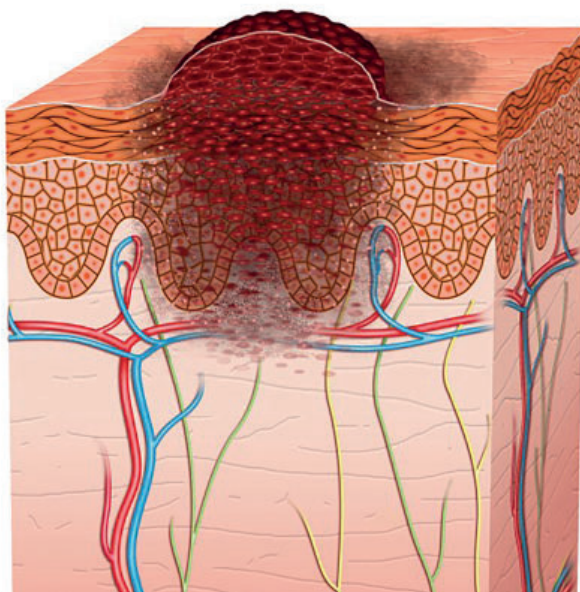




PRACTICUS

pro praktické lékaře zdarma • č.01/2019 • ročník 18



TÉMA:

Kožní infekce vyvolané viry herpes simplex

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

OBSAH

PRACTICUS

odborný časopis SVL ČLS JEP
01/2019, ročník 18

INFO SVL

- 10 **EDITORIAL**
MUDr. Stanislav Konšťacký, CSc.
- 05 **REZIDENČNÍ MÍSTA PRO SPECIALIZAČNÍ PŘÍPRAVU PL 2019**

ZPRÁVY Z KONFERENCE

- 06 **PERIOPERAČNÍ MANAGEMENT U PACIENTŮ LÉČENÝCH WARFARINEM**
MUDr. Petr Kessler
- 10 **ZPRÁVA ZE SYMPOZIA CVD A CHRONICKÉ RÁNY, KARLOVY VARY 2018**
MUDr. Jana Vojtíšková

ODBORNÝ ČLÁNEK

- 14 **KOMUNIKACE S PACIENTY S OBEZITOU**
PhDr. Jitka Herlesová, Ph.D.
- 18 **KOŽNÍ INFEKCE VYVOLANÉ VIRY HERPES SIMPLEX**
prof. RNDr. Vanda Boštíková, Ph.D., doc. MUDr. Miloslav Salavec, CSc.
- 22 **PŘEDATESTAČNÍ PŘÍPRAVA VŠEOBECNÝCH PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ V NĚMECKU, SOUVISLOSTI A NEJNOVĚJŠÍ VÝVOJ**
MUDr. Pavel Martínek

ROZHOVOR

- 26 **PORADNA: JEDNODENNÍ CHIRURGIE V OBLASTI DOLNÍCH KONČETIN**

AKTUALITY ZE ZAHRANIČÍ

- 28 **EUROPEAN GENERAL PRACTICE RESEARCH NETWORK (EGPRN)**
MUDr. Petra Kánská

RECENZE

- 29 **JE EUTANAZIE MEZIOBOROVÁ?**

AKTUALITY

- 30 **ZMĚNY VE SCREENINGU KOLOREKTÁLNÍHO KARCINOMU A VYKAZOVÁNÍ VÝKONŮ V ORDINACÍCH PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ**
- 31 **LÉK NA BOLEST POPRVÉ FORMOU INJEKCE**
- 31 **VBOČENÝ PALEC MŮŽE VÉST KE ZNIČENÍ KLOUBU**
- 32 **100 LET OD SVĚTOVÉ PANDEMIE CHŘIPKY: MŮŽE SE HISTORIE OPAKOVAT?**

Vydavatel:

Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP

Adresa redakce:

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

Redakce:

Šéfredaktor:

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

Spolupracovnice časopisu:

Andrea Vrbová, Romana Hlaváčková

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

Pro praktické lékaře v ČR zdarma.

Roční předplatné pro ostatní zájemce **610 Kč.** • • • Přihlášky přijímá redakce. Toto číslo bylo dáno do tisku 22. 1. 2019 MK ČR E13477, ISSN 1213-8711.

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

EDITORIAL



MUDr. Stanislav Konštacký, CSc.
Šéfredaktor časopisu Practicus

Milé kolegyně, milí kolegové,
začíná rok tentokrát končící devítkou a jistě během něho nebude tolik výročí jako v tom minulém. Snad největší si připomínáme v těchto dnech, tedy 50 let od upálení Jana Palacha. Jistě to byl jeden z činů, který sice pomalu, ale přeci rozpoutal změny o dvacet let později.

V dalším se nebudu zabývat politikou, ale prvním číslem našeho časopisu v tomto roku. Opět přinášíme zajímavé články a upozornění. Rozhodně je třeba se podívat na informaci ohledně rezidenčních míst a také na vyjádření dr. Pokorného, které vedlo k úpravě a vydání *Doplňku 1 Doporučeného postupu Pacient s alergickým onemocněním v ordinaci praktického lékaře*.

Dr. Petr Kessler, autor mnoha materiálů pro lékaře, ale především pacienty léčené warfarinem, se zmiňuje o perioperačním managementu u pacientů léčených warfarinem. V tabulkách přehledně uvádí případy s nízkým rizikem krvácení, tedy kdy se tato léčba před zákrokem nemusí vysazovat. A dále pak výkony se standardním rizikem krvácení a jak v tomto případě postupovat s ordinací warfarinu.

Dr. Jana Vojtíšková informuje o chronickém žilním onemocnění a o chronické ráně jako důsledku tohoto onemocnění. Poukazuje na závažnost a častý výskyt tohoto chronického a velmi obtěžujícího onemocnění. Tento a některé další příspěvky jsou z výroční konference určeny zvláště pro ty z vás, kteří se našeho výročního setkání v Karlových Varech nemohli zúčastnit.

Mezi jedno z nejčastějších předsevzetí do nového roku patří redukce váhy. K tomu, aby se nám jej podařilo splnit a případně dobře poradit našim pacientům, bude jistě vhodný článek PhDr. Jitky Herlesové - jak komunikovat s obézními pacienty.

V dalším sdělení se profesorka Vanda Boštíková a docent Miloslav Salavec zmiňují o Kožních infekcích vyvolaných virem Herpes simplex, varicella zoster, diagnostice a léčbě. Článek dává dokonalý přehled o jednotlivých formách tohoto onemocnění a to, co je pro praktické lékaře důležité, je uvedeno v závěrečném doporučení.

Jak probíhá specializační příprava před atestací ze všeobecného lékařství v Německu, nám na základě vlastních zkušeností představuje Dr. Pavel Martínek. Poukazuje na podobné problémy, ale zmiňuje se i o odlišnostech. O jednotlivostech se zde nebudu zmiňovat, ale jistě to bude zajímavá informace jak pro školitele, tak i pro členy Akreditační komise.

V dalších článcích se můžeme dozvědět informace o jednodenní chirurgii v oblasti dolních končetin, ke které patří především artroskopie kolenního a hlezenního kloubu, ale i operace vbočeného palce, prováděné na pracovišti docenta Hromádky.

Rádi uveřejňujeme informaci dr. Kánské o pracovní skupině Evropské sítě pro výzkum v primární péči (EGPRN), o setkání v Sarajevu v minulém roce a o připravovaných setkáních v tomto roce.

Vedle dalších informací doporučuji rovněž zamyšlení nad stým výročím světové pandemie chřipky. Je možné, aby se historie opakovala? Rozhodně máme lepší diagnostiku, zlepšilo se očkování a jsou dostupná antivirotika.

Při pohledu z okna se stále brzy stmívá, a i když dny jsou o něco delší, ještě si počkáme, než přivítáme jaro, a mezitím se můžeme zamyslet nad účastí na Kongresu praktických lékařů v Olomouci nebo na Jarní interaktivní konferenci v Praze, obě jsou pořádány Společností všeobecného lékařství.

V Hradci Králové, 17. 1. 2019

Rezidenční místa pro specializační přípravu PL 2019

Vážená kolegyně, vážený kolego,
na svých webových stránkách zveřejnilo MZ ČR Metodiku pro žadatele o dotaci ze státního rozpočtu na rezidenční místo pro rok 2019, počet vyspaných rezidenčních míst pro rok 2019 a formuláře žádostí pro poskytnutí dotace pro rok 2019 (na portálu www.mzcr.cz).

Celá Metodika je dostupná na stránkách

https://www.mzcr.cz/Odbornik/obsah/rezidencni-mista-2019_3967_3.html.

Nás (všeobecné praktické lékařství) se týká Metodika 2019 celé spec vzdel program č. 2. Návod, jak postupovat, je na www.svl.cz.

Letos mohou žádat:

- a) zařízení, která již získala novou akreditaci,**
- b) zařízení, která jsou v době podání o RM v procesu žádosti o novou akreditaci a mají původní akreditaci (tyto dokládají původní akreditaci a kopii žádosti o novou akreditaci).**

Termín podání (kdy žádost o RM musí být již doručena) je 15. 3. 2019.

Letošní projekt je komplikován nutností reagovat na probíhající legislativu. V této oblasti Vám jistě vyjde naše akreditační komise maximálně vstříc a budeme Vás průběžně informovat. Nemůžeme dopustit, aby vzdělání nových lékařů bylo zablokováno a finance na rezidenční místa propadly. Proto doporučujeme žádost o RM podle současné Metodiky v termínu podat.

Vyjádření MUDr. J. Pokorného, Ph. D.,
k článku MUDr. T. Hlaváčka Anafylaktická reakce

Se zájmem jsem si přečetl článek Anafylaktická reakce od MUDr. Tomáše Hlaváčka v letošním 8. čísle časopisu Practicus, kde kromě jiného upozorňuje na nesprávný postup léčby anafylaxe uvedený v doporučeném postupu (dále jen DP) „Pacient s alergickým onemocněním v ordinaci praktického lékaře“ z roku 2017 (garant MUDr. Jana Vojtíšková).

Jsem autorem kapitol o diagnostice a léčbě anafylaxe ve zmíněném DP. Vše jsem napsal v souladu s aktuálními doporučenými postupy. Bohužel v průběhu zpracování došlo k zásahu do textu a ke změnám. Mnou sepsaný text v souladu s platnými DP je uveden v Doplnku č. 1 – Anafylaxe, který je přílohou tohoto čísla časopisu Practicus. MUDr. T. Hlaváčkově patří dík za napsání zmíněného článku a upozornění na chyby v DP. Zůstává však smutnou skutečností, že kdyby nedošlo k výše uvedeným politováníhodným zásahům do mého odborného textu, nemusel být tento článek vůbec napsán.

MUDr. Jiří Pokorný, Ph.D.

V Praze dne 7. 12. 2018

Perioperační management u pacientů léčených warfarinem



MUDr. Petr Kessler

odd. hematologie a transfuziologie
Nemocnice Pelhřimov

Souhrn

Výkony s nízkým rizikem velkého krvácení, jako nekomplikovaná extrakce zubu, operace katarakty, gastroscopie, punkce kloubů, malá kožní excize, katetrizační ablace fibrilace síní a implantace kardiostimulátoru/ICD mohou být bezpečně provedeny při INR v rozmezí 2–3. INR by u nich mělo být zkontrolováno týden před výkonem a den před výkonem. U většiny ostatních výkonů je zapotřebí léčbu warfarinem přerušit. Je doporučeno vysazení warfarinu 5 dní před operací a kontrola INR den před výkonem; pokud je INR vyšší než 1,5, je doporučeno podat 1 mg vitamínu K perorálně. Přemostění léčebnou dávkou nízkomolekulárního heparinu (LMWH) obecně není doporučeno, nicméně, je indikovaná standardní profylaxe pooperační tromboembolické nemoci (TEN). U pacientů, kteří prodělali akutní TEN méně než 3 měsíce před operací, by měla být plánovaná operace odložena. Pokud nelze operaci odložit, měla by být profylaktická dávka LMWH podávána před operací a po operaci. Intermediární, resp. plná dávka LMWH by měla být podávána u pacientů s umělou chlopenní náhradou se středním, resp. vysokým rizikem trombózy.

Úvod

Léčba warfarinem představuje v současné době jedinou možnost antikoagulační léčby pro pacienty s umělou chlopenní náhradou a pro pacienty s významným snížením renálních funkcí. Kromě toho je v našich podmínkách warfarin nadále nejčastěji používaným antikoagulanciem i u dalších dvou skupin pacientů – u nemocných s fibrilací síní a s tromboembolickou nemocí (TEN), přestože u nich je možno podávat i přímá perorální antikoagulantia.

Pacienti léčení warfarinem podstupují stejně jako pacienti bez antikoagulační léčby plánované i neodkladné invazivní výkony včetně rozsáhlých operací. Dostávají se tak do situace, kdy jsou na jedné straně ohroženi krvácením v důsledku operačního výkonu, které může být potencovááno antikoagulační léčbou,

na druhé straně v případě vysazení warfarinu mohou být ohroženi trombotickou příhodou. Úlohou lékaře je v tomto případě zhodnotit, zda riziko velkého krvácení při nepřerušené léčbě warfarinem je větší či menší než riziko trombotických komplikací při vysazení warfarinu.

Výkony s nízkým rizikem krvácivých komplikací při nepřerušené antikoagulační léčbě

V tabulce č. 1 jsou uvedeny výkony, o nichž je známo, že nepřerušená léčba warfarinem nezvyšuje riziko velkého krvácení v perioperačním období^{1,2,3,4,5}.

Tabulka č. 1

Výkony s nízkým rizikem velkého perioperačního krvácení.

Nekomplikovaná extrakce zubu
Operace katarakty
Gastroscopie se slizniční biopsií nebo bez biopsie
Punkce kloubu
Malá kožní excize
Katetrizační ablace u fibrilace/flutteru síní
Implantace kardiostimulátoru/ICD

Tyto výkony je možno provést při INR v rozmezí 2,0–3,0. Je tedy doporučeno týden před takovýmto výkonem zkontrolovat hodnotu INR, a pokud je v rozmezí 2,0–3,0, dávku warfarinu neměnit a INR zkontrolovat znovu den před výkonem. Snížení dávky warfarinu týden před výkonem s cílem dosáhnout hodnoty INR pod 3,0 je na místě v případě, že hodnota INR týden před výkonem je vyšší než 3,0. V případě extrakce zubu je doporučeno použít lokální opatření ke stavění krvácení (tlak na ránu, lokální aplikace trombinu, steh) a v případě protrahovaného krvácení je vhodné provést jemný výplach úst tranexamovou kyselinou (Exacyl 1 amp. smíchat s vodou 1:1 a jemně vyplachovat).

Výkony se standardním rizikem krvácení

U všech ostatních invazivních výkonů je třeba snížit intenzitu antikoagulační léčby tak, aby nedocházelo v jejím důsledku k neakceptovatelnému zvýšení rizika velkého krvácení. V posledních letech došlo k ustálení standardního postupu, jehož jednoduchost a efektivita byla ověřena na mnoha případech i na našem pracovišti. Je doporučeno warfarin vysadit 5 dní před výkonem, zkontrolovat INR den před výkonem a v případě, že INR den před výkonem je vyšší než 1,5, podat perorálně 1 mg vitamínu K (Kanavit, 1 kapka); v tomto případě je nutno zkontrolovat INR ještě těsně před výkonem. Za 12–24 po výkonu je warfarin znovu nasazen, pokud nedochází k neobvyklému krvácení a pokud je obnovena střevní pasáž. První 2 dny je doporučeno podat dávku warfa-

rinu zhruba dvojnásobnou oproti původní dávce a pak pokračovat ve stejné dávce, jako před operací za kontrol INR⁶. Je třeba předpokládat, že zejména po rozsáhlých abdominálních operacích může být potřeba warfarinu nižší než v období před výkonem, a proto je třeba v prvních pooperačních týdnech kontrolovat INR častěji než obvykle – zpravidla 2–3x v týdenních intervalech a teprve po stabilizaci INR intervaly mezi kontrolami postupně prodlužovat.

Bridging

O nutnosti zajištění nízkomolekulárním heparinem (LMWH) v období vysazení warfarinu probíhá neustálá diskuse a nutno konstatovat, že vědeckých důkazů o správnosti toho či onoho postupu je k dispozici velmi málo. Při zvažování postupu je třeba vzít v úvahu především indikaci, pro kterou pacient warfarin užívá.

