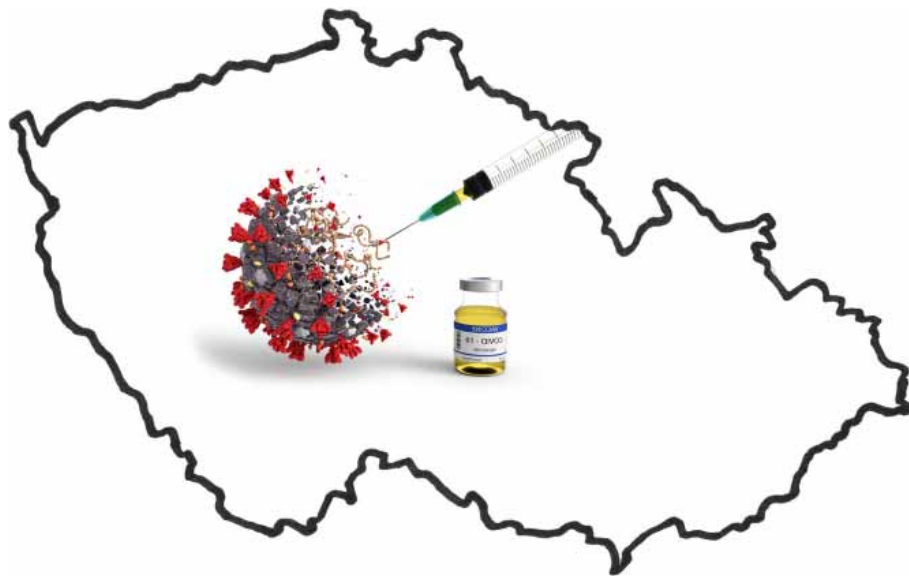




PRACTICUS

pro praktické lékaře zdarma • č.5/2022 • ročník 21



TÉMA:

Praktičtí lékaři v průběhu epidemie COVID-19 dle dostupných dat

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

INFO SVL

- 04 **EDITORIAL**
MUDr. Stanislav Konšťacký, CSc.
- 05 **PŘEDÁVÁNÍ ČESTNÝCH ČLENSTVÍ NA JARNÍ KONFERENCI SVL ČLS JEP**

ZPRÁVY Z KONFERENCE

- 06 **PRAKTIČTÍ LÉKAŘI V PRŮBĚHU EPIDEMIE COVID-19 DLE DOSTUPNÝCH DAT**
prof. RNDr. Ladislav Dušek, Ph.D.
- 11 **DIABETES A CHŘÍPKA – PROPLETENEC VZTAHŮ**
MUDr. Markéta Kubíčková
- 12 **ŘEŠENÍ BEZPEČNOSTI DAT A SÍTĚ V ORDINACI**
Ing. Martin Horák
- 13 **BEZPEČNÁ DISTANČNÍ KOMUNIKACE**
MUDr. Ondřej Sobotka
- 15 **AKTUÁLNÍ EPIDEMIOLOGICKÁ SITUACE PERTUSE, OČKOVÁNÍ**
prof. MUDr. Petr Pazdiora, CSc.
- 18 **KOURENÍ A SNÍŽENÍ RIZIKA VZNIKU ONKOLOGICKÝCH ONEMOCNĚNÍ**
MUDr. Petra Garnolová

ODBORNÝ ČLÁNEK

- 21 **VYUŽITÍ EZETIMIBU V LÉČBĚ DYSLIPIDEMIÍ**
prof. MUDr. Michal Vrablík, Ph.D.
- 27 **ÚČINNOST A BEZPEČNOST FIXNÍ KOMBINACE OLOPATADINU A MOMETHASONU V NOSNÍM SPREJI V LÉČBĚ SEZÓNÍ ALERGICKÉ RÝMY**

KAZUISTIKY

- 28 **USKŘINUTÍ VNITŘNÍ KÝLY**
MUDr. Jiří Sehnálek

AKTUALITY

- 30 **ASPIRIN JAKO PREVENCE INFARKTU A MRTVICE U ZDRAVÝCH LIDÍ NAD 60 LET NENÍ NA MÍSTĚ. RIZIKA SE VYROVNAJÍ BENEFITŮM**

ZÚČASTNILY JSME SE

- 31 **ZPRÁVA ZE SETKÁNÍ EURACTU V KODANI**
MUDr. Jáchym Bednář

Vydavatel:

Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP

Adresa redakce:

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

Redakce:**Šéfredaktor:**

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

Zástupci šéfredaktora:

MUDr. Dana Moravčíková
dana.moravcikova@medicina.cz

MUDr. Jana Vojtíšková
janav.doktor@volny.cz

Manažerka časopisu:

Hana Čížková
practicus.svl@cls.cz

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

Spolupracovnice časopisu:

Andrea Vrbová

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

Pro praktické lékaře v ČR zdarma.

Roční předplatné pro ostatní zájemce **800 Kč.** • • • Přihlášky přijímá redakce.

Toto číslo bylo dáno do tisku 30. 5. 2022 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, 2022**

EDITORIAL



MUDr. Stanislav Konštacký, CSc.
Šéfredaktor časopisu Practicus

Vážené kolegyně, vážení kolegové,

dostává se vám do rukou letošní páté číslo našeho časopisu Practicus. V květnu se konala Jarní interaktivní konference prezenční formou a tentokrát skutečně v jarním období, ne jako v minulých dvou letech. Některá témata v tomto čísle časopisu byla přednesena na konferenci, ostatní nám autoři zaslali k publikování. Jak je již zvykem, výbor při konferencích uděluje čestné členství, tentokrát jej získali MUDr. Bohumil Skála, Ph.D., a MUDr. Stanislav Konštacký, CSc.

Velmi zajímavou přednášku o praktických lékařích v průběhu covid-19 přednesl prof. Dušek a jako jeden z mála nám ji poslal k publikování v tomto čísle, aby se s ní mohli seznámit i kolegové, kteří se konference nezúčastnili. Uvedl mimo jiné, že právě praktičtí lékaři byli vystaveni riziku nákazy covidem velmi často, což dokázalo vysoké procento praktických, kteří se nakazili. V přednášce autor vše dokládá názornými grafy a komentáři k nim.

I dalším článkem zůstáváme u virového onemocnění, tentokrát je to chřipka, a diabetes dr. Kubíčkové - upozorňuje na to, jak se mohou tato onemocnění vzájemně ovlivňovat a na co je při léčbě pacientů s těmito diagnózami třeba pamatovat.

Jak bychom měli ochránit bezpečně data v síti, nám radí ing. Horák. Zálohování bude to nejbezpečnější - co za ně zaplatíme? Bezpečnosti se týká i další článek dr. Sobotky, praktického lékaře: jak je to s e-maily a s telefonem, spamy a podobně? Jistě se stále máme co učit, abychom pracovali v bezpečném prostředí a data ochránili.

O pertusi, která je zvláště v rozvojových zemích

častou příčinou úmrtí, nás informuje prof. Pazdiora - zpravuje také o tom, kdy na toto onemocnění pomýšlet, jak provádět diferenciální diagnostiku a jaký je typický průběh onemocnění, jak je to s očkováním dětí, těhotných a také zdravotnického personálu. V článku je i porovnání infekčnosti pertuse a covid-19.

Problematice kouření bylo na JIK věnováno několik přednášek a s jednou z nich, přednáškou dr. Garnolové, vás seznamujeme v jejím článku o vztahu mezi kouřením a onkologickými onemocněními. Autorka pracuje v onkologické a paliativní ambulanci v Příbrami. O negativním vlivu kouření na zdravotní stav se zřejmě nemusíme přesvědčovat, ale je obecně známé, že skončení s kouřením - nejlépe přes specializované ambulance zabývající se odvykáním kouření, může snížit riziko nejen nádorových, ale i dalších onemocnění.

O využití ezetimibu v léčbě dyslipidemií se zmiňuje v přehledném článku profesor Vráblík. Jaké jsou hodnoty sérových lipidů podle rizika, je uvedeno v přehledné tabulce, dozvíme se také, jak je přínosné snížení hladiny LDL-cholesterolu pro jednotlivá onemocnění a kdy je ezetimib indikován i další informace o tomto hypolipidemiku, které můžeme již také předepisovat.

Jak pomoci našim pacientům, kteří v tomto krásném období trpí alergickou rýmou? Fixní kombinace olopatadinu a mometazonu v nosním spreji může být účinným pomocníkem v její léčbě.

D. Sehnálek nám poslal článek o uskřinuté vnitřní kýle, která sice nepatří mezi časté náhlé příhody bříšní, ale připomíná, které příznaky nás mohou k její diagnostice vést. Kazuistika dokazuje, že kolikovitě bolesti v pravém podbříšku nemusí být apendicitida nebo adnexitida a u neoperovaného pacienta nás příznaky nemusejí vést ke správné diagnóze.

I další informativní články jsou velmi zajímavé a jsem rád, že se nám podařilo naplnit i toto číslo zajímavými příspěvky.

Předávání čestných členství na Jarní konferenci SVL ČLS JEP

Dámy a pánové,
v roce 1983, tehdy pětiletá Společnost všeobecného lékařství, udělila prvních pět čestných členství: doc. Holomaňovi, dr. Mariányi, prof. Niederlandovi, dr. Varallymu a doc. Vrábellové. Od té doby již předala 55 ocenění, z toho 40 mužům a 15 ženám. Na Jarní interaktivní konferenci v květnu 2022 v Praze přebírají čestná členství dva velcí muži historie SVL ČLS JEP.



Novým laureátem čestného členství SVL ČLS JEP se stává **MUDr. Bohumil Skála, Ph.D.**, z Lanškrouna.

Kolega Skála absolvoval Vojenskou lékařskou akademii v Hradci Králové a byl vojákem z povolání do roku 1985. Má dvě atestace z všeobecného lékařství. Vždy se snažil být v předním šiku a tvrdě pro to pracoval. Privatizoval jako jeden z prvních v roce 1992. V roce 1993 se stal soudním znalcem oboru zdravotnictví. Absolvoval dvousemestrální kurs práva na Právnické fakultě UP Olomouc a Právní akademii ČLK. Přihlásil se k doktorskému studiu v oboru Preventivní lékařství a v roce 2003 také dosáhl jako jeden z prvních praktických lékařů titulu Ph.D.

Od roku 2012 působil jako vedoucí lékař vazební věznice v Olomouci a v současné době je vedoucím lékařem Zdravotnické oblasti Vězeňské služby ČR na Moravě. Do roku 2015 byl velitelem aktivních záloh Pardubického kraje.

Je to 26 let, kdy byl poprvé zvolen do výboru Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP, a prožívá v něm již své sedmé období. Kandiduje i v letošních volbách. Kolega Skála vykonal pro výbor a obor mnoho práce; zastupoval společnost na mnoha jednáních na MZ, byl a je členem Akreditační komise. Na odborném poli přispěl zejména svou expertizou v oblasti onkologické prevence, léčby bolesti a paliativní péče. Vedl také týmy zaměřené na tato témata, které vytvářely doporučené postupy, publikoval a přednášel. Ve výboru je mentorem a respektovanou osobou, využívající své zkušenosti a zdravý úsudek. Za jeho práci pro společnost mu právem náleží naše ocenění.



Laureátem čestného členství SVL ČLS JEP se stává také **MUDr. Stanislav Konšťacký, CSc.**

V den, kdy se narodil, vznikla Světová zdravotnická organizace a jeho narozeniny jsou pravidelně Světovým dnem zdraví. Maturoval v Kroměříži a promoval na Lékařské fakultě a Vojenském ústavu v Hradci Králové. Působil jako lékař a později šéflékař vojenské posádky v Mošnově. Má atestaci z vnitřního lékařství, leteckého lékařství a kosmické medicíny a také dvě atestace z všeobecného lékařství. Na začátku osmdesátých let pracoval jako lékař v Libyi. Po návratu začal působit jako asistent a později vedoucí Katedry všeobecného lékařství Vojenské lékařské akademie. Za rozvoj spolupráce mezi lékařskými školami v ČR a ve Francii převzal v roce 2005 z rukou francouzského prezidenta Jacques Chiraca 2. nejvyšší francouzské ocenění, státní Řád za zásluhy. Podobně jako kolega Skála prožívá ve výboru SVL sedmé volební období. Zastupuje společnost v šesti komisích, mj. je členem Akreditační komise MZ ČR a zkušebních komisí atestačních. Zásadně přispěl ke kongresovým úspěchům společnosti; jak na domácích výročních konferencích, tak zejména při organizaci světové a později evropské konference WONCA v Praze, kde také aktivně vystupoval. Podílel se na tvorbě a implementaci několika doporučených postupů. V posledních letech v jeho činnosti pro společnost dominuje funkce šéfredaktora časopisu Practicus. Je to mimořádný člověk, lékař, voják, pedagog, publicista, kamarád a pěstitel růží.

Praktičtí lékaři v průběhu epidemie COVID-19 dle dostupných dat



prof. RNDr. Ladislav Dušek, Ph.D.

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR

J. Jarkovský, J. Mužík, O. Májek, O. Ngo, M. Komenda, V. Těšitelová, D. Klimeš, M. Blaha, J. Gregor
Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR

Úvod: zdroje dat

Onemocnění COVID-19 je způsobeno novým typem koronaviru s odborným označením SARS-CoV-2. V ČR byly první tři případy nákazy novým koronavirem prokázány 1. března 2020. Od tohoto data připravil tým vývojářů ÚZIS ČR zcela nový informační systém pro monitoring epidemiologie a zdravotních dopadů tohoto onemocnění a pro sledování vlivu různých opatření, zejména vakcinace. Jádrem systému jsou moduly Informačního systému infekčních nemocí (ISIN), které jsou propojeny s vybranými zdrojovými daty Národního zdravotnického informačního systému (NZIS). Propojení vícezdrojových dat naplňuje stěžejní prvky koncepce elektronizace zdravotnictví ČR, která již byla promítnuta do legislativy (zákon č. 325/2021 Sb., o elektronizaci zdravotnictví, ze dne 18. srpna 2021; Těšitelová a kol., 2021). Pro lékaře a poskytovatele zdravotních služeb je nejpodstatnější princip, podle kterého se potřebná data centralizují v jedné databázi a není vyžadováno jejich redundantní zapisování.

Systém tak s různou mírou automatizace propojuje všechny diagnostikující laboratoře a poskytovatele zdravotních služeb, segment primární i lůžkové péče, odběrná a očkovací místa a krajské hygienické stanice. Epidemie COVID-19 si pro sběr dat vynutila „real time“ provoz, čemuž byla přizpůsobena architektura a funkčnost obslužných informačních systémů (Komenda

a kol., 2020a-b; Jarkovský 2021). Funkcí centrálního systému je rovněž publikování otevřených datových sad (Komenda a kol., 2022) na veřejně dostupném webovém portálu (<https://onemocneni-aktualne.mzcr.cz/covid-19>). Data jsou metodicky připravena dle standardních pravidel, každá datová sada má svůj záznam v Národním katalogu otevřených dat.

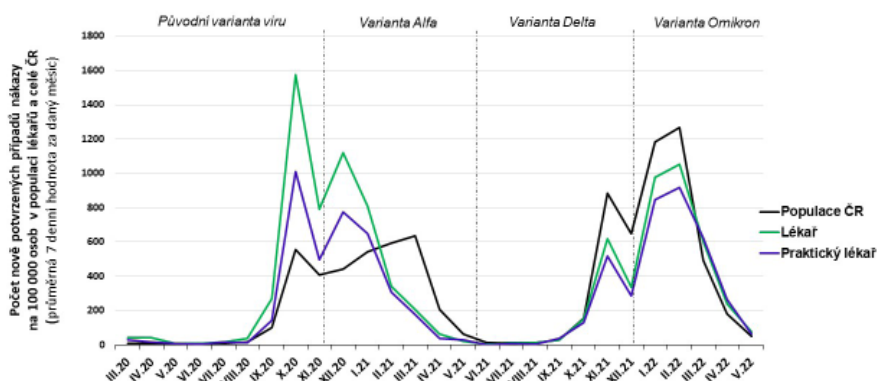
Tento článek shrnuje vybraná data o COVID-19 v české populaci za období březen 2020 – duben 2022 s cílem popsat dopad epidemie na praktické lékaře a na jejich činnost.

Vývoj epidemie s narůstající nakažlivostí variant viru a její dopad na populaci lékařů

Zdravotničtí pracovníci patří v průběhu epidemie nepochybně mezi profese nejvíce zatížené rizikem nákazy s přímými i nepřímými důsledky pro zdravotní stav (Amerio a kol., 2020; Misra, 2020). O populaci lékařů pracujících v primární péči to platí dvojnásob. Vysoký počet prokázaných případů nákazy českých lékařů potvrzují i data v tabulce 1. Praktických lékařů se týkalo cca 10 % všech případů nákazy aktivních lékařů a tvořili třetí nejvíce zatíženou lékařskou profesní skupinu (za lékaři intenzivních a interních oddělení nemocnic). K 1. 4. 2022 bylo celkem potvrzeno 19 733 nálezů lékařů, z toho 1 944 praktických lékařů. Celkem 70 praktických lékařů muselo být s COVID-19 hospitalizováno. Největší zdravotní dopad byl registrován v období říjen 2020 až březen 2021, kdy v nejkritičtějším týdnech přibývalo denně více než 150 nakažených lékařů. V tomto období bylo také hospitalizováno nejvíce lékařů s těžkým průběhem COVID-19 (cca 75 % všech hospitalizací lékařů za celou dobu epidemie).

Obrázek 1

Obrázek 1. Počty nových případů nákazy koronavirem v průběhu epidemie (srovnání populace lékařů s celou populací ČR)



Vyšší rizikovost nákazy pro profesi lékařů ve srovnání s celkovou populací potvrzuje obrázek 1. Riziko je patrně zejména na počátku epidemie, kdy nebyla k dispozici ochrana očkováním. Rychlé proočkování zdravotnických pracovníků snížilo počet nakažených a zejména násobně redukovalo riziko těžkého průběhu onemocnění již v druhé polovině roku 2021 a dále.

Časová řada nálezů na obrázku 1 dále dokládá, že populace lékařů sama představuje poměrně spolehlivý indikátor eskalace šíření nákazy. Nárůsty počtu nakažených lékařů spolehlivě indikují následný růst prevalence aktivních nálezů v populaci. Křivka populační zátěže lékařů zřetelně odděluje jednotlivé „vlny“ epidemie, ve kterých se postupně střídaly nové varianty viru s rostoucí nakažlivostí.

- Původní variantu „wu-chanského“ viru vystřídala v prvním pololetí 2021 tzv. britská varianta (B.1.1.7, „alfa“, zachycená v září 2020 v UK; Volz a kol., 2021). Tato o cca 30 % nakažlivější forma rychle vytěsnila původní virus, k čemuž jí napomohla také částečná rezistence k imunitní ochraně protilátkami (Volz a kol., 2021; Wang a kol., 2021). Šíření varianty alfa bylo

spojeno s vyšším rizikem těžkého onemocnění a úmrtí (Horby a kol., 2021).

- Do druhé poloviny roku 2021 vstupovala většina vyspělých států s významně proočkovanou dospělou populací. Přesto byla celá Evropa svědkem dalšího vzedmutí šíření nákazy, které způsobila tzv. indická varianta (B.1.617.2, „delta“, zachycená poprvé v Indii v listopadu 2020). Některé zdroje uvádějí pro variantu Delta až dvojnásobnou nakažlivost proti původní variantě z roku 2020 (Campbell a kol., 2021). K faktorům určujícím šíření nákazy přibyla významná schopnost prolamovat imunitu navozenou očkováním (Wang a kol., 2021; Zhenkui a kol., 2022). Jelikož ochranný efekt očkování proti naze klesal s časem od vakcinace, začala většina států očkovat posilující třetí dávkou. Vakcinace nadále držela vysoký ochranný efekt proti těžkému průběhu nákazy, a to i u zranitelných skupin.
- Počátek roku 2022 otevřel zcela novou fázi epidemie, která probíhá ve znamení dominance nové varianty Omikron (B.1.1.529; poprvé hlášena z Jižní Afriky v listopadu 2021). Omikron je geneticky značně odlišný od předchozích variant SARS-CoV-2 a lze jej označit

za „game changer“, neboť s sebou přinesl řádově vyšší nakažlivost, ale na druhou stranu významně nižší riziko těžkého průběhu nemoci (Ferguson a kol. 2021; Wolter a kol., 2022). Pro Omikron je typická vysoká míra průlomových infekcí po vakcinaci a rostoucí četnost reinfekcí.

