



Odborný časopis Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP

practicus

tip tohoto čísla

č. 3/2011

ročník 10

pro
praktické
lékaře
zdarma

Vkladem tohoto čísla
jsou doporučené
postupy

**Ischemická
choroba
dolních
končetin**

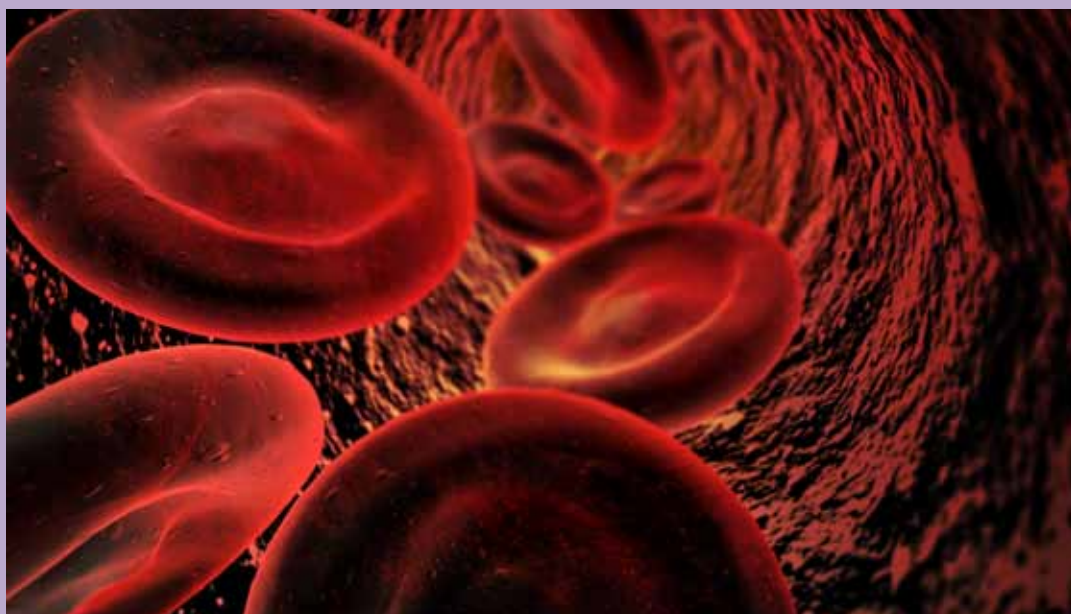
a

**Základy
nefrologie**

Vydává
Společnost
všeobecného
lékařství ČLS JEP

www.practicus.eu

Interní indikace antikoagulační léčby str. 20



Z OBSAHU

INFO SVL

SUKL připravuje preskripční omezení na nízkodávkovaný aspirin
SVL přerušilo jednání s VZP o projektu IZIP

Antibiotika u ORL infekcí

Význam stanovení proteinurie

Refluxní choroba jícnu

Interní indikace antikoagulační léčby

Ischemická choroba dolních končetin - kazuistika

Cílená detoxikace jako podpora účinné farmakoterapie

Falešná pozitivita vyšetření na psychoaktivní látky a užívání léků

Kontroly SÚKL v r. 2010

Karta života jako jedna z alternativ eHealth

Na cestách domů - informace o domácím hospicu

Obory specializačního vzdělávání lékařů



Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP
Vás zve na víkendový vzdělávací seminář:



LUHAČOVICE

13.–15. května 2011



ŠPINDLERŮV MLÝN

10.–12. června 2011



Jak se můžete zaregistrovat?

1. Zasláním závazné přihlášky na adresu:
TARGET - MD s.r.o., Na Štáhlavce 7, 160 00 Praha 6
2. Odfaxováním vyplněné přihlášky na číslo: **233 321 748**
3. E-mailem: **sekretariat@target-md.com**
4. Na webu na stránkách **www.target-md.com**

Program má postgraduální charakter a je garantován Českou lékařskou komorou jako akce kontinuálního vzdělávání. Účastníci obdrží potvrzení o účasti s kredity ČLK. Podmínkou pro získání kreditů je osobní účast na přednáškách.

