



PRACTICUS

pro praktické lékaře zdarma • č.5/2021 • ročník 20



TÉMA:

Preventivní prohlídky u praktického lékaře pro dospělé

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

OBSAH

PRACTICUS

odborný časopis SVL ČLS JEP
5/2021, ročník 20

INFO SVL

- 04 EDITORIAL
- 05 ZÁSTUPCI SVL ČLS JEP V MÉDIÍCH

ODBORNÝ ČLÁNEK

- 06 UNAVENÉ NOHY, UNAVENÁ DUŠE – NETYPICKÉ, DNES ČASTÉ FORMY ÚNAVY
- 11 UNAVENÁ DUŠE
- 14 PREVENTIVNÍ PROHLÍDKY U PRAKTICKÉHO LÉKAŘE PRO DOSPĚLÉ
MUDr. Vladimír Marek
- 18 INSPEKCE - ANALÝZA STOJE
Doc. MUDr. Vlasta Tošnerová, CSc.
- 23 SEZNAMTE SE S VÝSTUPY UKAZATELŮ PRESKRIPCE ATB
JUDr. Ladislav Švec
- 24 ZDRAVÝ SPÁNEK ZVYŠUJE INTELIGENCI A PROSPÍVÁ ZDRAVÍ: SVĚPOMOCNÝ NÁVOD
MUDr. Karel Nešpor, CSc.

TISKOVÁ ZPRÁVA

- 25 TISKOVÁ ZPRÁVA

KAZUISTIKY

- 26 JAK LZE ZLEPŠIT COMPLIANCI K LÉČBĚ U PACIENTKY S VELMI VYSOKÝM KARDIOVASKULÁRNÍM RIZIKEM?
prof. MUDr. Hana Rosolová, DrSc.

AKTUALITY

- 30 VAKCÍNA PROTI COVIDU ZABÍRÁ MĚNĚ U LIDÍ, KTERÍ BEROU BĚŽNÉ LÉKY NA STŘEVNÍ POTÍŽE
- 32 JAK FUNGUJÍ NOVÉ MRNA VAKCÍNY A JAK TO JEDNODUŠE VYSVĚTLIT? MOLEKULÁRNĚ BIOLOGICKÉ MINIMUM PRO PRAXI

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 Konštický, 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 Konštický, CSc., MUDr. Jan Kovář, MUDr. Dana Moravčíková, MUDr. Cyril Mucha, MUDr. Josef Olšr, MUDr. Bohumil Skála, Ph.D., MUDr. Boris Šťastný, MUDr. Jana Vojtíšková, MUDr. Lenka Bilková, MUDr. Miloš Ponižil, MUDr. Bergmann David, 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. Matějková Astrid, MUDr. Stárková Helena, MUDr. Šindelář Jan,

Spolupracovnice časopisu:

Andrea Vrbová

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 26. 5. 2021 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, 2021

EDITORIAL



MUDr. Stanislav Konštacký, CSc.
Šéfredaktor časopisu Practicus

Milé kolegyně, milí kolegové.

I když je téměř konec krásného měsíce května, vlastně máje, stále se mi derou na mysl slova básníka: „Byl pozdní večer, první máj, večerní máj, byl lásky čas. Hrdliččin zval ku lásce hlas, kde borový zaváněl háj...“ V tomto zvláštním roce by asi Hynkovi, Vilémovi a Jarmile bylo chladno, pokud by se dobře neoblékli, a také příroda na mnoha místech nedovedla vytvořit správné podmínky pro rozkvetlé jabloně (případně v současnosti i sakury), pod nimiž by se mohli zamilovaní políbit.

S nadcházejícím sporým sluníčkem a snižováním pozitivních případů dochází i k postupnému rozvolňování omezení vzhledem k pandemii COVID-19 a snad se začne blýskat na lepší časy. I přes opakované přísliby posílení dodávek pro praktické lékaře zůstalo jen při slibech a místo toho vznikla další očkovací centra. Jejich existence je však časově omezená, protože majitelé prostorů je po vypršení smlouvy a uvolnění hodlají používat k původním účelům. Opět se dostává ke slechu, že dále budou očkovat především praktičtí lékaři. Jako by naše nabídky od počátku nebyly vyslyšeny, ale bude možné to zvládnout včetně složité administrativy? Pesimismus není na místě, vím jak při jednání nejen s nemocnými je důležitý **pozitivní přístup**, pak při vyhodnocování testů proti COVID-u očekáváme **negativitu**. Co je potom pozitivní – dobré nebo špatné a co negativní???

Naše pětka přináší opět několik zajímavých článků, na některé z nich bych rád upozornil: informace z tiskové konference a také z webinářů, které si získaly velký počet sledování a předčil i takové, které pořádají větší a zastřešující organizace. Ve sděleních dr. Hauera a doc. Anderse se hovoří o unavených nohou, unavené duši, což jsou netypické, ale v současnosti časté formy únavy. Opět se ukazuje holistický pohled na pacienta, který je vštěpován studentům lékařských fakult. Kazuistiky dokreslují skutečnost, že častou příčinou jsou CVD a jak se k nim stavět, jak je úspěšně diagnostikovat a léčit.

Doc. Anders upozorňuje, že i přes stoupající preskripci antidepresiv jsme ve srovnání s jinými státy OECD poněkud pozadu, a přitom se deprese vyskytuje u nás velmi často, a tudíž nebývá adekvátně léčena. O faktorech vzniku tohoto onemocnění, vlivu chronického zánětu, vlivu deprese na somatická onemocnění a rovněž vlivu infekce COVID-19 na psychické funkce.

Dr. Marek, praktický lékař a rovněž pedagog na LF MU v Brně instruktivně popisuje problematiku preventivních prohlídek a jeho článek bude pomocný nejen pro mladé kolegy nastupující do praxe.

Doc. Tošnerová nám zaslala slíbený článek z fyziatrie, bohatě dokumentovaný fotografiemi a jistě bude vydatnou pomůckou při vyšetřování pacientů s poruchami pohybového aparátu.

Dr. Švec informuje o výstupech preskripce ATB, který bude poskytovat centrum po vyžádání na adrese <https://puk.kancelarzp.cz>.

Zajímavou kazuistiku nám poslala prof. Rosolová a jistě v ní najdeme poučení pro další praxi.

Budeme rádi, pokud naleznete zajímavé čtení v našem letošním pátém čísle a těšíme se na spolupráci při vytváření dalších Practicusů.

Zástupci SVL ČLS JEP v médiích

Dne 20. 5. 2021 uspořádal výbor SVL ČLS JEP tiskovou konferenci, která se týkala zejména aktuální situace v očkování proti covid-19 v ordinacích praktických lékařů. Hlavním diskutovaným problémem byly dodávky vakcín, které stále nedosahují slibovaného množství. Dalším tématem byl nedostatek rezidenčních míst pro budoucí praktické lékaře. Informace z tiskové konference se objevily jak v televizích a rádiích, tak v nejčtenějších tištěných denících a na nejnavštěvovanějších zpravodajských online portálech (např. Česká televize, TV Seznam, CNN Prima NEWS, Český rozhlas, Rádio Impuls, Aha!, Právo, Deník, Novinky.cz, Aktuálně.cz, iDNES.cz, Lidovky.cz, SeznamZpravy.cz apod.). Informace z tiskové konference zazněly ve více než 50 mediálních výstupech.



Praktičtí lékaři stále nedostali vakcíny, aby mohli proočkovat své pacienty proti onemocnění COVID-19. V současnosti přitom podle premiéra Andreje Babiše čeká na očkování u svého obvodního lékaře přes 200 tisíc lidí a z toho asi 23 tisíc osmdesátníků. Lékaři ovšem upozorňují, že vláda prošvihla dobu, kdy u nich mohly být očkovány ty nejohroženější skupiny. Část těchto lidí se totiž mezitím k očkování začala stavět skepticky.

Tisková konference navazovala na prohlášení výboru Společnosti všeobecného lékařství (SVL) ČLS JEP, v němž se ohrazuje proti tvrzením představitelů Ministerstva zdravotnictví ČR na adresu praktických lékařů o selhání při očkování proti covid-19. K této aktivitě se v médiích objevilo dalších více než 40 výstupů.

Zpracovala:
Mgr. Veronika Ostrá
PR Specialist
MaVe PR



PŘÁVĚ SE DĚJE

17:17
Zemřel bývalý šéf motors Max Mosley. Po smrti Serboval o bezpečnost v F1

17:14
Vylitý Hron smetl auto i s řidičem, zachránil ho obrvůz. Muž popsal chvíle hr

18:58
Ve venkovních bazénech

Unavené nohy, unavená duše – netypické, dnes časté formy únavy

15. dubna proběhl další z webinářů Společnosti všeobecného lékařství, který byl tentokrát věnován neobvyklým formám únavy. Problematika únavy je po více než roce života uprostřed pandemie COVID-19 každodenním chlebem praktických lékařů. Přednášky a diskuse v rámci webináře byly zaměřeny na chronickou žilní nedostatečnost, trombotické stavy v souvislosti s onemocněním COVID-19 a duševní poruchy, zejm. depresi, úzkost a poruchy spánku, včetně dopadu infekce COVID-19 na jejich výskyt.

MUDr. Hauer prezentoval chronické žilní onemocnění (z angl. chronic venous disease –CVD) jako hlavní příčinu syndromu unavených nohou. Ukázal, že nejde o benigní onemocnění, ale o celoživotní stav progredující mnohdy do pozdních závažných stadií s těžkými komplikacemi. Jeho léčba proto musí být zahájena včas a musí být vzhledem ke složité patofyziologii tohoto onemocnění komplexní. Zahrnovat by měla především režim dodržovaný pacientem (pohyb, redukci hmotnosti, žilní gymnastiku, elevaci končetin, kompresi), ale také venofarmaka s doloženou účinností na široké spektrum patofyziologických změn a symptomů CVD. Intervenční zákroky jsou indikovány jen u některých pacientů jako součást léčby, nikoliv jako řešení příčiny onemocnění.

MUDr. Anders se pokusil vysvětlit, že duševní stav pacienta je pro léčbu organických onemocnění zásadní. A naopak adekvátní léčba somatických onemocnění působí proti depresi a úzkosti. Spojovacím článkem je chronický zánět. V péči o pacienty s depresí, úzkostí a poruchami spánku, kterých nyní přibývá v souvislosti s infekcí COVID-19, lze kromě léčby somatických onemocnění uplatňovat dostatek pohybu, stravu s omega-3 mastnými kyselinami a režim dne s dostatkem světla ráno a minimem (především modrého) světla večer.

Shrnujeme obsah tohoto webináře, který podpořila společnost Servier.

Unavené nohy

MUDr. Tomáš Hauer (Cévní centrum České Budějovice)

Chronické žilní onemocnění jako hlavní příčina syndromu unavených nohou

V současné době se lékaři často setkávají s pacienty se syndromem unavených nohou. Tento stav může mít různé příčiny, jeho následek je ale vždy stejný – snížení kvality života, zvýšení morbidit a mortality. Přestože se v ordinaci lékaře mohou zdát stížnosti pacientů spojené se syndromem unavených nohou vedle ostatních zdravotních problémů jako malicherné, jde o závažnou problematiku.

Příčiny syndromu unavených nohou zahrnují:

- vertebrogenní potíže,
- ischemickou chorobu dolních končetin,
- polyneuropatie (v důsledku diabetu, thyreopatie, polékové, ve stáří),
- hormonální poruchy, poruchy homeostázy, poruchy iontogramu (Mg, Ca), farmaka (statiny),
- chronické žilní onemocnění (CVD).

Právě CVD je nejčastější příčinou syndromu unavených nohou. Jde o onemocnění s vysokou prevalencí^{1,2,3}, které má významný zdravotní i ekonomický dopad, daný jeho progredujícím charakterem do pokročilých stadií s bérčovými vředy. Na CVD připadají ve vyspělých státech až 3 % výdajů zdravotnictví. Navíc může být onemocnění provázeno pracovní neschopností a často je důvodem změny zaměstnání. Postihuje zhruba 1/3 žen a 1/5 mužů, přičemž prevalence se zvyšuje s věkem. Asi 1 % pacientů má závažné formy s komplikacemi v podobě bérčových vředů, sepse a amputací. Nejde tedy o marginální problém. Pacientům, kteří si stěžují na varixy, otoky, svědění, bolest, noční křeče, pocit těžkých nohou a další chronicky obtěžující potíže, je třeba se věnovat.

Diagnostika a léčba chronického žilního onemocnění

Diagnóza CVD stojí na anamnéze, klinickém vyšetření anamnéze a klíčové je provedení ultrasonografie (USG) žil dolních končetin, které nejen potvrdí diagnózu, ale pomůže i při určení fáze onemocnění, výběru terapie a sledování její účinnosti. Terapie CVD leží z velké části na bedrech samotných pacientů. To by měli pacienti vědět, stejně jako by měli být poučeni o realistických výsledcích dosažitelných léčbou. CVD je doživotní onemocnění, intervenční zákrok na žilním systému není podstatou terapie. Tou jsou důsledná režimová opatření zahrnující pohyb, snížení tělesné hmotnosti, žilní gymnastiku, elevaci končetin, nošení kompresivní terapie a užívání předepsané farmakoterapie. Právě venofarmaka mají v léčbě velký význam z důvodu složité patofyziologie onemocnění. Nejprínosnější jsou léky, které cílí na co největší počet patofyziologických mechanismů a vedou ke zmírnění co největšího spektra symptomů. Aktuální doporučené postupy pro léčbu CVD z roku 2018⁴ vycházející z posledních metaanalýz rozdělují venofarmaka podle kvality a množství důkazů. Tyto důkazy se týkají vlivu jednotlivých přípravků na patofyziologické mechanismy CVD, jako je žilní tonus, zánět žilní stěny a žilních chlopní, kapilární permeabilita, lymfatická drenáž, hemoreologické parametry a antioxidantní působení, dále zmírnění příznaků onemocnění a také počtu pacientů, které je nutné léčit, aby byl potlačen daný patofyziologický mechanismus

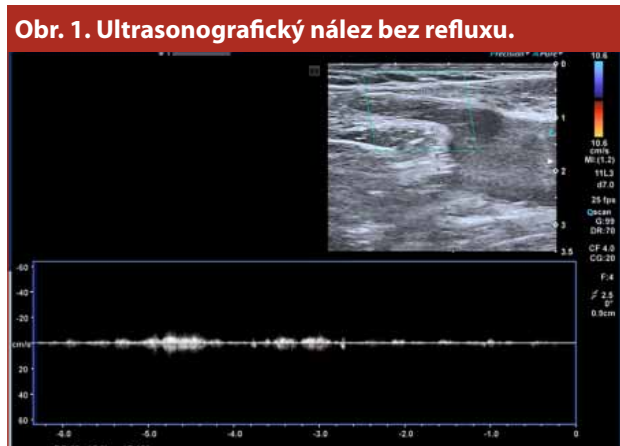
nebo symptom u 1 pacienta (NNT). I v těchto nových doporučeních si přední pozici mezi venofarmaky zachovala mikronizovaná purifikovaná flavonoidní frakce (MPFF), která má nejvyšší sílu důkazů a nejvyšší úroveň doporučení.⁴

Kazuistiky

Kazuistika 1 – štíhlá mladá žena s hezkýma nohama a nehezkými večery

Se syndromem unavených nohou se na vyšetření dostavila 30letá Claudia, která pracovala jako modelka. Měla pozitivní rodinnou anamnézu CVD – u matky i babičky byly přítomny varixy. Pacientka byla štíhlá (BMI 21 kg/m²), pravidelně cvičila a věnovala se pohybové aktivitě. S ničím se neléčila, neužívala žádnou medikaci s výjimkou hormonální antikoncepce. Uváděla, že občas kouří. Stěžovala si na pocit těžkých a unavených nohou, zejména večer, pocit bolesti a otoku, který ale zrakem nepozorovala. Dolní končetiny často elevovala, sprchovala chladnou vodou. V noci ji budily křeče v nohou. Obtíže se vyskytovaly denně a perimenstruačně se zhoršovaly.