Význam očkování proti COVID-19 a proočkovanost populace českých lékařů

Z výše uvedeného stručného přehledu etap epidemie vyplývá, že očkování proti COVID-19 je stále vysoce funkční ochranou proti závažným zdravotním dopadům epidemie. Ačkoli ochranný efekt proti naze samotné v čase relativně rychle vyprchává (rychlý pokles nastává po 3–4 měsících), ochrana proti těžkému průběhu nákazy je výrazně trvalejší. Očkování hrálo společně s včasnou diagnostikou a ochrannou léčbou monoklonálními protilátkami zcela klíčovou roli tlumící zdravotní dopad epidemie na podzim 2021 a tento vliv vytrval i po celou dobu šíření varianty Omikron v roce 2022. Ochranný efekt očkování dokládá velké množství

Tabulka 1

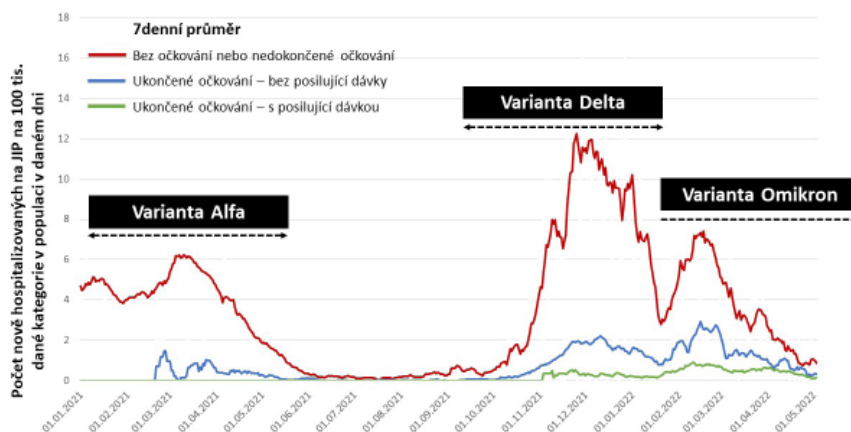
Tabulka 1. Zdravotní dopad COVID-19 na populaci lékařů v ČR

Období	Potvrzené případy nákazy		Hospitalizovaní		Hospitalizovaní na JIP	
	Lékaři celkem	Praktičtí lékaři (%)	Lékaři celkem	Praktičtí lékaři (%)	Lékaři celkem	Praktičtí lékaři (%)
03–06/2020	220	16 (7.3%)	9	1 (11.1%)	4	0 (0.0%)
07–09/2020	710	50 (7.0%)	25	3 (12.0%)	5	1 (20.0%)
10–12/2020	7855	671 (8.5%)	295	31 (10.5%)	76	5 (6.6%)
01–03/2021	3005	326 (10.8%)	132	16 (12.1%)	38	4 (10.5%)
04–06/2021	195	20 (10.3%)	11	0 (0.0%)	1	0 (0.0%)
07–09/2021	129	14 (10.9%)	2	1 (50.0%)	1	0 (0.0%)
10–12/2021	2507	270 (10.8%)	61	15 (24.6%)	19	2 (10.5%)
01–03/2022	5809	679 (11.7%)	36	3 (8.3%)	4	0 (0.0%)
04–03/2022	592	82 (13.9%)	9	2 (22.2%)	0	0 (0.0%)
CELKEM	19 733	1 944 (9.9%)	570	70 (12.3%)	149	12 (8.1%)

Obrázek 2

Obrázek 2.

Počet nově hospitalizovaných s COVID-19 na JIP na 100 tis. osob v očkované a neočkované populaci (populace 65+)



Tabulka 2

Tabulka 2. Zpětně hodnocená data: srovnání neočkované populace a populace očkové posilující dávkou v únoru 2022

Stav k 5. 2. 2022

HODNOCENÝ PARAMETR (CELÁ POPULACE)	NEOČKOVANÍ	OČKOVANÍ
7denní počet symptomatických případů / 100 tis. obyv.	1348,2	360,4
7denní počet nových příjmů do nemocnic / 100 tis. obyv.	66,3	20,6
7denní počet nových příjmů na JIP (včetně překládů) / 100 tis. obyv.	6,9	1,8
Počet pacientů na UPV/ECMO k danému dni / 100 tis. obyv.	2,6	0,0

POPULACE 65+	OE
OCHRANNÝ EFEKT (OE) OČKOVÁNÍ*	
OE proti nákaze	50,6%
OE proti hospitalizaci	86,7%
OE proti léčbě na JIP	89,1%
OE proti léčbě na UPV/ECMO	96,0%

* Kalkulováno ze 7denních kumulativních počtů případů onemocnění; vliv ve srovnání populace s dlestanými zdravotními vs. populace neočkovaná

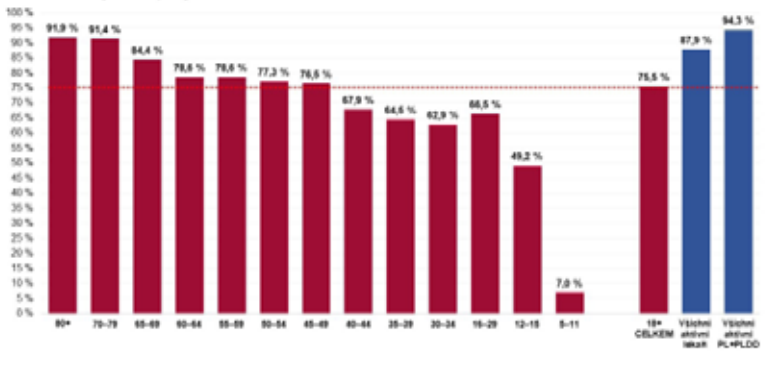
kvalitních vědeckých publikací a národních zpráv většiny vyspělých zemí. Rovněž česká data potvrzují zásadní ochranný efekt, a to i v potenciálně zranitelných a seniorních populačních skupinách (Zahrádka a kol., 2022; Šmíd a kol., 2022), viz obrázek 2 a tabulka 2.

Lékaři byli jednou z přednostně očkovacích profesních skupin od počátku roku 2021 a velmi rychle dosáhli vysoké proočkovatelnosti. Aktuálně je alespoň jednou dávkou očkováno 87,9 % všech aktivních lékařů, s posilující dávkou evidujeme 75,4 % této skupiny (obrázek 3). Praktičtí lékaři jsou očkovaní ve významně vyšším procentu než celá populace lékařů, alespoň jednu dávku jich absolvovalo 94,3 % z nich a posilující dávku 84,8 %. K 1. 5. 2022 evidujeme pouze 244 aktivních praktických lékařů, kteří nejsou chráněni očkováním nebo nedávným proděláním nákazy (tabulka 3). Vysoký podíl očkovaných registrujeme rovněž u již neaktivních praktických lékařů seniorního věku, ve věkové kategorii 65+ přesahuje jejich proočkovatelnost 95 %.

Obrázek 3

Obrázek 3. Proočkovatelnost populace ČR: stav k 1. 5. 2022

Podíl očkovaných alespoň jednou dávkou



Tabulka 3

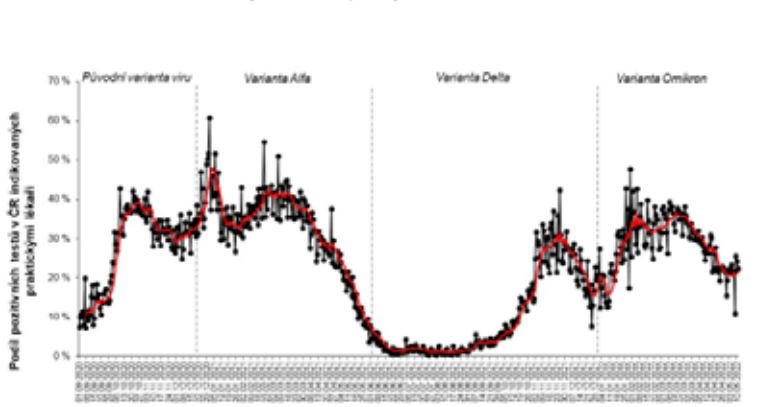
Tabulka 3. Proočkovatelnost populace českých lékařů, stav k 1. 5. 2022

Zdravotníci pracovníci evidovaní v NZIS podle pracovních pozic*	Počet zdravotnických pracovníků	Očkováni celkem	S posilující dávkou	S ukončovací dávkou	Pouze s 1. dávkou	Prodělali onemocnění	Ostatní
Aktivní lékaři (včetně zubních lékařů)	52 859	46 486 (87,9%)	39 835 (75,4%)	6 475 (12,2%)	176 (0,3%)	1 881 (3,6%)	4 492 (8,5%)
Aktivní PL + PLDD	6 767	6 383 (94,3%)	5 741 (84,8%)	624 (9,2%)	18 (0,3%)	140 (2,1%)	244 (3,6%)

* Počet zdravotnických pracovníků nahlášených do NZIS (národní registru zdravotnických pracovníků - NZOP) poskytovatelů zdravotních služeb na dané pozici jako aktivní lékaři jsou hodnoceni pracovníci zaměřenými v období od 1.3.2021 do současnosti

Obrázek 4

Obrázek 4. Pozitivita PCR testů indikovaných v ordinacích praktických lékařů



Diagnostické testy a očkování proti COVID-19 v ordinacích praktických lékařů

Praktičtí lékaři indikovali v průběhu celé epidemie více než 16,5 milionu testů, což činí 30,5 % celkového objemu (Tabulka 4). Přibližně třetinu všech testů indikovaných v ordinacích praktických lékařů tvořily PCR testy, které vedly k téměř 91 % všech pozitivních záchytů nákazy z indikace praktickými lékaři. Relativní pozitivita těchto PCR testů sloužila po celou dobu epidemie jako velmi spolehlivý prediktor eskalace šíření nákazy v populaci (obrázek 4). Profil relativní pozitivity diagnosticky a klinicky indikovaných testů ostře odděluje jednotlivé vlny epidemie a překročení hranice 10 % spolehlivě ukazovalo na prudký nástup epidemie na počátku podzimu 2020 i 2021. Z těchto důvodů byla relativní pozitivita PCR testů indikovaných v primární péči používána jako jeden z prediktorů rizikového vývoje prevalence aktivních nálezů v populaci.

Praktičtí lékaři se významně zapojili do očkování proti COVID-19, i když v počátečních fázích plošného očkování populace nemohli z řady důvodů konkurovat velkým očkovacím centřům. V období významně silící epidemie nelze předpokládat, že výkon více než 100 tisíc aplikovaných dávek denně zajistí samostatné ordinace. Přesto očkovací výkon ordinací primární péče

Tabulka 4

Tabulka 4. Testy na COVID-19 v ordinacích praktických lékařů

	Testy iniciované PL a PLDD			% testů indikovaných praktickými lékaři z provedených testů	% PCR testů z testů indikovaných praktickými lékaři	% AB testů z testů indikovaných praktickými lékaři
	Celkem	PL	PLDD			
05-06/2020	3 931	3 378	553	3.7%	100.0%	
07-09/2020	148 484	105 326	43 158	17.7%	100.0%	
10-12/2020	1 013 157	809 153	204 004	30.9%	95.4%	4.6%
01-03/2021	2 892 314	2 623 763	268 551	32.5%	34.6%	65.4%
04-06/2021	5 994 090	5 778 667	215 423	34.5%	4.5%	95.5%
07-09/2021	2 168 871	2 082 335	86 536	26.0%	11.3%	88.7%
10-12/2021	2 349 986	2 037 373	312 613	28.3%	55.2%	44.8%
01-03/2022	1 848 319	1 656 650	191 669	27.8%	83.8%	16.2%
04-06/2022	163 190	147 004	16 186	27.7%	60.7%	39.3%
CELKEM	16 582 342	15 243 649	1 338 693	30.5%	33.6%	66.4%

v čase narůstal a úhrnně praktičtí lékaři aplikovali 16,5 % všech dávek očkování (z toho PL pro dospělé 15,9 % a PL pro děti a dorost 0,6 %). Dle centrální databáze ISIN se do očkování zapojilo 66 % samostatných ordinací praktických lékařů pro dospělé, kteří podali více než 2 798 000 dávek očkování. Zapojení praktických lékařů pro děti a dorost bylo nižší, k očkování aktivně registrovalo 39 % ordinací, které aplikovaly více než 100 tisíc dávek (tabulka 5).

Dopad epidemie na prevenci v ordinacích praktických lékařů

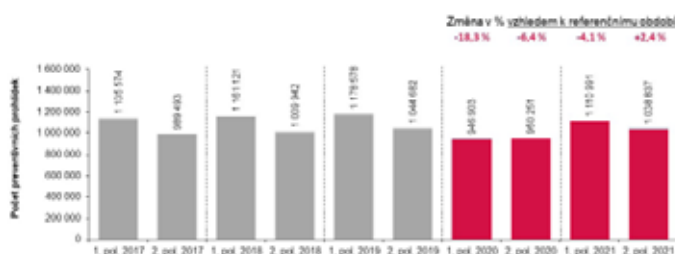
Přímé i nepřímé dopady epidemie COVID-19 citelně pocítila i návštěvnost preventivních programů. V roce 2020 se významně propadla návštěvnost preventivních prohlídek pro dospělé, v prvním pololetí o více než 18 %. Ačkoli v roce 2021 již k dalšímu propadu nedošlo, stále nebyl výpadek z počátku roku 2020 zcela nahrazen (obrázek 5a). Naopak preventivní prohlídky u praktického lékaře pro děti a dorost se podařilo udržet po celou dobu epidemie bez významných a dlouhodobých výpadků (obrázek 5 b-c). Výpadek preventivních prohlídek pro dospělé se s vysokou pravděpodobností promítnul do zhoršení včasného zachytu řady vážných a chronických onemocnění. V roce 2020 takto registrujeme pokles v zachytu některých skupin zhoubných nádorů (např. nádory prostaty: pokles o 17 %), kardiovaskulárních onemocnění (ICHS, akutní infarkt myokardu, srdeční selhání: pokles o 8 % až 14 %), nebo diabetu (pokles počtu nově léčených pacientů ve věku 60–69 let až o 17 %). Tyto trendy se samozřejmě mohou promítnout do nemocnosti v následujících letech, kdy lze očekávat zvýšený počet pozdě diagnostikovaných pacientů s vážnými chorobami.

Propad návštěvnosti a populačního pokrytí zasáhl i organizované programy onkologických screeningů. Jako příklad zde uvádíme screening nádorů tlustého střeva a konečníku, u kterého došlo k poklesu návštěvnosti v roce 2020 i 2021. Největší a nejdelší výpadek program zaznamenal v období říjen až prosinec 2020 (propad o 27,2 %) a návazně leden – březen 2021 (propad o 16,3 %). Vzhledem k vysoké epidemiologické zátěži české populace tímto typem nádoru je návrat screeningového programu k původní síle jednou z hlavních výzev pro praktické lékaře v následujícím období.

Obrázek 5a

Obrázek 5a. Preventivní prohlídky u praktického lékaře: dospělí

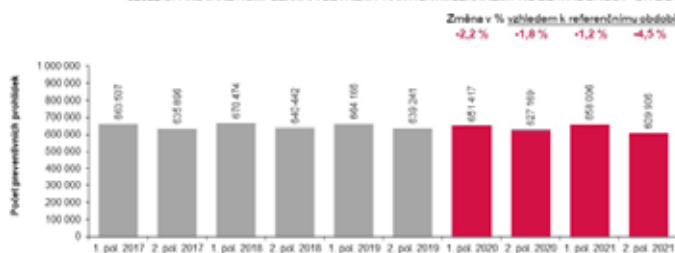
Zdroj: NRHZS 2017–2021, referenční období – průměr příslušného pololetí z období let 2017–2019
Hodnotěná výkony: 02021 KOMPLEXNÍ VYŠETŘENÍ PRAKTICKÝM LÉKAŘEM, 02022 OPRAKOVANÉ KOMPLEXNÍ VYŠETŘENÍ PRAKTICKÝM LÉKAŘEM



Obrázek 5b

Obrázek 5b. Preventivní prohlídky u praktického lékaře: děti do 6 let

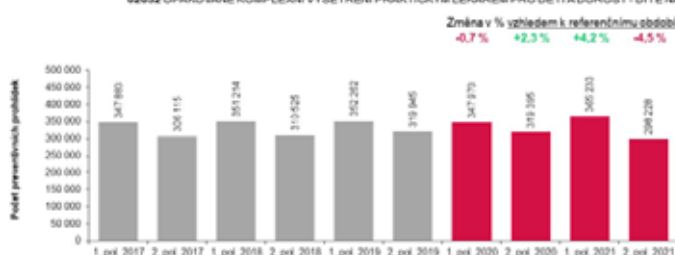
Zdroj: NRHZS 2017–2021
Referenční období – průměr příslušného pololetí z období let 2017–2019
Hodnotěná výkony: 02021 KOMPLEXNÍ VYŠETŘENÍ PRAKTICKÝM LÉKAŘEM PRO DĚTI A DOROST - DÍTĚ DO 6 LET, 02022 OPRAKOVANÉ KOMPLEXNÍ VYŠETŘENÍ PRAKTICKÝM LÉKAŘEM PRO DĚTI A DOROST - DÍTĚ DO 6 LET



Obrázek 5c

Obrázek 5c. Preventivní prohlídky u praktického lékaře: děti nad 6 let

Zdroj: NRHZS 2017–2021
Referenční období – průměr příslušného pololetí z období let 2017–2019
Hodnotěná výkony: 02031 KOMPLEXNÍ VYŠETŘENÍ PRAKTICKÝM LÉKAŘEM PRO DĚTI A DOROST - DÍTĚ NAD 6 LET, 02032 OPRAKOVANÉ KOMPLEXNÍ VYŠETŘENÍ PRAKTICKÝM LÉKAŘEM PRO DĚTI A DOROST - DÍTĚ NAD 6 LET



Poděkování

Autoři děkují všem poskytovatelům, lékařům a dalším odborníkům, kteří kvalitním zadáváním dat do systémů ISIN a NZIS umožňují hodnocení epidemiologické situace v souvislosti s nemocí COVID-19.

Reference:

Amerio A., Bianchi D., Santi F. et al. Covid-19 pandemic impact on mental health: a web-based cross-sectional survey on a sample of Italian general practitioners. *Acta Biomed.* 2020 May 11;91(2):83-88. doi: 10.23750/abm.v91i2.9619. PMID: 32420931; PMCID: PMC7569634.

Campbell F., Archer B., Laurenson-Schafer H. et al. Increased transmissibility and global spread of SARS-CoV-2 variants of concern as at June 2021. *Euro Surveill.* 2021;26(24):pii=2100509. <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2021.26.24.2100509>

Ferguson N., Ghani A., Hinsley W., Volz E. Report 50: Hospitalisation Risk for Omicron Cases in England. Imperial College London; 2021. Accessed December 23, 2021. <https://www.imperial.ac.uk/media/imperial-college/medicine/mrc-gida/2021-12-22-COVID19-Report-50.pdf>

Horby P., Huntley C., Davies N. et al. NERVTAG note on B.1. 1. 7 severity. SAGE meeting report. January 21, 2021.

Jarkovský J., Benešová K., Černý V. et al. Covidogram as a simple tool for predicting severe course of COVID-19: population-based study. *BMJ Open.* London: BMJ Publishing Group, 2021, vol. 11, No 2, p. 1-7. ISSN 2044-6055. doi:10.1136/bmjopen-2020-045442.

Komenda M., Karolyi M., Bulhart V. et al. COVID 19: Přehled aktuální situace v ČR. Onemocnění aktuálně [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2020a [cit. 15. 08. 2021]. Dostupné z: <https://onemocneni-aktualne.mzcr.cz/covid-19>. Vývoj: společné pracoviště ÚZIS ČR a IBA LF MU. ISSN 2694-9423.

Komenda M., Bulhart V., Karolyi M. et al. Complex Reporting of the COVID-19 Epidemic in the Czech Republic: Use of an Interactive Web-Based App in Practice. *J Med Internet Res* 2020 b, vol. 22, iss. 5, e19367, p. 1.

