



PRACTICUS

pro praktické lékaře zdarma • č.4/2022 • ročník 21



TÉMA:

Projekt „Ukrajina“

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

INFO SVL

- 04 EDITORIAL
- 05 ZÁSTUPCI SVL ČLS JEP V MÉDIÍCH
- 06 PROJEKT UKRAJINA, ANEB ČEŠTÍ PRAKTIČI SPOLEČNĚ S LÉKAŘI UKRAJINSKÝMI
MUDr. Cyril Mucha
- 10 POČET MLADÝCH PRAKTIKŮ ROSTE, ALE ORDINUJÍ NA KRATŠÍ ÚVAZKY A NECHCE SE JIM NA VENKOV. JSOU TO PŘEDEVŠÍM MLADÉ ŽENY

ODBORNÝ ČLÁNEK

- 11 DISPENZÁRNÍ PÉČE U PACIENTŮ PO OPERACI SPINALIOMŮ KŮŽE HLAVY A KRKU
MUDr. Zuzana Horáková, prof. MUDr. Ivo Stárek, CSc.
- 14 TAPING V ORDINACI PRAKTICKÉHO LÉKAŘE
MUDr. René Vlasák
- 17 PITÍ ALKOHOLU A FIBRILACE SÍNÍ: RIZIKO ZVYŠUJÍ UŽ MALÉ DÁVKY ALKOHOLU
MUDr. Karel Nešpor, CSc.
- 19 VYUŽITÍ KYSELINY ACETYSALICYLOVÉ (ASA) V PREVENCI ATEROSKLEROTICKÝCH KARDIOVASKULÁRNÍCH ONEMOCNĚNÍ (ASKVO)
Prof. MUDr. Hana Rosolová, DrSc., FESC
- 23 NEZAPOMÍNÁTE NA PREVENCI? PŘEOČKOVÁNÍ PROTI TETANU JE STÁLE DŮLEŽITÉ
MUDr. Michal Lázák.

KAZUISTIKY

- 26 HYPERTENZE, DIABETES, DYSLIPIDÉMIE, OBEZITA – ČASTÝ „SMRTÍCÍ KVARTET“ U NAŠICH DIABETICKÝCH PACIENTŮ
MUDr. Klaudia Hálová Karoliová

ZÚČASTNILY JSME SE

- 28 SALZBURG OMI (OPEN MEDICAL INSTITUTE) SEMINAR - TASTE OF PALLIATIVE MEDICINE
MUDr. Lucie Dolanská

AKTUALITY

- 30 ODEBRÁNÍ ANAMNÉZY UKRAJINSKÝCH PACIENTŮ USNADNÍ LÉKAŘŮM I SESTRÁM TROJJAZYČNÝ DOTAZNÍK
- 33 GLIFLOZINY ÚSPĚŠNĚ LÉČÍ DIABETES MELLITUS 2. TYPU I SRDEČNÍ SELHÁNÍ

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 26. 4. 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

Milé kolegyně, milí kolegové,

naše čtyřka je laděna do barevné kombinace, kterou pozná každý člověk žijící nejen v Evropě, ale především. To, že probíhá nedaleko našich hranic válka, která nutí občany Ukrajiny utíkat před bombardováním, střelbou a nejrůznějšími druhy násilí, nás nenechávají lhostejnými a myslím, že upozorňovat na články týkající se této problematiky by bylo nošením dříví do lesa. Dr. Cyril Mucha seznamuje s projektem Ukrajina, aneb čeští praktici společně s lékaři ukrajinskými. Cílem projektu je pomoc kolegům z Ukrajiny a to i formou jejich zapojení do ordinací kolegů všeobecných praktických lékařů. Připomíná, že výborem společnosti byla vyčleněna finanční částka 1 milion korun, která má pomoci i zajištění finančních prostředků pro tuto činnost. Článek poukazuje, jak vstoupit do projektu, jak pomoci našim kolegům, doplněním této problematiky je krátký článek dr. Matoušková – Lékaři pro Ukrajinu.

Po delší době uveřejňujeme článek z oboru dermatologie dr. Horákové a prof. Stárka, tentokrát týkající se dispenzární péče o pacienty po operaci spinaliomů v oblasti hlavy a krku. Vzhledem k prodlužujícímu věku se výskyt nemelamových tumorů také zvyšuje a pacienty po operacích těchto malignit je třeba dispenzarizovat. Článek je doplněn zajímavou kazuistikou.

Bolesti pohybového aparátu, ať již svalů, kloubů nebo kostí, jsou velmi častými stížnostmi pro které se na nás naši pacienti obracejí. Článek dr. Vlasáka upozorňuje na jednu z možností léčby těchto

problémů, a sice na Taping v ordinaci praktického lékaře. Jaký je mechanismus účinku, jaké jsou typy tejpovacích pásek a další informace o této metodě včetně kontraindikací se dozvíte v uvedeném článku.

Profesorka Rosolová připomíná použití kyseliny acetylsalicylové v prevenci aterosklerotických kardiovaskulárních onemocnění. ASA i přes dlouhou historii má stále své nezastupitelné postavení při léčbě nejrůznějších onemocnění a rovněž v primární prevenci u osob s vysokým KV rizikem a také v sekundární prevenci ASKVO. Článek pěkně zpracovala na základě přednášky dr. Pfeiferová z Mladých praktiků.

Přes všechny problémy do kterých nás staví současná situace bychom neměli zapomínat na závažné, ale očkováním preventabilní onemocnění – tetanus. Dr. Lazák připomíná, že není vhodné zapomínat na přeočkování proti tetanu, i když základní schéma provádějí pediatři, tak rovněž i tady platí, že při zvyšování věku našich pacientů je nutné přeočkování, třeba i existující trivakcínou proti difterii, pertusi a tetanu.

Máte pacienty s fibrilací síní? Pokuste se s nimi promluvit o pití alkoholu, více v krátkém článku dr. Nešpora.

Jsou hypertenze, diabetes, dyslipidémie a obezita častým smrtícím kvartetem, jak uvádí dr. Hálová Karoliová – zajímavá kazuistika by nás měla o tom přesvědčit. Zda se jí to podařilo, zjistíte třeba i při vyhodnocení závěrečného testu.

Dr. Dolanská nás seznamuje se seminářem o paliativní medicíně pořádaném v Salzburgu a závěrem pak přikládáme Návod k odebrání anamnézy ukrajinských pacientů pro usnadnění práce lékařů a sester.

Jak vidíte, opět se nám podařilo letošní čtvrté číslo naplnit a přinést nové informace, případně připomenout i něco, co není v každodenní praxi časté. Pěkné čtení.

Zástupci SVL ČLS JEP v médiích

Břežnové výstupy se, podobně jako ve všech společenských oblastech, zabývaly zejména děním okolo ruské invaze na Ukrajině. SVL ČLS JEP vydala v reakci na invazi prohlášení, ve kterém odsoudila ruskou agresi a nabídla bezplatnou péči uprchlíkům z Ukrajiny. Toto



doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc. v Událostech České televize



MUDr. Cyril Mucha ve Večerních zprávách TV Seznam

sdělení přineslo významnou mediální pozornost. Zpráva se objevila v celé řadě předních zpravodajských médií, včetně televizního a rozhlasového vysílání, tištěných deníků nebo online serverů (Česká televize, CNN Prima NEWS, Český rozhlas, Právo), ale i v odborných zdravotnických titulech (Medical Tribune, Zdravotnictví a medicína, Zdravotnický deník). Citován byl zejména předseda SVL ČLS JEP doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc. V návaznosti na aktuální uprchlickou situaci a předchozí sdělení uspořádala SVL ČLS JEP v úterý 12. 4. 2022 online tiskovou konferenci – jejími hlavními dvěma tématy byly **Projekt Ukrajina** podporující spolupráci českých a ukrajinských praktiků a **venkovské lékařství**, jako jeden z nejpálčivějších problémů všeobecného lékařství. Na tiskové konferenci vystoupili MUDr. Cyril Mucha a MUDr. Jan Bělobrádek, moderace se ujal doc. MUDr.



iDNES.cz

Svatopluk Býma, CSc. Diskutovaná témata, zejména Projekt Ukrajina, zaujala všechna přední zpravodajská média. Zástupci SVL ČLS JEP, především MUDr. Cyril Mucha se svou osobní pozitivní zkušeností se spoluprací s ukrajinskou lékařkou, hovořili ve všech hlavních televizních zpravodajských relacích toho dne (České televizi, TV Nova, TV Prima a TV Seznam). Celkem se informace z tiskové konference objevily ve více než stovce mediálních výstupů (kromě TV např. Český rozhlas, iDNES.cz, Blesk, Právo, Metro, ZdravotnickýDeník.cz apod.).



Praktici už zapojili v ordinacích lékaře z Ukrajiny: Pomáhají s překlady a diagnózami



iDNES.cz

Projekt Ukrajina, aneb čeští praktici společně s lékaři ukrajinskými



MUDr. Cyril Mucha
výbor SVL ČLS JEP

Motto: Není lepší způsob, jak odolávat brutalitě války než pokračovat ve svých běžných životech a pomáhat tam, kde můžeme...

Vážené kolegyně, vážení kolegové, jistě se všichni shodneme, že válka je traumatizující pro všechny lidi, ale pro lékaře zejména. Celý svůj profesní život se snažíme pomáhat lidem, aby jejich život byl delší, zdravější, snesitelnější, možná i šťastnější, a válka toto všechno vlastně neguje. K čemu je, že někomu skvěle diagnostikujeme náhlou příhodu břišní, skvěle zaléčíme DM (nikoli vyléčíme, to umí jen na jednom místě v ČR:-), srovnáme cholesterol apod., když ho druhý den zabije granát hozený z rozkazu sebestředného psychopata. Ale i v této době (možná právě v této době) je místo pro práci nás lékařů. Asi málokdo z nás může vyrazit léčit na Ukrajinu, ale možností je mnoho. Materiální, humanitární, finanční pomoc, ale zejména pomoc uprchlíkům, kterých je v ČR téměř 300 tisíc. Pomoc může vypadat různě, od nabídky léčení konkrétních pacientů/uprchlíků, přes pomoc místním samosprávám až po pomoc kolegům zdravotníkům. Prosím, zkusme si představit si sebe na jejich místě (i když všem nám přejí, abychom si to nikdy nezkusili v realu), náhle bychom museli ze dne na den opustit své domovy, pacienty, zavedené praxe a utíkat s tím, co uneseme, do cizí země, kterou (téměř) neznáme a jejímuž jazyku (téměř) nerozumíme. Navíc bychom byli odsouzeni k tomu, sedět kdesi v ubytovně, stresovat se, sledovat SMS a zprávy z domova a v lepším případě bychom sehnali práci jako uklízečky, popř. zahradníci. Jak by nám asi zejména psychicky pomohlo, kdybychom mohli dělat práci, kterou umíme, tedy medicínu. Předpisy v ČR a EU jsou tvrdé (a je to asi správné), ale zároveň nelidské a nejsou schopné reflektovat jemné nuance „praktického“ života a rozdíl mezi utečencem „plánovitým a akutním“. Od toho tu jsou ale praktičtí lékaři. Vždy jsme si uměli poradit, ať se jednalo o Covid, chaos v očkování, povodně, tornádo, či nyní uprchlickou krizi, a navzdory státu a rigidním předpisům jsme uměli vždy vymyslet řešení. I v tuto chvíli se objevilo mnoho projektů, které nečekaly na příkaz shora. Krásným

příkladem je projekt webové stránky www.lekariproukrajinu.cz (viz následující příspěvek) praktické lékařky MUDr. Anny Matouškové. Vznikla hned v prvních dnech ukrajinské krize a je skutečnou „studnicí moudrosti“, co se týká tohoto problému. Skvělá je i spolupráce se spolkem Dr. Čechov (<https://czechdoc.cz>), který dlouhodobě pomáhá poradenstvím lékařům, kteří studovali mimo EU.

SVL ČLS přichází s průlomovým projektem **„Projekt Ukrajina“**, který má pomoci zapojit ukrajinské zdravotníky do našeho zdravotnictví, resp. do ordinací VPL v reálném čase, tedy nikoli za týdny až měsíce. Vedlejším produktem projektu bude kromě vyzkoušení poskytování akutní péče ukrajinským pacientům i otestování a LPP tak, jak je tomu u občanů ČR.

Cílem projektu je:

1. Pomoci zařadit ukrajinské kolegy do zdravotnictví v reálném čase (ihned), tak aby neodcházeli do jiných oblastí hospodářství za výdělkem, a využít možnosti ukrajinských lékařů/uprchlíků v ČR na překladatelské a jiné služby v rámci primární péče.
2. Zjistit reálné potřeby LPP ukrajinských uprchlíků v primární péči.

Financování projektu:

Prostřednictvím SVL ČLS JEP ve výši do 10.000 Kč na jednu ordinaci a měsíc. Celková částka na projekt je 1.000.000 Kč.

Realizace projektu:

Od 1. 4. 2022 do 30. 6. 2022 a dále dle vyhlášení na webu www.svl.cz.

Kde sehnat kolegu /kolegyni:

Pozeptat se v okolí, v nejbližším registračním centru, na sekretariátu SVL, kde začínáme shromažďovat nabídku i poptávku.

Vstup do projektu:

Do projektu se může přihlásit každý VPL, člen SVL, který zabezpečuje LPP pro ukrajinské uprchlíky a chce využít překladatelských a jiných činností ukrajinského kolegy uprchlíka. Na pokrytí finančních nákladů může žádat na svou ordinaci o dotaci 10.000 Kč, (tj. cca 250 Kč za hodinu). Ta bude poskytnuta prostřednictvím SVL a dotyčný lékař ji proplatí ukrajinskému kolegovi na základě DPP (či jiného typu pracovního poměru) s ním uzavřené. Ukrajinský kolega může takto poskytovat služby i několika ordinacím. Předpokladem je, že ordinační doba pro ukrajinské uprchlíky a využití kolegy bude průměrně alespoň 1-2 hodiny denně po dobu celého měsíce,

nebo období, na které bude dohoda mezi SVL a ordinací uzavřena. Podmínkou je zaslání statistických dotazníků ošetřených pacientů z Ukrajiny, viz příloha č. 3.

Postup:

- 1) VPL (člen SVL) zašle vyplněnou přihlášku (příloha č. 1) a dotazník ukrajinského lékaře (příloha č. 2) na adresu svl@cls.cz s předmětem „ukrajinský lékař“.
- 2) Bezprostředně dostane potvrzení o přijetí do projektu.
- 3) Poté v následujícím měsíci zašle fakturu na max. 10.000 Kč na adresu SVL ČLS JEP společně se statistickými dotazníky ošetřených pacientů (příloha č. 3).