Obsah

Info SVL	5
SÚKL připravuje preskripční omezení na nízkodávkovaný aspirin	5
SVL přerušilo jednání s VZP o projektu IZIP	5
Antibiotika u ORL infekcí	8
Rozhovor s prim. MUDr. Václavou Adámkovou	
Význam stanovení proteinurie	11
Doc. MUDr. Romana Ryšavá, CSc.	
Refluxní choroba jícnu	15
MUDr. Jana Vojtíšková	
Interní indikace antikoagulační léčby	20
MUDr. Petr Kessler	
Ischemická choroba dolních končetin - kazuistika	25
MUDr. Otto Herber	
Cílená detoxikace jako podpora účinné farmakoterapie	28
Mgr. Lucie Kotlářová, MUDr. Bohumil Skála, Ph.D.,	
Falešná pozitivita vyšetření na psychoaktivní látky a užívání léků	32
Prim. MUDr. Karel Nešpor, CSc.	
Na cestách domů	33
Informace o domácím hospicu	



...Ze světa mladých praktiků	34
-------------------------------------	-----------



...POEM: Patient oriented evidence that matters	36
--	-----------



...SÚKL informuje	38
Kontroly SÚKL v r. 2010	



...počítač a doktor	39
Karta života jako jedna z alternativ eHealth	



...zdravotnické zařízení a aktuální legislativa	40
Obory specializačního vzdělávání lékařů a obory certifikovaných kurzů	



...znalostní test	42
--------------------------	-----------

practicus

odborný časopis SVL ČLS JEP
3/2011, ročník 10

Vydavatel:

Společnost všeobecného lékařství
ČLS JEP

Adresa redakce:

Společnost všeobecného lékařství
ČLS JEP
U Hranic 16, 100 00 Praha 10
tel.: 267 184 064
fax: 267 184 041
e-mail: practicus.svl@cls.cz

www.practicus.eu

Redakce:

Šéfredaktorka: MUDr. Jaroslava Laňková, lankova@svl.cz

Odborní redaktori: MUDr. Marcela Bradáčová, MUDr. Jozef Čupka, MUDr. Alice Havlová, MUDr. Milada Kratochvílová, MUDr. Marie Manoušková, MUDr. Dana Moravčíková, MUDr. Cyril Mucha, MUDr. Anna Richterová, MUDr. Alexandra Sochorová, MUDr. Helena Stárková, MUDr. Jana Vojtíšková

Poradci redakce: MUDr. Pavel Brejník, MUDr. Jiří Burda, doc. MUDr. Svatoopluk Býma, CSc., MUDr. Rudolf Červený, Ph.D., MUDr. Eva Grzegorzová, MUDr. Jiří Havránek, MUDr. Otto Herber, MUDr. Ambrož Homola, Ph.D., MUDr. Toman Horáček, MUDr. Jiří Horký, MUDr. Karel Janík, MUDr. Igor Karen, MUDr. Stanislav Konštacký, CSc., MUDr. Josef Kořenek, CSc., MUDr. Zuzana Miškovská, Ph.D., doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D., MUDr. Bohumil Skála, Ph.D., MUDr. Aleš Šimurdová, MUDr. Jan Šindelář

Manažerka časopisu: Hana Čížková
Spolupracovnice časopisu: Andrea Vrbavá, Romana Hlaváčková

Náklad 6 000 ks. ••• Vychází 10× ročně. ••• **Pro praktické lékaře v ČR zdarma.** ••• Roční předplatné pro ostatní zájemce **610 Kč.** ••• Příhlášky přijímá redakce. ••• Toto číslo bylo dáno do tisku **10.3. 2011.** 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, 2011**



MUDr. Jaroslava Laňková

K tomuto číslu

Vážení, kolegyně a kolegové,

zdravím Vás při vydání březnového čísla našeho časopisu. Akce "Děkujeme, odcházíme" se uklidnila, ale rozbouřené moře ve zdravotnictví se vzdouvá dál. Primární péče v současné době čelí problémům **absurdních preskripčních omezení**, která se snaží nově zavádět SÚKL. Vzdor trendu reformy, mezi jejímiž prioritami je podpora a posílení kompetencí primární péče, SÚKL jako reformní protiproud kompetence praktických lékařů preskripčními omezeními snižuje. Nyní už došlo i na "aspirin". Po více než sto letech používání kyseliny acetylsalicylové jako léku došli pracovníci SÚKL k závěru, že praktičtí lékaři nejsou nadále kompetentní k jeho indikaci. Takto absurdní rozhodnutí by však mohlo posloužit k zásadnějším změnám, neboť dokazuje chybnou metodiku a odbornou in-

kompetenci úřadu SÚKL. Změnou, po které léta voláme, je úplné zrušení preskripčních omezení na odbornost "L" a jejich nahrazení indikačními omezeními "P" na diagnózu. Více se o tomto problému dočtete na stránkách Info SVL. Dalším problémem, který aktuálně "hýbe" zdravotnictvím, je **projekt IZIP**. O postoji SVL k tomuto problému hovoří zpráva od dr. Muchy.

