinnosti?

Jde o úkol dlouhodobý, který bude na svém počátku vyžadovat větší úsilí. Zrevidování a úpravu současných procesů, přizpůsobení se novým požadavkům, a především jejich praktickým naplňováním v každodenním životě.

Jaké jsou aktuálně dostupné nástroje pro to, aby se z GDPR nestala další administrativní zátěž?

Spolu s kolegy ze společnosti CompuGroup Medical Česká republika, s. r. o., jsme připravili produkt, který podstatným způsobem sníží administrativní zátěž lékařů na nezbytné minimum. Nejde však o „záračné řešení“, které umí vše na jeden klik. Takové řešení neexistuje. Právě provedené audity nám umožnily

připravit lékařům produkt na míru, který beze zbytku naplní požadavky GDPR, minimalizuje jejich administrativní zátěž a současně umožní variabilitu související s rozsahem a typem poskytovaných služeb, příp. specifických podmínek, v nichž svoje služby poskytují.

Máte nějaké doporučení, jak vybrat správného dodavatele pro GDPR? V minulosti se u takto velkých novinek (např. zavedení eReceptu) stávalo, že se lékařům ozývaly podvodné firmy, které zákazníkově nejen nepomohly, ale stály ho navíc také spoustu peněz...

Doporučení je jednoduché. Ověřte si, zda uvedená společnost poskytuje konzultační služby v oblasti ochrany osobních údajů dlouhodobě a komplexně. GDPR má úzkou vazbu na stávající právní úpravu a zkušenosti získané v průběhu několika let jsou neocenitelné. Významným ukazatelem pro vhodný výběr dodavatele mohou být rovněž poskytnuté reference a složení konzultačního týmu. Ochrana osobních údajů je multidisciplinární obor, který zasahuje

zejména do oblasti práva, informačních technologií a všech bezpečnostních oblastí.

Mohl byste závěrem ještě konkretizovat, kdy by měl lékař začít s přípravou a jaký je váš odhad (také finanční) náročnosti provedení úprav, aby byla splněna pravidla GDPR?

Odpověď na tuto otázku není jednoznačná. Záleží na tom, jak do současné doby přistupoval lékař k ochraně osobních údajů a naplňoval požadavky zákona a jakou cestu pro přípravu zvolí, zda svépomocí, nebo za podpory konzultační společnosti. S ohledem na blížící se datum účinnosti nařízení však vidím jako velmi nereálné zvládnout přípravu na GDPR sám.

1. Vyplývá ze zákaznického průzkumu CompuGroup Medical Česká republika, s. r. o., data k 15. 2. 2018.
2. Vyplývá ze zákaznického průzkumu CompuGroup Medical Česká republika, s. r. o., data k 15. 2. 2018.

29VdGM & Foundation Exchange 2017, Záhřeb, Chorvatsko

MUDr. Dušan Zhoř

Díky organizaci Mladých praktiků jsem se ve dnech 7.–9. 12. 2017 zúčastnil výměnného programu v Chorvatsku v Záhřebu.

I když to v roce 2017 byla již moje čtvrtá zahraniční stáž, do Chorvatska jsem se velmi těšil, protože jsem již delší dobu toužil poznat a pochopit jejich systém primární péče. Největším lákadlem pro mne byl již od roku 2012 fungující e-Health systém (Central Health Care Information System in Croatia (CEZIH)).



Na stáž jsem dorazil o den dříve, abych se seznámil s kolegy z Polska a s kolegyní z Peru. Díky tomuto dřívějšímu příjezdu jsme se velmi dobře seznámili a probrali veškerá důležitá geopoliticko-medická témata, týkající se primární péče napříč kontinenty.

První den stáže (7. 12. 2017) jsme se sešli s paní profesorkou Madlenkou Vrcic Keglivic a obětavými kolegy z Chorvatska. Z paní profesorky, i přes její pokročilý věk, sršela energie a bylo z ní cítit pro mě obdivuhodné nadšení pro primární péči a výměnný program jako takový.



Následující den (8. 12. 2017) byl program rozdělen do dvou částí, dopoledne jsme byli v ordinaci a odpoledne probíhaly prezentace jednotlivých projektů vedených praktickými lékaři v Záhřebu a jeho blízkém okolí.

Dopoledne jsme spolu s kolegyní Annou Ritou navštívili malou soukromou ambulanci MUDr. Vjekoslavy Amerl Šakic, která pracovala na sídlišti vzdáleném asi 10 minut tramvají od centra Záhřebu.