Formuláře pro přihlášení a vykazování:

Příloha č. 1 Přihláška zdravotnického zařízení do projektu „Ukrajinský zdravotník“

Příloha č. 2 Dotazník ukrajinského zdravotníka

Příloha č. 3 Statistický dotazník ošetřených pacientů – uprchlíků u Ukrajiny

Příloha č. 4 Čestné prohlášení zdravotnického pracovníka z Ukrajiny s vízem strpění o medicínském vzdělání získaném mimo ČR

Další informace:

web www.svl.cz

Sekretariát SVL: paní Vrbová (svl@cls.cz)

Projekt Ukrajina aneb čeští praktici společně ukrajinskými, je typický win-win projekt, prospívá totiž všem zúčastněným:

1. **UA pacient** je nejen nemocný, ale i stresovaný vykořeněním ze svého prostředí, života i jazyka a je postaven před problém komunikovat s českým zdravotníkem v jemu cizí řeči často velmi jemné nuance svých psychologických i somatických problémů. Komunikace s rodilým mluvčím mu velmi usnadní jeho již tak složitou situaci.
2. **UA lékař:** I ten je vykořeněn: ještě před pár týdny seděl ve své ordinaci/nemocnici a léčil, nyní je v cizí zemi s majetkem, který unesl v rukou, s nejistou perspektivou, kde to navíc vypadá, že o jeho odbornost nikdo nestojí a možnost uplatnit znalosti je kdesi v nedohlednu. V lepším případě sežene práci jako uklízeč. Umožnit mu pracovat ve zdravotnictví „ted' hned“ je pro něho obrovská psychologická i odborná vzpruha i psychoterapie, kdy může (částečně) zapomenout na to, co se děje doma.
3. **česká ordinace:** po počátečním záběhu se přítomnost UA zdravotníka stává výraznou pomocí při zvládnutí komunikace s UA pacienty, kteří nejen neznají jazyk a jsou ve zvýšené psychologické tenzi, ale neznají ani zdravotní systém v ČR. Zajímavé je i „mezinárodní konzilium“ nad konkrétním pacientem, pomoc při

případném náporu, navíc pocit, že mohou pomoci svému kolegovi, který je v nouzi, se nedá vyvážit ničím.

4. **český pacient:** díky tomu, že se UA pacienti soustředí do doby, kdy je v ordinaci lékařka z UA, netrpí případným přetížením ordinace.
5. **Český stát:** díky tomu, že UA lékař začíná vydělávat, nedostává soc. dávky na svou osobu a navíc začíná platit i přímé daně.
6. **Všichni:** vklad do budoucna, přátelské vztahy, jistota vzájemné pomoci v nouzi (nejen) v rámci Evropy, naplnění pojmu lidskost v praxi.

Několik praktických upozornění:

- 1) Pokud zaměstnavatel přijme do pracovního poměru cizince, je povinen vyplnit následující formulář: <https://www.mpsv.cz/web/cz/-/informace-o-nastupu-u-obcana-eu-ehp-a-svycarska-nebo-jeho-rodinneho-prislusnika-nebo-cizince-ktery-nepotrebuje-pracovni-opravneni-do-zamestnani-k-vysl>
- 2) Informace k zaměstnávání od MPSV: https://www.mpsv.cz/documents/20142/2786931/informace_zamestnavatel_CZ.pdf
- 3) Uprchlík z Ukrajiny a sociální dávky:

Na jaké dávky mají UA uprchlíci nárok, resp. od čeho se odvíjí jejich výše?

Od konce února do 20. března byla vyplácena částka pomoci v hmotné nouzi s názvem mimořádná okamžitá pomoc z důvodu možné újmy na zdraví ve výši cca 2500 Kč na osobu, od 21. 3. 2022 je vyplácena humanitární dávka ve výši 5000 Kč na osobu, která byla v legislativě přijata ve stavu legislativní nouze, dávka se bude vyplácet každému 6 měsíců, první dávku dostane po předložení dokladu s vízem strpění nebo zvláštní ochrany. Od druhé dávky budou posuzovány příjmy, případně majetek v ČR, i čestným prohlášením. Bude se sledovat, zda se dospělý zapojí do pracovního procesu, v tom případě se dávka u dospělých bude krátit nebo nebude vyplácena, pro děti se krátit nebude.

Je nějak omezena částka, kterou si uprchlík může vydělat, aby o tyto dávky nepřišel?

Pokud bude jeho příjem vyšší než 5000 Kč, pak mu vyplácena nebude, ale jeho dětem se krátit nebude.

Má na to vliv druh smlouvy (DPP, DPČ apod.)?

Pokud bude mít DDP do 10.000 Kč, nebude se odvádět sociální pojištění, pak mu nevznikne nárok na nemocenské dávky, pokud bude placeno pojištění na sociální zabezpečení, tak podle české legislativy bude mít nárok

Formuláře pro přihlášení a vykazování

Příloha č. 1

Přihláška zdravotnického zařízení do „Projektu Ukrajina“

jméno a příjmení lékaře, titul(y) _____

členské číslo SVL ČLS JEP _____

adresa ordinace _____

název, sídlo zdravotnického zařízení _____

IČ _____ IČZ/IČP _____

číslo účtu, kód banky _____ / _____

jméno a příjmení, titul(y)
ukrajinského zdravotníka _____

datum narození _____

Příloha č. 2

Dotazník ukrajinského zdravotníka

jméno a příjmení, titul(y) _____

datum narození _____

adresa trvalého bydliště na Ukrajině _____

číslo pasu _____

adresa bydliště v České republice _____

zdravotní pojišťovna v ČR _____

nejvyšší dosažené vzdělání _____

atestace _____

dřívější pracoviště, prac. zařazení _____

poslední pracoviště, prac. zařazení _____

znalost jazyků (i částečně) _____

doklady o vzdělání * ano – přikládám kopie
ne – vyplňuji přílohu č. 4

* škrtněte nevhovující

Příloha č. 3

**Statistický dotazník ošetřených pacientů – uprchlíků z Ukrajiny
(s event. pomocí vyplňuje UL)**

zdravotnické zařízení

otisk razítka _____

jméno a příjmení lékaře, titul(y) _____

název a adresa zařízení, IČZ/IČP _____

<p>pacient 1</p> <p>iniciály _____</p> <p>rok narození _____</p> <p>pohlaví _____</p> <p>přichází * poprvé opakovaně</p> <p>zdravotní problém * nový chronický kontrola pouze předpis</p> <p>číslo diagnózy/y _____</p> <p>problém vyřešen * při této návštěvě nutná další kontrola odeslán do sekundární či terciární péče hospitalizace RZP</p> <p>komplement * ne POCT laboratoř RTG sono CT MMR jiné</p>	<p>pacient 2</p> <p>iniciály _____</p> <p>rok narození _____</p> <p>pohlaví _____</p> <p>přichází * poprvé opakovaně</p> <p>zdravotní problém * nový chronický kontrola pouze předpis</p> <p>číslo diagnózy/y _____</p> <p>problém vyřešen * při této návštěvě nutná další kontrola odeslán do sekundární či terciární péče hospitalizace RZP</p> <p>komplement * ne POCT laboratoř RTG sono CT MMR jiné</p>
---	---

* označte vhodné možnosti

Příloha č. 4

**Čestné prohlášení
zdravotnického pracovníka z Ukrajiny s vízem strpění o medicinském vzdělání mimo ČR**

Já, jméno _____ příjmení _____
titul(y) _____, narozen/a _____, číslo pasu _____,
trvale bytem _____, Ukrajina,
t. č. bytem _____, Česká republika,
čestně prohlašuji, že z objektivních důvodů nemohu předložit písemné potvrzení o svém
medicinském vzdělání. Pokud bych následně potvrzení mohl dodat, učiním tak neprodleně.

Mé medicinské vzdělání je toto:
uveďte všechny školy, rok zakončení a druh závěrečné zkoušky

V _____ dne _____ vlastnoruční podpis

svědek: jméno _____ příjmení _____ titul(y) _____

rodné číslo _____ vlastnoruční podpis

na nemocenské dávky jako u českých občanů – platí stejné lhůty na vznik nároku na dávky.

Jsou výjimky pro „preferované profese“?

Zatím nejsou výjimky, regulovaných profesí je velice mnoho.

Na co by si měl praktický lékař, který nemá tým právníků a „osobářek“, dát pozor?

Zejména na jaký účet platí odměnu za práci, aby neplatil na účet někoho jiného a dotýčný zaměstnanec nebyl o příjem někým krácen.

A apel nakonec: Proším, kolegyně a kolegové, běžte do toho. Zkusme si představit sebe na místě ukrajinských kolegů, pokud by nás potkal takový osud, jakou by pro nás bylo vzruhou, kdybychom mohli dělat svoji práci, ve které jsme dobří. Počáteční nejistota bude nakonec bohatě vykoupena pomocí při ošetřování utečenců před válkou a hlavně skvělým pocitem, že jsme pomohli kolegovi ve skutečné nouzi.



Web Lékaři Pro Ukrajinu – www.lekariproukrajinu.cz

Na konci února 2022, několik dní po ruské invazi na Ukrajinu, vznikla spontánní iniciativa praktických lékařů – jednotlivé ordinace začaly nabízet bezplatnou lékařskou péči pro ukrajinské občany jako formu první pomoci a jako vyjádření solidarity s Ukrajinou. Během pár dní se zapojilo několik desítek ordinací, a tak vznikl web Lékaři pro Ukrajinu. Jde o rozcestník nebo adresář kontaktů na ordinace hlavně praktiků pro dospělé, které nabízí ukrajinským pacientům akutní péči a pomoc. V současnosti je na webu kontakt na téměř 900 ordinací, hlavně praktiků, ale i PLDD, gynekologů, radiologů a dalších odborností. Web je na adrese www.lekariproukrajinu.cz, kontakt na webu lze podle vytíženosti a aktuálních možností dané ordinace upravit či smazat.

Součástí webu je veřejně přístupná stránka s informacemi (nejen) pro lékaře – lze se na ní dostat kliknutím na odkaz na hlavní stránce vpravo nahoře, nebo přímo na adrese <https://lekariproukrajinu.cz/informace-pro-lekare>. Na této stránce mohou všichni využít souhrn aktuálních informací k péči o ukrajinské pacienty – je zde odkaz na Mezioborové stanovisko, Doporučení České vakcinologické společnosti, informace k vykazování péče i k PLS, anamnestické dotazníky v češtině, ukrajinštině i ruštině, odkaz na převodníky léků z azbuky na české ekvivalenty, pomůcky pro komunikaci s Ukrajinci i odkazy na neziskové společnosti pomáhající uprchlíkům – vč. např. neslyšících, postižených, duly nabízející pomoc těhotným atd.

Pro případnou zpětnou vazbu či dotazy prosím pište na matouskova@lekariproukrajinu.cz

Počet mladých praktiků roste, ale ordinují na kratší úvazky a nechce se jim na venkov. Jsou to především mladé ženy

Praktických lékařů a lékařek pro dospělé do 40 let je ve srovnání s rokem 2010 o polovinu víc. Počet plných úvazků ale při přepočtu vzrostl jen o třetinu. Nejvíce přibývali mladí lékaři a lékařky v menších městech s nemocnicí, naopak v nejmenších obcích se jejich počet skoro nezměnil. Jsou to především mladé ženy, které chtějí založit rodinu a potřebují skloubit svoji práci s péčí o děti. Na včerejší tiskové konferenci Společnosti všeobecného lékařství České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně (SVL) to popsal praktický lékař Jan Bělobrádek.

Mladí praktičtí lékaři a lékařky v České republice přibývají, ale jen někde a zdaleka nikoli všichni pracují na plný úvazek. To vyplývá z probíhajícího výzkumu SVL ve spolupráci s VZP ČR, Lékařskou fakultou UK v Hradci Králové a Přírodovědeckou fakultou UK v Praze, jehož výsledky včera Jan Bělobrádek představil novinářům.

Konkrétně přibylo od roku 2010 zhruba 11 procent praktiků. Podle Bělobrádka za tu dobu ale vzrostl o téměř 80 procent počet těch, kteří jsou starší 60 let. Naopak asi o čtvrtinu méně než před deseti lety je lékařů ve věku 40 až 59 let. Mladých do 40 let je nicméně o 50 procent víc.

„Obecně směřují do menších měst s nemocnicí, která nabízí vhodný poměr mezi autonomií a zástupností. Téměř vůbec ale nejdou na venkov. Za téměř deset let jich tam přibylo asi o 1,8 procenta. Systém není lékaře schopen umístit tam, kam je potřebuje,“ popsal Bělobrádek.

Mladí lékaři prakticky nejsou, jen lékařky

Tento vývoj souvisí s obecným trendem oboru, a to jeho narůstající feminizací. „Mladé lékaře již prakticky nemáme, jde především o mladé lékařky,“ pokračuje Bělobrádek. Ve větších městech převažují praktické lékařky nad lékaři v poměru dvě ku jedné, v menších městech byly sice dříve častější muži, ale dnes se již poměr zvolna obrací. Obecně se totiž vydávají v posledních letech ženy studovat medicínu častěji než muži.

A právě mladé ženy dávají přednost částečným úvazkům, a proto počet plných úvazků vzrostl po přepočtení jen o 4,5 procenta. Pro srovnání – počet lékařů nad 60 let kopíruje počet úvazků, lékaři v důchodovém věku zpravidla dál pracují na plný úvazek.

Demografické trendy v oboru Všeobecného praktického lékařství (zdroj: SVL ČSL JEP):

	Rok 2010	Rok 2019	Rozdíl
Fyzický počet lékařů	5967	6607	10,7 %
– z nich pod 40 let	789	1184	50,1 %
– z nich nad 60 let	1528	2740	79,3 %
Počet úvazků	5141	5371	4,5 %
– lékařů pod 40 let	571	759	33 %
– lékařů nad 60 let	1295	2309	78,4 %

„Mladé ženy, které své vzdělávání ukončují kolem svých 28 let, chtějí založit rodinu a věnovat se dětem, a proto volí snazší cestu zaměstnaneckého poměru na kratší úvazek, který je dostupný především ve větších městech. Zadlužit se hned na začátku kariéry nákupem venkovské ordinace a zde pracovat nepřetržitě bez reálné možnosti zástupu se mladé kolegyně zdráhají a nelze se jim divit,“ vysvětluje Bělobrádek. Navíc tito mladí lidé podle něj ještě mohou dosáhnout na úvěr na nákup venkovské praxe, už se jim to však nepodaří u hypotéky. „A těmto ženám téměř nenabízíme žádné řešení, jak z toho ven. Proto volí raději částečné úvazky ve městě. Tak je ale ztrácíme. Potřebujeme, aby se to začalo systematicky řešit,“ naléhá Bělobrádek.

Nesmí to záviset na dohodě několika rozumných lidí

Základním předpokladem toho, aby mladí lékaři a lékařky přicházeli na venkov, je podle Bělobrádka to, aby mohli na venkově již vykonávat odbornou praxi v rámci své předatestační přípravy. Ideální postup by byl pak takový, že si časový plán převzetí ordinace dohodnou jak se svým školitelem, tak s lékařem, který má zájem své pacienty zodpovědně předat.

„Takové řešení musí být systémové, nesmí záviset na rozumné dohodě tří rozumných lidí. Tento princip musí být možný realizovat, i pokud jsou vzájemné vztahy komplikovanější,“ vysvětluje Bělobrádek. Podle něj je nutné, aby se do takového řešení zapojil co nejširší okruh aktérů od zdravotních pojišťoven, obcí či krajů až po samotné lékaře-školitele.