V sekci odborných článků pokračujeme dalším **rozhovorem na téma rezistence na antibiotika a racionální antibiologická léčba**, tentokrát z oblasti ORL infekcí s prim. MUDr. Václavou Adámkovou z antibiotického centra VFN Praha. Doc. MUDr. Romana Ryšavá pro nás připravila zajímavý článek na téma **význam stanovení proteinurie** s praktickými informacemi, jak správně vyšetřit a hodnotit albuminurii a proteinurii. **Aktuální pohled praktického lékaře na diagnostiku a léčbu refluxní choroby jícnu** přináší ve svém článku MUDr. Jana Vojtíšková. Článek obsahuje praktické informace ke strategii léčby, terapeutickému testu a dalším otázkám z každodenní praxe v našich ordinacích. Další problematikou, která rodí řadu otázek v praxi, je **antikoagulační léčba**, jejíž indikace se v posledních letech výrazně rozšiřují a navíc nízkomolekulární hepariny otevřely cestu k ambulantní léčbě nekomplikovaných hlubokých flebotrombóz. Role vzdělaných praktických lékařů je zde důležitá, neboť často přebírají diagnostikované pacienty zpět do péče a stále více vedou dlouhodobou antikoagulační léčbu u pacientů s fibrilací síní. Přehledný a opět velmi praktický článek na toto téma pro nás laskavě zpracoval MUDr. Petr Kessler, primář hematologického oddělení z nemocnice Pelhřimov.

Z kazuistik tentokrát zařazujeme zajímavý případ kritické končetinové ischemie, kterou včetně obrazové dokumentace zpracoval kolega Otto Herber.

Z článků, které byly zaslány do redakce, zveřejňujeme zajímavý článek Mgr. Lucie Kotlářové a kolegy Bohumila Skály na ne příliš známé téma možnosti **cílené detoxikace jako podpory účinné farmakoterapie**.

Mladí kolegové ve své rubrice zveřejňují zprávu ze svého prekonferenčního sympózia na výroční konferenci SVL v Karlových Varech a další aktuální informace z činnosti hnutí Mladí praktici. Rubrika **POEMs** přináší nová klasifikační kritéria pro časnou revmatoidní artritidu, dále pak zajímavé informace o možnosti ovlivnění zadní rýmy jako extraesofageálního projevu refluxní choroby léčbou inhibitory proteinové pumpy. V rubrice **SÚKL informuje** jsou uvedeny výsledky kontrol SÚKL v r. 2010, které nás jistě budou zajímat. V rubrice **PC a doktor** je věnován prostor představení jednoho z projektů eHealth - Karta života. Z aktuální legislativy přinášíme informace o oborech specializačního vzdělávání a oborech certifikovaných kurzů.

Řešitelům znalostního testu z č. 2/2011, kteří odpovídali přes internet, se omlouváme za chybné zadání správných odpovědí u otázky 3, kde místo a) mělo správně být a) + c). Všem řešitelům, kteří správně zatrhlí a) + c), byl test uznán za správný.

Přeji Vám příjemné chvíle s naším časopisem

za redakci

Jaroslava Laňková
šéfredaktorka

SUKL připravuje preskripční omezení na nízkodávkovaný aspirin

SVL ČLS JEP (dále SVL) s velkým znepokojením sleduje činnost Státního ústavu pro kontrolu léčiv (dále SÚKL), který pod tlakem finančních úspor zavádí nová preskripční omezení na léky, které dosud praktičtí lékaři běžně předepisovali.