Ordinaci měla uspořádanou podobně, jako je zvykem u nás, tedy model jedna sestra a jeden lékař, event. rezident. Ordinace sídlila v suterénu činžovního domu. Po vstupu do moderní čekárny měli pacienti možnost přímé konzultace se sestrou, která byla oddělena jen úzkou přičkou s dveřmi. Sestra zde zastává práci sestry i administrátorky – odpovídá na telefony a stará se o přeposílání e-dokumentace a e-receptů klientům.

V další místnosti ordinovala mladá kolegyně (rezidentka), která nám vysvětlila, jak funguje management ordinace a e-health. E-health v Chorvatsku není zdaleka tak fantastický, jak jsem si představoval. Funguje podobně jako u nás v Kyjově. Tedy zpráva od specialisty nebo nemocnice je odeslána k lékaři pouze v případě, že ji specialista aktivně odešle. Tedy nefunguje centrální systém, ve kterém by praktický lékař měl možnost sledovat každý krok pacienta. E-recept má často problém s ověřením. Výhodou ovšem je, že pacient nemusí chodit s žádnou průvodkou a k vyzvednutí mu stačí běžné identifikační (občanka, pas, řidičský průkaz), což mi dává větší smysl. Ve vedlejší místnosti ordinovala majitelka ordinace, „zdatná padesátnice, pro kterou nebylo nic problém“. Ambulanci měla velmi pěkně a nadstandardně vybavenou nejmodernějšími přístroji. Byl jsem rád, že jsem narazil na kolegyni s podobným vkusem a zálibou v medicíně. Asi po dvou hodinách, kdy jsme probrali největší bolístky a úspěchy dělníka medicíny v Chorvatsku, můžu s jistotou říct, že nastavení je velmi podobné jako u nás. Pojišťovny místo toho, aby se snažily přivést nejmodernější, nejrychlejší a nejlevnější medicínu co nejlépe pacientovi, se snaží výkony koncentrovat spíše ke specialistům. Shodli jsme se na tom, že jakožto komunitní lékaři např. nechápeme, proč pojišťovna vyžaduje, aby pacient s akutním lumbagem či bloádou C páteře čekal 3 týdny na aplikaci rehabilitačních technik, když existuje možnost provést stejný výkon bez časové prodlevy v ordinaci VPL.

Dalším velkým tématem byla diagnostika, a to jak v rámci primární, tak i sekundární péče. Preventivní programy jsou v Chorvatsku totožné jako v České republice, a i zde chybí např. screeningová dermatoskopie, vyšetření očního pozadí atd. V rámci sekundární diagnostiky byli kolegové překvapeni našimi možnostmi POCT, jako je CRP

a INR. Vyšetření glykovaného hemoglobinu, glykémie a ambulantní monitorování tlaku krve jsou i v Chorvatsku možné.

Dále jsme se shodli, že by do rukou primární péče v rámci standardu mělo patřit i ultrazvukové vyšetření.

Naprostá většina (95 %) veškeré medicíny je předepisována lékaři primární péči, lékaři sekundární péče předepisují pouze doporučení na případnou léčbu (inzulínoterapie, kortikoterapie atd.) a pacienty jen vyšetřují. Osobně to hodnotím jako nešťastné řešení a zahlcení primární péče další administrativou. Je běžné, že VPL ošetří cca 30 pacientů, ale další hodinu až hodinu a půl se věnuje pouze e-komunikaci a e-preskripci. Průměrný počet e-kontaktů se pohybuje kolem 60-80 za den.

Odpoledne jsme se sešli v přednáškové místnosti, kde byly prezentovány studie a výzkumy probíhající v Záhřebu a okolí. S obdivem jsem pozoroval, jako široké pole působnosti mají lékaři primární péče v Chorvatsku. Velmi zajímavá byla např. zmínka o tom, že díky e-preskripci došlo ke zjištění, že v Chorvatsku nemají statiny v primární prevenci tak úžasné výsledky.

Večer nás pozvali mladí kolegové z do místního jazzového klubu. Pro mě nejzajímavější částí večerního hodokvasu byla možnost diskutovat s chorvatskými kolegy otázky týkající se geriatrických pacientů, queer problematiky a obecně morálně-eticko-náboženského nastavení jednotlivých zdravotních systémů.