Komenda M., Jarkovský J., Klimeš D., et al. Sharing datasets of the COVID-19 epidemic in the Czech Republic. *PLOS ONE* 2022;17(4):e0267397. <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0267397>

Misra A. Doctors and healthcare workers at frontline of COVID 19 epidemic: Admiration, a pat on the back, and need for extreme caution. *Diabetes Metab Syndr.* 2020 May-Jun;14(3):255-256. doi: 10.1016/j.dsx.2020. 03. 006. Epub 2020 Mar 22. PMID: 32248083; PMCID: PMC7102612.

Šmíd M., Berec L., Příbylová L. et al. (2022) Protection by vaccines and previous infection against the Omicron variant of SARS-CoV-2. *The Journal of Infectious Diseases*, jiac161, <https://doi.org/10.1093/infdis/jiac161>. Published: 28 April 2022

Těšitelová V., Blaha M., Klimeš D. a kol. Elektronizace zdravotnictví řečí paragrafů: VERZE 1. 1. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2021, 345 s. ISBN 978-80-7472-189-2.

Tabulka 5

Tabulka 5. Celkový přehled aplikovaných dávek očkování dle typu očkovacích subjektů

	Počet dávek CELKEM	Očkovací místa		Praktičtí lékaři		PL pro děti a dorost		Ostatní zařízení*	
		Počet míst	Počet dávek	Počet míst	Počet dávek	Počet míst	Počet dávek	Počet míst	Počet dávek
Hlavní město Praha	3 223 739	48	2 982 648 (88,8 %)	542	215 618 (8,8 %)	90	27 422 (0,9 %)	57	18 045 (0,6 %)
Středočeský kraj	1 873 895	25	1 526 221 (81,4 %)	465	324 852 (17,3 %)	100	18 855 (1,0 %)	19	3 967 (0,2 %)
Jihočeský kraj	1 061 045	10	876 005 (82,5 %)	247	171 254 (16,1 %)	39	7 988 (0,7 %)	18	6 098 (0,6 %)
Píseňský kraj	961 214	14	829 304 (86,2 %)	214	122 641 (12,8 %)	48	4 908 (0,5 %)	10	5 661 (0,6 %)
Karlovarský kraj	465 758	11	372 712 (80,0 %)	94	85 288 (18,3 %)	15	1 707 (0,4 %)	9	6 070 (1,3 %)
Ústecký kraj	1 257 104	19	959 740 (77,1 %)	257	164 777 (13,1 %)	65	6 255 (0,5 %)	26	116 322 (9,3 %)
Liberecký kraj	695 394	12	572 797 (82,4 %)	179	113 830 (16,4 %)	24	1 617 (0,3 %)	16	6 950 (1,0 %)
Královéhradecký kraj	906 159	15	704 116 (77,7 %)	234	186 124 (20,5 %)	55	4 401 (0,5 %)	12	11 518 (1,3 %)
Pardubický kraj	797 353	20	564 787 (70,8 %)	209	198 071 (20,8 %)	40	4 137 (0,5 %)	14	22 349 (2,8 %)
Kraj Vysočina	800 381	11	645 836 (80,7 %)	200	139 318 (17,4 %)	26	4 591 (0,6 %)	14	10 638 (1,3 %)
Jihomoravský kraj	1 964 931	21	1 575 256 (80,2 %)	475	367 177 (18,7 %)	71	8 347 (0,4 %)	39	14 151 (0,7 %)
Olomoucký kraj	915 258	14	722 414 (78,9 %)	260	185 536 (20,3 %)	45	2 264 (0,2 %)	20	5 044 (0,6 %)
Zlínský kraj	896 483	11	667 087 (77,0 %)	257	188 386 (21,5 %)	32	3 196 (0,4 %)	17	9 834 (1,1 %)
Moravskoslezský kraj	1 783 312	36	1 494 182 (83,8 %)	442	269 832 (15,1 %)	50	5 108 (0,3 %)	52	14 090 (0,8 %)
CELKEM	17 572 026	267	14 382 113 (81,8 %)	4 075	2 798 751 (15,9 %)	700	100 416 (0,6 %)	322	290 736 (1,7 %)

* zdravotnická zařízení MV a MO, zařízení sociálních služeb poskytující zdravotní služby a pod.

Tabulka 6

Tabulka 6. Počet provedených screeningových TOKS v letech 2019 - 2021

Screeningový TOKS (15118; 15120; 15121) (2019—2021, muži a ženy ve věku 50 a více let)
Zdroj dat: NRHZS

	Počet provedených screeningových TOKS			% změna v daném období
	2019	2020	2021	
leden–březen	155 000	129 000		-16,9 %
duben–červen	170 000	126 000		-25,7 %
červenec–září	132 000	143 000		+8,5 %
říjen–prosinec	178 000	129 000		-27,2 %
leden–březen	155 000		130 000	-16,3 %
duben–červen	170 000		174 000	+2,4 %
červenec–září	132 000		137 000	+3,5 %
říjen–prosinec	178 000		160 000	-10,3 %

Volz E., Mishra S., Chand M. et al. Assessing transmissibility of SARS-CoV-2 lineage B.1. 1. 7 in England. *Nature*, 593 (7858) (2021), pp. 266-269, 10.1038/s41586-021-03470-x

Wang P., Nair M.S., Liu L. et al. Antibody resistance of SARS-CoV-2 variants B.1.351 and B.1. 1. 7. *Nature* 593, 130–135 (2021). <https://doi.org/10.1038/s41586-021-03398-2>

Wolter N., Jassat W., Walaza S. et al. Early assessment of the clinical severity of the SARS-CoV-2 omicron variant in South Africa: a data linkage study. *Lancet* 2022; 399:437.

Zahradka I., Petr V., Modos I. et al. (2022) Association between SARS-CoV-2 mRNA vaccines and lower infection rates in kidney transplant recipients – a registry-based report. *Ann Intern Med*, 2022 May 3. doi: 10.7326/M21-2973. Online ahead of print.

Zhenkui H., Xing H., Jianguo Z. et al Differences in Clinical Characteristics Between Delta Variant and Wild-Type SARS-CoV-2 Infected Patients. *Frontiers in Medicine*, Vol. 8, 03 January 2022, doi: 10.3389/fmed.2021.792135

Diabetes a chřipka – propletenec vztahů



MUDr. Markéta Kubíčková
Fakultní nemocnice HK

Diabetes mellitus (DM) je nejčastější metabolická choroba, v ČR bylo k 31. 12. 2018 podle NZIS hlášeno celkem 1 018 283 diabetiků, z toho 92 % DM 2. typu. DM je významnou příčinou předčasného úmrtí. Vlivem chronické hyperglykemie dochází u nemocných s DM k celé řadě komplikací, jednak chronických, což jsou cévní změny mikro- a makrovaskulární. Akutními komplikacemi jsou hyperglykemie, hypoglykemie, ale také infekce.

Diabetici jsou více náchylní k infekcím, a tyto mají těžší průběh. Je to způsobeno pravděpodobně přímým vlivem hyperglykemie na imunitní systém. Infekce jsou u diabetiků závažnější a jsou provázeny větší potřebou hospitalizace a vyšším výskytem komplikací. Infekční onemocnění a s ním spojená stresová reakce velmi často vede k dekompenzaci samotného diabetu. Častý je výskyt hyperglykemie s nutností úpravy terapie, ale i naopak může dojít k rozvoji hypoglykemie. U diabetiků závislých na inzulínu je nebezpečná diabetická ketoacidóza.

Konkrétně infekce virem chřipky je ve srovnání s nediatetiky provázena 3–6násobným rizikem hospitalizace, 4násobným rizikem pobytu na JIP, 4násobným rizikem úmrtí na pneumonii a 6× zvýšenou celkovou mortalitou. Naštěstí **chřipce lze předcházet očkováním**, které je u diabetiků účinné a nepředstavuje žádnou větší zátěž. Očkuje se inaktivovanými vakcínami, které jsou navrženy tak, aby byly bezpečné i pro osoby se zdravotními poruchami.

Očkování proti sezonní chřipce je možné indikovat u osob starších 6 měsíců, a to jednou dávkou vakcíny, ideálně **na podzim**, před propuknutím epidemie. Očkuje se každý rok, doporučeny jsou **inaktivované čtyřvalentní vakcíny**, které poskytují širší ochranu proti viru, oproti starším trivalentním obsahují kromě obou subtypů chřipky A také oba kmeny chřipky B. Očkování se doporučuje všem diabetikům, ale i osobám, které jsou s nimi v častém kontaktu (rodinní příslušníci, kolegové v zaměstnání, zdravotníci...). **Očkování je diabetikům plně hrazeno ze zdravotního pojištění.**

V České republice je proočkovanost proti sezonní chřipce překvapivě nízká, u diabetiků představuje pouhých 20,8 %, přestože očkování představuje významný benefit. Klinické studie hodnotící účinnost očkování (např. Vamos et al, 2016) uvádí, **že očkování proti chřipce bylo spojeno s 24% redukcí celkové mortality, redukcí počtu hospitalizací o 19 % pro akutní infarkt myokardu, o 30 % pro cévní mozkovou příhodu, o 22 % pro srdeční selhání a o 15 % pro pneumonii nebo chřipku** v průběhu chřipkové sezony za celé období 7letého sledování u diabetiků 2. typu, kteří byli očkovaní, **oproti neočkovaným.**

Je zajímavé, že pacienti si mnohdy neuvědomují rizika spojená s infekcí virem chřipky. Dokonce jsou rozdíly v postoji mezi muži a ženami, jak ukázala studie MANDIABETES (Garcia, 2017). Diabetici v 90 % případů souhlasí s očkováním, pokud jim to lékař doporučí vzhledem k jejich věku nebo chronickému onemocnění. Nejčastějším důvodem odmítnutí u mužů je, že nevěří, že jsou riziková skupina, a u žen převládá obava z nežádoucích účinků. Z toho vyplývá, že **je potřeba s diabetiky o očkování opakovaně mluvit. To je úkol pro ošetřující lékaře nejen praktické, ale i pro specialisty, kteří o pacienta pečují.**

Lepší informovanost pacientů, doporučení a motivace k očkování by mohla proočkovanost výrazně navýšit a tím pomoci snížit rizika komplikací.

Řešení bezpečnosti dat a sítě v ordinaci



Ing. Martin Horák
CEO, IT specialista

Dnešní překotná doba elektronizace je zdrojem mnoha dat. Každý den vznikají nová data a tím objemy narůstají. Dříve stačilo zálohovat na jednu disketu o kapacitě 1,44 MB, to je v dnešní době více než úsměvné. O odcizení dat se nebylo třeba obávat, protože připojení počítače na internet bylo jen pro vyvolené. V tomto krátkém článku bych chtěl zopakovat jak na zálohování s uvedením konkrétních aplikací a seznámit s projektem aktivní ochrany počítačové sítě.

V ordinacích praktických lékařů je stěžejním zdrojem informací ambulantní program. Doplnkově se jedná o různé skeny, dokumenty anebo výstupy z EKG přístrojů, výsledků laboratoří a jiné. Lékařské programy se ve většině případů samy podbízejí zálohováním na lokální úložiště, např. flash disk, externí disk. Tuto funkci doporučuji využívat jako základní zálohování, které zajistí přístup k archivním patientským datům v důsledku kolapsu počítače. Nezájímá ale ochranu dat před případným vniknutím zloděje do ordinace nebo nenadálé události jako vytopení či vyhoření prostorů ordinace. Z těchto důvodů by se měl uživatel zamyslet, jak data zálohovat pokročilejším způsobem mimo zdi ordinace.

Aplikací pro komplexní zálohování existuje bezpočet, já mohu zmínit tyto dvě aplikace: Synology C2 Backup anebo Acronis Cyber Protect. Jedná se o produkty firem, které jsou na trhu řadu let, a proto se jejich řešení nabízí jako spolehlivá a prověřená. Programy jsou nabízeny řádově v podobných relacích okolo 1000 Kč za rok. Budete se tedy ptát, který produkt je pro vás vhodný. Ve stručnosti – program C2 Backup je zajímavý v tom, že zákazník platí za rezervovaný objem na cloudu a je jedno, zda přidělenou kapacitu zaplní zálohou z jednoho PC anebo z více pracovních stanic. Mohu tedy v rámci jednoho předplatného zálohovat více počítačů. Typicky počítač lékaře, sestry, případně počítač, kde pořizujete pouze EKG. Acronis umožňuje v základní předplacené podpoře instalaci na jedno PC, za příplatek

je možné dokoupení více uživatelů. Jako velkou výhodou programu bych uvedl integrovanou ochranu před ransomware útoky a notifikace e-mailem o provedené/neprovedené záloze.

Pro běžnou ordinaci je předplatné s objemem 500 GB obvykle dostačující. O bezpečnost dat je postaráno šifrováním zálohy. Společnost Synology dokonce dává uživateli na výběr, do kterého datového centra chce data posílat.

V médiích pravidelně slyšíme o mnoha hackerských útocích na různé instituce a je otázkou, jak se dá podobné situaci předcházet. Zásadní je zodpovědné chování a disciplína uživatele. Útočení pachatele pomocí podvodných zpráv je nejjednodušší. S minimálním úsilím rozešle tisíce podvodných zpráv a je velká šance, že se někdo chytne. Ale existují také cílené útoky na počítačové sítě. Proti těmto útokům je už na místě ochrana pomocí firewallu. Pod tímto si můžete představit nějakou krabičku, přes kterou proudí data mezi vnitřní sítí a internetem a řídí se pevně nastavenými pravidly. Existuje ale taky firewall, který má svá pravidla aktualizována výrobcem, který sleduje bezpečnostní hrozby v síti Internet. Protože tato řešení jsou pro běžné malé uživatele cenově nedostupná, podařilo se mi vytvořit pilotní projekt ochrany počítačových sítí v ordinacích lékařů. Protože samozřejmě každý dodavatel se pyšní svými výsledky, máme příslibenou instalaci takového zařízení do „testovací“ ordinace a potom prezentování úspěchů firewallu v následném čísle Practicusu. Pokud by výsledky stran útoků byly znepokojivé, může být hromadný zájem o bezpečnostní řešení adaptivního firewallu důvodem pro získání atraktivní ceny. V jednotě je síla. Přeci jen jako zpracovatelé osobních údajů jste nuceni svěřená data patřičně chránit proti odcizení, ale není to v dnešní době snadné.

A nakonec nepotěšující informace, že investice do bezpečnosti se nikdy nevrátí. Každý týden je evidováno na 500 úspěšných hackerských útoků v rámci ČR s nemalými dopady na chod napadené společnosti.

myHory s.r.o. | Nad Akcízem 1011/4 | 182 00 Praha 8
+420 731 619 783 | martin.horak@myhory.cz www.myhory.cz

Bezpečná distanční komunikace



MUDr. Ondřej Sobotka

Praktický lékař Spořilov, 3. LF

Nová doba a nová nebezpečí na nás v ordinaci kladou nové nároky při distanční komunikaci. Nejedná se tedy jen o elektronickou komunikaci, ale o komunikaci na dálku obecně. Proto se v tomto článku dotknu nejen elektronické komunikace ale i telefonování.

Bezpečně online

Pod online komunikací si dnes většina lidí představí

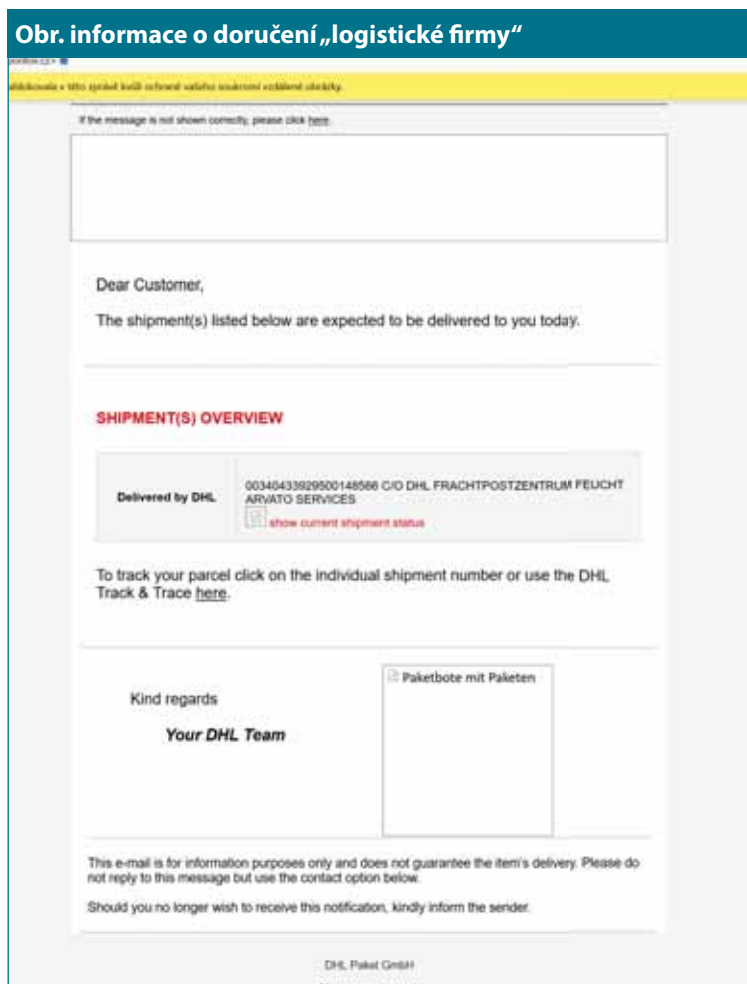
e-mailové služby. Tyto služby jsou zdarma, široce dostupné, využívají je mladí i staří a téměř by se dalo říci, že jsou online komunikačním standardem. Je však velkou otázkou, zda je vhodné tyto služby využívat ve zdravotnictví, a to hned z několika důvodů.

Jsou v podstatě poměrně nespolehlivé. Asi každý z nás zažil situaci, že čekal na odpověď na důležitý e-mail a stále marně. Až po urgencích zjistíte, že odpověď už dávno přišla do tzv. spamového koše – automatického filtru, který má uživatele chránit před nechtěnou poštou.

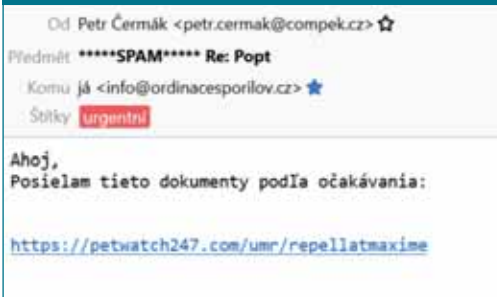
Spamové koše však mají velmi praktický význam. Chrání nás před záplavou nevyžádané korespondence, která je v tom lepším případě jen nevyžádanou reklamou a v tom horším se stává nebezpečím virtuální nákazy pro počítačovou síť naší ordinace. Nelze se tedy divit, že i přes veškeré úsilí antivirových programů je nejčastějším zdrojem zavirování počítače zdravotní sestřička, která omylem klikla na přílohu nebo odkaz v e-mailu.

Některé e-maily mohou vypadat skutečně velmi důvěryhodně. Málokdo ví, jak snadné je poslat e-mail, který bude vypadat jako by byl například od známé a důvěryhodné logistické firmy.

Ale může se jednat i o zdánlivě neškodný odkaz na internet od člověka, se kterým jste právě před krátkou dobou komunikovali a čekáte na jeho odpověď.



Obr. kolegiální email z „dodavatelské firmy“



V takových případech je vhodné raději zvolit další kanál a zeptat se dotyčného, zda skutečně e-mail pochází od něj. Stejný způsob útoku je ale možný i přes SMS nebo i různé komunikační platformy jako např. WhatsApp, Messenger, atd.

Nebezpečí pro počítače ordinace tak představují nejen podezřelé odkazy, ale i přílohy. Po kliknutí na soubor nebo internetový odkaz

se začne do počítače stahovat a instalovat nepřátelský program, označovaný jako vir. Jeho efekt může uživatel v některých případech poznat až po několika měsících. Tyto nechtěné aplikace jsou někdy označovány jako Trojský kůň, podobně jako mytologický dar obyvatelům Tróje, kteří jej s díky přijali. Skrytě však mohou krást citlivé údaje z počítače, rozesílat své klony na všechny kontakty uživatele a tím napadat další počítače. V poslední době se v médiích opakovaně hovoří o tzv. ransomwaru, což je vir, který postupně zašifruje data na počítačích celé sítě a následně žádá uživatele o uhrazení nemalého výkupného, pokud chce data znovu odblokovat.