Fibrilace síní

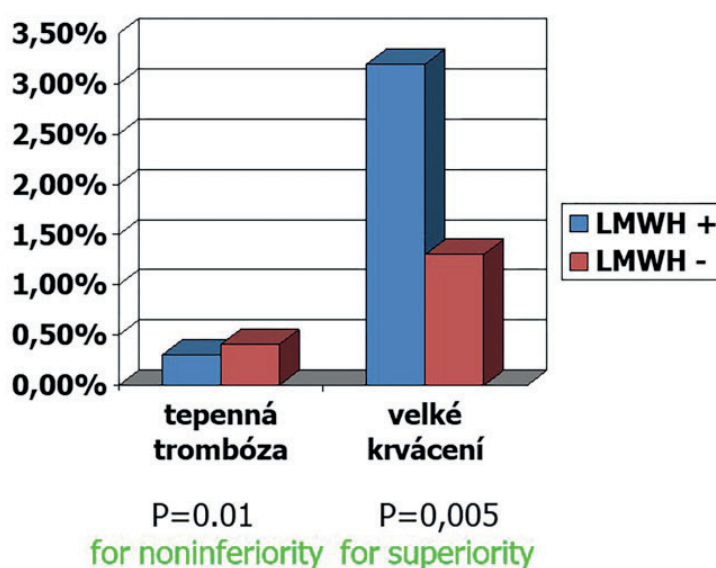
Fibrilace síní je zatím jediná, u níž máme k dispozici výsledek randomizované dvojitě zaslepené studie⁷. V této studii byli pacienti léčení warfarinem pro fibrilaci síní (nonvalvulární i asociovanou s chlopenní vadou), kteří se chystali k chirurgickému nebo jinému invazivnímu výkonu, randomizováni k překlenovací léčbě dalteparinem v plné léčebné dávce (100 IU/kg 2x denně), nebo placebo. Warfarin byl vysazen 5 dní před výkonem, léčba dalteparinem byla zahájena 3 dny před výkonem a poslední dávka byla podána 24 hodin před operací. Léčba warfarinem byla zahájena den po výkonu a léčba dalteparinem byla zahájena za 12–24 hodin po malém výkonu nebo za 48–72 hodin po velkém výkonu, dalteparin byl podáván do dne, kdy hodnota INR dosáhla

terapeutického rozmezí (Výsledky jsou patrné na obrázku č. 1) 37 % pacientů současně užívalo protidestičkovou léčbu. Během 30 dnů po výkonu nebyl zjištěn rozdíl ve výskytu tepenného tromboembolismu (0,4 % u pacientů bez dalteparinu, 0,3 % u pacientů s dalteparinem), stejně tak nebyl pozorován rozdíl ve výskytu infarktu myokardu, hluboké žilní trombózy, plicní embolie nebo úmrtí. Ve skupině pacientů léčených dalteparinem byl pozorován vyšší výskyt velkého krvácení (3,2 %) oproti skupině dostávající placebo (1,3 %); výskyt malého krvácení byl rovněž vyšší u pacientů léčených dalteparinem (20,9 % vs 12 %). Slabinou studie byl výběr pacientů – zařazena byla jen 3 % pacientů s CHADS2 skóre 5 a 6 a byli vyloučeni pacienti s cévní mozkovou příhodou nebo jinou tepennou embolizací prodělanou v průběhu uplynulých 12 týdnů. Ze studie tedy vyplývá doporučení nepodávat terapeutickou dávku LMWH u pacientů s fibrilací síní s CHADS2 skóre 0–4 bb. U pacientů s CHADS2 skóre 5–6 bb. je třeba se rozhodnout individuálně, ve většině případů terapeutickou dávku LMWH rovněž nepodáváme. Doporučení k podávání profylaktické dávky LMWH v profylaxi pooperační TEN tímto ovšem není nijak dotčeno.

Tromboembolická nemoc

U pacientů užívajících warfarin pro prodělanou TEN nejsou k dispozici výsledky žádné randomizované studie. V nejrozsáhlejší publikované kohortové studii⁸ bylo vyhodnoceno přerušení antikoagulační léčby v 634 případech u pacientů po prodělané žilní tromboembolické příhodě s odstupem více než 3 měsíce. V případě ambulantního výkonu nebyl podáván žádný LMWH, v případě výkonu za hospitalizace byl podáván

Orázek č. 1



Douketis JD, Spyropoulos AC, Kaatz S, et al.: Perioperative Bridging Anticoagulation in Patients with Atrial Fibrillation. N Engl J Med. 2015 Aug 27;373(9):823-33.

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

LMWH po dobu hospitalizace. Během 30 dnů následného sledování byly zaznamenány pouze 2 recidivy TEN (0,32 %), což je možno považovat za zcela akceptovatelné. U pacientů léčených warfarinem pro TEN je tedy možno doporučit podávání profylaktické dávky LMWH v pooperačním období, pokud od prodělané tromboembolické příhody uplynulo již více než 3 měsíce. Do 3 měsíců po prodělané TEN je doporučováno plánované operace vyžadující vysazení warfarinu pokud možno odložit, v případě nutnosti jejich provedení je pak na místě podávat profylaktickou dávku LMWH již před operací, jakmile poklesne hodnota INR pod 2,0 a pokračovat po operaci až do dosažení terapeutického INR. Pokud uplynul od TEN méně než měsíc a manifestací TEN byla plicní embolie, je na místě zvážit zavedení kaválního filtru (preferenčně dočasného).

Umělé chlopenní náhrady

Existuje řada publikací, hodnotících bridging u pacientů s umělými chlopněmi, ale jde vesměs o kohortové studie s nehomogenními soubory. Optimální možností je tedy řídit se doporučením panelu expertů publikovaným v IX. ACCP guidelines⁹. Bileaflet aortální chlopenní náhrada bez dalších rizikových faktorů (diabetes, hyper-

tenze, věk nad 75 let, fibrilace síní) je považována za málo rizikovou a je tedy doporučeno podávat pouze profylaktickou dávku LMWH jako prevenci pooperační trombózy do dosažení terapeutického INR. Bileaflet aortální chlopenní náhrada s nejméně jedním z výše uvedených rizikových faktorů je považována za středně rizikovou a je tedy doporučeno od 2.–3. dne po operaci zvýšit dávku LMWH na intermediární (profylaktická dávka LMWH 2x denně á 12 hod.) Všechny ostatní umělé chlopenní náhrady jsou spojeny s vysokým rizikem trombotických komplikací a je doporučeno od 2.–3. dne podávat terapeutickou dávku LMWH až do dosažení terapeutické hodnoty INR – samozřejmě jen v případě, že nedochází ke krvácení v pooperačním období.

Závěr

Perioperační management u pacientů užívajících anti-koagulantia patří mezi často řešené problémy v ordinaci praktického lékaře. Dodržování výše uvedených postupů vede k minimalizaci rizika krvácivých i trombotických komplikací v perioperačním období.

Literatura:

1. Bajkin BV, Popovic SL, Selakovic SD.: Randomized, prospective trial comparing bridging therapy using low-molecular-weight heparin with maintenance of oral anticoagulation during extraction of teeth. *J Oral Maxillofac Surg.* 2009 May;67(5):990–5.
2. Jamula E, Anderson J, Douketis JD.: Safety of continuing warfarin therapy during cataract surgery: a systematic review and meta-analysis. *Thromb Res.* 2009 Jul;124(3):292–9.
3. Kara-Junior N, Koch CR, Santhiago MR, et al.: Anticoagulants and antiplatelet drugs during cataract surgery. *Arq Bras Oftalmol.* 2018 Jul–Aug;81(4):348–353.
4. Cheng A1, Nazarian S, Brinker JA, et al.: Continuation of warfarin during pacemaker or implantable cardioverter–defibrillator implantation: a randomized clinical trial. *Heart Rhythm.* 2011 Apr;8(4):536–40.
5. Di Biase L, Burkhardt JD, Santangeli P, et al.: Periprocedural stroke and bleeding complications in patients undergoing catheter ablation of atrial fibrillation with different anticoagulation management: results from the
6. Role of Coumadin in Preventing Thromboembolism in Atrial Fibrillation (AF) Patients Undergoing Catheter Ablation (COMPARE) randomized trial. *Circulation.* 2014 Jun 24;129(25):2638–44.
7. Schulman S1, Hwang HG, Eikelboom JW, et al.: Loading dose vs. maintenance dose of warfarin for reinitiation after invasive procedures: a randomized trial. *J Thromb Haemost.* 2014 Aug;12(8):1254–9.
8. Douketis JD, Spyropoulos AC, Kaatz S, Becker RC, Caprini JA, et al.: Perioperative Bridging Anticoagulation in Patients with Atrial Fibrillation. *N Engl J Med.* 2015 Aug 27;373(9):823–33.
9. Skeith L, Taylor J, Lazo–Langner A, Kovacs MJ.: Conservative perioperative anticoagulation management in patients with chronic venous thromboembolic disease: a cohort study. *J Thromb Haemost.* 2012 Nov;10(11):2298–304.
10. Douketis JD, Spyropoulos AC, Spencer FA, et al.: Perioperative Management of Antithrombotic Therapy: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence–Based Clinical Practice Guidelines *Chest* 2012;141:e326S–e350S

Zpráva ze sympozia CVD a chronické rány, Karlovy Vary 2018



MUDr. Jana Vojtíšková

Ordinace PL Vyšehrad, Praha

Žilní onemocnění je morfologické nebo funkční chronické postižení žilního systému, které se manifestuje symptomy nebo nálezy, které vyžadují lékařské vyšetření, případně zdravotní péči. Je to jedno z nejvíce rozšířených civilizačních onemocnění, které postihuje dle současných poznatků 50–85 % západní populace. V České republice je to aktuálně cca 70%. Žilní onemocnění je celoživotní, progreduje s věkem a výrazně negativně ovlivňuje kvalitu života. V české populaci jsou nejfrekventovanějšími symptomy otok, bolest a unavené nohy. U žen nad 40 let trpí těmito obtížemi až 70–80 % žen. Pacienti příznaky často bagatelizují, do ordinací přichází zhruba po 15 měsících jejich trvání. Problém řeší většinou s rodinou, někdy jdou do lékárny, používají různé masti a krémy. Pouhých 43 % přichází rovnou za lékařem do ordinace.

Žilní onemocnění je „přes veškerou edukaci a pokrok ve znalostech“ stále podhodnocované onemocnění, zřejmě i z důvodů nízké mortality. Onemocnění má však vysokou morbiditu, přináší dlouhodobé pracovní neschopnosti, někdy pacienty invalidizuje, tudíž náklady na léčbu jsou pak velmi vysoké. Naši pacienti přicházejí na konzultaci v těžších a pokročilejších stadiích onemocnění, a jenom 50 % pacientů je adekvátně léčeno. Důsledkem podcenění žilního onemocnění je až vznik chronického bércevého vředu. Bércevé vředy postihují u nás 1 % dospělé populace a opravdu čerpají až 3 % rozpočtu na zdravotní péči.

Co je primární úlohou angiologa? Je to vlastně určení etiologie defektu objasnila MUDr. Petra Zimolová, angioložka z nemocnice v Motole. Nehojících se chronických defektů arteriálního původu z nedokrevnosti, hypoperfuze je kolem 10 %. Původu žilního jsou defekty a chronické rány až v 80 %. Vzácnější etiologická agens jsou například vaskulitidy nebo defekty smíšené. Základním a nejjednodušším testem jak posoudit perfuzi periferie končetiny je měření periferního tlaku. Víme, že normální hodnoty periferního tlaku jsou kolem nad 100 mm rtuti v oblasti kotníků. Pacienti, kteří mají tlak mezi 50 a 100 mm rtuti v oblasti kotníků většinou

klaudikují. A hodnota pod 50 mm rtuti v oblasti kotníku signalizuje kritickou končetinovou ischemii. Dnes provádí řada praktických lékařů ve svých ordinacích vyšetření dopplerovskou metodou. Test je velmi jednoduchý, porovnáním získaných hodnot kotníkových tlaků a tlaků na paži zjistíme tzv. Ankle Brachial Index (ABI), jehož normální hodnota leží v pásmu 0,9 – 1,25. Všechny hodnoty, které jsou pod tímto rozmezím, signalizují nějaký problém magistralních tepen dolních končetin. U nemocných s diabetem a v podiatrických využíváme Two Brachial Index (normální hodnota TBI je více než 0,8), protože tito nemocní mívají nejčastěji mediokalcinózu. Další modalitou, metodou, kdy můžeme posoudit perfuzi periferie končetiny, je měření transkutánního tlaku kyslíku ve tkáni. Normální hodnota transkutánního tlaku kyslíku ve tkáni je kolem 50, lépe 60 mm rtuti. Všechny hodnoty, které jsou nad 30 mm rtuti, jsou pro nás uspokojivé ve smyslu predikce možného zhojení chronické rány či amputačního pahýlu. Pro kritickou končetinovou ischemii svědčí hodnota transkutánního tlaku kyslíku nižší než 30 mm rtuti. Ve všech angiologických ambulancích je neodmyslitelnou součástí výbavy ultrazvukový přístroj. Ultrazvuk má řadu výhod, je to relativně levná metoda, dobře tolerovaná, opakovatelná, s minimálními možnými komplikacemi. Každý angiolog využívá i dopplerovské barevné a pulzní mapování a na základě získaných údajů lze s velkou jistotou stanovit stav magistralního tepenného řečiště, ale i žilního řečiště. Při vyšetření hlubokého žilního systému používáme kompresní metodu, to znamená, že ultrazvukovou sondou komprimujeme hluboký žilní systém, abychom posoudili průchodnost žil. Následně se vyšetřuje povrchový žilní systém a základním cílem, pakliže hodnotíme chronické žilní onemocnění, je detekovat anebo vyloučit reflux v jakékoliv oblasti žilního systému.

Při diferenciální diagnostice defektu si všímáme především lokalizace defektu, jeho vzhledu, vzhledu jeho okolí a ptáme se na bolestivost defektu jako takového, protože je to silný indikátor, který nám pomůže přiřadit defekt do správné etiologie (viz obrázek č. 1). Žilní defekt typicky bývá lokalizován v oblasti bérce, většinou u mediálního kotníku, při insuficienci některé spojky z povodí vena saphena parva můžeme defekt vidět i v oblasti kotníku zevního. Žilní defekt má červenou spodinu, typický je silný zápach, okolní tkáň bércevého žilního defektu bývá indurovaná, edematózní a můžeme vidět další známky chronického žilního onemocnění na kůži. Jsou to barevné trofické kožní změny ve smyslu hyperpigmentace. Ischemický defekt bývá typicky lokalizován v oblasti aker, v oblasti špiček prstů, někdy v oblasti hrany plosky a paty. V tomto případě vidíme

nekrózu, černý defekt a asi bychom primárně ani neváhali etiologii určit. Neměli bychom zapomínat na ostatní možné etiologie. Ateroskleróza tvoří 90–95 % etiologických nálezů ischemie, ischemické choroby dolních končetin (ICHDK). Defekty diabetické etiologie, jsou nakoncentrovány v podiatrických ambulancích, bývá typicky lokalizován někde v místě náslapu. To znamená v oblasti plosky nohy, bříšek prstů a hlaviček metatarsů. Diabetický defekt bývá nejčastěji neuropatický, v 50 % případů, 5 % případů vzniká na vrub ischemie. Postižení neurologické se snoubí s ischemickou etiologií téměř vždy. Neuroischemických defektů pak je 45 %. Diabetický defekt má obvykle zvýšenou teplotu kůže, končetina bývá růžová, má zvýšenou náplň žil a bývá typicky lokalizován na plantě. Neuroischemický defekt potom s sebou přináší známky ischemického zhoršení a perfuze končetiny. Bývá umístěn v oblasti aker, má sníženou náplň žil a má samozřejmě bledou kůži. Jak zmínila doktorka Zimolová, úloha angiologa v tuto chvíli téměř končí. Diagnostika, určení etiologie defektu, případně revaskularizace, a následně angiolog předává štafetu dál, dalším odbornostem. K lokální léčbě defektů je jistě nejlepší dermatovenerolog. Po té se slova ujala MUDr. Júlie Černohorská Ph.D. z Dermal centra Mělník a zahájila svoje sdělení slovy cituji: „Každá nehojící se rána by měla mít angiologické vyšetření, abychom správně určili etiologii. To je zcela zásadní pilíř v léčbě a hojení chronických ran.“

Obrázek č. 1



Takže ve chvíli, kdy je správně určena etiologie následuje rozhodování o dalším postupu. Je třeba určit vhodnou strategii příštích kroků a eventuálně dalších vyšetření. Kompresivní terapie ano, či ne. Podle typu rány výběr vhodného materiálu na ošetření, jaká bude frekvence převazů, jaké bude sekundární krytí a vůbec celkově způsob ošetření, jestli to je pacient schopen zvládnout sám. Velmi důležitá jsou režimová opatření, cvičení a polohování. Významné je zjištění bakteriálního osídlení a to, jestli je pacient v riziku infekce, anebo není. A tady je velmi důležité udělat správné stěr. Stěr by se měl dělat z celé plochy rány, rozhodně ne z nekrotické suché části, rotací, mírným tlakem. V různých typech ran žijí různé bakterie. Například v žilních ranách se bakteriím velmi dobře daří. Úplně jiná situace je u tepenných ran, kde zásobení cévní nebo prokrvení není tak významné, a tam nacházíme bakterie, které je velmi těžké zlikvidovat. Proto je nutná intenzivní terapie, doporučujeme denní převazy právě pro možné speciální bakteriální osídlení. Velmi zranitelnou skupinou jsou diabetici, u nichž nacházíme i anaerobní bakterie. To vyžaduje převaz bez okluze, bez úplného uzavření rány, což zabrání množení bakterií. Velmi specifický je přístup k ranám infikovaným, kde se bakteriální osídlení mění, a je proto třeba zvažovat, jak dlouho, jakým antiseptikem, případně jakým antibiotikem ránu léčím. Bakterie v těchto ranách žijí ve formě tak zvaného biofilmu. Zejména větší rány, secernující – povleklé žlutavým povlakem. Je to vlastně takové „městečko“ bakterií, které máme i my v sobě, např. na zubech, najdeme ho všude v přírodě, protože je to naprosto přirozený způsob života těchto bakterií.