Objektivně byly dolní končetiny zcela bez nápadností, bez otoku, žádná žilní kresba nebyla patrná, trofické změny nepřítomny. Ultrasonografický nálezn byl bez refluxu (obr. 1), pouze nápadně dilatované svalové žíly ukazovaly na přítomnost žilní hypertenze. Bylo diagnostikováno CVD stadia C0s.



Z terapeutických možností nebylo nutné zvýšit pohybovou aktivitu ani snížit tělesnou hmotnost, komprese vzhledem k povolání modelky nebyla vhodná, intervenční zákrok nebyl indikován. Jedinou možností byla farmakoterapie. Pacientce byl předepsán Detralex v dávce 2 tablety ráno. Podle klinických studií i mezinárodních doporučení působí MPFF proti všem potížím, která pacientka popisovala, a to i ve stadiu C0s.^{4,5}

Při kontrole po 3 měsících byla pacientka s léčbou velmi spokojena. Detralex opakovaně žádala, protože při vysazení se obtíže obnovily. Po 12 měsících byl objektivní nálezn bez progresu a nedošlo ani k sonografickému zhoršení ve smyslu kmenového refluxu.

Tato časná léčba CVD (ve stadiu C0s) má svůj přínos doložený v klinických studiích. Vede nejen ke zmírnění symptomů, ale i ke zpomalení progresu onemocnění.^{4,5}

Kazuistika 2 – matka 2 dětí s nadváhou a obtěžujícími příznaky v levé dolní končetině

28letá paní Jana se dostavila na vyšetření z důvodu pocitu tíhy a večerní bolesti levé dolní končetiny. Rodinná anamnéza CVD byla u této pacientky pozitivní. Sama pacientka měla nadváhu (BMI 29 kg/m²), byla po 2 porodech, měla sedavé zaměstnání, ale uváděla pohybovou aktivitu po práci. Jednalo se o nekuřačku. Žádnou medikaci neužívala, ale v anamnéze měla jednu cestovní trombózu. Stěžovala si na pocit tíhy levé dolní končetiny zhoršující se v průběhu dne, který je večer nesnesitelný, dále bolest na vnitřní straně této končetiny, nutnost elevace a večerního sprchování končetiny chladnou vodou. Příznaky byly podle jejích slov horší perimenstruačně a výrazně jí zhoršovaly kvalitu života. Zkusila kompresi, která u ní měla výborný efekt, avšak pacientka po vyzkoušení 6 různých kompresních punčoch nebyla schopná léčbu tolerovat.

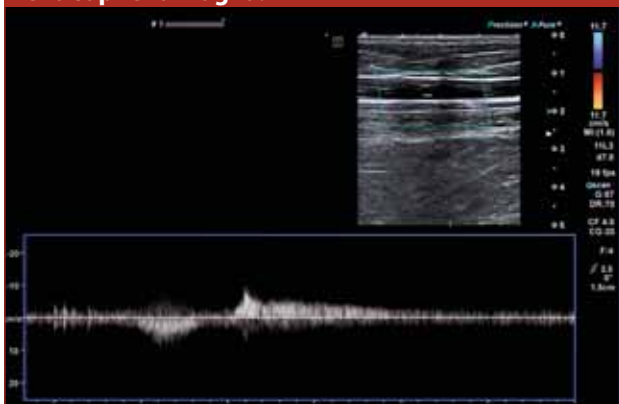
Objektivně byly patrné metličkové žíly na levé dolní končetině, palpační citlivost vnitřní strany této končetiny a zvětšený obvod kotníku o 1 cm v porovnání s pravou dolní končetinou, což svědčí pro otok (obr. 2).

Obr. 2. Ultrasonografický nálezn bez refluxu.



Ultrasonograficky byl zjištěn prchavý reflux ze saféno-femorální junkce do vena saphena magna (obr. 3). Forma tranzientního refluxu bývá u pacientů s CVD častá. Ráno bývají bez refluxu, přes den se objevuje prchavý a večer zjevný reflux. Výsledek vyšetření v takovém případě závisí na denní době, kdy je provedeno.

Obr. 3. Prchavý reflux ze saféno-femorální junkce do vena saphena magna.



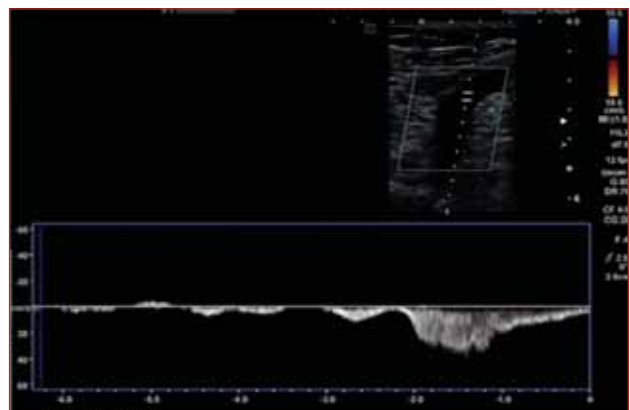
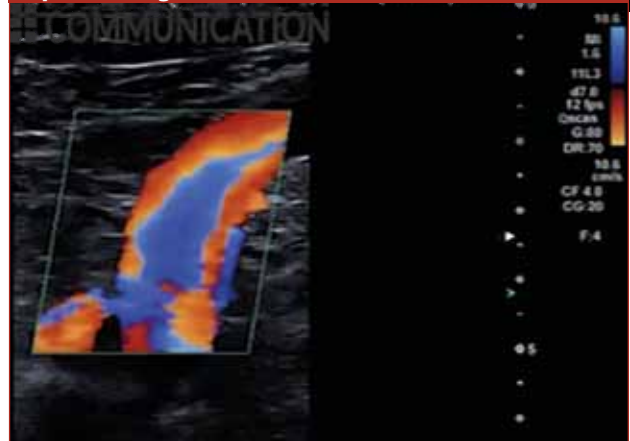
U této pacientky byla stanovena diagnóza CVD stadia C2. Pacientce byla doporučena komprese, kterou odmítla. Slíbila pravidelné cvičení. Pro komplexní charakter příznaků jí byla doporučena farmakoterapie Detralexem v dávce 2 tablety ráno. Detralex v klinických studiích prokázal účinnost proti bolesti, otoku, pocitu těžkých nohou i snížené kvalitě života u CVD.^{4,5,6} Kontrola proběhla po 4 měsících v odpoledních hodinách. Ultrasonografické vyšetření ukázalo, že se podařilo odstranit večerní reflux, tím i žilní hypertenzi a související příznaky.

Kazuistika 3 – muž s malou fyzickou aktivitou a výraznými projevy CVD

S pocitem diskomfortu a otoků dolních končetin se na vyšetření dostavil 47letý pan Jiří. O CVD v rodině neměl žádné informace. Měl BMI 33 kg/m², pracoval jako ředitel, kouřil, jezdil autem, pohybové aktivitě se nevěnoval z důvodu nezájmu a nedostatku času. Léčil se pro hypertenzi a dyslipidémii, ovšem s nízkou compliance. Jeho obtíže zahrnovaly pocit těžkých nohou a otoku, problémy s obutím boty, unavené nohy, zbarvování nohy dohněda. Pacient vyzkoušel kompresivní léčbu, ale striktně ji odmítal.

Objektivní vyšetření ukázalo vinuté varixy na levé dolní končetině, hyperpigmentace a drobné kožní indurace na bérce, při vyšetření ráno byl již patrný otok se zvětšeným obvodem kotníku na levé noze o 1 cm oproti kontralaterální končetině. Ultrasonograficky byl zjevný

Obr. 4. Reflux ze saféno-femorální junkce do vena saphena magna



Byla stanovena diagnóza CVD stadia C4. Pacient odmítal upravit životní styl, nosit kompresi i užívat venofarmaka. Preferoval intervenční léčbu, přestože byl edukován, že intervence není definitivní řešení, ale jen součást komplexní léčby. Byla tedy domluvena a provedena mechanicko-chemická ablace.

Při kontrole po 4 týdnech byl zjevný výborný kosmetický efekt. S tím byl pacient spokojen, ale trápily ho přetrvávající příznaky, které se podle jeho slov zmírnily nejvýše o 50 %. Důvodem těchto příznaků byla jednoznačně přítomnost žilní nedostatečnosti i mimo ošetřenou kmenovou žílu. Pacient byl znovu edukován, že se jedná o komplexní onemocnění vyžadující komplexní terapeutický přístup. Poté byl ochoten akceptovat medikaci. Na základě mezinárodních doporučení pro léčbu CVD mu byl předepsán Detralex, 2 tablety ráno. I bez komprese a cvičení tato léčba přidaná po intervenčním zákroku během 3 týdnů většinu příznaků odstranila. To dokládá komplexní působení Detralexu prokázané v mnoha klinických studiích.^{4,7,8,9}

Závěr

Nejčastější příčinou syndromu unavených nohou je CVD. Prevalence CVD je vysoká, jde přitom nejen o obtěžující stav snižující kvalitu života, ale o progredující onemocnění, které rozhodně nelze považovat za benigní. Diagnóza stojí na klinickém vyšetření, anamnéze a USG, která představuje klíčovou součást diagnostiky, a sledování výsledků léčby. Intervenční léčba je vhodná jen u pacientů s kmenovým refluxem (i zde jen v indikovaných případech a situacích). Terapie je potřebná nejen z důvodu zmírnění příznaků a projevů onemocnění, ale i z důvodu prevence progresu do pokročilých stadií zahrnujících bérčový vřed a případnou sepsi. Měla by být proto časná. Základem jsou režimová opatření vyžadující dobrou compliance pacienta (pohyb, zdravá tělesná hmotnost, žilní gymnastika a elevace končetin), dále farmakoterapie a komprese. Farmakoterapii je třeba volit podle prokázané účinnosti na patofyziologické mechanismy onemocnění a na zmírnění symptomů, nejlépe dle stávajících doporučení.

Trombotické komplikace COVID-19 – diskuse

V odpovědích na dotazy účastníků webináře MUDr. Hauer uvedl, že se dosud nesetkal s trombózou po očkování proti COVID-19 (prevalence podle evropských údajů dosahuje 6 případů na milion dávek). Na jeho pracovišti ovšem řešili již přes 100 případů trombózy u pacientů s infekcí COVID-19. Toto onemocnění lze označit za maligní endotelitidu, která je také příčinou postižení plic. Trombózy po COVID-19 se objevují nejčas-

těji po odeznění choroby, zhruba do 30 dní. Vzácností není ani fatální plicní embolie jako první projev trombózy po COVID-19. Objevuje se i mnoho arteriálních trombóz, jako jsou infarkty myokardu, ischémie dolních končetin či úmrtí na trombotické komplikace. Onemocnění COVID-19 představuje zhruba 1000x vyšší riziko trombózy než vakcinace proti této infekci. V primární prevenci těchto trombóz je proto důležité očkování, v sekundární prevenci při těžším průběhu infekce trombotoprolaxe enoxaparinem. Při podání očkovací látky trombotoprolaxe vhodná není, ani u vybraných jedinců s protrombotickými stavy. Důvodem je závěr norské studie analyzující případy trombóz po očkování proti COVID-19, že se jedná o důsledek heparinem indukované trombotopenie provázené krvácením a zároveň trombózami. Tento stav indukuje i LWMH. MUDr. Hauer dále praktickým lékařům nedoporučil měření hladiny D-dimerů u pacientů s protražovaným průběhem COVID-19 bez klinických příznaků trombózy. D-dimery slouží jen k vyloučení (nikoliv potvrzení) trombózy a ke sledování léčby DIC. Při podezření na trombózu je vhodná duplexní USG nebo CT angiografie plicnice. U rodiček po onemocnění COVID-19, u nichž bylo indikováno podávání enoxaparínu, je podle názoru MUDr. Hauera vhodné s touto léčbou pokračovat až do konce šestinedělí, protože COVID-19 i šestinedělí jsou protrombotofilní stavy.

Připravila MUDr. Zuzana Zafarová

Literatura

1. Rabe E et al. *Int Angiol.* 2012; 31:105-115.
2. Brand FN, Dannenberg AL, Abbott RD, Kannel WB. The epidemiology of varicose veins: the Framingham Study. *Am J Prev Med.* 1988;4(2):96-101.
3. Robertson L, Evans C, Fowkes FGR. Epidemiology of chronic venous disease. *Phlebology.* 2008;23(3):103-111.
4. Nicolaidis AN. Management of chronic venous disorders of the lower limbs. Guidelines according to scientific evidence. *Int Angiol* 2018 June; 37(3):181-254.
5. Tsoukanov YT. Diagnosis and treatment of situational great saphenous vein reflux in daily medical practice. *Phlebology.* 2015; 22(18): 1-24.
6. Jantet G. Chronic venous insufficiency: worldwide results of the RELIEF study. Reflux assessment and quality of life improvement with micronized Flavonoids. *Angiology.* 2002 May-Jun; 53(3): 245-56.
7. Rabe E, Agus GB, Roztocil K. Analysis of the effects of micronized purified flavonoid fraction versus placebo on symptoms and quality of life in patients suffering from chronic venous disease: from a prospective randomized trial. *Int Angiol.* 2015 Oct; 34(5): 428-436.
8. Yaltirik HP. Terapeutické možnosti oddalující progresi chronického žilního onemocnění. *Medicographia.* 2018; 40 (2): 88-93.
9. Mansilha A et al. *Int Angiol.* 2019; 38(4):291-298.

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

Unavená duše

Preskripce antidepresiv není nežádoucím jevem

Podle údajů z období před pandemií COVID-19 se až u 27 % evropské populace v průběhu 1 roku objeví duševní porucha (různé závažnosti). Duševní poruchy mají nejvyšší výskyt u osob produktivního věku, jsou proto významnou příčinou ztráty pracovní schopnosti a mají dopad i na výchovu dětí. V České republice jsme od roku 2003 svědky velkého nárůstu spotřeby antidepresiv, která do roku 2019 vzrostla téměř 4násobně. Přesto stále nedosahujeme průměru spotřeby antidepresiv ve státech OECD. Platí přitom, že spotřeba antidepresiv stoupá se zvyšujícím se HDP. Např. v USA je preskripce antidepresiv v přepočtu na počet obyvatel zhruba trojnásobná než v ČR. Příznivým jevem, který pozorujeme v ČR v uvedeném období, je pokles spotřeby benzodiazepinů, které nepříznivě ovlivňují neuroplasticitu dospělého mozku. Je také patrné, že na preskripčních antidepresiv se v ČR výrazně podílejí praktičtí lékaři (pečují o téměř polovinu pacientů s předepsanými antidepresivy). Vysoká preskripce antidepresiv není nepříznivým jevem, protože je doloženo, že tato hodnota významně negativně koreluje s množstvím sebevražd. Antidepresiva tedy mohou být život zachraňující léčbou, zejména dnes v době dostupnosti moderních psychofarmak, která jsou bezpečná z hlediska předávkování.

