



PRACTICUS

pro praktické lékaře zdarma • č.10/2017 • ročník 16



TÉMA:

Zprávy z XXXVI. výroční konference SVL ČLS JEP

Milé kolegyně a kolegové,

*děkujeme Vám za Vaši přízeň
a přejeme Vám
příjemné prožití vánočních svátků*

*a v novém roce 2018
kromě zdraví také
radost z práce
a spokojené pacienty.*

*Za redakci Practicus
MUDr. Stanislav Konšťacký, CSc.*



INFO SVL

- 04 EDITORIAL
- 05 38. VÝROČNÍ KONFERENCE SSVPL 12.–14. ŘÍJNA 2017

ZPRÁVA Z KONFERENCE

- 06 APALICKÝ SYNDROM POHLEDEM PRAKTICKÉHO LÉKAŘE
MUDr. Otakar Ach-Hübner
- 08 SOUČASNÉ MOŽNOSTI WARFARINU V ANTIKOAGULAČNÍ LÉČBĚ
VÝZNAM MONITORACE POCT INR
doc. MUDr. Tomáš Kvasnička, CSc.
- 13 JAK SPRÁVNĚ DIAGNOSTIKOVAT DEPRESI V ORDINACI PRAKTICKÉHO LÉKAŘE
doc. MUDr. Ladislav Slováček, Ph.D.
- 14 TERAPIE HYPERURIKÉMIE V UROLOGICKÉ PRAXI
MUDr. Jana Moravcová
- 18 MLADÍ PRAKTICI NA XXXVI. VÝROČNÍ KONFERENCI SVL ČLS JEP VE ZLÍNĚ
MUDr. Petra Kánská
- 20 SDĚLOVÁNÍ ZÁVAŽNÉ ZPRÁVY KOMUNIKAČNÍ WORKSHOP
MUDr. Vojtěch Mucha

ODBORNÝ ČLÁNEK

- 22 SLEDOVÁNÍ HLADINY ŽELEZA U NEMOCNÝCH V ORDINACI PRAKTICKÉHO LÉKAŘE
MUDr. Jiří Slíva, Ph.D.

KAZUISTIKA ZE SOUDNĚ LÉKAŘSKÉ PRAXE

- 24 KAZUISTIKA ZE SOUDNĚ LÉKAŘSKÉ PRAXE

PC A DOKTOR

- 27 ZA ŠPATNÁ ROZHODNUTÍ V ŽIVOTĚ ČLOVĚK PLATÍ
- 28 SERIÁL O EET

MÝTY A OMYLY

- 30 JE MARGARIN ZDRAVÝ?
doc. Ing. Jiří Brát, CSc.

AKTUALITY

- 33 EFEKT KOMBINACE PARACETAMOLU A KODEINU
- 34 REPETITORIUM SOCIÁLNÍ PÉČE
Mgr. Hana Tůmová, Mgr. Miroslava Brožová

Vydavatel:

Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP

Adresa redakce:

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

Redakce:

Šéfredaktor:

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

Zástupci šéfredaktora:

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

Manažerka časopisu:

Hana Čížková
practicus.svl@cls.cz

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

Spolupracovnice časopisu:

Andrea Vrbová, Romana Hlaváčková

Náklad 6 000 ks. • • • Vychází 10x ročně.
Pro praktické lékaře v ČR zdarma.
Roční předplatné pro ostatní zájemce
610 Kč. • • • Přihlášky přijímá redakce.
Toto číslo bylo dáno do tisku 8. 12. 2017 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, 2017

EDITORIAL



MUDr. Cyril Mucha

Praktický lékař Praha 6, člen výboru SVL ČLS JEP

Milé kolegyně, milý kolegové,
tak tu máme zase běžící podzim. Je to každoročně skoro stejné:

Poslední horké dny, začátek očkování proti chřipce, burčák, výroční konference, Mikuláš, a už jsou tu Vánoce a najednou další rok v... dále.

Letos nás z každoročního stereotypu vytrhlo několik událostí. První jsou nepochybně parlamentní volby. Asi se shodneme, že většinu z nás překvapily. Někomu možná výsledek vyhovuje, někomu ne, ale asi všichni budou souhlasit, že nyní je potřeba do čela státu dostat osobnost, která je schopna rozjitřenou společnost spojit a z velice vypjaté situace ji vyvést. Musí to být osoba, která má i dostatečný morální kredit, nadhled a měla by také znát normální život běžných lidí. Možná si řeknete, že politika do odborného časopisu, popř. ordinace nepatří. Naprosto s vámi souhlasím, nicméně se domnívám, že pokud si budeme stále říkat, že prohození pár slov kdekoli ve prospěch někoho (o kom jsme opravdu přesvědčeni, že je dobrý) je nekorektní, neslušné, nespoolečenské, mezi odborně vzdělané lidi nepatřící, budou vyhrávat politická klání jen ti bezskrupulózní, všehoschopní, cokoli slibující apod. Byla by to pověstná „krátká intervence“ ve prospěch uzdravování věcí veřejných. A uzdravování čehokoli je přece posláním nás lékařů...

Dalším nepřehlédnutelným momentem letošního podzimu je nepochybně eHealth, zejm. eRecept. Bohužel to začíná vypadat tak, že již tak dost špatná pověst eHealth pošramocená z minulosti předraženými projekty, které kromě vyvedení velkých částek mimo resort pro zdravotnictví neudělaly nic, dostane další ránu. Primárně dobrý projekt eRp, který odborná společnost dlouho-

době podporuje, se začíná pod vedením státních institucí opět měnit v projekt nepřátelský a nechťný, který je nutno prosazovat silou a výhružkami. Pokud bych to měl říci medicínskou mluvou, dlouho očekávaný porod krásného dítěte se mění v bolestivý potrat. Můžeme jen doufat, že nebude moc krvavý.

Co se vlastně stalo? Zástupci odborné veřejnosti mnoho let pomáhali MZČR, SUKLu a dalším institucím ve vývoji eRp, aby byl výsledný produkt pokud možno výhodný pro všechny zúčastněné. Nakonec bylo domluveno sedm základních podmínek, které musí být splněny do okamžiku povinné elektronické preskripce. Dohoda byla taková, že pokud se podmínky nepodaří splnit, bude buď povinnost zrušena, nebo rozvolněna nějakým předpisem. Většina podmínek bohužel splněna nebyla (např. zjednodušení inicializace, dostatečné vytestování, podpora sítí apod.), stát vyžaduje povinnou preskripci a žádné podmínky neřeší. Velmi tragikomické je, že vlastně všechny tyto body se dostaly do dokumentu Národní strategie elektronického zdravotnictví, který nejdříve schválil ministr zdravotnictví a následně i vláda ČR na podzim 2016. Tento dokument navíc nedoporučuje eRp jako povinný od 1. 1. 2018 pro jeho nefunkčnost a nepřipravenost. Nicméně státní úředníci v tuto chvíli zapomněli na sliby i vlastní dokumenty a s obrovskou přezíravostí vynucují povinný eRp pod hrozbou statisčových pokut. Co z toho vyplývá?

1) Nevěř úředníkovi! Ve chvíli, kdy by měl udělat cokoli, co je sice logické, nebo dokonce vstřícné, ale stálo by ho to určité úsilí, neřkuli odvalu, neudělá nic.

2) Nezbyvá nám v tuto chvíli nic než doporučit (praktickým) lékařům, aby si vytvořili ePpodpis a zažádali SÚKL o přístup do centrálního úložiště. Zdali to oni stihnou, je ve hvězdách.

(Na webu www.svl.cz najdete kontakt na firmu, která vám za „poctivou“ platbu pomůže. Pokud nemáte internet, zvolte na 731 619 783, Ing. Horák.)

A co říci nakonec? Jak rád v podobně vyhrčených situacích říkám: „Bylo zde mnoho vládců, císařů, králů, diktátorů, bláznivých politiků, bázlivých úředníků i nesmyslných nařízení, ti všichni dávno zmizeli v propadlišti dějin, jediný, kdo zůstává, je (praktický) lékař!“

VOLBY DO VÝBORU A REVIZNÍ KOMISE SVL ČLS JEP

Vážené kolegyně, vážení kolegové!

V souladu se stanovami, jednacím řádem a volebním řádem České lékařské společnosti J. E. Purkyně ně výbor Společnosti všeobecného lékařství České lékařské společnosti J. E. Purkyně (SVL ČLS JEP) vyhláší volby do výboru a revizní komise SVL ČLS JEP. Počet volených členů výboru SVL je 17 a členů revizní komise 3. Právo volit a být zvoleni mají všichni řádní členové. Proto, aby uvedené právo bylo naplněno, výbor zvolil v souladu volebním řádem korespondenční způsob voleb. Aby bylo možné sestavit kandidátku, volební komise Vás žádá, pokud máte zájem aktivně pracovat ve výboru nebo v revizní komisi SVL ČLS JEP, abyste pečlivě sledovali Vaši lednovou korespondenci. Všem členům SVL ČLS JEP budou v průběhu ledna 2018 rozeslány kandidátky, jejichž vyplněním se můžete ucházet o funkce ve výboru nebo v revizní komisi SVL ČLS JEP.

Vyplněnou kandidátku je potřeba zaslat DOPORUČENĚ zpět volební komisi (dle pokynů uvedených na kandidátce) nejpozději do 19. 2. 2018 (razítko pošty).

MUDr. Karel Janík
předseda volební komise

Logistika zasílání abstrakt na vzdělávací akce SVL

	 V. kongres praktických lékařů SVL ČLS JEP (Olomouc) 22.–23. března 2018 	XII. jarní interaktivní konference SVL ČLS JEP (Praha) 27.–29. dubna 2018 	XXXVII. výroční konference SVL ČLS JEP (Karlovy Vary) 7.–10. listopadu 2018 
Výzva	12. prosince 2017	12. prosince 2017	1. března 2018
Zaslání	6. ledna 2018	2. února 2018	1. srpna 2018
Schválení	1. února 2018	6. března 2018	1. září 2018

Apalický syndrom pohledem praktického lékaře



MUDr. Otakar Ach-Hübner
Praktický lékař Brno

Apalický syndrom je soubor příznaků funkčního výpadku mozkové kůry při zachovaných autonomních kmenových a hypotalamických funkcích (kompletně či částečně). Patří mezi decerebrační syndromy. Jedná se o klinický stav kompletní poruchy uvědomování si sebe sama i okolí. R. 1899 jej popsal Rosenblatt (*a-palidum* - bez kůry mozkové, bezobsažné vědomí). Jde o „dark side“ intenzivní medicíny, nejhorší možný léčebný výsledek velmi nákladné léčby. Ošetřovatelská péče je velmi náročná, zatěžující zdravotníky či rodinu beznadějným úsilím...

Jedná se dekortikační lézi po těžkém kraniocerebrálním devastujícím poranění (DN, pády z výše), po netraumatické příhodě - anoxii (tonutí), SAK, edém, IC hypertenze. Přežívající pacienti mají zachované vegetativní funkce, tj. dýchání, krevní oběh, termoregulaci, trávení, jakýsi cyklus spánku a bdění (přerušovaná bdělost).

R. 1994 byla dle US Multi-Society Task Force definována **kritéria ireverzibility**:

Doba, po kterou je osoba v kómatu:

- 3 měsíce po netraumatickém postižení (hypoxie/ anoxie/seps/S/AK, ICH);
- více než 1 rok po kraniotraumatu
- dle evropských i českých autorů 6 měsíců

Terminologie:

- anglosaská literatura - permanentní vegetativní stav
- Evropa, Asie, Japonsko - apalický syndrom
- latinsko-francouzská literatura - coma vigilie
- oxfordský slovník: „vegetovat“ - žití fyzického života postrádajícího duševní činnost a sociální kontakt. Pacient ve vigilním kómatu působí dojmem, že se probere, ale nereaguje na výzvu- leží s otevřenými očima, které bezcílně bloudí, nefixují či jen zřídka sledují pohybující se předměty; zívá, žvýká či polyká podanou stravu, pomlaskává; neschopen kontaktu s okolím jak verbálního, tak zrakového - „hledí skrz vyšetřujícího“; nere-

aguje na oslovení ani jiné podněty, včetně mírné až střední bolesti; jsou zachovány primitivní automatismy - úchop, sací reflex, též autonomní odchod moči a stolice; velmi časté jsou obrny různých částí těla, zejména spastické na HKK, na DKK dtto či extenze; vzniká obvykle v důsledku edému mozku po rozsáhlé prokrvácení kontuzi mozku, meningoencefalitidě, subarachnoidální hemoragii, KPCR, stavů s nitrolební hypertenzí.

Příklady z praxe

- 1) Zderad, 49 let, z bývalé Jugoslávie, po těžké dopravní nehodě letecky dopraven na JIP specializované kliniky, kde po prvotní maximální snaze o obnovení vědomí dochází k postupné rezignaci, zraněný je těžce spastický, hledí „skrze personál“, stane se „neumístitelným“, umírá po „rekordních“ 400 dnech na Boží hod na septický šok.
- 2) Vladimír, 25 let - dělník, spadnuvší z lešení, údajně shozen, z pražského traumacentra přesunut, intubován a relaxován RLP do brněnského traumacentra na ARO a posléze JIP; polytrauma, kontuze s edémem mozku, dekompresní levostranná kraniektomie, mozek promínuje do otvoru v kraniotomii, dále rozvoj výrazné atrofie mozku včetně kmene, febrilní stav s možnou plicní embolizací, přes terapii LMWH ukončuje po 114 dnech tento bezvýchodný stav. Příbuzní popisují, že reaguje na fotografie dětí a cosi naznačuje, při dvou návštěvách na JIP v 6/02 i 7/02 vidím, že to bylo jen pouhé přání či iluze, dosti vzdálené od reality typického apalika. Před smrtí nařiká (percepce silné bolestivosti?).
- 3) Jáchym, 33 let, abusus návykových látek, na plovárně na břehu Svratky aspiruje zvratky, protrahovaná anoxie, přes maximální úsilí přivolané RLP vede k sociální smrti. Bezmocného mladého muže vidím při večerních vizitách v LDN, bezmocní příbuzní mu lepí nad lůžko vzkazy, aby již konečně vstal a začal žít, přišel mezi ně. Opak je pravdou. Přežití do 6 měsíců.
- 4) Jaromír, 68 let, prodělal závažnou purulentní meningoencefalitidu, vedoucí k mozkové malacii v korové i podkorové oblasti. Pacient nereagoval na žádné podněty, vyživován PEGem jako ostatní.
- 5) Boleslav, 47let, manžel chytré ženy a otec velmi schopné dcery ztrácí doma svou mužskou pseudodominanci a v debaklové situaci se nesmířuje se submisivní rolí. Volí ženskou demonstrativní sebe-poškozovací taktiku - TS, aniž by chtěl zemřít. Uslyšev dceru, připraví na stůl nůž a zavěsí se za hrdlo.

Strop z předpjatého železobetonu vydrží váhu jeho těla, beton však nezastaví výřečnost osamělé stařenky, hovorné sousedky, která v osudnou minutu vstoupí do hry. Dcera s ní zdvořile konverzuje, zatímco nulová mozková cirkulace strangulovaného otce vede posléze k vigilnímu kómatu. Boleslav leží na ARO, kolegové nad ním „lámou hůl“.

Příklady z médií

6) Michael, sedminásobný mistr světa ve formuli F1 se dopustil hazardu, když sjížděl na lyžích s kamerou na přilbě. Při pádu kamera prolomila přilbu i kalvu, fatální prokrvácená kontuze mozku během několika minut mění osud šampióna. Péče vzorná, přežívá od r. 2013.

7) Jeníček, 2,5 roku, tonutí v bazénu vedlo k hypoxickému edému mozku a nevratné kortikální lézi. Oči zavřené, zničení rodíče se s pocitem selhání i vyčerpání dožadují transplantace kmenových buněk, nahradit však dokonale architekturu lidské šedé kůry mozkové se dosud nikomu nepodařilo. Profesor z Tel Avivu procitne ze snění do reality, tiše a mlčky z akce odejde, nechť ranit zjištěné city rodičů a nést odpovědnost. Pak se experimentální léčby ujme profesor ze Srbska, proběhne jedna aplikace kmenových buněk za 20.000 €, chlapec přežívá od r. 2011 dosud v PVS, není dalších informací...

8) Teresa Maria, 27 let, vdaná žena v tomto mladém věku prodělá srdeční zástavu či maligní arytmií vlivem extrémní hypokalémie, cca 2 mmol/l patrně po

brutální zvracívé proceduře v rámci bulimického excesu. Je údajně „úspěšně resuscitována“, tj. základní životní funkce stabilizovány, ale k vědomí se již nikdy neprobrala. Po sedmi letech „vegetování“ manžel podává návrh na ukončení nutriční podpory PEGem, strhne se soudní pře trvající dalších 8 roků. Po neuvěřitelných 15 let je neživá Terry udržována v permanentním vegetativním stavu, pak nevyšší soud USA rozhodne a PEG je definitivně odstraněn. Stav přežívání těla s atrofickým mozkem o 614 gramech od r. 1990 je ukončen v březnu r. 2005, což patrně nebude v tomto století překonáno.

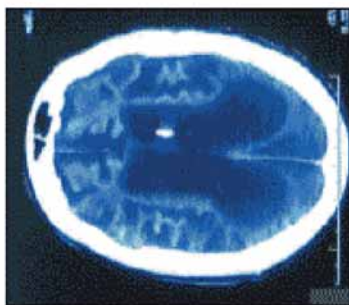
Zmínění přežívající jedinci jsou velmi specifickou skupinou, která se v běžném životě či v přírodě samé najde jen ojediněle. Náročná ošetrovatelská péče a zoufalé doufání v zázračnou pomoc je velikou psychickou zátěží pro milující rodinné příslušníky, kterým jejich vlastní filtrované vnímání nedovolí akceptovat krajně nepříznivou prognózu od neurologických specialistů. Dlouhodobější průběh PVS vyčerpává schopnosti bližních přizpůsobit se a psychicky zpracovat neštěstí – ztrátu člena rodiny.

Jiná skupina, dárci orgánů, mají prokázanou smrt mozku uzávěrem prokrvení - stop nad C1.

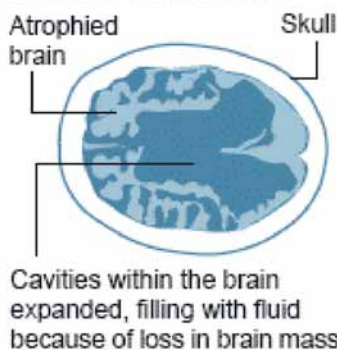
Apalici mají výpadek funkcí mozkové kůry, tedy toho, co nás dělá lidmi.

Schiavo autopsy

The medical evidence regarding Terri Schiavo's vegetative state rests on a variety of testing spanning 15 years. A CT scan from 2002 shows massive atrophy of the cerebral cortex.



CT scan of Schiavo's brain



SOURCE: Felos & Felos, P.A.