Jak zjistíte, že tam je biofilm? Bakterie přilnou na spodinu rány a začnou produkovat biofilm. To je to mazlavé, nepěkné, hnusné, někdy zelené, někdy žluté. Způsobuje to odolnost bakterií vůči zevnímu prostředí, brání vysychání, vůči nějakým antiseptikům, vůči antibakteriální terapii i vůči naší vlastní obraně, čili našim bílým krvinkám. Nehojící se rány mají zásadité prostředí, které vyhovuje většině bakterií. V zásaditém prostředí se musí počítat s tím, že bakterií tam bude daleko víc, takže si vytvoří polymikrobiální biofirmy. A proto je důležité ránu čistit a sprchovat, jinak se bude rána díky bakteriím rozpadat a hojení stagnovat.

Z dalších mechanismů na čištění používáme houbičku (podléhá schválení revizním lékařem) nebo volně prodejný Debrisoft, kterým si pacient může ve sprše ránu vyčistit. Můžeme doporučit medový materiál. Je přirozeně kyselý, zbavuje spolehlivě např. pseudomonády. A při první pomoci můžete vzpomenout na naše babičky, když rány polévaly octovou vodou, aby okyslily prostředí. Dneska lze využít i larvičky, které krásně

odstraní nekrotickou špatnou tkán, přičemž té zdravé se nedotknou. Velmi účinný je i podtlak. V rámci první pomoci lze pacientům s jakoukoliv ranou nabídnout účinné oplachové roztoky a gely. K dispozici jsou oplachové roztoky, které obsahují tak zvaný surfaktant. Surfactant, je něco jako šampon. Surfactant přidaný do Octenilinu nebo do Prontosanu působí tak, že rozruší biofilm. Takže pokud se pacient nemůže dostat na vyšetření okamžitě a vy mu doporučíte jeden z těchto roztoků, zajistíte aspoň to, že se bakterie v ráně nepomnoží. Většina těchto roztoků biofilm rozruší. Doporučíte-li hydrogely, je třeba používat je denně a krýt je mastným tylem nebo nesavou folií. Nevhodné jsou roztoky jako Persteril, Rivanol nebo peroxid vodíku. Je to dáno tím, že mají negativní účinek na granulační tkáň, naopak hojení zpomalují, byť, samozřejmě v minulosti, se používaly ve velkém.

Aby léčba byla účinná, roztoky se musí aplikovat po určité době, jinak účinek proti biofilmu na rozrušení povlaků mít nebudou. Materiálů na hojení ran je oprav-

du velká spousta. Základem hojení je od černé, čili od nekrózy, se posunout ke žlutému. To žluté se snažit odstranit, aby tkáň byla co nejvíc červená, granulovala, postupně se posouváme k epitelizaci, až k uzavření rány. Následným krokem je pak péče o kůži. Na správnou bandáž na závěr jedno obinadlo opravdu nestačí. Vždycky musí být krátkotažné, velmi vhodně zvolená šíře podle toho, jak velká noha je.

Závěrem paní doktorka připomněla režimová opatření.

Léčebné metody u chronické rány můžeme rozdělit na konzervativní a invazivní.

Mezi konzervativní metody jistě patří dodržování režimových opatření. Doporučujeme pacientům, aby se vyhýbali přímému slunění, přímému účinku tepla. Kompresivní zevní, elastická metoda je neodmyslitelnou součástí, především u léčby chronických bérkových vředů, rovněž tak venoaktivní léky. Chirurgické řešení tedy otevřený chirurgický zákrok na varikózních žilách, ale i endovaskulární metody, kterých je celá řada

Mechanismus účinku hlavních venofarmak na základě „evidence-based“ přístupu

Skupina	Léčivý přípravek	vliv na tonus	žilní stěna a chlopně	kapilární permeabilita	lymfatická drenáž	hemoreologické parametry	antioxidační působení
flavonoidy	MPFF	+	+	+	+	+	+
	rutiny a rutosidy	+		+	+	+	+
	Vitis vinifera			+			+
saponiny	HCSE, escin	+		+			+
	Ruscus extrakt	+	+	+	+	+	
jiné - rostlinné	Ginkgo extrakt	nejsou data					
syntetické látky	kalciumdobesilát	+		+	+	+	+

Nicolaides AN. Management of chronic venous disorders of the lower limbs. Guidelines according to scientific evidence. *Int Angiol* 2018 June; 37(3):181 -254

Síla doporučení při hodnocení jednotlivých parametrů efektu:

	<i>MPFF</i>	<i>Ruscus</i>	<i>Oxerutiny</i>	<i>HSCE</i>	<i>Ca dobesilát</i>
bolest	silné	silné	silné	silné	slabé
tíha	silné	silné	silné	-	
pocit otoku	silné	silné	-	-	
funkční diskomfort	silné	-	-	-	
křeče	silné	slabé	silné	-	(riziko agranulocytózy)
zarudnutí	silné	-	-	-	
kožní změny	silné	-	-	-	
otok	silné	silné	slabé	silné	
kvalita života	silné	-	-	-	
parestesie	slabé	silné	-	-	
pálení	slabé	-	-	-	
únava konč.	-	silné	-	-	
svědění	-	slabé	-	silné	

Nicolaides AN. Management of chronic venous disorders of the lower limbs. Guidelines according to scientific evidence. *Int Angiol* 2018 June; 37(3):181 -254

a mohou se týkat i hlubokého žilního řečiště. Všechna léčebná opatření by vždy měla vycházet z nejnovějších poznatků vědy. Významnou součástí léčby chronických bércových vředů a nejširší mechanismus účinku má mikronizovaná purifikovaná flavonoidní frakce. MPFF pokrývá všechna stadia a je indikována napříč všemi stadii chronické žilní insuficience. Má zcela jednoznačnou indikaci ve všech stádiích, včetně stadia C6, tedy

bércového vředu. Má také nejvyšší počet silných doporučení v oblasti chronické žilní insuficience. Pozitivní efekt MPFF je dán synergickým působením pěti flavonoidů, data jsou i k významné prokázané redukci otoků DK. MPFF je jediným venofarmakem indikovaným spolu se zevní kompresí a lokální léčbou k hojení chronických bércových vředů.

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

Komunikace s pacienty s obezitou



PhDr. Jitka Herlesová, Ph.D.

OB klinika a.s., Pod Krejčárkem 975/2, Praha 3

Úvod

Obezita je chronické onemocnění, které ve svém vzniku, vývoji, léčbě i relapsech spojuje faktory mnoha oborů. Obezita má pravděpodobně progresivní vývoj, což znamená, že pacientovi nestačí „pouze“ zhubnout, ale do konce života se potýká s udržením váhy.

Chronicita

Dlouhodobost onemocnění má své psychosociální důsledky na běžné fungování pacientů. Léčba obezity mimo jiné vyžaduje změnu každodenních zvyků (pravidelnost ve stravování, složení pokrmů, pitný režim, dostatek pohybu a spánku) a zvyk je železná košile. Pro lepší představu o nesmírné obtížnosti a nepříjemnosti tohoto kroku si zkuste najít nějaký svůj vlastní dlouholetý zvyk (pití odpolední kávy, ranní cesta do práce, způsob rozepínání kabátů atd.) a změňte ho... navždy. Zpočátku je změna pouze nepříjemná a po pacientech je jich v průběhu léčby vyžadována celá řada.

Chronické onemocnění nelze vyléčit, lze pouze na kratší či delší dobu potlačit jeho příznaky. Pacient se tedy musí naučit žít s vědomím, že ať dělá, co dělá, nikdy se dokonale neuzdraví.

Diagnóza obezity (například konkrétní váha nebo zařazení do 3. stupně obezity), jejich komorbidit a růst váhy vyvolává strach a pocity viny. Pacienti, kterým je sdělen nový záchyt diabetu mellitu 2. typu nebo v ordinaci zjistí, že neočekávaně přibrali 15 kg, bývají zcela zahlceni nepříjemnými emocemi a katastrofickými scénáři o své budoucnosti. Nežádá se proto stává, že v době, kdy jim lékař vysvětluje, co nové zjištění o jejich zdravotním stavu znamená, nevnímají nic jiného než vlastní myšlenky. Je vhodné s touto přechodnou indispozicí počítat a pacientovi předat brožurku či letáček, napsat odkaz na další zdroje odborných informací (populárně–odborný článek, webové stránky, svépomocné skupiny) a teprve s tím ho poslat domů. Až nejsilnější emoce odezní, pacient si v klidu může zjistit informace o své nemoci, aniž by byl závislý pouze na diskuzích na internetu.

Fáze motivace

Při rozhodování se k léčbě nebo k jejím jednotlivým krokům je nutné postupně projít fázemi motivace^{1,2}. Na dlouhé cestě chronických onemocnění navíc dochází k přeskokům mezi jednotlivými fázemi, dokonce k opakovaným návratům na samý počátek.

1. Fáze nula

Pacient k léčbě není motivován, nebere obezitu jako onemocnění. Komplikace s ní spojené mu buď nevadí, zvykl si na ně, či rezignoval na změnu. Pokud se dostane k lékaři, důvodem nebývá redukce váhy, ale jiná obtíž nebo nepříjemný tlak sociálního okolí („manželka mě nutí zhubnout“). Ve fázi nula je vhodná stručná a neutrální edukace jak o nemoci, tak o možnostech a požadavcích léčby.

2. Fáze zvažování

Dochází k rozmyšlení a hodnocení, zda pozitiva plynoucí z redukce váhy převáží negativa změn, které by pacient musel ve svém životě uskutečnit. Stejně jako ve fázi nula nejlépe funguje neutrální edukace, během zvažování může být podrobnější.

3. Fáze rozhodnutí a akce

Pacient přichází s dotazem, co by měl dělat. Případně si sám zjistí možnosti léčení (nejčastěji z článků a diskusí na internetu nebo od známých) a chce se na ně zeptat. Nyní je na místě probrat informace o obezitě a její terapii detailně. Po souhlasu pacienta s ním projít další kroky a domluvit kontrolu. Pokud je pacient odhodlaný začít co nejdříve, pak je možné dohodnout i první úkol, který do další návštěvy zkusí realizovat.

4. Fáze udržení změny

Zpočátku jde o velmi příjemnou etapu pro hubnoucího i pro odborníka. Pacient se zpravidla domnívá, že již má vše těžké za sebou a nikdy už nepřibere. Lékař v této fázi může chválit a podporovat, ale zároveň i vybízet k dalšímu docházení na kontroly, byť v delším časovém odstupu. Docházení na kontroly je jedním z nejsilnějších prediktorů prevence relapsu³.

5. Trvalá změna nebo 6. Relaps

K návratu onemocnění (růstu váhy) může vést řada faktorů, například hormonální změny (klimakterium), úraz (omezení hybnosti), nemoc (medikace), změna zaměstnání, náročná životní situace nebo neočekávané komplikace, které přinesla velká redukce váhy (rozvod). Při relapsu se pacient často vrací do fáze nula, nikoli

z důvodu neznalosti rizik obezity, ale kvůli rezignaci, ztrátě sebedůvěry a důvěry v léčbu. Na místě je proto vrátit naději, podpořit ho a nasměrovat k dalšímu kroku terapie.

Pacientovo subjektivní hodnocení obezity a její léčby

Součástí rozhodování o formě léčby a nutných změnách v životním stylu je pacientovo individuální zhodnocení, zda konkrétní krok bude subjektivně vnímat jako zisk či ztrátu. Například je pacientce doporučeno, aby chodila 2x týdně cvičit. Na cvičení se těší, je domluvená, že bude chodit s kamarádkou. Pokaždé, když na cvičení odchází, jí běží hlavou: „Co když s dětmi manžel neudělá úkoly do školy... měla bych se jim teď věnovat... není správné, abych já šla sportovat, když ony budou určitě jen sedět u počítače... JSEM SOBECKÁ A ŠPATNÁ MATKA.“. Poslední myšlenka vyvolá intenzivní pocity viny, které ji budou zřejmě doprovázet celý večer. Pokud se nenaučí s pocity viny a negativními myšlenkami pracovat, je pravděpodobné, že se cvičením brzy přestane, aby „mohla být se svými dětmi“. V ordinaci lékaře pak uvádí zástupné důvody, proč nemohla na cvičení chodit.

Kognitivní omyly a komunikační hry

Pacient si v průběhu své nemoci vytvoří a zautomatizuje způsoby uvažování, které mu umožňují snižovat emoční zranitelnost v situacích, které má spojené s negativními poznámkami až ponižováním od svého sociálního okolí. Některé tyto myšlenkové postupy sice dočasně zmírňují psychickou bolest, ale dlouhodobě vedou k chování, které nemoc podporuje. Nazývají se **kognitivními omyly**¹, jde o zautomatizované chyby v myšlení, jejichž používání si dotýčný neuvědomuje. Kognitivním omylem může být nepodložený závěr („Tloustnu i po vodě“, „Stačí mi se na větrník jen podívat, a mám 5 kg nahoře.“), bagatelizace („Byl to jen malý krajiček chleba.“), černobílé myšlení („Dokážu se na 100 % hlídat, ale stačí jedna chyba, a vzdám to.“). Jejich důsledkem je pocit rezignace („Stejně to nemá cenu, zase přiberu.“).

Další variantou maladaptivního způsobu uvažování jsou různé komunikační strategie, jež americký psychiatr Eric Berne nazval **komunikačními hrami**⁴. Rozhovor zdánlivě probíhá jako racionální diskuze pacienta s lékařem, ale nevede k zamýšlenému výsledku, neboť její průběh ovlivňuje neuvědomovaná a skrytá motivace rozmlouvajících.

Příkladem takové komunikační hry je strategie „ANO, ALE...“^{1,4}. Abychom si ji mohli představit, zde je zobecněný příklad takového rozhovoru.

Odborník: Vymýšlí a plánuje jedno řešení za druhým („A nemohl byste zkusit...?“).

Pacient: Odráží jedno řešení za druhým („Ano, paní doktorko, to je dobrý nápad, ale nemám pevnou vůli / jsem unavená, celá domácnost je jenom na mně / nemám čas, pracuji 12 h denně“).

Odborník: Je zahanben, frustrován, unaven.

Pacient: Podvědomě vyhrál.

Pacient uvádí omluvy pro své chování, které mohou být skutečné a opravdu ho zatěžují, problematické je, pokud se tato strategie stává dlouhodobou a neměnnou. Neuvědomovanou motivací ke hře „Ano, ale...“ bývá potřeba uznání těžké životní situace a často i nedostatečná motivace ke krokům nezbytným pro léčbu.

Cestou, jak se dostat z podobného rozhovoru, je přestat vymýšlet řešení za pacienta, vrátit mu zodpovědnost za situaci a povzbudit ho v jeho schopnostech obtíže zvládnout. Možnými formulacemi na straně lékaře je: „Co už jste zkoušel udělat vy sám? Co vás napadá, že byste mohl zkusit? Jak bych vám mohl ve změně pomoci?“

Obezita bývá často a chybně přisuzována „neschopnosti“, „nedostatku vůle“ či dokonce morální nedostatečnosti člověka, který jí trpí. Je proto pochopitelné a nevyhnutelné, že lidé s obezitou potřebují využívat uvedené kognitivní omyly či komunikační strategie, aby ochránili sami sebe a svoji sebeúctu. Pokud se pacient cítí lékařem a zdravotnickým personálem přijíman i se svými úspěchy a neúspěchy v léčbě, postupně od zmíněných maladaptivních způsobů uvažování upouští. V dlouhodobé a funkční léčbě obezity proto hraje významnou roli vztah s pacientem.

Pokud obtížná komunikace přetrvává, je vhodné zvážit a nabídnout konzultaci s psychologem, který může pomoci se ve škodlivých reakcích zorientovat a postupně je měnit ve funkčnější variantu.