Soubor faktorů ovlivňujících vznik duševních poruch

Nedostatečná je ovšem prevence duševních chorob. Z tohoto pohledu je důležitým aspektem souvislost duševních poruch s tělesnými chorobami, jako jsou ateroskleróza, hormonální poruchy, diabetes mellitus, astma, osteoporóza, nádorová onemocnění, záněty gastrointestinálního traktu, roztroušená skleróza, migréna či chronická bolest. Jde obecně o choroby spojené s chronickým zánětem. Současný výskyt s úzkostí a depresí vykazují především kardiovaskulární choroby. Vliv na vysokou prevalenci deprese má dnes tzv. depresogenní životní styl zahrnující přejídání, sedavý způsob života, nedostatek slunečního svitu (tedy i vitamínu D potřebného pro metabolismus serotoninu), spánkovou deprivaci, sociální izolaci (akcelerovanou během pandemie COVID) a kouření. Např. zanechání kouření má na zlepšení nálady a psychického stavu stejný příznivý vliv jako zahájení léčby antidepresivy.

Výskyt deprese zvyšuje přítomnost somatického onemocnění. Prevalence deprese činí 6 % u dospělé populace, 2 % ve stáří, 9 % u chronicky nemocných, 33 % u hospitalizovaných, 36 % u hospitalizovaných starších pacientů, 33 % u onkologických pacientů, 42 % u onko-

logických hospitalizovaných pacientů, 47 % u jedinců po cévní mozkové příhodě, 42 % po infarktu myokardu a 39 % u pacientů s Parkinsonovou chorobou.¹ Výskyt deprese roste se zvyšujícím se počtem somatických chorob a užívané medicíny.

Depresivní porucha má řadu příčin a je nejspíše výsledkem sumace a multiplikace efektu jednotlivých faktorů zahrnujících infekce, dlouhodobý stres, osamělost, traumatické zkušenosti, smutek, konflikt v hierarchii, sezónu, události po porodu, chemické látky, somatická onemocnění, hladovění apod.

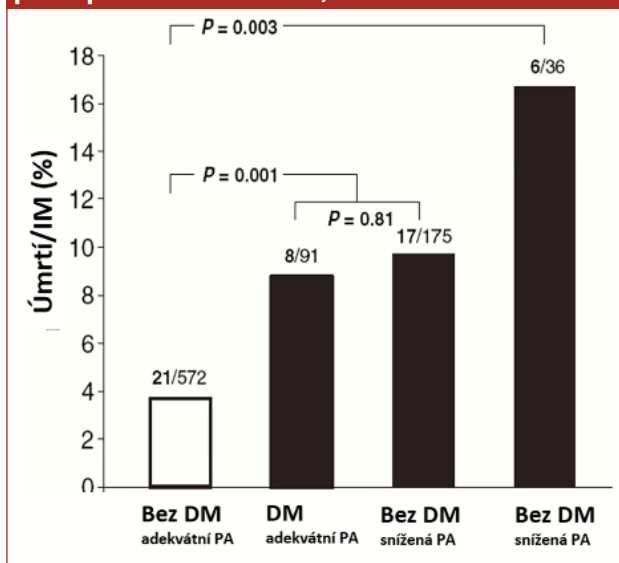
Vliv chronického zánětu na rozvoj deprese

Léčba somatických onemocnění, především nemocí spojených se zánětem, jako je astma, artritida, ischemická choroba srdeční, zvyšuje odolnost organismu proti stresu. Je zjevné, že se aktivita imunitního systému propaguje do funkce lidského mozku. Jedním z prvních dokladů tohoto jevu jsou interferony používané v léčbě hepatitidy C, u nichž bezprostředně po aplikaci popisují pacienti poruchy nálady.² Vysvětlením tedy může být vliv prozánětlivých cytokinů,³ které se mohou do CNS dostávat různými cestami zahrnujícími kromě krevního oběhu např. nervus vagus, a které aktivují enzymatické systémy a mění metabolismus neurotransmiterů. Kromě toho může zánět v organismu potlačit neurogenezi,⁴ zejm. nově vznikající neurony v hipokampu schopné migrovat v CNS v řádech cm a zapojovat se do neuronálních sítí.

Vliv deprese na somatická onemocnění

Platí i opačný vztah, že na přežití jedince se somatickými chorobami má významný vliv výskyt deprese/úzkosti i psychický stav jedince. Důležitou roli zde hraje tzv. pozitivní afektivita, tedy schopnost radovat se ze života, prožívat svou jedinečnou existenci, těšit se na věci, užívat si prožitky. Přítomnost depresivní nálady lze snadno zhodnotit pomocí jednoduchých dotazníků o 10–15 otázkách. Bylo prokázáno, že snížená pozitivní afektivita je jedním z prediktorů 2letého přežití/výskytu infarktu myokardu (IM) po provedení perkutánní koronární intervence (PCI) (obr. 5).⁵ Podle dat z Rotterdam study⁶ bylo u pacientů léčených SSRI (selektivními inhibitory zpětného vychytávání serotoninu) pozorováno 30% snížení výskytu IM, vysazení antidepresivní léčby naopak vedlo ke zvýšení IM na 1,5násobek.

Obr. 5. Snížená pozitivní afektivita je prediktorem 2letého přežití nebo výskytu IM u pacientů po provedení perkutánní koronární intervence. (stratifikace podle přítomnosti diabetu).⁵



DM – diabetes mellitus, IM – infarkt myokardu, PA – pozitivní afektivita

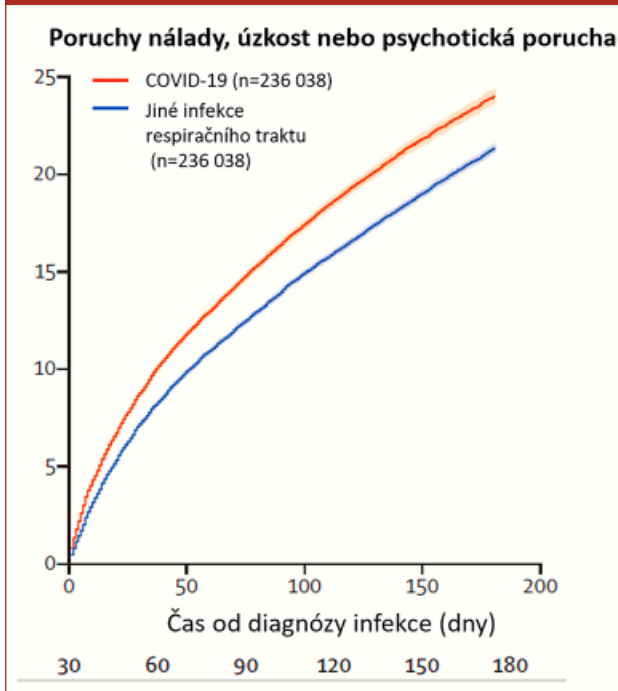
Léčba depresivních poruch

V léčbě deprese, úzkosti či zlepšení spánku jsou samozřejmě významná psychofarmaka. V rámci terapie těchto poruch je ale doporučena také pohybová aktivita (minimálně 3x týdně 45 min), vhodná skladba stravy (s vysokým obsahem omega-3 nenasycených mastných kyselin, které jsou již uvedeny i v doporučeních pro terapii deprese), léčba jasným světlem či úprava biologických rytmů zahrnující více světla ráno a méně večer s potlačením modré složky světla ve večerních hodinách (např. pomocí speciálních brýlí). Pro léčbu deprese je také důležitá adekvátní léčba tělesných chorob, zejm. indikované podávání hypolipidemik, antihypertenziv (především blokátorů Ca kanálů) a antidiabetik, u nichž bylo prokázáno, že snižují riziko hospitalizace pro deprese a sebepoškození. Vysvětlením zde opět může být role chronického zánětu.

Vliv onemocnění COVID-19 na psychické funkce

COVID-19 je devastující onemocnění s dopadem na duševní život. Toto působení je multifaktoriální a zahrnuje zánět cév, vytěsňování železa z hemoglobinu, edém, sníženou saturaci O₂ či aktivaci zánětu. Podle nedávné studie mělo za 90 dní po prodělání infekce COVID-19 nějakou psychickou poruchu 18 % pacientů, z toho se u 6 % objevila nově.⁷ Jde o významně vyšší hodnoty než po prodělání chřipky. Nejnovější výsledky této práce ukázaly, že po 6 měsících mělo poruchu nálady, úzkost nebo psychózu 24 % těchto jedinců (obr. 6), přičemž nejrizikovější byli pacienti hospitalizovaní na JIP (28 %).⁸ Jednalo se především o úzkostné poruchy a poruchy spánku, nízký byl výskyt psychóz. Vedle toho bylo zjištěno, že pacienti se schizofrenií mají 8x větší riziko infekce COVID-19 a u pacientů s duševní poruchou je pozorována téměř 2x vyšší mortalita na COVID-19. Tento jev zatím nebyl vysvětlen. Další spojitostí mezi infekcí COVID-19 a psychickými funkcemi je tzv. mozková mlha vyskytující se u některých pacientů v době množení viru. Jde o dočasný pokles kognitivních funkcí, který může zastírat úsudek nemocného, a napomáhat tak šíření viru z důvodu nedodržování rozumných opatření ze strany infikovaného. Deprese, nespavost, únava a poruchy paměti patří také do obrazu tzv. postcovidového syndromu přetrvávajícího déle než 3 měsíce po odeznění infekce. I zde se může uplatňovat role zánětu a vliv cytokinů. V současné době je již zkoumán vliv snížení koncentrace cytokinů v léčbě deprese. Zajímavým zjištěním je v tomto směru vliv jednoho zástupce SSRI na průběh onemocnění COVID-19. Fluvoxamin prokázal v placebem kontrolované studii⁹ snížení rizika zhoršení stavu u ambulantních dospělých pacientů se symptomatickou infekcí COVID-19, a to cestou potlačení tvorby cytokinů v imunitních buňkách. Zabránil eskalovanému vyplavení cytokinů, které se propisují do změny duševního stavu pacienta.

Obr. 6. Výskyt psychiatrických onemocnění u jedinců 6 měsíců po infekci COVID-19 a po jiných respiračních onemocněních⁸



Literatura

1. Birrer RB, Vemuri SP. Depression in later life: a diagnostic and therapeutic challenge. *Am Fam Physician*. 2004 May 15; 69(10): 2375-2382.
2. Machado MO, Oriolo G, Bortolato B, et al. Biological mechanisms of depression following treatment with interferon for chronic hepatitis C: A critical systematic review. *J Affect Disord*. 2017 Feb; 209: 235-245.
3. Capuron L, Miller AH. Immune system to brain signaling: neuropsychopharmacological implications. *Pharmacol Ther*. 2011 May; 130(2): 226-238.
4. Miller AH, Raison CL. The role of inflammation in depression: from evolutionary imperative to modern treatment target. *Nat Rev Immunol*. 2016 Jan; 16(1): 22-34.
5. Denollet J, Pedersen SS, Daemen J, et al. Reduced positive affect (anhedonia) predicts major clinical events following implantation of coronary-artery stents. *J Intern Med*. 2008 Feb; 263(2): 203-211.
6. Noordam R, Aarts N, Leening MJ, et al. Use of antidepressants and the risk

Poruchy spánku po onemocnění COVID-19 – diskuse

V léčbě poruch spánku po onemocnění COVID-19 nedoporučil MUDr. Anders hypnotika, zejm. ne jejich dlouhodobé podávání, vzhledem k jejich nepříznivému dopadu na neuroplasticitu mozku. Vhodné jsou podle jeho slov přípravky obsahující melatonin. Je nutné je podávat v dostatečných dávkách. Využít lze také rostlinné směsi. Uplatnit by se měla také pohybová aktivita, dostatečný přísun omega-3 mastných kyselin, pravidelný denní režim. Vhodná jsou také antidepresiva, např. mirtazapin, díky jeho rychlé účinnosti a předpokládanému krátkodobému (cca měsíčnímu) podávání v této indikaci. Ne příliš vhodné jsou SSRI, které mohou narušovat spánek. Při řešení úzkosti po COVID-19 doporučil MUDr. Anders podávat např. alprazolam s dlouhodobým uvolňováním. Lze dobře kombinovat s večerním podáním přípravku s melatoninem.

Připravila MUDr. Zuzana Zafarová

- of myocardial infarction in middle-aged and older adults: a matched case-control study. *Eur J Clin Pharmacol*. 2016 Feb; 72(2): 211-218.
7. Taquet M, Luciano S, Geddes JR, Harrison PJ. Bidirectional associations between COVID-19 and psychiatric disorder: retrospective cohort studies of 62354 COVID-19 cases in the USA. *Lancet Psychiatry*. 2021 Feb; 8(2): 130-140.
8. Taquet M, Geddes JR, Husain M, Luciano S, Harrison PJ. 6-month neurological and psychiatric outcomes in 236379 survivors of COVID-19: a retrospective cohort study using electronic health records. *Lancet Psychiatry*. 2021 Apr 1; 8(5): 416-427.
9. Lenze EJ, Mattar C, Zorumski CF, et al. Fluvoxamine vs Placebo and Clinical Deterioration in Outpatients with Symptomatic COVID-19: A Randomized Clinical Trial. *JAMA*. 2020 Dec 8; 324(22): 2292-2300.

Preventivní prohlídky u praktického lékaře pro dospělé



MUDr. Vladimír Marek
LF MU Brno

Důvodů, proč absolvovat preventivní prohlídku u praktického lékaře, je několik. Asi tím nejdůležitějším je zachytit vybrané skryté nemoci v bezpříznakovém stadiu, tedy dříve než bychom onemocnění diagnostikovali po objevení symptomů. Dřívější záchyt má za následek lepší výsledky léčby. V onkologii to např. znamená delší přežívání osob s nádorem. Někdy nedetekujeme přímo onemocnění, ale rizikové faktory, které k nemoci vedou, jako např. vysoký krevní tlak nebo hladina cholesterolu. Jejich léčbou potom k onemocnění vůbec nedojde nebo nastane o řadu let později a s menšími následky. Které faktory má cenu zjišťovat je předmětem výzkumu, a proto se náplň preventivních prohlídek v čase může měnit přístup, kdy se snažíme detekovat onemocnění v jeho bezpříznakovém stadiu, se nazývá screening. Většina populace má tento pojem spojen s onkologií, ale jedná se i o měření krevního tlaku, hladiny cholesterolu či krevního cukru. Screening sebou ale nese jen benefity. Je potřeba otevřeně mluvit i o tzv. břemenech screeningu. Některá vyšetření, jako např. kolonoskopie, mohou být pro pacienty nepříjemné a bolestivé, také je zde riziko krvácení ze střeva či jeho perforace. Někdy vypadá první vyšetření celkem nevinně jako např. EKG či odběr krve na nádorové markery, následná pozitivita ale může vést např. ke zbytečné koronarografii či biopsii prostaty, a ty až tak nevinné nejsou. Jak říkají zlí jazykové, „malá ranka k smrti branka“. Pravděpodobnost komplikací se dlouhodobě měří a je známá. Preventivní programy není vhodné ani nekriticky přijímat, ani odmítat. Vždy je důležité nabídnout pacientovi program dle věku, pohlaví a rizika. Všechno všem nefunguje. Vždy je třeba, aby profit ze screeningu byl vyšší než rizika s ním spojená. I zdánlivě banální věci mohou být provázeny negativy. Součástí každé preventivní prohlídky je zjištění výšky a váhy pacienta a posouzení, zda pacient není obézní a následně doporučení redukce váhy. Zdánlivě z takového jednoduchého doporučení neplyne žádné riziko. Přesto u dospívajících může přílišná koncentrace na hmotnost vést u citlivých jedinců k problémům s mentální anorexií. Rychlá redukce váhy může dle

zvolené diety přispívat k osteoporóze a zvýšenému počtu zlomenin.