Problém e-mailů však není jen v tomto nebezpečí, ale i v úvodu zmíněné nespolehlivosti. V době, kdy jsme v ordinaci ještě běžně využívali e-mail pro komunikaci s pacienty, mi přišel e-mail od pacientky, která nebyla u nás registrována a dožadovala se předepsání léků. Až po doptávání jsem zjistil, že moje e-mailová adresa se liší od kolegovy adresy jen v jedné tečce.

Důležité poučení pro personál ordinace je tedy: Neklikat, neklikat a ještě jednou neklikat na podezřelé odkazy v emailech! A ideálně již emailovou komunikaci v ordinaci zcela vyřadit. Emaily skutečně nejsou bezpečným způsobem komunikace pro zdravotnická zařízení v roce 2022. Pro komunikaci mezi zdravotnickými zařízeními je vhodné používat zabezpečená řešení, např. e-zprávu. Pro komunikaci s pacienty pak v poslední době vznikají platformy, které lze obecně označit jako virtuální sestry. Tato řešení jsou svou bezpečností na úrovni internetového bankovníctví a stejně tak uživatelsky příjemná pro pacienty. Dnes by také nikoho nenapadlo psát do banky e-mail. Virtuální sestry řeší hned několik problémů. Dokáží identifikovat pacienta nejen podle čísla pojištěnce, ale i podle dalších kontaktních údajů. Ordinace tak má vyšší jistotu, s kým komunikuje citlivá data

Obrázek rozlišení registrovaného a neregistrovaného pacienta

13. 4. 2022 22:00	Sobotka Ondřej	7706228462	44	Recept
27. 4. 2022 23:36	POKUSNÝ LOJZA	8002039182	42	Recept

Řeší také předávání velmi citlivých dat možností dvojího jistění – pacient musí použít svůj e-mail i kód z SMS zprávy, podobně jako to využívají některé banky pro zaslání výpisů. Samotné heslování souborů s citlivými údaji není v žádném případě dostatečné, protože nejčastěji používané číslo pojištěnce je poměrně snadno dohledatelné v různých veřejných registrech (např. katastr nemovitostí, registr podnikatelů atd.).

Obr. možnost předání citlivých dat s ověřením přes SMS zprávu



Virtuální sestry tedy nabízí bezpečnou, levnou a jednoduchou alternativu k nevhodným e-mailům.

Bezpečně po telefonu

Ani telefonická komunikace není pro ordinaci zcela bez rizika. I zde je to otázka bezpečné identifikace volajícího. Osobně bych se nespolehal na to, že sestra pozná po hlase všech 2000 pacientů z kartotéky. Obecně je třeba dát pozor také na poskytování citlivých informací příbuzným a v ordinaci bychom měli mít vždy podepsaný souhlas pacienta se seznamem jeho kontaktů.

Nyní je k dispozici hlasová služba pro ordinace, která využívá moderní technologii, kde robot – voicebot, vede s pacientem takřka přirozený rozhovor. Voicebot identifikuje pacienta podle čísla pojištěnce a telefonního čísla. Takový hovor trvá trochu déle, ale službu může využít mnoho pacientů najednou a ordinace není omezena počtem živých pracovníků. Jistota identifikace je tím vyšší a přepis požadavku pacienta si lékař může přečíst ve svém rozhraní, kde řeší i další online požadavky.

Na závěr ještě dva tipy pro distanční péči v čase letního zastupování za kolegy. Při vystavování receptů na léky s potenciálem vzniku závislosti lze využít vystavení

receptu bez odeslání kódu SMS zprávou. Pacient si pak recept může vyzvednout pouze tzv. „na občanku“. V ordinaci je vhodné maximálně využívat náhled do lékového záznamu, ze

kterého je zřejmé, kdo naposledy a v jakém množství pacientovi dané léky předepsal.

Přeji Vám nejen během dovolených bezpečné cesty i komunikace!

Aktuální epidemiologická situace pertuse, očkování



prof. MUDr. Petr Pazdiora, CSc.
Ústav epidemiologie LF v Plzni, UK

Pertuse zůstává stále významným onemocněním s celosvětovým rozšířením. Podle posledních dostupných dat z roku 2019 bylo v tomto roce hlášeno přes 18,5 milionu případů onemocnění, 117 000 z nich skončilo (vesměs v rozvojových zemích) úmrtím.

Klíčovým příznakem pro klinickou diagnózu je afebrilní či subfebrilní průběh onemocnění v kombinaci s kašlem, který zvyšuje svou frekvenci a nereaguje na běžnou léčbu, a rýmou, která zůstává vodnatá. S každým dalším symptomem (např. apnoe, paroxysmy kašle, cyanóza, zvracení...) se zvyšuje senzitivita a specifita klinické diagnózy.

Každý lékař by proto měl v rámci diferenciální diagnostiky kašle pomýšlet na pertusi. V případě podezření na tuto diagnózu pacientovi vždy položit otázku, zda v jeho domácnosti nebo v blízkém okolí není malé dítě (novorozenec nebo kojeneček), které může být jeho případným onemocněním pertusi závažně ohroženo! Pokud se pak diagnóza potvrdí, je nutné profylakticky antibiotiky zabezpečit především děti v tomto rizikovém věku, které ještě nemohou být chráněny pravidelným očkováním.

Po inkubační době 7–10 dnů se postupně objevuje katarální stadium trvající 1–2 týdny (atypický kašel, rýma), paroxysmální stadium přetrvávající u neléčených 2–8 týdnů (cyanóza, lymfocytóza, kašel se zvracením, záchvaty kašle v noci) a období rekonvalescence trvající 2–12 týdnů. Včas zahájená cílená léčba tato „učebnicová“ stadia zkracuje, zmírňuje klinický průběh a současně snižuje infekciozitu nemocného, tj. nebezpečí pro blízké kontakty pacienta. Abychom co nejdříve dospěli ke správné diagnóze, je žádoucí používání citlivých laboratorních diagnostických metod. V prvním stadiu je to především přímý průkaz infekčního agens na základě kultivace, případně detekce genomu prostřednictvím PCR. Ve druhém stadiu, kdy většinou přichází teprve pacient k lékaři nebo se začne na pertusi myslet, je třeba už upřednostnit průkaz pomocí PCR, kultivace

už je citlivá jen v omezeném období. V tomto stadiu je možný už též průkaz protilátek, ale sérologický průkaz infekce je v proočkované populaci spolehlivý většinou až po 2. odběru žilní krve s odstupem dalších 10–14 dnů. Vzhledem k rozšíření používání PCR během pandemie covid-19 je žádoucí, aby se tato diagnostika začala plynule využívat i u dalších infekcí (pertuse, spalničky, virové gastroenteritidy apod.).

Epidemiologická situace v Československu, resp. v České republice se v posledních 70 letech významně změnila. Po zahájení očkování došlo k výraznému snížení nemocnosti, bohužel od 90. let minulého století z různých příčin dochází opět k nárůstu nemocnosti. Snížení výskytu, ke kterému došlo díky nejrozdílnějším protiepidemickým opatřením během pandemie covid-19 v letech 2020–2021, bylo jen přechodné a v r. 2022 už opět dochází k nepříznivému trendu výskytu tohoto onemocnění. Důležitou změnou je přesun maximální nemocnosti z dětské populace mezi dospělé. Ke změně došlo v r. 2014 – v r. 2021 už podíl dospělé populace na všech hlášených onemocněních činil více než 80 %, tím se tato infekce stává jednoznačně diagnostickým a léčebným problémem pro praktické lékaře pro dospělé. A i když nejvyšší nemocnost je stále zaznamenávána u dětí do pěti let věku, mohou situaci v těchto dětských věkových skupinách praktičtí lékaři pro dospělé také ovlivnit – prostřednictvím očkování dospělých a zejména očkováním těhotných žen. Těhotné ženy je doporučeno očkovat jednou dávkou kombinované vakcíny proti pertusi, difterii a tetanu (Tdap) během gravidity, ideálně ve třetím trimestru, mezi 27. a 36. týdnem těhotenství – toto očkování se doporučuje při každé graviditě. Při zvažování očkování, resp. přeočkování dospělé populace je třeba mít na zřeteli, že u řady starších lidí, příp. u lidí s komorbiditami, podobně jako např. u chřipky, pneumokokových infekcí, ale i u covid-19, dochází k závažnějším průběhům, vzniku komplikací, delším epizodám kašle s větším počtem nočních záchvatů, potřebě hospitalizace i delšího užívání různých léků. Dokumentováno je to např. u osob s astma bronchiale, ale i u osob s chronickou obstrukční pulmonální nemocí. Samostatným problémem je ale i očkování zdravotnických pracovníků, kdy je efekt z hlediska prevence profesionálních, ale i nozokomiálních infekcí dán vysokou proočkovaností. Při zvažování specifické prevence je žádoucí si také uvědomit, že nakažlivost pertuse je skoro stejně vysoká ($R_0 = 12-17$) jako u spalniček a 2-8x vyšší než u jednotlivých variant SARS-CoV-2! V řadě zemí se doporučuje absolvovat přeočkování proti pertusi v dospělosti min. 1x, připojme se k nim!

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

V souvislosti s válkou v Ukrajině dochází k obrovské migraci, kterou je mj. zasažena i Česká republika. Logicky se proto objevují obavy z možného zavlečení řady infekčních onemocnění do České republiky. Je proto žádoucí poskytovat veřejnosti, ale i zdravotníkům objektivní informace o epidemiologické situaci na Ukrajině, o podílu ukrajinských migrantů na celkových počtech infekčních onemocnění v České republice. Vzhledem k tomu, že migrace začala koncem února, v době značného šíření epidemie covid-19 na Ukrajině i v ČR, očekával se značný podíl Ukrajinců na celkových počtech v ČR i s ohledem na signalizovanou nízkou proočkovanost (kolem 35 %) proti covid-19 na Ukrajině. Údaje Ústavu zdravotnických informací a statistiky toto nepotvrdily, podíl Ukrajinců na počtu onemocnění v ČR se v jednotlivých měsících roku 2022 nezměnil, spíše klesl z lednového 1,4% podílu na dubnových 1,1 %.

Koncem dubna se objevily první předběžné informace o výskytu tuberkulózy v ČR za r. 2021. Nejvyšší prevalence je nadále v Praze a Plzeňském kraji, nejnižší v Olomouckém a Zlínském kraji. I v roce 2021 došlo k dalšímu nárůstu hlášených počtů TBC u osob narozených mimo ČR. Zatímco v r. 2019 byl tento podíl 30,4 %, v r. 2021 už 36,8 %. Podle země narození byla TBC diagnostikována nejčastěji u Ukrajinců a u Rumunů. Tato situace odpovídá nejen podílu osob z těchto zemí

v české populaci, ale i vysoké prevalenci v těchto zemích. Podle mezinárodních údajů bylo v roce 2020 hlášeno na Ukrajině 19 521 tuberkulóz, což odpovídá prevalenci 45/100 000 obyvatel. Znepokojující je i vysoký podíl plicní TBC vyvolané multirezistentními mykobakteriemi. Současně se udává, že 22 % pacientů s TBC je současně HIV pozitivních. Prevalence nákazy je samozřejmě rozdílná v různých částech země, ale i v jednotlivých věkových skupinách. Vzhledem k tomu, že k 2. 5. 2022 byla v ČR udělena dočasná ochrana už 322 822 Ukrajincům (a počty nadále stoupají), dá se zcela zákonitě při delším pobytu těchto osob předpokládat nárůst TBC i v ČR. S rutinními plošnými preventivními vyšetřeními či očkováním této populace nelze počítat, na druhé straně je žádoucí v rámci diferenciální diagnostiky myslet nejen na TBC, ale i na další infekční onemocnění, která jsou na Ukrajině častější.

Epidemiologická situace se průběžně mění, a je proto žádoucí zajistit pravidelnou informovanost všech praktických lékařů pro dospělé o aktuálních změnách.

Literatura dostupná u autora.

inzerce

Prodám zavedenou prosperující ordinaci VPL v Sedlčanech.

2000 reg. pacientů, závodní péče, obrat 3,9 mil Kč. Plánovaný odchod do důchodu.

Po dobu cca 2-3 let mohou pracovat na zkrácený úvazek, není podmínkou.

Kontakt: vladimir.zamostny@seznam.cz, tel:725 975 576

Prodám zavedenou praxi praktické lékařky pro dospělé v Brně Černých Polích,

ulice Durďáková 13. Mám něco pod 2000 pacientů, přepočtených kolem 2600.

Roční obrat praxe je 3.5 milionu. Plánuji odchod do důchodu.

Kontakt: MUDr. Helena Šabatová, tel. 603258404, **mail:** helena.sabatova@gmail.com

Kouření a snížení rizika vzniku onkologických onemocnění



MUDr. Petra Garnolová

Onkologická a paliativní ambulance, Paliativní jednotka
Oblastní nemocnice Příbram

Kouření je činnost, při které je prostřednictvím spalování určité látky, nejčastěji tabáku, uvolňován a následně vdechován či ochutnáván její kouř obsahující pevné částice.

Pod pojmem kuřák si zpravidla vybavíme konzumenta komerčně vyráběných nebo individuálně balených cigaret. Škála forem kouření tabáku se všemi jeho zdravotními riziky je ovšem mnohem širší – zahrnuje doutníky, dýmky, vodní dýmky či jointy a také nejrůznější pomůcky, jako jsou tzv. šlukovky či bongy. Pro všechny je společné spalování tabáku při vysokých teplotách.

Celosvětově se počet kuřáků odhaduje na 1,3 miliardy. V ČR podle statistik kouří asi 3,3 milionu lidí, tedy 36 % populace – mezi dospělými staršími 18 let je 26 % kuřáků, zbytek připadá na děti a mladistvé. Například podle recentně provedené studie začínají děti v Praze kouřit v průměru kolem 10. roku věku a 12 % žáků pražských základních škol jsou kuřáci. To jsou čísla, s nimiž je nepochybně záhodno něco udělat...

Nejde „jen“ o bronchogenní karcinomy

Podle literárních údajů celosvětově v důsledku kouření ročně zemře 4,8 milionu lidí, tři čtvrtiny z nich v zemích s nižšími příjmy. Udává se, že každá vykouřená cigareta zkracuje život o 5 minut.

V ČR je cca 20 % všech úmrtí ovlivněno kouřením, na nemoci s ním spojené umírá 18 000 lidí ročně, z toho 5500 v důsledku karcinomu plic. I když se jedná o nejčastěj-

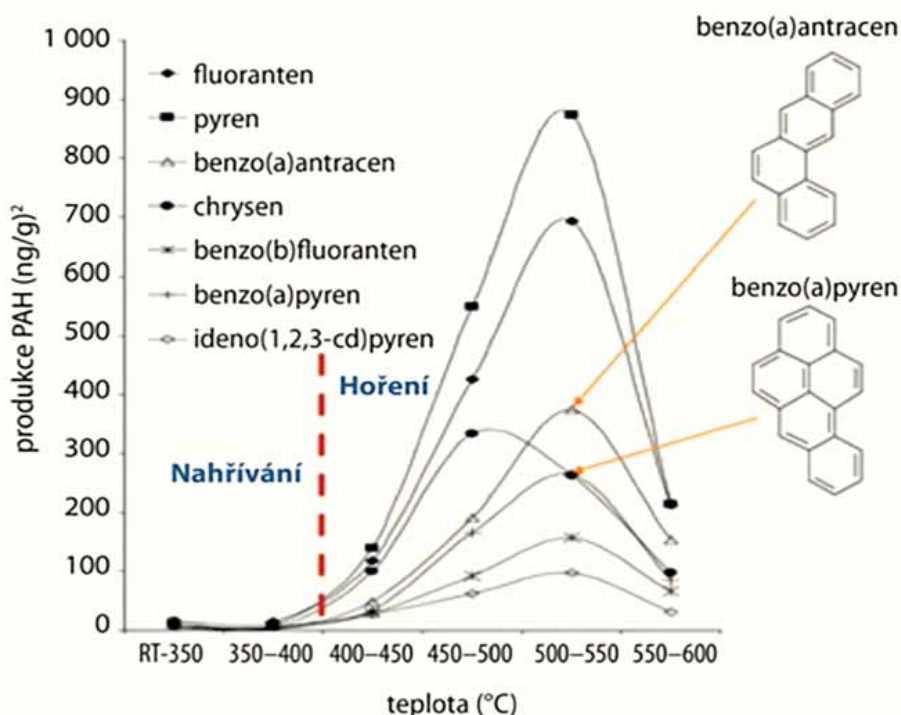
ší zhoubné onemocnění spojené s kouřením tabáku (90 % pacientů s touto diagnózou jsou kuřáci), není bohužel zdaleka jediné.

Kuřáci mají obecně až 25násobně vyšší pravděpodobnost, že během života onemocní karcinomem, v etiologii vzniku tumoru má kouření asi třetinový podíl. Podle údajů Cancer Research UK s ním souvisí nejméně 15 typů zhoubných nádorů – kromě karcinomu plic i karcinomy močového měchýře, kolorekta, pankreatu, ledviny, žaludku či jater. V ORL oblasti a jícnu zvyšuje riziko vzniku zhoubných nádorů kouření v kombinaci s alkoholem – tyto diagnózy jsou proto častěji vidány u pacientů s nižším sociálním statutem.

Celosvětově se bronchogenní karcinom podílí na 20 % všech onkologických úmrtí. V incidenci i mortalitě je nejčetnější malignitou mužů, u žen mu patří třetí místo v incidenci (se stoupající tendencí) a druhé místo v mortalitě (za nádory prsu).

V České republice bronchogenní karcinom vykazuje druhou nejvyšší incidenci (93/100 000 obyvatel) mezi zhoubnými nádory, ročně je hlášeno 6800 nových případů. Jeho nejvyšší výskyt je mezi 70. až 85. rokem věku, ale postupně se přesouvá i do nižších věkových kategorií.

V této souvislosti bych ráda upozornila na skutečnost, že v ČR přibývá karcinomů plic méně typické histologie (adenokarcinomů) u mladších pacientů kolem 40 let věku, nekuřáků, se zdravým životním stylem, nezdědka sportovců. Tyto tumory mají bohužel tendenci rych-



le generalizovat a vytvářet další ložiska v plicích. Proto je záhodno na tuto možnost myslet u osob s protrahovaným kašlem trvajícím déle než 3 týdny, který neodpovídá na léčbu nebo který nejeví jednoznačné známky zánětlivého onemocnění, a provést jim rentgenové vyšetření hrudníku.

Bohužel stále platí, že pět let od stanovení diagnózy karcinomu plic se dožije jen 10 % pacientů – i proto, že pouze 15 % nemocných je zachyceno v časném stádiu, většinou náhodně. Situaci snad zlepší nový screeningový program časného zachytu karcinomu plic, který byl zahájen 1. ledna tohoto roku a v němž hrají praktičtí lékaři velmi důležitou roli zejména v iniciální fázi výběru rizikových pacientů.

Vliv kouření na kancerogenezi

Kancerogeneze je několikafázový děj změny normální buňky na buňku neoplastickou. Za fyziologických

podmínek je obnova buněk velmi pečlivě řízena tak, aby to odpovídalo potřebám celého organismu. Některé buňky se však mohou vymknout kontrole replikace, stanou se autonomními na vnějších signálech kontrolujících jejich dělení, a mění se tak na buňky nádorové.

Monoklonální teorie kancerogeneze předpokládá, že nádor ve fázi iniciace začíná prvotní genetickou událostí, tj. mutací určitého kritického genu v jedné izolované buňce, která tím získává potenciál maligní transformace – ale proces se může v tomto stádiu i zastavit.

Následující fáze promoce trvá měsíce, spíše roky, někdy až desetiletí. Postižené buňky (klon) jsou stimulovány k ještě intenzivnější proliferaci. Intenzita promočních mechanismů musí dosáhnout určitého stupně, aby byl iniciovaný klon stimulován. V této fázi jde proces kancerogeneze zpomalit nebo i zastavit.