Psychické poruchy jako komorbidita obezity

Zejména 2. a 3. stupeň obezity (BMI nad 35 a nad 40 kg/m²) jsou spojeny s vyšším výskytem některých psychických poruch, které mohou hrát významnou roli v udržování nemoci a zasahují i v průběhu velké redukce váhy. Nejčastějšími přidruženými psychickými poruchami jsou deprese (32 %⁵) a úzkostné poruchy (15 %⁶). Z poruch příjmu potravy bývá nejčastěji zastoupen syndrom záchvatovitěho přejídání (13 %⁷), většina lidí s vyššími stupni obezity ale nesplňuje diagnostická kritéria poruch příjmu potravy. Významné je zastoupení různých forem maladaptivního jídelního chování spojeného se ztrátou kontroly (43 %⁸). Čím vyšší je stupeň obezity a body mass index (BMI), tím větší je pravděpodobnost, že pacient měl v dětství zkušenost s týráním,

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

sexuálním zneužíváním a zanedbáváním.⁹ Traumatizující zážitek v dětství je spojen s životní prevalencí psychické poruchy.⁹

Závěr

Léčba chronických onemocnění, ke kterým obezita patří, je náročná jak pro pacienty tak pro odborníky.

Vyžaduje odborné znalosti specifické pro obezitu, komunikační dovednosti, trpělivost a motivaci u léčebných i léčících. K dlouhodobému a uspokojujícímu průběhu terapie pomáhá dobrý vztah s pacientem, jeho opakované docházení na kontroly a spolupráce s dalšími odborníky, kteří se obezitou a jejími komplikacemi zabývají.

Shrnutí pro praxi	
Co se nedaří	Co může pomoci
Edukace v ordinaci nestačí.	Dát pacientovi s sebou domů brožurku, leták, odkaz na odborné (nikoli diskuse) webové stránky.
Dlouhodobé docházení na kontroly.	Vztah s pacientem, vzájemná důvěra a respekt. Pokud nefunguje, odeslat na specializované pracoviště.
Podezření na psychickou poruchu či velký stres.	Konkrétně se zeptat a pojmenovat. Léčit. Odeslat k psychiatrovi či psychologovi.
Vymýšlí a plánuje pouze lékař, pacient mlčí, nesouhlasí nebo nic nedělá.	„Co a jak byste chtěl udělat vy sám?“
Snaží se lékař i pacient, ale stále to nefunguje. Nejste si jistí, co dělat.	Odeslat na obezitologii.

Literatura:

1. Praško J, Možný P, Šlepecký M. Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch. Praha, Kroměříž, TRITON, 2007; 57–58.
2. Doležalová K. Bariatrická chirurgie. Axonite, Praha, 2012; 78–88.
3. Mechanick JI, Youdim A, Jones DB et al. Clinical practice guidelines for the perioperative nutritional, metabolic, and nonsurgical support of the bariatric surgery patient—2013 update: cosponsored by American Association of Clinical Endocrinologists, the Obesity Society, and American Society for Metabolic & Bariatric Surgery. Surgery for obesity and related diseases 2013; 9(2): 159–191.
4. Berne E. Jak si lidé hrají. Dialog. Liberec, 1992; 118–126.
5. Sarwer DB. Decreasing readmission through psychological evaluation and treatment. Surgery for obesity and related diseases, 2014; 10(3): 389–391. doi: 10.1016/j.soard.2014. 02. 033.
6. Duarte–Guerra LS, Coêlho BM, Santo MA et al. Psychiatric disorders among obese patients seeking bariatric surgery: results of structured clinical interviews. Obesity surgery 2015; 25(5), 830–837. doi: 10.1007/s11695-014-1464-y.
7. Mitchell JE, Selzer F, Kalarchian MA et al. Psychopathology before surgery in the longitudinal assessment of bariatric surgery–3 (LABS–3) psychosocial study. Obesity (Silver Spring, Md.), 2012; 8(5), 533–41. doi: 10.1016/j.soard.2012. 07. 001.
8. Mitchell JE, King WC, Courcoulas A et al. Eating behavior and eating disorders in adults before bariatric surgery. The International journal of eating disorders 2015; 48(2): 215–222. doi: 10.1002/eat.22275.
9. Wildes JE, Kalarchian MA, Marcus MD, Levine MD, Courcoulas AP. Childhood maltreatment and psychiatric morbidity in bariatric surgery candidates. Obes Surg. 2008, Mar;18(3):306–13.

Kožní infekce vyvolané virem herpes simplex (HSV-1, HSV-2) a varicella zoster (VZV), jejich diagnostika a léčba.



prof. RNDr. Vanda Bošíková, Ph.D.

Katedra epidemiologie, Fakulta vojenského zdravotnictví
Hradec Králové, Univerzita obrany Brno

doc. MUDr. Miloslav Salavec, CSc.

Klinika nemocí kožních a pohlavních, FN a LF UK,
Hradec Králové

Nora Bošíková

LF UK Hradec Králové

Úvod

Na základě molekulárně genetických analýz a fylogenetických rozborů se odhaduje, že herpetické viry se poprvé objevily na Zemi před zhruba čtyřmi sty milióny let. Čeleď *Alfaherpesviridae* zahrnuje tři lidské herpetické viry, a to HSV-1, HSV-2 a VZV¹.

Herpes simplex virus 1 a 2

Infekce viry herpes simplex jsou velmi časté a mívají chronický perzistující průběh a individuálně rozdílnou frekvenci a trvání recidiv. Působí převážně mukokutánní infekce kůže či sliznic a méně často infekce centrálního nervového systému (CNS), které ale mohou mít život ohrožující průběh. V zásadě rozeznáváme dvě klinické manifestační formy – primární a recidivující (rekurentní). Z rezervoárů dochází k přenosu virové infekce a výskytu kožních a slizničních příznaků infekce herpes simplex viry. Primární infekce HSV se objevuje po přímém kontaktu kůže a sliznic, případně čistě slizničních kontaktech.

Protilátky proti HSV-1 se objevují u více než 80 % světové populace, ve vyspělých průmyslových státech jsou prokazatelné protilátky proti HSV-2 u 20 % populace (v rizikových skupinách až u 60 %; typický je vzestup od puberty). HSV-1 působí onemocnění převážně v orofaciální oblasti, zatímco HSV-2 je dominantně odpovědný za genitální infekce. Nicméně některé studie prokazují výskyt HSV-1 až v 50 % klinických genitálních izolátů. Opačně tato situace neplatí. HSV-2 je jen výjimečně izolován z orálních odběrů.

Infekce HSV se šíří kapénkami a kontaktem se symptomatickým pacientem, ale jsou popsány i přenosy infekce při asymptomatickém vylučování viru. Inkubační doba se pohybuje okolo 6 až 8 dnů a pacienti jsou

infekční po dobu zhruba týdne až deseti dnů, kdy je virus vylučován.

Primoinfekce HSV-1 se typicky projevují jako gingivostomatitida, faryngitida, konjunktivitida, eczema herpeticum, 30 % pak představují infekce CNS. U většiny dospělé populace dochází minimálně jednou k HSV-1 nákaze a ve zhruba 45 % případů dochází k rekurencím onemocnění. Rekurence jsou přičítány stresu, teplotě, expozici UV záření.

Pro primární herpetickou gingivostomatitidu je typický otok, erytém, bolestivost a horečky. Objevují se vesikuly se zánětlivým lemem, lymfadenopatie, silné slinění a nechutenství. Jde o častý problém hlavně u dětí během prvních pěti let života. Inkubační doba se pohybuje okolo 4 dnů až týdne. Klinické projevy přetrvávají 2 až 3 týdny, včetně vysokých teplot. V závažných případech je třeba hospitalizace.

Pro herpetickou konjunktivitidu je typický edém víček, výskyt vesikul a fotofobie. HSV-1 může vyvolat záněty rohovky, eventuálně ve spojení se zánětem duhovky, vzácně může být pozorována i akutní retinální nekróza. Tyto symptomy mohou být doprovázeny výsevem puchýřů lokalizovaných na očních víčkách či tvářích.

Po reaktivaci se virus projevuje obvykle jako *herpes labialis*, keratitida, blefaritida, keratokonjunktivitida či opět infekce CNS.

Infekce HSV-2 jsou častěji zjišťovány u žen. Primární infekce jsou řazeny mezi sexuálně přenášovaná infekční onemocnění (STI), typicky *herpes genitalis*. Další možná postižení se projevují jako perianální či anální herpes nebo infekce CNS, zatímco reaktive se typicky projevují jako genitální herpes. Pravděpodobnost, že se zdravá žena infikuje od svého infekčního partnera, dosahuje 80 %.

Genitální infekce HSV může probíhat pod obrazem *herpes genitalis* s vývojem drobných puchýřků a posléze erodovaných lézí, ale i asymptomaticky. U více jak dvou třetin pacientů zjišťujeme zvýšenou teplotu, bolesti svalstva a bolesti páteře. U žen s primární infekcí HSV se zjišťuje i výtok z vagíny a uretry, dysurické obtíže jako následek vývoje puchýřků v blízkosti *meatus urethrae*. U žen bývá pozorována i aseptická meningitida. U obou pohlaví jsou pozorovány parestzie a dysestzie v oblasti stehna a perinea.

Velmi nebezpečné jsou kongenitální infekce. K infekci plodu nebo novorozených dětí dochází asi v 5 % případů *in utero*, u 80 % během porodu a ve zbývajících 15 % po porodu. Dojde-li k nákaze během těhotenství, může dojít ke spontánnímu potratu. U 35 % onemocnění může dojít k rozvoji encefalitidy a u 25 % jsou zjišťovány diseminované infekce. Oba typy těchto komplikací jsou závažné a končí až v 65 % případů bez terapie fatálně.

Jen 10 % neonatálně infikovaných dětí (s vlivem na CNS) se po narození vyvíjí normálně. Rizikovým faktorem infekce novorozenců je přímý kontakt plodu s infekčním sekretem z genitálií matky v průběhu klasického porodu, při kterém dochází k infekci v 90 %. Proto se obvykle tyto diagnózy řeší císařským řezem¹⁻⁴.

Diagnostika

V rámci diagnostiky představují problém recidivující infekce *herpes genitalis*. Dle některých autorů je správné diagnózy dosaženo pouze u každého 5. pacienta. Základem správné diagnózy je klinické vyšetření urogenitální krajiny.

V laboratorní diagnostice je za hrubý ukazatel považována exfoliativní cytologie (Tzanckův test) s průkazem cytopatologií v epitelálních buňkách při infekci herpetickými viry. Nevýhodou tohoto testu je nízká senzitivita a nemožnost vzájemného rozlišení HSV-1, HSV-2 a VZV infekcí.

Jedinou jistou diagnostickou metodou je průkaz viru, který je doporučován při nálezů orálně či genitálně lokalizovaných puchýřků a erozí a u diseminovaných či atypických erozivních eflorescencí. Ke kultivaci HSV v primárních buněčných kulturách je zapotřebí 3–5 dnů. Pro diagnostické účely je vhodná tekutina puchýře z čerstvých eflorescencí a stěry spodiny puchýřků. Největší citlivost vykazuje polymerázová řetězová reakce (PCR), schopná rozlišit negativní a pozitivní klinické vzorky, včetně typu HSV a stanovení počtu kopií virové DNA ve vzorku. Je ale nutné poznamenat, že případy, kdy se na herpes simplex infekci podílejí oba typy virů, jsou stále častější. Výše popsané techniky průkazu antigenu se využívá při diagnostice infekcí v neurologii (vyšetření likvoru); pozitivní výsledky lze očekávat nejdříve po 2. dnu klinických příznaků.

Sérologická diagnostika je problematická. Při sérokonverzi IgM protilátek lze diferenciatně diagnosticky odlišit primární a recidivující infekce HSV^{4,6}.

Terapie

Nespecifická terapie manifestních infekcí HSV zahrnuje užití analgetik, antiflogistik a nesteroidních antirevmatik. V lokální terapii užíváme antiseptika s jodovými deriváty, organickými barvivy.

U primárního *herpes genitalis* je indikována systémová antivirová terapie za užití derivátů acycloviru, valacyloviru a famcycloviru. U recidivujících *herpes genitalis* lze ovlivnit stupeň závažnosti a délku perorální terapii. Předpokladem je včasné zahájení léčby.

U imunosuprimovaných nebo u HIV pozitivních pacientů nedostatečně reagujících na terapii acyclovirem se doporučuje zvýšení dávky či nasazení Foscarnetu i. v.

V časném těhotenství není indikována terapie acyclovirem. Principiálně je terapie acyclovirem v graviditě nasazována pouze při přísné indikaci, jako např. u primárního *herpes genitalis*, u HSV infekcí ohrožujících život matky a u manifestního *herpes genitalis* na počátku porodních stahů. Přesto přibývá případů preventivního nasazení acycloviru u recidivujících herpetických infekcí.

Manifestní infekce HSV u novorozenců jsou indikací

k okamžité terapii acyclovirem i. v. v dávkách 20–60 mg/kg tělesné hmotnosti po dobu nejméně 14–21 dnů^{1,8}.

Varicella zoster virus

Varicella zoster virus způsobuje vysoce nakažlivé onemocnění. Rozeznáváme dvě odlišné klinické jednotky – varicellu (plané neštovice) jako manifestaci primoinfekce a herpes zoster (pásový opar), který je manifestací reaktivace. Molekulárně genetická analýza potvrdila, že obě nemoci jsou skutečně projevem téhož viru.

Plané neštovice jsou v podmínkách mírného pásu typicky sezónním exantémovým onemocněním převážně malých dětí do deseti let věku. U dětí toto onemocnění probíhá většinou bez komplikací, nicméně u starší populace je průběh těžší (asi ve 2 %). Vyrážka začíná na hlavě a na trupu a šíří se na končetiny, kde ale vnechává dlaně a chodidla. Dále postihuje i sliznici dutiny ústní, spojivky a genitál.

Přenos se děje hlavně vzdušnou cestou nebo přímým kontaktem s kožními eflorescencemi, kde jsou vstupní branou zejména orofarynx a spojivky, ale možný je i transplacentární přenos. Nakažlivost u imunokompetentních pacientů začíná asi 2 dny před výsevem neštovic a trvá většinou 7 dnů do zaschnutí všech lézí.

Nákaza varicellou v prvních měsících těhotenství může vzácně vést k vrozeným vadám končetin, lebky, mozku a rozsáhlým jizevnatým změnám na kůži plodu (kongenitální varicella). Naopak při infekci matky v posledních 2–3 týdnech těhotenství může virus transplacentárně nakazit plod (neonatální varicella), kdy se dítě s vyrážkou narodí nebo se u něj projeví hned v prvních dnech života. Infekce u těchto dětí je mírněna mateřskými protilátkami a probíhá zpravidla lehce. Pokud matka onemocní varicellou v rozmezí od posledních 5 dnů před porodem do dvou dnů po porodu, nedojde k významnějšímu transplacentárnímu přenosu mateřských VZV protilátek. Průběh onemocnění u novorozence pak bývá těžký a často dochází i k tzv. viscerální varicelle, kdy jsou postiženy parenchymatózní orgány.

Mezi nejčastější komplikace varicelly patří sekundární bakteriální infekce, při které může vzácně dojít i k sepsi. V praxi málo viděnou komplikací mohou být krvácivé projevy podmíněné trombocytopenií nebo diseminovanou intravaskulární koagulací. Mezi další komplikace řadíme například myokarditidu, perikarditidu, hepatitidu, glomerulonefritidu, orchitidu, artritidu, stejně jako možný výskyt meningoencefalitidy nebo pneumonie^{1,7,9,11}.

Terapie

V rámci terapie se podávají obvykle antihistaminika a antipyretika, s výjimkou kyseliny acetylsalicylové, při jejímž podání hrozí zvýšené nebezpečí vývoje Reyeova syndromu. Acyklovir nebo valacyklovir je ordinován jen u komplikací a dále těhotným a imunosuprimovaným jedincům.

Jedinou vhodnou prevencí VZV infekcí je očkování. Živnou půdou jsou dětské kolektivy mateřských školek a prvního stupně základních škol. Plané neštovice jsou nicméně stále v České republice nejčastějším infekčním onemocněním podléhajícím povinnému hlášení. Pohy-

buje se v počtech několika desítek tisíc případů ročně, bez rozdílu mezi pohlavími^{5,7,11}.

Po primární infekci varicellou dojde k navození latence a virus zůstává v dorzálních spinálních gangliích nebo v gangliu trigeminálním. Při reaktivaci, ať už v důsledku podnětu endogenního, nebo exogenního charakteru, může dojít obvykle v pozdějším věku k rozvoji pásového oparu. Prodomální stádium od prvních příznaků možné reaktive do plného rozvoje onemocnění je obvykle 7–12 dnů.

Výsevu kožních puchýřků předchází bolest, eventuelně ztráta citlivosti v místě inervace nervem, v rámci kterého se virus šíří. Mezi typické oblasti těla, které bývají postiženy, patří obličej, šíje, krk a laterální části hrudníku. Vyrážka obvykle mizí po dvou až třech týdnech.

Komplikace může způsobit výsev herpes zoster (HZ) v oblastech kolem očí a uší, a to až do takové míry, že dojde ke ztrátě zraku, obrně lícního nervu, eventuelně k virové encefalitidě. HZ ophtalmicus se vyskytuje přibližně u 15 % pacientů s postižením trigeminu. Typická je keratitis, conjunctivitis, scleritis, iritis a retinitis. Pokud není nasazena antivirová terapie, pak u 50 až 70 % pacientů nastanou oční komplikace.