Profit ze screeningu je tím vyšší:

1) Čím frekventnější je výskyt onemocnění (efektivita testování roste se stoupajícím výskytem onemocnění). Názorně je to vidět u aktuální koronavirové epidemie. Při nízkém výskytu bylo pozitivních jen 3 procenta testů, jakmile se koronavirus rozšířil, zvýšila se i efektivita testování a pozitivních bylo i více než 10 procent. Tedy méně osob se testovalo zbytečně. Při ceně testu 1800 Kč nás pak záchyt jednoho pozitivního pacienta při tříprocentní pozitivitě stojí 60 000 Kč, při desetiprocentní to bude 18 000 Kč. Efektivita testování se tedy se zvyšujícím výskytem zlepšuje. Toto platilo, pokud jsme stírali kontakty nebo symptomatické pacienty. Pokud plošně testujeme asymptomatické jedince antigenními testy, tak při nízké prevalenci ve firmách hlásí někteří zaměstnavatelé např. např. 1 pozitivního ze 2000 zaměstnanců. Bohužel při poměrně velké falešné pozitivitě i negativitě antigenních testů u asymptomatických na začátku onemocnění. Cena za jednoho pozitivně testovaného je pak při ceně 150 Kč za antigenní test (100 Kč cena testu + 50 Kč náklady na stěr a administrativu) a 50% specifictě při PCR konfirmaci 2000 x 150 Kč x 2 – tj. 600 000 Kč. Oficiální data za celou ČR dle MZČR jsou za 7. 5. 2021 – 118 492 Ag testů, a z toho 173 pozitivních – cena za jednoho pozitivně testovaného je tedy 102 738 Kč. U PCR většinou symptomatických či kontaktů k 7. 5. 2021 je 16 946 testů, a z toho 1631 pozitivních. Při ceně 1 testu 1800 Kč tedy stojí záchyt jednoho pozitivního 18 701 Kč. Situace je samozřejmě zkreslena tím, že někteří PCR pozitivní si nejprve doma udělali antigenní test a nikam ho nehlásili, naopak ale některé PCR testy jsou pro účely testování zdravých osob. Cílem článku není řešit, zda je to moc či málo vzhledem ke ztrátám při zavření ekonomiky. Jedná se o aktuální příklad. Vidíme ale, jak správné zvolení typu testu a testované skupiny ovlivňuje výtěžnost testování. Aktuálně se cena za testování zdánlivě neřeší, ale za normálních podmínek je vysoká cena testování často jednou z překážek, proč nelze plošně v populaci některý typ vyšetření použít skríningově (obvykle se to týká drahých zobrazovacích metod jako magnetická rezonance atd.). Frekvenci onemocnění (tzv. prevalenci) v populaci nemůžeme moc ovlivnit. To, co ale ovlivnit můžeme, je prevalence v testované skupině. Tj. dobře vybrat rizikovou skupinu osob, kde prevalence může být vysoká. Nemá smysl testovat např. plošně HIV protilátky, u osob s rizikovými

pohlavními styky, to ale smysl mít může. U karcinomu prsu výskyt roste s věkem, a proto pokud provádíme mamografie ve skupině žen 40-50 let, je dopad na úmrtnost zhruba 2x menší než ve skupině 50-60 let. V ČR je pak zvolena rozumná hranice 45 let. Nejedná se jen o nákladovou efektivitu a účelné využití prostředků. Provádění mamografií u 30letých by vzhledem k nízkému výskytu v této věkové skupině vedlo ke zvýšenému zachytu nezhoubných nádorů a k zbytečným operacím mladých žen. Toto je obecně doporučeno. V rodinách s větším výskytem onemocnění, tam, kde např. maminka a teta karcinom prsu mají, bude větší pravděpodobnost onemocnění, a tam bude mít vyšetření v nižším věku smysl.

2) Čím závažnější je nemoc, kterou hledáme.

Má smysl hledat bezpříznakové zhoubné nádory. Hledat málo symptomatické respiračních infekty, které jsou sice frekventní, ale nikoli závažné, smysl nemá.

3) Čím přesnější test máme k dispozici.

Ideální test detekuje málo falešně pozitivních, tj. těch, o nichž si dle testu zpočátku myslíme, že se jedná např. o zhoubný nádor, a tedy absolvují léčbu, abychom na konci zjistili, že onemocnění bylo nezhoubné, a léčba spojená s diskomfortem pacienta tedy zbytečná. Rovněž potřebujeme málo falešně negativních, tj. těch s negativním testem, kteří ale trpí skrytým onemocněním, které může být i smrtelné. Někdy je potřeba i správně zvolit tzv. normální hodnotu testu. Pokud budeme hodně přísní a budeme např. považovat za normální hodnotu PSA méně než 2,5 mmol/l, pak nám málo nemocných unikne, ale na druhou stranu budeme léčit řadu pacientů zbytečně radikálně. Protože nežádoucím efektem chirurgické léčby je v daném případě velmi často porucha potence a porucha kontinence, zbytečně léčený pacient nám moc nepoděkuje. Pokud se rozhodneme, že normální hodnota PSA bude méně než 6,5 mmol/l, pak procento zbytečně léčených pacientů výrazně klesne. Přibude ale množství falešně negativních, které budeme léčit pozdě, a zase nám nepoděkují příbuzní zesnulého předčasně na karcinom prostaty, tedy většinou. Proto někdy i roky běží debata, která normální hodnota je ta správná. V takových případech je třeba se ptát pacienta a respektovat jeho názor. Máte větší strach z nádoru, nebo z nežádoucích účinků terapie? Negativa spojená s léčbou jsou taková a taková a takhle častá. Bohužel to vyžaduje více času na rozhovor a konzultaci a taky někdy změnu přístupu v komunikaci nás lékařů. Bohužel času zoufale ubývá. Názory

na to, která hodnota je ještě v limitu, se mění v čase, tak jak se objevují nová data, popř. přijde nová léčba, která je najednou dostupnější nebo méně riziková. Někdy pacient slyší „máte vyšší cholesterol, bude to třeba léčit“. Pokud se podívá pacient do historie, zjistí, že hodnota je stejná jako před 20 lety, kdy byl tzv. normální a léčbu nevyžadoval. To, co se změnilo, není tedy výše jeho cholesterolu, ale to, jakou hladinu považujeme za normální, tj. neškodnou.

4) Čím více je test dostupný.

Musí být přijatelný ekonomicky. Tedy relativně levný, aby se mohl používat plošně. Test by měl být nenáročný na provedení, aby byla personální kapacita jej provádět ve větším množství. Test musí být akceptovatelný i pacientem. Není obvykle pro testovaného problém odebrat si stolicí. Nabídku na zavedení jeden metr dlouhé optiky do otvoru, který k tomu není určen, při kolonoskopii, ale ne jeden pacient s díky odmítne. Kolonoskopie je v diagnostice karcinomu tlustého střeva výrazně přesnější než testy ze stolice. I tak volí po vysvětlení v naší ambulanci většina pacientů lépe snášený, byť nepřesný test ze stolice.

5) Čím dostupnější je léčba, která snižuje úmrtnost.

Tady je problém u některých nádorů, jako např. karcinom slinivky, který je častý a velmi závažný. Nicméně chirurgická léčba je velmi komplikovaná s nedobrymi výsledky.

6) Čím pomaleji se onemocnění vyvíjí z bezpříznakového v symptomatické stadium, kdy pacient vyhledá lékaře pro subjektivní obtíže.

Ideálně se jedná o roky, a je tedy relativně hodně času zachytit nemoc v bezpříznakové fázi (např. karcinom tlustého střeva).

- Obsah preventivních prohlídek v ČR je dán legislativně vyhláškou, její obsah se potom v čase lehce modifikuje. Vyhláška zohledňuje dostupná vědecká data. Existuje vždy určité zpoždění, než se odborné doporučení zapracuje do novely vyhlášky. Každá lékařská odbornost je přesvědčena, že to, čím se zabývá, je pro pacienta nejdůležitější. Pokud by měl pacient na nějaké onemocnění skonat, pak lépe na to, co léčí kolega jiné odbornosti. Diabetologové tedy budou tvrdit, že je nezbytné neustále kontrolovat glykémii, kardiologové budou chtít měřit neustále tlak a cholesterol, onkologové vyhledávat nádory, psychiatři deprese, stomatologové zubní kaz atd., výčet může být velmi dlouhý. Pokud by toto pacient všechno respektoval, možná už by nestihl

žit běžný život. Úlohou praktického lékaře je tedy požadavky jednotlivých specializací racionalizovat a dát do rovnováhy. Ptát se pacienta, co je důležité pro něj a věnovat se prevenci tam, kde je riziko pro konkrétního člověka největší. Je velkou výhodou, pokud pacienta a někdy i jeho rodinu léčíme delší dobu a známe jeho preference i reakce v různých situacích. Řada aspektů, které rozhodují o správném postupu jsou mimo oblast medicíny a jejich znalost vyžaduje osobnější kontakt. Jsou to vztahy v práci, v rodině, ekonomické i spirituální motivy, které konkrétní diagnostické a léčebné postupy u jednotlivce ovlivňují víc než randomizovaná, zaslepená a zprůměrovaná data z klinických studií. Byť se jedná o velmi exaktně zpracovaná data, ne vždy dobře odrážejí našeho unikátního pacienta. Stačí se aktuálně podívat na názory pacientů na očkování na COVID 19, kde vědecká data pro rozhodování konkrétního člověka hrají možná menší roli než mediální šum s vakcinací spojený. Nejsem kritikem vědecky získaných dat, považuji je za pokrok a ani nic lepšího nemáme, jen je potřeba při jejich implementaci přemýšlet nad konkrétním člověkem, tak jak to dělali naši kolegové před 100 lety, kdy žádná taková data neexistovala. Tj. k vědeckým informacím připojit i empatii a naprosto nevědecký instinkt.

Když se podíváme na základní cíle preventivních prohlídek, tak screening populačních onemocnění je jednou částí prohlídek. Další cíle můžou být i nemedicínské. Např. administrativní, kdy provádíme aktualizace adres, e-mailů, telefonních kontaktů atd. Změna komunikačních kanálů s pacienty nám pak v rámci telemedicíny umožňuje následné zasílání žádanek, výpisů, e-receptů či neschopenek.

Další aspekt je sociální, kdy udržujeme kontakt s pacientem, který je jinak zdravý a ambulanci moc nenavštěvuje.

Přínos pro ambulanci je rovněž ekonomický, příjmy z preventivních prohlídek jsou výraznou složkou mimokapitačních výkonů.

V některých zemích je na prevenci dáván větší důraz než v jiných. Obsahy preventivních prohlídek a doporučení, co je přínosné provádět, pak mohou být v různých zemích různé. Posouzení prospěchu, rizik a nákladové efektivity screeningových programů potom řadí doporučení do různých kategorií.

Hodně dat je k dispozici v USA, kde různá doporučení mezioborově zpracovává skupina United States Preventive Services Task Force (USPSTF). Je to nezávislá skupina odborníků na primární péči a prevenci, která systematicky kontroluje důkazy o účinnosti a vyvíjí doporučení

pro klinické preventivní služby. Doporučení jsou veřejně přístupná na internetu na adrese www.uspreventiveservicestaskforce.org.

Doporučení jsou řazena do několika kategorií. Největší sílu doporučení mají opatření kategorie A, následuje B. U kategorie C jsou doporučení rozporuplná. U kategorie D je doporučení screening neprovádět a u kategorie I nemáme dostatek vědeckých dat. Jak přibývají informace, mění se u různých programů doporučení v čase. PSA jako screening karcinomu prostaty byl nejprve v kategorii B, následně se posunul do kategorie C, až skončil v kategorii D.

Náplň preventivních prohlídek v ČR je dána vyhláškou MZČR č. 70/2012. Porovnal jsem náplň prohlídek dle vyhlášky s doporučeními USPSTF u těch, kde jsou k dispozici data.

Vyšetření hladiny lačné glykémie se dle vyhlášky doporučuje při převzetí pac. do péče od pediatra a pak ve 30 a 40 letech a následně každé 2 roky. Dle USPSTF je v kategorii B vyšetření lačné glykémie, oGTT nebo vyš. glykovaného hemoglobinu vhodné u osob s nadváhou ve věku 40-70 let. Tady asi není mezi doporučeními zásadní rozpor.

Záchyt karcinomu prsu se u nás provádí mamografií od 45 let ve dvouletých intervalech, bez dalšího věkového omezení. Snížení mortality na karcinom prsu je díky screeningu 30%. Naddiagnostika je potom asi 10%. Dle USPSTF nejlépe profitují z mamografie ve dvouletých intervalech ženy ve věku 50-74 l., kde jde o kategorii B. Pro ženy nad 75 let nejsou dostatečná data, tedy kategorie I. U žen ve věku 40-49 l. je kategorie C, tedy potřeba postupovat individuálně, vzhledem k vyšší falešné pozitivitě a možnosti zbytečné operace. Potazná je tedy mamografie především u pacientek nad 80 let věku.

Karcinom děložního čípku je v ČR doménou gynekologů a praktičtí lékaři se záchytu neúčastní. Dle USPSTF je cytologie prováděná u žen ve věku 21–55 l. v kategorii A. Zavedení screeningu karcinomu děložního čípku je tedy velmi úspěšné. A po zavedení screeningu výskyt karcinomu děložního čípku zásadně klesl.

Screening chronické renální insuficience se dle vyhlášky provádí stanovením hladiny kreatininu a odhadem glomerulární filtrace v 50 letech u diabetiků, hypertoniků nebo osob s kardiovaskulárním onemocněním. Dle USPSTF platí stupeň I, tedy nejsou data pro asymptomatickou populaci. Specifická skupina rizikových pacientů

není zvláště zpracována, a nelze tudíž porovnat s ČR. Screening kolorektálního karcinomu je u nás prováděn pomocí testu na okultní krvácení do stolice 1x za rok ve věku 50-55 l., v 55 letech je možná kolonoskopie v 10letých intervalech nebo TOKS 1x za 2 roky. Profit mají zejm. dříve nevyšetřené osoby, a proto zavedly pojišťovny v ČR adresné zvaní nevyšetřených pacientů. Dle amerických doporučení je u osob ve věku 50-75 let možno provádět TOKS 1x ročně, kolonoskopii co 10 let, nebo flexibilní sigmoidoskopii či CT kolonografii každých 5 let. U osob 76-85 let je potom kategorie C, tedy individuálně zvážit přínos dle celk. zdravotního stavu a anamnézy pacienta. I u nás se u starších pacientů doporučuje zvážit přínos testu s ohledem na jiné komorbidity limitující další přežívání pacienta.

Dle vyhlášky provádíme u pacientů starších 40 let EKG ve 4 letých intervalech. Dle amerických doporučení je záchyt ICHS pomocí EKG u asymptomatických pacientů v kategorii D. Tedy nedoporučuje se u níže rizikových pacientů, vzhledem k množství falešně pozitivních nálezů, které vyžadují další došetření. Zbytečná koronarografie jednak není levná a je provázena 1,7 % závažných komplikací. U rizikových dospělých je potom dle USPSTF kategorie I, tedy chybí data. Dle americké kardiologické společnosti je EKG vhodné u hypertoniků s diabetem.