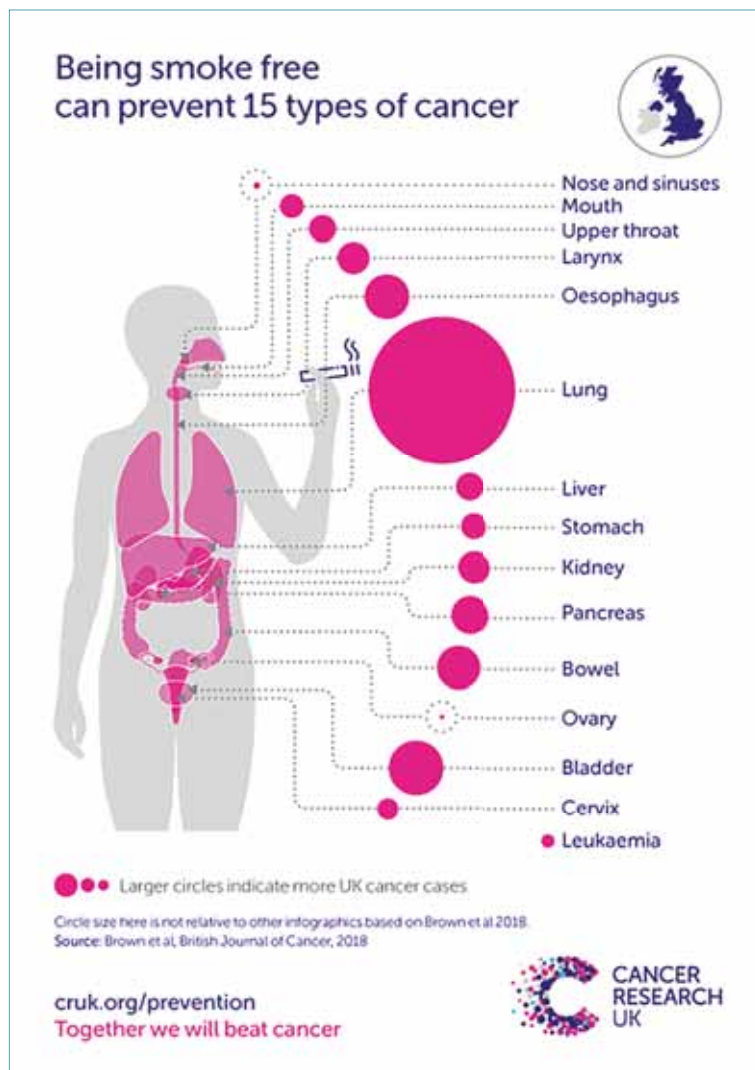
Konečně fáze progresu je charakterizována dalším postupným nahromaděním genetických změn. Dochází k nekontrolovanému růstu v důsledku trvalé aktivace signální transdukce růstového stimulu, k alteraci kritických bodů buněčného cyklu a deregulaci DNA (transkripčních faktorů).

Nádor zůstává nejprve v místě svého vzniku, ale aktivací dalších faktorů se začne šířit do nejbližšího okolí (invaze) a cestou krevního oběhu na místa vzdálená (metastázy). Důležitou podmínkou pro růst nádoru je dostatečný přísun živin a kyslíku, který musí být zajištěn vytvořením cévního zásobení (nádorová neoangiogeneze).

Cigaretový kouř vznikající hořením tabáku obsahuje přes 6000 identifikovaných složek, více než 100 z nich je klasifikováno jako škodlivé nebo potenciálně škodlivé. Především se jedná o tzv. tabákově specifické N-nitrosaminy (TNSA), polycyklické aromatické uhlovodíky (PAU) a izotopy olova. Kancerogeny se z kouře vstřebávají transdermálně, trávicím i respiračním traktem. Vstřebávání TNSA je násobně urychleno alkoholem – odtud již zmíněný negativní synergický efekt abúzu alkoholu a kouření tabáku. Účinek kancerogenů je kumulativní, tzn. že negativní vlivy na genom se sčítají.

Kromě toho mají složky cigaretového kouře také iritační účinek na sliznice, důsledkem je chronický zánět s permanentní rizikovou proliferací potencující kancerogenezi.

Riziko vzniku karcinomu je velmi vysoké od hranice přibližně 150 000 cigaret vykouřených v průběhu života. Vypadá to jako



ohromné číslo, ale odpovídá to spotřebě jedné krabičky denně po dobu 20 let – ten, kdo začal pravidelně kouřit ve dvaceti, tedy hranici svých rizikových 150 000 cigaret překročí již ve 40.–45. roce života.

Druhou možností je výpočet rizika pomocí tzv. balíčkoroků. Jeden balíčkorok znamená, že člověk kouřil po dobu 1 roku 1 krabičku cigaret denně (nebo 2 krabičky po dobu půl roku, nebo půl krabičky po dobu 2 let apod.). Když u konkrétního člověka přičteme k jeho věku počet jeho balíčkoroků a získáme číslo vyšší než 70, je jeho individuální riziko vzniku karcinomu plic velmi vysoké.

Pokud pacient přestane kouřit, riziko vzniku karcinomu se mu významně sníží po 10 letech nekuřáctví.

Plíce s tumorem



Plíce kuřáka a nekuřáka



Kouření a komplikace onkologické léčby

K nekouření – nebo alespoň k výraznému omezení kouření – je třeba motivovat i ty kuřáky, kteří již karcinodem onemocněli. Kouření totiž významně komplikuje jejich onkologickou léčbu. V případě chirurgického výkonu mají vyšší riziko spojené s podáním anestezie, hrozí jim více pooperačních komplikací a infekcí, mají i zhoršené hojení jizvy. Při radiační terapii kouření zhoršuje její nežádoucí účinky v podobě zánětů plic i v dutině ústní, suchosti v ústech, nechutenství a hubnutí. Totéž platí i pro chemoterapii, během níž kouření zhoršuje celkový výkonnostní stav, zvyšuje riziko infekcí a prohlubuje nechutenství.

Dlužno přiznat, že během onkologické léčby řada pacientů skutečně svou spotřebu cigaret výrazně sníží – není jim během ní dobře, navíc se mnozí nepochybně zalekli své diagnózy. Bohužel po léčbě, pokud se jejich stav zlepšil a prognóza se zdá být dobrá, se většinou ke kouření zase vrací.

Riziko, které nelze eliminovat, můžeme aspoň snížit

Přestat kouřit není pro kuřáka jednoduché, je to závislost jako na jakékoli jiné droze. Každý lékař by proto měl svého pacienta kuřáka opakovaně edukovat o rizicích kouření, nabídnout mu pomoc s odvykáním a motivovat jej k zanechání kouření. Ideální je nasměrovat jej do některé ze specializovaných ambulancí, jejichž péče vykazuje při odvykání kouření dlouhodobě nejvyšší efektivitu. Kontakty je možno vyhledat třeba na webových stránkách Národní linky pro odvykání kouření (www.bezsigaret.cz) – odkaz na ně je užitečné poskytnout i samotným pacientům.

Jsou kuřáci, kteří se opravdu snaží dosáhnout svého i našeho společného cíle, tedy zanechat kouření, a kteří profitují z léčby své závislosti či z nikotinové substituční terapie. U jiných je však záhy jasné, že nejsou schopni nebo ochotni se cigaret vzdát – ne proto, že by byli, řekněme, méně inteligentní, ale proto, že jejich závislost je příliš silná a vůlí jen těžko ovlivnitelná. U takových pacientů není chybou nasměrovat je alespoň k méně škodlivým alternativám užívání tabáku, které v současné době představují elektronické cigarety nebo výrobky s nahříváním tabákem. Takový postup je v souladu s doporučeními mezinárodních autorit i SVL ČLS JEP a je založen na důkazech.

Produkce kancerogenů a dalších škodlivých látek prokazatelně souvisí s teplotou hoření tabáku. Od 400–450 °C se prudce zvyšuje a kulminuje kolem 500–550 °C. Podle studie provedené americkým Úřadem pro kontrolu léků a potravin (FDA) v r. 2017 alternativní zařízení, která tabák nespalují, ale pouze nahřívají při teplotách nižších než 350 °C, produkují oproti referenční cigaretě významně méně všech 18 sledovaných škodlivých a kancerogenních sloučenin (o > 90 %) včetně akroleinu (o > 90 %), benzo(a)antracenu (o > 90 %), formaldehydu (o > 80 %) či nitrosaminů (o > 92–98 %).

Své validační toxikologické studie aerosolu vznikajícího v zařízení pro nahřívání tabáku oproti cigaretovému kouři provedly i Světová zdravotnická organizace (9 toxikantů, snížení o ~ 95 %) či Health Canada (44 toxikantů, snížení o ~ 95 %).

Proběhly i nezávislé studie věnované cíleně kancerogenům, konkrétně International Association of Cancer Registries (12 sledovaných sloučenin, snížení o 97 %) a FDA (29 sloučenin, snížení o 93 %), dále kardiovaskulárním toxikantům (FDA, 8 sloučenin, snížení o 92 %), respiračním toxikantům (FDA, 18 sloučenin, snížení o 92 %) a toxikantům ovlivňujícím reprodukci a vývoj plodu (FDA, 7 sloučenin, snížení o 94 %).

Na základě předložených důkazů americký Úřad pro kontrolu potravin a léčiv (FDA) výrobky s nahříváním tabákem schválil jako tzv. „tabákový výrobek s modifikovaným rizikem, s prohlášením o snížené expozici“.

Boj proti kouření tabáku a jeho zdravotním následkům je nekončící proces. Ale každý člověk, kterého zachráníme nebo alespoň významně snížíme jeho riziko, za tu námahu určitě stojí.

Využití ezetimibu v léčbě dyslipidemií



prof. MUDr. Michal Vrablík, Ph.D.
předseda České společnosti pro aterosklerózu

Diagnostika a léčba dyslipidémie bezesporu patří do rukou lékaře primární péče. Dyslipidémie jsou bohužel masově se vyskytující poruchy metabolismu, které nemohou být v nejplošnějším populačním měřítku řízeny specializovanými centry. Tam by měli být sledováni pacienti, kteří mají vzácnější formy například monogenně děděných familiárních dyslipidemií. Většina nemocných, kteří mají poruchu plazmatických lipidů, bude patřit do rukou praktického lékaře.

Jak správně léčit DLP v roce 2022

Pro upravení metabolismu lipidů máme doporučené cílové hodnoty, které zůstávají stejné od roku 2019. LDL cholesterol je dlouhou dobu primárním léčebným cílem. Non-HDL cholesterol a apoB se objevují v posledních doporučeních jako vhodné markery a primární léčebné cíle zejména u osob s inzulinovou rezistencí, které mají vyšší hladiny triglyceridů a mají například

metabolický syndrom. U těchto pacientů představuje LDL cholesterol mnohem méně citlivý marker, a proto doporučené postupy uvádí, že bychom měli non-HDL a apoB považovat za primární léčebný cíl.

V současné době se při úvahách o managementu dyslipidémie prosazují poznatky, které vycházejí z bohaté literatury a podporují dosahování cílových hodnot opravdu razantně a co nejčasněji. Tímto přístupem budeme kopírovat experimenty přírody, které nám ukazují, že osoby, které mají z genetických příčin nižší koncentrace plazmatických lipoproteinů, mají výrazně snížené riziko IM a dalších aterosklerotických cévních příhod.

Jak se nám daří dosahovat nových cílových hodnot

Stále se nedostatečně zlepšujeme v procentu pacientů, které přivedeme k doporučeným léčebným cílům. Můžeme namítnout, že je to pravděpodobně proto, že se léčebné cíle stávají stále ambicióznějšími, což je částečně pravda. Faktem je, že část nemocných nepřivedeme ani s využitím všech dostupných léčebných modalit ke stanoveným léčebným cílům. Na druhé straně část těchto nepříznivých výsledků epidemiologických pozorování (od nás i ze zahraničí) je důsledkem faktorů, které ovlivnit můžeme. Je to nedostatečná eskalace, titrace terapie, nedostatečné využívání kombinačních léčebných režimů. Jako bychom stále nevěřili, že kombinace hypolipidemik přináší našim pacientům benefit.

Nejúčelnější a nejvíce dostupnou kombinací hypolipidemik je kombinace statinu s ezetimibem, která přinese benefit v podobě snížení aterogenních lipidů a především v redukci cévního rizika.

Co dělat

Je důležité snažit se o co nejrazantnější ovlivnění všech parametrů dyslipidémie s ohledem na primární léčebné cíle (LDL, non-HDL, apoB).

Poslední DP pro prevenci KV onemocnění uvádějí, že pravděpodobně nejzdravější je středomořský stravovací rámec a životní styl, nejen jako prevence KV onemocnění, ale i jiných chronických nepřenositelných onemocnění včetně onkologických. Jak primárního léčebného cíle dosáhnout,

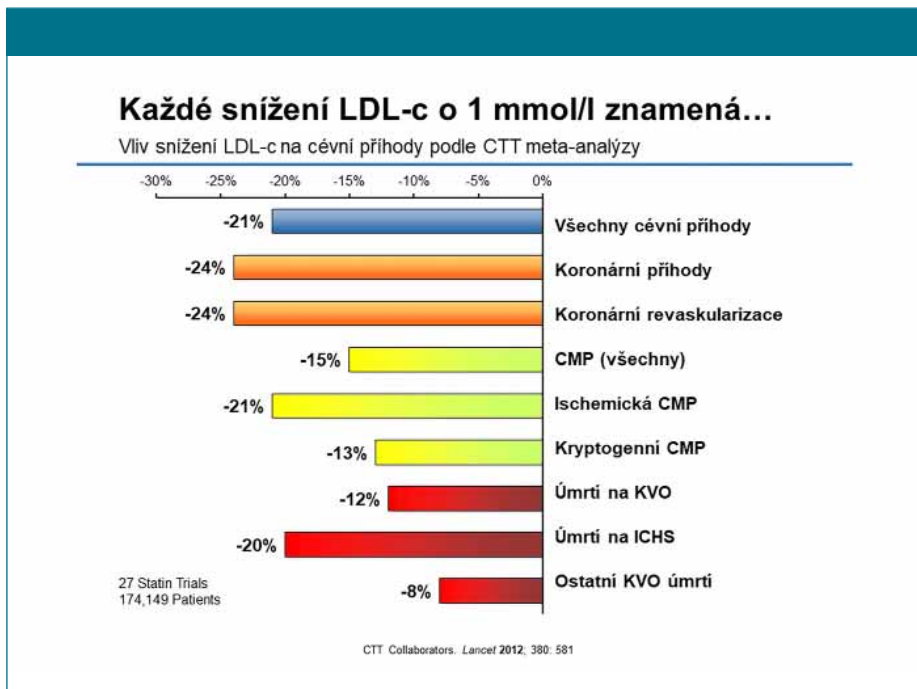
Cílové hodnoty sérových lipidů podle rizika dle EAS/ESC 2019 i ČSAT 2019

Riziko	Nízké	Středně zvýšené	Vysoké	Velmi vysoké	Extrémní*
LDL-C (mmol/l)	< 3,0	< 2,6 a snížení o nejméně 50 % hodnot před léčbou	< 1,8 a snížení o nejméně 50 % hodnot před léčbou	< 1,4 a snížení o nejméně 50 % hodnot před léčbou	< 1,0
Non- HDL-C (mmol/l)*	< 3,8	< 3,4	< 2,6	< 2,2	< 1,8
apoB (g/l)	-	< 1	< 0,8	< 0,65	-

* cílové hodnoty non-HDL-C jsou vždy o 0,8 mmol/l vyšší než příslušná cílová hodnota LDL-C
*Extrémní riziko je definováno jako výskyt opakované KV příhody do dvou let od první takové události u pacienta již léčeného statinem

EAS/ESC guidelines for diagnosis and treatment of dyslipidaemia, 2019, Stanovisko ČSAT 2019

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



respektovat spolumožhodování pacienta o jeho léčbě. V tuto chvíli bychom měli začít uvažovat o kombinační terapii. Mluvíme-li o kombinaci k prohloubení LDL snižujícího efektu statinů, pak je ezetimib jako vysoce selektivní intestinální inhibitor vstřebávání cholesterolu první molekulou volby. Tato molekula není nová, je k dispozici více než 15 let. Je to čistě selektivní inhibitor, nikdy se nepodaří zcela zablockovat intestinální resorpci cholesterolu. Inhibuje vstřebávání prostřednictvím interakce se specifickým přenašečovým proteinem (Niemann PickC1-Like 1) v kartáčovém lemu enterocytů. Je třeba zdůraznit, že se nejedná o intestinální

když se zaměříme na farmakoterapii? Silný statin bude základem léčebných opatření a budeme se zamýšlet nad tím, jak ho zkombinovat s dalšími léčebnými modalitami, abychom pacientům prospěli co nejvíce. Přibývá možností, které vedou ke snížení LDL (pryskyřice, ezetimib, PCSK9i). Ke zvýšení HDL je potřeba pohyb a redukce hmotnosti, zatím není k dispozici žádná farmakoterapie, která by izolovaně zvyšovala HDL, a příznivě tím ovlivňovala cévní riziko. Ke snižování TG máme fibrát, omega-3MK a další nové možnosti.

Používejme vysoce intenzivní léčbu statinem. U všech tolerantních pacientů bychom měli titrovat léčbu nejúčinnějšími statinovými molekulami, tedy atorvastatinem a rosuvastatinem tak, abychom dosáhli alespoň 50% redukce LDL cholesterolu. Pacient by měl užívat alespoň 40 mg atorvastatinu, případně 20 mg rosuvastatinu. Vysoce intenzivní statinová terapie, která by měla být indikována všem, kteří nemají potřebnou cílovou hladinu svého LDL cholesterolu při méně dávkované statinové terapii nebo při zavedení režimových opatření.

Co můžeme pro pacienty udělat dále? Můžeme titrovat statinovou terapii do maximálních dávek. Problém je, že prohloubení LDL snižujícího efektu při zdvojnásobení dávky je přibližně na úrovni 6-10 % u nejlépe reagujících pacientů. Druhým problémem je rostoucí počet pacientů, kteří netolerují zvyšování dávek statinů. Třetí skupinou jsou informovaní pacienti, kteří si nepřejí užívat maximální dávku statinů a jejím nasazením riskujeme non-adherenci pacienta. Měli bychom

blokátor vstřebávání, jde skutečně o inhibici cholesterolu transportu. Na jednu stranu je to velmi výhodné, protože tím se omezují a výrazně limitují nežádoucí účinky, na druhé straně nemůžeme pacientům slíbit, že blokadou absorpce cholesterolu dojde k nějakým dalším pozitivním vedlejším účinkům, jako je redukce hmotnosti. Mechanismus účinku ezetimibu je podobný jako u všech ostatních strategií, které se ukázaly být efektivní v prevenci kardiovaskulárních příhod. Snížením absorpce cholesterolu ve střevě dochází k jeho snížené koncentraci v portální žile, na to zareaguje hepatocyt zvýšenou poptávkou, ale aby ji uspokojil, musí vystavit větší množství receptorů pro LDL částice na svém povrchu. Takže vlastně konečný mechanismus účinku ezetimibu není pokles absorpce cholesterolu ze střeva, ale zvýšené vychytávání LDL částic prostřednictvím zvýšené denzity LDL receptorů, což je mechanismus, který je identický s koncovým mechanismem účinku statinů nebo PCSK9i.

Ezetimib: vlastnosti

Bylo zjištěno, že všem vyhovuje uniformní dávkování. 10 mg ezetimibu snižuje absorpci cholesterolu (o 54-65 %) a fytoosterolů v tenkém střevě (bez vlivu na vstřebávání tuků ADEK, triglyceridů ad.). Maximální účinnost ezetimibu je v dávce 10 mg denně. Ezetimib má výrazný enterohepatální oběh, takže jeho systémová expozice je velmi malá, což je další důvod, proč pacienti léčbu velmi dobře tolerují.

Ezetimib: mechanismus účinku

Ezetimib funguje na dvou místech, kde je významná exprese specifického přenašečového systému – ve stěvních stěnách, ale také na lumenální povrchu biliárních duktů.

Kolik ezetimibu stačí?

Doporučené dávkování ezetimibu jednou denně vede k maximálně přibližně 20% poklesu hladin LDL cholesterolu. Zajímavé je, že i snížení dávky na 5 mg může u citlivých lidí způsobit něco mezi 10-15% poklesem.