AP

Těžce atrofický mozek 39r pacienty TS, kdy CT mozku děláno 2002, narozena 1963

Současné možnosti warfarinu v antikoagulační léčbě Význam monitorace POCT INR



doc. MUDr. Tomáš Kvasnička, CSc.

vedoucí pracoviště

TROMBOTICKÉ CENTRUM

Všeobecná fakultní nemocnice

1. lékařská fakulta, Univerzita Karlova

Venózní tromboembolismus (VTE) zahrnuje dva odlišné projevy, a to hlubokou žilní trombózu (HŽT) a plicní embolii (PE). Je prokázáno, že VTE má vysokou morbiditu a mortalitu. Bez profylaktické léčby po nevyprovokované žilní tromboembolické příhodě může dojít k rekurenci, a to po jednom roce u 11 procent pacientů a po pěti letech u 29,1 procent pacientů. Z dlouhodobého hlediska je VTE spojen s řadou komplikací, včetně posttrombotického syndromu a chronické tromboembolické plicní hypertenze (CTEPH). V důsledku VTE umírá ročně v zemích Evropské unie přes půl milionu pacientů a PE může být zodpovědná za jedno z deseti nemocničních úmrtí. Ukazuje se rovněž, že stávající doporučení pro antikoagulační léčbu nejsou zcela vyhovující a že by mužská část populace profitovala z mnohem delší antikoagulační léčby než 12 měsíců, zejména u idiopatických forem.

Diagnostika venózního tromboembolismu

Hlubokou žilní trombózu diagnostikujeme na základě barevné změny pokožky, tlakové bolesti a otoku lýtky případně stehna, které ale nebývají vždy přítomné. Diagnostickým testem s vysokou negativní prediktivní hodnotou je test D-dimerů. Při pozitivitě D-dimerů se k potvrzení diagnózy používají zobrazovací metody jako duplexní ultrasonografie, která postupně nahrazuje kontrastní venografii. V České republice je ročně diagnostikováno přibližně 25 tisíc případů HŽT. Pokud se plicní embolie manifestuje, pak nejčastěji dušností a bolestí na hrudi. K jejímu odhalení se využívá klasická echokardiografie (ECHO), transesofageální echokardiografie (TEE), CT angiografie tepen (angio-CT) či ventilačně-perfuzní scintigrafie (V-P scan). Ročně je v České republice diagnostikováno cca 8 tisíc případů PE.

Fáze léčby venózního tromboembolismu

Při léčbě je třeba myslet na prevenci krátkodobých

i dlouhodobých následků VTE. Včasným podáním nefrakcionovaného (UFH), eventuálně nízkomolekulárního (LMWH) heparinu nebo některých NOAC bráníme propagaci trombu a potenciálnímu vzniku PE. V dlouhodobém horizontu zajišťujeme prevenci posttrombotického syndromu, CTEPH a zabráňujeme rekurenci. Iničiační fáze léčby VTE trvá 12 týdnů, a kromě UFH a LMWH lze podávat i antagonisty vitamínu K (VKA) nebo NOAC. Sekundární profylaxe trvá 6 měsíců, prodloužená profylaxe jeden rok, případně déle. V obou případech můžeme podávat VKA nebo NOAC. Dlouhodobá prevence je cílena jednak na VTE, jednak na ischemické ikty (iCMP), kterých je ročně v České republice přibližně 21 tisíc. Nejvýznamnějším rizikem pro vznik iCMP je fibrilace síní (FiS). Méně častým rizikem pak srdeční selhání, hypertenze a ischemická choroba srdeční (ICHs).

Hodnocení rizika vzniku tromboembolických a závažných krvácivých komplikací

Riziko vzniku tromboembolických komplikací u pacienta s FiS hodnotíme pomocí skóre CHA2DS2-VASc. Parametry zohledněné při výpočtu skóre uvádí tabulka 1.

Tabulka 1: CHA2DS2-VASc skóre – hodnocení rizika vzniku tromboembolických komplikací

Rizikový faktor	Body
C Kongestivní srdeční selhání /dysfunkce LK	+1
H Hypertenze	+1
A2 Věk ≥ 75	+2
D Diabetes mellitus	+1
S2 CMP/TIA/TE	+2
V cévní onemocnění	+1
A věk 65–74	+1
Sc pohlaví ženské	+1
Souhrnné skóre v rozmezí 0 až 9	

Pacienti, u nichž je CHA2DS2-VASc skóre minimálně 2 body, mají roční riziko recidivy větší než 10 procent a jsou indikováni k dlouhodobé antikoagulační terapii. U nemocných se skórem 1 se antikoagulační léčba spíše doporučuje. Je ke zvážení, zda k této profylaxi stačí podávat pouze kyselinu acetylsalicylovou (ASA). Studie SPAF III u pacientů s FiS a studie BAFTA u pacientů s FiS starších 75 let ukázaly, že z účinně vedené léčby VKA profitují pacienti více než z podávání ASA. Je třeba si uvědomit, že antikoagulancia mají větší potenci ke vzniku krvácivé komplikace, což vede k obavám jak u lékařů, tak u nemocných. Může se stát, že pacient na krvácivou komplikaci i zemře. Abychom předešli fatálnímu právnímu dopadu na lékaře, je potřeba mít pečlivě

vedenou dokumentaci, která zaznamenává bezpečnost a efektivitu antikoagulační léčby.

Ke zhodnocení, zda má pacient riziko vzniku větší krvácivé komplikace, slouží HAS-BLED skóre. Jeho výpočet ukazuje tabulka 2.

Tabulka 2: HAS-BLED skóre – hodnocení rizika vzniku závažných krvácení

Rizikový faktor	Body
Hypertension hypertenze (TKs ≥ 160 mmHg)	1
Abnormal abnormální jaterní nebo renální funkce	1–2
Stroke předchozí CMP	1
Bleeding krvácivé projevy	1
Labile INR kolísající INR	1
Elderly věk ≥ 65 let	1
Drug léky a alkohol	1–2
HAS-BLED skóre ≥ 3 znamená vyšší závažných krvácení	

Současně je třeba zohlednit individualitu pacienta z hlediska geneticky podmíněných trombofilních stavů, jako je například Leidenská mutace koagulačního faktoru V (FVL), která je nejčastější. Zatímco VTE má vyšší incidenci se vzrůstajícím věkem, první výskyt VTE u žen s FVL se vyskytuje nejčastěji ve věku 20 až 29 let, což může být určitým diagnostickým vodítkem.

Přehled antikoagulační terapie

K perorální a parenterální antikoagulační terapii se používají VTA (warfarin), hepariny (UFH nebo LMWH) a NOAC (apixaban, rivaroxaban, edoxaban a dabigatran). Warfarin zasahuje na několika místech koagulační kaskády, kde inhibuje regeneraci vitamínu K. Regenerovaný vitamín K je důležitý k aktivaci koagulačních faktorů II, VII, IX, X, XI a proteinu C a S. Pokud je zablokován enzym vitamín K reduktáza a vážne redukce oxidovaného vitamínu K, dojde k depleci a menší aktivitě těchto koagulačních faktorů. Proteiny C a S mají kratší biologický poločas než koagulační faktory a při zahájení léčby warfarinem dochází k jejich deficitu a zvýšení trombogenní aktivity plasmy. Proto by první dva až tři dny léčby warfarinem měly být překryty nízkomolekulárním heparinem. Indikací warfarinu jsou:

- Léčba a prevence hluboké žilní trombózy a plicní embolie
- Sekundární prevence infarktu myokardu a prevence trombembolických komplikací (iktus nebo systémová embolie) po infarktu myokardu
- Prevence trombembolických komplikací (iktus nebo systémová embolie) u pacientů s fibrilací síní, onemoc-

něním srdečních chlopní nebo s náhradou srdečních chlopní

- Léčba a prevence transitorních ischemických atak (TIA) a iktu

Kontrola léčby warfarinem a přerušení léčby z důvodu krvácivé komplikace

Pacienti s dlouhodobě podávaným warfarinem jsou v 80 procentech případů sledováni v ambulanci praktických lékařů. Je prokázáno, že profylaxe warfarinem snižuje při FiS o 58 procent riziko ischemického iktu a úmrtí s ním spojených. Výhodou léčby warfarinem je dobrá kontrola léčby pomocí Quickova testu (protrombinový čas – PT), který udává čas, za který se ve vzorku plazmy po přidání reagensů vytvoří koagulum. Porovnáním času vzorku pacienta s časem kontroly dospějeme k mezinárodnímu normalizovanému poměru INR (international normalized ratio). Antikoagulační léčba je účinná, pokud INR dosahuje hodnoty $2,5 \pm 0,5$. U pacientů s náhradou srdeční chlopně je doporučené rozmezí INR 2,5 až 3,5. V případě plánovaného invazivního výkonu by se INR mělo stanovit 7 dní před zákrokem a léčba warfarinem by měla být přerušena 5 dní před zákrokem. V případě vzniku život ohrožujícího krvácení se podává intravenózní vitamin K nebo koncentrát faktorů protrombinového komplexu společně s vitamínem K. Názory na bridging (přechodné zajištění pacienta LMWH při vysazení warfarinu) nejsou jednotné, ale podání LMWH není chybou.

Titrace dávky warfarinu

„Na titraci dávky warfarinu existuje několik schémat. Jedno z dávkovacích schémat doporučuje iniciační dávku 10 mg/den s následnou redukcí na 7,5 mg a dále 5 mg podle hodnot INR. Dávka 5 mg/den stačí u 60 procent pacientů k zajištění dlouhodobé prevence VTE. Warfarin má řadu kontraindikací, které je potřeba znát, stejně tak jako situace, při kterých dochází ke zvýšení nebo snížení účinku léku. Týká se to například vzájemné interakce warfarinu s antibiotiky. Hodnoty INR ovlivňuje také compliance pacienta, proto je možnost monitorace léčby a úpravy dávky warfarinu zásadní výhodou,“ řekl docent Kvasnička. Variabilita metabolické transformace a s tím související rozdíl v efektu léčby warfarinem jsou podmíněny geneticky. V individuální senzitivitě vůči warfarinu hraje hlavní úlohu polymorfismus dvou genů. První z nich CYP 450 2C9 ovlivňuje biotransformaci warfarinu, druhý VKORC1 determinuje cílový enzym blokován warfarinem. Jedinci s mutacemi CYP 450 2C9 a haplotypem A genu VKORC1 jsou více senzitivní na účinek warfarinu a zejména ve starším věku jsou více ohroženi krvácením.

Srovnání účinnosti warfarinu a NOAC

Co se týká studií porovnávajících účinnost warfarinu a NOAC, hlavní problém je v tom, že nebyly porovnávány fixní dávky léků, neboť warfarin se dává podle zjištěných hodnot INR. Data tedy není možné spolehlivě interpretovat. NOAC se ve schválených schématech neukázaly být významně lepší než warfarin. Byla pouze prokázána jejich non-inferiorita na hranici statistické významnosti. Výhodou nových přímých antikoagulantů je rychlý nástup účinku, absence silných interakcí s potravinami a léčiv, široké terapeutické okno, větší pohodlí pro pacienty a nákladová efektivita, protože se pacient nemusí dlouhodobě monitorovat. Zásadní nevýhodou NOAC je redukce dávky či kontraindikace u renálního selhání (clearance pod 15 ml/min), omezená laboratorní kontrola léčby, potenciál nadměrného užívání, např. dlouhodobá léčba pacienta při nízkém riziku recidivy, vyšší náklady na léčbu a rychlý pokles antikoagulačního účinku, který je dán krátkým poločasem, což může činit problém při vynechání dávky. NOAC rovněž podléhají indikačním omezením zakotveným v Úhradové vyhlášce a měly by být podávány jen pacientům, u nichž je warfarin kontraindikován a pouze po dobu 12 měsíců. Warfarin je naopak jediné antikoagulační léčivo se širokým spektrem indikací, lze jej podá-

vat po implantaci chlopenní náhrady i při kojení. Pokud je léčba warfarinem vedena na hladině INR 2,5, je velmi účinná a bezpečná, navíc má široké indikační spektrum. Léčbu warfarinem je možné spolehlivě monitorovat a důležitá je také jeho ekonomická dostupnost. Pacientům lze pro jejich edukaci doporučit i stránky www.lecba-warfarinem.cz.

Význam monitorace warfarinu POCT INR při léčbě warfarinem

Monitorování bezpečnosti a účinnosti léčby VKA a stanovení INR je dnes možné z kapky kapilární krve pacienta pomocí přenosných analyzátorů, k jejichž obsluze není třeba specializovaného laboratorního vzdělání. Tyto systémy fungují v normálním rozmezí INR velmi spolehlivě. Výhodou je možnost kontroly léčby warfarinem v ambulanci praktického lékaře a vzhledem k odběru kapilární krve i možnost častější kontroly INR u pacientů potřebujících intenzivnější monitoring. Pro výběr systému na kontrolu INR je vhodné porovnat nabídky jednotlivých firem i technickou podporu, kterou firma nabízí, a samostatně si provést testu vyzkoušet. Po nasmlouvání podmínek vyšetření hradí zdravotní pojišťovna (výkon 01443 – kvantitativní stanovení INR z kapilární krve – POTC).

JAKO ELEKTRICKÝ RÁNY

Loučím se ze schůzky, která může znamenat budoucnost uLékaře.cz a jeho růst jako veřejně prospěšnou službu. Například, když se zraníte, systém už bude vědět, co máte za sebou ...

Sedám v Podolí na své oblíbené crossové kolo a točím zběsile nohama přes SPDěčka až do svého obvyklého rytmu. Po rovině kolem 35 kmh. Do mírně klesavé zatáčky kolem Golfu Hodkovičky a před sebou loď Port 62. Mám za sebou 60 a před sebou 40 kilometrů dneska. Když je cyklostezka volná, právě tady dosahuju nejvyšší úsekové rychlosti. Je volná. Přede mnou jediný bruslař. Drží se krásně vpravo. Mám skoro tři metry vlevo, abych ho bezpečně objel. Vždycky si vduchu opakuju: Bacha! Statisticky vzato ... Ztratil stabilitu! Levá noha mu letí do strany směrem ke mě. Za ní se v prudkém smyku veze celé jeho tělo. Přesně doprostřed mé dráhy. Mám ho před sebou už méně než 3 metry ...

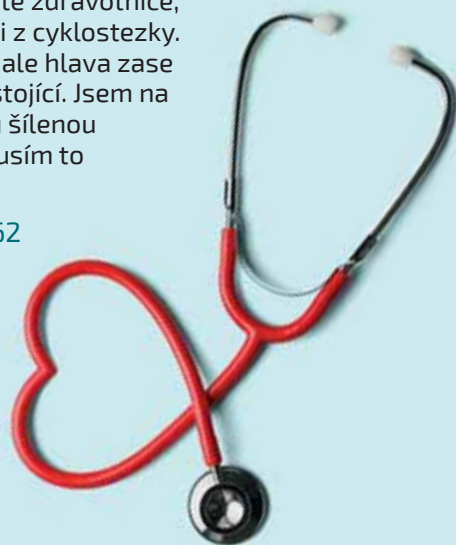
Vizita je v osm. Přichází docent. Příjemný člověk. Hlaholí na mě, že mi rozumí, že být to on, taky by chtěl co nejdříve domů. Je jasné, že propuštění z akutního lůžka Kliniky anesteziologie a resuscitace poté, co jste byli před pár hodinami pozitivní na triáž do jednoho ze tří pražských traumacenter, není standardní. A zřejmě ani rozumná. Nejhorší je léčit doktora. Propuštění zůstává takticky otevřenou otázkou, ale já tuším, že zdržovat mě nikdo nebude. Když od vedoucího lékaře přebírám zprávu, pokouším se to udělat již v sedě. Protože viditelně vrávorám, zazní v jeho slovech výčitka, abych si uvědomil, jak to asi bude vypadat doma. Dobrý. Mám zpátky balanc a tisíce malých elektrických ran po celé pravé plici hrudníku a zad ustává. Beru si zprávu a čekám na odvoz ...

Abych mu minimálně neudělal díru do zad anebo ho snad svými devadesáti kily rozjetými na maximální výkon nezabil, stočím přední kolo doleva a stojím na brzdách. Taky sprostě nadávám. Slyším se říkat minimálně tři hodně neslušná slova, když kolem něj vzduchem letím přes řídítka. Malý náraz do něj jsem ucítil, ale většinu vlastní energie spotřebuje moje a nikoliv jeho tělo, až se rozplácnu o zem. Neko-nečnou nanosekundu čekám, až to přijde. Úder mnohem tvrdší, než jsem si představoval. Jde na pravou část hrudníku přes moji paži a ohnutý loket. Zaduní to jag cyp, řekl by brněnský kolega. Pak asi nějaký kotrmelce směrem k ochranné síti golfového hřiště.

Jakmile se zastavím, snažím se škrábat po té síti zpátky na nohy. Musí to vypadat zoufale. Asi jako kapr v síti zkušeného rybáře, co mu nedovolí vyskočit. Mám dlouhý vteřiny vyražený dech a celá scéna je absolutně tichá. Hlasivky nevydají ani hlásek. Pak se poprvé nadechnu. S druhým nádechem vřískám: "Když na tom neumíš, tak na to kua nelez!". Víc mi ale šílená bolest nedovolí. Svíjím se na zemi a mezi mrknutím sleduju kolem stojící lidi, kteří drží uctivé dva metry distanc. Co se stalo? Srazili se! Jak je na tom? Já nevím ... Já ale vím. Ještě na zemi v rychlosti prohmatávám klíček. Je zlomený. Budou i žebra. Nejvíc se ale bojím, že jsem si prorazil plíci. Vykašlávám trochu krve a nemůžu se ani zdaleka pořádně nadechnout.

Vklidu uléhám narovno na zem. Klid. Panika mi nepomůže. Snažím se zklidnit dech i tep. Žiju. Nějaký zlomeniny. Na jednu plíci to taky udejkám. Jako bych byl skloněný sám jako doktor nad sebou samým coby pacientem. Stávám se zase pánem situace. Pokud si vůbec budeš volat záchranku, nejdřív spočítej škody a vklidu promysli, co jim řekneš. Na bruslích přijíždí první člověk, který se mě jde přímo zeptat, jak mi je. Žena. Zubní sestra. Po druhé otázce opáčím: Vy jste zdravotnice, vidíte. Ano. Myslel jsem si to. Tak nejdřív navrhuju, že bychom mě odklidili z cyklostezky. Protože stojí na bruslích, negativně ji vyhodnotím jako oporu. Tělo v háji, ale hlava zase úplně chladná. Ona myslí stejně. Můžete někdo pomoci, opáčí ke kolem stojící. Jsem na břehu Vltavy. Opět vleže. Stoj mi dobře neudělal. Zase ležím, ale mimo tu šílenou cyklostezku. Mám vám zavolat záchranku, ptá se sestra. Ne. Ještě ne, musím to promyslet ...