Vyšetření moči je součástí každé preventivní prohlídky v ČR, což je často překvapivé pro cizince. Důvodem je zejména jednoduchost a nízká cena vyšetření. Dle USPSTF je chemické vyšetření moči v kategorii I pro záchyt karcinomu močového měchýře. Opět je častá falešná pozitivita, nález mikroskopické hematurie je často neobjasněn. Ostatní parametry v moči, např. glykosurie, se dnes přednostně diagnostikují odběrem krve.

Vyšetření sluchu u asymptomatických opět je u nás součástí každé prohlídky, dle USPSTF nejsou data o profitu vyšetřování osob, které si na poruchu sluchu nestěžují, a je i otázka dalšího řešení asymptomatických osob.

Často nás pacienti bombardují požadavky na odběr tumorových markerů a mají nerealistická očekávání. Vyšetření těchto markerů bývá také součástí komerční nabídky biochemických laboratoří. Naším nevděčným úkolem je pak došetřovat falešně pozitivní výsledky pomocí metod gastrofibroskopie či kolonoskopie, které jsou bohužel zatíženy různými komplikacemi a jejich indikace je v těchto případech sporná. Nejlepším tumorovým markerem v onkologii je jistě PSA a i u něj došlo v USA k posunu doporučení z původně B na pozdější C a dnešní D. Problém je zejména počet nadbytečně léčených pacientů vč. komplikací léčby. Ostatní nádorové markery by jistě dopadly výrazně hůře.

Kromě odborných pochybností je pak asi větším problémem při provádění preventivních prohlídek ze strany lékařů nedostatek času. Vždycky je něco akutního, co nepočká. Nárok na prohlídku mají pacienti 1x za 2 roky. To je při 2000 zaregistrovaných pacientech 1000 prohlídek ročně, prohlídka má trvat dle bodníku 40 min., což by činilo 666 hodin ročně strávených preventivní péčí, což je asi 50 % pracovní doby. Samozřejmě ne všichni pacienti mají o preventivní prohlídky zájem. Bohužel mají větší zájem někdy méně rizikové osoby. Typicky se k nám objednávají zdravé ženy ve věku 35-60 let. Největší význam ale mají prohlídky u obézních kuřáků středního věku, kterým obvykle musíme prohlídky sami nabízet. Tady se asi musí každá ordinace zamyslet nad organizací práce, kde vnímám ve svojí ordinaci asi větší problém než ve vědecké správnosti všech postupů.

Inspekce - analýza stoje



Doc. MUDr. Vlasta Tošnerová, CSc.

Rehabilitační klinika Lékařské fakulty v Hradci Králové
Univerzity Karlovy v Praze

Úvod

Tento článek navazuje na článek *Nespecifické bolesti zad* ze staršího čísla *Practicusu*, s rozpracováním tématu vyšetření statiky pohybového aparátu, v tomto případě stoje (další kvalitou je dynamika neboli pohyb). Stoj vyšetřený inspekci (aspekci, pohledem) je v myoskeletární medicíně jedním ze základních vyšetření. Umožňuje generalizovaný pohled, rozšiřuje obzor a nakonec šetří čas, protože nás může selektivně nasměrovat k dalším klinickým testům. Analýza stoje tak, jak je zde popsána, je platná především pro vertebrogenní pacienty, bez strukturálních deformit. Jednotlivé optické vjemy analyzují postavení a tvar tělesných segmentů, jejich kontur a linií. Hodnotíme symetrii nebo asymetrii. Zjištění získané pohledem označujeme jako „měkké znaky“ (Janda). Měkké znaky, nebo spíše měkká data, jsou termíny ze statistiky a znamenají, že podle teorie pravděpodobnosti nalezený jev může signalizovat více možných klinických diagnóz, proto tedy ani náš optický vjem nevytváří diagnózu, ale bereme jej do úvahy a dále vyšetřujeme dalšími testy. Je možno konstatovat, že každý odlišný znak skládáme jako článek „puzzle“. Signifikantní význam měkkých znaků při vyšetření statiky ve stoji je třeba doplnit vyšetřením dynamiky, tj. aktivního pohybu, pasivního pohybu, pohybu do pohybového segmentu, a dále pak pohybových programů (dynamických stereotypů). Významný diagnostický přístup je palpáce měkkých tkání, která je nezbytnou součástí vyšetření.

Stoj - inspekce

Postura vytváří harmonický celek. Klidný stoj je charakterizován minimální svalovou aktivitou a optimální zátěží statických i dynamických sil pohybového aparátu. Držení těla vstoje, neboli postura, je nejvyšší statická situace, kterou jedinec zaujímá v prostoru proti gravitaci. Centrální nervový systém zajišťuje stabilitu v prostoru, receptory chodidel v kontaktu s podložkou poskytují zpětnou vazbu. Proto je vyšetření chodidel v dnešním pojetí myoskeletální medicíny velmi důležité. Za osový

orgán těla se považuje spojnice hlavy, páteře a pánve. V oblasti horní krční páteře existuje velké množství receptorů, které prostřednictvím hlubokých tonických šijových reflexů ovlivňují tonus zádového svalstva, a tím celkové držení osového orgánu. Někdy mluvíme o této oblasti jako o periferním orgánu rovnováhy. Pánev a dolní končetiny jsou rozhodující pro statiku. Postura je také výrazně propojena s psychikou. Změna držení těla může být přítomná i při depresi, při stresu, emotivní zátěži apod.

Hodnotíme (analyzujeme) klidový stav, tedy statiku, v tomto případě prostřednictvím inspekce.

Vyšetření stoje (analýza a hodnocení) inspekci

Vyšetření stoje pohledem provádíme ze zadu, zepředu a z boku. Je třeba požádat pacienta, aby se svlékl do spodního prádla, včetně obuvi a ponožek (hodnotíme postavení i tvar chodidla).

Při vlastním vyšetření pozorujeme: tvar těla (kontury a linie), konfiguraci, symetrii, asymetrii a vzájemné postavení tělových segmentů. Je třeba informovat pacienta, aby se postavil, jak je zvyklý, nemá se nuceně napřimovat. Máme-li dojem, že pacient nestojí uvolněně, požádáme ho, aby si několikrát na místě „přešlápl“ a zaujal přirozený stoj. Některé školy při hodnocení stoje postupují tak, že doporučují hodnocení od nohou, přes popis pánve výše, k hodnocení trupu, ramen a hlavy. Jiné školy začínají inspekci pánve, která je statickou křížovatkou dolních a horních segmentů těla, pak se postupuje k popisu dolních končetin a následuje inspekce trupu, šíje a hlavy. V tomto sdělení budeme postupovat vyšetřením pohledem od pánve. Uvádíme sled inspekce z různých aspektů ve frontální rovině, tj. pohled ze zadu, zepředu, a následuje vyšetření pohledem v sagitální rovině z boku.

Stoj - pohled ze zadu

Pánev - inspekce

Obrázek



Nejčastěji nacházíme tyto odchylky: šikmá pánev, rotace, pánevní posun a vybočení pánve. Posuzujeme

„tajle“, neboli linie pasu, z anglického slova tailor – krejčí. Linie pasu jsou po straně trupu mezi pánví a hrudníkem. Posuzujeme jejich výšku, ostrost zářezu, délku a jak jsou protaženy. Vyšetřovaný si je někdy vědom, že při porovnání sukně nebo kalhot mají jeden bok větší. Odlišný tvar tajlí pak porovnááme se šikmostí, rotací, posunem a vybočením pánve.

Šikmá pánev (obliquita pánve)

Šikmost pánve popisujeme od vyšší strany k nižší, např. zářez pravé tajle je výše než levé. Čili obliquita pánve je zprava doleva. Šikmá pánev je nejčastěji důsledkem nestejných délek dolních končetin (absolutní nebo častěji relativní zkrat).

Rotace pánve

Doprovází skoliózy, zejména idiopatickou, když je přítomná, rotační složka, která se projeví na pánvi.

Pánevní posun

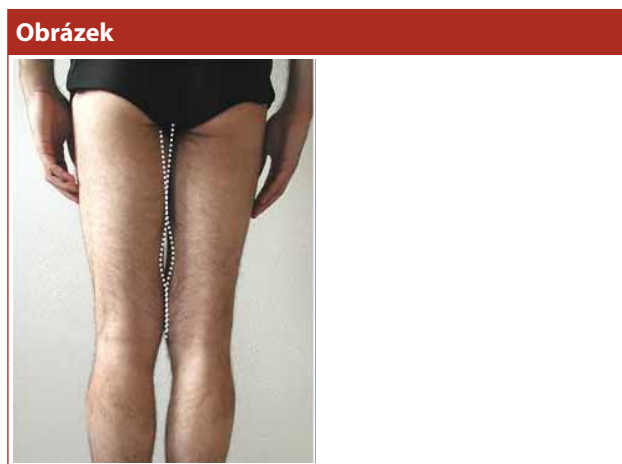
Je vždy sekundární při funkční poruše páteře. Je buď dán blokádu sakroiliakálních (SI) kloubů, nebo změněným tonem paravertebrálního svalstva v důsledku funkční poruchy. Optický vjem je takový, že zezadu se jeví obliquita pánve ve směru zprava doleva, zepředu naopak zleva doprava. Jedná se jakoby o „střížné“ posunutí pánve v SI kloubech, v ose vertikální. Je třeba doplnit optický dojem palpací a dalšími testy. Pánev může být v posunu v SI kloubech i v rovině frontální (out flare, in flare), to je možno hodnotit jen vleže na zádech.

Laterální vybočování pánve

Bývá spojeno nejčastěji s akutním lumbagem a diskopatií bederní a je ochranným napětím paravertebrálního svalstva.

Gluteální linie je často výše tam, kde je linie tajle výše. Je-li tomu naopak, je zde nestejně svalové napětí hýžďového svalstva. Je třeba zjistit příčinu. Je-li šikmá intergluteální rýha, naznačuje to šikmost sakra ve frontální ose, nebývá však vzhledem k oblečení hodnotitelná.

Dolní končetiny (DK)



Stehna – sledujeme mediální konturu stehů, kde jsou adduktory kyčle. Ostřejší zářez tvaru „S“ napovídá

o zvýšeném napětí těchto svalů a je třeba následně funkčně vyšetřit kyčelní kloub.

Kolenní klouby – genua vara/valga ještě přehodnotíme z pohledu zepředu. Odlišná výška popliteálních rýh napravo a nalevo signalizuje nestejnou délku DK.



Obrázek

Lýtka – mediální a laterální kontura, tvořená m. triceps surae, často ukazují nestejnou šířku lýtek. Může se jednat i o fyziologickou zkříženou dominanci končetin, u praváků může být širší levé lýtko (není to však stoprocentní znak). Může se jednat o staré porážkové změny, vztahené k anamnéze.

Achillovy šlachy – při nestejně šíři je třeba určit, která je rozšířená a která je slabší (rozšířená kontura bývá u přetěžování), pozánětlivé změny, štíhlejší bývá po distorzích kotníku, ale nestejná šířka může být rovněž po vrozených vadách nožek.

Paty – normální tvar je tvar písmene „U“. Pata ve tvaru hranatého „U“ s valgózní osou signalizuje plochonoží, je třeba dále vyšetřit. Někdy vidíme i zevní hranu jednoho chodidla, to pak je známka zevní rotace této DK. Bývá to způsobeno svalovým spazmem zevního rotátoru kyčle, m. piriformis, který je přítomný při blokáde SI.

Trup



Obrázek

Laterální obrysy trupu jsou dány m. quadratus lumborum a m. latissimus dorsi, který probíhá až do podpaží.

Páteř

Sledujeme vertikální čáru odpovídajícítrnovým výběžkům obratlů. Bývá přítomna skolióza, v případě vetebrogenních pacientů diskrétní, většinou jen několik stupňů dle Cobba. Jedná se o zakřivení páteře ve frontální rovině.

Oblouk skoliózy bývá tvaru „C“ (polohový vzorec), či „S“ (idiopatický vzorec). Zda je skolióza pravostranná či levostranná, se určuje dle konvexity oblouku skoliózy. Otázka skolióz si zasluhuje jinou kapitolu. Málokterý pacient je však zcela symetrický. *Paravertebrální svalstvo* může být jednostranně více napjaté.

Lopatky - sledujeme postavení dolních úhlů, stejnou nebo nestejnou výšku, rotaci, abdukci/addukci. Hodno-

tíme mediální okraje lopatek ve vztahu k páteři, jejich prominenci (scapula allata). Různá výška postavení lopatek bývá u skolióz.

Ramena - popisujeme jejich stejnou nebo nestejnou výšku. Nestejná výška v rámci celého pletence ramenního bývá opět často u skolióz. Díváme se, zda ramena směřují do protruze (zkrácení m. pectoralis, chabé držení těla s kyfózou).

Laterální obrys ramen a linie šije – opisuje konturu ramennou a šije. Hodnotíme její symetrii a asymetrii. Laterální obrys ramenou zevně obkružuje konturu m. deltoideus a pokračuje na horní stranu šije až po hlavu. Na mediální straně pozměňuje tvar této linie m. laevator scapulae. Všimáme si, zda je klenutí této linie konkávní, nebo konvexní (gotická ramena). Asymetrie bývá z napětí horní porce m. trapézius anebo může být známkou funkčních poruch horních žeber. Rovněž může signalizovat vysoké postavení žeber spojené s horním typem dýchání, vadným stereotypem.

Krk a hlava se mohou uchylovat na jednu nebo druhou stranu. Bývá přítomno celkem pravidelně. Často je to běžný nálezný v rámci tělové asymetrie (byla by to zvláštní kapitola). U vertebrogenních pacientů je třeba vyšetřit funkční poruchy krční páteře. Krk může být dlouhý, vlasatá část hlavy může končit vysoko, nebo nízko. Nápadně krátký krk může být známkou bazilární imprese.

Hlava v pokračování šije bývá uchýlena k jedné, nebo druhé straně. Sledujeme kontury boltců, ušní lalůčky, jejich výši, pomáhá nám to detekovat úklon hlavy. Tam, kde je to možné, sledujeme vlasatou část hlavy. Je-li hlava rotována, můžeme vidět konturu dolní čelisti.

Stoj - pohled zepředu

Nejdříve se orientujeme ve stoji pacienta z předního pohledu a pak postupujeme systematicky dále.

Obrázek



Obrázek



Pánev

Hodnotíme obdobně jako při pohledu zezadu, tj. sledujeme, zda je šikmá (obliquita), rotovaná, v posunu a vybočená. Posun je stranový rozpor mezi dojmem sešikmení při pohledu zezadu a zepředu, např. z pohledu zezadu se jeví pánev výše vpravo a zepředu je výše vlevo. Vybočení pánve opět kopíruje vybočení pánve zezadu, bývá při lumbagu a diskopatii bederní.

Břišní stěna – umístění pupku, jeho asymetrie může signalizovat změněný tonus některých

svalů v oblasti pánve a břicha.

Břišní stěna - často vidíme oslabení. U obézních pozorujeme chabý tonus břišní stěny. Laterální rýha – vedle m. rectus abdominis ukazuje převahu šikmých břišních svalů, což je staticky nevýhodné. Terminologická poznámka: preferujeme označení břišní stěna před dříve užívaným označením břišní svaly. V pojmu břišní stěna zdůrazňujeme význam m. transversus abdominis, který je nejhluběji uložený. Jeho aktivita se zejména podílí na kvalitě stabilizace v rámci hlubokého svalového stabilizačního systému (HSS).