Ezetimib v monoterapii

Ezetimib lze použít v monoterapii i v kombinaci. Dle dostupných dat monoterapie ezetimibem může snížit LDL cholesterol až o zhruba 20 %. Problém je, že monoterapie ezetimibem může krátkodobě cholesterol takto snížit, ale hepatocyt je schopen na sníženou dodávku cholesterolu portální krví reagovat zvýšením endogenní produkce cholesterolu. Játra začnou produkovat mnohem větší množství VLDL částic, na jejichž konci biochemické přeměny intravaskulárně stojí znovu LDL částice. Většinou není efekt větší než 10% pokles LDL-C, neboť efekt ezetimibu limituje zvýšení endogenní syntézy cholesterolu v hepatocytu (tu je třeba inhibovat statinem).

Když statin nestačí: přidejte ezetimib

Je doporučeno (pokud je to jen trochu možné) používat ezetimib v kombinačních hypolipidemických režimech, kde nabízí velmi uniformní aditivní snížení LDL cholesterolu o další pětinu. Je zajímavé, že takto funguje se všemi dostupnými statiny. V ČR jsou dostupné i fixní kombinace a vždy můžeme počítat se zhruba 20% snížením LDL cholesterolu.

Jak podávat statiny s ezetimibem

V dřívějších dobách panovalo přesvědčení, že je účelné podávat základní nízkou dávku statinu a k ní přidávat ezetimib, protože biochemický efekt bude stejný. V následném výzkumu bylo ale zjištěno, že preventivní působení je u vyšších dávek statinů významnější. Abychom se nepřipravili o tento efekt, je doporučeno titrovat léčbu statinem do vysoké intenzity (u těch, kteří ji dobře tolerují) a teprve potom přidávat ezetimib.

U intolerantních pacientů je potřeba někdy využít dokonce tzv. alternativních dávkovacích schémat. Podávají se velmi malé dávky statinů, např. 5 mg rosuvastatinu ob den, 5 mg atorvastatinu ob den, 80 mg fluvastatinu 2-3x týdně. Kombinace s ezetimibem může u těchto citlivých lidí (kteří ve velké míře reagují na titraci statinů nežádoucími účinky, protože mají zpomalený metaboli-

smus) být efektivní. V zásadě i velmi nízká dávka u nich způsobí takovou plazmatickou koncentraci, která je odpovídající střední dávce u dobře tolerantního pacienta. Velmi často kombinace velmi nízké dávky (podávané např. v alternativním dávkování) při kombinaci s ezetimibem má dobrý biochemický efekt.

Jaké má ezetimib důkazy pro to, že kromě lipidogramu ovlivňuje příznivě i kardiovaskulární morbiditu a mortalitu

Ve studii SHARP se ezetimibu v kombinaci se simvastatinem podařilo snížit výskyt cévních příhod o 17 %. Studie SHARP byla prováděna u nemocných s renální insuficiencí, dokonce i u dialyzovaných. Je prokázáno, že ezetimib je u nemocných s renálními onemocněními bezpečný a účinně snižuje i cévní riziko v kombinaci se statinem.

Studie IMPROVE-IT potvrdila, že ezetimib nejenom snižuje hladiny aterogenních lipidů a především ovlivňuje cévní riziko. Ezetimib/simvastatin snížil výskyt případů nefatálního IM a nefatální CMP oproti samotnému simvastatinu. Další analýzy studie IMPROVE-IT ukázaly pronikavější efekt ve skupinách nemocných, kteří vstupovali do studie s ještě vyšším rizikem (např. pacienti s DM), než byl průměr (ve studii byli všichni nemocní s ICHS, s anamnézou AKS). Čím vyšší je cévní riziko na začátku a čím vyšší je snížení koncentrací LDL a dalších aterogenních lipoproteinů, tím větší benefit můžeme nemocnému nakonec poskytnout.

Bezpečnostní profil ezetimibu

Výskyt nežádoucích účinků je velmi nízký, jak ve studiích, tak i v klinické praxi a tolerance ezetimibu je velmi dobrá. Svalové symptomy se u ezetimibu vyskytují velmi zřídka a často se vyskytují u těch, kteří měli negativní zkušenost se statiny, a spojují tak všechna lipolipidemika do jedné skupiny.

Benefit statinů a ezetimibu ve srovnání

Každý 1 mmol LDL cholesterolu a jeho redukce připravuje nemocného o 20-25 % cévního rizika.

Pro koho ezetimib?

Určitě pro všechny s vysokým nebo velmi vysokým rizikem, kteří nejsou v cíli s maximální dávkou statinů. Nemohou/ nechťejí užívat maximální/ potřebnou dávku statinu. Mají sitosterolemii. Mají dostat novou léčbu PCSK9 inhibitory.

Co když se LDL sníží hodně

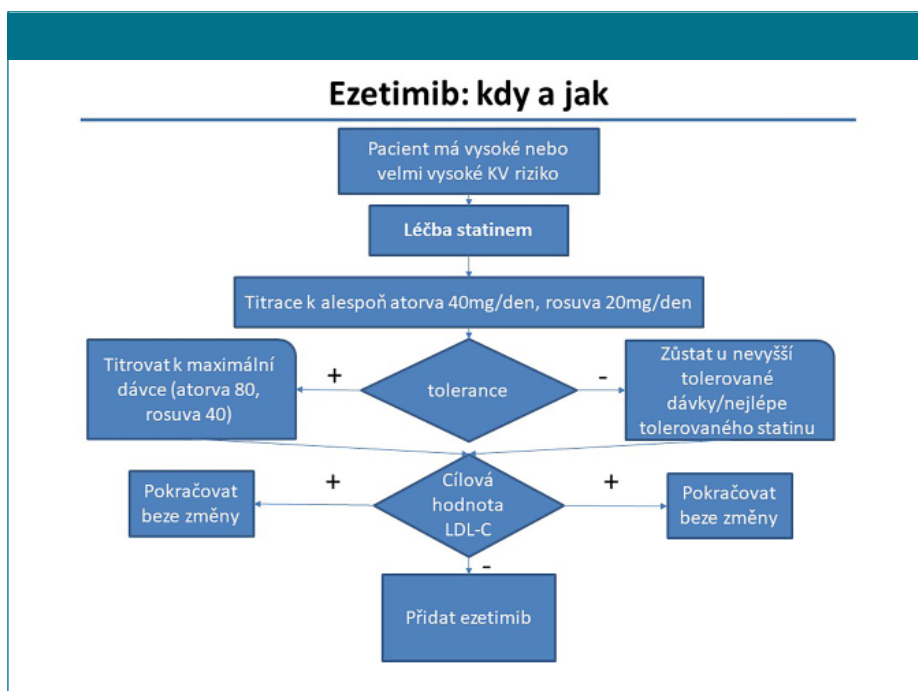
Velmi nízké hladiny LDL-C = další snížení rizika. LDL cholesterolemie pod 1 mmol/l neškodí.

Ezetimib: kdy a jak

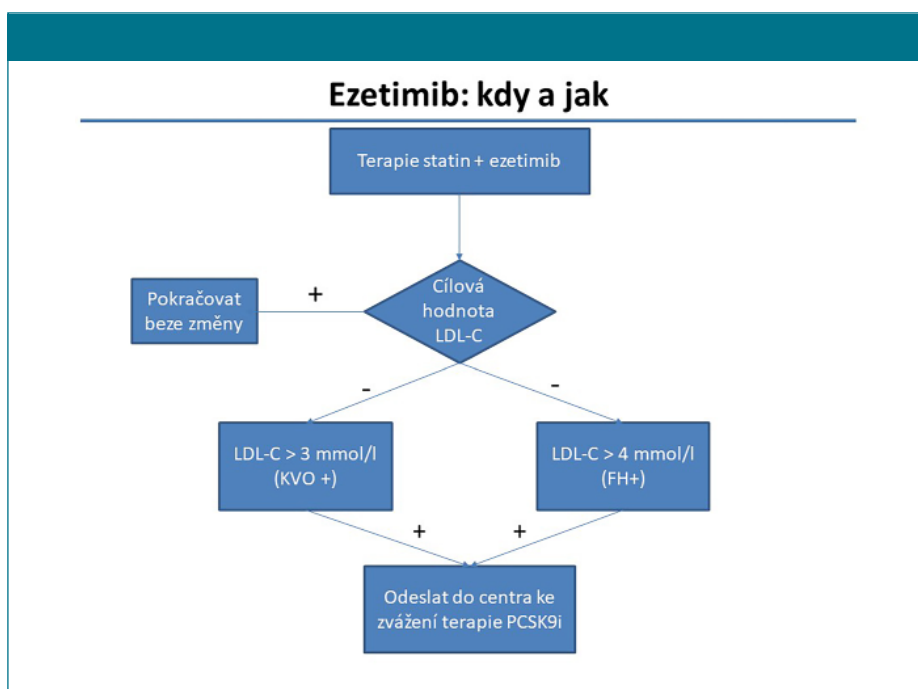
Ezetimib je hrazen u nemocných adherujících k dietním opatřením i ke stávající hypolipidemické léčbě, u kterých nelze dosáhnout cílových hodnot LDL-cholesterolu při použití vysoce intenzivní statinové terapie v maximální tolerované dávce nebo v případě statinové intolerance. Vysoce intenzivní statinová terapie je definována jako

terapie maximální tolerovanou dávkou atorvastatinu nebo rosuvastatinu, v případě prokázané intolerance obou pak maximální tolerovanou dávkou jednoho jiného statinu.

SUKL dále zrušil preskripční omezení, tj. léčivé přípravky s obsahem ezetimibu mohou předepisovat všechny lékařské odbornosti, včetně VPL.



Z přednášky prof. MUDr. Michala Vrablíka, Ph.D. zpracovala MUDr. Markéta Pfeiferová Mladí praktici



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

Účinnost a bezpečnost fixní kombinace olopatadinu a momethasonu v nosním spreji v léčbě sezónní alergické rýmy

Pacienti s alergickou rýmou vyžadují léčiva s rychlým nástupem účinku a jeho dlouhodobým trváním. Kombinace intranazálních antihistaminik a kortikoidů se osvědčila již v minulosti. Účinnost a bezpečnost fixní kombinace olopatadinu a momethasonu v nosním spreji (GSP301) hodnotila níže prezentovaná studie týmu amerických autorů.

Metodika a průběh studie

Do multicentrické dvojité zaslepené randomizované klinické studie fáze III bylo zařazeno celkem 1180 pacientů (průměrný věk 39,3 roku) starších ≥ 12 let se sezónní alergickou rýmou. Randomizováni byli do 4 skupin k užívání:

- fixní kombinace 665 μ g olopatadin-hydrochloridu + 25 μ g momethason-furoátu (GSP301)
- 665 μ g olopatadinu
- 25 μ g momethasonu
- placebo

Léčba byla podávána intranazálně ve formě nosního spreje (2 vstřiky do každé nosní dírky 2x denně) během jarní pylové sezóny. Po úvodní placebové fázi trvající 7–10 dní následovala 15–17denní léčebná fáze. Všichni pacienti se s alergickou rýmou léčili ≥ 2 roky, přičemž reakce na daný alergen byla potvrzena kožním prick testem.

Vylučovací kritéria byla následující:

- nosní polypy nebo klinicky významná malformace, onemocnění nebo infekce dýchacích cest
- recentní nosní biopsie, trauma nebo chirurgický výkon
- významná atopická dermatitida
- akutní nebo významná chronická sinusitida
- chronická purulentní retronazální sekrece (zadní rýma)
- medikamentózní rinitida
- akutní plicní onemocnění nebo infekce (např. bronchitida, pneumonie či chřipka)
- respirační infekce během úvodní fáze studie

Sledovanými parametry byly změny reflektivního (tj. za posledních 12 hodin) skóre nosních a očních příznaků (rTNSS – *reflective Total Nasal Symptom Score* a rTOSS – *reflective Total Ocular Symptom Score*), okamžitého (tj. za posledních 10 minut před podáním další dávky) skóre nosních a očních příznaků (iTNSS – *instantaneous Total Nasal Symptom Score* a iTOSS – *instantaneous Total Ocular Symptom Score*) v dopoledních a odpoled-

ních hodinách. Dále byla sledována doba do nástupu účinku, skóre nosních příznaků hodnocených lékařem (PNSS – *Physician-assessed Nasal Symptom Score*), specifická kvalita života a nežádoucí účinky.

Výsledky

Studii dokončilo celkem 1126 pacientů. Většina z nich měla vstupně středně závažné nosní a oční symptomy alergické rýmy.

Během 14denního užívání GSP301 došlo ke zlepšení dopoledního i odpoledního rTNSS v porovnání s placebem (rozdíl průměru nejmenších čtvrců $-0,98$; 95% interval spolehlivosti [CI] $-1,38$ až $-0,57$; $p < 0,001$) i olopatadinem ($p = 0,003$). Statistické významnosti se přiblížilo i v porovnání s momethasonem ($p = 0,059$). Významného zlepšení bylo při léčbě GSP301 dosaženo také z hlediska dopoledního i odpoledního iTNSS v porovnání s placebem i s každou z monoterapií (všechna $p < 0,05$). V porovnání s placebem zmírnila léčba GSP301 také jednotlivé nosní příznaky, celkové oční příznaky (rTOSS a iTOSS), kvalitu života (všechna $p < 0,01$) i PNSS ($p < 0,001$).

Nástup účinku GSP301 byl prokázán po 15 minutách, tedy významně dříve než v případě podání placebo či některé ze složek přípravku v monoterapii, a tento rozdíl přetrvával při každém následujícím měření. Nežádoucí účinky (většinou mírné nebo středně závažné) byly pozorovány u 12,9% pacientů s GSP301, 12,5% pacientů s olopatadinem, 7,1% s momethasonem a 9,4% s placebem.

Závěr

Fixní kombinace antihistaminika olopatadinu (s rychlým nástupem účinku) a kortikosteroidu momethason-furoátu (poskytujícího dlouhodobou úlevu) podaná 2x denně ve formě nosního spreje se ukázala jako účinná a bezpečná v léčbě sezónní alergické rýmy u dospělých a dospívajících pacientů starších 12 let.

(mafi)

Zdroj: Hampel FC, Pedinoff AJ, Jacobs RL, et al. Olopatadine-mometasone combination nasal spray: evaluation of efficacy and safety in patients with seasonal allergic rhinitis. *Allergy Asthma Proc* 2019; 40 (4): 261–272, doi: 10.2500/aap.2019.40.4223.

Vytvořil MeDitorial

Uskřinutí vnitřní kýly



MUDr. Jiří Sehnálek

Chirurgická klinika Pardubické nemocnice - Nemocnice pardubického kraje, a.s.

Úvod

Zatímco vnější břišní kýly jsou jedním z nejčastějších chirurgických onemocnění vůbec, vnitřní kýly jsou velmi vzácné. Podkladem pro vnitřní břišní kýlu je preformovaný otvor či výchlupka peritonea, do které se vsune orgán břišní dutiny.

Klinický obraz vnitřní kýly bývá v neakutním období velmi chudý. Jsou to například intermitentní kolikovitě bolesti či svíravý břišní diskomfort. Pokud se kýla uskřine, rozvíjí se postupně ileózní stav se všemi svými projevy, jako je zástava větrů a stolice či zvracení. Mnohdy bývá velký rozpor mezi velkými subjektivními steskami pacienta a relativně chudým fyzikálním nálezem na břiše. Také ultrazvukové vyšetření na počátku ileózního stavu, než dojde k dilataci střeva, nemusí být průkazné. Definitivní diagnóza je pak stanovena během operační revize.

Obrázek 1: CT břicha – koronární řez



V kazuistickém sdělení níže se zabýváme raritní vnitřní kýlou vzniklou na podkladě vrozeného otvoru v mesenteriu.

Kazuistika

Na chirurgickou ambulanci se dostavila 35letá pacientka pro křečovitě bolesti břicha trvající asi jednu hodinu. Bolesti situovala spíše do pravého podbříšku. Nezvracela, stolice byla naposledy v den vyšetření – obvyklá, dysurie negovala, předešlého dne byla preventivně vyšetřena obvodním gynekologem bez patologického nálezu. Co se týče osobní anamnézy, pacientka prodělala akutní pankreatitidu před 15 lety, dále byla léčena pro hypotyreózu, jinak bez významností. Operována doposud nebyla.

Během odebírání anamnézy ležela schvácená na levém boku, při vyšetření pohmatem bylo břicho difuzně palpačně citlivé s maximem v pravém boku, bez známek peritoneálního dráždění, per rectum vyšetření bylo bez pozoruhodností. Na ultrazvuku břicha dominoval nález v malé pánvi, kde radiolog popisoval suspektní zánětlivé změny apendixu, který byl uložen až téměř u dělohy. V rámci diferenciativní diagnostiky ale nemohl vyloučit ani gynekologickou příčinu obtíží. Zánětlivé markery v krevním odběru byly negativní.

Pacientka byla odeslána na gynekologickou ambulanci, tam vyšetřena s negativním nálezem. Spasmoanalgetika (Novalgin, Buscopan) podaná ještě na chirurgické ambulanci byla bez efektu, stěžovala si na nauzeu a zástavu odchodu větrů. Po domluvě byla pacientka před pátou hodinou ranní hospitalizována na gynekologickém oddělení. Za hospitalizace na gynekologii došlo k progresi obtíží. Byl opakován vaginální UZ dělohy (vstupní byl negativní), kde byla popsána pouze volná tekutina v malé pánvi. Bolesti nereagovaly na analgetickou terapii (Tralgit, Paracetamol, Buscopan). Okolo šesté hodiny ranní byla pacientka konziliárně vyšetřena chirurgem, břicho

Obrázek 2



bylo palpačně bolestivé v celém podbříšku s maximem ve středu, kde bylo neprohmatné, bez vyjádřených známek peritoneálního dráždění. Bylo doplněno CT břicha s intravenózně podanou kontrastní látkou, kde byl popsán ileózní stav na kličkách tenkého střeva pravděpodobně při volvulu (obr. 1). Na základě tohoto nálezu byla pacientka indikována k urgentní operační revizi.

Při operační revizi byly nalezeny incipientní ischemické změny kliček tenkého střeva (obr. 2). Příčinou byl otvor mesenteria velikosti asi 2 cm, kterým bylo protaženo tenké střevo v délce asi 130-150 cm, infarzace končila asi 10 cm před Bauhinského chlopní. Otvor v mezenteriu byl rozšířen asi na 3 cm a kličky volně reponovány zpět (obr. 3). Po intenzivním obkládání střeva horkými rouškami trvajícím asi 45 minut došlo k návratu peristaltiky a změně barvy z černofialové na šedorůžovou, pulzace v mesenteriu byla hmatná až ke střevu (obr. 4). Otvor v mesenteriu byl následně uzavřen.

Brzký pooperační průběh na chirurgické JIP byl bez větších komplikací, empiricky byla nasazena parenterální antibiotika a parenterální nutrice. Pacientka byla třetí pooperační den přeložena na standardní oddělení chirurgie, kde probíhala rehabilitace, postupná realimentace, vertikalizace a korekce vnitřního prostředí. Rána se zhojila primárně, vytažení stehů a dimise desátý pooperační den v celkově dobrém stavu.

Pacientka je nyní již dlouhodobě bez obtíží. Při znalosti perioperačního nálezu pak při cíleném odběru anamnézy pacientka uvedla, že občas pociťovala nevelké kolikovitě bolesti břicha při specifických činnostech spojené se zvýšením nitrobřišního tlaku.

Obrázek 3



Závěr

Vnitřní kýly jsou extrémně vzácné a jistě nepatří k prvním příčinám bolestí břicha, na které při vyšetřování pacienta myslíme. Zejména v tomto případě je příčina ileózního stavu velmi neobvyklá. U pacienta, který doposud neprodělal operační výkon v dutině břišní, primárně neuvažujeme, že příčinou bolestí břicha může být ileus, neboť ten často vzniká na podkladě srůstů v břišní dutině. Vyloučíme-li u dosud neoperovaného pacienta uskřínutí kýly pupeční, tříselné či femorální, obvykle máme tendenci tuto diagnózu opustit a vydat se ve vyšetřování jiným směrem. Pokud pacient již prodělal výkon ve volné dutině břišní, musíme pak myslet na ileus z adhezí – samozřejmě po vyloučení výše uvedených kýl a také kýly v jizvě či parastomální kýly.

Diagnostika nitrobřišní kýly však může být záluďná i pro specializovaného lékaře. Mnohdy nejednoznačné pak může být dokonce i CT vyšetření břicha. Definitivní diagnózu mnohdy odhalí až operační revize. Stále ale platí, že na začátku celého diagnostického procesu musíme na strangulační ileus vůbec pomyslet.