Zosterová encefalitida je vzácná a je typická strnutím šíje, bolestí hlavy, fotofobií a meningismem. Pro její propuknutí je zásadním rizikovým faktorem věk pacienta a postižení druhé větve páteřního kranálního nervu. Zosterové encefalitidy se vyskytují s četností 0,2–0,5 % v rámci komplikovaných zosterových infekcí.

Pozornost si zaslouží vzácně se vyskytující zosterové infekce u dětí. Byla pozorována vyšší incidence HZ u malých dětí, které se setkaly s varicellou *in utero*, anebo onemocněly varicellou před dovršením druhého roku života. Je známo, že onemocnění planými neštovicemi během prvních dvanácti měsíců života dítěte zvyšuje významně možnost onemocnění HZ, pravděpodobně v důsledku nevyzrálé imunitní odpovědi k VZV. Až 20 % dětí onemocní HZ v případě, že byly postiženy kongenitálním varicellovým syndromem.

Podle českého informačního systému Epidat onemocní ročně v průměru v České republice pásovým oparem 5–6 000 osob. V české populaci je každoročně pozorován zhruba o třetinu vyšší výskyt HZ u žen než u mužů.

Herpes zoster začíná a zpravidla i končí bolestivostí různé intensity. Akutní bolestivost se objevuje před a během kožních výsevů, chronické bolesti po odhojení kožních změn. Termínem postherpetická neuralgia (PHN) rozumíme přetrvávající bolesti po určitém časově definovaném intervalu.

Akutní bolesti, nejčastěji popisované jako ostré či bodavé, jsou definovány jako bolesti objevující se před vznikajícími kožními změnami či v jejich průběhu. Většina pacientů udává střední až silné akutní bolesti s trváním až do 1 měsíce. Příčinou těchto bolestí je akutní ganglionitis s fokální nekrózou a degenerací motorických a senzorických nervových kořenů. Během výsevu kožních změn dochází k zesílení akutní bolesti, poté bolest pomalu regreduje, většinou paralelně s odhojením kožních lézí.

Chronické PHN, které bývají na rozdíl od akutních typu

bolestí popisovány jako pálicí typ bolestí, se většinou objevují během kožního výsevu. Mohou se ale objevit až po odhojení kožních projevů. Jsou popsány případy, kdy bolest přetrvávala i několik let po odeznění kožních příznaků. Trvání se zosterem asociovaných bolestí není ovlivněno pohlavím či rasou, i když jsou v kategorii pacientů starších 50 let intenzivnější a zřetelně časově prodloužené u žen.

Motorické parézy se vyskytují u 1–5 % pacientů. Vykazují myelitis, generalizovanou polyneuritis a segmentální parézy, často v oblasti krční či lumbální. Až u 70 % pacientů dochází k úplné remisí.

U závažných průběhů, často při postižení 1. větve trigeminu je prokazováno vyšší riziko rozvoje meningoencefalitidy či myelitidy s průkazem lymfocytární pleiocytózy (10–500 buněk/mm³) liquoru. K takovému komplikacím může docházet od 30 dnů před vznikem kožních projevů až do 2 měsíců po odhojení kožních změn.

Herpes zoster v graviditě a v perinatální periodě nepředstavuje riziko pro dítě. Ve srovnání s varicellou u herpes zoster nedochází k virémii a novorozenci jsou chráněni mateřskými protilátkami. Při absenci protilátek je ale možný vznik varicelly přenosem z kožních lézí infekce herpes zoster. Infekce je doprovázena zvýšenou teplotou, komplikacemi mohou být hepatitida, respirační insuficience a encefalitida^{5,8–11}.

Diagnostika

Diagnóza je většinou stanovena dle klinického obrazu. Laboratorně se vyskytuje mírná neutropenie. Sérologické testy zahrnují ELISA (enzyme-linked immunosorbent assay) test, komplement fixační reakce a imunofluorescenční testy. Sérologickými testy detekujeme protilátky třídy IgM nebo IgG. IgM protilátky přítomné v akutní fázi onemocnění planými neštovicemi jsou detekovatelné šestý až sedmý den, maximálních hladin dosahují 14 dnů po infekci. U zosteru jsou IgM protilátky detekovatelné osmý až desátý den, s maximem 19 dnů po infekci. Přítomnost protilátek IgG ukazuje na prodělané onemocnění, zvýšené hladiny IgG sedmý až čtrnáctý den potvrzují probíhající infekci, maximum výskytu infekce je situováno obvykle do druhého měsíce po infektu.

Problém sérologických testů představují možné zkřížené reaktivity, zejména s HSV, eventuelně i s virem Epstein-Barrové (EBV). Navíc jsou sérologické průkazy nepříliš spolehlivé, co se týká detekce rekurentních infekcí.

DFA VZV kit je založen na *in vitro* přímé kvalitativní detekci VZV v klinických vzorcích nebo infikovaných tkáňových kulturách.

Při postižení CNS či nejasných diagnózách jsou metodou volby *in vitro* testy založené na molekulárně biologických metodách^{1,3,4,9}.

Terapie

Pro léčbu herpes zoster se doporučují deriváty acycloviru (doporučené dávky 3x 5 až 10 mg/kg tělesné hmotnosti i. v. na den nebo 5x denně 800 mg *per os*),

valacycloviru (3x 1000 mg *per os* denně), famcycloviru (3x 250 mg *per os* denně), Brivudinu (1x125 mg *per os* denně), Foscarnetu (3x 50 mg/kg tělesné hmotnosti i. v. denně). Všechna virostatika zkracují akutní bolestivou fázi. Rozdíly mezi jednotlivými preparáty spočívají ve vztahu k ovlivnění chronických PHN, ale i v množství, dávkování a v cenových relacích jednotlivých typů terapie.

Analgetická terapie je indikována u těžších forem onemocnění starších pacientů a u nemocných ohrožených infekcemi. Antibiotika brání vzniku sekundárních bakteriálních infekcí a omezují vznik nekrotizujících zánětlivých lézí. Nedojde-li v průběhu 3 týdnů k ústupu bolesti, doporučují se intervenční opatření, např. blokáda sympatikou či epidurální blokáda. Očkování proti

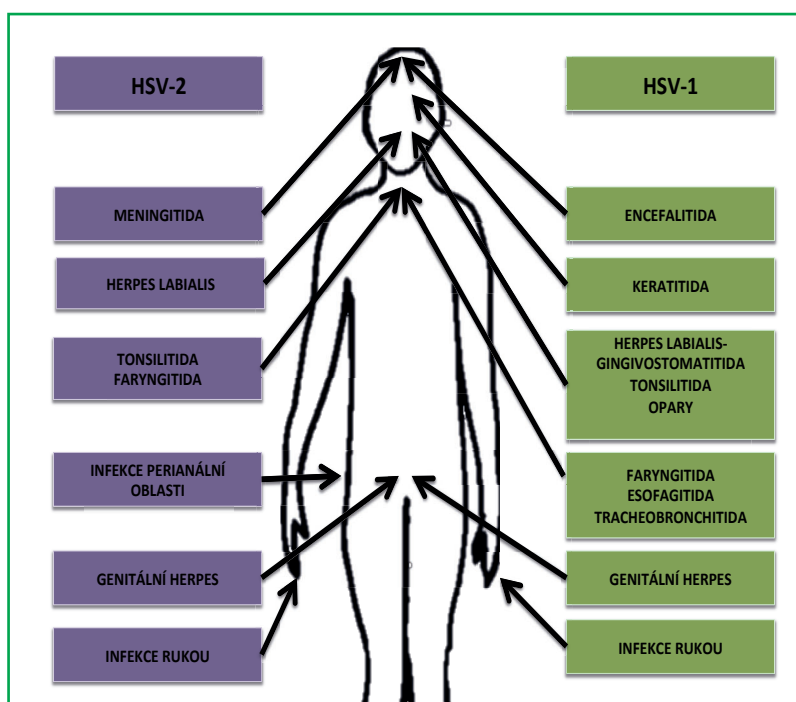
herpes zoster je poměrně novou záležitostí. Vakcína je v České republice dostupná⁹⁻¹¹.

Závěr

Protilátky proti lidským herpetickým virům jsou detekovány běžně u majority populace. To samo o sobě nepředstavuje zásadní problém. Imunokompromitovaní pacienti by měli být od lidí s HSV infekcemi izolováni. V případě těhotných žen a možnosti infekce plodu během porodu je specialisty často doporučován císařský řez. V případě VZV je možno situaci pokrýt očkováním.

Shrnutí pro praxi

Popisované viry jsou vysoce nakažlivé. Mají pouze lidského hostitele. Člověk je jejich jediným rezervoárem. Přímým kontaktem nebo respirační cestou se rychle šíří v rámci populace od jednoho jedince k druhému. Jednotlivé viry se replikují v rozdílných cílových buňkách. Po primoinfekci přecházejí do období latence, které může být v důsledku vlivu imunosuprese, traumatu, systémových onemocnění, expozice UV záření, stresu, hypotermie, hypertermie přerušeno reaktivací. Reaktivace může nastat i spontánně bez zjevné příčiny. U imunokompromitovaných pacientů jsou často popisovány rekurentní infekce, ke kterým dochází právě důsledkem reaktivity viru a které mohou být život ohrožující. Primární onemocnění probíhají asymptomaticky nebo mají benigní průběh. Diagnózu je třeba podpořit laboratorními testy, převážně serologickými a molekulárně genetickými.



Přehled literatury:

- Kinchington, P. R. et al. Herpes simplex virus and varicella zoster virus, the house guests who never leave. *Herpesviridae*. 2012, 3,5.
- Tremolada, S. et al. Viral infections of the fetus and newborn infant. *Pediatr. Med. Chir.* 2008, 30, 177–179.
- Gross, G. Varicella-zoster Virus, In: Plettenberg A., Meigel W. (Hrsg.) *Dermatologische Infektiologie*. Blackwell, 2003, 110–123.
- Arvin, A.M. Chickenpox. *Contrib. Microbiol.* 1999, 3,6–110.
- Gilden, D. et al. Neurological disease produced by varicella zoster virus reactivation without rash. *Curr Top Microbiol Immunol.* 2010, 342, 243–253.
- Zamora, M. R. DNA viruses. *Semin Respir Crit Care Med.* 2011, 32, 454–470.
- Liesegang, T.J. VZV Disease. *Mayo Clin. Proc.*, 1999, 74, 983–998
- Gross, G. et al. Herpes zoster guideline of the German Dermatology Society (DDG). *J. Clin. Virol.* 2003, 26, 277–289.
- Lilie, H.M. et al. Varicella-Zoster Virus, Kapitel: Shingles. *Contrib. Microbiol.* 1999, 3, 111–128.
- Johnson, R.W. et al. Guidelines for the management of shingles. Report of a working group of the British Society for the Study of Infection (BSSI). *J. Infection.* 1995, 30, 193–200.
- Plisek S., et al. Fulminant hepatitis and death associated with disseminated varicella in an immunocompromised adult from the Czech Republic caused by a wild type clade 4 VZV strain. *J of Clin Virol.* 2011, 50, 72–75

Předatestační příprava všeobecných praktických lékařů v Německu, souvislosti a nejnovější vývoj



MUDr. Pavel Martínek

Všeobecný lékař, Praxis Dr. med. Gottfried Hanzl, Oderwitz (Horní Lužice, Sasko)

S Německem má naše republika mnoho společného. Vzájemně se tyto země historicky velmi ovlivňovaly a zdravotnictví nemohlo být výjimkou. To se projevilo i v podobném přístupu ke vzdělávání, který byl založen na přísném dodržení předepsané struktury, s jasným vymezením počtu a rozsahu stáží i výkonů, které lékař musí absolvovat. Proto ani problémy, na které předatestační příprava v obou státech naráží dnes, nejsou nepodobné.

Stávající systém předatestační přípravy pro všeobecné lékaře v Německu, který je v platnosti od roku 2004, se snaží školenci ponechat možnost iniciativy a minimalizovat počet oborů, které tento musí absolvovat povinně (v Bavorsku a Sasku pouze dva), přičemž mu v podstatné části ponechává možnost volby (dva roky z celkových pěti je možno výrazně spoluutvářet). Nicméně jak v Německu, tak v České republice jsou velkým problémem nerealistické počty předepsaných výkonů, které namnoze vedou k prodlužování doby předatestační přípravy či k pouze formálnímu naplňování předepsaných požadavků.

Německo tento problém zreflektovalo ve své léta připravované úpravě předatestačního vzdělávání, která bude v následujících měsících uváděna do praxe. Zavádí model, který se snaží být maximálně realistický a zaměřuje se na klíčové kompetence.

Nové změny shledávám jako velmi inspirativní a mám za to, že pokud by se zde ČR vydala podobným směrem, jistě by to se jednalo o změnu všestranně prospěšnou.

Spolková republika není jen název

Německo může pro českého člověka vyhlížet jako jedna země, nicméně bližší pohled mu připomene, že se jedná opravdu o svazek spolkových zemí s nemalou mírou autonomie. Tak tedy vzdělávání zastřešuje jedna spolková lékařská komora (Bundesärztekammer, BÄK), která vydává vzorový řád pro atestační vzdělávání (Musterweiterbildungsordnung), ale ten implementuje 17 místně příslušných lékařských komor (Landesärz-

tekammern) s vlastními představami. To vede k dílčím odlišnostem, které mohou ztěžovat propustnost mezi jednotlivými spolkovými zeměmi. Následkem někdy je i (zcela pochopitelná a legitimní) „atestační turistika“ mezi nimi. Obě spolkové země, se kterými Česká republika sousedí (Bavorsko a Sasko), mají vzdělávání v této oblasti prakticky plně harmonizované. Stačí ale, abychom se podívali na město/spolkovou zemi Berlín a zjistíme, že tamní lékařská komora se rozhodla udělat všeobecným lékařům předatestační vzdělávání o poznání komplikovanější (a dle mého názoru ho zatížila významným frustračním potenciálem). Kromě půlročního úseku, který jsem strávil v Sasku, jsem své celé předatestační vzdělávání včetně zkoušky absolvoval v Bavorsku. Proto se v následujícím pojednání omezím na Bavorsko a Sasko, jejichž systém dobře znám a zároveň se mi jeví jako rozumný.

Jak jsou na tom u sousedů

Současná skladba vzdělávání

Předatestační příprava v Bavorsku i Sasku trvá celkem 60 měsíců a má 36měsíční nemocniční a 24měsíční ambulantní část (viz tabulka).

Nemocniční část předpokládá 18 měsíců na oddělení vnitřního lékařství, zbylý čas je možné absolvovat na odděleních dle vlastního výběru – podmínkou je, že se jedná o tzv. obory bezprostředního kontaktu s pacienty (tab.) a doba strávená na odděleních je alespoň 3 měsíce. Pokud lékař chce, může celých 36 měsíců strávit jen na interním oddělení.

V ambulantní části potom školenec pracuje jako všeobecný lékař, nicméně ze zmíněných 24 měsíců může být až 6 měsíců činný v ambulantní chirurgii, v Bavorsku má v rámci těchto 6 volitelných měsíců na výběr i práci u ambulantního dětského lékaře. To je důležité, protože se od německého všeobecného lékaře očekává i péče o dětské pacienty, i když se o tuto kompetenci dělí s dětským lékařem a do značné míry sám určuje, jak malé pacienty a s jakými nemocemi si ještě troufne ošetřovat.

Podmínkou připuštění k atestaci je i absolvování 80hodinové psychosomatické přípravy skládající se z kurzu verbální intervence, teoretických seminářů a bálintovských skupin.

Každý zaměstnavatel musí školícímu se lékaři na konci jeho zaměstnání vystavit písemné potvrzení o tom, jak dlouho zde školenec pracoval, a součástí toho bývá i více nebo méně obsáhlé pojednání o tom, co vše se zde školenec naučil, včetně posouzení lidských kvalit a angažovanosti pracovníka. Toto často bývá poměrně osobní a může být bráno v potaz při atestační zkoušce. Neméně důležité je ale vyplnění předtištěné tabulky

dovedností, které si lékař na pracovišti osvojil a dále potvrzení o počtu provedených vyšetření, nutných k atestaci. Údaje o konkrétních datech vyšetření nejsou nutné, pouze tento celkový počet. Publikování tabulek by přesáhlo rámec tohoto článku, proto zájemce odkazují na stránky Bavorské nebo Saské lékařské komory.