Poslední den pobytu (9. 12. 2017) proběhla prezentace systémů primární péče a vzdělávání v jednotlivých státech. Chorvatský systém je podobně jako ten náš založený na bismarckovském modelu, kde 13 % hrubé mzdy je odváděno zdravotním pojištěním. Zdravotnictví je zde rozděleno na primární, sekundární a terciární segment. Od roku 1997 je péče zajišťována hlavně soukromými praxemi. Asi 20 % praktických lékařů jsou opravdu rodinní lékaři, neboť se starají i o dětské pacienty. Jedná se o lékaře hlavně v odlehlejších oblastech. Asi 85 % příjmů ambulance tvoří kapitáční platby, zbytek je podobně jako

u nás „bodové“ ohodnocení. V roce 2013 mělo pouze 47 % lékařů v primární péči atestaci v oboru VPL, ostatní lékaři byli bez atestace nebo měli jinou odbornou způsobilost! Naopak velkou výhodou jsou subspecializace jako mini-kardiologie, mini-dermatologie. Takový přístup naopak vítám.

A jak se stát VPL v Chorvatsku? V Chorvatsku jsou lékaři rozděleni do 3 skupin: mladí lékaři, lékaři středního věku a lékaři vyššího věku. Všichni mají jinak nastavené podmínky pro zvládnutí specializace. Program trvá 3(4) roky s podobným obsahem jako v České republice, nicméně složení zkoušky mi připadá složitější. Každý pretestant musí předložit portfolio 8 písemných prací s case reports se zajímavými případy z praxe a současně musí do logbooku zaznamenávat provedené výkony. V závěru je nutné projít testem se 120 otázkami s mnohočetným výběrem, složit OSCE zkoušku a vlastní ústní zkoušku.

Závěrem bych rád podpořil mladší kolegy, kteří uvažují o zahraničních stážích, aby neváhali a obrátili se na Mladé praktiky. Návštěvou zahraniční praxe získáte nové přátele, procvičíte si jazyk a dozvíte se spoustu užitečných informací, které poté můžete využít ve vlastní praxi.

MUDr. Dušan Zhoř
Všeobecný praktický lékař
VPL Kyjov, s. r. o.
dusan.zhor@seznam.cz



Jaká byla III. praktická konference pro praktické lékaře?

16. a 17. února 2018 se díky sdružení Mladí praktici mohlo cca 220 praktických lékařů různého věku zúčastnit III. Praktické konference na půdě Masarykovy univerzity v Brně. Její název není jen líbivou slovní hříčkou. Konference je zaměřena nebyvale prakticky: každý (!) se zúčastní všech (!) workshopů, vyzkouší si, oč má zájem, vše na vlastní kůži zažije, na cokoli se může zeptat, kohokoliv poopravit. Kromě toho měli účastníci jedinečnou možnost vyslechnout „keynote“ přednášky a letos i jednu „one man show“. Konference si klade za cíl být motivačně vzdělávací, má nás naučit, jak být lepšími lékaři pro své pacienty získáváním nových zkušeností a postupného budování prostředí, ve kterém budeme dobře a rádi pracovat. Záštitu nad konferencí již tradičně převzala paní prof. MUDr. Hana Matějovská Kubešová, CSc., přednostka Kliniky interní, geriatricke a praktického lékařství MU v Brně.

Hned v úvodu obdrželi prof. MUDr. Hana Matějovská Kubešová, CSc., doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc., MUDr. Petr Šonka a MUDr. Josef Štolfa čestná uznání za systematickou podporu mladých praktiků.

Poté vystoupil Mgr. Pavel Fischer s přednáškou o lidské důstojnosti, jejím postavení v našich dějinách a současnosti. Velice netradiční, důkladně historicky ukotvené a promyšlené sdělení končilo doporučením, na co se v dnešní polarizované době zaměřit. Lékař se může a má stát vyslancem lidské důstojnosti v naší společnosti především u osob na jejím okraji, a přispět tím k tolik potřebné pozitivní změně.

Druhé sdělení, o závislostech v ordinaci VPL, přednesl MUDr. Josef Štolfa. Dozvěděli jsme se základní informace o častých a nových návykových látkách. Jen namátkou několik zajímavostí: Buprenorfin v čisté formě, který je určen pro p. o. užívání, narkomané dokáží užívat i.v., protože je nyní nezřídka zneužíván. Zajímavá byla exkurze do názvosloví narkomanů, praktické tipy, kterak uživatele jednotlivých látek poznat a jak postupovat při podezření či léčbě závislostí. Na závěr ještě nutno dodat, že se tato problematika týká osob prakticky všech věkových i společenských tříd – lékaře nevyjímaje.