Dolní končetiny

Obrázek



Obrysy stehen - zepředu je patrný m. quadriceps femoris. Jeho asymetrii je třeba doladit dalšími testy. Nejrychleji hypotrofuje jeho mediální hlava, m. vastus medialis, často při afekcích kolenních kloubů.

Pately - pozorujeme změny postavení a tvaru stranově. Může se jednat o rozdílnost nálezů, cílenými testy je třeba zjistit příčinu (dysbalance svalové, nerovnoměrné zatěžování, dávné úrazy, vrozené proximální postavení, s nedokonalým zakloubením, tzv. patella alta).

Pozice pately laterálně souvisí u některých jedinců se zkrácením m. tensor fasciae latae. Při posturální instabilitě, kdy vidíme zvýšenou hru prstců, je možné pozorovat „neklidnou“ patelu. Z předního pohledu opět vidíme genua valga (osa dolní končetiny je do „X“) a genua vara (osa dolní končetiny je do „O“).

Bérce – posuzujeme konfiguraci m. tibialis anterior, dále symetrii, asymetrii bérců, jejich šířku, která může kopírovat stojnou DK z pohledu zezadu.

Noha - na nártu může být viditelná „zvýšená hra prstců“,

kteřá je dána aktivitou extenzorů prstců při posturální nestabilitě. Příčná klenba nožní při pohledu zepředu je plochá. Jsou patrné změny strukturální, jako kladívkové prstce, hallux valgus a jiné vrozené poruchy nohy.

Trup

Žeberrní oblouky na jedné straně mohou více prominovat. Asymetrie dolních žeberr nejčastěji doprovázejí skoliózu.

Obrázek

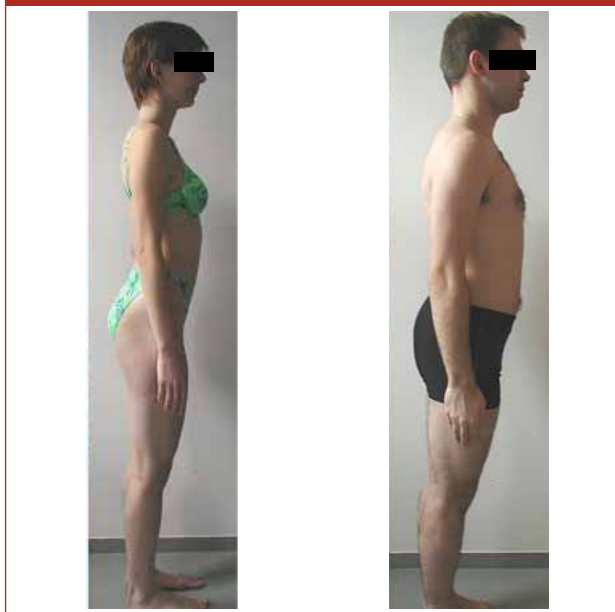


Prsní bradavky, patrné u mužů, bývají v nestejně výš. Tam, kde je bradavka výš, můžeme očekávat tělovou asymetrii, nebo kopíruje postavení pletence ramenního, který je rovněž výš. Linie axilární, která opisuje m. pectoralis a vnitřní okraj paže v úrovni jamky axilární, může být jednostranně zkrácena, většinou to znamená zkrácení m. pectoralis, který přetahuje rameno do protuze.

Klavikuly, které dále sledujeme, mívají velmi často rozdílný průběh. Postavení klíčku může být horizontální nebo má klavikula šikmý průběh, často k výš postavenému rameni. Jedná se o informaci mnoha možností a je třeba dále vyšetřit například asymetrii vzhledem ke skolióze a postavení horních žeberr v souvislosti s horním typem dýchání (patologickým stereotypem). Funkční porucha v této oblasti se vyskytuje včetně zvýšeného napětí, nebo zkrácení mm. scapulae a mm. sternocleidomastoidei. Toto je patrné v jamce jugulární, která může být až vtažená. Linie šíje kopíruje tvar šíje jako při pohledu zezadu (úklon a rotace hlavy) *Hlava a obličej* bývají zpravidla asymetrické. Asymetrie patří k somatické asymetrii vrozené. Křivka opisující tvář jde přes dolní čelist a je na jedné straně více vyklenutá, brada je uchýlena k jedné straně, většinou k menší tváři. Špička nosu směřuje většinou ke stejné straně. Jsou rovněž asymetrické nadočnicové oblouky. Oblouk bývá větší tam, kde je větší tvář. Výrazná asymetrie obličej, chrupu i lebky - dříve pod názvem skolióza obličej - byla spojená s těžkou idiopatickou skoliózou. Symetrie ústních koutků a očních štěrbin může být spojená s parézou n. facialis nebo neurologickými onemocněními ať centrálními, nebo periferními, nebo poporodní parézou n. facialis.

Stoj – pohled z boku

Obrázek



Pomyslná kolmice, kterou si představujeme, nebo vyšetřujeme spuštěnou olovnicí ze zevního zvukovodu, má procházet přes střed ramenního kloubu, velký trochanter stehenní kosti a má projít 2-3 cm před zevním kotníkem. Takovýto stoj je vyvážený. Křivky v sagitální rovině, které se odchylojí dopředu nebo dozadu, svědčí pro nevybalancovaný stoj. Nejdříve posuzujeme celkové držení vzhledem k olovnici (předsunutě/chabě).

Páteř v bederní krajině - Primární hyperlordóza bývá vrozená, na rtg. je možné vidět sacrum acutum. Sekundární hyperlordóza - v bederní oblasti je pro zkrácené flexory kyčlí při dysbalancích svalových prezentována jako dolní zkřížený syndrom. Je pak třeba dále vyšetřit. Rovněž oslabení HSS sehrává svoji roli.

Pánev

Obrázek



Posuzujeme lordózu bederní - hyperlordóza jde za osu pomyslné komice, je doprovázena anteverzí pánve (překlopení dopředu) a jsou přetěžovány kyčelní klouby a bederní páteř. Retroverze pánve - napříměná a plochá bederní lordóza bez klopení pánve představuje tzv. asimilační pánve, která je podkladem pro nestabilní kříž.

Vidíme stranu stehna, kde se může rýsovat m. tensor fasciae latae, který bývá zkrácen. Vidáme i kompenzační postavení bérků v kolenních kloubech, genua recurvata. Kontralaterálně hodnotíme podélnou klenbu nožní z mediální strany. Můžeme vidět příčné plochonoží.

Trup

Obrázek



Zakřivení páteře v hrudní oblasti v sagitální rovině je hrudní kyfóza.

Vrchol kyfózy bývá ve střední hrudní páteři a jde k cervikothorakálnímu přechodu. Hrudní hyperkyfóza navazuje většinou na bederní hyperlordózu. Kyfózy mohou být i strukturální a diagnostika patří do oboru ortopedie. Byla-li napřímená bederní lordóza, může být plochá hrudní páteř, a pak mluvíme o termínu plochá záda. Hrudní kyfóza je výjimečně invertována do hrudní lordózy. Plochá záda jsou pro statiku nevýhodná, protože se v sagitální rovině nerozkládá působení zevních sil

postupně, ale najednou. Protrakce *ramenních pletenců* je nevýhodná pro přetížení ramen, protože jsou prakticky v subluxačním postavení.

Postavení trupu a hlavy – předsunuté držení hlavy bývá důsledek chabého držení těla, při oslabení hlubokého svalového stabilizačního systému. Rovněž to bývá důsledek dysbalancí svalových (horní zkřížený syndrom). Funkční poruchy přispívají k změněnému napětí svalstva, a tím se předsunuté držení umocňuje. Je možné dalšími testy rozlišit, zda je příčinou předsunutého držení hlavy funkční změna v chodidle, nebo jde o pasáž od pánve výše. Často se po úpravě funkčních poruch držení těla v předsmu vyrovnává. Vzácnějšími případy jsou napřímené krční lordózy v důsledku plochých zad. To pak může vést k mýlce blokového postavení páteře na rtg.

Vyšetření stoje je možno doplnit vážením na dvou vahách, rozdíl v pravolevém zatěžování nemá být větší než 10 % tělesné hmotnosti, a vyšetřením na stabilografické plošině.

Závěr

Vyšetření statiky páteře inspekci ve stoji je důležitým předpokladem vyšetření hybného systému, v souladu s anamnézou. Analýzu a hodnocení stoje je možno pojmout v uvedeném slova smyslu u pacientů s nespecifickými bolestmi zad. U pacientů se strukturálními deformitami uvedený postup používáme také, ale je třeba vzít do úvahy strukturální změny.

Seznamte se s výstupy ukazatelů preskripce ATB



JUDr. Ladislav Švec
ředitel Kanceláře zdravotního pojištění ČR

Kancelář zdravotního pojištění dnes pravidelně komunikuje se všemi praktickými lékaři ve věci spotřeby a úhrad očkovacích látek, hrazených ze zdravotního pojištění.

Od počátku roku 2019 pak ve spolupráci se zdravotními pojišťovnami a Ministerstvem zdravotnictví ČR řeší další agendu, potenciálně zajímavou pro praktické lékaře. V jejím rámci **připravuje a zajišťuje měření a sledování objektivních ukazatelů kvality zdravotních služeb**. Z odbornosti všeobecného praktického lékařství jsou v současnosti k dispozici **ukazatele, týkající se spotřeby antibiotik**.

Měření kvality je ve vyspělých zemích stabilní součástí organizace zdravotních služeb. **Primárním způsobem využití ukazatelů je přítom kontrola vlastních výsledků poskytovatelem a jejich porovnání s referenčními hodnotami a výsledky ostatních**. Zjištění reálného stavu je totiž obecně předpokladem jakékoliv případné změny přístupu.

Pro uvedený účel byl Kanceláří vytvořen **webový Portál ukazatelů kvality zdravotních služeb s datovými výstupy a komentáři k jednotlivým ukazatelům**. Kancelář jej všem poskytovatelům nabízí k využití a seznámení s vlastními výsledky. **Portál je k dispozici na webových stránkách <https://puk.kancelarzp.cz/>** Po registraci obdrží lékař

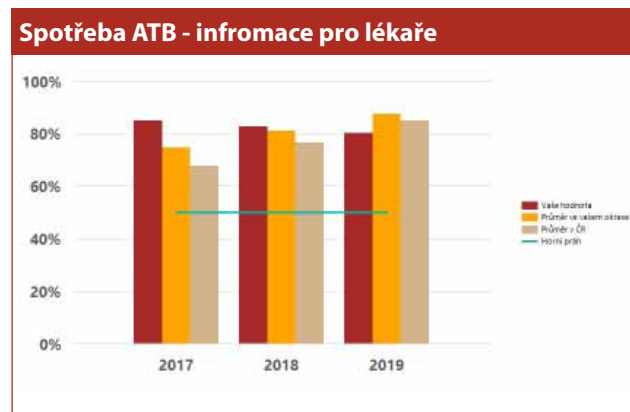
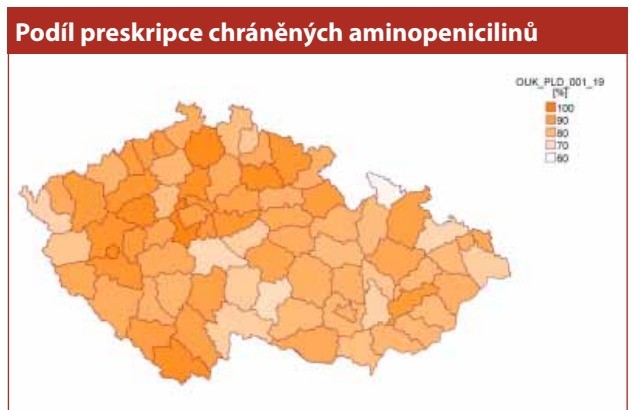
přístupová oprávnění, se kterými může po přihlášení kontrolovat a sledovat vlastní výstupy v jednotlivých ukazatelích během sledovaných let (v tuto chvíli jsou zpracovány roky 2017 až 2019).

Z odbornosti všeobecného praktického lékařství je aktuálně v tomto Portálu k dispozici 11 ukazatelů, reflektujících narůstající rezistenci vůči antibiotikům. Z nich mohou jednotliví lékaři čerpat unikátní údaje o své preskripci hlavních skupin ATB a porovnávat tyto údaje s vykázanými hodnotami v daném okrese, kraji a v celé ČR.

Rozdíly v preskripci antibiotik jsou přitom mezi jednotlivými zeměmi Evropy obrovské. Česko stojí při srovnání s ostatními zeměmi uprostřed, na pomyslném rozcestí, nakročeno však má špatným směrem. Abychom tento trend zvrátili a přiblížili se nejúspěšnějším severským zemím, inspirovala se Kancelář ZP při přípravě ukazatelů a portálu právě jejich praxí.

Aktuálně jsou zpracovány ukazatele pouze pro praktické lékaře pro dospělé, další ukazatele z oblasti preskripce antibiotik u praktických lékařů pro děti a dorost budou následovat.

Ve společném zájmu zlepšení přístupu k hrozbě antibiotické rezistence **proto Kancelář ZP apeluje na praktické lékaře a prosí je o registraci do výše uvedeného Portálu a seznámení s reálným stavem vlastní preskripce**. Uvítá též jakékoliv návrhy na zlepšení, podněty pro tvorbu dalších ukazatelů apod. O možnosti získat touto formou zpětnou vazbu bude Kancelář průběžně informovat i v rámci pravidelné komunikace s lékaři v otázkách souvisejících s vykazováním očkovacích látek.



Zdravý spánek zvyšuje inteligenci a prospívá zdraví: svépomocný návod



MUDr. Karel Nešpor, CSc.
Psychiatrická nemocnice Bohnice

V tomto materiálu najdete řadu užitečných tipů. Nestačí ale si je přečíst, je třeba je včlenit do života.

Před spaním

- Dodržujte „fialovou hodinu“, to je hodina před spaním. Během ní se zabývejte pouze klidnými záležitostmi. Vyhněte napínavým filmům a dramatickým reportážím, mnohem lepší je např. tichá a melodická hudba.
- Dlouho před spaním také vypněte mobilní telefon.
- Kofein znesnadňuje usínání. Nejsilněji působí během prvních 30-60 minut, jeho účinek může ale trvat až deset hodin.
- Spánek zhoršuje i kouření. Kvalitu spánku také komplikuje odvykací stav po tabáku, který se objevuje u silných kuřáků časně ráno.
- Alkohol a návykové léky zhoršují kvalitu spánku. Nelze zaměňovat spánek a obluzení.
- Nejméně dvě až tři hodiny před spaním nejezte, jídlo na noc neprospívá trávení, spánku ani štíhlé linii.
- Jestliže nepracujete v trojsměnném provozu, přes den nespěte, nebo jen krátce. Usínání v noci znesnadňuje zejména spánek po 15. hodině.
- Během dne si najděte čas na chůzi, jógu, cvičení atd. Rychlé a namáhavé cvičení není ale vhodné krátce před spaním.
- Během dne se doporučují také procházky nebo cvičení v přírodě na jasném denním světle.
- Zajistěte přiměřenou teplotu místnosti, nejlepší je o něco nižší teplota než během dne.
- Spánek usnadňuje naprostá tma. Vyplatí se proto investovat do neprůsvitného závěsu nebo rolety.
- Důležitý je i volný noční úbor z přírodních materiálů a vyhovující lůžko.
- Pokud je to možné, chodte spát pravidelně v určitou dobu.