Připomeňme, že za tvorbu dostupné sítě zdravotní péče odpovídají zdravotní pojišťovny. Podle nařízení vlády má mít každý občan praktického lékaře v dosahu do 35 minut jízdy. Podle analýzy Všeobecné zdravotní pojišťovny (VZP) z ledna 2021 je to splněno pro všechny občany a 99,7 procenta území ČR.

Zdroj: <https://www.zdravotnickydenik.cz/2022/04/pocet-mladych-praktiku-roste-ale-ordinuji-na-kratsi-uvazky-a-nechce-se-jim-na-venkov-jsou-to-predevsim-mlade-zeny/>

Dispenzární péče u pacientů po operaci spinaliomů kůže hlavy a krku



MUDr. Zuzana Horáková
prof. MUDr. Ivo Stárek, CSc.

Klinika ORL a chirurgie hlavy a krku LF Univerzity Palackého a FN Olomouc

Nemelanomové zhoubné nádory kůže jsou nejčastěji malignitou celosvětově vůbec. Nejčastěji jsou zastoupeny bazaliomy, představují téměř dvě třetiny z těchto malignit. Vzhledem ke zcela minimálnímu metastatickému potenciálu mají velmi dobrou prognózu. Asi jednu třetinu nádorů z této onkologické skupiny tvoří spinaliomy; nádory s tendencí k lymfogennímu šíření¹. Incidence obou posledně uvedených tumorů v posledních třech dekádách významně narůstá. Příčinou je prodlužující se průměrný věk populace, větší kumulativní dávka UV záření v důsledku úbytku ozonové vrstvy a životního stylu s velkým podílem venkovních aktivit. Vyšší riziko vzniku kožních nádorů vykazují jedinci se světlým fototypem, s genetickými predispozicemi (např. albinismus, xeroderma pigmentosum) a imunosuprimovaní (např. příjemci orgánů, nemocní s chronickým hematologickým onemocněním). 90 % případů karcinomů kůže je diagnostikováno v oblasti hlavy, která je nejvíce vystavena působení zevních onkogenních činitelů, zbytek připadá na ostatní partie těla (krk 1 %, trup 2 %, horní končetiny 3 %, dolní končetiny 1 %, záda 3 %)¹.

Incidence kožních karcinomů vzrostla v České republice za poslední čtyři dekády pětinašobně a v roce 2018

dosáhla při 50% mortalitě 270 nově zjištěných případů na 100 tis. obyvatel. K výraznému nárůstu výskytu těchto nádorů dochází ponejvíce ve věkových kategoriích nad 70 let². Mezi nemocnými mírně převažují muži nad ženami.

Terapie kožních, melanomových i nemelanomových malignit je primárně chirurgická. Stěžejním faktorem její úspěšnosti je dosažení histologicky negativních mikroskopických resečních okrajů. Jejich konsenzuálně doporučená minimální šíře činí v závislosti na velikosti nádoru 4-10 mm (tabulka I)^{3,4}. Při nedostatečných, resp. pozitivních okrajích je na místě reexcize. Bohužel, ani dostatečně radikální resekce nezaručuje trvalou remisi. Více než 85 % karcinomů kůže je vzhledem k jejich povrchové lokalizaci diagnostikováno v iniciálních stádiích², řešitelných v lokální anestezii prostou excizí s primární suturou vzniklého defektu. Tyto výkony spadají do kompetence více chirurgických oborů, tj. plastické a všeobecné chirurgie, otorinolaryngologie, ústní a čelistní chirurgie. Dermatologové se na této problematice podílejí většinou jen ve smyslu klinické diagnostiky s ev. provedením probatorní excize při nejasném nálezu.

V terapii kožních karcinomů se dává přednost jejich chirurgickému odstranění, v inoperabilních případech či při nesouhlasu pacienta je indikována radioterapie. Rozsah resekce těchto tumorů, lokalizovaných v oblasti hlavy, může být kompromisem mezi požadavkem na jejich odstranění „in sano“ a funkčními, resp. kosmetickými následky. Pozitivita, nebo i nedostatečnost resečních okrajů je spojena s až 40% rizikem vzniku lokální recidivy⁵. Ta se dostavuje většinou do 12 měsíců, bývá snadno odhalena v rámci dispenzarizace a celkově nemá oproti primárnímu tumoru horší prognózu.

Pětileté přežití u pacientů s karcinomy kůže hlavy a krku dosahuje podobně jako u jiných lokalit 95 %⁶. Velmi

Tabulka 1: Rizikové parametry lokální recidivy a vzniku uzlinových metastáz kožních spinaliomů (NCCN).

	Rizikové parametry recidivy a uzlinových metastáz
Klinické parametry	Lokalizace v oblasti hlavy a krku
	Recidiva nádoru
	Imunosuprese pacienta
	Terén předchozí RT nebo chronického zánětu
	Nejasné makroskopické okraje a rychlý růst nádoru
	Neurologická symptomatologie
Patologické parametry	Metaplastický, akantolytický, adenoskvamózní a desmoplastický typ
	Lymfatická, intravaskulární či perineurální invaze
	Hloubka invaze ≥ 2 mm, nebo dle Clarka IV, V

nepříznivou prognózu však mají pacienti s uzlinovými metastázami těchto tumorů, jež – stejně jako u karcinomů horní části aerodigestivního traktu – redukuje zmíněný prognostický parametr o více než 50 %⁷. Tento údaj potvrzují i naše vlastní zkušenosti, kdy v souboru 76 pacientů bez a 39 případů s intraparotickými metastázami činilo pětileté přežití 95 %, resp. 50 %.

Výskyt nodálních metastáz karcinomů kůže hlavy a krku je asi dvojnásobně vyšší (až 10 %) než v ostatních lokalitách, kde nepřesahuje 5 %⁷. Při pozitivním klinickém nálezu na spádových uzlinách (cN+) je v rámci chirurgické léčby indikována jejich disekce. Preventivní lymfadenektomie u nemocných s negativním uzlinovým nálezem (cN0) není doporučována⁸, neboť incidence okulturních metastáz nedosahuje 20 %⁹, indikujících tento výkon u většiny karcinomů horní části aerodigestivního traktu.

Většina kožních karcinomů hlavy je lokalizována v tributárních oblastech (tj. čelo, temporální a parietální krajina, obličej, boltec a zevní zvukovod) intraparotických uzlin, z nichž pak lymfa odtéká do hlubokých krčních uzlin. Všeobecně negativní stanovisko k preventivnímu výkonu na intraparotických uzlinách (tedy konzervativní parotidektomii) dále podporuje jeho možná pooperační morbidita ve smyslu dočasné, vzácně i trvalé parézy lícního nervu, first bite syndromu, případně i kosmetického defektu v operované krajině. Absolutní vyloučení těchto komplikací nemůže plně garantovat ani zkušený operátor. Z těchto důvodů bývají intraparotické metastázy léčeny teprve při jejich klinické manifestaci, většinou až v pokročilém stádiu, kdy velmi agresivní nádor prorůstá již přes pouzdro uzliny do parenchymu žlázy. Jejich progresse je velmi rychlá, průměrná doba a medián klinické manifestace těchto metastáz se pohybuje kolem sedmi týdnů, nezdědka i pouhý jeden měsíc. Výskyt prognosticky velmi nepříznivého extrakapsulárního šíření je u intraparotických metastáz evidován v 70–85 %¹⁰, tedy s frekvencí značně vyšší nežli u metastáz do krčních uzlin, kde dosahuje přibližně 40 %; pro tento rozdíl však dosud nemáme žádné vysvětlení.

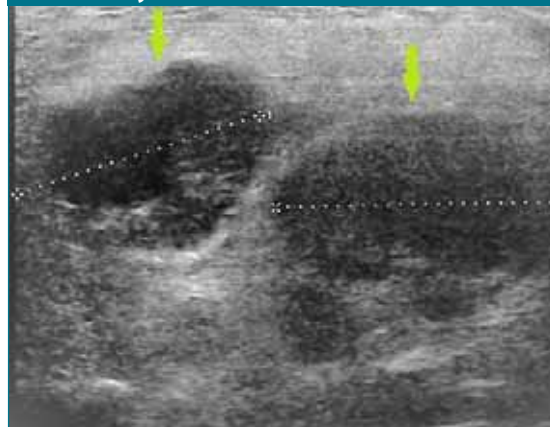
Zlepšení prognózy pacientů s intraparotickými metastázami kožních spinaliomů hlavy a krku by mohla v budoucnu přinést analýza molekulárně genetických markerů, umožňující spolehlivou detekci jejich přítomnosti, a tedy i individuální indikaci k profylaktické parotidektomii u pacientů s klinicky negativním uzlinovým nálezem. Výsledky relevantních studií však dosud nelze uplatnit v klinické praxi. Jediným řešením je tak zatím důsledná dispenzární péče, zaměřená kromě hodnocení lokálního kožního nálezu i na stav intraparotických, resp. i krčních uzlin. Zvláštní pozornost je nutno přitom věnovat pacientům, jejichž tumor vykazuje zvýšená klinická i histopatologická rizika lymfogenního šíření. Mezi ně patří vedle samotné lokalizace na kůži hlavy a krku velikost tumoru nad 10 mm (u nádorů tváře a čela), resp. nad 6 mm (u nádorů centrální části obli-

čeje, očních víček, nosu, rtů, brady, boltce a spánku), nejasné makroskopické hranice tumoru, jeho lokální recidiva, rychlý růst, předchozí radioterapie, neurologická symptomatologie (tj. neuralgie a parestézie při infiltraci nervu nádorovými buňkami) a imunopresi pacienta. Z patologicko-anatomických faktorů jsou v tomto smyslu za rizikové považovány střední nebo nízký stupeň diferenciaci karcinomu, jeho adenoidní (akantolytická), adenoskvamózní nebo desmoplastická forma, pokročilá hloubka invaze (dle Clarka úroveň \geq IV, resp. \geq 4 mm) a průnik nádoru do nervů a cév (viz tabulka).

Primárním přístupem v hodnocení stavu intraparotických, resp. krčních uzlin je inspekce a především palpce. Ta může být zejména při lipomatózně změněné gl. parotis nespolehlivá, proto považujeme za nutné vyšetření uvedených krajin zobrazovacími metodami. Z nich první místo zaujímá ultrasonografie (obrázek 1), která má v detekci uzlinových metastáz vysokou senzitivitu i specifitu. Toto vyšetření, jež je standardem na většině klinických ORL pracovišť, dnes provádějí i někteří praktičtí lékaři. Při pozitivním či suspektním nálezu je indikována ultrazvukově navigovaná aspirační cytologická punkce. V nejasných případech je namíste provedení kontrastní CT a/nebo MRI, ev. PET/CT vyšetření.

Uzlinové metastázy kožních karcinomů hlavy a krku

Obr 1: Sonografie parotické žlázy s vícečetnými uzlinovými metastázami.



vykazují relativně vysokou incidenci a velmi rychlou progresi. Dispenzární péče tak musí být intenzivní, především u pacientů, jejichž karcinomy jeví vyšší rizika lymfogenního šíření. Doba mezi jednotlivými kontrolami by (podobně jako u slizničních karcinomů hlavy a krku) během prvního roku neměla být delší než dva měsíce. Po této době je nutno pacienty sledovat minimálně další 3 roky, přičemž intervaly je možno postupně prodloužit až na 6 měsíců. Později je pravděpodobnost uzlinových metastáz prakticky zanedbatelná. Dispenzární péče by však měla pokračovat, neboť asi u 60 % pacientů se do 10 let v oblasti hlavy a krku objeví další kožní karcinom. V případě prokázané intraparotické metastázy je nutno provést urychleně parotidektomii s blokovou disekcí krčních uzlin s následnou radioterapií.

Abstrakt

Karcinomy kůže vykazují v posledních letech trvale rostoucí incidenci. Vyskytují se především v oblasti hlavy a krku, kde mají také nejhorší prognózu. Pokud je nádor v časném stádiu léčen dostatečně radikální chirurgickou excizí, činí předpoklad pětiletého přežití více než 95 %. V opačném případě významně narůstá riziko jeho lokální recidivy i uzlinových metastáz, které redukuje tento parametr o 50 %. Většina nádorů vychází z tributárních kožních lokalit pro intraparotické uzliny (boltec, temporoparietální krajina). Nízká incidence okultních metastáz a potenciální komplikace chirurgie příušní žlázy jsou důvody odmítavého stanoviska k profylaktické parotidektomii u pacientů s klinicky negativním uzlinovým nálezem.

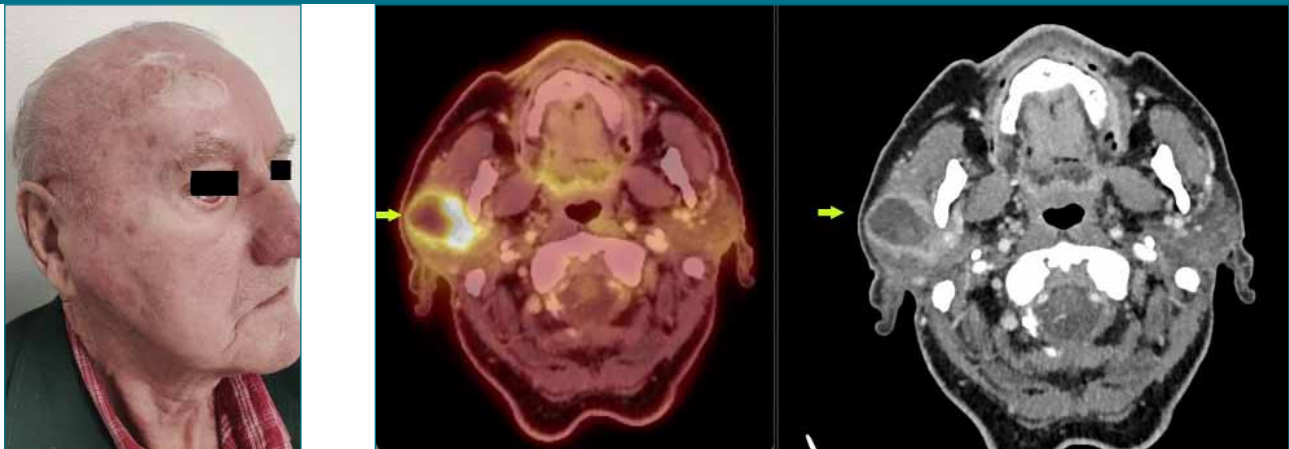
Při velmi agresivním chování těchto metastáz je však pro prognózu pacientů rozhodující jejich časná detekce v rámci intenzivní pooperační dispenzární péče. Její součástí by mělo být ultrasonografické vyšetření uzlin gl. parotis a krku. U nemocných s pozitivním nálezem

je indikována neprodlená parotidektomie s blokovou disekcí krčních uzlin a adjuvantní radioterapie.