Mohl bych za chvíli vstát, opřít se o kolo a z parkoviště před Portem 62 zavolat bráchovi, aby mě nabral. Na klíček neumřu, zlomená žebra už jsem měl a pokud je pravá plíce zkolabovaná, pořád se mi celkem dobře dýchá na levou. A díru v hrudníku nemám. Takže to vydrží i pár hodin. Prohmatávám se systematicky na zemi a mám odřejný pravý bok. Trochu mě bolí břicho. Když si to dám dohromady, pod pravým hrudníkem jsou měkká játra. Můžou být tržena a jako zdroj vnitřního krvácení jsou celkem slušný zabiják. A navíc, až dojedu domů, tak co? Že by mě žena zase naložila a vezla zpátky do Prahy do nemocnice? Tak jo. Prosím, zavolejte mi záchranku.



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

Jak správně diagnostikovat depresi v ordinaci praktického lékaře



doc. MUDr. Ladislav Slovák, Ph.D.

Ordinace praktického lékaře pro dospělé, Poliklinika IV,
Hradec Králové

webový projekt ROZPOZNEJTE DEPRESI

Deprese je stále velmi podceňované onemocnění. Dle Světové zdravotnické organizace ve světě trpí depresí cca 300 milionů lidí. V letech 2005–2015 se výskyt deprese ve světě zvýšil téměř o 20 %. V zemích Evropské unie trpí depresí cca 40 milionů lidí, tj. 4 lidé ze 100 mají vážnou depresivní poruchu. V době humanitárních a ekonomických krizí se se výskyt deprese zvyšuje až na 20 % v dané komunitě. O závažnosti deprese vypovídají kvalifikované odhady, kdy v roce 2015 spáchalo sebevraždu na celém světě cca 800 000 lidí, tj. jedná se o 1,5 % ze všech úmrtí. Sebevražda v roce 2015 patřila mezi „dvacítku“ nejčastějších příčin úmrtí. Ve věkové skupině 15–29 let byla sebevražda 2. nejčastější příčinou úmrtí.

Celoživotní riziko deprese u žen je 20–25 %, u mužů 7–12 %. Prevalence deprese u žen je 5–10 %, u mužů 2–3 %. Zvýšený výskyt deprese byl zaznamenán u žen, a to 2–3násobně. V roce 2014 byl výskyt depresivního syndromu v České republice 18 %, v roce 2017 16 %. V porovnání s jinými zeměmi nebyl v ČR zaznamenán dramatický nárůst incidence a prevalence deprese. Výskyt deprese má spíše stagnující charakter. Vystává ale otázka, proč tomu tak je. Nejspíše se jedná o úspěšnou snahu o destigmatizaci psychiatrických onemocnění. Z českých odborných literárních pramenů vyplývá, že 11,1 % lidí se neobává vyhledat odbornou pomoc psychiatra, 15,8 % lidí se neobává vyhledat odbornou pomoc psychologa a 14,5 % lidí se se svými obtížemi svěří svému praktickému lékaři.

Je všeobecně známo, že neléčená deprese zvyšuje využití lékařské péče, dochází k její institucionalizaci a v neposlední řadě zvyšuje práci neschopnost. Mezi rizikové faktory deprese patří vyšší věk (často spojený s vyšší prevalencí neurologických onemocnění), období okolo porodu a poporodní období, životní období zatížené stresovými událostmi, pozitivní rodinná zátěž z hlediska výskytu deprese a přidružení somatická onemocnění.

Základem diagnostiky deprese je strukturovaný poho-

vor s pacientem, jeho pozorování (projevy hypomimie, snížené psychomotorické tempo, emoční reaktivita) a objektivní vyšetření pacienta. V ordinaci praktického lékaře máme k dispozici řadu psychiatrických škál. Jednou z nich je jednoduchá škála deprese PHQ-2. Tato škála zahrnuje dvě otázky, jedna zaměřená na smutnou náladu či pocity selhávání za poslední měsíc a druhá zaměřená na ztrátu potěšení z věcí.

Léčba deprese má tři základní cíle: 1. odstranění depresivních symptomů, 2. obnovení funkčních schopností jedince, 3. prevence návratu obtíží (relaps, recidiva). Základem léčby deprese v ordinaci praktického lékaře je farmakoterapie, a to léky ze skupiny antidepresiv. Volba antidepresiva by měla vycházet z farmakologické a rodinné anamnézy, přidružených komorbidit, aktuální psychopatologie, potenciálních lékových interakcí, potenciálních nežádoucích účinků a compliance. Léčba deprese probíhá v několika fázích: 1. AKUTNÍ: 6–16 týdnů, cílem je dosažení remise (bezpříznakové období), 2. POKRAČOVACÍ: minimálně 6 měsíců – cílem je udržení remise, prevence relapsu (znovu vzplanutí stejné epizody deprese), antidepresivum se užívá v plné dávce, 3. UDRŽOVACÍ: individuální – 1 rok a více, prevence recidivy (nová epizoda deprese).

Léčba deprese v ordinaci praktického lékaře má i svá úskalí: 1. nasazení plné dávky antidepresiva a vyvolání nežádoucích účinků, 2. nenasazení benzodiazepinu na počátku léčby deprese (cílem je zmírnit akutní psychické příznaky, jako je úzkost, nespavost, nechutenství, a zmírnit nežádoucí účinky antidepresiva, tzv. aktivací syndrom), 3. ponechání nízké dávky antidepresiva, 4. předčasné vysazení antidepresiva (u depresivních epizod podávat antidepresivum minimálně po dobu 6–9 měsíců, u reaktivních stavů po dobu trvání vnějších stresorů), 5. náhlé vysazení antidepresiva (postupné vysazování antidepresiva předchází rozvoji syndromu z vysazení a též ověří stabilitu stavu), 6. dostatečná edukace pacienta o léčbě deprese.

Otázkou je, kdy má depresi léčit praktický lékař a kdy psychiatr. Praktický lékař by měl léčit depresi v případě, že: 1. jedná se o jasnou diagnózu nebo opakované depresivní epizody mírné či střední intenzity, 2. již v minulosti byla epizoda zvládnuta bez psychiatra, 3. přání pacienta.

Psychiatr by měl léčit depresi v případě: 1. přání pacienta, 2. praktický lékař má diagnostické pochybnosti, 3. těžká nebo opakující se deprese, 4. farmakorezistentní deprese, 5. bipolární deprese.

V současné době mají praktičtí lékaři k dispozici webový projekt pod názvem Diagnostika a léčba deprese.

Literatura u autora

Terapie hyperurikémie v urologické praxi



MUDr. Jana Moravcová

urologická ambulance
Chrudimská nemocnice NPK

Adenuric neboli Febuxostat je indikován k léčbě hyperurikémie v laboratorní hodnotě nad 360 μmol u stavů, kdy došlo k vytvoření urátových tofů v kloubech či urotraktu. Jedná se o nepurinový selektivní inhibitor enzymu xantinoxidázy.

Adenuric se metabolizuje v játrech, eliminace z těla se potom děje játry i ledvinami, přitom kinetika není významně ovlivněna mírným nebo středně těžkým funkčním postižením jater ani ledvin.

Hyperurikémie je nezávislým rizikovým faktorem pro rozvoj dnave artritidy a urolitiázy. Vede k rozvoji klinického syndromu pod názvem dna.

Rovněž se v některých klinických studiích ukázalo, že pokud je hyperurikémie součástí metabolického syndromu, může vést ke zvýšení mortality u kardiovaskulárních chorob (viz studie kardiologů).

Cílem léčby hyperurikémie s chronickou dnou a urolitiázou je snížení sérové hladiny kyseliny močové a podpora rozpouštění depozit urátu v tkáních a prevence jejich vzniku.

Obecně se v terapii nově zjištěné hyperurikémie v praxi léčba zahajuje edukací pacienta o dietním režimu, tedy dietě s omezením purinů, a dalších režimových opatřeních, což je redukce hmotnosti, pohybový režim, omezení konzumace alkoholu a slazených nápojů.

Doporučuje se dbát na dostatečný příjem tekutin, který zajistí požadovanou diurézu.

Dále je třeba dbát na ovlivnění ostatních rizikových faktorů, které by mohly vést ke kardiovaskulárnímu riziku – korekci hypertenze, léčbě poruchy metabolismu cukrů a tuků.

Dále je nutné zvážit racionální terapii léky, které mohou zvyšovat hladinu kyseliny močové.

V případech, kdy je pacient léčen diuretiky nebo má projevy metabolického syndromu, je indikováno rovnou přistoupit k terapii – většinou se v praxi nasazu-

je Purinol nebo Milurit v dávce 100 mg denně. Dávku je možno navýšit až na 300 mg denně, ale ne u pacientů s nefropatií či hepatopatií.

Pokud pacient tuto léčbu netoleruje nebo nedojde ke snížení hladiny urikémie na uspokojivé hodnoty nebo dojde k patologii v jaterních testech či zvýšení hladiny kreatininu, je indikována terapie Adenuricem v dávce 80 mg denně.

Většinou z praxe vím, že tato dávka je dostačující pro rychlé snížení hladiny urikémie na normální hodnoty a u pacientů s častými projevy dnave artritidy dochází k rychlé úlevě.

Indikace k zahájení terapie Adenuricem jsou – opakované ataky dnave artritidy, chronická dna, radiografické známky postižení kloubů dnovou artritidou, dnave tofy, nekontrastní urátová nefrolitiasa, chronická nefropatie, zejména intersticiální nefritida a asymptomatická hyperurikémie u pacientů se zvýšeným kardiovaskulárním rizikem.

ALE – léčba urikémie by neměla být zahajována, upravována nebo ukončována v průběhu akutního dnaveho záchvatu, protože by mohlo dojít k mobilizaci depozit urátu se zhoršením projevů akutní dny. V tomto případě je nutno s touto léčbou vyčkat, zaléčit dnavý záchvat nesteroidními analgetiky a lokální léčbou a teprve po zklidnění medikovat Adenuricem.

Totéž platí pro prokázanou obstrukci urotraktu urátovou litiasou.

Je třeba nejdříve vyřešit obstrukci – nejčastěji stentáží ledviny, či postupovat konzervativně ke spontánnímu odchodu konkrémentu. To vždy závisí na aktuálním CT nález, laboratorních hodnotách, týkajících se hladiny dusíkatých metabolitů a zánětlivých markerů a velikosti konkrémentu.

Neméně důležitá je algická reakce pacienta na obstrukci urotraktu a možnosti zvládnout tuto situaci účinnou konzervativní léčbou.

Teprve po vyřešení obstrukce – a což je velice důležité – zaléčení uroinfekce je možno přistoupit k terapii hyperurikémie a ve většině případů i alkalizaci moči.

Následující kasuistiky jsem rozdělila do tří skupin. První se týká léčby hyperurikémie u pacienta s projevy dnave artritidy, druhá pacienta s chronickou intersticiální nefritidou a hyperurikémií a metabolickým syndromem, třetí skupina prezentuje pacienty s hyperurikémií a urolitiázou.

První kasuistika se týká 70letého pacienta, který trpěl častými atakami dnave artritidy a u něhož byla diagnos-

tikována hyperurikémie. Pacient byl chronicky léčen Purinolem v dávce 200 mg denně.

Z anamnestických údajů je pacient hypertonik, trpí chronickým algickým vertebrogenním syndromem LS páteře, je po totální endoprotéze levého kyčelního kloubu s opakovanými reoperacemi pro uvolnění femorální komponenty infekční etiologie. Má gonarthrosu levého kloubu, hepatopatii, patrně ethylické etiologie dle dokumentace, dále má varixy dolních končetin.

U nás je léčen Tamsulosinem pro benigní hypertrofii prostaty. Pro recidivující hemorhagii bylo provedeno v únoru 2016 CT vyšetření s nálezem mírně zvětšených jater, bez známek portální hypertenze s přiměřeným nálezem na nitrobřišních orgánech a normálním nálezem na urotraktu.

Po provedení cystoskopického vyšetření byl prokázán papilocarcinom močového měchýře a provedena endoresektomie.

Laboratorní hodnota urikémie při terapii Purinolem 200 mg denně byla 597 umol. v únoru 2016.

Po nasazení Adenuricu 80 mg denně je dle kontrolního vyšetření v dubnu 2016 hladina urikémie snížena na 211 umol. Patologie v jaterních testech nebyla prokázána.

V tomto případě je plně indikována terapie preparátem Adenuric pro opakované dnavé ataky, postižení nosných kloubů a hepatopatii. Po nasazení léku došlo k rychlé normalizaci hladiny urikémie a významnému efektu léčby na projevy opakovaných dnavých artritid (po dobu počáteční tříměsíční léčby neměl žádnou ataku) a u pacienta došlo ke zlepšení hybnosti. V léčbě Adenuricem nadále pokračujeme, dávku nesnižujeme. Léčba je pacientem dobře tolerována.

Druhá kasuistika, týkající se léčby Adenuricem u prokázané chronické nefropatie 36letého pacienta, který je dispenzarizován i v nefrologické ambulanci pro chronickou glomerulonefritidu s akutní atakou v r. 1993.

V současnosti je ve stadiu chronické renální insuficience s clearance kreatininu 0,51 ml/s.

U pacienta byla prokázána výrazná hyperurikémie nad 600 umol, dále pro poúrazovou atonii moč. měchýře s afunkcí svěrače od roku 2007 je v režimu autokatetrizace moč. měchýře, kde tedy i přes toto opatření dochází i k mírné intermitentní obstrukci močových cest.

Pro omezenou mobilitu pacienta došlo i k rozvoji metabolického syndromu s poruchou metabolismu lipidů. Tato porucha metabolismu lipidů je navíc geneticky podmíněna pozitivní rodinnou anamnézou ischemické choroby srdeční.

Přesto byl dlouhou dobu léčen Purinolem. Tato léčba byla později v nefrologické ambulanci úplně přerušena

pro interoleranci léčby (spasmy dolních končetin), dále byl ponechán bez medikace.

Do urologické ambulance se dostal právě pro atonii moč. měchýře – etiologicky havárie na motocyklu v r. 2007 s postižením Th8-10 obratle a paraplegií dolních končetin.

Pro atonii moč. měchýře provádí nejméně 3x denně autokatetrizaci jednorázovými cévkami. Od počátku sledování trpěl opakovanou infekcí močových cest, dokonce s komplikací akutní epididymitidy v roce 2015.

Dle laboratorních hodnot v roce 2015 byla hladina urikémie 670 umol. V urologické ambulanci byl nasazen Adenuric v dávce 80 mg denně. Zpočátku terapii toleroval dobře, hladina urikémie poklesla na 293 umol, došlo i ke zlepšení renálních funkcí – hladina kreatininu z 220 umol klesla na 174 umol.

Po 4 měsících medikace se ale znovu objevují spasmy svalů dolních končetin, které pacient nepříjemně vnímá. Domnívá se, že to způsobuje Adenuric, proto ho sám vysazuje, ale při kontrole u nás znovu diagnostikován zánět močových cest. Byl přeléčen antibiotiky, Adenuric vrácen do medikace zpět a pacient již terapii opět toleruje. Hladina urikémie je stabilní při dávce 40 mg denně v normě.

Uroinfekce se při fytoterapii neobjevují, možná i pro změnu typu a výrobce močových katetrů. Diagnostikovaná porucha renálních funkcí a metabolismu lipidů je nyní léčena v jiné nefrologické ambulanci, pro kterou se pacient rozhodl.

Pokračuje nadále v terapii Adenuricem a nedochází k progresi renální insuficience jistě i díky této terapii.

Třetí kasuistika obsahuje 3 případy komplikované nefrolitiasy u prokázané hyperurikémie.

První případ z této skupiny je příkladem velice úspěšné terapie hyperurikémie a prokázané urátové litiasy.

60letá pacientka je u nás sledována od roku 2008. Předtím byla sledována u jiného urologa.

V roce 2008 se dostavila do naší ambulance s mnohočetnou objemnou ureteterolithiasou vpravo s velkým konkrementem v pyeloureterálním přechodu. Tehdy byla akutně provedena stentáž pravé ledviny, následně ureterorenoskopie s trypsí a extrakcí konkrementu, proveden jeho rozbor a prokázán dihydrát kyseliny močové a kyselina močová.

Současně byla prokázána nekontrastní nefrolitiasa vlevo a po výkonu zbytkový konkrement v dolním kalichu ledviny. Urikémie ale v roce 2008 byla v normě, močový nález byl opakovaně bez známek infekce, proto byla zahájena alkalizace pacientky dle pH moči a intenzivní pitný režim. Poté intermitentně docháze-

lo k nekomplikovaným spontánním odchodům konkrémentů a písku.

Pacientka od počátku sledování léčena pro arteriální hypertenzi a je diabetička v režimu diety a antidiabetik.

Při vyšetření v roce 2012 byla laboratorně hladina kreatininu a urey v normě, ale došlo k nárůstu hladiny urikémie na 400 μmol. Tehdy léčena Purinolem a provedeno kontrolní CT vyšetření, které prokázalo hepatomegalii, odlitkový konkrément v dolním kalichu pravé ledviny, kalcifikace v papilách ledvin a adenom levé nadledviny. Na základě tohoto nálezu je indikována k perkutánní extrakci konkrémentu. Výkon byl proveden v r. 2012 na urologickém oddělení v Sanusu bez komplikací. Odstraněný konkrément pravé ledviny opět z kyseliny močové. Hladina urikémie je opět lehce nad horní hranici normy. Po odléčení infekce pokračováno v plné alkalizaci pacientky a zahájena terapie Adenuricem.

Po roce sledování dochází ke kompletní desintegraci zbytkové drobné bilaterální nefrolitiasy a k jejímu spontánnímu nekomplikovanému odchodu. Laboratorní hodnoty jsou zcela v normě, dle kontrolních vyšetření v posledním roce je pacientka zcela bez nálezu recidivy nefrolitiasy. Pokračujeme v terapii Adenuricem v dávce 40 mg denně a terapii Uralytem v dávce 2 lžičky na noc při intenzivním pitném režimu.

Další, 50 letý pacient je sledován v naší ambulanci od roku 2009.

Tehdy přišel s diagnosou bilaterální hydronefrosy při výrazné deformaci trupu na základě těžkého průběhu morbus Bechtěrev, s výraznou kyfoskopisou.

Provedené vyšetření prokázalo deformaci průběhu močovýchodů sekundárně útlakem při deformitě trupu bez známek urolitiasy. Tehdy zavedeny bilaterálně stenty do obou ledvin a dále byly pravidelně měněny v opakovaném krytí antibiotiky dle kultivačních nálezů. Přes zavedení stentů trvá hypotonie dutých systémů obou ledvin útlakem deformity trupu. Laboratorní hodnoty dusíkatých metabolitů ale byly v normě.

V roce 2013 je u pacienta diagnostikován diabetes, dosud na antidiabeticích a dietě, léčena arter. hypertenze.

V roce 2014 již prokazujeme nefrolitiasu dolního kalichu pravé ledviny a pro inkrustace stentu se vpravo nedaří výměna. Proto provedena výměna pomocí ureterorenoskopie.