Při usínání

- Zjistěte, co vám pomáhá usnout. Může to být např. krátká meditace, modlitba, určitá hudba a teplá koupel nohou.
- Vhodná poloha je na boku s podloženou hlavou, aby byla krční a hrudní páteř v jedné rovině. Ti, co nechápou, mohou spát i na zádech. Spát na břiše je nevhodné s ohledem na krční páteř a dýchání.
- Použijte svoji oblíbenou relaxační techniku. Můžete si např. představovat míč v břiše, který se při nádechu zvětšuje a při výdechu zmenšuje. Existují také různé relaxační nahrávky, které si lze před spaním pouštět. Řada z nich je volně dostupná na www.drnespor.eu. Jedna z nich byla dokonce vytvořena speciálně pro zdravé usínání.
- Není vhodné se do spánku nutit. Přílišné úsilí usínání neprospívá, mnohem lepší je relaxovat a těšit se z možnosti si odpočinout.
- Při relaxaci si můžete třikrát říci nějaké kladné předsevzetí, např. „klidná noc a zdravý spánek“.
- Relaxační techniky před spaním jsou zvláště důležité pro lidi v trojsměnném provozu, kteří spí v nepravidelnou dobu.

Při probuzení v noci

- Nejlépe je zůstat se zavřenýma očima a použít relaxační techniku, podobně jako před usnutím.
- Nepouštějte počítač, televizi, mobil ani ostré světlo. V noci rozhodně nejezte, nepijte nic s kofeinem a vyhněte se alkoholu i tabáku.
- Jestliže opravdu nemůžete spát, dělejte něco jednoduchého a poklidného, třeba trochu uklízejte.

Ranní probuzení

- Neprospívá málo spánku, ale ani jeho nadbytek. Proto je správné vstávat v rozumnou dobu i o svátcích.
- Růžová hodina je hodina po probuzení. Jestliže vstanete s předstihem, budete mít časovou rezervu. Navíc stihnete cvičení a v klidu se nasnídat. Váš den začne lépe.
- Nepouštějte si po ránu zprávy ani televizi. Média se zaměřují na katastrofy všeho druhu, což zvláště ráno náladu nezlepší.
- Krátce po probuzení si řekněte kladné předsevzetí, např. „čeká mě zajímavý den“. Pak se usmějte.
- Je-li venku tma, rozsviňte na asi na 15 minut všechna dostupná světla v místnosti. Usnadní to probuzení.
- Před snídaní cvičte, protahujte se atd., aby se vám rozproudila krev a projasnila nálada.

Tisková zpráva

Konec dubna patřil nemocným s poruchami imunity.

Více než 6 milionů lidí na světě, z toho kolem tisícovky v Česku, trpí některou z vrozených poruch obranyschopnosti. Nemoci oficiálně zvané primární imunodeficiencie mohou způsobovat nesprávné fungování imunitního systému. Nejčastěji souvisejí s poruchami tvorby protilátek v těle. Jedinou pomocí představují léky vyrobené z krevní plazmy dobrovolných dárců. Prohloubit znalost o poruchách imunity má pomoci Světový týden primárních imunodeficiencí, který proběhne od 22. do 29. dubna.

Primární imunodeficiencie (PID) jsou poruchy imunitního systému. Vrozená obranyschopnost těla pacienta nefunguje tak, jak by měla. Projevuje se hlavně často se vracejícími infekcemi nebo problémy s jejich léčbou. V Česku touto nemocí trpí přibližně tisíc pacientů.



Na vině je nejčastěji špatné fungování protilátek v těle nebo jejich nedostatek. Způsobuje, že i mikroorganismy, jež jsou pro ostatní lidi neškodné, mohou u nemocných vyvolat závažné zdravotní potíže. V těžších případech pak imunitní systém napadá i vlastní buňky a tkáň. „Nemocí, které se řadí k poruchám imunity, je téměř 400. A každá může u pacientů vyvolat jiné problémy. Někteří lidé jsou náchylní ke vzniku nádorových onemocnění, jiní častěji trpí alergiemi. Forma a intenzita potíží je velmi individuální,“ říká hematoložka Alice Drábková ze společnosti sanaplasma. Ta se zabývá sběrem krevní plazmy, z níž se vyrábějí léky mimo jiné pro pacienty s PID.

„Pacienti s poruchami imunity potřebují pro svoji léčbu imunoglobulin. To je jedna z bílkovin obsažených v krevní plazmě a právě krevní plazma je tedy pro jeho výrobu klíčová,“ přibližuje lékařka. Životy nemocných trpících PID jsou na krevní plazmě od dobrovolných dárců závislé. Jiný způsob, jak lék na jejich nemoc vyrobit, totiž současná medicína nezná. „Proto je tak důležité, aby lidé darovali plazmu. Pacientům s PID tím mohou výrazně zvýšit kvalitu života,“ apeluje.

Aby mohla být léčba nasazena, je potřeba spolehlivě stanovení diagnózy. A ta bývá často problémem. „Vzhledem k tomu, jak vzácně se nemoc vyskytuje, může někdy trvat mnoho let, než je PID správně diagnostikována,“ říká doktorka Drábková s tím, že právě proto se koná Světový týden primárních imunodeficiencí. Jeho cílem je upozornit na závažnost této nemoci jak zdravotníky, tak pacienty i laickou veřejnost. Tak, aby byli nemocní co nejdříve diagnostikováni a mohli začít s léčbou.

Celoročně pak českým pacientům nabízí podporu webová stránka z www.poruchy-imunity.cz.

kontakt pro média:
Marta Vokurková
marta.vokurkova@emd-pr.cz
+420 725 593 900

Jak lze zlepšit complianci k léčbě u pacientky s velmi vysokým kardiovaskulárním rizikem?



prof. MUDr. Hana Rosolová, DrSc.

Centrum preventivní kardiologie, Univerzita Karlova,
Lékařská fakulta v Plzni,
2. interní klinika; Fakultní nemocnice Plzeň

Úvod

Léčba arteriální hypertenze a dyslipidemie není stále uspokojivá ani v primární a ani v sekundární prevenci aterosklerotických kardiovaskulárních onemocnění (ASKVO), jak prokazuje řada studií^{1,2}. Pokud se vyskytují tyto choroby u pacientů s diabetem, jejich celkové riziko pro ASKVO se posouvá do nejvyšší kategorie, tj. do velmi vysokého rizika. Kontrola krevního tlaku, lipidů a glykemie brání nebo redukuje albuminurii a spolu s nekouřením rozhoduje nejen o kvalitě života, ale i o prognóze pacientů s diabetem. Pokud je všech těchto pět rizikových faktorů v mezích normy, nedochází u diabetiků 2. typu k žádnému excessu v mortalitě ani ve výskytu infarktu myokardu či cévní mozkové příhody ve srovnání s obecnou populací, jak prokázal Švédský registr³.

Základem léčby hypertenze, dyslipidemie i diabetu jsou nefarmakologická opatření, tj. modifikace životního stylu. V této oblasti však zůstává velký potenciál ke zlepšení jak ze strany lékařů (vhodná edukace pacientů), tak ze strany pacientů (nedostatečná compliance k doporučením). Nedostatečná compliance se projevuje i ve farmakologické léčbě a podílí se na tom celá řada faktorů. Tím základním je jistě vztah mezi lékařem a pacientem, který by měl být založen na partnerství a na trpělivém vysvětlování nutnosti celoživotní léčby zmíněných většinou asymptomatických nemocí.

Dostatečná adherence (tj. užití alespoň 80 % dávek doporučených léků) po celý život zajistí jejich vliv nejen na redukcí příslušného rizikového faktoru, ale i na redukcí rizika ASKVO i mikrovaskulárních komplikací. Nemalou roli hraje inercie ze strany lékařů. Lékaři na jedné straně neindikují dostatečné dávky léků, což platí především u statinů, nebo odkládají zahájení léčby nebo zvýšení dávky léku. K tomu výrazně přispívají pacienti s nejrůznějšími výmluvami. O adherenci k léčbě rozhoduje i kvalita léků, jejich účinnost, nežádoucí účinky a počet tablet. K redukcí počtu tablet, který je

v přímé asociaci s nedostatečnou adherencí, přispívají fixní kombinace léků.

Kazuistika

Do Centra preventivní kardiologie na 2. IK byla praktickým lékařem odeslána pacientka s diabetem 2. typu, hypertenzí a nedostatečně kontrolovanou dyslipidemií s poznámkou, že špatně adheruje k radám i užívání léků.

Jednalo se o 55letou ženu, podnikatelku v oboru počítačové technologie, které byla před 5 lety zjištěna arteriální hypertenze a zahájena léčba amlodipinem 5 mg. Při pravidelných, resp. spíše nepravidelných kontrolách byl po 3 letech zjištěn diabetes mellitus (DM) 2. typu a dyslipidemie. Byla proto zahájena léčba metforminem postupně až do výše 2 g/den a léčba rosuvastatinem 20 mg, při které nedošlo k úpravě koncentrací lipidů.

Pacientka uváděla nedostatek času; čas věnuje především práci a po té rodině. Nemá čas si připravovat doporučenou dietu ani se věnovat relaxačnímu pohybu. Působila uspěchaně až anxiózně. Přiznala se, že léky neužívá pravidelně a že po rosuvastatinu se cítila unavená, a tak jej neužívala vůbec: „stejně mám moc tablet“, poznamenala. Jiné potíže neuváděla.

Z osobní anamnézy jsme zjistili cholecystektomii pro cholelithiázu před 8 lety. V rodinné anamnéze trpí diabetem matka nemocné (75 let), která je t.č. léčena inzulinem; babička nemocné zemřela na selhání ledvin zřejmě také na podkladě diabetu. Otec byl hypertonik a kuřák tabáku a zemřel v 68 letech na cévní mozkovou příhodu. Sestra nemocné (42 let) je zatím zdravá a léky neužívá. Nemocná má 2 děti (dceru a syna) a jsou zdraví. Manžel nemocné je obézní a má vysoký krevní tlak.

Nemocná byla obézní: Výška 165 cm, hmotnost 105 kg; BMI 38,6 kg/m², obvod pasu 105 cm, což potvrzuje abdominální typ obezity. Krevní tlak měřený v ordinaci po 5 min klidu za použití velké manžety byl hraniční (průměr z 2. a 3. měření) 142/90 mmHg a tepová frekvence 84/min pravidelná. Na EKG křivce byl sinusový rytmus, akce pravidelná, rychlejší (86/min), sklon osy doleva (v. s. horizontální polohou srdce při obezitě), jinak normální nález.

Z fyzikálního vyšetření dominoval fenotyp pacientky s metabolickým syndromem, tj. abdominální obezita, silný krk a kumulace tukové tkáně nad 7. krčním obratlem (buffalo hump neboli „buvolí hrb“). Jinak nebyly zjištěny žádné patologické známky ve vyšetřovaných oblastech.

Z laboratorního vyšetření byly patologické hodnoty glykémie (10,8 mmol/l) a glykovaného Hb (66 mmol/mol) a hodnoty lipidogramu: celkový cholesterol (chol) 8,6; LDLchol 4,2; HDLchol 1,1; TG 3,2 mmol/l. V moči byla albu-

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

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

minurie a poměr albumin/kreatinin (ACR) 3,2 mg/mmol. Byly zvýšené jaterní testy: ALT 1,23; AST 0,95 μ kat/l; ostatní testy byly v normě. Nález odpovídal jaterní steatóze, kterou jsme později potvrdily sonograficky. Hodnoty renálních funkcí byly také v normě.

Pacientce bylo nejprve vysvětleno riziko jejích nemocí, které jí sice nedělají potíže, ale mohou vést k řadě komplikací makro- i mikro-vaskulárních. Kombinace diabetu, hypertenze a dyslipidemie se nazývá maligní kombinací a jejich rizika pro malé i velké cévy se násobí, takže celkové KV je velmi vysoké. Aby se toto riziko snížilo, je třeba zredukovat hmotnost a pravidelně užívat léky, aby nedošlo v blízké době k nějaké akutní kardio-vaskulární příhodě. Pacientka byla překvapená z těchto informací, ale slíbila, že se nad svým rizikem zamyslí a pokusí se zorganizovat svůj čas s ohledem na svoje nemoci a léčbu. Ke změně stravovacích návyků přijala pozvání k nutriční terapeutce.

Krevní tlak by se měl pohybovat u nemocné s DM kolem 130/80 mmHg a tepová frekvence by také měla být nižší (kolem 70/min)⁴. Vzhledem k diabetu byla zavedena léčba inhibitory ACE (perindopril) a ponechána léčba amlodipinem. Tato kombinace je výhodná u většiny hypertoniků a zvl. u diabetiků, neboť je na jedné straně metabolicky neutrální až protektivní (inhibitor ACE zlepšuje inzulinovou rezistenci přítomnou u většiny diabetiků 2. typu), na druhé straně působí na KV riziko synergicky. Vzhledem k vysoké hladině LDL-cholesterolu a neochotě užívat rosuvastatin pro únavu byl zvolen atorvastatin 20 mg. Nemocná byla poučena o změně statinu a jeho dávky a také byla informována, že při dobré toleranci bude léčba zjednodušena do fixní trojkombinace. Následně jí tedy byla předepsána fixní kombinace atorvastatinu 20 mg + perindoprilu 10 mg + amlodipinu 5 mg (Lipertance 1 tbl. denně). Vzhledem k obezitě a neuspokojivé hladině glykémie byl metformin nahrazen fixní kombinací metforminu s empagliflozinem (Synjardy 12,5 mg/1000 mg 2x1 tbl.). Byla poučena o diuretickém účinku empagliflozinu, který však povede i k redukci hmotnosti. Pacientka tedy odcházela se dvěma tabletami pro léčbu tří resp. čtyř nemocí včetně obezity, což se jí očividně líbilo.

Za 3 měsíce se dostavila na kontrolu. Ukázala jídelníček poskytnutý nutriční terapeutkou. Její hmotnost se snížila

ze 105 na 100 kg. Krevní tlak byl 132/84, P 72/min, glykémie 6,0 a glyk. Hb 45 mmol/mol. Nejkauzálnější rizikový faktor LDL-cholesterol klesl na 2,2 (cílová hodnota je pod 1,4 mmol/l); také TG poklesly na 1,4 mmol/l, což byla největší zásluha zlepšené glykémie. Pacientka byla jako vyměněná. Při zavedené léčbě se necítila unavená. Zajímala se o svoje výsledky a bylo vidět, že léky opravdu pravidelně užívá. Dokonce plánovala zařadit se do pravidelného cvičení diabetiků. Došlo k významné změně chování pacientky, která zcela změnila svoje priority.

Pacientka byla pochválena za pravidelné užívání léků a redukci hmotnosti. Byla zopakovaná edukace o důležitosti udržet dietní doporučení o pohybovou aktivitu i užívání léků. Pacientka souhlasila s navýšením dávky atorvastatinu z 20 na 40 mg, s čímž souviselo i navýšení amlodipinu z 5 mg na 10 mg (Lipertance 40/10/10), a proto byla snížena dávka Synjardy na 5 mg/1000 mg 2x1 tbl. Stále tedy užívá 2 tbl. na čtyři onemocnění.

Za další 3 měsíce dosáhla nemocná s DM 2. typu cílovou hodnotu LDL-cholesterolu (1,3 mmol/l) a i ostatní sledované parametry byly v doporučených cílových hodnotách (TG 1,5; HDL 1,2 mmol/l, glyk. Hb 47 mmol/mol a ACR 1,7 mg/mmol). TK 130/82, P 74/min. Její hmotnost činila 98 kg, během 6 měsíců zhubla o 7 kg a BMI klesl z 38,6 na 36 kg/m². Pacientka byla opět edukována k pokračování nefarmakologické i farmakologické léčby.