Shrnutí pro praxi

Kožní spinaliomy postihují především starší populaci a jejich incidence se trvale významně zvyšuje. Prognóza těchto nádorů po chirurgické léčbě je dobrá, pokud je nádor odstraněn v dostatečných resekcčních hranicích. V opačném případě značně vzrůstá riziko lokální recidivy i prognosticky velmi závažných metastáz, převážně intraparotických. Tyto jsou málokdy prokazatelné při již detekci primárního nádoru, vznikají většinou v průběhu následujících dvou let. Proto je zásadní pravidelné hodnocení stavu parotických i krčních uzlin při primární diagnostice i během dispenzarizace, klinicky i ultrasonograficky. Typicky rychlá progresse metastáz vyžaduje minimálně dva roky kontroly v relativně krátkých intervalech. Později je vhodné pokračovat v dispenzarizaci vzhledem k vysokému riziku vzniku kožní duplicity.

Obr 2, 3: Příklad pacienta s fatálním průběhem T3 středně diferencovaného karcinomu kůže tváře vpravo. Nádor průměru 12 mm prorůstal do podkoží, byl resekován v nedostatečném rozsahu (blízké 0,15 mm okraji). Po 16 měsících došlo k lokální recidivě, která byla 2x reexcidována. S ročním odstupem se objevila intraparotická metastáza na téže straně, která velmi rychle progredovala během 4 týdnů (obr. 2). Vzhledem ke značné pokročilosti metastázy (N3b) a celkovému stavu byl pacient jen paliativně ozářen. Na PET CT zobrazení je patrné hypodenzní metastatické ložisko v hyperdenzním lemu v pravé glandula parotis vel. 42 x 24 x 35 mm (SUVmax. 10,0).



Literatura:

- 1/ <https://www.cancer.org/cancer/basal-and-squamous-cell-skin-cancer>
- 2/ www.svod.cz
- 3/ Nahhas AF, Scarbrough CA, Trotter S. A review of the global guidelines on surgical margins for nonmelanoma skin cancers. *J Clin Aesthet Dermatol.* 2017;10(4): 37-46.
- 4/ Stratigos A, Garbe C, Lebbe C et al. Diagnosis and treatment of invasive squamous cell carcinoma of the skin: European consensus-based interdisciplinary guideline. *Eur J Cancer.* 2015; 51: 1989-2007 PMID: 26219687 doi: 10.1016/j.ejca.2015.06.110
- 5/ van Lee CB, Roorda BM, Wakkee M et al. Recurrence rates of cutaneous squamous cell carcinoma of the head and neck after Mohs micrographic surgery vs. standard excision: a retrospective cohort study. *Br J Dermatol.* 2019; 181(2): 338-343. doi: 10.1111/bjd.17188.
- 6/ Faustina M, Diba R, Ahmadi MA et al. Patterns of regional and distant

- metastasis in patients with eyelid and periocular squamous cell carcinoma. *Ophthalmology.* 2004;111(10):1930-2. doi: 10.1016/j.ophtha.2004.02.009.
- 7/ Wermker K, Kluwig J, Schipmann S et al. Prediction score for lymph node metastasis from cutaneous squamous cell carcinoma of the external ear. *Eur J Surg Oncol.* 2015 Jan;41(1):128-35. doi: 10.1016/j.ejso.2014.07.039.
- 8/ National Comprehensive Cancer Network, Practice guidelines in oncology: Basal and squamous cell skin cancer. 2019. <http://www.nccn.org/>
- 9/ Kadakia S, Ducic Y, Marra D et al. The role of elective superficial parotidectomy in the treatment of temporal region squamous cell carcinoma. *Oral Maxillofac Surg.* 2016; 20(2): 143-7. doi: 10.1007/s10006-015-0539-9
- 10/ Yesensky J, Solis RN, Bewley A. Facial nerve sacrifice during parotidectomy for metastatic cutaneous squamous cell carcinoma. *OTO Open.* 2021; 25:2473974X21996627. doi: 10.1177/2473974X21996627.

Taping v ordinaci praktického lékaře



MUDr. René Vlasák
CPM - Lymfocentrum, Praha

Zánět patří k nejstarší fylogenetické obranné reakci organismu na vnitřní či vnější poškození. Touto stereotypní reakcí se tělo snaží co nejrychleji vrátit vše do původního vyváženého stavu – homeostázy. Medicína od pradávna projevy zánětu pozoruje, popisuje a různými léčebnými postupy ovlivňuje. Problematika zánětlivé reakce se jako červená nit táhne celou historií medicíny. Její základní symptomy (rubor, tumor, calor, dolor) již popsal jeden z největších římských lékařských spisovatelů Aulus Cornelius Celsus (25 př. n. l.–50 n. l.). Rudolf Virchow (1821–1902) k těmto základním příznakům přidal ještě *functio laesa*. Zánět, stejně jako jeho jednotlivé makro i mikroskopické projevy, definujeme a dělíme podle různých hledisek, která vychází z daného stupně medicínského poznání.

Na tomto základě si vytváříme různá léčebná doporučení (tzv. *guidelines*) a jejich realizaci označujeme za léčbu *lege artis*. Při formulování těchto pravidel je často obtížné rozhodnutí, co ponechat jako osvědčená dogmata a kdy již definovat nová paradigmatu léčby. Většinou se rozhodujeme podle pravidel EBM. V řadě případů pozitivní zkušenost s léčebným postupem vychází víc z klinické praxe než z experimentu. Pro tyto případy se lépe hodí označení EBP. To je i příběh tapingu, kdy s určitou nadsázkou mluvíme o léčbě tejpovací páskou.

Historie

Mluvíme-li o tapingu, máme na mysli metodu kinesiota-pingu, kterou v 70. letech minulého století vyvinul japonský chiropraktik Dr. Kenzo Kase. Tuto, v mnoha směrech inovativní metodu, nelze dobře pochopit bez znalosti životního příběhu Kenza Kaseho.

Narodil se v roce 1942 jako velmi neduživé dítě, které prodělalo tuberkulózu, opakované zápal plic, záněty ledvin, trpěl polyvalentní alergií. Ve velmi zbědovaném stavu se jej ujala

jeho babička, japonská přírodní léčitelka a akupunkturistka. Především díky její péči se plně uzdravil a v roce

1964 ukončuje ekonomická studia na Meiji Universitě v Tokiu.

Ale již v 1970 začíná v Chicagu studovat obor chiropraktické medicíny a o čtyři roky později zde promuje jako doktor chiropraktické medicíny. Od počátků své medicínské kariery se snaží propojovat svět přírodní s exaktní medicínou do oblasti, která se označuje jako integrativní.

Věnuje se širokému okruhu nemocných od sportovců po seniory s bolestmi kloubů.

Díky své zručnosti umí ulevit od bolestí i otoků, ale neumí prodlužovat efekt své léčby. „Kdybych jen našel způsob, jak s nimi poslat své ruce domů,“ zní jeho časté přání v počátcích vývoje kinesiota-pingu. Hledal řešení, které by neomezovalo volný pohyb jednotlivých segmentů pohybového ústrojí a současně neovlivňovalo průtok tělních tekutin v ošetřovaných místech. Jeho pozornost padla na tejpovací pásku, ale v té době byly známy pouze pevné tejpky, které k tomuto účelu byly naprosto nevhodné.

Dr. Kase tedy kromě vývoje nové terapeutické metody hledal a zásadní měrou se podílel na novém, pružném a v mnoha ohledech unikátním materiálu. Obě tyto vize se mu podařilo naplnit a po cca šestiletém výzkumu poprvé veřejně prezentovat novou terapeutickou metodu, které dal název Kinesio Taping® a jejíž nedílnou součástí jsou pružné tejpky specifických vlastností. Jeho originální tejpky nesou značku Kinesio®Tex. Dr. Kase je tedy autorem metody Kinesio Taping® a vynálezcem pružných tejpů pro terapeutické účely – to znamená funkční specifické tkaniny, která v řadě vlastností napodobuje lidskou kůži. Přibližně od roku 1980 Dr. Kase publikuje výsledky svých výzkumů. Spolu se svým týmem vědeckých spolupracovníků se nadále věnuje výzkumu metody Kinesio Taping® a jejich terapeutických účinků na stále širší spektrum diagnóz. Dr. Kase také klade důraz na kvalitní a jednotnou výuku své metody. Pro zajištění těchto cílů založil dr. Kase celosvětovou Kinesio Taping Asociation International (KTAI), v jejímž čele dodnes stojí. Před několika lety představil světu po mnoha letech výzkumu nový unikátní tejp, včetně nového terapeutického konceptu, který dostal názevody včetně tejpů unikátních vlastností – jedná se o terapeutický koncept KTM, který dostal název Epidermis-Dermis-Fascie (EDF), ve kterém ještě více vypíchl intervenci v intersticiálním prostoru.

O rozšíření metody, především v Evropě, se zasloužil holandský fotbalista Alfred Nijhuis, který po svých dobrých zkušenostech s touto léčbou v Japonsku vypracoval Medical Taping Koncept, a ten se mu posléze povedlo rozšířit nejprve mezi sportovní lékaře, fyzio-

terapeuty, maséry a následně mezi širokou odbornou i laickou veřejností.

První informace o využití tapingu v lymfologii přinesl do Čech čestný člen ČLyS

Dr. Franz-Josef Schingale a spolu s holandskou lymfoterapeutkou Clarou Feenstrou se zasloužili o první lymfotapingové kurzy u nás. Od r. 2010 jsou tyto kurzy pod hlavičkou ČLyS zařazeny do kontinuálního vzdělávání lymfologů a lymfoterapeutů.

Od roku 2014 jsou rozšířeny o výuku praktických lékařů, ale i sester z primární péče.

Praxe ukázala, že v řadě případů má taping své opodstatnění jako monoterapie, ale obrovský boom zažívá jako součást komplexní či „adjuvantní“ terapie řady zdravotních postižení různé etiologie. Pro univerzální možnost použití této léčebné metody se jeho popularita začíná šířit i mezi praktickými lékaři.

Mechanismus účinku kineziotapingu

Chceme-li pochopit mechanismus účinku tapingu, je nutné se vrátit k zánětu jako základní obraně reakci organismu, kdy právě otok bývá jeho jedním z nejčasnějších i nejčastějších projevů. Lokálně způsobí nárůst tlaku v postižených tkáních, tím dojde k porušení mikrocirkulace a ke kaskádě zřetězených reakcí, jako jsou změny pH, dráždění nociceptorů, proprioreceptorů, včetně zhoršení odtoku žilní krve a lymfy.

Tuto kaskádu máme možnost ovlivnit přiložením tejpovací pásky na kůži. S její pomocí intervenujeme především do oblasti podkožního intersticia, jakožto „kyberprostoru“ našeho těla.

Pásku buď přikládáme bez napětí, což napomáhá k odstranění mikrocirkulačního omezení a aktivaci endogenního analgetického mechanismu, nebo s napětím, kdy chceme více zdůraznit podporu kloubního a ligamentózně-svalového aparátu.

Techniky aplikace můžeme různě kombinovat, cílem je vždy zlepšení mikrocirkulace s rychlejším nástupem reparačních mechanismů, zlepšení funkce svalového i kloubního aparátu s maximálně možným návratem do fyziologických poměrů organismu, resp. homeostázy.

Shrnutí hlavních účinků kineziotapingu:

1. Zlepšení mikrocirkulace
2. Zlepšení svalové funkce
3. Aktivace endogenního analgetického systému
4. Podpora funkce kloubů

Tejpovací páska

Úspěch celé metody je spjat především s tejpovací páskou, která je složena ze tří vrstev:

1. Základem je kvalitní bavlněný materiál, který je podél-

ně protkán vysoce pružnými polyuretanovými vlákny.
2. Na rubové straně této tkaniny je nanese ve zvlněném vzoru akrylové lepidlo, napodobující papilární linie bříška prstu. Tento vzor spolu s polyuretanem dává pásce charakteristickou tažnost.

3. Třetí vrstva slouží jako snímatelný papírový nosič. Na něm je páska přiložená v 10% předpětí, a umožňuje tak vlastní aplikaci.



Typy tejpovacích pásek

V současné době zažíváme obrovský boom tejpovacích pásek, který je dán jak množstvím výrobců, tak množstvím různých druhů, ale i kvalit a cenových rozlišností. Pro začínajícího

„tejpaře“ je téměř nemožné se v široké nabídce smysluplně orientovat.

Pro základní orientaci v tejpovacích páskách je potřeba připomenout základní genezi kineziotapingu. Jak již bylo uvedeno, první kineziotape je spojen s Dr. Kenzo Kasem a je chráněn ochranou známkou Kinesio® Tex. Vše ostatní jsou více či méně kvalitní, plagiáty, ale řada z nich je pro léčebné účely dobře použitelná. Většina předních výrobců tejpů má snahu s výrobou tejpů zavádět i vlastní tejpovací školy, resp. kurzy, a pochopitelně je označovat za optimální směr léčby. Je to obdobné jako tvrdit, že bolest lze nejlépe potlačit aspirinem od Bayeru.

V zásadě se používají pásy, které jsou tažné do délky a po přilepení neomezují pohyblivost v ošetřené oblasti.

U nemocných s jemnou pokožkou, alergií na náplasti a u dětí je třeba volit pásy hypoalergenní, které mají menší množství lepidla.

Pro tejpování pacientů, kteří se více potí nebo absolvují hydroterapii, jsou k dispozici pásy voděodolné.

U bolestivých stavů lze aplikovat analgetické turmalí-

nové tejpů. Do portfolia tejpů patří i crosstapy a Phitten náplasti k lokálnímu ošetření.

Způsoby aplikace kinesiotapu

Rozlišujeme čtyři základní techniky přiložení tejpovacích pásek, které se liší nejen způsobem aplikace, ale i výsledným léčebným efektem.

1. Svalová aplikace

Používáme ji pro zlepšení funkce kosterního svalstva. Podle směru aplikace pásky dosahujeme tonizačního nebo relaxačního účinku na sval.

2. Vazivová (ligamentózní) aplikace

Používáme ji pro ošetření vazů a šlach. Pomocí této techniky můžeme ošetřit také triggerpointy, segmenty páteře či některé typy jizev.

3. Korekční aplikace

Používá se v rámci fyzioterapie k ovlivnění např. chybného postavení kloubů či pro uvolnění fascií.

4. Lymfatická aplikace (lymfotaping)

Aktivuje lymfatickou drenáž. Jde o nejčastěji používanou techniku v rámci lymfologické praxe, ale jde o techniku, kterou lze použít pro ošetření většiny otoků a hematomů, se kterými se v běžné praxi setkáváme.



Indikace kineziotapingu

Prostor pro využití tapingu díky jeho univerzální reparační metodice nacházíme napříč téměř všemi lékařskými obory počínaje pediatrií po gerontologii, včetně domácí i paliativní péče. Je vítaným pomocníkem všude tam, kde tlumíme symptomy zánětu a to především bolest a otok a to nefarmakologickou cestou.

V běžné lékařské praxi nachází kineziotaping resp. lymfotaping uplatnění v léčbě a prevenci:

- bolestí pohybového aparátu různé etiologie,
- akutních i chronických otoků a to jak hypo- tak i hyperosmolárních,
- všech pooperačních i poúrazových stavů, kdy usnadněním odtoku lymfy ovlivníme hojení a regeneraci tkání.

Komplikace tapingu

Nežádoucí působení tapingu se vyskytuje zřídka. Jde především o kožní reakce na tejpovací pásku - podráždění pokožky či lokální alergické projevy.

Přes velice dobrou snášenlivost a minimální komplikace považujeme některé zdravotní stavy za kontraindikaci.