Při další kontrole již nefrolitiasa i vlevo a opět inkrustace pravého stentu. Provedeno CT vyšetření s odběrem dusíkatých metabolitů a objevuje se vyšší hladina urikémie v hodnotě 420 μmol.

CT prokazuje nekontrastní inkrustace v průběhu obou

stentů a oboustrannou nekontrastní nefrolitiasu – vpravo dolní kalich, vlevo pelvilitiasa. Proveden sběr moči na metafylaxi, kde je hladina parathormonu v normě, zjištěna hyperurikémie a zvýšený odpad kyseliny močové a lehce snížená glomerulární filtrace.

Výkon výměny stentů proveden již na vyšším pracovišti za použití flexibilního ureterorenoskopu a doporučena alkalizace pacienta. Bylo nutno nejdříve zaléčit močovou infekci a teprve potom byl nasazen Uralyt v dávce dle pH moči a Adenuric 80 mg denně. Dále je pacient téměř neustále v krytí malými dávkami antibiotik. Po terapii dochází ke zmenšení objemu pravostranné nefrolitiasy, vlevo konkrément zcela zmizel.

Pacient je v současnosti nadále v nastavené terapii, kterou přerušujeme jen k nutné výměně stentů – nyní po 8 měsících. K inkrustaci stentů již nedochází. Trvá hypotonie obou ledvin při deformitě páteře, ale derivace moči je zajištěna nyní bez komplikací.

U pacienta zde v průběhu sledování došlo na podkladě chronické infekce moči a zvýšené hladiny kyseliny močové k rozvoji nefrolitiasy a inkrustací stentů, tento problém je ale na nastavené medikaci nyní vyřešen. Chronickou infekci močových cest je nutno nadále pravidelně léčit.

Adenuric se podílí na snížení hladiny kyseliny močové a za intenzivní terapie infekce se další inkrustace na této léčbě spolu s Uralytem již neobjevují.

Třetí pacientka je jedním z nekomplikovanějších případů urolitiasy v naší ambulanci.

65letá pacientka je sledována v hepatální poradně pro hepatopatii ethylické etiologie s jaterní steatosou s fokální steatosou dle magnetické rezonance.

Je po dvou atakách akutní pankreatitidy v roce 1998.

V roce 2007 absolvovala protialkoholní léčbu a od té doby abstinguje. Jaterní testy jsou od 2010 v normě.

V roce 2010 přišla do naší ambulance s pravostrannou kolikou, tehdy diagnostikována mnohočetná ureterolithiasa, zaveden stent vpravo a následně provedena ureterorenoskopie s trypsi a extrakcí ureterolithiasy. Jeden konkrément při výkonu uniká do ledviny a dolního kalichu. Rozbor získaného konkrémentu – 40 procent struvit – což je fosforečnan hořečnatomonný + apatit (fosforečnan vápenatý) a 60 procent Dahlit (karbonát apatit). Provedena metafylaxe – bez patologického nálezu.

Při další kontrole provedeno CT ledvin a pro nefrolitiasu dolního kalichu pravé ledviny je indikována k perkutánní extrakci konkrémentu vpravo v roce 2011 bez komplikací.

V roce 2013 se objevuje nefrolitiasa vlevo – opět dolní kalich, proveden PEK I. sín.

V roce 2014 se znovu objevuje konkrement v pravé ledvině a proveden rePEK I. dx. Rozbor konkrementů – apatit + kyselina močová. Kontrolní vyšetření prokazuje lehce zvýšenou urikémii, metafylaxe opět bez odchylek.

Vzhledem k opakující se lithias nasazen Adenuric s efektem na pokles hladiny urikémie.

V prosinci 2015 přichází pacientka zcela bez symptomů na pravidelnou kontrolu a dle ultrazvukového vyšetření zjištěna bilaterální hydronefrosa, dle CT vyšetření recidiva konkrementu vpravo i vlevo v dolním kalichu, vlevo i pelvilitiasa a ureterolithiasa oboustranně. Provedena akutní stentáž obou ledvin v krytí ATB, dále pokračováno v terapii dle kultivace. Kontrolní CT prokazuje pelvilitiasu vlevo, nefrolitiasu vpravo. Indikována k rePEK I. sin.

Výkon rePEK I. sin. 2/2016 - při výkonu mnohočetná pelvi-kalikolithiasa vlevo, konkrementy kompletně rozdraceny a odsáty. Mají vzhled infekčních měkkých konkrementů.

V červnu 2016 opět blokáda obou ledvin, vpravo již odlitek páničky, vlevo ureterolithiasa subrenálně, opět zavedeny stenty. Po zhodnocení nálezu na vyšším pracovišti již perkutánní extrakce neindikována pro kompletní odlitek. Vpravo extrahován stent s ponecháním odlitku páničky a vlevo provedena znovu renoskopie s odstraněním konkrementu subrenálně a v páničce.

Po výkonu se při kontrole po 14 dnech vlevo objevil nový konkrement ve střed. kalichu ledviny.

V tomto komplikovaném případě se v terapii sice Adenuric nasadil, ale měl vliv jen na prokázanou zvýšenou hladinu kyseliny močové. Na opakovanou tvorbu nových konkrementů neměl vliv. Na vzniku konkrementů se zcela jistě podílela nutnost intervence, hlavně zavedení stentů při opakované akutní bloádě a přítomnost chronické infekce moči, kterou se přes cílenou terapii nedaří eradikovat, a hlavně složení konkrementů bez možnosti ovlivnění metafylaxe. Pac. byla předána do péče metabolické poradny, kde se přes opakované metabolické vyšetření nedaří kausální terapii nasadit. Další péče a sledování je na hodnocení nárůstu konkrementů a funkci obou ledvin. Nález u pacientky patrně bude končit afunkcí pravé ledviny a sledování infekčních komplikací, které mohou vyústit k řešení nefrektomií vpravo.

Závěrem bych chtěla zdůraznit úspěšnost terapie Adenuricem při hyperurikémii s dnavými atakami, kdy má zcela jasný efekt na snížení četnosti dnové artritidy v případě první kazuistiky.

Při chronické nefropatii a hyperurikémii má výborný efekt na rychlé snížení hladiny urikémie a zlepšení laboratorních projevů chronické renální insuficience u paraplegického pacienta s nutností autokatetrizace moč. měchýře.

U pacienta s m. Bechtěrev s útlakem obou močovodů při deformaci trupu se daří pomocí terapie Adenuricem zabránit větší inkrustaci stentů v obou ledvinách.

Pacientka s prokázanou RTG nekontrastní ureteronefrolithiasou je na terapii Adenuricem a s pomocí intervenční urologické léčby se jeví tato léčba jako velice úspěšná.

V léčbě hyperurikémie a prokázané RTG nekontrastní nefrolitiasy nastala vysoká úspěšnost léčby nefrolitiasy ve spojení s účinnou alkalizací pacientky a důslednou terapií močové infekce.

V případě poslední pacientky s komplikovanou smíšenou nefrolitiasou se sklonem k rychlým recidivám litiasy, je účinek Adenuricu sporný, nicméně hladina urikémie je na terapii normální.

Ve své praxi tedy terapii Adenuricem indikují vždy při zvýšené hladině urikémie a prokázané hepatopatii a nefropatii, metabolickém syndromu a u pacientů s nefrolitiasou a dnavými atakami. Léčbu u těchto případů nedoporučuji přerušovat, je nutná chronická léčba s eventuálním snížením dávky dle aktuálních hodnot urikémie.

Přesto, že se jeví v praxi terapie Adenuricem i pro cenu léku jako nákladná, si dovoluji tvrdit, že komplikace a nákladnost léčby u neúčinné terapie hyperurikémie jinými medikamenty je daleko vyšší. Týká se nutnosti analgetické léčby u dnavých atak, nehledě na algický diskomfort pacienta, zhoršení hepatálních a renálních funkcí.

Urologické komplikace u urátové litiasy jsou finančně nesporné, hlavně v případě řešení akutní obstrukce či nárůstu lithiasy. Zlepšení renálních funkcí v případě urátové nefropatie je zřejmé.

Většina sledovaných a výše uvedených pacientů trpí metabolickým syndromem. Domnívám se, že by terapie Adenuricem přispěla i k prevenci nárůstu arteriosklerosy. Indikace k této léčbě je ale v rámci péče interních specialistů.

Mladí praktici na XXXVI. výroční konferenci SVL ČLS JEP ve Zlíně



MUDr. Petra Kánská

Mladí praktici
Praktická lékařka, Hrochův Týnec

Ve čtvrtek v dopoledním bloku měli Mladí praktici (MP) patnáctiminutovou přednášku, jejímž cílem bylo seznámit účastníky kongresu s naším sdružením, aktuálně probíhajícími projekty i dlouhodobými plány do budoucna. Pro ty z vás, kteří neměli možnost si přednášku vyslechnout přímo v sále kongresového centra Zlín, si dovolím stručné shrnutí.

Sdružení Mladí praktici bylo založeno v roce 2010 a bylo inspirováno zejména zahraničními (pre)konferencemi a evropskou společností mladých praktických lékařů Vasco da Gama Movement (VdGM). Cílovou skupinou MP jsou zejména lékaři v předatestační přípravě v oboru všeobecné praktické lékařství, dále lékaři do 5 let po atestaci (nicméně členství není omezeno věkem!), ale i studenti lékařských fakult, kteří se zajímají o primární péči a zvažují kariéru praktického lékaře. Co se organizační struktury týče, v čele MP stojí pětičlenná rada v čele s předsedou. V současné době mají MP kolem 650 členů.

Mezi hlavní pilíře činnosti MP patří:

- vzdělávání: pomoc členům sdružení s výběrem stáží a jejich organizací v rámci předatestační přípravy, se vzděláváním, pracovním uplatněním atd. Problematika rezidenčních míst byla obzvláště aktuální letos v létě, kdy došlo ze strany Ministerstva zdravotnictví k novelizaci vyhlášky, která zcela nepříjemným způsobem modifikovala podmínky atestace. Díky úzké a hbité spolupráci mezi SVL, SPL a Mladými praktiky se podařilo vydobýt nápravu a akceptovatelné podmínky.
- založení/převzetí praxe VPL
- zahraniční aktivity: MP jsou již od svého založení členem Vasco da Gama Movement (VdGM), což je evropská organizace mladých praktických lékařů. V rámci této organizace nabízíme našim členům stáže v ordinacích našich zahraničních kolegů a účast na zahraničních konferencích a prekonferencích.

Jako velice důležitý prvek vnímáme aktivní účast našich členů na vědecké činnosti.

Předsedkyně MP, MUDr. Markéta Pfeiferová, se v současné době ve spolupráci s ústavem všeobecného lékařství 1. LF UK věnuje oxfordské studii ALIC4E a je její koordinátorkou pro Českou republiku. Zároveň se věnuje problematice zdravotní gramotnosti a stála u zrodu nově založeného Ústavu pro zdravotní gramotnost.

Místopředsedkyně MP, MUDr. Petra Kánská, je členkou vedení Pracovní skupiny venkovského lékařství SVL ČLS JEP. MP již několik let participují na výuce studentů 1. LF UK.

MP se snaží systematicky propagovat a zatraktivňovat obor VPL jak mezi odbornou, tak laickou veřejností (spolupráce se školami, neziskovými organizacemi, knihovnami atd.) a posilovat komunitní roli praktického lékaře.

V současnosti jsou MP aktivně zapojeni do následujících projektů:

- Loono – projekty na podporu prevence a screeningu nádorových onemocnění
- Centrum paliativní péče – projekt Paliativní péče pro praktické lékaře
- O pneumokokách pěkně od plic – kampaň informující veřejnost o pneumokokovém onemocnění a možnostech prevence
- Running with Those That Can't (RWTTTC, Běhání s těmi, kteří sami nemohou)

Mladí praktici se aktivně podíleli na přípravě a organizaci 22nd WONCA Europe Conference Prague 2017, a předsedali a moderovali jednotlivá odborná sdělení. Pro MP však byla hlavní událostí VdGM Pre-conference 2017, která se konala v Kaiserštejnském paláci a o několik dnů předcházela samotnou WONCA konferenci. Prekonference se zúčastnilo naplnilo téměř 150 účastníků z celkem 28 zemí světa. Pozvání na konferenci přijalo několik významných hostů – konferenci otevřela Anna Stavdal, prezidentka WONCA Europe, dalším významným řečníkem byla Jo Buchanan, prezidentka EURAC-Tu (European Academy of Teachers in General Practice/Family Medicine). V průběhu konference bylo možné absolvovat celkem čtyři prakticky zaměřené workshopy zabývající se paliativní medicínou, psychosomatikou, problematikou stárnutí a prevencí nádorových onemocnění.

Mladé praktiky jste mohli vidět i na XXXVI. výroční konferenci SVL ČLS JEP 2017 ve Zlíně, kde si pro vás připravili workshop na téma Novinky v pracovním lékařství.

Ve dnech 16. a 17. února 2018 MP v Brně organizují ve spolupráci s Masarykovou univerzitou již třetí ročník Praktické konference pro praktické lékaře. Na základě velice pozitivní zpětné vazby na loňskou konferenci, která byla svým programem založená na workshopu, jsme se rozhodli tento model zopakovat. Můžete se tedy opět těšit na 6 workshopů rozložených do 2 dnů (taktéž zůstává garantovaná možnost účasti na každém workshopu bez nutnosti speciální registrace).

Konkrétní program konference a informace o možnosti přihlášení bude zveřejněn na konci listopadu 2017.

Zpětná vazba Zlín

Vážení ve výboru SVL a ostatní organizátoři XXXVI. výroční konference ve Zlíně, mnohokrát děkujeme za organizaci a přípravu konference!

Odjíždíme plni zážitků, nových znalostí i známostí, ale hlavně s inspirací k další práci. Celkově jsme byli z letošní konference všichni svorně nadšeni. Z mnohých sdělení bylo patrné neutuchající nadšení členů SVL v „boji za naši věc“ (např. WONCA, eRecepty, vzdělávání, nové dopor. postupy atd. atd.).

Hlavní klady letošní konference spatřujeme především ve výborných Workshopech. Prakticky všechny byly (pokud vím) zaplněny, některé již ve středu, tak jediným jejich negativem byl nedostatek místa. Upozornění na sponzorované přednášky v programu, ačkoliv nebyly označeny všechny, vnímáme jako velice důležitou a pozitivní změnu. Zaujala nás též rozmanitost a kvalita nabízených sdělení. Neopakovala se například situace z loňské výroční konference, kde proběhla zcela protichůdná sdělení stran antikoagulace při FiS: NOAC vs. Warfarin. Pochvalu si zaslouží i výběr hezkého doprovodného programu (divadlo, koncert) a již tradiční snížená cena pro MP (za což upřímně děkujeme).

Protože jsme mladí a neklidní, dovolili bychom si jen několik drobných doporučení do příštích let. Berte je, prosíme, jako dobře míněnou zpětnou vazbu, spíše než kritiku.

Hlavní problém organizace vidíme v absenci času k diskusím – na ty nebylo v programu de facto vůbec

Přijměte tedy prosím tímto naše pozvání na konferenci, která je určena nejen pro mladé praktiky.



M L A D Í
PRAKTICI

myšleno. Ve většině případů zaznělo „Pouze jeden dotaz, nestíháme“. Přitom právě diskuse bývá velice často oním přesahem do praxe, kterým nás konference může obohatit. Řeší se v ní problémy s velkým „P“ pro VPL, které často připadají přednášejícímu (specialistovi) utopenému ve svém oboru jako banality. Dalším v dnešní době již zásadním problémem byla absence wifi připojení. Ideální by samozřejmě byla mobilní aplikace (obdobná té na WONCA) s aktuálními změnami v programu či možností se hlásit do WS, což by byl skutečně spíše bonus. Z více stran jsme zaznamenali dotaz, jestli je někde možné získat jednotl. přednášky, ev. alespoň abstrakta. To bychom na takto zajímavým programem nabitou konferenci uvítali – nejednou se stalo, že zajímavá sdělení proběhla v rámci workshopu i v hlavním sále najednou.

V rámci občerstvení bychom uvítali možnost (klidně i zakoupení) lepší kávy a čaje.

Děkujeme za celkově velice zdařilou konferenci a za vše, co děláte. Rádi bychom vás tímto pozvali na naši III. Praktickou konferenci pro Praktické lékaře, která se uskuteční 16. - 17. února 2018 v Brně. Budeme velice rádi, když pozvání přijmete, ev. nám poskytnete obdobnou zpětnou vazbu.

Mladí praktici z.s.

Sdělování závažné zprávy

Komunikační workshop



MUDr. Vojtěch Mucha

ordinace praktického lékaře, Praha 6

Na výroční konferenci SVL ve Zlíně jsme letos mohli slyšet mnoho zajímavých, tradičních i méně obvyklých sdělení. Nemělo by však zapadnout milé a neobvykle citlivé téma „sdělování závažné zprávy“ od dr. Adama Housky z centra paliativní péče. Workshop měl precizně připraven, v roli pacienta vystoupil profesionální zlínský herec Zdeněk Hanzel.

Na úvod byla položena otázka, zda vůbec pacient chce (a ví-li, zda chce) znát celou nepříjemnou pravdu. Z průzkumů vyplývá, že 70-90 % lidí si přeje znát svou diagnózu i prognózu. V JAMA Internal Medicine byla publikována studie se závěrem, že rozhovory o cílech péče a závěru života statisticky nezvyšují úzkost, deprese a beznaděj. Jinými slovy: pacientovi neublíží, ale spíše pomohou. Je zřejmé, že lidé mají i jiné cíle než dlouhý život. Znat svou prognózu umožní pacientovi mj. plánování zbylého času, rozloučení s blízkými, nám zase kvalitnější a efektivnější cílenou léčbu. Naopak plané naděje popisují paliativní pacienti jako horší než reálné, ať jakkoliv malé.

Závažné zprávy tedy většinou sdělovat. Ale jak? Během workshopu jsme byli podrobně seznámeni s metodou **SPIKES** - six step protocol of delivering bad news. Tato metoda byla publikována už v roce 2000 v časopise The Oncologists a na západě je hojně využívána. SPIKES je zkratkou prvních písmen anglického akronymu pro: **S**etting, **P**erception, **I**nvitation, **K**nowledge, **E**motions, **S**trategy. Jednotlivá hesla nemusí následovat přesně v tomto pořadí, ani nemusíme vždy dodržet všechna. Jsou spíše doporučením, co bychom během hovoru neměli opomenout. Pojdme si je postupně osvětlit:

Setting znamená přípravu na setkání s pacientem. Vhodné je předem důkladně prostudovat dokumentaci, domluvit čas a místo setkání. Místo dobře připravit, např. pacientovi nabídnout vodu. Nabídnuté kapesníky zase vyjadřují, že eventuální emoce jsou v pořádku. Nutné je též zařídit, abychom nebyli během takto

zásadního hovoru rušeni, tzn. vypnout si telefon, poučit sestru, aby nevcházela do ordinace apod. Po příchodu pacienta vřele pozdravit, ihned navázat a po celou dobu udržovat oční kontakt. Během hovoru pacienta necháváme mluvit, neskáčíme mu do řeči, neopravujeme ho (lékař své pacienty údajně přeruší průměrně vždy za 8–11 vteřin). Zaznělo i doporučení sdělit v úvodu pacientovi, kolik na konzultaci máme času. To je výhodné např. v situaci, kdy dojde k „zaseknutí“, ev. „zacyklení“ hovoru - můžeme se zaměřit na to, co je důležité, některé problémy nechat na jindy. Na druhou stranu však musí být zřejmé, že jsme si na pacienta udělali čas a nikam nepospícháme.