Velice užitečný workshop z oftalmologie si pro nás připravil MUDr. Zdeněk Bombera. Zaměřil ho na nejčastější diagnózy (např. „červené oko“) a posudkové záležitosti. Co se týče řidičských průkazů, na oftalmologii stačí odeslat k posouzení specialistou až při visu 5/10 binokulárně a horším, při hemianopii, diplopii (není vždy kontraindikací jako dříve!), poruchách barvocitu (ačkoliv i při výrazné poruše lze řídit). Příčin zarudnutí oka je celá řada a jejich výčet přesahuje rozsah tohoto článku.

Neobvykle praktickým workshopem Farmakoterapie v těhotenství nás provedl MUDr. Patrik Šimják. Pro vznik vrozené vývojové vady musí být splněna následující kritéria: nadprahová dávka teratogenu působící během kritické vývojové periody (většinou relativně krátké), genotyp zárodku (thalidomid byl zkoušen na savcích bez průkazu teratogenicity). Informace o teratogenitě máme především ze dvou zdrojů: ze studií na zvířatech a z peregistračního sledování léčiv. K hodnocení rizikovitosti se dle FDA používá dělení na 5 skupin: sk. A: naprosto bezpečný, kam patří pouze kys. listová a levotyroxin. Do skupiny B patří už i léky, které prošly jen u zvířat, ve sk. C je možné riziko, D se užívá jen v ohrožení života a X je kontraindikováno. Dále pak byly probrány nejčastější diagnózy, které se v graviditě vyskytují i s doporučením, kterou konkrétní látkou léčit. V případě pochybností lze navštívit web www.safefetus.com, kde lze vyhledat každé v USA registrované léčivo, dohledat jeho kategorii a doporučení FDA. Lze také využít teratologickou informační službu na lince 267 102 310. Celé sdělení končilo doporučením mít se na pozoru před bylinnými preparáty a potravinovými doplňky. Nepodléhají kontrole, nevíme, co obsahují, natož pak v jaké dávce.

Během dalšího workshopu si účastníci vyzkoušeli, jaké to je být seniorem. Oblékli si modely, které simulovaly artrózu nosných kloubů, páteře a rukou, zhoršení vize a sluchu, neuropatii, sarkopenii. Mezi účastníky panoval konsensus, že by rozhodně svůj veskrze nízký věk a dobré zdraví se seniory neměnili. Na druhou stranu populace stárne, zvyšuje se průměrný věk dožití, a tím i zastou-



pení starších pacientů v ordinaci praktického lékaře. My musíme tento trend reflektovat i v našich doporučeních a umět se staršími pacienty pracovat, jak nejlépe dovedeme. Simulační modely stáří nám mají pomoci zažít situace denního života v kůži staršího člověka a díky tomu lépe pochopit bariéry a nástrahy, které těmto lidem komplikují život. Na některé aspekty stáří v nejrůznějších doporučeních zapomínáme, čímž se stávají i dobře míněné rady lékařů téměř nerealizovatelnými.



První den byl zakončen prostřednictvím one man show MUDr. Josefa Štolfy. Na příkladu svého životního příběhu nám nastínil krásy a temná zákoutí medicíny i politiky. Večer jsme pak strávili v příjemném prostředí společenského večera v doprovodu stylové cimbálky a dobrého vína.

Druhý den ráno jsme doplnili chybějící tekutiny i zajímavé znalosti při přednášce paní profesorky Kubešové na téma pitný režim. Většina populace má malý příjem tekutin,

čímž především u seniorů roste riziko rozvoje prerenálního selhání, iontových dysbalancí, infekcí močových cest a močových konkrémentů. Nedostatek tekutin vede ke zvýšené vazkosti hlenu, bolestem hlavy, únavě a tloustnutí u adolescentů. Pocit žízně se ale dostavuje pozdě, při deficitu tekutin 1 l u mužů, $\frac{3}{4}$ l u žen a seniorů. Doporučený denní příjem pro průměrného dospělého činí cca 1500 ml tekutin + 700 ml jako součást pevné stravy. Co k pití doporučit? Kojeneckou, pramenitou, stolní i pitnou vodu ve standardní vodárenské úpravě. Paradoxně nelze paušálně doporučit tradičně oblíbené studny a studánky, pokud nejsou pod pravidelnou kontrolou. Dle mineralizace pak vody dělíme na 3 skupiny: 1) vody s celkovým obsahem všech minerálů do 500 mg/l, které jsou bezvýhradně vhodné k dlouhodobému pití, 2) Středně mineralizované vody (500-1500 mg/l) vhodné spíše epizodicky ke korekci mírných iontových dysbalancí, 3) Silně mineralizované vody (nad 1500 mg/l) jsou k pravidelnému pití nevhodné.