Kontraindikace tapingu

- Velmi jemná, fragilní pokožka
- Nezaléčená nádorová onemocnění
- Akutní zánětlivá onemocnění
- Hnisavé rány a kožní projevy
- Ekzémy
- Podezření na hlubokou žilní trombózu

Tejpovací pásku neaplikujeme přímo do otevřených ran, na mateřská znaménka, velké varixy a podobně. U pacientů s citlivou pokožkou nebo s alergií na náplast doporučujeme před tapováním provést diagnostický test s kouskem hypoalergenní pásky.

Závěr

Léčba páskou se stala oblíbenou léčebnou metodou řady oborů.

Dělení na kineziotaping či jen lymfotaping se neukazuje jako výhodné.

V rámci běžné praxe se osvědčuje kombinace jednotlivých tejpovacích technik, ale především se taping osvědčuje jako součást komplexní péče.

Každopádně máme v ruce metodu, kterou pomáháme aktivovat samouzdravovací, resp. homeostatické mechanismy těla, působením přes podkožní interstitium, jež je mnohými považován za „kyberprostor“ našeho těla.

Byť se jedná o metodu, která není hrazena ze všeobecného zdravotního pojištění, je naprosto cenově dostupná a nijak výrazně neomezuje v běžných denních aktivitách.

Kompetenci k jejímu použití mají i střední zdravotní pracovníci, což se osvědčuje v přetížených lékařských praxích.

Mnoho zdravotníků přiznává, že taping je největším přínosem jak pro samoléčbu, tak i pro rychlou a efektivní pomoc rodinným příslušníkům.

Pití alkoholu a fibrilace síní: riziko zvyšují už malé dávky alkoholu



MUDr. Karel Nešpor, CSc.

Fibrilace síní je nejčastější srdeční arytmií. K rizikovým faktorům této poruchy patří pití alkoholu. Abstinence od alkoholu zde naopak působí jako ochranný činitel. Uvedená zjištění ovšem vycházela převážně z dotazníkových šetření, která nemusela být naprosto spolehlivá. Cílem studie autorů Marcus a spol. (2021) bylo zjistit výskyt epizod fibrilace síní krátce po vypití alkoholu. Studie proběhla u 100 ambulantně léčených dospělých osob s paroxysmální síniovou fibrilací. U zkoumaných osob bylo průběžně zaznamenáváno EKG. Zkoumané

osoby měly za úkol pokaždé, když se napily alkoholu, stisknout tlačítko na monitoru.

S odstupem u nich byl porovnáván počet epizod fibrilace síní, kterým předcházelo pití alkoholu, a počet epizod, kterým pití alkoholu nepředcházelo. To omezilo vliv dalších proměnných, jako jsou např. věk, jiná onemocnění nebo medikace. U 56 zkoumaných osob se objevila epizoda fibrilace síní. U těch, kdo měly epizodu fibrilace síní, bylo přibližně dvakrát pravděpodobnější, že pily alkohol čtyři hodiny před epizodou fibrilace síní. Toto riziko ještě vzrostlo, jestliže se bral v úvahu šesti-hodinový interval a jestliže se jednalo o vyšší dávku než 14 g 100% alkoholu (tj. asi více než 150 ml vína nebo 375 ml 12° piva). Souvislost mezi dávkou alkoholu a rizikem srdečních arytmií byla podle autorů lineární, tj. vyšší dávka alkoholu byla spojena s vyšším rizikem arytmií. Za jedinečný přínos této práce lze považovat zjištění, že riziko fibrilace síní zvyšuje už i malá dávka alkoholu. Autoři uzavírají, že epizody fibrilace síní jsou u disponovaných osob často vyvolány pitím alkoholu, tedy chováním, které lze relativně snadno ovlivnit. To je důležité s ohledem na rozšířenost této srdeční poruchy a na to, že podstatně ovlivňuje kvalitu života postižených osob.

Ve stejném čísle časopisu *Annals of Internal Medicine* se objevil na stejné téma editorial (Piano a Hwang 2021). Jeho autoři oceňují význam uvedené práce a její důležitost pro klinickou praxi.

Literatura

Marcus GM, Vittinghoff E, Whitman IR et al. Acute Consumption of Alcohol and Discrete Atrial Fibrillation Events. *Ann Intern Med.* 2021 Aug 31. Epub ahead of print.

Piano MR, Hwang Ch. Editorial: Holiday Heart Confirmed: Alcohol-Associated Atrial Fibrillation. *Ann Intern Med.* Aug. 31. Epub ahead of print.



inzerce

Prodám příjemnou ordinaci PL v Litvínově.

Prostory v soukromém vlastnictví.

Osobní jednání. Tel. 774 204 155

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

Využití kyseliny acetylsalicylové (ASA) v prevenci aterosklerotických kardiovaskulárních onemocnění (ASKVO)



Prof. MUDr. Hana Rosolová, DrSc., FESC
vedoucí Centra preventivní kardiologie II. interní kliniky
FN a LF UK, Plzeň

Historie

ASA má velmi dlouhou historii, první zmínky o ní sahají až do 5 st. př. n. l., kdy už řecký lékař Hippokrates věděl, že odvar z kůry vrby bílé tiší bolest a snižuje horečku. Poté byl určitý útlum a ke znovuobjevení vrbové kůry došlo v 18. stol., kdy se odvar používal jako lék na horečku a byl využíván i k léčbě malárie. V 19. stol. byl izolován salicin z kůry. Podařilo se také syntetizovat kyselinu acetylsalicylovou, ale všechny tyto preparáty byly špatně snášeny, protože působily toxicky na sliznici žaludku. V roce 1897 němečtí chemikové syntetizovali acetylsalicylovou kyselinu (ASA). Hledali méně kyselou formu sodného salicylátu, aby neiritovala žaludek. Nový lék nazvali aspirin: působil analgeticky, antipyreticky a protizánětlivě.

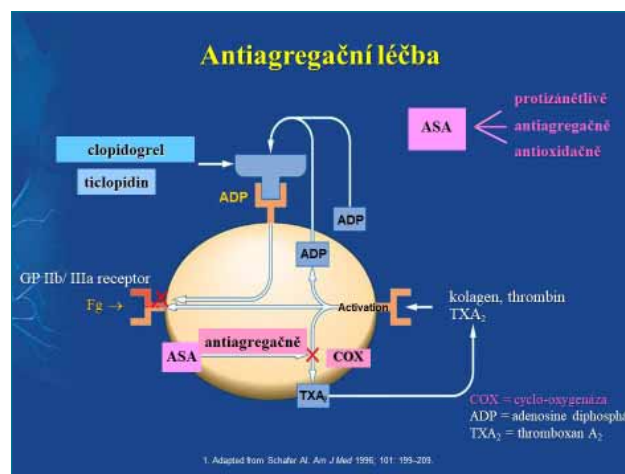
Ve 2. polovině 20. stol. došlo k renesanci aspirinu. Byly objeveny prostaglandiny a jejich vztah k bolesti a koagulaci. Zjistilo se, že ASA působí antiagregačně. Byla dávana pacientům po IM a CMP a prokázalo se, že je to výborná prevence další příhody. Některé studie dokonce tvrdily, že ASA působí preventivně např. u karcinomu tlustého střeva, a tato informace ještě zůstává i v některých amerických doporučeních. Bylo zjištěno, že ASA má dobrý vliv na endotelovou dysfunkci, zlepšuje produkci NO, což vede k vazodilataci, a dokonce některé studie ukazovaly, že tak snižuje krevní tlak, ale pro potvrzení jejího antihypertenzního účinku není zatím dostatek údajů.

Role ASA v současnosti

Je dostatek důkazů o tom, že ASA má efekt v prevenci KV příhod i KV úmrtí. Efekt je známý v primární i sekundární prevenci, ale bohužel je nejednotný poměr risk/benefit. Krvácivé projevy, které ASA může vyvolat v GIT i jiných orgánech, převažují v primární prevenci nad benefitem, zatímco v sekundární prevenci převažuje KV benefit nad rizikem krvácení.

Antiagregační léčba

Účinek ASA, clopidogrelu a ticlopidinu:



Historie ASA v primární prevenci ASKVO

Od začátku 20. století do roku 2020 probíhaly nejrůznější studie, většina z nich je primárně preventivních a jejich výsledky v souvislosti s prevencí KV chorob byly průběžně zařazovány do aktuálních doporučení. Poslední tři studie jsou studie ASCEND, ARRIVE a ASPREE.

Do studie ASCEND byli zařazeni pacienti s DM, kteří mají vysoké KV riziko, byl sledován účinek ASA. Došlo k redukci rizika příhod, ale bohužel také k velkému podílu krvácení (jen 25 % pacientů užívalo současně inhibitory protonové pumpy - PPI). Ve studii ARRIVE byli pacienti ve středním KV riziku a zde ASA nevedla k redukci KV příhod (celkově byl ve studii malý výskyt příhod). Třetí studie ASPREE zařadila pacienty starší 70 let, kde se pochybovalo o tom, zda se ASA má vůbec používat. V primární prevenci skutečně nedošlo k významnému poklesu KV příhod a KV úmrtnosti, ale bohužel byla zachycena velká krvácení a také zvýšená celková úmrtnost na některé typy rakoviny.

Užití ASA v doporučených postupech pro primární prevenci ASKVO

Z těchto 3 posledních studií a také z klinických zkušeností se formovaly doporučené postupy pro indikaci ASA v primární prevenci:

Například americká doporučení z roku 2019 stanovila věk 70 let jako limit. Uvádějí, že ASA může být zvážena u osob s velmi vysokým rizikem ve věku 40 až 70 let, pokud není zvýšené riziko krvácení. A nedoporučuje se u starších osob bez ohledu na riziko krvácení a také nikomu v jakémkoliv věku, pokud má zvýšené riziko krvácení.

Nedávné doporučené postupy v primární prevenci

2019 ACC/AHA Guideline on the Primary Prevention of CVD	ADA Standards of Medical Care in Diabetes - 2020	2020 ESC/EASD Guidelines on Diabetes, Pre-diabetes and CVD
<ul style="list-style-type: none"> 75 – 100 mg/den ASA může být zvážena pro primární prevenci ASKVO u dospělých ve věku 40-70 let ve vysokém KV riziku a nemají zvýšené riziko krvácení IIb / A 	<ul style="list-style-type: none"> 75 – 162 mg ASA / den může být zvážena v primární prevenci u diabetiků ve vysokém KV riziku po diskusi s pacientem o benefitu a riziku krvácení IIb / A 	<ul style="list-style-type: none"> U pacientů s DM s (velmi) vysokým KV rizikem 75-100 mg ASA/den může být zvážena v primární prevenci při nepřítomnosti kontraindikací IIb / A

a) Arnett DK, et al. JACC 2019;74:1376-1414. b) ADA. Diabetes Care. 2020;43(suppl. 1):S111-S134. c) Cosentino F, et al. Eur Heart J 2020; 41:255-323.

Klinickým problémem, který vyvstává při léčbě ASA, je zejména krvácení. Poslední metaanalýza z roku 2019, která zahrnuje všechny primárně preventivní studie, zjistila, že v primární prevenci ASA účinkuje. Snižuje se riziko IM o 18 %, riziko ischemických CMP o 13 %, což bylo statisticky významné, ale zvýšilo se riziko krvácení intrakraniálního o 30 %, GIT o 50 %, i když nebyla zaznamenána fatální krvácení.

Dalším problémem při léčbě ASA je aspirinová rezistence (selhání účinnosti ASA). Bývá zejména u pacientů, kteří si vysazují pravidelné dávkování ASA (non-compliance) nebo berou jiné NSA (společná metabolická cesta s COX-1).

Když používáme ASA, dochází k ireverzibilní trombocytární inhibici, proto musíme před operací minimálně 5–10 dní ASA vysadit, aby došlo ke zrušení této inhibice.

Co je třeba zvážit v primární prevenci ASKVO?

Především je potřeba zvážit, jak vysoké je riziko ASKVO (Musí být vysoké, nebo velmi vysoké.) a jak vysoké je riziko pro krvácení u daného pacienta. Riziko krvácení můžeme snížit tím, že můžeme vybrat enterosolventní formu ASA, a/nebo přidáme inhibitory protonové pumpy (omeprazol, pantoprazol aj.). U některých pacientů je velmi důležitá interdisciplinární spolupráce s gastroenterologem a v neposlední řadě také diskuze s pacientem.

Musíme zjistit rizikové faktory pro krvácení: anamnéza krvácení z GIT nebo jinde, anamnéza peptického vředu, věk nad 70 let, trombocytopenie, koagulopatie, snížení GF pod 60 ml/min. (pod 1 ml/s), současná léčba dalšími antikoagulancii, steroidy, NSA včetně ASA.

Poslední doporučení zdůrazňují, že je třeba, aby byl pacient informován o vedlejších účinku (krvácivé projevy) antiagregační terapie. Pacientovi má být vysvětleno, že toto krvácení většinou není fatální a je léčitelné. Je

nutné sledování pacienta! I diskuse s pacientem se podílí na našem rozhodování, zda přistoupíme k indikaci ASA v primární prevenci ASKVO.

Souhrn využití ASA v primární prevenci

Dle posledních guidelines prevence KVO z roku 2021 je ASA indikována v primární prevenci pouze u osob s (velmi) vysokým KV rizikem a nízkým rizikem krvácení. V tomto případě můžeme zvážit léčbu ASA v dávce 100 mg/den. ASA má protektivní účinky v prevenci IM, CMP a náhlé srdeční smrti.

Sekundární prevence ASKVO

V sekundární prevenci máme lepší výsledky ze studií s ASA a také více studií. 1 z 5 pacientů po AKS má v následujících 3 letech recidivu nebo jinou příhodu. Pokud pacient vynechá ASA po IM nebo jiné ischemické příhodě, zvýší se riziko další příhody na 46 %.

Antiagregační léčba v sekundární prevenci ICHS

ASA v dávce 75-100 mg /den je doporučena u pacientů s předchozím IM nebo po revaskularizaci (II/A). Clopidogrel 75 mg /den je doporučen jako alternativa k ASA u pacientů s intolerancí ASA (I /B). Clopidogrel 75 mg/den může být zvážen před ASA u symptomatických nebo asymptomatických pacientů s periferní aterosklerózou nebo po ischemické CMP nebo TIA (IIb/B). ASA 75-100 mg /den může být zvážena u pacientů bez IM nebo revaskularizace, ale s potvrzenou ICHS zobrazovací metodou (IIb/C).

Přidání druhého antitrombotika k ASA pro dlouhodobou sekundární prevenci **by mělo být zváženo** u pacientů s vysokým rizikem ischemických příhod bez vysokého rizika krvácení (IIa/A). Přidání druhého antitrombotika k ASA pro dlouhodobou sekundární prevenci **může být zváženo** u pacientů se středním rizikem bez vysokého rizika krvácení (IIb/A).