Perception znamená vnímání, tedy zhodnocení toho, jaké má pacient informace, jak je vnímá, nakolik je v popření. Vhodné jsou dotazy: „Co už vám o vašem onemocnění řekli?“, „Jak té nemoci nyní rozumíte?“, „Co je teď podle vás hlavním cílem léčby?“ Nežádá se setkávat s tím, že pacient vnímá diagnózu, proces či samotný cíl léčby zcela odlišně od lékařů. Příčin této situace je celá řada, např. nedostatečná komunikace v nemocnici, ale i popření ze strany pacienta – nikdy tedy nehodnotíme práci kolegů.

Během WS byla diskutována nešťastná, ne však výjimečná situace: rodina informací ví, pacient ne. V této situaci je zásadní zjistit, jak k ní došlo. Přál si to pacient? Nebo vznikla omylem? Pokud se jedná o případ z oněch cca 20 %, kdy nemocný skutečně diagnózu znát nechce, respektujeme jeho přání. V opačném případě dr. Houska nabízel postup, který aplikují v Cestě domů. Vždy trváme na tom, že nebudeme pacientovi lhát. Pokud se zeptá, sdělíme mu celou pravdu. V případě, že se opravdu nezeptá, informovat ho nebudeme. Během pohovoru však odešleme rodinné příslušníky z místnosti, kde jsme s nemocným, a aktivně se ptáme: „Je něco, na co byste se chtěl zeptat? Je něco, čeho se bojíte?“ Když se nemocný i nadále aktivně neptá, pravděpodobně o ně opravdu nestojí. Stává se však, že pacient již vše o svém onemocnění ví, rodina také a všichni svorně tvrdí: „Neříkejte to ostatním, budou z takových zpráv jenom smutní.“ V takových případech sdělení informací narovinu všem konečně uleví a mohou spolu dále komunikovat otevřeně a upřímně. Každý případ je ale individuální a je třeba mít vždy na mysli právo nemocného na informace.

Invitation znamená získání svolení. Mluvíme zde o případu, kdy očekáváme, že z plánovaného vyšetření mohou vzejít závažné zprávy. Pacienta se dopředu ptáme: „Jak byste se chtěl dozvědět eventuální špatnou zprávu?“ „Sám, se ženou...?“ Nebo, pokud jsou již

výsledky k dispozici: „Jestli souhlasíte, podíváme se na výsledky toho vyšetření?“

Pokud si pacient přeje, aby byla přítomná jiná osoba (např. manžel/ka), rozhodně neodporujeme. Bude nám to spíše ku pomoci, protože informujeme dvě osoby najednou, které informace, pocity, emoce sdílí a lépe přijímají. Pacientovi též ulehčíme situaci, ve které své blízké musí informovat, což je samozřejmě samo o sobě nelehké.

Stejně tak se doporučuje do problému zasvětit i děti. Berou totiž podobné situace mnohem samozřejměji než dospělí. Jasně vysvětlení jim pomůže vyrovnat se s danou situací lépe, než časté: „Dětem to neříkejte, musíme je chránit.“ I zde je však třeba postupovat individuálně a v obtížných případech je možné se poradit s dětským psychologem.

Knowledge, neboli předání znalostí, znamená samotný způsob, jak pacientovi zprávu sdělíme. Na úvod jsou vhodné např. věty: „Bohužel pro vás nemám dobré zprá-

být empatický a reflektovat pacientovy emoce, snažit se je popsat v „já sdělení“:

„Vidím, že máte slzy v očích, že pláčete. Vidím, že jste zaskočený, rozzlobený. Co se vám teď honí hlavou? Vidím, že to pro vás musí být těžké.“ Důležité je poskytnout pacientovi na emoce čas: setrvávání v tichu není nicnedělání. Stejně tak emoce lékaře nejsou tabu. Není na škodu, když před pacientem v těžké situaci dáme najevo, co cítíme.

Strategy vyjadřuje budoucí strategii, plán na další dny. S pacientem probereme možnosti léčby a péče, jaká nás čekají další rozhodnutí. Ne vše lze stihnout najednou, můžeme tedy naplánovat, nebo alespoň nabídnout další schůzku. Samotný fakt, že s pacientem plánujeme budoucí postup, v něm utvrzuje pocit, že jsme ho „nehodili přes palubu“. V rámci tohoto bodu během WS zazněla obvyklá otázka pacienta s infaustní prognózou: „Kolik času mi ještě zbývá?“ S touto odpovědí nám může do jisté míry pomoci tzv. Modrá kniha či učebnice onko-

logie, kde jsou podle typu nádoru a stadia onemocnění uváděna statická data délky přežití. Dostupná je na <https://www.linkos.cz/files/modra-kniha/16.pdfX>

Neměli bychom zapomenout ještě na jedno S: Summary neboli souhrn. Nejde však o rekapitulaci našimi slovy, ale o ujištění, zda pacient důležitým bodům rozuměl a zapamatoval si je. Např.: „Já bych potřeboval, abyste mi mohl svými slovy zopakovat, o čem jsme se tady bavili, abych věděl, že jste tomu dobře porozuměl.“

Pacientovi můžeme

dále nabídnout různé služby, ideálně formou psaných nebo tištěných informací, např. letáky o paliativní péči, hospicové péči, domácích hospicích, Cestě domů apod.

Děkujeme dr. Houskovi za nesmírně citlivý a vzhledem k tématu i nečekaně příjemný workshop.



vy.“ Nebo: „Přál bych si, abych měl pro vás lepší zprávy.“ Důležité je sdělení předat v několika krátkých srozumitelných větách, vyhnout se odborné terminologii, spekulacím či desinformacím. Vždy je potřeba se ujistit, že pacient sdělenému rozumí.

Emotions znamená: očekávejte emoce, buďte připraveni se jim věnovat, snažte se jim porozumět a respektovat je. Lékař by, především v takovýchto situacích, měl

Sledování hladiny železa u nemocných v ordinaci praktického lékaře



MUDr. Jiří Slíva, Ph.D.

Ústav farmakologie, 3. LF UK, Praha

Úvod

Zjišťování hladiny železa v krvi není součástí rutinního vyšetření. Nicméně platí, že v případě nízké hodnoty hemoglobinu a hematokritu, může být stanovení hladiny železa velice přínosné z pohledu diferenciální diagnostiky anémie.

Právě sideropenická anémie je nejčastějším typem chudokrevnosti napříč všemi věkovými skupinami. Její příčiny lze spatřovat ve zvýšené poptávce našeho těla po železe (adolescenti, gravidita, sportovci...), v nedostatečném příjmu v potravě, v narušené absorpci ze střeva či ve zvýšených ztrátách železa (nejčastěji krvácení). Anémie během gravidity celosvětově postihuje cca 41,8 % budoucích rodiček, přičemž u poloviny z nich je prokazován nedostatek železa. Základní klinické projevy anémie zahrnují bledost kůže a sliznic, celkovou únavu, ospalost, malátnost, bolesti hlavy, poruchy koncentrace, tachykardii a pocit bušení srdce.

Železo v séru je téměř vždy stanovováno společně s celkovou vazebnou kapacitou železa (TIBC), z které je vypočítána saturace transferinu. Saturace transferinu je spolehlivější ukazatel nedostatku nebo nadbytku železa, než stanovení železa samotného. Nízká hladina železa spolu s vysokým transferinem nebo TIBC je většinou způsobena nedostatečným příjmem tohoto kovu. U chronických onemocnění je typicky nízké jak železo, tak i transferin nebo TIBC.

Cíl studie

Základním cílem proběhlého dotazníkového šetření bylo zjištění hladiny železa u vybraných pacientů v ordinaci praktických lékařů.

Metodika

Šlo o neintervenci dotazníkovou studii realizovanou na úrovni praktických lékařů, a to na souboru 432 nemocných. Podmínkou pro zapojení každého z lékařů byl minimální počet nemocných v počtu deset. Vlastní realizace probíhala v období od září 2016 do prosince 2016. Sledované ukazatele – pohlaví, věk, hodnoty

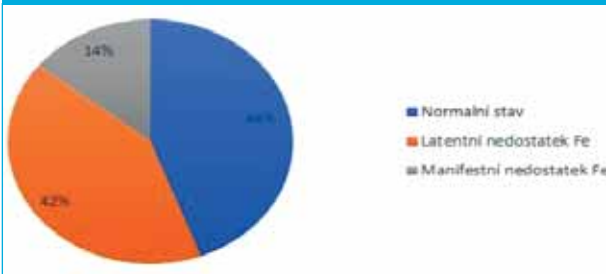
Fe v krvi (pozn.: za fyziologickou hladinu železa v krvi u mužů ve věku 15–110 let bylo považováno rozmezí 7,2–29,0 $\mu\text{mol/l}$ a pro ženy téhož věku 6,6–28,0 $\mu\text{mol/l}$; *latentní nedostatek Fe* byl definován jako snížené množství železa v krvi pod 12 $\mu\text{g/l}$ + zvýšená vazebná kapacita transferinu pro železo + saturace transferinu pod 16 %; *manifestní nedostatek Fe* byl definován jako feritin v séru pod 5 $\mu\text{g/l}$ + saturace transferinu pod 10 %), manifestace nedostatku Fe, možné příčiny nedostatku Fe, zvolená suplementace Fe.

Výsledky

Z celkového souboru nemocných bylo 80 % žen. Dominantní věkovou kategorií byly osoby ve věku 19–48 let (62 %) následované nemocnými ve věku 49–65 let (20,5 %), 66 a více let (15 %) a 13–18 let (2,5 %).

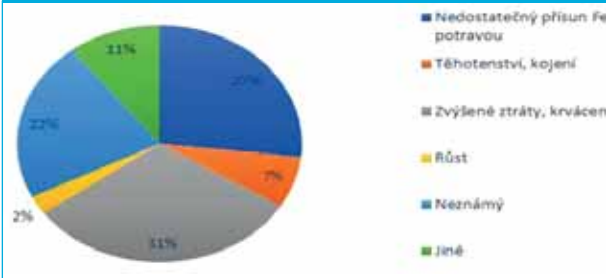
Fyziologická hladina železa v krvi byla zjištěna téměř u poloviny dotázaných (44 %). Latentní nedostatek železa byl však zaznamenán ve 42 % a manifestní nedostatek u 14 % dotázaných – obrázek 1.

Obrázek č. 1: Zjištěné hladiny železa v krvi



Nejčastěji zaznamenaným projevem anémie byly únava/spavost (24 %), bledost kůže a sliznic (21 %) a slabost (20 %) – obrázek 2.

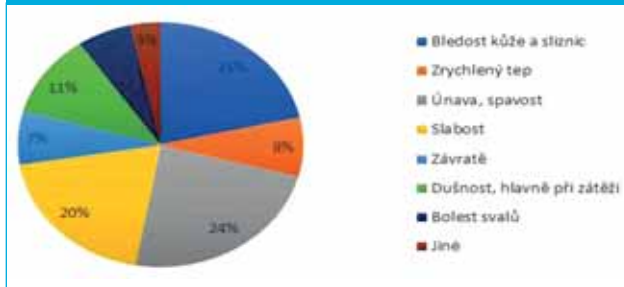
Obrázek č. 2: Zaznamenané projevy zjištěného nedostatku železa



Jako možná příčina zjištěného nedostatku železa byly nejčastěji uváděny krevní ztráty (31 %) následované nedostatečným přísunem železa ve stravě (27 %). Těhotenství a/nebo kojení bylo za možnou příčinu označeno u 7 % dotázaných – obrázek 3. Celých 40 % dotázaných však dosud neužívalo žádný léčivý přípravek nebo dopl-

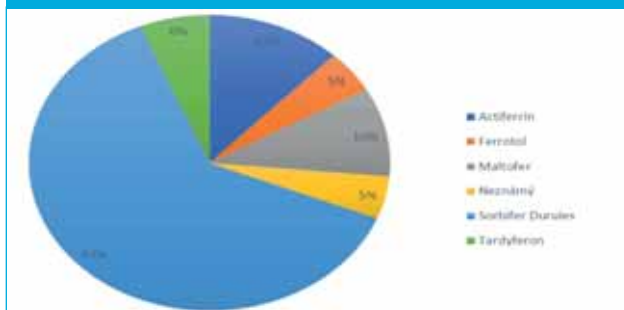
něk stravy s obsahem železa.

Obrázek č. 3: Možné příčiny zjištěného nedostatku železa



Osoby uvádějící probíhající suplementaci železem jako nejčastěji volený přípravek zmiňovali Sorbifer Durules (62 %) následovaný přípravkem Actiferrin (12 %) a Maltofer (10 %) – obrázek 4. Přibližně dvě třetiny z dotázaných danou suplementaci přitom neužívalo déle nežli tři měsíce.

Obrázek č. 4: Volený přípravek k suplementaci železa



Diskuse a závěr

Provedené dotazníkové šetření na úrovni praktických lékařů prokázalo vysoký počet nemocných s latentním nebo dokonce manifestním nedostatkem železa. Dominantní projevy byly dle očekávání nespecifické a téměř polovina z dotázaných přítomnou depleci dosud nikterak neřešila. V případě nasazené suplementace byl nejčastěji voleným přípravkem Sorbifer Durules.

Nedostatek železa je přitom dáván nikoliv pouze do souvislosti s anémií. Je třeba respektovat jeho komplexní úlohu ve fyziologii lidského organismu. Participuje totiž také v řadě oxidoredukčních reakcí, mimo jiné při oxidativní fosforylaci. V souvislosti s jeho deficitem je proto diskutována snížená katalytická aktivita řady enzymů s přesahem do multisystémových příznaků. Deplece železa je mimo jiné rovněž zjišťována u řady chronických onemocnění (idiopatické střevní záněty, revmatoidní artritida, chronické selhání ledvin aj.).

Základním imperativem úspěšně vedené léčby sideropenické anémie je snaha o příznivé ovlivnění bilance železa, tj. omezit ztráty a podpořit jeho příjem. Při běžné saturaci železem lze za reálný vzestup hemoglobinu považovat nárůst cca o 2 g/l denně, k čemuž je zapotřebí přibližně 50 g elementárního železa denně. Při uvažované absorpci z gastrointestinálního traktu na úrovni 25 % (při depleci; za fyziologických podmínek jde pouze o 10–15 %) je tak nutno dodávat cca 200 g železa ve formě dobře vstřebatelné soli. Správně by suplementace měla trvat nikoliv pouze do úpravy anémie, nýbrž až do restituce zásob, tj. 3–6 měsíců.

Literatura u autora

Kazuistika ze soudně lékařské praxe

Jde o případ obžaloby praktického lékaře (dále PL), lékaře záchranné služby (dále LZS) a vrchní zdravotní sestry (dále S). Obvinění a následně obžaloba byly postaveny na základě posudku znalce oboru zdravotnictví, odvětví interní lékařství, jinak přednosty ústavu jedné fakultní nemocnice.

V žalobě stálo, že obviněný jako praktický lékař ošetřující pacienta V.J. (dále P), nar. 1926, toho času umístěného v domově důchodců (dále DD), tomuto, aniž by tohoto jako svého pacienta někdy osobně viděl nebo se dostatečně seznámil s jeho zdravotnickou dokumentací, změnil ode dne 12. 9. 2014 antikoagulační medikaci z léku Pradaxa 110 mg 1x denně na lék Warfarin 5 mg 1x denně, přičemž mu nechal lék Warfarin podávat přes to, že P již užíval několik léků zvyšujících účinek Warfarinu, a zároveň nijak nekontroloval účinnost Warfarinu, a v důsledku těchto skutečností došlo k tomu, že účinnost Warfarinu byla takového stupně, že jeho vliv na krevní srážlivost byl více než pětinasobný oproti žádanému, následkem čehož došlo u P k masivnímu krvácení do tkáně mozku a k jeho smrti dne 4. 10. 2014.

V přípravném řízení byly nashromážděny veškeré důkazy umožňující učinit skutkové a právní závěry uvedené shora ve výrokové části obžaloby. Poškozený P byl umístěn od 1. 9. 2014 do 3. 10. 2014 v DD, kdy mu byla změněna stávající antikoagulační medikace z léku Pradaxa na lék Warfarin. Dne 4. 10. 2015 poškozený zemřel v důsledku masivního krvácení do tkáně mozku.

Obviněný PL vypověděl, že P zaregistroval jako svého pacienta 3. 9. 2014 na žádost sestry S, následně ho S požádala o předpis léku Pradaxa, tento však nebyl oprávněn předepisovat, tak napsal Warfarin. Z dokumentace pravděpodobně viděl propouštěcí zprávu z nemocnice (dále N), kde byl souhrn diagnóz. Dále sdělil, že do dokumentace neprovedl záznam, že má být proveden test INR, zda to nařídil ústně, si nepamatuje. Návštěvu neuskutečnil, protože pacient byl stabilizovaný, nejevil známky zvýšeného účinku Warfarinu. Obviněný PL dále sdělil, že pacientův zdravotní stav se nezhoršil ještě dva dny poté, co měření nařídila zastupující PL, nelze dle jeho názoru spatřovat souvislost mezi tím, že nenařídil měření INR a mozkovým krvácením, na které zemřel poškozený. Obviněný uvedl, že poškozeného nikdy neviděl, jednal o něm se S, když jej požádala o předpis Pradaxy, jinak si jednání o něm nevybavuje. Obviněný sdělil, že nevěděl, že poškozený již dříve užíval Warfarin, byl si vědom, že ostatní užívané léky zvyšují jeho účinek. Kompletní dokumentaci neměl, vycházel z propouštěcí zprávy z N.

Obviněná S vypověděla, že stav poškozeného byl velmi vážný, byl zcela nesoběstačný. Když začal docházet poškozenému lék Pradaxa, oslovila PL, aby mu

napsal lék nový, tento jí sdělil, že jej nemůže předepsat a naordinoval Warfarin. Vycházel z propouštěcí zprávy N. Měření INR PL neindikoval, a to ani ústně. Dne 30. 9. 2014 shledala u poškozeného zvýšenou teplotu, proto požádala zastupující MUDr., která se zastavila za svými pacienty, aby jej zkontrolovala. Zastupující MUDr. jej vyšetřila a pak při procházení jeho zdravotní dokumentace zjistila, že bere Warfarin, a proto doporučila provést odběry krve a měření hladiny INR. Pokud by zastupující MUDr. vyhodnotila, že je to naléhavé, donutila by ji to změřit hned. Měření INR a odběry krve byly tedy naplánovány, až se vrátí PL z dovolené 6. 10. 2014. Následně byl poškozený bez teploty, až 2. 10. 2014 měl teplotu zvýšenou. V ranních hodinách dne 3. 10. 2014 jej nalezla pozvraceného, zřejmě aspiroval, nereagoval, proto volala záchrannou službu. Na otázky policejního orgánu dále uvedla, že test INR se obecně dělá jednou za měsíc, nebo když je potřeba. O měření rozhoduje lékař, dělá se o tom písemný záznam. Dále obviněná uvedla, že v době změny medikace byl stav poškozeného velmi vážný, nepoznával své blízké, nekomunikoval.