Překvapivá až kontroverzní byla přednáška MUDr. Vladimíra Marka na téma prevence. V rámci pravidelných preventivních prohlídek bychom měli dělat mnohá vyšetření (např.: fyzikální vč. per rectum, vyšetření prsou, varlat, EKG, mamograf, TOKS, moč semikvantitativně, glykemii, lipidy, nově s. kreatinin, výpočet glom. filtrace). Existují ale skutečná data na podporu smysluplnosti těchto vyšetření? Např. v USA je polovina všech kontaktů u GP rutinních prohlídek. Naproti tomu Dánsko vůbec preventivní prohlídky nezná, ačkoliv disponuje rozvinutým systémem primární péče! Dle Cochrane review čítající skoro 200 tis. pacientů dochází díky prevencím k 25% navýšení



diagnóz, úmrtnost v jakékoliv kategorii je ale stejná.

Nelze ale předčasně prevence odsoudit: záleží na vyšetřované populaci, použité metodě, správném načasování, interpretaci atd. Obecně chodí častěji pacienti zdraví, mladí, motivovaní, nikoliv ti „potřební“ rizikové. Zásadní je též senzitivita, specifita testu, resp. hlavně pozit./negat. prediktivní hodnota. I u vymyšleného supertestu s 90 % sensit. i specif. je pozitivní prediktivní hodnota nedostačující. Řešením jsou buď dva na sebe navazující testy (např. TOKS a kolonoskopie), nebo dobře selektovaná screeningová skupina. Myšlenkou celé přednášky nebyla diskreditace preventivních programů, ale spíše nastolení diskuse, které programy a vyšetření mají v jakých případech význam. Zvěme tedy raději starší, rizikové pacienty než mladé, motivované, zdravé, kteří přijdou sami. A ještě jedno zamyšlení: wishful thinking, nejméně ze všech se preventivních programů účastní lékaři...

MUDr. Zbyněk Cejnar, bývalý kardiolog, internista, nyní praktický lékař, nás prováděl workshopem o EKG. Bylo probráno několik klasických modelových situací s jejich správným řešením. Dovolte jen několik výkřiků: než vyhlásíme poplach, je nutné se podívat na staré EKG. Vždy mějme na mysli, že EKG je komplement, nikoliv diagnostika. Zajímavou novinkou je epizodické EKG, které si pacient přiloží vždy při obtížích – velice vhodné pro neurotiky. Pokud má pacient provedenu koronarografii, cca 5 let má velice nízké riziko vzniku AKS.

Během workshopu Diabetologická dieta v praxi nás Mgr. Jana Eliášová seznámila se základními postupy při sestavování jídelníčku u pacientů s diabetem. U pacientů s DM 1. typu nebývá nutné omezení příjmu energie, dieta je jen doplněk. Příjem je třeba srovnat s aplikovaným inzulínem, přijatými sacharidy a pohybovou aktivitou. Cílem jsou co nejmenší výkyvy glykemie. U DM 2. typu je hlavním cílem restrikce příjmu energie u pac. s nadváhou či obezitou. Hlavní důraz je kladen na obsah tuků a celkové energie. Zásadní roli hraje pohyb, pohybové aktivity a další režimová opatření (kouření apod.). Pacienta není vhodné znechutit používáním slova dieta. Lepší je „pestrý zdravý jídelníček“. Ve většině případů není ani nutné příliš měnit množství stravy, jako spíše složení: vhodné potraviny, správně nakoupené, dobře upravené, vhodně kombinované ve vhodné dobu a správném množství.



Posledním workshopem nám pomohla MUDr. Lucie Rausová k lepší orientaci v nových i klasických problémech pracovně lékařských služeb. Většinu času jsme věnovali změnám, které přináší zákon 202/2017 Sb. a nová vyhláška 436/2017. Změn je více, mezi hlavní patří zrušení povinnosti nasmlouvat lékaře PLS u firem, kde jsou všichni zaměstnanci v kategorii 1 a naopak zavedení povinnosti registrujícím PL těmto osobám prohlídku provést. Mění se též periodicita některých prohlídek, hlavní změny se týkají kategorie 2 a rizika noční práce (nyní á 2 roky).