Studie COMPASS

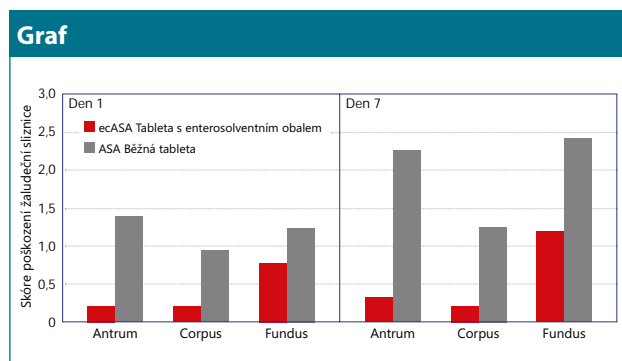
Studie COMPASS přinesla přesvědčivá data o účinnosti a bezpečnosti pro kombinaci rivaroxaban (2,5 mg) 2x1 + ecASA 100 mg (enterosolventní forma tablety, ecASA). Kombinace zvyšuje počet krvácivých příhod (především GIT krvácení), ale ve studii nebyla zaznamenána žádná fatální krvácení. Byla to první studie, která prokázala, že tato duální antitrombotická léčba (tj. kombinace antiagregancia a nízké dávky antikoagulancia) je účinná a bezpečná pro dlouhodobou sekundární prevenci ASKVO.

Dříve se objevovaly kritické názory, že pokud se pacientovi přidá IPP, sníží se účinnost ASA. Autoři studie

COMPASS vzali pacienty s IPP a srovnali účinnost duální antitrombotické léčby s pacienty, kteří neměli IPP, a prokázali, že účinnost je v obou případech stejná. IPP nesnižily účinnost antitrombotické léčby.

Gastroduodenální bezpečnost enterosolventní formy tablety ASA

Enterosolventní forma ASA je bezpečnější pro GIT, což bylo prokázáno německou studií Dammann, H. G. et al již v roce 1999, která porovnávala průměrné skóre žaludečních lézí při srovnání standardní a enterosolventní formy ASA.



ASA v enterosolventní formě tablety v dávce 100 mg denně způsobila u zdravých dobrovolníků v průběhu sedmi dnů významně méně gastroduodenálního poškození než stejná dávka ASA v běžné formě tablety

Antiagregační léčba po CMP, TIA

Po ischemické CMP nebo TIA (nekaradioembolický) je antiagregans doporučeno. Po karadioembolické příhodě jsou pacienti antikoagulováni (I/A). Po ischemické nekaradioembolické CMP nebo TIA se může dávat ASA, nebo ASA + dipyridamol (I/A), nebo samostatný clopidogrel. Při akutní malé ischemické příhodě nebo TIA by měla být zvážena kombinace ASA + clopidogrel po dobu 3 týdnů (IIa/A).

Antiagregační léčba při ICHDK

Při ICHDK se symptomy je ASA doporučena (I/C), i když je méně důkazů než např. u IM. Při ICHDK se symptomy i bez (+DM, nízké riziko krvácení) může být dle studie

COMPASS zvážen 2x2,5 mg rivaroxabanu + ASA 100 mg (IIb/B).

Poslední studie (The ADAPTABLE STUDY), která probíhala s ASA, byla virtuální, sledovala 15 076 pacientů s ICHS a trvala 26 měsíců. Smyslem bylo zjistit, zda se v účinnosti a ve vedlejších účincích (krvácení) liší různé dávky ASA. Výsledek se nelišil v prevenci ASKVO ani ve výskytu krvácivých komplikací u různých dávek ASA. Pacienti s dávkou 325 mg častěji měnili dávku nebo přerušili léčbu.

Souhrn ASA v sekundární prevenci ASKVO

Máme dostatek důkazů ze studií, že ASA je doporučena u pacientů s ASKVO (ICHS, st.p. ischem. nekaradioembolické CMP nebo TIA, ICHDK). Kardioprotektivní účinek (i 10% redukce celkové mortality) převyšuje rizika krvácení. Doporučená dávka je 100 mg ASA/den, může ji nahradit clopidogrel v dávce 75 mg/den u pacientů, kteří netolerují ASA nebo mají vysoké riziko krvácení. ASA je možné kombinovat s IPP (zvláště u pacientů, kde je zvýšené riziko GIT krvácení). Není doporučena kombinace clopidogrel + omeprazol, esomeprazol!

Závěr

Antiagregační terapie je založena na kyselině acetylsalicylové (ASA). Je vhodná především v sekundární prevenci ASKVO. Ke snížení rizika krvácení je možno použít enterosolventní formu tablety ASA, kombinaci s inhibitory protonové pumpy, nebo obojí.

Léčba ASA není ani po zavedení nových antiagregancí na ústupu, má stále své místo v antiagregační terapii, jak dokazuje studie COMPASS a další. A protože krvácivé projevy jsou největším rizikem léčby ASA, je podstatné, že máme možnost volby enterosolventní formy tablety ASA. Enterosolventní forma tablety ASA je bezpečnější pro GIT a neexistuje studie, která by prokázala, že by měla menší účinnost než má klasická forma ASA.

Z přednášky Prof. MUDr. Hana Rosolová, DrSc., FESC zpracovala
MUDr. Markéta Pfeiferová
Mladí praktici

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

Nezapomínáte na prevenci? Přeočkování proti tetanu je stále důležité



MUDr. Michal Lazák
PL Praha

Tetanus je nebezpečné onemocnění, které se dnes ve vyspělých zemích téměř nevyskytuje. Důvodem je zejména vysoká proočkovanosť populace. První vakcínu proti tetanu dostávají děti již ve věku dvou měsíců a poté postupně další v doporučených intervalech až do dospělého věku. Protilátky nás ale nechrání navěky a pravidelné přeočkování proti tetanu se dnes doporučuje v rozmezí každých 10 až 15 let. Mnoho dospělých však na tyto posilovací dávky zapomíná, a vystavuje se tak zbytečnému riziku.

Tetanus je závažné infekční onemocnění, které způsobuje bakterie *Clostridium tetani*. Tato bakterie se běžně vyskytuje ve střevěch lidí nebo hospodářských zvířat, zejména koní a hovězího dobytka, a její spory (bakteriální buňky) se tak s exkrementy dostávají do půdy a prachu, kde mohou přežívat i několik let. K infekci dochází při poraněních, která pronikla kůží hlouběji do podkoží a případně do svalové tkáně, a byla znečištěna kontaminovanou půdou. Přenos je pravděpodobnější u velkých, hlubokých ran nebo popálenin, ale může k němu dojít i při operaci zažívacího traktu nebo u pacientů s otevřenými ranami. Zvýšené je riziko rovněž u injekčních uživatelů drog. V hluboké ráně bez přístupu kyslíku mají pak spory příznivé podmínky a mění se v aktivní formu bakterie, která produkuje velmi nebezpečný neurotoxin – tedy jed, který působí na nervový systém.^{1,2,3,4}

Doba, kdy se po nákaze objeví první příznaky onemocnění, se v případě tetanu pohybuje od 3 do 21 dnů. „Zpočátku se onemocnění projevuje neklidem, pocením a pocitem namožených svalů. Následně se objevují křeče, typicky nejprve postihující obličejové nebo žvýkací svaly. Postupně přicházejí křeče zádového svalstva způsobující prohnutí celého těla do oblouku. Křeče jsou velmi silné a mohou vyústit až do zlomenin obratlů, případně natržené svalů. Popsané projevy onemocnění probíhají za plného vědomí a jsou velmi bolestivé,“ říká MUDr. Michal Lazák, praktický lékař z Prahy. Tetanus může končit smrtí, nejčastěji v důsledku udušení nebo srdečního selhání, a to i při intenzivní léčbě.^{1,3}

Očkování proti tetanu

Tetanus nelze nikdy vymýt, tato bakterie se vyskytuje po celém světě. K závažným onemocněním a úmrtím dnes dochází především v rozvojových zemích s nízkou úrovní zdravotnictví a hygieny. V evropských zemích je toto nebezpečné onemocnění vzácné, zejména díky vysoké proočkovanosťi populace.

Proti tetanu se u nás očkuje již více než 60 let, je součástí povinného očkování a hradí jej stát.² První dávka vakcíny proti tetanu se podává dětem ve dvou měsících věku, poté následují další tři dávky v odstupu několika měsíců jako součást tzv. hexavakcíny. Pátá dávka se pak podává mezi pátým a šestým rokem a šestá mezi desátým a jedenáctým rokem.² „U dospělých do 60 let věku je doporučený interval pro posilovací dávky každých 15 let a po 60. roce věku každých 10 let,“ upozorňuje MUDr. Michal Lazák.

Vakcína proti tetanu, černému kašli a záškrtu

Přeočkování může být provedeno i kombinovanou vakcínou, která chrání také proti černému kašli (pertusi) a záškrtu (diftérii).² „Přestože zavedení očkování pomohlo minimalizovat výskyt těchto onemocnění u nás, v posledních letech se znovu začínají objevovat. Posilující vakcinace proti těmto nemocem v dospělosti tak má mnoho opodstatnění a netýká se dnes už pouze cestovatelů do exotických zemí,“ vysvětluje MUDr. Michal Lazák. S přibývajícím věkem navíc klesá přirozená obranyschopnost organismu, objevují se chronická onemocnění a tělo se hůře vyrovnává s infekcemi. Kromě toho mají některé nemoci, proti kterým se očkuje v dětství, v dospělosti závažnější průběh.^{5,6}

V současnosti se proto doporučuje alespoň jednou v dospělosti podat také posilující vakcínu proti těmto nemocem.⁷ Zažádat o ni je možné u praktických lékařů nebo v očkovacích centrech. Dobrou zprávou je, že od letošního roku většina zdravotních pojišťoven svým pojištěncům na tuto vakcínu přispívá.

Zdroje:

- <https://www.ockovacentrum.cz/cz/tetanus>
- Smišková, D., Marešová, V.: Současnost očkování proti tetanu, *Medicína pro praxi* 2014; 11(4): 147–148. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2014/04/03.pdf>
- Oddělení epidemiologie infekčních nemocí, CEM, SZÚ: Tetanus. Praha, červen 2019. Dostupné z: http://www.szu.cz/uploads/Epidemiologie/Infekce_zakladni_informace/Tetanus_zakladni_informace.pdf
- Zedníková, L.: Tetanus. Dostupné z: http://old.lf.upol.cz/fileadmin/user_upload/LF-kliniky/hippokrat/InfekcniNemoci/Tetanus.pdf
- Vančíková, Z.: Co bychom měli vědět o očkování, abychom dělali správná rozhodnutí. Praha 2016. Dostupné z: https://www.khshk.cz/khshkdata/epi/ockovani/informace_o_ockovani_nejen_pro_rodice.pdf
- Fabiánová, K.: Černý kašel na vzestupu. TK 20. 11. 2014, SZÚ. Dostupné z: http://www.szu.cz/uploads/Epidemiologie/2014_Epidemiologie_pertuse_tiskova_konference-SZU.pdf
- Krausová, J. a kol.: Očkování u dospělých – obecné principy. *Medicína pro praxi* 2013; 10(4): 142–145. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2013/04/03.pdf>

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

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

Hypertenze, Diabetes, Dyslipidémie, Obezita – častý „smrtící kvartet“ u našich diabetických pacientů



MUDr. Klaudia Hálová Karoliová

Diabetologická a endokrinologická ambulance
Endokrinologický Ústav, Praha

Úvod

Hypertenze, dyslipidémie, diabetes i obezita jsou do značné míry ovlivnitelné rizikové faktory pro vznik kardiovaskulárního onemocnění v budoucnu. Dle dostupných dat z epidemiologických průzkumů the National Health and Nutrition Examination Surveys (NHANES) 1988–1994, 1999–2004, and 2005–2010 se jenom hypertenze a dyslipidémie vyskytuje společně u 60 až 64 % dospělých pacientů. A drtivá většina má k tomu přidružený ještě minimálně jeden KV rizikový faktor.

Jako diabetolog se denně zabývám mimo jiné i řešením kvality a zajištěním zdravotní péče našim klientům s chronickým onemocněním. Už pár let nás motivuje i možná spolupráce s VZP v rámci programu VZP PLUS – DIABETES, jehož hlavními cíli jsou:

- zlepšení kvality poskytované péče o chronické pacienty
- snížení rizika kardiovaskulárních komplikací
- snížení rizika mikrovaskulárních komplikací
- snížení nákladů na léčbu komplikací onemocnění diabetes mellitus.

Program je založen na hodnocení pěti kvalitativních kritérií, která souvisí s prevencí a organizací péče o pacienty s chronickým onemocněním diabetes mellitus:

- kompenzace diabetu – vyšetření glykovaného hemoglobinu
- prevence kardiovaskulárních onemocnění – vyšetření LDL cholesterolu
- snížení rizika závažných specifických komplikací diabetu – vyšetření na oftalmologii
- snížení rizika amputací – vyšetření rizika syndromu diabetické nohy
- snížení rizika opožděné diagnózy chronického selhání ledvin.

A právě pravidelné stanovování a hlídání hladin LDL cholesterolu nám přináší jasný důkaz o častosti daných komorbidit a nutnosti jejich léčby.

Kazuistika

Jedním z pacientů, kteří vyžadovali léčbu několika nemocí, byl i pan František.

V péči diabetologické ambulance je od roku 2014, kdy mu byl v červnu diagnostikován diabetes 2. typu., t.č. na dietě.

OA: arteriální hypertenze od r. 2010, Obezita 1. st. s BMI 31,5 od r. 2008; hyperurikémie od r. 05/2014; chron. VAS páteře od r. 2012, Stp APPE v r. 2013

FA: amlodipin 5 mg 1-0-0, indapamid 2,5 mg 1-0-0, perindopril 10 mg 1-0-0; alopurinol 100 mg 0-1-0

RA: matka: DM 2. typu na PAD, jinak nevýznamná

Abusus: exkuřák od r. 2011, dříve 20 cig./den od cca 20 let, alkohol zcela výjimečně

Pacientovi byla vydána žádanka na odběry a byl pozván na kontrolu v říjnu 2014:

Dle laboratoře zjištěn vyšší cholesterol: celk. cholesterol: 5,5 mmol/l; HDL chol.: 1,17, TG: 1,43 mmol/l; LDL: 3,68 mmol/l, ostatní parametry v normě.

Vzhledem k existujícím přidruženým nemocem a přísnějším normám pro LDL cholesterol u DM (1,8 mmol/l) byl v 10/2014 nově nasazen atorvastatin 10 mg 0-0-1.

Na kontrole v 02/2016 dle laboratoře celk. cholesterol: 6,05 a LDL chol.: 4,34, proto s panem Františkem procházíme nízkocholesterolovou dietu a zvyšujeme atorvastatin na 20 mg 0-0-1.

S panem Františkem se následně vidíme za půl roku, kdy připouští, že večerní medikaci na cholesterol občas zapomene vzít, protože usne dřív u televize.

Domlouváme se na sloučení medikace atorvastatin + perindopril + amlodipin do jedné tablety Lipertance 20/10/5 mg 1-0-0.

Kontrola 09/2017: celk. cholesterol: 3,14 mmol/l; LDL cholesterol: 1,69 mmol/l, pan František je s léčbou spokojený, proto bez problémů pokračujeme v nastavené medikaci.