Z výsledku obviněného LZS vyplývá, že měl jako lékaře službu na záchraně, byl přivolán do DD sestrou S. Na místě byl polymorbidní P, dlouhodobě ležící, bez kontaktu. Obviněný na místě na základě svých dlouholetých zkušeností po vyšetření tlaku, pulsu, saturace a poslechu vyhodnotil, že stav pacienta je beznadějný a jeho převoz do nemocnice by nic nezměnil. S tím se ztotožnili i ostatní, proto byl ponechán na místě. Reagoval pouze na algické podněty, byl v bezvědomí. K dispozici měl dvě strany A4 dokumentace se seznamem chorob a užívaných léků. Dále obviněný zdůraznil, že i v nemocnici jako prvotní příčinu smrti uvedli pneumonii, až pitva odhalila jako příčinu smrti krvácení do mozku.

Skutkový stav je prokazován kromě výpovědí obviněných dále kompletní zdravotnickou dokumentací poškozeného zemřelého P, ze které vyplývá seznam léků, jež užíval na jednotlivé choroby. Z propouštěcí zprávy N, kde poškozený zemřel, bylo zjištěno, že byl přijat pro známky pneumonie, následně se zhoršil, byl dušný a z úst mu vytékala pěna s příměsí čerstvé krve. S ohledem na velmi těžký stav se špatnou prognózou byl zvolen pouze konzervativní postup léčby. Laboratorní vyšetření vykazovalo hodnotu INR 15,25 (při doporučené horní hranici 3,0, případně 4,5). Kromě pneumonie je zde jako diagnostický závěr před provedením pitvy uvedeno předávkování Warfarinem. Dále je ze zdravotnické dokumentace patrné, že poškozený P trpěl Alzheimerovou nemocí, organickou úzkostnou poruchou, hypertenzí a povšechnou aterosklerosou a imobilitou. Z poukazu na vyšetření vyplývá změna medikace

z léku Pradaxa na Warfarin, kdy měl být dne 12. 9. 2014 nasazen lék Warfarin 5 mg, jedenkrát denně, spolu se současně užívaným lékem Pradaxa, který měl být vysazen dne 16. 9. 2014. Dále je zde záznam o ošetření kožního defektu na končetinách a následně 30. 9. 2014 měření teploty a indikace Paralenu.

V lékařské dokumentaci je dále záznam zastupující MUDr. ze dne 30. 9. 2014, kde je uveden požadavek na provedení odběrů krve, změření CRP a INR, podávání Paralenu při vyšší teplotě a dále dle výsledků. Dále je založen ošetřovatelský plán DD poškozeného P, přehled léků a jejich podávání dle ordinace lékaře a dokument nazvaný Popis biopsychosociálního stavu klienta od 1. 10. 2014. Dále je skutkový stav prokazován záznamy o výjezdu ZZS, kdy první výjezd spolu s LZS poškozeného zanechal na místě, druhý výjezd s lékařem MUDr. K jej odvezl do nemocnice. Součástí spisové dokumentace je pitevní zpráva a pitevní protokol, který uvádí jako příčinu smrti intracerebrální krvácení do mozkových komor.

Dle sdělení MUDr. P., internisty, ke kterému docházel poškozený dříve, mu byl po plicní embolii nasazen v roce 2013 Warfarin, kdy mu byly prováděny testy srážlivosti po cca 7 dnech, poté pro kolísavost převeden na lék Pradaxa. Ze zprávy ZP MV ČR je zjišťováno, že lék Pradaxa může předepisovat pouze lékař specialista (internista, kardiolog atd.).

Dále byla jako svědek vyslechnuta zastupující MUDr., která uvedla, že má v DD cca 12 klientů, u nichž byla na pravidelné návštěvě, když ji oslovila S, jestli by se nepodívala na P, neboť má teplotu. Tento pacient byl spavý, byla s ním obtížná komunikace. Následně si pročetla dokumentaci a řekla vrchní sestře, že mají podávat pouze antipyretika. Nebyl zde žádný náznak špatně podávané antikoagulační léčby. S ohledem na teploty poškozeného napsala do zprávy, že doporučuje odběry krve a při té příležitosti měření INR. Pokud by se stav nezhoršoval, měření se mohlo udělat po návratu PL z dovolené.

Při dovození trestní odpovědnosti obviněných bylo též vycházeno ze znaleckého posudku znalce z oboru zdravotnictví, odvětví interna. Závěrem znaleckého posudku je, že život a zdraví P byly bezprostředně ohroženy tím, že mu bez laboratorní kontroly účinnosti byl podáván lék Warfarin spolu s léky, které účinnost Warfarinu zvyšují. Důsledkem toho bylo, že účinek Warfarinu byl více než pětinasobný oproti žádanému, kdy se jednalo o hodnotu 15,25 oproti INR s horní hranicí max. 3, resp. 4,5. Je zde dovozována příčinná souvislost mezi pochybením lékaře PL tím, že nevzal v potaz, že P bere léky zvyšující účinek Warfarinu, a tento při nasazení léčby dále nijak nekontroloval, a P smrtí, neboť riziko krvácení do mozku se u něho zvýšilo v řádu statisícenásobku. Co se týká závěrů znalce ve vztahu k LZS, tento uvedl, že s ohledem na informace, které měl na místě při výjezdu ZZS, nemohl vyhodnotit, že stav poškozeného je nezvratný.

Poškozený byl bezprostředně ohrožen na životě v důsledku nitromozkového krvácení, které v době 5.54 hod dne 3. 10. 2014 nemuselo nevyhnutelně způsobit stav nezvratného umírání. Pokud by vzal zasahu-

jící lékař v potaz všechna data ze zdravotnické dokumentace, bylo by nutno posoudit, že poškozený užívá Warfarin a léky zvyšující jeho účinek a že toto není nijak kontrolováno. Pozůstalá dcera Hl uvedla, že byla opatrovník poškozeného, dohlédla vždy na to, aby mu byl podáván lék Pradaxa, neboť u Warfarinu mu v minulosti kolísala hladina INR. Dne 6. 9. 2014 odjela na 14 dní na dovolenou, po návratu byl otec v pořádku, normálně komunikoval, poznával své blízké, částečně se pohyboval sám. O zhoršení stavu byla informována S, hned jeli do DD, kde si vyžádali opakovaný příjezd ZZS, její otec ležel v bezvědomí a chrčel. Když byl hospitalizován v N, lékařka jí sdělila, že má vysokou hladinu INR po předávkování Warfarinem, ona do té doby nevěděla o změně medikace. Další dcera SI a snacha VJ vypovídaly shodně, též popsaly, že zhruba pět dní před smrtí byl poškozený v pořádku v rámci možností jeho zdravotního stavu, komunikoval a jedl, totéž uvedl syn VJ ml. Lékařka N MUDr. KS vypověděla, že dle rentgenu měli u P podezření na rakovinu plic, dále z laboratoře zjistili, že byl předávkován Warfarinem, vykašlával krev, což tomu mohlo odpovídat. Vzhledem ke špatné prognóze byl zvolen konzervativní postup, pacient byl přijat ve stavu umírajícího. CI a KV jako záchranáři ZZS uvedli, že LZS rozhodl o ponechání pacienta v DD s ohledem na terminální stadium, ostatní na místě se s tím zcela ztotožnili. Lékař druhého výjezdu ZS MUDr. K uvedl, že byl přivolán jako druhý výjezd k poškozenému, odvezl jej na naléhání rodiny, jinak by jej vzhledem k polymorbiditě a umírání ponechal na místě též.

K objektivní stránce přečinu usmrcení z nedbalosti dle § 143 odst. 1, odst. 2 trestního zákoníku lze uvést, že obviněný PL jako lékař zcela zanedbal své povinnosti při péči o pacienta, kdy jej převzal do péče, aniž by jej kdy viděl, stejně tak mu bez potřebné dokumentace a bez náležitého vyšetření předepisoval lék, který musí být s ohledem na možnost způsobení krvácení kontrolován. Nijak se dále nezajímal, jak na pacienta změna medikace působí, když i z jeho zdravotnické dokumentace je patrné, že mu byl lék Warfarin již dříve vysazen. Jednotlivé léky, které pacient užíval, zvyšovaly účinky Warfarinu, kdy tento je sám o sobě rizikovým a jeho vliv nebyl žádným způsobem ze strany obviněného jako ošetřujícího lékaře sledován.

Z těchto důvodů, kdy porušení důležité povinnosti pramenící v jeho povolání a v zákoně mělo za následek smrt poškozeného, je mu kladeno za vinu spáchání přečinu usmrcení z nedbalosti dle § 143 odst. 1, odst. 2 trestního zákoníku. Co se týká subjektivní stránky, tato je dána ve formě zavinění z nedbalosti. U obviněné S lze mezi jejím jednáním, resp. nekonáním a smrtí P spatřovat též příčinnou souvislost, neboť zastupující MUDr. po vyšetření P dne 30. 9. 2014 zapsala s ohledem na teplotu poškozeného požadavek odběrů krve, vyšetření CRP a vyšetření INR, přičemž v zápisu je též poznámka „dále dle výsledků“. Z toho vyplývá, že krev měla být s ohledem na podezření na virózu odebrána následující den ráno a spolu s vyšetřením krevního obrazu a CRP měla být též provedena kontrola srážlivosti krve, kdy na základě výsledků by bylo možno stanovit další léčeb-

ný postup. Vrchní S, která lékařku požádala o vyšetření kvůli zhoršenému zdravotnímu stavu P, sama v rozporu s příkazem lékařky vyhodnotila, že tyto testy počkají až do 6. 10. 2014, kdy se měl vrátit PL z dovolené, a tyto neprovedla. Její jednání není hlavním důvodem, který v celém řetězci vedl ke smrti poškozeného P, ovšem je jedním z článků pomyslného řetězce, neboť pokud by neporušila své povinnosti a provedla test INR v takovém časovém sledu, jak jí bylo uloženo, byl by zcela jistě odhalen problém se srážlivostí krve u poškozeného a mohl být v té době ještě odvrácen následek spočívající v úmrtí P. Tímto naplnila též skutkovou podstatu přečinu usmrcení z nedbalosti dle § 143 odst. 1, odst. 2 trestního zákoníku, co se týká subjektivní stránky, ta je zde též ve formě zavinění z nedbalosti.

Obviněný LZS jako lékař ZZS dostatečně nevyhodnotil zdravotní stav poškozeného P a ponechal jej zemřít na místě v DD, ačkoli by na základě informací, jež by zjistil ve zdravotnické dokumentaci, mohl dovodit, že se

jedná o předávkování Warfarinem a ne stav nezvratného umírání v důsledku polymorbidity a stáří. Tímto naplnil skutkovou podstatu přečinu neposkytnutí pomoci dle § 150 odst. 2 trestního zákoníku.

Na základě provedeného vyšetřování a důkazů v něm nashromážděných tak lze uzavřít, že obvinění po objektivní i subjektivní stránce naplnili skutkovou podstatu výše uvedených přečinů a podání obžaloby je tedy zcela důvodné.

V tomto stavu dostal případ znalec z oboru všeobecné lékařství se žádostí o vypracování oponentského znaleckého posudku.

Vážení čtenáři Practicusu, zkuste se zamyslet, na čem byste postavili svoji obhajobu.

Pokračování najdete v Practicusu č. 1 /2018

Za špatná rozhodnutí v životě člověk platí

Ráda bych se s vámi podělila o svou zkušenost, kterou jsem získala před několika málo týdny. Vše je ještě živé a bolavé, ale považuji za důležité, abych tento svůj příběh zveřejnila. Může totiž pomoci vám, lékařkám a lékařům, kteří se rozhodujete, komu dát důvěru při realizaci eReceptu, EET a vůbec všech „e“, jimž se v této době nevyhneme.

Na začátku září mě telefonicky kontaktovala operátorka, která tvrdila, že volá ze Zdravotního registru. K této instituci mám respekt a nečekala bych nic zlého. Paní mi na sebe dala telefonní číslo, řekla, že bude mojí osobní operátorkou a že se na ni mohu kdykoliv obrátit. V rámci monitorovaného telefonického rozhovoru mi pak nabídla pomoc při zřízení e Receptu. Slíbila mi, že za mě jejich firma všechno zařídí. Následně se rozhovor zrychlil, operátorka mě začala zahrnovat fakty a argumenty, přesvědčovala mě, jak velice výhodné je zřídit si elektronický podpis od nich. Když jsem namítla, že mi již můj obchodní partner, který se mi dlouhodobě stará o ambulantní informační systém, zaslal nějaké informace ohledně elektronického receptu, přesvědčila mě, že ten mi s tím moc nepomůže, protože si budu muset vše vyběhat sama. Nakonec operátorka přidala ještě vyřízení EET, a to vše za „pouhých“ 16 000 Kč. Hučelo mi z toho v hlavě jako v úle, za dveřmi plakal dětský pacient, v čekárně další... Měla jsem telefonický hovor ukončit. Ta paní byla ale tak milá a nabízela mi tak obrovskou pomoc... Souhlasila jsem a vůbec mi v tu chvíli nedocházelo, s čím. Pouze na základě tohoto telefonátu však byla uzavřena smlouva!

Asi za dva týdny jsem obdržela dopis. Stálo v něm, že jsem prostřednictvím telefonické podpory uzavřela smlouvu o spolupráci distanční formou a provedla objednávku služeb. Zvažněla jsem. Doma jsem si v klidu vše přečetla a už mi to nepřipadalo tak skvělé jako při onom telefonickém rozhovoru. Navíc se cena najednou vyšplhala na 20 000 Kč. Paní operátorka mi jaksi opomněla říci, že částka, kterou uvádí, je bez DPH. Dále jsem pak ještě byla vybízena k tomu, abych si znovu zřídila elektronický podpis, i když ho už mám pro potřeby komunikace s pojišťovnami zřízený. Ihned po přečtení toho dopisu jsem tedy napsala mail, že bych ráda zrušila objednávku. Nikdo však nereagoval, ačkoliv jsem mail posílala opakovaně. Mnohokrát jsem také zkoušela kontaktovat „svoji“ operátorku telefonicky. Kdykoliv jsem však volala, číslo bylo nedostupné. Na druhé straně se vždy ozval pouze automat, že mám volat v pracovní dny a v pracovní době, což jsem mimochodem činila vždy.

Poté mi cestou datové schránky přišla první upomínka k platbě. Nezaplatím-li do 5 dnů, nabíhá pokuta, upomínací výdaje atd. To už jsem se lekla doopravdy! Zavolala jsem tedy na centrálu společnosti a dozvěděla se, že „moje operátorka“ již ve firmě nepracuje! Nikdo mi to však nedal vědět. Znovu jsem jim tedy zopakovala, že bych s nimi ráda ukončila spolupráci. Opět následovalo nové kolo přesvědčování, během kterého jsem se setkala s arogantním jednáním a nevybíravým upozorňováním, že je to opravdu špatné rozhodnutí. Tlačili mě, ať ve spolupráci s nimi pokračuji. Zkrátím to. Nakonec se mi podařilo spolupráci ukončit a jsem tomu velice ráda, i když to nebylo zadarmo. Storno poplatek činil 70 % z požadované ceny.

Vzkaz pro mé kolegy:

V žádném případě neuzavírejte smlouvu s nikým po telefonu. Nejprve chtějte vidět smluvní podmínky, které si v klidu projděte. Nečiňte rychlá rozhodnutí v pracovní době, pod nátlakem líbivých slibů a nabízené úžasné pomoci.

Ve své ordinaci používám software MEDICUS Komfort od CGM. S jejich pracovníkem, který se mi o program stará a kterého znám již roky, v tuto chvíli řeším zřízení eReceptu. Vše jde hladce, využiji k tomu svůj elektronický podpis, který jsem již měla zařízený, veškeré náležitosti vyřizujeme elektronicky či pomocí vzdáleného připojení. Věřím, že s člověkem, jehož osobně znám a plně mu důvěřuji, se mi vše zdárně podaří do konce roku zařídit.

Za špatná rozhodnutí zkrátka člověk v životě platí, a tak jsem také zaplatila. Jsem však přesvědčená o tom, že ukončení spolupráce s onou nejmenovanou firmou bylo to nejlepší, co jsem mohla udělat.

MUDr. Kateřina Šimková

Komentář Výboru SVL ČLS JEP

K tomuto opravdu smutnému případu není opravdu co dodat. Administrativu s ePodpisem a eRp si může samozřejmě každý lékař vykonat sám svými silami. Nicméně obrovská nepřátelskost, nelogičnost a složitost tohoto procesu je hlavním bodem eRp, který odborná společnost kritizuje minimálně 4 roky. Z důvodu doslova „šmejdeských“ nabídek některých také podnikatelů našla SVL firmu, která „za dobré peníze“ (praktickým) lékařům s celou agendou pomůže. Kontakt na ní najdete na začátku tohoto časopisu popř. na webu www.svl.cz. MUDr. Cyril Mucha, člen výboru SVL ČLS JEP odpovědný za IT

Seriál o EET

Elektronická evidence tržeb z pohledu lékaře a pacienta

V uplynulých dílech našeho seriálu na téma elektronické evidence tržeb jsme se tomuto tématu podrobně věnovali. Do spuštění třetí fáze elektronické evidence tržeb, do které se zapojí i lékaři, zbývají už jen měsíce. Pokud se nestane něco nečekaného, bude třetí fáze spuštěna 1. března 2018, jak určuje platný zákon. Proto je vhodné si na závěr zopakovat principy, na kterých je elektronická evidence tržeb založena, a to z pohledu lékaře a jeho pacienta.

Hlavním důvodem pro zavedení elektronické evidence tržeb je podle ministerstva financí snaha zabránit daňovým únikům. Z toho vychází základní schéma elektronické evidence tržeb, které je znázorněno na tomto obrázku:

Byť podle názoru autora v případech lékařů k daňovým únikům nedochází (či se jedná o naprosté výjimky), platí základní principy EET i pro ně.