Závěr

Pacientka s DM 2. typu, obezitou, arteriální hypertenzí a smíšenou dyslipidemií měla původně špatnou complianci k léčbě a její zdravotní stav nepatřil k jejím životním prioritám. Po opakovaných rozhovorech o jejím velmi vysokém celkovém KV riziku, které způsobují její nemoci, ale i o léčitelnosti těchto chorob a možné prevenci tohoto velmi vysokého KV rizika, a také po úpravě terapie za pomoci fixních kombinací, nemocná zcela změnila svůj postoj jak ke svému zdraví, tak k modifikaci životního stylu. Výrazně se zlepšila její compliance k našim radám i farmakologické léčbě. Nemocná užívala pouze 2 tbl., které pokryly léčbu diabetu, hypertenze, dyslipidemie i obezity. Complianci pacientky podpořily dobré výsledky léčby včetně hubnutí a také nízký počet tablet a jejich výborná snášenlivost.

Literatura:

1. Šatný M, Vrablík M. LIPControl 2 aneb co se změnilo po 3 letech. *AtheroRev* 2020; 5(3): 185–90.
2. Mayer O, Bruthans J, Ryčeká M, et al. Změny úrovně sekundární prevence ischemické choroby srdeční mezi lety 1995–2017. Porovnání studií EUROASPIRE I, II, III, IV a V u českých pacientů. *Vnitř Lék* 2018; 64(12): 1190–9.

3. Rawshani Aldin, Rawshani Araz, Franzén S, et al. Risk factors, mortality, and cardiovascular outcomes in patients with type 2 diabetes. *NEJM* 2018; 379(7): 633–4.
4. Cosentino F, et al. 2019 ESC Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases developed in collaboration with the EAS. *Eur Heart J* 2019. doi:10.1093/eurheartj/ehz486.

Vakcína proti covidu zabírá méně u lidí, kteří berou běžné léky na střevní potíže

Lidé, kteří trpí ulcerózní kolitidou nebo Crohnovou chorobou a léčí se infliximabem, nemusí mít dostatečnou imunitní odpověď na vakcínu

Vakcíny proti koronaviru mohou mít problém. Ani ne tak se samotným virem jako s jinými léky. Výzkum vědců z University of Exeter prokázal, že lidé, kteří užívají běžně předepisovaný lék na zánětlivé onemocnění střev, by neměli předpokládat, že jsou chráněni po první dávce vakcíny proti koronaviru. Rozsáhlá studie totiž zjistila, že mnoho z respondentů léčených infliximabem mělo špatnou protilátkovou odpověď.

Výzkum měřil protilátkové odpovědi po očkování vakcínami Pfizer/BioNTech nebo AstraZeneca u 865 lidí léčených infliximabem. To je biologická látka, jež účinkuje proti faktoru způsobujícímu nekrózu nádorů. Tato látka je předepisovaná přibližně dvěma milionům lidí po celém světě. Jednou ze značek, pod kterou se infliximab prodává, je například lék Remicade. Tyto léky mohou obecně snížit účinnost vakcíny a zvýšit riziko infekce.

Lidé léčení infliximabem měli významně nižší koncentrace protilátek proti nemoci covid-19 ve srovnání se 428 lidmi, kteří užívali alternativní léčbu.

Dokument publikovaný v časopise GUT je výstupem ze studie CLARITY financované britským Národním institutem pro výzkum zdraví (NIHR) a organizací Crohn's and Colitis UK. Výzkum odhalil, že lidé léčení infliximabem měli významně nižší koncentrace protilátek proti nemoci covid-19 ve srovnání se 428 lidmi, kteří užívali alternativní léčbu, konkrétně lék vedolizumab.

Málo protilátek

Pokud má být vakcína proti nemoci covid-19 účinná, musí vyvolat dostatečný počet protilátek zaměřených na viry, aby se zabránilo jakékoli následné infekci. Po jedné dávce vakcíny si pouze asi třetina účastníků (103

z 328) léčených výlučně infliximabem vytvořila adekvátní hladiny protilátek proti koronaviru tak, aby byla vakcína považována za účinnou. U účastníků současně užívajících infliximab a imunomodulátory byly hladiny protilátek po jedné dávce vakcíny ještě nižší. Pouze 125 z 537 splnilo prahovou hodnotu pozitivního testu na protilátky.

V podskupině lidí, kteří byli dříve infikováni koronavirem, a také u několika sledovaných pacientů, kteří již měli druhou dávku vakcíny, došlo k významnému nárůstu protilátkových odpovědí vyvolaných vakcínou. Na základě těchto pozorování dospěli vědci k závěru, že osoby užívající léky proti zánětu střev by měly být považovány za prioritní pacienty druhé vakcinace.

Nebezpečí utlumené imunity

Studie CLARITY zkoumala 6 935 pacientů s Crohnovou chorobou a ulcerózní kolitidou z 92 britských nemocnic v období od září do prosince 2020. Vědci zjišťovali dopad léků na citlivost na koronavirus a ochrannou imunitu, která následuje po nakažení nebo očkování.

Infliximab tlumí imunitní systém před infekcí koronavirem, což potenciálně zvyšuje riziko reinfekce. Dvěma hlavními formami zánětlivého onemocnění střev jsou ulcerózní kolitida a Crohnova choroba. Mezi příznaky patří naléhavý a častý krvavý průjem, úbytek hmotnosti, bolest a extrémní únava.

Zdroj: https://www.flowee.cz/clovek/8700-vakcina-proti-covidu-zabira-mene-u-lidi-kteri-berou-bezne-leky-na-strevni-potize?utm_source=www.seznam.cz&utm_medium=sekce-z-internetu#dop_ab_variant=0&dop_source_zone_name=hpfeed.sznhp.box&dop_req_id=oDtCkls917c-202105041035&dop_id=11533589

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

Jak fungují nové mRNA vakcíny a jak to jednoduše vysvětlit? Molekulárně biologické minimum pro praxi

S masivním uvedením prvních vakcín založených na mRNA do klinické praxe se objevila také řada spekulací, domněnek a nepřesných informací, a to i mezi odbornou veřejností. Následující text proto přehledně a jednoduše shrnuje základní poznatky z molekulární biologie nutné pro porozumění mechanismu fungování vakcín. Může posloužit i jako přehledná argumentační databanka, dobře využitelná při komunikaci s pacienty a při odpovídání na jejich dotazy.

Jak vakcína založená na mRNA přesně funguje?

Úkolem vakcín je vycvičit imunitní systém k tomu, aby rozpoznal část viru zodpovědnou za vznik onemocnění. Očkovací látky tradičně obsahují buď oslabený virus, nebo jeho purifikované proteiny. mRNA vakcína namísto toho obsahuje ribonukleovou kyselinu, která kóduje virový protein. Po aplikaci vakcíny potom svalové buňky použijí injikovanou mRNA jako templát („předlohu“ či „matrici“) pro syntézu části spike (S) proteinu viru SARS-CoV-2. Imunitní odpověď organismu na přítomnost tohoto cizorodého proteinu probíhá jako u běžně používaných tradičních vakcín. Vrchol produkce proteinů nastává přibližně 24–48 hodin po aplikaci a protein se může tvořit po dobu několika dalších dnů. Cizorodá mRNA se odbourá fyziologickými buněčnými procesy.



A teď prosím trochu jednodušeji... aneb Jak to vysvětlit pacientům?

Buněčné jádro je jako knihovna, ve které jsou uloženy těžké objemné v kůži vázané knihy (chromosomy tvořené DNA) s recepty na výrobu proteinů. V každé knize je kromě receptů (geny) také spousta stránek s „nesmyslným“ textem (tzv. nekódující oblasti DNA). Protože při „vaření“ není praktické tahat s celou kuchařskou bichlí, v níž se špatně hledá a která by se kromě toho mohla ušpinit, roztrhat a poničit, je dobré si příslušný recept opsat na papírek. A to je právě mRNA – poslíček

(messenger) na cestě od genetické informace k jejímu vyjádření. S tímto receptem pak jdeme do molekulární kuchyně (cytoplazma), kde se protein „ukuchťí“. Když se papírek ošoupe nebo je potřeba udělat změnu, buňka ho prostě skartuje a recept si přepíše na nový. A protože kuchařů je hodně, zatímco kuchařská kniha je jen jedna, lze tím pádem snadno vyrábět najednou víc než jednu kopii proteinu.

Z toho mimo jiné plyne následující:

- **Vakcína obchází nutnost uměle vytvořit a purifikovat kus spike (S) proteinu**, který bychom potom injikovali. Je to recept, aby si ho buňka svalu, kam pícháme mRNA, vytvořila sama.
- Protože je **mRNA přirozeně nestabilní, za pár dní se odbourá** tělu vlastními enzymy na tělu vlastní metabolity a cizorodý protein se přestane tvořit.
- **Není možné, aby mRNA změnila genetický kód. Na přepis cizorodé RNA do DNA člověk nemá enzymy** (to umí jen retroviry, k velké radosti všech tvůrců sci-fi seriálů, kteří pokaždé, když potřebují něco předělat, použijí retrovirus).
- Je poněkud **zavádějící nazývat vakcínu „genovou“ či „genetickou“** – použitá ribonukleová kyselina by se sice dala označit jako genetický materiál (jde o instrukci pro výrobu proteinu), ale tato informace se nemůže přenést do další generace.

Jak je možné, že se vakcína s „novou“ technologií objevila tak rychle?

Řadu lidí, včetně části zdravotníků, znepokojuje rychlost, s jakou byla vakcína vynalezena a schválena. Nicméně tato technologie a celý výrobní proces již byly známé, otestované a jednoduše přizpůsobitelné. **Jediné, co nám chybělo, bylo přečíst genom viru a vybrat, který kousek bude efektivně imunizovat a lidské buňky si ho dokážou správně složit.** Syntéza RNA je o mnoho rychlejší a relativně jednodušší než syntéza či purifikace proteinů.

Všechny reakční komponenty nutné pro výrobu mRNA jsou komerčně snadno dostupné ve formě čistých chemikálií či bakteriálně produkovaných enzymů bez nutnosti využívat reagentie zvířecího původu nebo tkáňové kultury.

Jednou z překážek, kterou se podařilo překonat teprve nedávno, je inherentní nestabilita mRNA. Nukleová kyselina rychle degraduje, pokud není hluboce zmrazená nebo pokud je vystavena slunečnímu či ultrafialovému záření. Ve tkáních jsou navíc přítomné enzymy odbourávající RNA (RNázy), které znesnadňují doručení účinné látky na místo určení. Pro stabilizaci mRNA se používají liposomy (zjednodušeně řečeno, molekula RNA se

nachází v kapičce tuku, kam na ni RNáza nemůže), i přes to je však nutné důsledně udržovat chladový řetězec po celou dobu od výroby až k aplikaci.

„Kus špatné zprávy“, který se stal zprávou dobrou

Virus sám o sobě je „špatná zpráva (RNA) zabalená do bílkoviny“. **mRNA vakcína přináší upravený kousek této špatné zprávy, aby naučila tělo virus rozeznávat**, aniž by bylo potřeba složitě vyrábět kvanta viru, zabíjet ho a izolovat z něj proteiny, jako se to dělá třeba

při přípravě vakcíny proti chřipce. Takto se nám tedy podařilo obejít zdlouhavou výrobu virového proteinu ex vivo. Technologie mRNA vakcín se navíc jeví jako velmi slibná i pro případ dalších možných budoucích epidemií infekčních onemocnění.

Zdroj:

<https://www.prolekare.cz/covid-19/jak-funguji-nove-mrna-vakciny-a-jak-to-jednoduse-vysvetlit-molekularne-biologicke-minimum-pro-praxi-125476>

OMLUVA

Omlouvám se dr. Šimšovi a jeho kolegům za publikaci článku v čísle časopisu Practicus 4/2021 str. 31 a 32. Článek nebyl výše uvedeným lékařem před publikací autorizován. Doporučení v něm uvedená nejsou oficiálním léčebným postupem u diskutovaného onemocnění.

S úctou MUDr. Jordáková

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

Vážení čtenáři a řešitelé testů,

dle nového Stavovského předpisu České lékařské komory č. 16, podle § 5 přílohy č. 1, jsou od 1. 7. 2012 všechny znalostní testy v odborných časopisech hodnoceny jednotně, a to 2 kredity. Za správné vyřešení testu budou řešitelům přiděleny **2 kredity ČLK**. Podmínkou ČLK pro přidělení kreditů je zaslání odpovědi v písemné podobě na odpovědním lístku nebo elektronicky na www.svl.cz, a to **nejpozději do 25. 6. 2021**. 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 04/2021: 1ac, 2ab, 3ab, 4ab, 5c, 6b, 7a, 8ac, 9abc, 10ab

ZNALOSTNÍ TEST JE HODNOCEN 2 KREDITY ČLK

1. Při léčbě ASKO mezi nejčastější chyby při léčbě patří:

- a) opomíjení nefarmakologické léčby
- b) dostatečná adherence k léčbě (alespoň 80 % dávek)
- c) odkládání léčby ze strany lékaře

2. Odlišnosti stoje s vyloučením strukturálních změn mohou být zapříčiněny:

- a) oslabením hlubokého stabilizačního systému
- b) svalovými dysbalancemi
- c) svalovými spasmy v důsledku funkčních poruch

3. Rotace pánve:

- a) nebývá u skoliózy
- b) nebývá u nestejné délky dolních končetin
- c) zevní rotace DK může znamenat spasmus m. piriformis

4. Zvýšené držení ramenního kloubu:

- a) není v důsledku svalového spasmu horní porce m. trapezius
- b) může provázet blokády horních žeber
- c) může doprovázet horní typ dýchání

5. V léčbě poruchy spánku po onemocnění COVID-19 doc. MUDr. Martin Anders, Ph.D. doporučuje:

- a) přípravky obsahující melatonin v dostatečných dávkách
- b) také antidepresiva, např. mirtazapin
- c) také antidepresiva, např. SSRI

6. Vyšetření hladiny lačné glykémie se dle vyhlášky doporučuje:

- a) při převzetí pacienta do péče od pediatra
- b) ve 30 a 40 letech a následně každé 2 roky
- c) dle USPSTF v kategorii B u osob s nadváhou ve věku 40–70 let

7. Dle USPSTF nejlépe profitují z mamografie ve dvouletých intervalech:

- a) ženy ve věku 50–74 let
- b) ženy ve věku nad 75 let
- c) ženy ve věku 40–49 let

8. Nejčastější příčinou Syndromu unavených nohou je:

- a) polyneuropatie (polékové; v důsledku diabetu, thyreopatie, stáří)
- b) chronické vertebrogenní obtíže
- c) chronické žilní onemocnění (CVD)

9. Závažné formy chronické žilní nemoci s komplikacemi jako je bérkový vřed, sepse, amputace má pacientů:

- a) 0,5 %
- b) 1 %
- c) 3 %

10. Podstatou léčby chronické žilní nemoci není:

- a) režimová opatření zahrnující pohyb, snížení tělesné hmotnosti
- b) intervenční zákrok na žilním systému
- c) kompresní léčba a farmakoterapie

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. 05/2020

Jméno a příjmení _____

Adresa pracoviště _____

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

Členské číslo ČLK (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