Kontrola 03/2019: celk. cholesterol: 3,67 mmol/l; LDL cholesterol: 1,99 mmol/l,

Kontrola 09/2020: celk. cholesterol: 3,27 mmol/l; LDL cholesterol: 1,61 mmol/l,

Kontrola 09/2021: celk. cholesterol: 3,5 mmol/l; LDL cholesterol: 1,7 mmol/l.

Pan František je nadmíru spokojen, cholesterol má v cílových hodnotách a v léčbě fixní kombinační terapií pokračujeme i nadále.

Zamyšlení

Řada klinických studií už prokázala, že statiny můžeme s výhodou využívat i nezávisle na jejich snižování lipidů v kombinaci s antihypertenzivy. Příznivé účinky této kombinace připisujeme synergickému antiatero-

sklerotickému působení všech zúčastněných složek. Ty především zabraňují vzniku endoteliální dysfunkce a inhibují oxidaci LDL cholesterolu, proliferaci a migraci buněk hladkého svalstva a narušují ukládání aterosklerotických plátů.

Fixní kombinace statinu, ACE inhibitoru a blokátoru kalciových kanálů se jeví jako velice vhodná pro naše diabetické pacienty. Zajišťuje důkladnější dodržování pravidelného a dlouhodobého užívání chronické medicíny a zároveň využijeme synergické působení všech tří složek.



M L A D Í
P R A K T I C I

6. PRAKTICKÁ KONFERENCE PRO PRAKTICKÉ LÉKAŘE

28. – 29. KVĚTNA 2022

**MASARYKOVA UNIVERZITA,
UNIVERZITNÍ KAMPUS BOHUNICE,
PAVILON B11**

(Kamenice 753/5, 625 00 Brno - Bohunice)

Začínáme již 27. května v 19 hodin
uvítacím večírkem.

Pro další informace
sledujte náš **FB** a **WEB**

www.mladipraktici.cz
mladipraktici@gmail.cz

Odborná zástita konference:
prof. MUDr. Hana Matějovská Kubešová, CSc.,
Klinika interní, geriatry a praktického lékařství
Lékařské fakulty Masarykovy univerzity
zástupkyňe přednosty kliniky

Zajišťuje: Mladí praktici z.s.
Pořadatel: Mediconf s.r.o.
Kontakt: Kateřina Spilková, katerina.spilkova@mediconf.cz

Akce ID 106241 je pořádána dle Stavovského
předpisu ČLK č. 16 a ohodnocena 9 kredity.



 **smsticket**



KUP VSTUPENKU NEBO
ZJIŠTI VÍCE INFORMACÍ

Salzburg OMI (Open Medical Institute) seminar - Taste of Palliative Medicine



MUDr. Lucie Dolanská

Všeobecná praktická lékařka,
MOJE AMBULANCE a.s., Ostrava
Geriatr, Ostrava

Nedávno se v Salzburku konal vzdělávací seminář na téma Taste of Palliative Medicine, s přednáškami předních odborníků z USA, Rakouska, Švédska a Maďarska.

Vedoucí kurzu Dr. Frank D. Ferris, FAAHPM, FAACE, v jeho úvodu sdělil: „It's all about life.“ Představme si pod tím svět, kde je pacientům s těžkou generalizovanou chorobou poskytována taková péče, díky níž mohou žít naplno. V současnosti spolu s narůstajícím pokrokem vývoje společnosti, včetně oblasti medicíny, je samozřejmostí dbát na organizaci neustálého kontinuálního vzdělávání lékařů různých odborných specializací. Cílem využití získaných poznatků je pomoci jim získat jistotu, jak pacientovi pomoci. Zvláště pak, jak zabezpečit jejich „fungování“ ve smyslu zajištění optimální kvality každodenního života. Jak zajistit příjem stravy, kvalitní spánek a jak minimalizovat tíži dopadů nepříznivých symptomů a redukovat stres z těžkého onemocnění. Dosavadní výzkumy jasně ukazují, že pokud je paliativní péče zahájena včas a důkladně, má takový pacient šanci na delší přežití s lepší kvalitou života. Péče o pacienta musí být zajištěna v týmové multioborové odborné spolupráci. V každodenní praxi s realizací napříč několika specializacemi. V první řadě s onkology, paliatry a hlavně s lékaři primární zdravotní péče.

Ze 150 přihlášených bylo vybráno 38 lékařů ze 17 zemí, kteří se daného kurzu zúčastnili. Kurz se konal na Zámku Arenberg v Salzburku. Trval jeden týden a poskytli účastníkům aktuální poznatky. Mezi účastníky byli kolegové, kteří se dané problematice věnují profesionálně nebo ji ve svých zemích vyučují, především onkologové, paliatři a geriatři. Ale také internisté, neurologové, pediatři a lékaři primární péče. Zajímavostí pak bylo, že se část účastníků doposud s výukou paliativní medicíny či prací v daném oboru po dobu své praxe nesetkala, nebo se setkala jen velmi málo. Styl výuky po celý týden semináře byl odlišný od toho, jak jej známe u nás. Každý

den je předem známý rozvrh témat, která se budou probírat. Do hodiny je potřeba přijít připraven – toto je zajištěno mnoha předem poskytnutými materiály (prezentacemi, online videy s reálnými pacienty a lékaři, webovými odkazy na dané téma atp.). Předpokládá se, že si je účastník prostuduje, aby se poté mohl aktivně do hodiny zapojit. Důraz se přitom klade na individuální zapojení do daného tématu, ať již v přednáškové místnosti, nebo posléze při práci v malých skupinách.

Největší pozornost je zaměřena na komunikaci a techniky komunikace s pacienty - bylo více rozvedeno kolegy v jednom z dřívějšího čísla Practicu. Během našeho semináře se komunikaci také věnovala velká pozornost, především jejímu nácviku sdělování špatných zpráv a prognózy nemoci, včetně komunikace s rodinou pacienta. V západních zemích jsou k tomuto nácviku najímání placení herci a daná komunikace se natáčí na kameru a posléze se analyzuje, zda proběhla správně. Výuka komunikace s pacientem a rodinou je vyučována již na univerzitě před nástupem mladého lékaře do praxe. Šokující bylo zjištění, že i v dnešní době v některých východních zemích pacienti stále nejsou informováni o svém závažném onemocnění (např. onkologickém) a je uplatňován tzv. paternalistický přístup lékaře k pacientovi. Další zajímavá témata byla management léčby bolesti dle WHO, technika záměny opiátů, výpočet správné dávky opiátů, léčba nauzey a zvracení, zácpy, role výživy a hydratace v preterminálním stavu, management deliria či odhad prognózy těžce nemocného pacienta. Témata přednášek byla pestrá a přínosná. Vždy se jednalo o nejnovější poznatky z oboru, mohli jsme diskutovat, sdělovat si poznatky a zkušenosti s kolegyněmi a kolegy z různých zemí světa. Poslední den pak každý účastník kurzu musel prezentovat svůj projekt, na kterém v průběhu celého týdne pracoval. Téma bylo „Co pro mne znamená Paliativní medicína?“ Mohlo se odprezentovat cokoliv, co v každém zanechalo za celý týden určitou stopu – někdo maloval, někdo složil báseň, někdo vyrobil prezentaci, kde představil své pracoviště, někdo zpíval. V mezinárodním kontextu byla každá prezentace zajímavá, svou roli zde hrály různé kulturní, sociální, případně i náboženské vlivy. Vše proběhlo v přátelském duchu a bylo přijato s nadšením a uznáním.

Seminář se konal v době pandemie onemocnění COVID 19, byl tedy kladen důraz na bezpečnost účastníků, podmínkou účasti bylo očkování alespoň dvěma dávkami některou z uznaných vakcín a negativní PCR test (ne starší 72 hodin). V Rakousku v té době bylo povinné nošení respirátorů ve všech uzavřených prostorech a ve všech prostředcích hromadné dopravy.

Projekt Salzburškých seminářů nabízí zajímavou formu postgraduálního vzdělávání a je v České republice koordinován Výborem dobré vůle – Nadací Olgy Havlové, pod záštitou nadace The American Austrian Foundation. Jedná se o projekt komplexního vzdělávacího systému, jehož cílem je mezinárodní vzdělávání lékařů odborníky z amerických a rakouských univerzit, s předpokladem následného sdílení nabytých poznatků. Projekt je financován nadací The American Austrian Foundation a spolufinancován ministerstvem vědy, výzkumu a ekonomiky (Bundesministerium für Wissenschaft, Forschung und Wirtschaft) a dalšími neziskovými organizacemi. Semináře jsou určeny různým lékařským specializacím. Výběrového řízení je možno se zúčastnit dvakrát ročně, případně se zúčastnit na základě pozvání zástupců OMI. Na základě dokladovaného životopisu, odborných aktivit a případně doporučení jsou následně kandidáti vybíráni. Oficiálním jazykem semináře je angličtina. Každý seminář je zahájen a ukončen testem, který má prověřit získané vědomosti. Absolventi těchto seminářů mají pak následně možnost zúčastnit se odborných stáží v rakouských a amerických nemocnicích.

Obr. 1 Společné foto přednášejících (v první řadě) a všech účastníků semináře



Přednášející se svými přednáškami a všichni tamní hostitelé byli na vynikající úrovni a hlavně, ke všem přátelští. Všem zainteresovaným patří upřímné velké poděkování.

Jsem ráda za tuto příležitost a zkušenost, kterou mohu všem lékařům jen doporučit. Podrobnější informace o projektu jsou k dispozici na internetových stránkách www.vdv.cz.

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

Odebrání anamnézy ukrajinských pacientů usnadní lékařům i sestřám trojjazyčný dotazník

Odstranit jazykovou bariéru a pomoci českým zdravotníkům i ukrajinským pacientům by měl česko-ukrajinský anamnestický dotazník, který vytvořila společnost Sanofi ve spolupráci s přednostou Ústavu všeobecného lékařství 1. LF UK v Praze doc. MUDr. Bohumilem Seifertem, Ph.D. Na následující straně naleznete náhled dotazníku nebo si jej můžete stáhnout zdarma ve formátu PDF na webové adrese:

https://www.prolekare.cz/media/anamnesticky_dotaznik_pro_ua.pdf

Kdo může, léčí

Pomoc Ukrajincům, kteří utekli před válkou do Česka, nabídla a stále nabízí řada odborných společností, profesních sdružení, zdravotních pojišťoven i soukromých subjektů působících v oblasti medicíny a zdravotnictví. Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP společně se Sdružením praktických lékařů ČR vybidla již na konci února své členy, aby pomohli bezplatně ošetřit uprchlíky, kteří dosud nezískali od státu tzv. statut strpění, na nějž se váže možnost čerpat péči na základě veřejného zdravotního pojištění. K této pomoci se připojili rovněž dětští praktičtí lékaři, kardiologové, pneumologové a další.

„Všichni sledujeme s napětím a velkým znepokojením dění na Ukrajině. Všichni přemýšlíme jak pomoci rodinám, které jsou postiženy válkou. Očekáváme příliv uprchlíků, mezi nimiž budou zejména ženy a děti. Přemýšleli jsme, jak můžeme pomoci, a rozhodli se, že v první řadě tím,

co umíme, tedy poskytnutím lékařské péče, a to bezplatně. Vyzvali jsme své členy, aby poskytli akutní ošetření nemocných dětí, úhradu léků a vyšetření, povinné očkování především kojenců a celkové prohlídky. Mnozí z nás ještě nezapomněli na hodiny ruštiny, a měli bychom tak rozumět ukrajinsky mluvícím osobám, případně můžeme požádat o doprovod a tlumočení některým zde žijícím Ukrajincem,” uvedla tehdy předsedkyně Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR MUDr. Ilona Hülleová.

Praktický dotazník odstraní jazykovou bariéru

Právě jazyková bariéra může při komunikaci s ukrajinskými uprchlíky představovat problém. Pomoci ji překonat by měl lékařům i sestřám – alespoň při odebrání anamnézy – prakticky sestavený dvoustránkový dotazník v češtině, slovenštině i ukrajinštině. Vedle osobních údajů v něm pacient jednoduše vybere a zaškrtně, s jakými akutními potížemi za lékařem přichází, zda trpí některým z chronických onemocnění, zda a jaké léky užívá. Je zde rovněž možnost přímo na obrázcích zakreslit, která část těla pacienta bolí. Nechybějí ani informace o alergiích, těhotenství nebo obrázková škála bolesti. Cílem je, aby pacient správně pochopil, na co se ho lékař ptá, a aby lékař dostal jasné a přesné informace o pacientovu zdravotním stavu.

Zdroj:

<https://www.prolekare.cz/novinky/odebrani-anamnezy-ukrajinskych-pacientu-usnadni-praktickym-lekarem-dotaznik-130464>

Базове медичне інтерв'ю

Зákladní zdravotní anamnéza / Základná zdravotná anamnéza

CZ SK

Ім'я Jméno / Meno	Вік Věk / Vek
Прізвище Příjmení / Priezvisko	Зріст Výška
	Вага Váha / Hmotnosť

На що Ви скаржитеся?

Jaké potíže oznamujete? / Aké ťažkosti oznamujete?

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> біль у животі
bolest břicha / bolest brucha | <input type="checkbox"/> біль у яєчках
bolest varlat / bolest semenníkov | <input type="checkbox"/> задишка
dušnost / dýchavičnosť |
| <input type="checkbox"/> нудота
nevolnost / nevoľnosť | <input type="checkbox"/> біль або печіння у піхві
bolest nebo pálení pochvy / bolest alebo pálenie pošvy | <input type="checkbox"/> лихоманка
horečka / horúčka |
| <input type="checkbox"/> блювота
zvracení / vracanie | <input type="checkbox"/> головний біль
bolest hlavy / bolesti hlavy | <input type="checkbox"/> слабкість
slabost / slabosť |
| <input type="checkbox"/> діарея
průjem / hnačka | <input type="checkbox"/> біль у шиї
bolest šíje / bolest' šíje | <input type="checkbox"/> кашель сухой <input type="checkbox"/> кашель вологий
suchý kašel / kašel' / vlhký kašel / kašel' |
| <input type="checkbox"/> запор
zácpa / zápcha | <input type="checkbox"/> біль у спині
bolest zad / bolest' chrbta | <input type="checkbox"/> нежить
rýma / nádcha |
| <input type="checkbox"/> кров у блювоті
krev ve zvracích / krv vo zvratkoch | <input type="checkbox"/> біль у кінцівках
bolesti končetin / bolesti končatin | <input type="checkbox"/> озноб
třes / tras |
| <input type="checkbox"/> кров у калі
krev ve stolici / krv v stolici | <input type="checkbox"/> набряк кінцівок
otékání končetin / opúchanie končatin | <input type="checkbox"/> свербіж шкіри
svědění kůže / svrbenie kože |
| <input type="checkbox"/> кров у сечі
krev v moči / krv v moči | <input type="checkbox"/> серцебиття
bušení srdce / búšenie srdca | <input type="checkbox"/> печіння шкіри
pálení kůže / pálenie kože |
| <input type="checkbox"/> затримка сечі або калу
zadržování moči nebo stolice / zadržívanie moču alebo stolice | <input type="checkbox"/> запаморочення
závratě / závraty | <input type="checkbox"/> бессоння або інші розлади
nespavost nebo jiné poruchy / nespavosť alebo iné poruchy |
| <input type="checkbox"/> часте сечовипускання
časté močení / časté močenie | <input type="checkbox"/> шум у вухах
hučení v uších / hučanie v ušiach | <input type="checkbox"/> тривога, смуток
úzkost, smutek / úzkosť, smútok |
| <input type="checkbox"/> біль або печіння при сечовипусканні
bolest nebo pálení při močení / bolest' alebo pálenie pri močení | <input type="checkbox"/> втрата свідомості
ztráty vědomí / straty vedomia | <input type="checkbox"/> інше (що?)
jiné (jaké?) / iné (aké?) _____ |

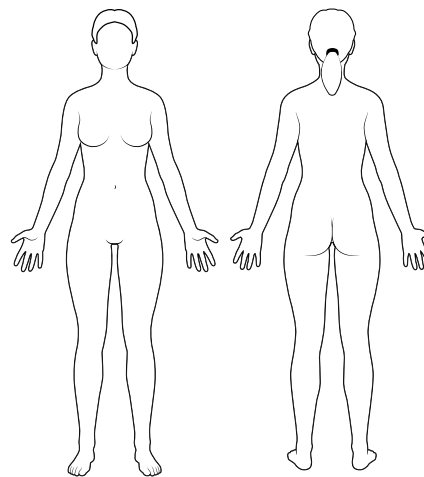
Чи маєте Ви хронічні захворювання?