Celou konferenci jsme zakončili výhledem, co čeká Mladé praktiky v příštím roce. Poděkování za nesmírně příjemnou, netradičních témat plnou konferenci patří organizátorům: radě Mladých praktiků, MUDr. Norbertu Královi, paní prof. Haně Matějovské Kubešové, CSc., sponzorům, všem, bez jejichž podpory by konference nemohla vzniknout. Ještě jednou děkujeme za všechny praktické příspěvky a již prakticky dnes se těšíme na IV. praktickou konferenci pro praktické lékaře!

Všichni budete vítáni!
MUDr. Vojtěch Mucha
Mladí praktiči z. s.



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 zaslání odpovědi v písemné podobě na odpovědním lístku nebo elektronicky na www.svl.cz, a to **nejpozději do 6. 5. 2018**.

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

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

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

Správné odpovědi z čísla 2/2018: 1ac, 2ab, 3b, 4b, 5abc, 6c, 7b, 8ab, 9b, 10abc

ZNALOSTNÍ TEST JE HODNOCEN 2 KREDITY ČLK

1. Co je nejčastější příčinou anafylaxe?

- a) hmyzí jedy
- b) potraviny
- c) léky

2. Jaká je doporučená dávka a maximální dávka adrenalinu podávaného při akutní anafylaktické reakci i. m. adrenalinovým autoinjektorem?

- a) doporučená dávka 5mcg/kg, maxim. 300mcg
- b) doporučená dávka 20mcg/kg, maxim. 500mcg
- c) doporučená dávka 10mcg/kg, maxim 500mcg

3. Při nízkosacharidové vysokotukové stravě (LCHF) jsou hlavním energetickým substrátem:

- a) glukóza
- b) mastné kyseliny
- c) aminokyseliny

4. Působení inzulinu v tukové tkáni zahrnuje:

- a) inhibici lipolýzy
- b) vychytávání a ukládání cirkulujících tuků stimulací lipoproteinové lipázy
- c) lipogenezi de novo

5. Mezi výhody LCHF stravy v léčbě obezity a diabetu 2. typu patří:

- a) menší posprandiální vzestup glykémie a inzulinémie
- b) menší pocity hladu a lépe tolerované snížení kalorického příjmu
- c) snížení bazálního energetického výdeje

6. Plně ztužené tuky oproti částečně ztuženým tukům obsahují:

- a) více transmastných kyselin
- b) méně transmastných kyselin
- c) někdy méně, někdy více transmastných kyselin, záleží podle typu výrobku

7. V léčbě kardiovaskulárního onemocnění je doporučována fixní kombinace betablokátor (bisoprolol fumarát) a ACE inhibitor (perindopril arginin):

- a) u pacientů s ischemickou chorobou srdeční
- b) u pacientů s hypertenzí
- c) u pacientů se stabilním srdečním selháním

8. Jaké betablokátory (BB) doporučujeme v léčbě arteriální hypertenze do kombinací terapie u pacientů se zvýšenou tepovou frekvencí, u pacientů se známkami zvýšené sympatické aktivity a pacientů s hyperkinetickou cirkulací:

- a) lékem volby je vždy na prvním místě nasazení ACE inhibitoru a pak do kombinace blokátoru kalciových kanálů, BB u těchto pacientů nedoporučujeme vzhledem k jejich nežádoucím účinkům
- b) preferujeme BB s vysokou kardioselektivitou jako například bisoprolol
- c) preferujeme BB s vysokou kardioselektivitou jako například atenolol

9. Jak zkrotit nebezpečný pár rizikových faktorů, arteriální hypertenzi a dyslipidemii, které se podílí na vzniku a progresi aterosklerotického poškození cév?

- a) nejlépe kombinací terapií ACE inhibitor, blokátor kalciových kanálů, diuretikum
- b) nejlépe fixní kombinací ACE inhibitor, betablokátor, statin
- c) nejlépe fixní kombinací perindopril/ amlodipin/atorvastatin

10) Riziko kardiovaskulární příhody je u kuřáka s hypertenzí, dyslipidemií a diabetem vyšší než u zdravého jedince, a to:

- a) 10x
- b) 20x
- c) 40x

Správné mohou být 1–3 možnosti.

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

ODPOVĚDNÍ LÍSTEK – TEST Č. 3/2018

Jméno a příjmení _____

Adresa pracoviště _____

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

Zakroužkujte 1–3
správné odpovědi:

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

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

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