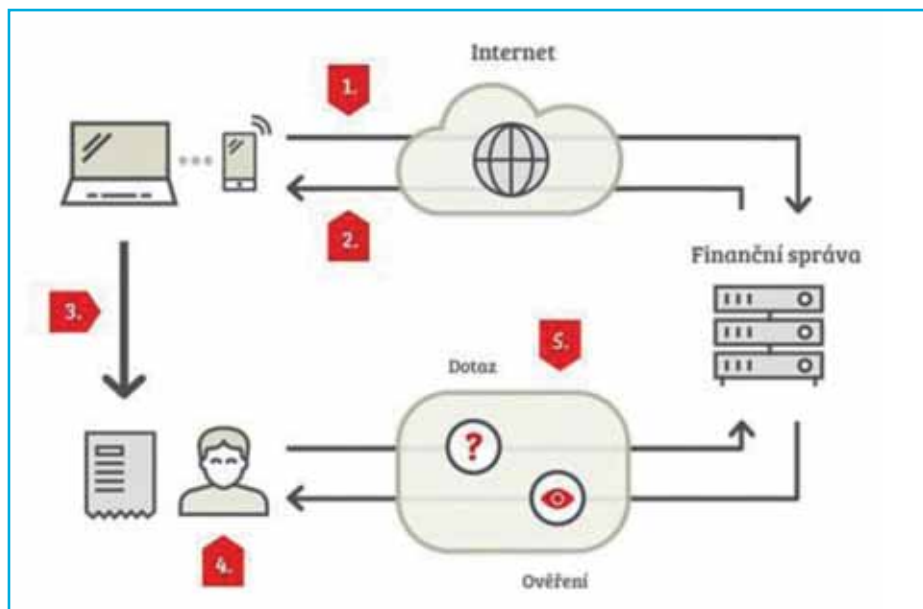
Dle uvedeného schématu, jež vychází z ustanovení zákona, musí lékař ještě před tím, než přijme od svého pacienta platbu za lékařský výkon, placenou v hotovosti nebo kreditní kartou, tuto platbu nahlásit na server Finanční správy (krok 1). K tomu potřebuje příslušné pokladní zařízení a připojení na internet. V odpovědi na takto nahlášenou platbu zašle server Finanční správy lékaři tzv. fiskální identifikační kód (krok 2), jenž jednoznačným způsobem identifikuje nahlášenou platbu. Tento identifikační kód potom lékař, spolu s ostatními stanovenými náležitostmi, vytiskne na účtenku, kterou nabídne pacientovi (krok 3). Až v tomto okamžiku, zdůrazňuji ještě jednou – až v tomto okamžiku, může lékař (nebo jiná osoba, např. sestra) přijmout od pacienta tržbu.

Pacient není povinen si účtenku převzít. Ale aby systém nebylo možno obejít např. tím, že kroky 1 a 2 budou ze strany lékaře pouze předstírány a na účtenku bude uváděn falešný kód nebo bude na server hlášená nižší platba, než bude uváděna na účtence, umož-

ňuje systém EET kontrolu jeho dodržování nejen ze strany státních orgánů, ale i ze strany pacientů.

Každý pacient si bude moci na internetu ověřit, zda účtenka, která mu byla lékařem vystavena, je pravá a odpovídá skutečnosti (krok 4 a 5). K tomu slouží speciální aplikace na serveru Finanční správy. Do této aplikace vloží pacient základní údaje uvedené na účtence. Odpověď mu bude sdělení, zda a jakým lékařem byla platba na server nahlášena.

Aby byla motivace pacientů (a zákazníků obecně) přebírat si a ověřovat si účtenky co nejvyšší, byla od 1. října spuštěna účtenková loterie s názvem Účtenkovka. Každý pacient bude moci do „osudí“ této loterie vložit účtenku od lékaře tak, že „přepíše“ do systému její základní údaje a uvede na sebe kontakt.



Ing. Tomáš Hajdušek, daňový poradce

Vaše dotazy k EET můžete směřovat na eet@cgm.com, případně do poradny umístěné na portálu www.cgmsvet.cz.

Je margarin zdravý?



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

Úvod

Vysoké ceny másla se staly předmětem zvýšeného zájmu médií. V této souvislosti se objevila řada dotazů ze strany novinářů a spotřebitelů nejen k ceně másla, ale i k tomu, jaké jsou alternativy jejich používání. Je zajímavé sledovat pestrost a různorodost názorů, které se v tisku objevují. Např. Aha! pro ženy doporučoval nahrazovat máslo olejem, jogurtem, tvarohem nebo sýrem, jablky, dýni nebo cuketou, banánem nebo sádlem. Přitom rostlinné tuky, v domácnosti běžně používané ke stejnému účelu jako máslo, se v návrhu neobjevily. Olej lze použít na vaření nebo dušení, s olejem upečeme i bábovku, ale už ne vánoční cukroví. Olej si rovněž nenamážeme na chleba, i když se chléb v některých středomořských státech do olivového oleje namáčí. Kdo to v rámci dovolené vyzkoušel, poznal, že to není příliš praktické, olej je všude a zamastí kdekoli. V souvislosti s vysokou cenou másla se objevily i některé články, které varují před negativními účinky margarínů na zdraví hlavně v souvislosti s obsahem transmastných kyselin pocházejících z částečně ztužených tuků. Margarin je obecně v mysli řady lidí zakotven jako ztužený tuk. Myslí si to i někteří lékaři, což může vést k desinterpretacím v souvislosti s výživovou hodnotou produktů při komunikaci s pacienty. Objevují se proto legitimní dotazy spotřebitelů, novinářů i lékařů, zda je margarin vůbec zdravý.

Charakteristika másla a margarínů

Řada spotřebitelů neví, kam margarin v rámci potravin zařadit, přitom máslo a margariny patří do stejné kategorie roztíratelných tuků. Jak říká legislativa, jedná se o výrobky na bázi tuhé, tvárné emulze, převážně typu voda v oleji. Máslo obsahuje pouze mléčný tuk. Margarin je obvykle směsí více druhů tuků a olejů, v dnešní době se používají tuky rostlinné, dříve byly používány i jako jedna ze surovin tuky živočišné (sádlo, lůj, částečně ztužené rybí tuky). Obsah mléčné-

ho tuku v margarinech může být do 3 % a obvykle je vnesen do výrobku ze surovin jako podmásli, syrovátka či odstředěné mléko. Vedle toho ještě existuje kategorie směsných tuků, které obsahují 10-80 % mléčného tuku (vztaženo na obsah celkového tuku). Margariny i máslo mají obsah tuku vyšší než 80 % a nižší než 90 %. Kromě toho existují i máslo a margariny třičtvrtětučné s obsahem tuku 60-62 % a polotučné (obsah tuku 39-41 %). Toto dělení má historické souvislosti, aby si spotřebitel mohl vybírat výrobky z nabídky na trhu s podobným obsahem tuku okolo 80, 60 a 40 % a srovnávat je. V dnešní době se obsah tuku ve výrobcích různí a na trhu je řada produktů s obsahem tuku mimo kategorie nad 80 % tuku, třičtvrtětučných a polotučných výrobků a vzájemné porovnávání je z tohoto pohledu proto obtížné. Výrobky mimo vyjmenované kategorie se nazývají mléčná pomazánka X % či roztíratelný tuk X %, název máslo nebo margarin se pro ně nepoužívá. Máslo je oblíbené u spotřebitelů pro svoji chuť, margarin v kelímku se lépe maže na chleba. U směsných tuků mléčný tuk dodává specifickou chuť, vhodně zvolené rostlinné tuky mohou zlepšit funkční vlastnosti výrobku a jeho výživovou hodnotu.

Výroba másla a margarínu

Okolo výroby margarínů panuje spousta mýtů, přitom princip výroby všech roztíratelných tuků je obdobný. Je založen na fyzikálních procesech míchání, chlazení a mechanického zpracování. Při výrobě másla dochází ke zvyšování obsahu tuku, kdy v průběhu procesu odchází vedlejší produkt podmásli. U margarínu jsou všechny suroviny smíchány během výroby v poměrech daných recepturou. Směsné tuky vyrábí jak mlékárny, tak i podniky vyrábějící rostlinné tuky, což rovněž svědčí o podobnosti výrobních technologií. Máslo je principiálně jednoduchý výrobek, který nevyžaduje žádné přídatné látky. U polotučného másla se přidávají želatina nebo jiné hydrokoloidy, případně lze použít i emulgátor ke stabilizaci výrobku. Margarin obsahující kromě pevného tuku i kapalný olej na rozdíl od másla vyžaduje použití emulgátoru, aby nedocházelo k oddělování olejové a vodné fáze. Tuk pevného skupenství (tzv. strukturní tuk) je potřebný k dosažení požadované konzistence produktu a jeho podíl ve výrobku se mění podle hlavního účelu použití (pečení, vaření či mazání na chléb). Vhodné suroviny pro strukturní tuk si lze vybrat z nabídky tropických tuků, tuků upravených přeesterifikací, v minulosti byly používány i tuky částečně ztužené. V případě přeesteri-

fikace tukových surovin převládají biotechnologické postupy, které jsou přírodně identické s procesem trávení tuků v našem organismu. Z krajních poloh glycerolu se prostřednictvím enzymů odštěpí mastné kyseliny, aby se následně opět navázaly do těchto poloh, ale v jiné molekule. Tím lze získat tuk požadované konzistence. Margariny se nevyrábějí a vlastně ani nikdy nevyráběly ztužováním. Tento mýtus vznikl v době, kdy výrobní podniky fungovaly jako kombináty zahrnující veškeré technologie od zpracování semen, úpravy surovin až po výrobu širokého portfolia finálních produktů. Dnes se výrobci více specializují na hotové výrobky a tukové suroviny požadovaných vlastností nakupují od jiných subdodavatelů, podobně jako jiné potravinářské podniky.

Výrobky s vyšším obsahem tuku a kratší dobou spotřeby nevyžadují použití konzervačních látek. Podobně je tomu i u výrobků s nižším obsahem tuku neobsahujících bílkoviny. V ostatních případech konzervační látky brání pomnožení mikroorganismů během doporučené doby spotřeby, kritický je mimo jiné potenciální výskyt plísni ke konci doporučené doby spotřeby. Plísňe jsou všudypřítomné v okolním prostředí, spory se mohou (byť sporadicky) vyskytovat na obalovaném materiálu. Pokud výrobek obsahuje vhodné živiny (např. mléčnou bílkovinu) a má vyšší obsah vody, může dojít po čase k viditelnému nárůstu plísni. Nelze proto jednoznačně říci, že máslo neobsahuje konzervační látky a margarín ano. Je to vždy na výrobcí, aby zvážil účel použití konzervačních látek ve vztahu ke složení výrobku, technologii výroby a délce doby doporučené spotřeby. Existují například i polotučná másla, podobně i margariny, s konzervačními látkami nebo bez nich.

Výživová hodnota másla a margarínu

Tuky jsou jedinou základní živinou přítomnou v nutričně významném množství v másle i margarínu. Energetická hodnota výrobků je dána procentuálním obsahem tuku. Výživovou hodnotu určuje složení mastných kyselin. Mléčný tuk obsahuje přibližně dvě třetiny nasycených mastných kyselin, které bychom měli ve stravě omezovat, podíl polynenasycených mastných kyselin je nutričně nevýznamný (okolo 3 %). Máslo má přirozený obsah transmastných kyselin okolo 2,5–3 %. Zbytek tvoří mononenasycená kyselina olejová. U margarínu je situace rozmanitější. Tuky určené na mazání na chléb a pečivo obsahují jen jednu třetinu (i méně) nasycených mastných kyselin. Obsah esenciálních mastných kyselin je vyšší než v másle a některé výrobky díky cíleně vybraným olejům patří dokonce k významným zdrojům těchto prospěšných mastných kyselin.

Margariny na pečení mají obsah nasycených mastných kyselin vyšší než margarín na mazání, ale nižší než máslo. Obsah nasycených mastných kyselin se u této kategorie pohybuje v rozmezí 37–47 %. Obsah transmastných kyselin v rostlinných roztíratelných tucích na trhu v České republice se pohybuje pod

1 %. Pouze některé méně známé značky, které nemají významné zastoupení na trhu, mají obsah transmastných kyselin o 1–2 % vyšší než máslo¹. To je podstatně méně, než jsme byli zvyklí z minulosti, a ukazuje to na skutečnost, že při výrobě margarínu nejsou používány částečně ztužené tuky, přesto se o nich v tisku stále ve spojitosti s margarínem píše. Máslo obsahuje přirozeně vitaminy A, D, E a K. Rostlinné tuky pouze E a K, proto se běžně o vitamin A D obohacují, aby organismus při konzumaci rostlinných tuků o tyto důležité vitaminy nepřišel.

Je margarín zdravý?

Odpověď na tuto otázku můžeme hledat ve výživových doporučeních národních autorit a renomovaných profesních organizací. Většina výživových doporučení z poslední doby je koncipována na bázi potravin. To znamená, že v doporučeních najdeme méně informací o množství jednotlivých živin, která bychom měli konzumovat nebo naopak, která bychom neměli překračovat. Doporučení na bázi potravin říká, jakých potravin bychom měli jíst více nebo méně, případně kterým potravinám dávat přednost. Jak si stojí v těchto doporučeních margariny, případně roztíratelné tuky (v angličtině spreads)?

Každých 5 let vychází výživová doporučení pro obyvatele USA. Aktuálně platná jsou z roku 2015. V dokumentu je zdůrazněno, že margariny a rostlinné roztíratelné tuky se liší v obsahu tuku, energetické hodnotě a v konkrétní směsi tuků a olejů, které byly použity ve výrobě a tím i ve vzájemném zastoupení nasycených, nenasycených a transmastných kyselin. Je velmi důležité sledovat výživové údaje na obalech, zaměřit se na energetickou hodnotu, nasycené a transmastné kyseliny a vybírat výrobky neobsahující transmastné kyseliny a mající nižší obsah nasycených mastných kyselin. V tom má legislativa USA výhodu, protože obsah transmastných kyselin najdeme v tabulce výživových údajů na rozdíl od zemí Evropské unie, kdy je uvádění informace o obsahu transmastných kyselin na obalech potravin paradoxně dokonce zakázáno. Pro spotřebitele je zjednodušující poučkou při výběru tuku z hlediska jeho výživové hodnoty preferovat oleje, které jsou kapalné při pokojové teplotě, což souvisí s převahou nenasycených mastných kyselin, a omezovat pevné tuky, u nichž převládají nasycené mastné kyseliny. Margariny v kelímku, které neobsahují transmastné kyseliny, jsou spolu s rybami, avokádem a ořechy počítány mezi oleje. Pevné tuky zahrnují máslo, hovězí lůj, kuřecí tuk, vepřové sádlo, kokosový olej, palmový olej a palmojádrový olej a potraviny s vysokým obsahem pevných tuků².

Podle nizozemských výživových doporučení existují přesvědčivé důkazy, že potraviny bohaté na nenasycené mastné kyseliny s dvojnými vazbami v poloze cis jako margariny v kelímku (nazývané soft margariny) a oleje snižují rizika ischemické choroby srdeční v porovnání s potravinami bohatými na nasycené

né mastné kyseliny jako máslo a margariny balené ve fólii (označované jako hard margariny). Vyplyvá to z randomizovaných klinických studií, které prokazují, že záměna nasycených mastných kyselin za nenasycené snižuje hladinu LDL-cholesterolu. Podobné důkazy lze najít i ve studiích kohort³. Podle skandinávských doporučení bychom měli upřednostňovat tučné ryby, ořechy, semena, rostlinné oleje a rostlinné roztíratelné tuky, které jsou zdrojem esenciálních nenasycených mastných kyselin. Potraviny živočišného původu s vysokým obsahem tuku zvyšují příjem nasycených mastných kyselin. Proto je důležité zlepšovat skladbu tuků v rámci celkové stravy a dbát na vhodné zastoupení jednotlivých mastných kyselin⁴. Podle irských doporučení by tuky, roztíratelné tuky a oleje měly být konzumovány v malých množstvích a preferovány by měly být roztíratelné tuky se sníženým obsahem tuku a „light“ varianty⁵. Podle anglických doporučení bychom si měli přednostně vybírat oleje a roztíratelné tuky s nenasycenými mastnými kyselinami a konzumovat je v malých množstvích⁶. Podle jednoho z bodů desatera Německé společnosti pro výživu (Deutsche Gesellschaft für Ernährung – DGE) bychom měli upřednostňovat rostlinné oleje jako řepkový a margariny z nich vyrobené⁷. Podle australských doporučení bychom měli nahrazovat potraviny s převahou nasycených mastných kyselin jako máslo, smetanu, margariny na vaření, kokosový tuk a palmový olej potravinami, u nichž převažují polynenasycené a mononenasycené mastné kyseliny jako jsou oleje, roztíratelné tuky, pomazánky z ořechů a avokádo⁸.

Pozitivní účinek konzumace margarínů vyplývá rovněž ze schváleného zdravotního tvrzení o snížení rizika onemocnění v rámci evropské legislativy, podle něhož nahrazení nasycených tuků ve stravě nenasycenými tuky snižuje hladinu cholesterolu v krvi a vysoká hladina cholesterolu je rizikovým faktorem pro vznik ischemické choroby srdeční⁹. Tvrzení smí být použito u tuků s vysokým obsahem nenasycených mastných kyselin více než 70 %. Tuto podmínku splňují pouze oleje a některé margariny, případně roztíratelné tuky v kelímku.

Závěr

Výše uvedené citace z výživových doporučení a evropské legislativy vyjadřují konzistentní názor, že margariny a rostlinné roztíratelné tuky prodávané v kelímcích (soft margariny) patří mezi nutričně preferované potraviny za předpokladu, že neobsahují částečně ztužené tuky, což je na trhu v České republice splněno. Veškerá zmíněná doporučení jsou z doby posledních 5 let, odpovídají proto soudobým vědeckým poznatkům o vlivu výživy na zdraví. Tento přehled zároveň uvádí na pravou míru některé články v médiích, které se snaží margariny demonizovat nebo obhajovat nadměrnou konzumaci nasycených mastných kyselin. Margarínů a roztíratelných tuků rozhodně není potřeba se bát, naopak jsou součástí pestré vyvážené stravy. Jak zmiňují některá doporučení, tuky jsou významným zdrojem energie, a proto je obecně doporučována jejich střídavá konzumace. Jako jedna porce se uvažuje 10 g oleje nebo roztíratelného tuku.

Literatura:

1. Brát J, Doležal M (2016). Složení tuků v maloobchodní síti v roce 2016. *Potravinářská revue*; (3): 14-18.
2. USHHS/USDA (2015). 2015-2020 Dietary Guidelines for Americans. 8th Edition. Dostupné na <http://health.gov/dietaryguidelines/2015/guidelines/>.
3. Health Council of the Netherlands (2015). Dutch dietary guideline 2015. Dostupné na https://www.gezondheidsraad.nl/sites/default/files/201524edutch_dietary_guidelines_2015.pdf.
4. Nordic Council of Ministers (2014). Nordic Nutrition Recommendation 2012. Dostupné na <http://norden.diva-portal.org/smash/get/diva2:704251/FULLTEXT01.pdf>.
5. Department of Health (2016). Healthy Food for Life – the Healthy Eating Guidelines and Food Pyramid. Dostupné na <http://www.hse.ie/eng/about/Who/healthwellbeing/Our-Priority-Programmes/HEAL/Healthy-Eating-Guidelines/>.
6. Public Health of England (2016). The Eatwell Guide. Dostupné na <https://www.nhs.uk/Livewell/Goodfood/Pages/the-eatwell-guide.aspx>.
7. Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V. (2017). 10 guidelines of the German Nutrition Society (DGE) for a wholesome diet. Dostupné na <http://www.dge.de/index.php?id=322>.
8. Australian Government. National Health and Medical Research Council (2013). Eat for Health. Australian Dietary Guidelines Summary. Dostupné na https://www.nhmrc.gov.au/_files_nhmrc/file/your_health/healthy_nutrition/n55a_australian_dietary_guidelines_summary_131014_1.pdf.
9. Nařízení Komise (EU) č. 1226/2014 ze dne 17. listopadu 2014 o schválení zdravotního tvrzení při označování potravin, jež se týká snížení rizika onemocnění.