Co to znamená v praxi

Jak je vidět, školícímu se lékaři je dána značná volnost co se týče struktury jeho předatestační přípravy. Počítá s pevnými (interna, všeobecné lékařství) a volitelnými složkami (neurologie, chirurgie, kožní lékařství atd.). To je oproti systému v České republice zajímavý rozdíl. Systém nahrává těm, kteří jsou schopni sami sebe odhadnout – což by měla ovšem být jedna ze základních schopností každého lékaře. Pokud se mladý lékař cítí v nějakém oboru zvláště nejistý nebo ho naopak daný obor přitahuje, je takto vybízen nabrat v něm dodatečné zkušenosti a nechat si tuto dobu uznat do vzdělávání. V zásadě se vychází z logického předpokladu, že různé obory lékař již poznal za svých pregraduálních studií. Zároveň tento systém má významný potenciál nalákat nemocniční lékaře, kteří započali přípravu k získání jiných specializací, protože pokud se v průběhu své kariéry rozhodnou pro zajímavější a pestré všeobecné lékařství, mohou si do něj až rok a půl své předchozí předatestační přípravy nechat uznat.

Z vlastní zkušenosti tento systém velmi chválím. Byla mi takto uznána například neurologie, kde jsem byl zaměstnán přes dva roky a troufám si tvrdit, že jsem si z této doby odnesl mnoho cenných zkušeností odborných i organizačních, které bych za několikátý denní stáž jistě nenabíral. Zároveň nelze podobně hlubokou praxi vyžadovat jako povinnou ve všech oborech relevantních pro všeobecného lékaře (který, jak pravil s malou nadsázkou jeden z mých školitelů, má vědět všeobecně všechno), nemá-li se příprava protáhnout až do věku blízkého tomu důchodovému. Německé úsloví „man lernt nie aus“, které říká, že se člověk stejně nikdy úplně nevyučí, je totiž hluboce pravdivé.

Chci poukázat ještě na další důležitý detail: bloky, které lze uznat do vzdělávání, jsou minimálně tříměsíční. Německý všeobecný lékař v předatestační přípravě je totiž na pracovišti regulérně zaměstnán a ne jen vyslán zaměstnavatelem na stáž (platí zde pravidlo, že pokud chceme obor zakusit na vlastní kůži, musíme se zapracovat – stážovat nestačí). Aby se svému zaměstnavateli vyplatil, je třeba, aby na pracovišti zůstal dobu výrazně převyšující dobu potřebnou k jeho alespoň bazálnímu zaučení. Jak je již uvedeno výše, absolvovat nutné tři roky nemocniční přípravy lze i pouze na interně, přičemž středně velké interny v okresních městech v Německu jsou v naprosté většině pro vzdělávání tohoto rozsahu vhodné (většinou je jim lékařskou komorou udělována akreditace – tzv. „Weiterbildungsbefugnis“ – v dostatečné délce). Tím se eliminuje jeden z podstatných důvodů odlivu mladých lékařů z venkova a malých měst.

Co se týče financování ambulantní části vzdělávání, školitel může zažádat místně příslušný spolek ambu-

lantních lékařů (Kassenärztliche Vereinigung) o dotaci hrazenou dílem z prostředků tohoto sdružení a dílem zdravotními pojišťovnami (lze ji žádat i pro lékaře v předatestační přípravě činné v nemocnici). Dotace bývá podmiňována prohlášením školence o tom, že školení absolvuje za účelem získání atestace ze všeobecného lékařství a po jejím složení také jako všeobecný lékař chce pracovat. Nicméně mi není známo, že by se školenc v nějaké spolkové zemi zavazoval k setrvání v určité spolkové zemi či v Německu celkově. Výše dotace pro lékaře v ambulanci je v současné době podobná mzdě nemocničního lékaře ve 3. roce jeho činnosti a školitel ji musí v plné výši využít na mzdu školence. Pokud je školící ambulance v obvodu s nedostatkem všeobecných lékařů, dotace se navyšuje. Nicméně mám za to, že i s daleko nižší dotací by se ještě neatestovaný lékař svému školiteli vyplatil, protože jej tento sice musí vést, ale mladý lékař zastane mnoho práce v ambulanci, provádí i návštěvy pacientů, zástupy při event. nemoci školitele a účastní se pohotovostních služeb.

Spektrum činností všeobecného lékaře

Všeobecní lékaři mají mnohé kompetence, přičemž některé vykonávat musejí a jiné vykonávat mohou (rozlišení těchto dvou kategorií je důležité i pro českou diskusi o rozšiřování kompetencí všeobecných lékařů). Všeobecný lékař jak na západě, tak na východě Německa zpravidla požívá velké důvěry a své pacienty odkazuje na specialisty tehdy, když je to nutné. Těmito situacemi jsou například změny insulinové terapie u pacienta s diabetem 1. typu, složitější poruchy rytmu či komplikované psychiatrické problémy. Naopak sám řeší terapii diabetiků 2. typu (včetně insulinové terapie), léčbu nekomplikované deprese, CHOPN, osteoporózy, hypotyreózy, zpestřením bývají (pro všeobecné lékaře dobrovolné) drobné chirurgické výkony jako šití, excize drobných kožních změn s možností odesílání k histologickému vyšetření, je možno provádět i ultrazvuková vyšetření. Léková preskripce má sice svá pravidla, ale až na výjimky, např. většinu biologické léčby (zde zpravidla první preskripci má provést specialista) není rozsahem rozdílná od specialistů. Lze tedy předepsat jakýkoli inhalátor astmatikovi, jakýkoli lék na migrénu či epilepsii nebo započít léčbu při podezření na Parkinsonovu chorobu (při několikaměsíčních čekacích dobách na vyšetření neurologem se jedná prakticky o nutnost). To zároveň odlehčuje specialistům, protože k nim pacienti nemusejí docházet jen kvůli preskripci – to je pro pacienty náročné nejen časově a pro specialisty bezpochyby nudné. V neposlední řadě by preskripční omezení ve formě, jaká jsou v ČR běžná, neumožnila u mnoha pacientů ani dostatečnou léčbu bolesti, což je podle mého mínění jeden z nejdůležitějších úkolů všeobecného lékaře.

Všeobecnému lékaři je také dovoleno indikovat zobrazovací vyšetření, včetně např. MRT.

Běžnou součástí práce všeobecného lékaře jsou samozřejmě návštěvy pacientů, kteří k lékaři nemohou dojít pro nemoc sami, v jejich domově. I menší praxe provádí týdně několik návštěv. Pro představu budiž uvedeno, že

pokud všeobecný lékař vykoná ročně 342 návštěv pacientů, jedná se o podprůměr.

Co se týče přístrojové techniky, je EKG nesporně standardní výbavou ordinace všeobecného lékaře (99 %), standardem je i spirometr (91 %), mnozí mají i přístroje na 24h měření tlaku (79 %) a 24h měření EKG (36 %), někteří provádějí ergometrii (39 %), ale většina všeobecných lékařů má i ultrazvukový přístroj (59 % všeobecných lékařů a 93 % všeobecně lékařsky činných internistů – vysvětlení pojmu viz níže).

Opatření proti nedostatku všeobecných lékařů

I přes poměrně dobré výdělky a pestrost práce, která dělá práci praktického lékaře atraktivní, se také Němec-ko potýká s nedostatkem tolik potřebných všeobecných lékařů (důvody jsou komplexní a nejsou tématem článku). Částečně se tomu snaží čelit tím, že bez dalších překážek (a bez dalšího proškolení) umožňuje i atestovaným internistům pracovat jako všeobecní lékaři (pod názvem všeobecně lékařsky činný internista), což není úplně bez kontroverzí. Z mého pohledu je tento koncept nedotažený a myslím, že půlroční (ale spíše roční) zaškolení v ambulanci všeobecného lékaře předtím, než internista zvyklý na podmínky nemocnice bude pracovat zcela sám bez podpory zkušenějšího ve specifickém prostředí všeobecné praktické medicíny, by mělo být minimálním požadavkem.

Dále je v některých spolkových zemích umožněno lékařům s atestacemi z některých oborů získat atestaci ze všeobecného lékařství ve zkráceném režimu, v Bavorsku např. během dvou let.

Naopak návrh povinných stáží u všeobecného lékaře během pregraduálního studia, aby studenti odbourali předsudky o tom, co všeobecné lékařství obnáší, narazil na tvrdý odpor. Proto se nyní pracuje na jiných opatřeních, tu více, tu méně sympatických.

Inovace přede dveřmi

Nová doba a nové poznatky si žádají reakci, a tak od roku 2012 probíhaly diskuse o zlepšení systému vzdělávání. Jádrem změny je premisa, že není klíčové, kolikrát lékař určitý úkon udělal, ale zda a jak se naučil jednotlivým dovednostem a znalostem. Nově se má rozlišovat mezi tím,

- co lékař umí popsat,
- co lékař umí systematicky zařadit a vysvětlit,
- dovednostmi, které umí provést pod supervizí,
- dovednostmi, které umí se samostatně provést sám.

Autoři změn zdůrazňují, že plány předatestační přípravy nemají obsahovat seznam výkonů celého oboru v jeho

komplexitě. Tomu se člověk naučí až po mnoha letech. Cílem předatestační přípravy má být, aby lékař ovládal dovednosti v oboru nutné. A to je jen zlomek toho, co obsahuje celý obor.

Jako příklad je uváděn například PET/CT: metoda je již v radiologii etablována, ale ne každé pracoviště, které radiology školí, jí disponuje. Proto se od radiologů nevyžaduje, aby ji ovládali, musí ji ale znát.

Diskuse vedla k tomu, že 15. listopadu 2018 byl Spolkovou lékařskou komorou vydán nový vzorový řád pro předatestační vzdělávání všech oborů a teď je na již zmíněných zemských komorách, aby ho implementovaly.

Řád je již opticky docela odlišný od toho, co znaly předchozí ročníky: Obsahuje sloupečky „Kognitivní a metodické kompetence (Znalosti)“ a „Kompetence úkonové (Zkušenosti a dovednosti)“. Směrná čísla výkonů se výrazně zredukovala. U všeobecného lékařství oproti předchozím řádům předatestačního vzdělávání, které vyžadovaly naplnění směrných čísel u 25 výkonů, navíc s často nesmyslně vysokými nároky (např. 100x ergometrie, 100x spirometrie, 500x ultrazvukové vyšetření břicha) je v novém vzdělávacím řádu pouze sedm výkonů, které vyžadují údaj o počtu provedení (např. 50x návštěva pacienta, 50x léčba ran, excize či incize, 10x život zachraňující výkony a resuscitace, přičemž je přípustné použití simulace, naopak např. počty ultrazvukových vyšetření vymizely úplně). Tyto jsou navíc vybrány tak, aby se jednalo o úkony pro výkon praxe všeobecného lékaře opravdu smysluplné.

Co se týče doby vzdělávání, tato zůstala stejná s tím rozdílem, že v rámci 36měsíční přípravy v nemocnici musí školicí se lékař absolvovat minimálně 6 měsíců v jiném oboru než ve vnitřním lékařství (obory k výběru jsou opět přesně definovány).

Nově se zavádí také elektronický logbook, což má lékařům v předatestační přípravě dodat jistotu, že znalosti, zkušenosti a dovednosti, kterých nabyli, budou také kontrolovatelně zapsány.

Závěrem

Na závěr považuji za důležité podotknout, že řád vzdělávání představuje rámec, který je sice nezbytný, ale naplněn je až kvalitami školitelů a školenců, jejich angažovaností a časem a energií vynaloženými na vzdělávání. Samozřejmě každá lidská činnost má své nedokonalosti. V případě Německa vidím jako problém zejména možnost každé ze 17 lékařských komor v mezích rámce předatestačního vzdělávání určovaného Spolkovou lékařskou komorou provádět změny k obrazu svému, a tím vnášet do systému určitý chaos.

Celkově však soudím, že zejména poslední pokroky kolegů v Německu jsou pozoruhodné a v mnohém inspi-

rativní a pobízí i nás k nutnému posunu v našem vnímání předatestačního vzdělávání (nejen všeobecných) lékařů.

Shrnutí pro praxi

Inspirace zahraničím má v českém zdravotnictví tradici. Autor článku, sám absolvent bavorského a saského předatestačního systému vzdělávání ve všeobecném

lékařství popisuje tento systém a zkušenosti s ním. Přidává své postřehy z praxe tamního všeobecného lékaře a referuje o nejnovějším vývoji v dlouho připravované reformě systému německého předatestačního vzdělávání. Konstatuje, v čem by mohla být inspirace změnami v Německu přínosná pro systém v ČR.

Tablika: Struktura předatestačního vzdělávání ve všeobecném lékařství v Bavorsku a Sasku

60 měsíců celková doba				
36 měsíců lůžkové oddělení			24 měsíců ambulantní péče	
18 měsíců vnitřní lékařství	18 měsíců volitelné:	výbrany obor nebo obory*	18 měsíců u všeobecného lékaře	6 měsíců volitelné: všeobecný lékař
				chirurgie
				pediatrie (Bavorsko)
*) Těmito obory mohou být: Vnitřní lékařství, Anesteziologie, Ophthalmologie, Chirurgie, Gynekologie a porodnictví, Otorhinolaryngologie, Dermatovenerologie, Genetika, Dětské lékařství, Dětská psychiatrie a psychoterapie, Maxilofaciální chirurgie, Neurochirurgie, Neurologie, Fyzikální a rehabilitační lékařství, Psychiatrie a psychoterapie, Psychosomatická medicína a psychoterapie, Radioterapie, Urologie				

- STIEBEROVÁ, Marie. Komparace systémů zdravotního pojištění České republiky a Spolkové republiky Německo. Praha, 2011. Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze, Právnická fakulta.
- Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Berlin: zuletzt geändert durch den 10. Nachtrag vom 11. Juni 2014. Ärztekammer Berlin [online]. 11. 10. 2014 [cit. 2018–12–10]. Dostupné z: https://www.aerztekammer-berlin.de/10arzt/15_Weiterbildung/10Weiterbildungsordnung/00_WBo_2004_inkl_1_bis_10_Nachtrag.pdf
- Weiterbildungsordnung für die Ärzte Bayerns vom 24. April 2004: in der Fassung der Beschlüsse vom 21. Oktober 2017. Bayerische Landesärztekammer [online]. München, 2017 [cit. 2018–12–10]. Dostupné z: http://www.blaek.de/weiterbildung/WBO_2004/download/WO%202004_2017.pdf
- Weiterbildungsordnung der Sächsischen Landesärztekammer: (Weiterbildungsordnung – WBO) Vom 26. November 2005 (in der Fassung der Änderungssatzung vom 28. November 2016). Sächsische Landesärztekammer [online]. Dresden, 2017 [cit. 2018–12–10]. Dostupné z: https://www.slaek.de/media/dokumente/05slaek/02aufgaben/weiterbildung/Weiterbildungsordnung_Mai_2017.pdf
- Hinweise der Bayerischen Landesärztekammer zur Psychosomatischen Grundversorgung im Rahmen der Facharzt-Weiterbildung in der Allgemeinmedizin / Frauenheilkunde und Geburtshilfe. Bayerische Landesärztekammer [online]. [cit. 2018–12–10]. Dostupné z: http://www.blaek.de/weiterbildung/WBO_2004/download/PsychosomatGV.pdf
- Richtlinien über den Inhalt der Weiterbildung. Bayerische Landesärztekammer [online]. 2016, 19. 11. 2016 [cit. 2018–12–10]. Dostupné z: http://www.blaek.de/weiterbildung/WBO_2010/download/richtlinien.pdf
- Richtlinien über den Inhalt der Weiterbildung (WBO 2006) über die Facharztweiterbildung Allgemeinmedizin. Sächsische Landesärztekammer [online]. 5. 3. 2014 [cit. 2018–12–10]. Dostupné z: <https://www.slaek.de/media/dokumente/05slaek/02aufgaben/weiterbildung/richtlinien/01.pdf>
- Förderung allgemeinmedizinische Weiterbildung. Kassenärztliche Vereinigung Bayerns [online]. [cit. 2018–12–10]. Dostupné z: <https://www.kvb.de/nachwuchs/weiterbildung/foerderung-allgemeinmedizinische-weiterbildung/>
- Entgeltabelle zum TV-Ärzte/VKA. Marburger Bund [online]. [cit. 2018–12–10]. Dostupné z: <https://www.marburger-bund.de/sites/default/files/tarifvertraege/2018-08/entgeltabelle-zum-tv-aerztevka.pdf>
- Ärzte machen weniger Hausbesuche. Deutsches Ärzteblatt [online]. 13. 06. 2018 [cit. 2018–12–10]. Dostupné z: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/95839/Aerzte-machen-weniger-Hausbesuche>
- ENZMANN, Werner. Medizintechnik in der Hausarztpraxis. Allgemeinmediziner-Online [online]. 18. 09. 2015 [cit. 2018–12–10]. Dostupné z: <https://www.allgemeinarzt-online.de/a/medizintechnik-in-der-hausarztpraxis-1731137>
- STOSCHEK, Jürgen. BDI: Hausarzt-Internisten sollen sich abgrenzen. Ärzte Zeitung [online]. 26. 10. 2011 [cit. 2018–12–10]. Dostupné z: https://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/berufspolitik/article/675688/bdi-hausarzt-internisten-sollen-abgrenzen.html
- Facharzt für Allgemeinmedizin. Bayerische Landesärztekammer [online]. [cit. 2018–12–10]. Dostupné z: http://www.blaek.de/weiterbildung/wbo_2010/B/Seiten/s_Allgemeinmedizin.htm
- Medizinstudierende gegen jeden Zwangsabschnitt Allgemeinmedizin. Deutsches Ärzteblatt [online]. 7. 5. 2012 [cit. 2018–12–10]. Dostupné z: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/50086/Medizinstudierende-gegen-jeden-Zwangsabschnitt-Allgemeinmedizin>
- Bayern arbeitet an Konzept zur Landarztquote. Deutsches Ärzteblatt [online]. 12. 2. 2018 [cit. 2018–12–10]. Dostupné z: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/89166/Bayern-arbeitet-an-Konzept-zur-Landarztquote>
- KORZILIUS, Heike. Novelle ist auf der Zielgeraden. Deutsches Ärzteblatt. 2018, 115(17), 688–689.
- (Muster-)Weiterbildungsordnung 2018. Bundesärztekammer [online]. 11/2018 [cit. 2018–12–10]. Dostupné z: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Weiterbildung/MWBO-16112018.pdf
- RENZEWITZ, Susanne. Die Fahrt kann jetzt richtig beginnen. Marburger Bund Zeitung. 2018, 71(17), 7.