Obrázek 4

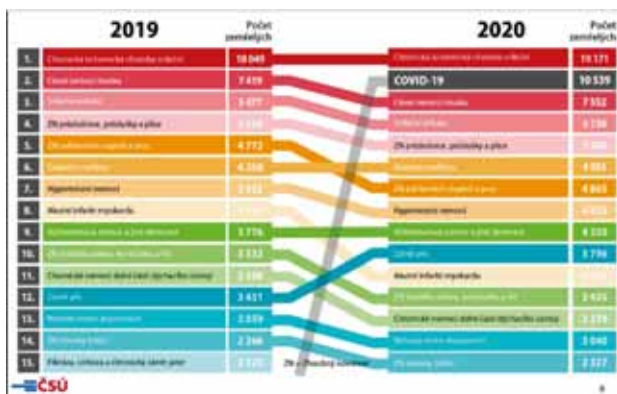


Aspirin jako prevence infarktu a mrtvice u zdravých lidí nad 60 let není na místě. Rizika se vyrovnají benefitům

Aspirin (kyselina acetylsalicylová) se dlouhá léta doporučoval jako prevence před infarktem či mrtvicí. Nová odborná doporučení ovšem od tohoto postupu u lidí přes 60 let, kteří zatím žádnou kardiovaskulární příhodu neměli, odrazují. Rizika související s krvácením se totiž vyrovnají benefitům. Aspirin jako prevence ovšem stále zůstává ve hře u mladších pacientů s vyšším rizikem kardiovaskulárního onemocnění nebo u těch, kdo již infarkt či mrtvici prodělali.

Lékaři dlouhá léta doporučovali lidem kolem padesátky každodenní užívání aspirinu jako prevenci infarktu a mrtvice. V posledních letech se však množí důkazy o možných rizicích takového přístupu, které nyní odborníci sdružení v pracovní skupině United States Preventive Services Task Force (USPSTF) zahrnuli i do svých doporučení. Nově tak špičky v oboru radí, aby lékaři aspirin jako prevenci prvního infarktu nebo mrtvice u lidí ve věku nad 60 let každý den nepodávali. Užívání u lidí ve věku 40 až 59 let se pak doporučuje pouze v případě, že mají vysoké riziko kardiovaskulárních onemocnění, a také po konzultaci s lékařem. Oproti tomu užívat aspirin po 75. roce má podle expertů jen minimální přínos.

Kardiovaskulární choroby jsou dnes hlavní příčinou úmrtí jak v Americe, tak u nás – a to i během covidu. Jenže i když se prokázalo, že aspirin snižuje riziko prvního infarktu nebo mrtvice, může zároveň zvýšit riziko krvácení do mozku, žaludku nebo střev. Absolutní riziko krvácení je sice nízké, ale s věkem roste.



Příčiny úmrtí v ČR. Zdroj: ČSÚ

„Na základě dosavadních důkazů pracovní skupina nedoporučuje u lidí nad 60 let začít užívat aspirin jako prevenci prvního infarktu či mrtvice. Protože se riziko vnitřního krvácení s věkem zvyšuje, eliminují možné škody benefity užívání aspirinu v této věkové skupině,“ konstatuje podle ABC News místopředseda USPSTF Michael Barry, profesor medicíny v Massachusettské všeobecné nemocnici.

„Lidé ve věku od 40 do 59 let, kteří nemají historii kardiovaskulárního onemocnění, ale jsou ve vyšším riziku, mohou benefitovat z toho, že začnou užívat aspirin jako prevenci prvního infarktu či mrtvice. Je ale důležité, aby spolu se zdravotnickým profesionálem rozhodli, jestli je pro ně aspirin tou pravou cestou vzhledem k tomu, že denní užívání souvisí s možnými závažnými riziky,“ vysvětluje člen pracovní skupiny John Wong, profesor medicíny v Tuftském zdravotnickém centru.

Důkazy pro užívání aspirinu jako prevence před další příhodou zůstávají silné

Podle odborníků je také důležité, aby s možnými riziky byla seznámena široká veřejnost. „Je důležité, aby veřejnost porozuměla tomu, že pro většinu Američanů bez již existujícího srdečního onemocnění aspirin nepřináší žádný benefit. Rizika jsou přibližně stejná jako benefity. USPSTF nyní dohání tento vědecky již široce přijímaný pohled. Po skoro 20 let Úřad pro kontrolu potravin a léčiv odrazoval od denního užívání aspirinu jako prevence u pacientů bez srdečního onemocnění,“ poukazuje kardiolog z cleevlandské kliniky Steven Nissen.

Nová doporučení jsou ovšem cílena na lidi, kteří ještě aspirin nezačali denně užívat. Panel expertů neadresoval doporučení těm, kdo už aspirin berou, a aktualizovaná doporučení tak nemusí znamenat, aby lidé lék přestali užívat, pokud jim ho lékař předepsal.

„Chceme zdůraznit, že doporučení jsou mířena na začátek užívání aspirinu jako prevence prvního infarktu nebo mrtvice. Kdokoliv, kdo už aspirin užívá a má ohledně toho otázky, by si měl promluvit s odborníkem,“ dodává Wong. Nová doporučení se také netýkají lidí, kteří už infarkt, mrtvici nebo jiný závažný kardiovaskulární problém měli. Důkazy pro užívání aspirinu jako prevence před další příhodou zůstávají silné.

Doporučení ohledně každodenního užívání aspirinu jako prevence onemocnění se v průběhu let měnila. V roce 2016 pracovní skupina zaměřující se na prevenci doporučila lidem kolem padesátky, kteří mají riziko srdečního onemocnění, aby užívali aspirin jako prevenci kardiovaskulárních chorob a rakoviny tlustého střeva. Aktualizovaná doporučení založená na dalších výzkumech však zjistila, že benefity nemusí převážit rizika, a nejlepší prevencí rakoviny tlustého střeva je pravidelné absolvování screeningových vyšetření ve věku nad 45 let.

Zdroj: <https://www.zdravotnickydenik.cz/2022/04/aspirin-jako-prevence-infarktu-a-mrtvice-u-zdravych-lidi-nad-60-let-neni-na-miste-rizika-se-vyrovnavaji-benefitum/>

Zpráva ze setkání Euractu v Kodani



MUDr. Jáchym Bednář

všeobecný praktický lékař, Ordinance JACH-TA, s. r. o.,
školitel, učitel/asistent na 1. LF UK,
reprezentant v Radě Euractu za ČR, IPVZ

Euract je organizace v rámci WONCA, zabývající se vzděláváním ve všeobecném praktickém a rodinném lékařství, vytvářením, aktualizací, šířením a udržováním výukových standardů v Evropě pregraduálně, v předtestační přípravě a v celoživotním vzdělávání. Výstupy mnohaleté práce Euractu můžete zhlédnout na této webové stránce www.euract.eu.

V roce 2022 Euract slaví 30 let existence a v květnu 2022 po skoro tříleté pauze proběhlo třídenní setkání Rady Euractu v Kodani. V Radě Euractu má zastoupení každá země Evropy, která má zájem se zapojit do společné práce na vývoji výuky v praktickém lékařství v Evropě.

Setkání Rady Euractu zorganizoval Dr. Roar Maagard, reprezentant Dánska v Radě Euractu, dlouholetý leader praktického lékařství v Dánsku i v Evropě, a na úvod setkání nám nabídl návštěvu centra praktického lékařství v Kodani, kdy jsme měli příležitost pohovořit s tamními lékaři. V Dánsku je obvyklé, že lékaři pracují v sdružených praxích v počtu od dvou do devíti v průměru. Námí navštívené lékařské centrum spoluvlastní 6 lékařů, kteří se starají o 10 000 lidí, z nichž je 1/5 dětí, poskytují standardně základní gynekologickou péči. V Dánsku je aktivních cca 3600 praktických lékařů a z nich 70 % pracuje ve sdružených praxích. Dohromady se starají o cca 6 milionů lidí a kompetentní říkají, že v systému schází cca 1000 kolegů navíc, aby se o práci praktika mohli podělit. V Dánsku je velmi pokročilý systém e-health. Praktik se např. bez problému napojí do e-systému nemocnice, kde ošetřují jeho pacienta, elektronická komunikace mezi zdravotnickými subjekty obecně nevázne. Inovace jsou na denním pořádku. Charakteristická je otevřenost, sdílí se vše, co není vyloženě zakázáno, pacient vše potřebné ví a dozví se, nic se mu netají. Pro zájemce poskytují link na článek o dánském e-health (<https://healthcare-in-europe.com/en/news/e-health-in-denmark.html>).



Dr. Maagard, žijící a pracující v městě Aarhus na ostrově Jutland (foto univerzitní nemocnice v Aarhusu níže) nám 1. den přednesl příspěvek o dánském systému zdravotní péče a zejména se zaměřil na tamní praktické lékařství.



V Dánsku je zdravotní systém nesmírně vyvinutý a sociálně citlivý, praktický lékař je reálným pilířem tohoto systému, vybavený kompetencemi, bývá široce vzdělaný a je vynikajícím způsobem placený (cca 150 € za hodinu je běžná průměrná sazba, z toho lékař ale zaplatí 48 % daň). V Dánsku je pro praktiky zavedena kombinovaná kapitačně-výkonová platba za péči. Kapitační platby tvoří cca 35-40 % všech plateb při průměrné sazbě za jednoho pojištěnce ve výši 61,5 € za rok. 60-65 % plateb činí poplatky ze všelijaké výkony (e-konzultace, stále populárnější videokonzultace, telefonické konzultace, očkování, chirurgické výkony, prevence atd.). Například za návštěvu u pacienta doma dostanou zaplacené cca 51 €. Praktici pracují obvykle od 8 do 16 hodin a jsou též povinně zapojeni do systému out-of-hours péče od 16 do 8 h ráno. Průměrný počet pacientů na jednoho praktika je 1685. Zajímavostí je, že v Dánsku fungují akutní týmy zdravotních sester, poskytující velmi odbornou

péči mimo ordinační dobu. Tato aktivita vznikla na popud sester a pacientů a projekt se uchytil. Zdravotním sestrám se svěruje důvěra, přenechává se jim mnoho kompetencí, jsou vzdělané a dobře placené.

Systém vzdělávání praktiků je sofistikovaný a velmi originální, ač dlouhý, jelikož již od roku 2003 trvá 5 let. Během 1. roku specializačního výcviku se v životě mladého lékaře přihodí to zásadní, co se týká jeho zkoušení a prokazování kompetencí v oboru. Projde-li úspěšně požadovanými testy 1. rok, další 4 roky je již považován za vzdělavatelého, a s touto nálepkou se nemusí stresovat ze závěrečné atestační zkoušky, jelikož žádná není. Byl již otestován 1. rok přípravy dosti. Soustředí se pak na práci a vlastní vzdělávání v oboru, a to tak, že ve vlastním zájmu, aby byl dobrým lékařem. Dánská organizace hájící zájmy praktiků se jmenuje DSAM – Danish College of GPs. Má 4200 členů a z nich je 1200 mladých lékařů (<https://www.dsam.dk/english/>).

Výdaje dánské vlády na zdravotní péči dosahují přibližně 10,4 % HDP, z čehož je zhruba 84 % financováno z regionálních a komunálních daní přerozdělovaných vládou. Průměr zemí OECD je cca 8,8 %, v ČR to je do 7,5 %. Dánský praktický lékař je opravdový gatekeeper, toto neplatí pro akutní péči či zubaře, ale např. ke gynekologovi se dostanete jen přes praktika a s jeho doporučením. V Dánsku je v průměru cca 7 kontaktů pacienta s lékařem za rok.

Dánsko má druhé nejšťastnější obyvatelstvo planety. *Hygge* je dánské slovo vyjadřující Dánům vlastní pohodový přístup k životu, spjatý s pohodlným bydlením a uměním najít si něco krásného v každém okamžiku. Dánové ctí princip trvalé udržitelnosti života na planetě a mají velký smysl pro ekologii a progresivní a praktický design. Jejich projekty ve všech oborech lidské činnosti se vyznačují důkladnou promyšleností, postavenou na výzkumu, vědě a inovacích, citlivostí otevřenou směrem k lidem, přírodě i celé společnosti. Příroda je jim drahá a nemají v úmyslu si ji zničit. Příkladem geniální architektury s prvky výše uvedeného je elektrárna a teplárna Copenhill (<https://www.copenhill.dk/en>). Autorem projektu Copenhill je studio (<https://big.dk/#projects>), které vede Bjarke Ingels, nedávný (17. 5. 2022) vítěz soutěže o novou budovu České filharmonie v Praze. Copenhill současně ekologicky spaluje odpad, dodává elektřinu a teplo 150 000 subjektům v Kodani a též slouží jako sjezdovka či místo odpočinku a relaxace. Svým designem zapadne do koloritu města Kodaně a neruší scénérii a harmonii města, ač je umístěn velmi blízko např. nové budově kodaňské opery, kterou Kodani daroval již zesnulý bývalý majitel firmy MAERSK Mc-Kinney Møller. Maersk je největší logistická firma světa a je dánská.

Podle časopisu *The Economist* má Dánsko pátou nejkvalitnější demokracii. Podle organizace Transparency International má vůbec nejnižší míru korupce na světě, mezi lidmi panuje vzájemná důvěra, lidé věří spolupráci a sdílení, protože je výhodná, praktická, a tato jejich důvěra se promítá i do vztahu k autoritám, konkrétně např. k lékařům. Práce praktických lékařů v Dánsku je dle sociologických průzkumů hodnocena z cca 97 % jako vynikající či skvělá.

S humorem řečeno, Dánsko připomíná placatou rybu platýse, která se vyskytuje na dánském písčitém pobřeží skoro všude a kterou Dáni rádi konzumují se zajímavými omáčkami. Tuto rybu připomíná nejen proto, že je Dánsko jako platýs fyzicky placaté s největší horou vysokou 173 m, ale zároveň i nemá moc pochopení pro vertikální, vzhůru rostoucí společenskou organizovanost. Lidé si v Dánsku rádi tykají, jsou neformální, otevření a přistupují k sobě jako rovní k rovným. Nemají potřebu se povyšovat či ponižovat, jsou sebevědomí.

Samí o sobě říkají, že v Dánsku „everything is allowed“, lidé mají cit a respekt k nepsaným zákonům a zároveň nemají potřebu psané zákony porušovat. Rádi si utahují ze Švédů, o kterých říkají, že tam je pro změnu „everything prohibited“. Zde je potřeba dodat, že si rádi utahují i ze sebe.

Pár poznámek k práci a plánům Rady Euractu, které vzešly ze setkání praktiků v Kodani:

Pro ukrajinské lékaře, kterým v době války chybí systematické vzdělávání v oboru, Euract v spolupráci s kolegy z Ukrajiny vymyslel projekt e-learningu EUSIT (<https://euract.woncaeurope.org/news/eusit-euract-ukrainian-support-training>).

Každý nadšený praktik, který se nebojí učit, může nabídnout přednášku na libovolné odborné téma v ruštině či angličtině. Doposud nabídl přednášku více než 60 lékařů z celého světa.

Znovu se po covidové pauze rozjždí Euractem vytvořené Leonardo kurzy pro školitele ve všeobecném praktickém lékařství.

Co jsou to Leonardo kurzy? Kurzy, které lékaře učí učit praktické lékařství. Jeden takový proběhl v roce 2019 i v Praze. Zpráva a popis Leonardo kurzu z 5/2019 byla zpracována pro lednové číslo časopisu *Practicus* v roce 2020 (<http://www.practicus.eu/file/a7bd5175cca6e-18027b5574d26bfb763/65/Practicus-01-2020.pdf>).

Mezinárodní Leonardo kurz je naplánován na Maltě ve dnech 30. 3.–1. 4. 2023. Kurz má kapacitu 36 účastníků a může se na něj přihlásit každý lékař Evropy, tedy i z ČR.

Národní česko-slovenský Leonardo kurz byl naplánován na termín 11.–13. 5. 2023 v spolupráci se slovenskými kolegy v Bratislavě. Tento kurz byl již plánován na

květen 2020, vše bylo připraveno, včetně účastníků, ale byl tehdy zrušen pro pandemii Covid-19.

Školitelé-lékaři na tomto kurzu budou z Portugalska, kurz je otevřen 36 účastníkům z ČR a SR a proběhne v angličtině.

Bylo též stanoveno datum pro 3. Euract výukovou konferenci, a sice na 5.–7. 10. 2023, místo pořádání bude Lublaň.

Několik postřehů o Dánsku na závěr

Kdo se chce naladit na Dány a na jejich mentalitu, může objevit jejich nejpoblábnější TV seriál Matador nebo zhlédnout film 1864, o válce, která je ranila, když bojovali o Šlesvicko. Aktuálně běží na Netflixu film o vládě *Vláda / Bjorgen*.

V Dánsku žil H. CH. Andersen a stále žije příběh o Mermaid - malé mořské víle, která zde má slavnou sochu, z Dánska je i Tycho de Brahe, t.č. pohřbený v Týnském chrámě v Praze.

V Dánsku milují českou královnu Dagmar, která byla původně Markétou, dcerou Přemysla Otakara I. Provdala se zde za krále Valdemara II. Skládají o ní díla, zpívá se o její pověstné laskavosti. Dagmařin křížek ke křtu je pro Dány samozřejmost.

Václav Beneš Třebízský, který působil v Klecanech, kde pracuji jako praktik, o Dagmaře napsal knihu.

Ve městě Ribe na ostrově Jutland, kde Dagmar žila, v katedrále dvakrát za den zvony vyhrávají píseň, která ji oslavuje (<https://youtu.be/YqUBq4DnbEM>).

Dánsku v 10. století panoval komunikativní král Harald I., který měl modré zuby, protože trpěl nemocí nazvanou osteogenesis imperfecta, a pro jeho schopnost sjednocovat lidi a dánský národ po něm nazvali dánskou technologii Bluetooth.

Aplikace pro mobilní telefony Vivino je též dánská, často ji používám, když skenuji etikety vín a zkoumám, co piju za víno.

Michelinem nejlépe hodnocená restaurace na světě je v Kodani, jmenuje se Noma. Dánové milují jídlo, přírodu, ale i židle, konkrétně designové židle se znakem Y na

opěrce jsou dle Dánů nejlepší a nejvíc cool židle světa (na foto Dr. Road Maagard s židlí „Y“).



Když Dánsko, tak také lego, podobně jako je nerozlučným párem Švédsko a IKEA.

Firma LEGO vznikla v dílně truhláře Ole Kirka Christiansena, který roku 1932 z nedostatku jiné práce začal vyrábět dřevěné hračky. Název Lego byl o dva roky později (1934) vytvořen z dánské věty *leg godt*, což česky znamená „hraj si dobře“.

Perinatální duševní zdraví – Zpráva z konference



Mgr. Lenka Kristlová
psycholožka

Univerzita Palackého v Olomouci, Katedra psychologie

Dne 13. května 2022 se v Plzni v hotelu Central konala první multioborová konference zaměřená na **perinatální duševní zdraví** v České republice. Konference byla jedním z výstupů projektu „**Perinatal**“, který zastřešuje Národní ústav duševního zdraví (dále NUDZ). Níže jsou uvedeny informace z vybraných přednášek.

Konferenci zahájil **prof. MUDr. Pavel Mohr, Ph.D.**, s přednáškou „**Perinatální duševní zdraví: věc veřejná**“. Ženy mají měsíc po porodu 22x větší pravděpodobnost psychiatrické hospitalizace než před těhotenstvím, zejména pokud mají anamnézu afektivní poruchy. Perinatální duševní poruchy mají vysoké ekonomické (nezdravotnické) náklady (Howard & Khalifeh, 2020). Rizikovými faktory poporodní deprese jsou: anamnéza PMD, RA deprese, partnerský nesoulad nebo násilí, absence důvěrného vztahu nebo podpory, finanční problémy, neplánovaná gravidita, anamnéza sexuálního zneužívání, porod vícčetat, potrat, stresující události v minulém roce. Nejednoznačným rizikovým faktorem je poporodní komplikace. Neprokázanými rizikovými faktory jsou umělé oplodnění, kojení, umělá výživa (Mohr, 2015; Šebela, 2018). Zásadní úlohu hraje edukace, prevence, včasná detekce a intervence. Prof. Mohr zdůraznil, že poporodní psychóza je syndromem, nikoliv samostatnou nozologickou jednotkou (= akutní psychotická porucha vzniklá v poporodním období). Pokud má žena v OA jakoukoliv psychiatrickou hospitalizaci, pak je riziko vzniku psychózy téměř desetiprocentní (Harlow et al., 2007).