Efekt kombinace paracetamolu a kodeinu na útlum pooperační bolesti dospělých – Cochrane review

Kombinace analgetik s rozdílným mechanismem účinku umožňuje použít nižší dávku jednotlivých látek a snížit tak riziko nežádoucích účinků. Cílem prezentovaného cochraneovského review bylo zhodnotit efekt kombinace paracetamolu a kodeinu na útlum pooperační bolesti u dospělých pacientů.

Výhody kombinace paracetamolu a kodeinu

Paracetamol (PAR) je zástupcem skupiny neopioidních analgetik a jedním z nejpoužívanějších léčiv proti bolesti. Jeho hlavní výhodou oproti nesteroidním antiflogistikům (NSAIDs) představuje dobrá snášenlivost, minimum lékových interakcí a bezpečnost při podávání u dětí. Je také vhodný pro pacienty s prokázanou alergií na NSAIDs nebo kyselinu acetylsalicylovou (ASA) či v případě peptického vředu v anamnéze. Kodein (COD) naopak patří mezi analgetika ovlivňující opioidní receptory s nižším analgetickým, ale vyšším antitusickým potenciálem. Současné podání obou látek zvyšuje analgetický efekt, a přitom zachovává výhodné vlastnosti obou léčiv.

Zahrnutá data a analýza

Oxfordští autoři se rozhodli rozšířit dříve publikovanou analýzu týkající se komparace účinku kombinace PAR/COD oproti placebo nebo samotnému paracetamolu. Ve svém přehledu a analýze využili získané údaje a zaměřili se na zhodnocení efektu jednorázově podané kombinace PAR/COD na potlačení pooperační bolesti.

Sledoval se čas do užití první záchranné medikace a hodnota NNT (number needed to treat, počet pacientů, kterým je třeba podat dávku léčiva, aby alespoň u jednoho z nich došlo k nejméně 50% úlevě od bolesti během 4 až 6 hodin) pro různé kombinace.

Výsledky

Do 26 zahrnutých studií, které se zabývaly hodnocením účinku paracetamolu s kodeinem oproti placebo, bylo zařazeno celkem 2295 pacientů. Kombinace paracetamolu s kodeinem prokázala signifikantně vyšší účinnost

oproti placebo: Při kombinaci 800–1000 mg PAR s 60 mg COD byla hodnota NNT 2,2 (95% interval spolehlivosti [CI] 1,8–2,9). Při kombinaci 600–650 mg PAR a 60 mg COD činilo NNT 3,9 (95% CI 2,9–4,5) a další snížení dávky paracetamolu na 300 mg a kodeinu na 30 mg vedlo ke zvýšení NNT na 6,9 (95% CI 4,8–12). Závažnost nežádoucích příhod u kombinace PAR/COD vzrostla z mírné na středně závažnou oproti placebo.

14 studií (n = 926) se věnovalo srovnání PAR/COD se stejně vysokou dávkou paracetamolu podaného samostatně. Přidání kodeinu k paracetamolu zvýšilo počet pacientů, kteří dosáhli nejméně 50% úlevy od bolesti během 4–6 hodin o 10–15 %, prodloužilo čas do podání záchranné medikace o hodinu a o 15 % snížilo počet pacientů, kteří tuto následnou terapii potřebovali. Nežádoucí příhody u kombinace PAR/COD byly mírné až středně závažné a jejich incidence se v intervenčních skupinách nelišila.

Závěr

Předkládaný přehled potvrzuje předchozí poznatky o účinnosti paracetamolu v kombinaci s kodeinem. Kombinace paracetamolu a kodeinu má prokazatelný analgetický efekt u přibližně poloviny pacientů s pooperační bolestí střední až těžké intenzity v souvislosti s chirurgickým zákrokem.

Zdroj:

<http://www.prolekare.cz/analgesie-novinky/efekt-kombinace-paracetamolu-a-kodeinu-na-utlum-pooperační-bolesti-dospelych-cochrane-review-8173>

Repetitorium sociální péče



Mgr. Hana Tůmová
sociální pracovník



Mgr. Miroslava Brožová
ředitelka Šarlota Care s.r.o., Prosečnice

Poskytovatelem sociální služby je právnická nebo fyzická osoba, která má k této činnosti oprávnění dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a je registrována jako poskytovatel sociálních služeb.

Rodinní příslušníci a asistenti sociální péče, kteří pečují o své blízké či jiné osoby, nejsou poskytovateli sociálních služeb. Za poskytovatele sociální služby není rovněž považován subjekt, který není registrován jako poskytovatel sociálních služeb ve smyslu tohoto zákona (např. ubytovna nebo soukromá úklidová firma).

Jednotlivé organizace poskytující sociální služby lze podle regionu a druhu poskytované sociální služby vyhledat v Registru poskytovatelů sociálních služeb (<http://iregistr.mpsv.cz>).

K udržení seniora se sníženou soběstačností v domácím prostředí napomáhají terénní sociální služby – osobní asistence či pečovatelská služba, které jsou poskytovány přímo v domácnosti potřebného. Rozsah úkonů poskytovaných v rámci základních činností a maximální

Výběr některých soc. služeb dle zákona č. 108/2006 Sb.

	Sociální služba	Odkazy
Osoby se zdravotním postižením	Ranná péče (TS, AS)	www.helpnet.cz www.nrzp.cz http://svaztp.cz www.chcemepomahat.cz
	Denní stacionář (AS)	
	Týdenní stacionář (PS)	
	Domovy pro osoby se zdravotním postižením (PS)	
	Chráněné bydlení (PS)	
	Podpora samostatného bydlení (TS)	
	Sociální rehabilitace (TS, AS, PS)	
Osoby bez přístřeší	Nízkoprahová denní centra (AS)	http://armadaspasy.cz www.nadeje.cz www.icm.cz
	Dům na půl cesty (PS)	
	Azylový dům (PS)	
	Noclehárny (PS)	
	Terénní programy (TS)	
Osoby závislé na NL	Kontaktní centra (TS)	www.dropin.cz www.sananim.cz www.drogy-info.cz www.alkoholik.cz
	Terénní programy (TS)	
	Sociálně terapeutické dílny (AS)	
	Služby následné péče (PS)	
Osoby v krizi	Telefonická krizová pomoc	www.zivot90.cz www.linkabezpeci.cz www.acorus.cz www.bkb.cz
	Krizová pomoc (TS, AS, PS)	
	Intervenční centra	
Senioři	Osobní asistence (TS)	www.zivot90.cz www.helpnet.cz www.chcemepomahat.cz www.mpsv.cz/cs/14910
	Pečovatelská služba (TS)	
	Denní stacionáře (AS)	
	Domovy pro seniory (PS)	
	Domovy se zvláštním režimem (PS)	
	Soc. služby ve zdrav. zařízení (PS)	

(TS – terénní služba, AS – ambulantní služba, PS – pobytová)

výše jejich úhrady jsou přesně vyjmenovány v § 5 a § 6 vyhlášky č. 505/2006Sb.

Pobytové služby jsou seniorům poskytovány v Domevch pro seniory, Domevch se zvláštním režimem či jako sociální služby ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče. Tato zařízení mohou poskytovat i krátkodobé odlehčovací pobyty. Rozsah úkonů poskytovaných v rámci základních činností a maximální výše jejich úhrady je vyjmenován ve vyhlášce č. 505/2006Sb., § 10, § 15, § 16, § 18.

Na úhradu poskytovaných sociálních služeb je dle zákona o sociálních službách určen **Příspěvek na péči**. Nárok na tento příspěvek mají osoby, které se z důvodu dlou-

Souhrnná tabulka úhrad za výše uvedené služby	
Osobní asistence	Cena
Max. výše úhrady – pouze skutečně spotřebovaný čas	130 Kč/hod.
Pečovatelská služba	
Max. výše úhrady – pouze skutečně spotřebovaný čas	130 Kč/hod.
Poskytnutí celodenní stravy Oběd	170 Kč 75 Kč
Donáška oběda	30 Kč
Velký nákup , např. týdenní nákup, nákup ošacení	115 Kč
Praní a žehlení osobního a lůžkového prádla	70 Kč/kg prádla

Fakultativní služby mohou být účtovány v plné výši nákladů

Souhrnná tabulka úhrad za výše uvedené služby		
Výše úhrady	Odlehčovací pobyty	DS, DZR, ZSL
Max. výše úhrady za ubytování a související náklady	210 Kč/den	
Celodenní Oběd	170 Kč/den 75 Kč/den	
Maximální výše úhrady péče	130 Kč /hod., dle spotřebovaného času	Ve výši přiznaného PnP
Po úhradě ubytování a stravy musí osobě z jejího příjmu zůstat alespoň	Není určeno	15 %

Fakultativní služby mohou být účtovány v plné výši nákladů

(DS – Domov pro seniory, DZR – Domov se zvláštním režimem, ZSL – Sociální lůžka při zdravotnickém zařízení lůžkové péče)

Příspěvek na péči				
Stupeň závislosti	Počet nezvládnutých ZŽP		Výše příspěvku na péči	
	do 18 let	nad 18 let	do 18 let	nad 18 let
I (lehká závislost)	3	3 nebo 4	3 300 Kč	880 Kč
II (středně těžká závislost)	4 nebo 5	5 nebo 6	6 600 Kč	4 400 Kč
III (těžká závislost)	6 nebo 7	7 nebo 8	9 900 Kč	8 800 Kč
IV (úplná závislost)	8 nebo 9	9 nebo 10	13 200 Kč	13 200 Kč
Příspěvek na péči				

(ZŽP – základní životní potřeba)

hodobě nepříznivého zdravotního stavu neobejdou bez pomoci druhé fyzické osoby při zvládání některých z deseti základních životních potřeb, které vymezuje zákon o sociálních službách (vyhláška č. 505/2006 Sb., příloha č. 1). Poskytovatelem péče může být rodina, asistent sociální péče nebo registrovaný poskytovatel sociálních služeb. Asistent sociální péče je specifikován v § 83 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. O přiznání Příspěvku na péči **rozhoduje krajská pobočka Úřadu práce**.

Krajská pobočka úřadu práce rozhoduje také o dávkách pro osoby se zdravotním postižením (OZP) dle zákona č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením. Tento zákon upravuje podmínky získání **průkazu OZP** a některé benefity, které z něj vyplývají. Při posuzování nároku na průkaz OZP vychází posudkový lékař z přílohy č. 4 vyhlášky č. 388/2011 Sb.

Při získání průkazu ZTP či ZTP/P může osoba požádat na příslušném obecním úřadě s rozšířenou působností o vydání **Parkovacího průkazu** (§ 67 zákona č. 361/2000Sb., o provozu na pozemních komunikacích).

Zákon č. 319/2011Sb., o poskytování dávek OZP upravuje také nárok na dávku **Příspěvek na mobilitu**, dále pak i podmínky získání **Příspěvku na zvláštní pomůcku**. Seznam druhů a typů pomůcek je specifikován v příloze č. 1 k vyhlášce č. 388/2011 Sb. Příloha zákona č. 329/2011 Sb. uvádí zdravot-

ní postižení odůvodňující přiznání příspěvku na zvláštní pomůcku a zdravotní stavy vylučující jeho přiznání.

Zdravotně znevýhodněné osoby, senioři a osoby v nepříznivé životní situaci mohou vyhledat pomoc u sociálních pracovníků na obecních úřadech obcí s rozšířenou působností a pověřených obecních úřadech. Další informace o sociální pomoci získáte na MPSV, krajských úřadech, úřadech práce, obcích či u neziskových organizací.

V České republice jsou již zařízení, které důsledně dbají na individuální přístup v péči o své klienty, a tím je také resort Šarlota, ve kterém mám možnost pracovat.

Šarlota je specializovaný resort, který se ve všech detailech snaží vyhovět individuálním potřebám svých klientů. Vedle kvalitního ubytování nabízí komplexní zdravotní a sociální péči, kterou poskytují registrované zdravotní sestry, fyzioterapeuti, ergoterapeuti, nutriční terapeutka, osobní asistenti a externí specialisté. Zdravotní a osobní péče je dostupná nepřetržitě podle potřeb klientů.

Zkušený personál se dokáže přizpůsobit potřebám klientů různého věku i kondice. Typ pobytu (krátkodobý, dlouhodobý, popř. trvalý) a rozsah péče jsou sjednávány s každým zájemcem a jeho rodinou individuálně. Na základě rozhovorů, zdravotní dokumentace a doporučení lékaře i vlastního šetření odpovědní pracovní-

ci Šarloty navrhnou způsob a rozsah péče a připraví individuální kalkulaci úhrady za pobyt a péči. Respekt k přání hostů a soukromí je samozřejmostí, na druhé straně žádný z klientů netrpí osamělostí. V každém ze čtyř podlaží objektu se nacházejí společenské místnosti určené pro nejrůznější aktivity nebo odpočinek. Součástí komplexu je recepce, restaurace, kavárna a bistro, výtvarný a rukodělný atelier, hudební pokoj pro muzikoterapii, knihovna a čítárna, kadeřnictví, manikúra a pedikúra. K duševní, fyzické a sociální pohodě i k souladu mysli a těla přispívá komplexní nabídka wellness terapií a cvičení. Pravidelně jsou pořádány výlety za kulturou a poznáním. Prioritou všech pracovníků Šarlota Resortu je vytvářet prostředí, ve kterém klient žije kvalitní, důstojný a svobodný život a nalezne v Šarlotě svůj další domov.

Letecké foto Šarloty



Foto Šarloty



Foto jídelny



Foto pokoje



Vzdělávací semináře

v lednu 2018



SVL ČLS JEP

Hlavní témata

**Pneumokoková onemocnění u rizikových skupin dospělých.
Novinky v očkování proti invazivním meningokokovým onemocněním.
Deprese v ordinaci praktického lékaře. Osteoporóza v ordinaci praktického lékaře. Antikoagulovaný pacient v ordinaci praktického lékaře.**

den	datum	čas	město a místo konání
sobota	6. 1.	9.00–13.00	Kancelář veřejného ochránce práv, Údolní 39, Brno
čtvrtek	4. 1.	16.30 - 20.30	Hotel "U Šimla", Závodní 1, Karlovy Vary
čtvrtek	4. 1.	16.00–20.00	Clarion Grandhotel Zlatý Lev, Gutenbergova 3, Liberec 1
čtvrtek	4. 1.	16.00–20.00	Clarion Congres Hotel, Špitálské náměstí 3517, Ústí nad Labem
sobota	6. 1.	9.00–13.00	Právnická fakulta UP Olomouc, tř. 17. listopadu 8, Olomouc
pondělí	8. 1.	16.30 - 20.30	Aula SZŠ, Příluky 372, Zlín
úterý	9. 1.	16.00–20.00	Hotel Zlatá Štika, Štrossova 127, Pardubice
středa	10. 1.	17.00–21.00	presbytář Hotelu Gustav Mahler, Křížová 4, Jihlava
čtvrtek	11. 1.	16.00–20.00	Nové Adalbertinum, Velké náměstí 32, Hradec Králové
středa	17. 1.	16.00–20.00	Lék.dům, Sokolská 31, Praha 2
sobota	20. 1.	8.00–13.00	Šafránkův pavilon, alej Svobody č. 31, Plzeň
středa	24. 1.	16.00–20.00	Clarion Congress Hotel, Pražská třída 2306/14, České Budějovice
čtvrtek	25. 1.	16.00–20.00	Hotel Imperial, Tyršova č. 6, Ostrava
čtvrtek	25. 1.	16.00–20.00	Lék.dům, Sokolská 31, Praha 2

Vážení čtenáři a řešitelé testů,

dle nového Stavovského předpisu České lékařské komory č. 16, podle § 5 přílohy č. 1, jsou od 1. 7. 2012 všechny znalostní testy v odborných časopisech hodnoceny jednotně, a to 2 kredity. Za správné vyřešení testu budou řešitelům přiděleny **2 kredity ČLK**. Podmínkou ČLK pro přidělení kreditů je zaslání odpovědi v písemné podobě na odpovědním lístku nebo elektronicky na www.svl.cz, a to **nejpozději do 20. 1. 2018**.

Písemné odpovědi zasílejte na adresu: Oddělení vzdělávání SVL ČLS JEP, Sokolovská 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 9/2017: 1c, 2bc, 3a, 4b, 5abc, 6abc, 7c, 8a, 9b, 10bc

ZNALOSTNÍ TEST JE HODNOCEN 2 KREDITY ČLK

1. Prevalence deprese u žen je:

- a) 2–5 %
- b) 5–10 %
- c) je vyšší než u mužů

2. Akutní léčba deprese by měla trvat:

- a) 3–6 týdnů
- b) 6–16 týdnů
- c) minimálně 6 měsíců

3. Všeobecný praktický lékař neléčí deprese

- a) po odstranění depresivních symptomů
- b) bipolární
- c) farmakoresistentní

4. Rizikem pro vznik iCPM je:

- a) srdeční selhání
- b) hypertenze
- c) fibrilace síní

5. Při léčbě anémie železem se z gastrointestinálního traktu absorbuje:

- a) 25 %
- b) 40 %
- c) 55 %

6. O dávkách pro osoby se zdravotním postižením rozhoduje:

- a) odbor zdravotnictví krajského úřadu
- b) odbor sociálních věcí krajského úřadu
- c) krajská pobočka úřadu práce

7. Kodein patří mezi analgetika ovlivňující opioidní receptory:

- a) s nižším analgetickým potenciálem
- b) s vyšším analgetickým potenciálem
- c) s nižším antitusickým potenciálem

8. Indikací k zahájení léčby Adenuricem je:

- a) akutní dnavý záchvat
- b) chronická dna
- c) dnave tofy

9. Záměna z nasycených mastných kyselin za nenasycené mastné kyseliny v potravě:

- a) zvyšuje hladinu LDL cholesterolu
- b) snižuje hladinu LDL cholesterolu
- c) nemá statisticky významný vliv na hladinu LDL cholesterolu

10. Pacienti s apalickým syndromem mají zachované:

- a) trávicí funkce
- b) dechové funkce
- c) sací reflex

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. 10/2017

Jméno a příjmení _____

Adresa pracoviště _____

Členské číslo SVL (povinný údaj)

(bez tohoto čísla nemohou být kredity přiděleny)

Zakroužkujte 1–3
správné odpovědi:

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

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

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