Poradna: Jednodenní chirurgie v oblasti dolních končetin

Které chirurgické zákroky nejčastěji v režimu jednodenní chirurgie provádíte na dolních končetinách?

Na dolní končetině lze v režimu jednodenní chirurgie provádět řadu diagnostických i rekonstrukčních operačních zákroků. Mezi ně řadíme v ortopedii zejména arroskopické zákroky na kolenním a hlezenním kloubu. Artroskopie je endoskopická metoda, kdy z malých operačních vstupů zavádíme do kloubu nástroje, pomocí kterých rekonstruujeme jeho vnitřní struktury. Nejčastějším zákrokem je jistě artroskopie kolenního kloubu. Typickým příkladem je ošetření menisků nebo rekonstrukce předního zkříženého vazů. V posledních letech se mění koncept ošetření těchto struktur. V minulosti jsme měli jedinou možnost, a to postiženou část menisku odstranit. Nyní existuje řada operačních technik, kdy můžeme poškozený meniskus rekonstruovat a sešít. To je pouze jeden z mnoha příkladů, kdy jsme schopni pomocí nových technik a nástrojů provádět složitější zákroky s kratší hospitalizací. Kromě arroskopických výkonů provádíme na dolní končetině také otevřené anebo miniinvasivní zákroky na hleznu a přednoží. Mezi hlavní diagnózy, které operujeme, patří vbočený palec, ztuhlý palec s výrůstky a deformity prstů nohou. Nejčastějším důvodem k operaci hlezna je jeho nestabilita po opakovaných úrazech. Vzhledem k tomu, že se rozvíjejí anesteziologické přístupy a pooperační péče, jsme schopni zkracovat délku hospitalizace. Plně si uvědomujeme, že pacient se cítí lépe doma než v nemocničním prostředí.

Jak v rámci jednodenní chirurgie probíhá operace hallux valgus (vbočeného palce)?

V posledních 15 letech došlo k výraznému rozvoji chirurgie nohy a rovněž technik lokálního znecitlivění. Pacienti tak mohou být operováni v tzv. kombinované anestezii, kdy se kromě celkové anestezie do oblasti nervů nohy aplikuje lokální anestetikum. Pacienti tak i po složitém operačním zákroku několik hodin nepocítují prudkou bolest. Umožňuje nám to provádět složitější zákroky, které jsou tak účinnější v léčbě. Právě strach z bolesti byl v minulosti hlavním důvodem, proč pacienti operaci vbočeného palce odkládali.

V průběhu operace tak můžeme z otevřeného chirurgického přístupu v oblasti vnitřní strany nohy provést i několik osteotomií (protnutí kosti), a výrazně tak měnit nejenom postavení palce, ale i nožní klenby. Protnuté nártní kosti anebo články prstů se posléze stabilizují za použití šroubů a dlah, které zabezpečují jejich správné postavení po operaci do celkového zhojení. Osteosyntetické materiály jsou druhým důvodem, proč jsou zákroky v současnosti úspěšnější. Protnuté kosti,

které jsou pevně stabilizovány, umožňují dřívější rehabilitaci a zátěž operované končetiny. Výrazně tak snižují pooperační bolest při zátěži. Tyto zákroky jsou úspěšnější i z dlouhodobějšího pohledu, protože nedochází k opětovnému vbočení palce.

Je potřeba zmínit i miniinvasivní zákroky na přednoží, které jsme v České republice začali používat před třemi roky. Při tomto způsobu operace se postavení palce nohy mění protnutím kosti pouze z malých kožních přístupů pomocí speciálních rotačních fréz a správné postavení palce se v průběhu operace kontroluje rentgenovým přístrojem přímo na sále. Při operaci tak méně poškozujeme měkké tkáně s cévním zásobením. Pomocí těchto speciálních nástrojů provádíme zákroky nejenom v oblasti palce nohy, ale i na prstech. Můžeme tak na rozdíl od otevřených zákroků na palci nohy ošetřit během operace i prsty nohou, a to všechno v režimu jednodenní chirurgie.

Mohou se na vás obrátit i pacienti se zarostlými nehty? Jak léčba probíhá?

Zarostlý nehet na palci nohy je častá diagnóza, se kterou do naší ambulance pacienti přicházejí. Většinou přijdou až v akutním stádiu, kdy je v místě nehtového lůžka zánět. Základní zákroky se provádějí přímo na ambulanci v lokální anestezii. Nehtové lůžko je potřeba vyčistit a upravit okraj nehtu, který způsobuje dráždění. Pacient bezprostředně po zákroku odchází poučen domů a postižený palec ošetřuje samostatně. Pokud se zánět opakuje a jeho příčinou je deformita palce nohy anebo nevhodný tvar přednoží, je možné naplánovat jednodenní operaci. Operační zákroky následně slouží k úpravě tvaru palce, aby se dráždění v oblasti nehtového lůžka snížilo.

Často si přivodíme při sportu nějaký úraz – lze jej řešit jednodenní chirurgií? Pomůže takový způsob řešení k rychlejšímu návratu do tréninkového procesu?

Jednodenní chirurgie nabízí pacientům zkrácenou hospitalizaci na nezbytné minimum. Proto používáme operační techniky, které ji umožňují. Jsme schopni pro pacienta léčbu maximálně optimalizovat. Základní přírodní pochody, jako je hojení ran, pohmoždění měkkých tkání nebo hojení zlomenin ale nedokážeme chirurgickými postupy výrazně ovlivnit. Pro návrat do sportovní zátěže je důležitá spíše následná péče a spolupráce s fyzioterapeutem.

V jednodenní chirurgii nejčastěji řešíme zlomeniny drobných kostí ruky a nohy. Příkladem mohou být zlomeniny nártních kostí nohy, záprstních anebo zápěstních kostí ruky.

V čem je Vaše pracoviště „Waltrovka“ v jednodenní chirurgii výjimečné?

Na našem pracovišti jednodenní chirurgie nabízíme pacientům komplexní péči. Nejedná se pouze o ortopedii, ale poskytujeme zákroky také v oblasti cévní chirurgie, břišní chirurgie, gynekologie a estetické medicíny. Lůžkové oddělení je spíše menší a péče je poskytována na devíti jednolůžkových pokojích a třech monitorovaných lůžkách. I to může přispívat k dobrému pocitu pacienta z léčby, který není konfrontován s klasickým nemocničním prostředím. To, co pacient plně nevnímá, je vybavení operačních sálů a možnosti

pro jednotlivé lékařské profese. Naše pracoviště lékařům nabízí moderní vybavení. Naše ortopedie je vybavena moderním rentgenovým přístrojem (mini C-ramenem), který umožňuje provádět miniinvazivní ortopedické výkony a nevystavuje tak lékaře ani pacienta vysoké dávce rentgenového záření.

doc. MUDr. Rastislav Hromádka, Ph.D.,
ortoped a podiatr
Klinika Canadian Medical, Praha 5 – Waltrovka

Recenze příručky Compendium

Léčiva používaná v podmínkách ČR 5. vydání. Panax, Praha 2018

Pod názvem Compendium se odborné veřejnosti dostává do rukou další – páté – zásadně přepracované vydání příručky, která se v minulosti pod názvem Remedia Compendium výborně osvědčila a stala se nepostradatelným zdrojem informací o léčivech registrovaných v České republice. Již první vydání z r. 1996 se proti ve světě obvyklým seznamům typu Rote Liste lišilo jak svým uspořádáním podle lékařských oborů, tak obsahem, protože uvádělo nejen obvyklé informace o indikacích, kontraindikacích, nežádoucích účincích a dávkování, ale také základní informace o mechanismu účinku jednotlivých látek. Tak jako v předchozích vydáních z let 1996, 1997, 1999 a 2009, i v nynějším vydání se redakci a vydavateli podařilo dodržet jednotné zpracování všech kapitol a podat dostatečnou informaci o současném stavu léčiv na domácím trhu přes četné změny, které časem v registraci a dodávce léčiv nastávají. Protože až na výjimky, jako jsou např. anabolika, jde o rozšíření spektra dostupných léčiv, je

výsledkem i nárůst počtu stránek publikace na 1139. Úvodních 46 samostatně číslovaných stran je věnováno návodu, jak Compendium používat. Kniha je členěna do 16 kapitol podle lékařských oborů, za nimi následují dodatky obsahující přehledy léčiv rozdělených do skupin podle různých typů toxicity. Na zpracování jednotlivých kapitol, resp. jejich podkapitol, se podílelo 54 odborníků, vesměs špičkových pracovníků ve svém oboru. K zásluhám redakce patří i bezchybné zpracování rejstříků, a to jednak podle účinných látek, jednak podle léčivých přípravků. Zpracovány byly informace o léčivech registrovaných k 1. 7. 2017. Každý, kdo jen trochu zná neustále se měnící trh léčiv, jistě ocení komplexní a přehledné zachycení současného stavu. Knihu uvítá jistě každý lékař, který léčivo předepisuje, ale i další profesionální pracovníci v medicíně a farmacii.

prof. MUDr. RNDr. Luboslav Stárka, DrSc.

European General Practice Research Network (EGPRN)

87th EGPRN Meeting, Sarajevo – Bosna a Hercegovina, 3.–6. října 2019

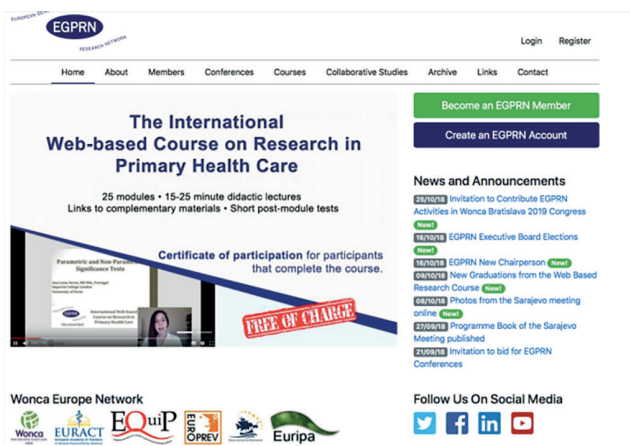


MUDr. Petra Kánská
Ordinace PL Hrochův Týnec

EGPRN, tedy Evropská síť pro výzkum v primární péči (dříve známá jako EGPRW, European General Practice Research Workshop), je organizací praktických lékařů a dalších zdravotnických pracovníků zapojených do výzkumu v oblasti primární péče a rodinného lékařství a je jednou z organizací, které patří do sítě WONCA Europe. Jejím cílem je vytvářet vhodné prostředí pro diskuzi a rozvoj výzkumu v primární péči; podporovat a koordinovat mezinárodní studie, vyměňovat si zkušenosti a rozvíjet validovanou vědeckou základnu pro všeobecnou praxi.

Organizační struktura EGPRN se nikterak nevymyká standardní struktuře podobných organizací. V současné době s organizací spolupracuje 33 národních zástupců a v letošním roce se k nim připojila i Česká republika.

Již od roku svého založení (1974) EGPRN pravidelně organizuje 2 konference ročně (na jaře a na podzim) v různých evropských zemích, jejichž cílem je poskytnout prostor pro mezinárodní setkání a diskuzi se zahraničními kolegy a výzkumníky z celé Evropy a prezentaci svých výzkumů.



Setkání umožňují získat konstruktivní zpětnou vazbu, která umožňuje přednášejícím dále rozvíjet a vylepšovat své projekty a publikace.

Poslední, 87. EGPRN setkání proběhlo v Sarajevu, hlavním městě Bosny a Hercegoviny. Hlavním tématem byla role rodinných příslušníků v managementu chronických chorob.

Ráda bych Vás pozvala na další setkání, které proběhne začátkem května 2019 ve finském městě Tampere. Konference bude zaměřena na výzkum multimorbidit v primární péči. Deadline pro zaslání abstraktů je 15. ledna 2019.

Mezinárodní internetový kurz o výzkumu v primární péči

Relativní novinkou, kterou EGPRN uvedla asi před rokem, je Mezinárodní internetový kurz o výzkumu v primární péči. Tento online kurz má 25 modulů. Každý modul se skládá z didaktické přednášky (video v délce 15–25 minut), odkazů na doplňkové materiály a krátkého postmodulového testu.

Cíle on-line kurzu:

- pomoc při navrhování tématu, výzkumné práce a jejího designu
- informace o základních výzkumných metodách a o biostatistice
- praktické zkušenosti s vedením studijních protokolů, možnosti financování výzkumu
- sdílení zkušeností s používáním on-line databází

Kurz je vhodný pro praktické lékaře a odborníky pohybující se v primární péči, kteří mají zájem o výzkum. Pro členy EGPRN je kurz zdarma, cena pro nečleny je 100 €. Celý kurz je v anglickém jazyce.

Více informací o kurzu a dalších aktualitách naleznete na webových stránkách www.egprn.org nebo na dalších sociálních médiích.

Je eutanazie mezioborová?

Se zájmem jsem četl článek MUDr. Petry Adamusové (Practicus 6/2017) o eutanazii, kterou praktikuje v Holandsku **praktický lékař**. Kdo vám napíše léky, když odborník má vysoké náklady? **Praktický lékař**. Kdo s vámi sepíše důchodový spis? **Praktický lékař**. Kdo vám napíše neschopenku, když přijdete od odborníka s nálezem? **Praktický lékař**. Kdo vám napíše Návrh na lázeňskou léčbu? **Praktický lékař**. Kdo vám napíše vložky nebo kalhotky z gynekologické či urologické indikace? **Praktický lékař**.

Představte si, že by eutanazie byla mezioborová. Pak by ji u diagnóz začínajících písmenem C aplikoval onkolog, písmenem F psychiatr, např. G20 neurolog, písmeno I internista, K639 gastroenterolog, N959 gynekolog, M059 revmatolog, M169 ortoped a u následků po těžkých úrazech traumatolog. A zákonodárci si myslí, že by to měl dělat u všech diagnóz **praktický lékař**.

Především si musí PLD i PLDD uvědomit slovo lékaře. Der Arzt Němcům nic neříká. BPA4 Rusům také nic, GP pro Angličany nemá ten správný obsah. V češtině a mnoha slovan-ských jazycích je řečeno vše o jeho činnosti. Lékař léčí a nedělá to, co mu nadiktují či doporučí zákonodárci, pokud je to v rozporu s jeho svědomím a zdravým rozumem. Žádné řemeslo nemá tolik kvalifikovaných poradců, a to na všech úrovních, jako mají lékaři.

Končil jsem v roce 1962 ZŠ a přednášel nám předseda Okresního soudu v Hodoníně, „trestňák“. Žáci mu položili několik otázek, pamatuji si je velice přesně. „Odsoudil jste někdy někoho k smrti?“ „Ano, jednou za vraždu.“ „Kdo tu popravu vykonává?“ „Mistr popravčí.“ „Jaký má plat?“ „To se neříká.“ „Chodí i do zaměstnání?“ „Ne, jemu to není zapotřebí.“

Nedej Bože, aby zákonodárci schválili eutanazii a hodili to na krk **praktickým lékařům**. Mistr popravčí asi pobírá důchod, nebo už zemřel. Trest smrti byl u nás zrušen. Pokud ta hrůza projde, pak má čeština pro tuto kvalifikaci jednoznačný termín. KAT.

MUDr. Jiljí Minařík, Veselí nad Moravou

Změny ve screeningu kolorektálního karcinomu a vykazování výkonů v ordinacích praktických lékařů

Rok 2019 přináší změny ve screeningu kolorektálního karcinomu, které se týkají role praktického lékaře ve screeningu, vlastního provádění testů na okultní krvácení a způsobu vykazování výkonů screeningu. Důvod změn ve screeningu, jejich obsah a způsob vykazování je aktuálně předmětem edukační kampaně na regionálních seminářích SVL ČLS JEP napříč republikou. Tyto semináře také nabízejí možnost doladit spolupráci praktických lékařů a gastroenterologů v Centrech pro screeningovou kolonoskopii v jednotlivých regionech. Zde přinášíme jen zkrácenou informaci.