Máte nějaké chronické onemocnění? / Máte nějaké chronické ochorenie?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> артеріальна гіпертензія
vysoký krevní tlak / vysoký krvný tlak | <input type="checkbox"/> остеоартроз
osteoartróza |
| <input type="checkbox"/> серцева недостатність
srdeční selhání / srdcové zlyhanie | <input type="checkbox"/> ішіас
ischias |
| <input type="checkbox"/> ішемічна хвороба серця
ischemická choroba srdeční / srdca | <input type="checkbox"/> епілепсія
epilepsie / epilepsia |
| <input type="checkbox"/> постінфарктний статус
stav po infarktu / infarkte myokardu | <input type="checkbox"/> хвороба Альцгеймера
Alzheimerova choroba |
| <input type="checkbox"/> атеросклероз
ateroskleróza | <input type="checkbox"/> хвороба Паркінсона
Parkinsonova nemoc / choroba |
| <input type="checkbox"/> анемія
anémie / anémia | <input type="checkbox"/> стан після трансплантації або видалення органів
stav po transplantaci nebo odebrání orgánů / stav po transplantácii alebo odobraní orgánov |
| <input type="checkbox"/> варикозне розширення вен кречові жily / кречові žily | <input type="checkbox"/> стан після ендопротезування колінного/тазостегнового суглоба
aloplastika kolenního / kyčelního kloubu / aloplastika kolenného/bedrového kĺbu |
| <input type="checkbox"/> астма
astma | <input type="checkbox"/> катаракта
šedý zákal / sivý zákal |
| <input type="checkbox"/> цукровий діабет
diabetes | <input type="checkbox"/> глаукома
glaukom / glaukóm |
| <input type="checkbox"/> захворювання щитовидної залози (гіпер/гіпотиреоз)
onemocnění štítné žlázy (hyper-/hypotyreóza) / ochorenie štítnej žľazy (hyper-/hypotyreóza) | <input type="checkbox"/> дерматит
atopický ekzém |
| <input type="checkbox"/> печінкова недостатність
selhání jater / zlyhanie pečene | <input type="checkbox"/> псоріаз
lupénka / psoriáza |
| <input type="checkbox"/> порушення функції нирок
porucha funkce ledvin / porucha funkcie obličiek | <input type="checkbox"/> депресія
deprese / depresia |
| <input type="checkbox"/> рак
rakovina | <input type="checkbox"/> інше (що?)
jiné (jaké?) / iné (aké?) _____ |

Вкажіть, будь ласка, локалізацію болю:

Vyznačte prosím místo bolesti: / Vyznačte, prosím, miesto bolesti:



Відколи виникають тривожні симптоми?

Odkdy se objevují znepokojivé příznaky? / Odkedy sa objavujú znepokojivé príznaky?



SVL ČLS JEP

Vzdělávací semináře

v květnu 2022

Hlavní témata

Komplikovaná hypertenze v ambulanci PL aneb když nestačí základní antihypertenziva. Léčba hemoroidů v ordinaci PL.

den	datum	čas	město a místo konání
pondělí	2. 5.	16.30–20.30	Aula SZŠ, Příluky 372, 760 01 Zlín
středa	4. 5.	16.00–20.00	Hotel Villa Romantica, Zborovská 600, 280 02 Kolín
čtvrtek	5. 5.	16.30 - 20.30	Hotel „U Šimla“, Závodní 19/1, 360 01 Karlovy Vary
čtvrtek	5. 5.	16.00–20.00	Clarion Grandhotel Zlatý Lev, Gutenbergova 3, 140 01 Liberec 1
čtvrtek	5. 5.	16.00–20.00	Clarion Congres Hotel, Špitálské náměstí 3517, 400 01 Ústí nad Labem
sobota	7. 5.	9.00–13.00	Kancelář veřejného ochránce práv, Údolní 39, 602 00 Brno
sobota	7. 5.	9.00–13.00	Šafránkův pavilon, alej Svobody č. 31, 300 00 Plzeň
středa	11. 5.	17.00–21.00	presbytář Hotelu Gustav Mahler, Křížová 112/4, 586 01 Jihlava
úterý	17. 5.	16.00–20.00	Hotel Imperial, Tyršova č. 6, Ostrava
úterý	17. 5.	16.00–20.00	Hotel Zlatá Štika, Štrosova 127, 530 03 Pardubice
středa	18. 5.	16.00–20.00	Lék.dům, Sokolská 31 120 26 Praha 2
čtvrtek	19. 5.	16.00–20.00	Kongresové centrum ALDIS, Eliščíno nábřeží 375, 500 02 Hradec Králové
čtvrtek	19. 5.	16.00–20.00	Clarion Congress Hotel, Pražská třída 2306/14, 370 04 České Budějovice
sobota	21. 5.	9 - 13	Teoretické ústavy LF UP Olomouc, Hněvotínská 3, 775 15 Olomouc
čtvrtek	26. 5.	16 - 20	Lék.dům, Sokolská 31 120 26 Praha 2

Pozvánky na semináře budou rozesílány emailem.

Glifloziny úspěšně léčí diabetes mellitus 2. typu i srdeční selhání

Počet pacientů s diabetem mellitem 2. typu (DM2) i srdečním selháním celosvětově narůstá a kombinace obou onemocnění dále významně zhoršuje prognózu nemocných. Jednou z hlavních příčin zvýšené mortality těchto pacientů jsou makrovaskulární komplikace DM2. Při současném výskytu chronického srdečního selhání je zátěž kardiovaskulárního systému ještě mnohem vyšší.

Kardiomyopatie a srdeční selhání u diabetiků

Diabetická kardiomyopatie je definovaná jako přítomnost diastolické nebo systolické dysfunkce u pacienta s diagnózou DM2 a současně bez přítomnosti jiných možných příčin kardiomyopatie (ischemická choroba srdeční, hypertenze, chlopní vada). Diabetici 2. typu mají přibližně 2,5× vyšší riziko rozvoje srdečního selhání než pacienti bez DM2. Prevalence DM2 u pacientů hospitalizovaných pro srdeční selhání činí přibližně 44 %. Nárůst hladiny glykovaného hemoglobinu (HbA1c) o 1 % zvyšuje incidenci srdečního selhání až o 8 %. Subklinické změny srdečních funkcí jsou patrné dokonce ještě před plným rozvojem DM2 a jsou asociované s inzulinovou rezistencí. Chronická hyperglykémie a změny metabolismu, které ji doprovázejí, nakonec mohou vyústit v remodelaci srdečních komor a následnou systolickou a diastolickou dysfunkci srdce.

Glifloziny v terapii DM2 a jejich efekt na KV systém

Sodíko-glukózové kotransportéry 2 (SGLT2) v proximálním tubulu ledvin jsou zodpovědné za resorpci až 90 % filtrované glukózy. Jejich aktivita u diabetiků může navíc být zvýšená, což vede k dalšímu zvýšení glykémie. Při využití gliflozinů dochází majoritně k bloádě SGLT2. Mechanismem účinku těchto léčiv je především zvýšení exkrece glukózy a s tím související natriuretický a diuretický efekt. Dle předpokladů může při užívání gliflozinů klesnout hladina HbA1c o 5,5–11 mmol/mol.

Bezpečností a benefity využití gliflozinů u diabetiků 2. typu se v posledních letech zabývalo několik programů klinických studií (EMPA-REG OUTCOME, CANVAS, DECLARE-TIMI 58). Z jejich výsledků vyplynulo signifikantní snížení kardiovaskulární morbidity a mortality u těchto pacientů. Jako nejslibnější se jevil efekt této nové skupiny léčiv na riziko hospitalizace pro srdeční selhání. Bez ohledu na přítomnost dalších kardiovaskulárních i jiných rizikových faktorů totiž toto riziko pokleslo o 37 %. Jev byl navíc patrný hned v prvním měsíci po zahájení sledování a perzistoval po celou dobu jeho trvání. Vedle vlivu na srdeční funkce poukázaly výsledky studií na pokles incidence chronického renálního selhání. V současné době probíhá několik

dalších studií, jejichž úkolem je blíže specifikovat skupiny pacientů, které budou nejvíce profitovat z užívání gliflozinů, a srovnat jejich účinnost a bezpečnost s ostatními antidiabetiky.

Hemodynamický a metabolický efekt gliflozinů

Zvýšením exkrece sodíku a vody dochází ke snížení preloadu, zlepšuje se funkce srdečních komor a upravuje se stav hemodynamiky. Snížením objemu plazmy stoupá hematokrit a koncentrace hemoglobinu v krvi a zlepšuje se tak podmínky pro dodávku kyslíku k cílovým tkáním. Podle některých autorů je při využití gliflozinů podíl vyloučené vody vyšší než u tzv. klíčkových diuretik, kdy dochází kromě exkrece vody i k vylučování velkého množství elektrolytů. Glifloziny snižují především objem intersticiální tekutiny a nemají tedy tak velký vliv na objem krve, náplň arteriálního řečiště a perfuzi orgánů. Dále mohou snižovat hladinu kyseliny močové v séru, a to bez nežádoucího ovlivnění homeostázy draslíku a glukózové tolerance jako u jiných diuretik. Glifloziny snižují hodnotu tlaku krve přibližně o 4/1,6 mmHg a zlepšují funkce endotelu cév. Vliv gliflozinů na metabolismus kardiomyocytů je zastoupen především zvýšenou tvorbou ATP pomocí oxidace mastných kyselin a glukózy a ketogeneze.

Snížení glykémie je klíčové i pro redukci oxidativního stresu, vzniká méně reaktivních forem kyslíku a nedochází tak k fibróze a remodelaci myokardu, zlepšuje se funkce koronární mikrocirkulace, stoupá kontraktilita myokardu. Stejně tak se zlepšují funkce jater a lipidový profil a nedochází k jaterní steatóze. Protizánětlivý a antifibrotický efekt gliflozinů má rovněž pozitivní vliv na funkce ledvin. Zvýšená exkrece sodíku působí zpětnou vazbou vazokonstrikci v aferentních arteriolách a dochází tak ke snížení tlaku krve uvnitř glomerulů.

Závěr

Výsledky studií pomohly objasnit spojitost mezi výskytem DM2 a kardiovaskulárním onemocněním. Kromě obvyklého postupu a snahy o ideální glykemický profil je bezpochyby třeba věnovat pozornost snížení incidence kardiovaskulárních komplikací. Glifloziny se díky svým vlastnostem a bezpečnému využití stávají velmi nadějnou skupinou nových perorálních antidiabetik.

Zdroj:

<https://www.prolekare.cz/tema/srdecni-selhani/detail/glifloziny-uspesne-leci-diabetes-mellitus-2-typu-i-srdecni-selhani-130612>

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 odpovědí v písemné podobě na odpovědním lístku nebo elektronicky na www.svl.cz, a to **nejpozději do 25. 5. 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 2/2022: 1abc, 2c, 3a, 4a, 5b, 6ab, 7abc, 8ac, 9abc, 10ab

ZNALOSTNÍ TEST JE HODNOCEN 2 KREDITY ČLK

1. Kožní nádory metastazují z oblasti kůže hlavy a krku:

- nejčastěji do parotických lymfatických uzlin
- do kostí
- incidence pro nádory kůže hlavy a krku dosahuje 5–10 %

2. Pro resekci primárního kožního nádoru platí:

- makroskopické hodnocení okrajů lze považovat za dostatečné, histologie není nezbytná u malých nádorů T1
- resekcí bychom měli dosáhnout vždy mikroskopicky negativní okraje
- mikroskopicky pozitivní okraje zvyšují riziko recidiv i metastáz onemocnění

3. Pro metastázy do regionálních lymfatických uzlin platí:

- objevují se pouze při lokální recidivě
- objevují se většinou během prvních dvou let od resekce kožního nádoru
- sníží prognózu přežití o více než 50 %

4. Mezi hlavní účinky kinesiotapingu patří:

- zlepšení mikrocirkulace
- zlepšení svalové funkce
- podpora funkce kloubů

5. Mezi kontraindikace tapingu řadíme:

- nezaléčená nádorová onemocnění
- akutní zánětlivá onemocnění
- podezření na hlubokou žilní trombózu

6. Rozvoj klinických příznaků při infekci tetanem nastává:

- do dvou hodin
- do 48 hodin
- nejčastěji mezi 3. až 21. dnem

7. Program VZP Plus-DIABETES sleduje

- kompensace diabetu lačné glykemie
- prevenci kardiovaskulárních onemocnění
- snížení rizika amputací

8. Dosažení požadovaných cílových hodnot u pacienta Františka došlo:

- atorvastatin + perindopril + amlodipin do jedné tablety Lipertance 20/10/5 mg 1-0-0
- doporučení nízkocholesterolové diety
- amlodipin 5 mg 1-0-0, indapamid 2,5 mg 1-0-0, perindopril 10 mg 1-0-0; alopurinol 100 mg 0-1-0

9. Jaké je využití kyseliny acetylosalicylové (ASA) v primární prevenci kardiovaskulárních onemocnění (KVO)?

- ASA je indikována v primární prevenci pouze u osob s (velmi) vysokým KV rizikem a nízkým rizikem krvácení.
- ASA je indikována vždy, ale musíme vybrat enterosolventní formu ASA a přidat inhibitory protonové pumpy.
- V primární prevenci KVO není ASA vůbec využívána.

10. U antiagregační léčby v sekundární prevenci ICHS je doporučováno:

- ASA v dávce 75–100 mg/den u pacientů s předchozím IM nebo po revaskularizaci (I/A).
- Clopidogrel 75 mg/den jako alternativa ASA u pacientů s intolerancí ASA (I/B).
- Clopidogrel 75 mg/den může být zvážen před ASA u symptomatických nebo asymptomatických pacientů s periferní aterosklerózou nebo po ischemické CMP nebo TIA (IIb/B).

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. 4/2022

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