MUDr. Antonín Šebela spolu se zakladatelkou neziskové organizace Úsměv mámy **Ing. Veronikou Kubrichtovou** navázali přednáškou „**Prevalence perinatálních duševních poruch v ČR a jejich příznaky**“. Ing. Kubrichtová upozornila, u kterých skupin matek mohou nastat další psychické potíže. Jedná se o matky po císařském řezu (myšlenka: „Nedokázala jsem dítě porodit“), matky s nemožností kojení (myšlenka: „Nedokážu dítě nakojit“) a dále o matky, které rodily předčasně (myšlenka: „Nedokázala jsem ho donosit“). Je na místě

zvážit, zda žena nepotřebuje psychologickou podporu. **PhDr. Kristina Janoušková, Ph.D.**, představila výzkum na téma „**Důležitost komunitní péče porodní asistentky v prevenci poporodní deprese**“. Výsledky výzkumu ukázaly, že péče porodní asistentky vede k prevenci zdravotních komplikací u žen v šestinedělí. Díky péči porodní asistentky dochází k častějšímu rozpoznání příznaků a zahájení léčby. Porodní asistentka dokáže svojí péčí snížit predispozice ke vzniku poporodní deprese, přispívá k prevenci poporodní deprese a zlepšuje duševní zdraví. Ženy, které dostávaly podrobné informace a individuální péči, měly menší pravděpodobnost úzkostí a deprese ve srovnávání s ženami bez potřebné péče a edukace.

Následoval odpolední blok konference. **Mgr. Kateřina Ratislavová, Ph.D.**, přednášela na téma „**Perinatální ztráta a duševní zdraví rodičů**“. Perinatální ztráta je náročnou životní situací, která má bezprostřední a dlouhodobý efekt na prožívání ženy i páru. V naší společnosti mají lidé potíže s komunikací s párem, kterým se narodilo mrtvé dítě. Proces truchlení je fyziologicky přirozenější, pokud rodiče mají možnost se s jejich děťátkem rozloučit. Je podstatné normalizovat zármutek po ztrátě. Rituály pomáhají uctít milovanou osobu. Mezi dlouhodobé negativní následky perinatální ztráty patří depresivní a úzkostné poruchy, OCD, PTSD, suicidální tendence, užívání návykových látek, manželský konflikt, psychosomatické potíže (Cacciatore, 2013). Je doporučována možnost odborného poradenství a sociální opory.

Dalším přednášejícím byla **Mgr. Lenka Kristlová** s tématem „**Jak pracovat se sebedůvěrou těhotných žen a žen v perinatálním období**“. Sebedůvěra (ang. self-esteem) je pocit respektu k sobě samému. Z evidence-based podkladů vyplývá, že mateřský self-esteem má tendenci klesat během těhotenství, což bylo potvrzeno napříč skupinou matek s jedním dítětem, dále se dvěma, třemi či čtyřmi dětmi. Po porodu stoupá self-esteem do doby, kdy je dítěti šest měsíců, poté opět klesá (van Scheppingen, Denissen, Jaap, Chung, Tambs, & Bleidorn, 2018). Nízká hodnota self-esteem má signifikantně negativní dopad na celou škálu zdravotních důsledků během těhotenství a následného porodu (Jomeen & Martin, 2005). Ženy s nízkou hodnotou self-esteem mají větší sklon k poporodní depresi či poporodní úzkosti (Moujaes & Verrier, 2021; Jomeen & Martin, 2005). Naopak ženy, které disponují optimální hodnotou self-esteem, vykazují větší vnímanou rodičovskou kompetenci (Hutchinson & Cassidy, 2021). Postnatální úzkost se projevila u žen, které mají vyšší tendenci k sociálnímu srovnávání (Moujaes & Verrier, 2021). Výzkumy shrnují, že self-esteem je snadno

zjistitelný a klinicky užitečný. Autoři pobízí zdravotníky či osoby, které jsou v kontaktu s těhotnými ženami, aby při setkání s těhotnými ženami zvážili posouzení hodnoty self-esteemu, informovali matky o tělesných změnách, které mohou nastat během poporodního období, povzbuzovali matky, aby se nenechaly klamat mediálními obrazy a zdůrazňovali důležitost realistických očekávání po porodu. Ženám mohou být prospěšné i pracovní listy vytvořené Mgr. Kristlovou. Jsou dostupné na www.usmevmamy.cz.

Mimo výše popsané přednášky zazněla následující témata: Perinatální duševní zdraví očima pacientky (Mgr. Renata Banášová, Mgr. Zuzana Zemancová), Jak předcházet vývojovému traumatu a jak ho léčit (PhDr. Eva Labusová), Slzy císařoven (Bc. Dagmar Ludvíčková). Nevhodná komunikace v perinatálním období a její důsledky v životě ženy (Mgr. Lucie Kašová). Z přednášek je potřeba zdůraznit, že již pouhá edukace, povědomí o tom, co může nastat, psychice velmi pomáhá. Např. u těhotných žen stačí informovat, že nemusí vše probíhat podle jejich plánů a že může nastat i porod císařským řezem. Ženy následně pociťují, že mají větší pocit kontroly. Vedle přednášek zazněly v rámci dopolední sekce dvě prožité zkušenosti. Ráda bych vyzdvihla odvahu obou žen, které vystoupily se svým příběhem, a tímto děkuji za jejich cenné sdílení.

Užitečné informace

Projekt **Perinatal** propojuje plošný screening zaměřený na mateřskou psychiku a na něj napojenou víceúrovňovou péči. Projekt nabízí informace o screeningu, naučné materiály jak pro rodiče, tak pro odborníky či tipy, co může žena dělat, když se v perinatálním období necítí psychicky dobře. Autorem projektu je MUDr. Antonín Šebela, Ph.D., český psychiatr a odborník na mateřskou psychiku. V rámci odborné sekce zde můžete najít videa v režii MUDr. Hanky, který edukuje o psychofarmakách v těhotenství a době kojení. Přednášky o těchto psychofarmakách zazněly během odpolední sekce v rámci konference. Ve spolupráci s Úsměvem mámy vznikl i návazný systém péče, který se snaží přiblížit ženám podporu i odbornou pomoc. Projekt realizuje NUDZ ve spolupráci s neziskovou organizací Úsměvem mámy. Další informace můžete nalézt na www.perinatal.cz či na sociálních sítích Facebooku a Instagramu.

Aplikace **Kogito** je tzv. deep help aplikace zdarma ke stažení na Google Play či App Store. Je vyvinutá na míru ženám, které pociťují úzkosti či depresivní náladu v době těhotenství či po porodu. Pomocí technik kognitivně-behaviorální terapie nabízí, jak pracovat s myšlenkami či emocemi. Součástí jsou techniky peer podpory, tedy sdílení těžkostí. Aplikace vznikla ve spolupráci mezi NUDZ a neziskovou organizací Úsměv mámy. Více informací na www.kogito.cz.

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

KL SAS: Školští logopedi odklady školní docházky u dětí nevyřeší.

S diagnostikou a terapií je nutné začít už ve školce

Praha, 18. 5. 2022 – Děti s řečovými vadami ve školách přibývá. Jen v loňském roce jich ambulanci klinického logopeda navštívilo kolem 120 tisíc. Špatná výslovnost hlásek nebo opožděný vývoj řeči jsou přitom čím dál častějším důvodem k odkladu školní docházky. Ministerstvo školství chce problémem vyřešit zavedením pozice „školského logopeda“. Podle odborníků z řad klinických logopedů je ale ve školním věku na stanovení diagnózy už příliš pozdě. Neřešené vady mohou u žáků přerůst v neúspěch při učení nebo dokonce deprese. S péčí o řeč je proto nutné začít už v předškolním věku.

Z celkem 150 tisíc pacientů v péči klinických logopedů tvoří děti naprostou většinu – až 80 %. „Mezi nejčastější vady u dětí patří dyslálie, tedy nesprávná tvorba určitých hlásek. Pozorujeme však také zvýšený počet dětských pacientů s poruchami vývojového charakteru, například vývojovou dysfázií. Tyto diagnózy pochopitelně způsobují dětem největší problémy právě ve škole,“ popisuje současnou situaci **Mgr. Vlasta Šimková**, předsedkyně sekce klinických logopedů při Sdružení ambulantních specialistů.

K odhalení příčin řečových problémů však dochází často zbytečně pozdě. Porucha řeči tak bohužel bývá jedním z nejčastějších důvodů odkladu nástupu do první třídy. Odborníci proto zdůrazňují, že s diagnostikou i léčbou řečových vad je nutné začít již ve věku předškolním. „Při nástupu do školy, respektive do 6 let věku, by dítě mělo chápat složité děje, mít velkou slovní zásobu a gramaticky zvládat jednoduchá souvětí. Ovládat by mělo také výslovnost sykavek (C, S, Z, Č, Š, Ž) a hlásek R a Ř, protože se začátkem čtení dochází k důležitému propojení hlásky a jejího grafického znázornění – písmene. Případná vada výslovnosti hlásky se tak dále fixuje čtením a obtížněji se odstraňuje. Výslovnost hlásek je však pouze pomyslným vrcholkem pyramidy, jejíž přirozené základy ve formě rozvíjení socializace, sensorického vnímání, motoriky a myšlení by měly být rozvíjeny už v mateřských školách a péčí rodičů,“ zdůrazňuje **Mgr. Vlasta Šimková**, s tím, že právě to, že rodiče nemohou nebo neumějí věnovat potomkům dostatek času a pozornosti, se zásadně podepisuje na jejich řečovém vývoji. Děti v předškolním věku se totiž učí převážně pomocí opakování a napodobování.

Pomůže novela zákona?

Ministerstvo školství letos připravilo novelu školského zákona, která by podle jeho slov měla mimo jiné zvrátit trend rostoucích odkladů školní docházky při zápisech

a s ním souvisejících řečových vad. Problém má vyřešit ukotvení „školského logopeda“. Podle odborníků tím ale ke zlepšení nedojde – chystání „školští logopedi“ by totiž vůbec nemířili do mateřských škol, ale jen do některých škol základních. Speciálních pedagogů, kteří by splňovali kvalifikační předpoklady pro zařazení do kategorie „školského logopeda“, je navíc v současné době jen zhruba 130, a jejich počty by narůstaly jen velmi pomalu. Jen mateřských škol je přitom v ČR přes 5000, základních pak zhruba 4000. „Na řešení řečových vad ve školním věku je navíc už mnohdy pozdě. Pokud ke stanovení diagnózy nedošlo z nějakého důvodu včas, přidávají se k nim velmi často další problémy, včetně nezvládnutí učiva, či dokonce rozvoje depresí a neurotických stavů,“ varuje **Šimková** a připomíná, že k úspěšné léčbě většinou vede kombinace včasného úsilí rodičů, pedagoga a klinického logopeda. Právě odborná péče logopeda ve zdravotnictví je dětem dostupná již od kojeneckého věku a většinou ji hradí zdravotní pojišťovny.

Pomoc cizojazyčným žákům?

Podle závěrečné zprávy z hodnocení dopadů chystané novely by měli školní logopedi vyřešit i situaci s rostoucím počtem cizojazyčných žáků na základních školách. Logopedická péče ale podle odborníků k rozvíjení dovedností v cizím jazyce určena není. „Učení češtiny jako cizího jazyka není logopedická záležitost. Jedná se o nesmyslné ohýbání pojmu ‚které mate veřejnost ohledně toho, kdo je termínem ‚logoped‘ vlastně označován a k čemu je takový člověk způsobilý,“ konstatuje **Mgr. Vlasta Šimková**. Iniciativu v tomto směru připodobňuje k situaci, kdy by výuku angličtiny na české škole měl zajišťovat anglický logoped.

Podle novely by se navíc logopedi ve školství rekrutovali z řad speciálních pedagogů, kterých by tak vlastně ubylo. Právě speciálně-pedagogických pracovníků se přitom školám dlouhodobě nedostává ani na základních školách, což vede k jejich přetíženosti a nemožnosti věnovat adekvátní pozornost všem žákům při úpravě specifických podmínek pro vzdělávání. V běžných mateřských školách speciální pedagogové chybí zcela. Logopedi ve zdravotnictví proto rodičům radí, aby v případě řečových problémů u dětí neotáleli a navštívili přímo jednu z bezmála 450 ambulancí klinických logopedů v rámci ČR.

Kontakt pro média:

Jan Kroupa, Insighters, jan.kroupa@insighters.cz, +420 774 992 274

Češi zatím na svém zdraví šetří, raději utrácení za cigarety či alkohol

Obyvatelé České republiky jsou stále více ochotni utracet za nadstandardní zdravotní péči. Vyšší výdaje míří především do péče o chrup, fyzioterapii či různé formy ochrany psychického zdraví. Přesto však výdaje Čechů za zdravotní péči rostou jen pozvolna a tvoří jen malou část výdajů domácností. V zemích západní Evropy lidé za své zdraví utrácení větší část domácího rozpočtu.

Průměrné výdaje obyvatel České republiky za zdravotní péči vzrostly za posledních deset let zhruba o polovinu. V průměru tak podle dat Eurostatu zaplatí každý Čech ročně za zdravotní péči více než 7 tisíc korun, zatímco před 10 lety to bylo jen necelých 5 tisíc korun. „Na jedné straně to ukazuje, že máme robustní a velmi dobře fungující zdravotní péči zdarma. Na druhé straně je ale vidět, že Češi si ještě úplně nezvykli, že nejlepší investicí je ta do vlastního zdraví a do zdravotní péče míří jen malá část rozpočtu domácností,“ uvedl zakladatel a majitel Labs1503 Daniele Mastrachi.

V České republice patří výdaje za zdraví mezi ty nejvíce odkládané a přehlížené. Dosahují průměrně kolem 7 tisíc ročně, přitom za alkohol a cigarety utratí české domácnosti 3x tolik. „Na alkohol a cigarety míří v průměru přes 8 % rozpočtu domácností, toto číslo navíc za posledních 10 let nekleslo,“ potvrdil Matúš Valach z Labs1503.

Zatímco obyvatelé České republiky vydávají za zdravotní péči v průměru necelá tři procenta celkových výdajů domácností, v sousedním Německu je to více jak 5 procent a např. ve Švýcarsku dokonce přes 16 procent. „V západních zemích je samozřejmě zdravotní péče výrazně dražší než v České republice, ale zároveň jsou lidé ochotni do zdraví více investovat,“ vysvětlil Matúš Valach.

Podíl výdajů na zdraví na celkových výdajích domácností (vybrané evropské země, zdroj: Eurostat 2021):

Česká republika	2,8 %	Slovensko	2,4 %
Německo	5,3 %	Francie	4,0 %
Švýcarsko	16,8 %	Španělsko	4,7 %
Polsko	6,4 %	Maďarsko	4,2 %
Rakousko	4,1 %	Velká Británie	2,0 %

„Ní méně nejen v našich klinikách vidíme, že přibývá klientů, kteří o své zdraví více a cíleně pečují a jsou ochotní do něj investovat nemalé částky,“ dodává Mastrachi. Rychle také podle něj přibývá těch, kteří chtějí kvalitní moderní péči a léčbu světové úrovně, ale také servis kolem medicíny a zákaznickou podporu. Roste povědomí, a s tím i požadavky, na opravdu personalizovanou medicínu a proklientský přístup. Mezi nejvyhledávanější obory přitom patří péče o chrup, různé formy fyzioterapie či ochrana duševního zdraví.

„Např. jen u Světa rovnátek vidíme, že zájem lidí o nadstandardní péči prudce roste, pomohli jsme již více než 10 tisícům klientů. Právě ti si uvědomují, že částky, které mohou na první pohled vypadat vysoké, jsou ve srovnání s útratou za jiné zbytečné věci vlastně nejlepší investicí,“ uvedl druhý z majitelů a zakladatelů Labs1503 Matúš Valach. Navíc klient oproti

40 návštěvám klasické ortodontie bude na klinice Svět rovnátek třeba jen pětkrát, vyplatí se mu to a ušetří tedy minimálně z hlediska času, komfortu a servisu. „Českému trhu věříme, proto budeme naši nabídku služeb rozšiřovat i o další obory jako hormonální terapie pro muže nebo estetická stomatologie,“ dodal Valach

Labs1503 zastřešuje v České republice několik značek zaměřených na zvyšování kvality života díky inovacím a novým technologiím ve zdravotní péči. Do skupiny patří mj. Svět rovnátek, FyzioSvět, Labs1503 Academy a brzy bude otevřena klinika hormonální terapie AlphaLabs a klinika estetické stomatologie DentaLabs.

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 30. 6. 2022**. 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 4/2022: 1ac, 2bc, 3bc, 4abc, 5abc, 6c, 7bc, 8a, 9a, 10abc

ZNALOSTNÍ TEST JE HODNOCEN 2 KREDITY ČLK

1. Aktuální incidence bronchogenního karcinomu v ČR je:

- a) 43/100 00
- b) 93/100 00
- c) 70/100 00

2. Ke zvýšení hodnot HDL je potřeba:

- a) vhodně zvolená farmakoterapie
- b) pohyb a redukce hmotnosti
- c) omezení alkoholu

3. Monoterapie Ezetimibem snižuje LDL cholesterol zhruba o:

- a) 10 %
- b) 12 %
- c) 20 %

4. Procento a množství nakažených praktických lékařů během pandemie:

- a) nejčastější nakažená skupina lékařů s 10 % všech lékařů
- b) druhou nejčastější skupinou všech lékařů
- c) třetí nejčastější skupinou po lékařích intenzivní péče a interních oddělení nemocnic

5. Aktuální proočkovanost lékařů proti COVID-19 je:

- a) 87,9 % všech aktivně pracujících lékařů
- b) 75,4 % i posilující dávkou
- c) 94,3 % praktických lékařů

6. U očkování proti chřipce u diabetiků platí:

- a) jsou očkovaní v necelých 21 %
- b) snížilo by celkovou mortalitu ve 34 %
- c) snížilo by nebezpečí cévní mozkové příhody o 30 %

7. Uskřínutá vnitřní kýla – platí:

- a) vzniká na základě anatomických změn peritonea
- b) rychle se rozvíjejí ileosní příznaky
- c) měli bychom na ni myslet i u neoperovaných pacientů

8. Ing. Martin Horák zmiňuje dvě aplikace pro komplexní zálohování dat: Synology C2 Backup a Acronis

Cyber Protect, jsou mezi těmito produkty rozdíly?

- a) nejsou žádné, jsou stejné
- b) jsou, u programu C2 Backup zákazník platí za rezervovaný objem na cloudu a je jedno, zda přidělenou kapacitu zaplní zálohou z jednoho PC anebo z více pracovních míst, v rámci jednoho předplatného zálohujeme více počítačů. Acronis umožňuje v základní předplacené podpoře instalaci jednoho PC.
- c) jsou, u programu Acronis je výhodou integrovaná ochrana před ransomware útoky a notifikace e-mailem o provedené/neprovedené záloze

9. Jsou e-mailové služby bezpečným způsobem komunikace se zdravotnickým zařízením a pro komunikaci s pacientem?

- a) nejsou a ideální je již e-mailovou komunikaci v ordinaci zcela vyřadit
- b) jsou stále bezpečné, ale nesmíme klikat na podezřelé odkazy
- c) nejsou, pro komunikaci mezi zdravotnickými zařízeními je vhodné používat zabezpečená řešení, např. e-zprávu, pro komunikaci s pacienty pak v poslední době vznikají platformy, které lze obecně označit jako virtuální sestry

10. Může praktický lékař pro dospělé očkovat těhotné ženy kombinovanou vakcínou proti pertusi, difterii a tetanu (Tdap)?

- a) nemůže, očkování je kontraindikací v celém průběhu těhotenství
- b) může, a je žádoucí očkovat jednou dávkou kombinované vakcíny Tdap v průběhu celého těhotenství, bez ohledu na doporučení, ve kterém trimestru
- c) může, těhotné ženy je doporučeno očkovat jednou dávkou kombinované vakcíny proti pertusi, difterii a tetanu během gravidity, ideálně ve třetím trimestru, mezi 27. a 36. týdnem těhotenství – toto očkování se doporučuje při každé graviditě

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. 5/2022

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