Změny ve screeningu od 1. 1. 2019 se uplatní následovně:

- 1) Od 1. 1. 2019 vykazujeme kód **15 118** výkonu **Management kolorektálního screeningu**, a to vždy spolu s kódem **15 120** nebo **15 121** (nadále jen signální kódy), tedy až se znalostí výsledku testu. Výkon 15 118 je nasmlouván pojišťovnami automaticky.
- 2) Od 1. 7. 2019 bude možno vykazovat také kód **15 119** výkonu **Kolorektální screening – analytická část, stanovení TOKS**. Tento kód je třeba nasmlouvat v prvním pololetí roku 2019 na základě dokladu o vlastnictví přístroje, který umožňuje kvantitativní stanovení hemoglobinu ve stolici, a to nejméně od hladiny 15ug/g stolice. Pro ordinace, používající

k provedení TOKS přístroj QuikRead GO, vydá prodejce potřebné potvrzení.

Lékaři, kteří nemají POCT přístroj, splňující dané podmínky, mohou testovat do konce roku 2019 stávajícími imunochemickými testy, které splňují podmínku prahu pozitivitu 75-100 ng/ml. Nemohou ale vykazovat kód 15 119.

- 3) Od 1. 1. 2020 bude možno TOKS provádět jen kvantitativně na POCT přístrojích nebo ve spolupráci s laboratoří. V prvním případě lékař po zjištění výsledku vykáže kódy: 15 118, 15 119 a 15 120/15 121. Ve druhém případě laboratoř dodá lékaři odběrové pomůcky, lékař je předá pacientovi, po odběru stolice pomůcku vybere zpět a odešle k vyhodnocení do laboratoře. Laboratoř oznámí výsledek lékaři a ten vykáže kód 15 118 a 15 120 nebo 15121. Laboratoř vykáže analytický kód.

Praktičtí lékaři na žádance k TOKS+ kolonoskopii uvádějí datum provedení testu, metodu testování a číselnou hodnotu TOKS, pokud ji znají. Dále pak typ projímadla použitého k přípravě střev.

Doporučená literatura:

Úhradové dodatky pojišťoven na rok 2019, APPEL 7/2018, strana 5
B. Seifert a kol. Čas pro změny ve screeningu kolorektálního karcinomu v ČR, Acta medicae, str. 62-66

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

Lék na bolest poprvé formou injekce

Lékaři a pochopitelně pacienti mají poprvé k dispozici analgetika v injekční formě. Určené jsou pro ty, kdo trpí akutní bolestí střední až silné intenzity. Spadájí do skupiny nesteroidních protizánětlivých léčivých přípravků a jsou pouze na předpis.

„Výhodou je rychlý nástup účinku do několika minut, oproti jiným formám léků, u nichž pacient pocítí efekt do půl hodiny. Kromě toho lék minimálně zatěžuje trávicí systém a na rozdíl od opiátů nemá takové nežádoucí účinky,“ vysvětluje algeziolog MUDr. Marek Hakl.

Z účinné látky dexketoprofenum trometamol (Dexketoprofen ADAMED) budou profitovat především

lidé po operacích, akutních traumatech, renálních kolikách či ortopedických zákrocích, ale třeba i neurologičtí pacienti. Lék není hrazen ze zdravotního pojištění, jeho úhrada tak zůstává buď na pacientovi, nebo na zdravotnickém zařízení. Lék mohou předepisovat a aplikovat lékaři bez ohledu na konkrétní specializaci.

Zdroj:

<http://terapie.digital/terapie/medicina/lek-na-bolest-poprve-formou-injekce.html?authToken=null#>

Vbočený palec může vést ke zničení kloubu

Vbočený palec (hallux valgus) lze definovat jako odchýlení prstu od osy nohy o více než 15 stupňů a jeho přiblížení ke druhému prstu nohy. Na vnitřní straně, v místě základního kloubu palce, často vzniká bolestivý otlak na kůži a dochází i k rotaci palce. „Vbočení palce mění způsob používání základního kloubu palce nohy. Chrupavka kloubu je zatěžována nerovnoměrně a dochází k jejímu poškození. Nejedná se pouze o estetický problém, ale deformitu, která může vést ke zničení kloubu,“ uvádí doc. MUDr. Rastislav Hromádka, Ph.D., ortoped a podolog z kliniky Canadian Medical a Ortopedické kliniky 1. LF UK a FN Motol.

Příčiny ortopedického problému lze rozdělit do dvou skupin. Vnitřní jsou obvykle vrozené, kdy se na vzniku vady podílí nesprávný poměr délek nártních kostí, nevhodný sklon kloubních ploch a snížená pevnost vazů a svalů, které udržují kostru ve správné pozici. Vadu mohou ovlivnit také některá onemocnění, například revmatoidní artritida nebo degenerativní onemocnění nervové tkáně. Mezi zevní příčiny, které mohou vbočený palec negativně ovlivnit, patří zejména nevhodné obouvání a nadměrná tělesná hmotnost. Hlavní roli ovšem hrají genetické dispozice. Tedy pokud jsou pacientovy nohy náchylné ke vzniku deformity, stačí jen mírný tlak obuvi k vytvoření vady, ovšem i nošení nevhodné

boty do špičky a na podpatku nevede k vybočení palce, pokud zde chybí vrozený předpoklad.

Léčba je buď konzervativní, která ovšem vede pouze ke zmírnění bolesti, ale samotnou podstatu vady a deformitu neodstraní. Druhou variantou je operační řešení. „Operace se zaměřují nejenom na změnu pozice palce, ale také na úpravu zátěže vnitřní strany nohy. Existuje množství typů operací, které vedou k dobrým výsledkům. Nicméně v současné době platí, že by se měly používat zákroky, které mění tvar kosti osteotomií (protětím kosti) a správná pozice se pak zajišťuje šrouby. Při použití pevné fixace šrouby nebo dlahou pacient pocítuje méně bolesti, protože mezi úlomky kostí nedochází k pohybu a výsledek operace je předvídatelnější,“ konstatoval doc. Hromádka.

V současnosti se v České republice provádí miniinvasivní zákroky v přednoží, které jsou šetrenější k okolním tkáním. Protnutí kosti se při nich provádí nikoliv pilou, ale pomocí tenkých fréz.

Zdroj:

<http://terapie.digital/terapie/medicina/vbocenypalec-muze-vest-ke-zniceni-kloubu.html>

100 let od světové pandemie chřipky: Může se historie opakovat?

Na konci první světové války v roce 1918 udeřila nejničivější pandemie chřipky v dějinách lidstva, známá jako španělská chřipka. Podle odhadů jí podlehl 20 až 100 miliónů lidí. Jak je lidstvo připraveno této hrozbě čelit dnes?

Patogenita tehdy a nyní

Chřipkový virus A subtypu H1N1 z roku 1918 byl vysoce patogenní. Během tří vln pandemie se nakazila až třetina tehdejší světové populace. Mortalita se pohybovala kolem 2,5 %. Zatímco u ostatních pandemií je křivka závislosti úmrtnosti na věku obvykle ve tvaru U, u španělské chřipky měla tvar W. Polovinu obětí totiž tvořili mladí lidé mezi 20 a 40 lety, u kterých byla úmrtnost zhruba dvacetkrát vyšší než v předchozích epidemiích.

Dnes na chřipku umírá asi 1 pacient z 1 000 infikovaných. Podle dat americké vládní agentury Centers for disease control and prevention (CDC) však v minulé chřipkové sezóně vyhledalo lékaře v souvislosti s chřipkou nejvíce pacientů od roku 2009 a mortalita u hospitalizovaných dosahovala téměř 10 %.

Diagnostika se přesunula z ordinace do laboratoře

Před 100 lety se diagnostika opírala především o klinické příznaky zahrnující horečku, zimnici, respirační potíže, bolesti svalů, celkovou slabost, hemoragii nebo cyanózu. Chřipka však byla pro svůj netypický těžký průběh často mylně zaměňována s jinými infekcemi. Během uplynulých let nahradila klinické vyšetření pacienta do značné míry laboratorní diagnostika. Testy metodou PCR vykazují vysokou specifitu, ale senzitivita bývá v případě rychlé diagnostiky nižší.

Revolucí v prevenci se stalo očkování

Už v době pandemie se vědělo, že chřipka se šíří kapénkovou infekcí, ale také nepřímo přes kontaminované předměty. Přistupovalo se proto k preventivním opatřením jako zákaz shromažďování nebo používání jednorázových papírových skleniček místo klasických skleněných. Na zdech byly vylepeny plakáty se slogany „Sliny šíří smrt“, které měly edukovat běžné občany. Kdo byl přistižen při plivání na zem, mohl být zatčen.

Některá základní preventivní opatření se od té doby nezměnila. Patří mezi ně vyhýbat se místům s velkou koncentrací lidí nebo zakrývat si nos a ústa při kašli. Mnohem více se ovšem zdůrazňuje význam častého mytí rukou, které bylo dříve opomíjené. Naopak používání ochranných roušek se příliš neosvědčilo.

Největší průlom v prevenci přišel s vyvinutím účinné vakcíny. Ačkoliv před sto lety byl princip vakcinace už

dobře znám, omezené technické možnosti neumožnili vědcům izolovat virové agens. To se podařilo v roce 1933 a na konci druhé světové války se dvousložková vakcína úspěšně aplikovala vojákům i civilistům. V současnosti se složení vakcín mění každý rok s ohledem na antigenní variabilitu cirkulujících chřipkových virů. Snahou vědců je vyvinutí „univerzální“ vakcíny, která by po jedné dávce chránila proti všem typům chřipky.

V prevenci rozhodně nelze opomenout stále vzrůstající roli rozsáhlé globální sítě WHO pro surveillance chřipky, virologický monitoring a systém hlášení.

Antivirotika zachraňují statisíce životů

V době španělské chřipky byli lékaři téměř bezradní. Podáváním aspirinu, kyslíku a morfinu dokázali pouze mírnit příznaky. Nebylo výjimečné, že se lidé léčili přírodními prostředky jako česnekem nebo kafrem.

V 60. letech začaly být dostupná antivirotika, která výrazně zlepšila vyhlídky nemocných na uzdravení. Dlouhodobé studie potvrdily, že inhibitory neuraminidázy výrazně snižují mortalitu a zkracují rovněž dobu léčení. Efektivní v profylaxi jsou zejména virostatika oseltamivir a zanamivir, které snižují riziko rozvoje fatálních komplikací.

Pandemie chřipky zůstává hrozbou

Chřipka nebyla na začátku pandemie vnímána jako nebezpečí s obrovským smrtícím potenciálem. To se změnilo až s příchodem druhé vlny pandemie, kdy dramaticky rostl počet obětí. Všeobecné panice a strachu se nedařilo zabránit zvláště po zjištění, že neexistuje účinná léčba a že chřipka kosí se stejnou silou pacienty i jejich lékaře.

Na základě dat sesbíraných o počtu očkovaných proti chřipce se může zdát, že lidé chřipku neberou zase až tak vážně. Proočkovanost světové populace totiž stále nedosahuje 30 %, které doporučuje WHO. Nejvyšší proočkovanost je u americké populace, která se blíží 50 %. Mezi nejčastější důvody odmítání vakcinace lidé uvádějí, že se jich problém chřipky zatím netýká a že vakcínám příliš nedůvěřují. Pandemie způsobená kmenem H1N1 v roce 2009 ovšem ukázala, že strach je v lidech stále hluboce zakořeněný.

Je nepochybné, že současné možnosti prevence, diagnostiky a léčby chřipky jsou na nesrovnatelně vyšší úrovni než před sto lety. Nepředvídatelné mutace chřipkových virů jsou ale oprávněným strašákem, proti kterému se účinná zbraň bude jen velmi těžko hledat.

Zdroj:

<https://www.tevapoint.cz/100-let-od-svetove-pandemie-chripky-muze-se-historie-opakovat/>

Vzdělávací semináře

v únoru 2019



SVL ČLS JEP

Hlavní témata

Novelizace DP DIABETES MELLITUS, LÉČBA U STARŠÍCH PACIENTŮ V ČR.
Desatero péče o diabetika ve stáří z pohledu specialisty.

den	datum	čas	město a místo konání
pondělí	4.2	16.30 – 20.30	Aula SZŠ, Příluky 372, Zlín
čtvrtek	7.2	16 – 20	Nové Adalbertinum, Velké náměstí 32, Hradec Králové
čtvrtek	7.2	16 – 20	Clarion Congres Hotel, Špitálské náměstí 3517, Ústí nad Labem
sobota	9.2	9 – 13	Kancelář veřejného ochránce práv, Údolní 39, Brno
sobota	9.2	9 – 13	Teoretické ústavy LF UP Olomouc (nová budova TÚ), Hněvotínská 3, Olomouc
úterý	12.2	16 – 20	Hotel Zlatá Štika, Štrossova 127, Pardubice
středa	13.2	17 – 21	presbytář Hotelu Gustav Mahler, Křížová 4, Jihlava
čtvrtek	14.2	16 – 20	Clarion Grandhotel Zlatý Lev, Gutenbergova 3, Liberec 1
sobota	16.2	9 – 13	Šafránkův pavilon, alej Svobody č. 31, Plzeň
středa	20.2	16 – 20	Lék.dům, Sokolská 31, Praha 2
čtvrtek	21.2	16 – 20	Hotel Imperial, Tyršova č. 6, Ostrava
čtvrtek	21.2	16.30 – 20.30	Hotel "U Šimla", Závodní 1, Karlovy Vary
středa	27.2	16 – 20	Clarion Congress Hotel, Pražská třída 2306/14, České Budějovice
čtvrtek	28. 2.	16 – 20	Lék.dům, Sokolská 31, Praha 2

Vážení čtenáři a řešitelé testů,

dle nového Stavovského předpisu České lékařské komory č. 16, podle § 5 přílohy č. 1, jsou od 1. 7. 2012 všechny znalostní testy v odborných časopisech hodnoceny jednotně, a to 2 kredity. Za správné vyřešení testu budou řešitelům přiděleny **2 kredity ČLK**. Podmínkou ČLK pro přidělení kreditů je zaslání odpovědi v písemné podobě na odpovědním lístku nebo elektronicky na www.svl.cz, a to **nejpozději do 20. 2. 2019**.

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

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

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

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

ZNALOSTNÍ TEST JE HODNOCEN 2 KREDITY ČLK

1. UV záření poškozuje:

- a) mitochondrie
- b) DNA, RNA
- c) cytoplazmatickou membránu

2. Co je to genom:

- a) část chromozomu, která je bohatá na geny důležité pro základní životní funkce organismu
- b) veškerá genetická informace uložená v DNA (u některých virů v RNA) konkrétního organismu
- c) úsek DNA se specifickou funkcí, která je schopná utvářet při dělení buňky svoje vlastní přesné kopie

3. Vyberte pro pojem amplifikace správnou definici ve vztahu k polymerázové řetězové reakci (PCR)

- a) namnožení konkrétního úseku DNA
- b) degradace mitochondriální DNA vedoucí k vyřazení funkce mitochondrií
- c) namnožení konkrétního úseku proteinového řetězce

4. Obezita je svým charakterem:

- a) chronické onemocnění s multioborovou etiologií a pravděpodobně progresivním vývojem
- b) osobní morální pochybení, zakládající se na jednom z hlavních hříchů, a to nestřídmosti
- c) estetická vlastnost, kterou lze snadno a jednorázově změnit

5. Co je kognitivní omyl?

- a) patologická kvalitativní porucha vědomí; mylné a nevývratné přesvědčení založené na nesprávném posouzení reality
- b) zautomatizované chyby v myšlení a hodnocení situací, většinou málo uvědomované
- c) nesprávná informace získaná na internetovém diskuzním fóru

6. Které psychické poruchy jsou nejčastějšími komorbiditami obezity?

- a) deprese, schizofrenie, mentální bulimie
- b) deprese, úzkostné poruchy, mentální anorexie
- c) deprese, úzkostné poruchy, syndrom záchvatovitěho přejídání

7. Co patří mezi běžné vybavení (tzn. přístroj vlastní více než 90 % praxí) všeobecného lékaře v Německu?

- a) EKG
- b) spirometr
- c) endoskop

8. Nemocných s chronickým vředem žilního původu je:

- a) 70 %
- b) 50 %
- c) 80 %

9. Co neplatí?

- a) diabetický, nejčastěji neuropatický vřed je v 50 % případů
- b) diabetický vřed se vyskytuje nejčastěji nad vnitřním kotníkem
- c) neuroischemických defektů je 45 %

10. K výkonům, které mohou být provedeny u warfari-zovaných pacientů bezpečně při rozmezí INR 2–3 nepatří:

- a) operace katarakty
- b) katetrizační ablace u fibrilace - flutteru síní
- c) operace kloubní náhrady

Správné mohou být 1–3 možnosti.

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

ODPOVĚDNÍ LÍSTEK – TEST Č. 01/2019

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