V poslední době byla takto omezena preskripce mirtazapinu, který byl pro praktické lékaře uvolněn v r. 2006, a od 1.2. 2011 opět omezen. O tom jsme informovali v minulém čísle našeho časopisu. K rozhodnutí důrazně a s plnou vážností tuto situaci řešit, přiměla SVL nedávná informace o přípravě dalšího preskripčního omezení (L/INT,HEM,KAR,NEU,GER), tentokrát na nízkodávkovanou kyselinu acetylosalicylovou (Anopyrin, Godasal). SVL ve spolupráci se SPL ČR (dále SPL) proto ihned sjednala osobní schůzku s ředitelem SÚKL a jeho spolupracovníky. Výsledek jednání však byl velmi neuspokojivý. Představitelé SÚKL nebyli schopni předložit či vysvětlit metodiku, podle které revizní řízení úhrad léků ze zdravotního pojištění probíhá. Proces navíc neumožňuje informovat příslušnou odbornou společnost (dále OS), jedná-li se o nové omezení na lék, který byl lékařem

jejich odbornosti dosud předepisován. OS totiž není účastníkem řízení a její odborný názor v řízení nemusí být brán v potaz. OS je proto odkázána na informace, které náhodně získá z internetu. Na to, aby byla kontinuálně sledována všechna paralelně běžící úhradová řízení (cca 300-500), navíc v jednotlivých krocích, žádná OS nemá kapacitu.

V situaci, kdy je navrženo zcela absurdní omezení preskripce aspirinu, po kterém mohou následovat další léky, jako např. statiny, ACE inhibitory nebo antibiotika, může dojít k závažnému narušení práce primární péče s těžkými důsledky na hospodárnost zdravotního systému a kvalitu péče. Z tohoto důvodu se SVL a SPL rozhodly o této situaci informovat ministra zdravotnictví a požádat ho o součinnost při řešení této záležitosti. Níže publikujeme dopis, který byl panu ministrovi zaslán.

MUDr. Jaroslava Laňková

Dopis ministrov

Vážený pan ministr zdravotnictví
Doc. MUDr. Leoš Heger, CSc.
MZ ČR
Palackého nám. 4
120 00 Praha 2

V Praze dne 8. března 2011

Věc: Omezování kompetencí primární péče a všeobecných praktických lékařů rozhodováním SÚKL

Vážený pane ministře,

ve Vašich výrocích jsme velmi přivítali snahu o rozšíření kompetencí primární péče a všeobecných praktických lékařů (VPL). Vaše vyjádření jsou plně i v souladu s jednou z priorit WHO, programu „Health 21“.

V naprostém rozporu s trendem zvyšování kompetencí VPL je poslední opatření SÚKL, který na předepisování kyseliny acetylsalicylové (v antiagregačních terapii) aplikované perorálně navrhuje stanovení podmínek úhrady L (tedy jen na doporučení specialisty) u přípravků zásadně zaměnitelných s obsahem kyseliny acetylsalicylové aplikované perorálně (dále „KAS“, SUKLS193969/2010, ATC kód B01AC06). Ve finální hodnotící zprávě (dále „zpráva“) ze dne 18. 2. 2011 k KAS nově navrhl tyto podmínky úhrady: L/INT, HEM, KAR, NEU, GER. Důvodem pro omezení preskripce na vyjmenované odbornosti je (dle zmíněné hodnotící zprávy) odhadované navýšení úhrady ve výši cca 17 milionů Kč ročně. Zpracovatelé zprávy se tedy zřejmě domnívají, že všeobecní praktičtí lékaři nedokáží správně (medicínsky správně a zároveň hospodárně) indikovat KAS (jinak by omezení L nemělo smysl) i když to dosud uměli.

K tomu přikládáme následující připomínky:

- 1) Všeobecní praktičtí lékaři jsou dostatečně erudováni k diagnostice a léčbě nemalé části pacientů, kteří trpí chorobami, pro něž je léčba KAS indikována. Vyšetření specialistou, pokud bylo indikováno, bylo již v minulosti provedeno. O erudici VPL svědčí mimo jiné díkce oficiálních Doporučených postupů: Ischemická choroba srdeční (novelizováno 2009), Prevence kardiovaskulárních onemocnění (novelizováno 2009) a Ischemická choroba dolních končetin (první vydání 2011) (volně dostupné na www.svl.cz). Odeslání těchto pacientů na vyšetření ambulantním specialistou bez medicínského zdůvodnění bude mít za následek zbytečné čerpání prostředků veřejného zdravotního pojištění na zdravotní výkony zmíněných specialistů, které nebudou mít za cíl zlepšení zdravotního stavu pacientů, ale pouze byrokratické opatření spočívající v delegaci preskripce. Odhadované náklady na toto opatření jsou minimálně 175 mil Kč.
- 2) Také značná část pacientů, kteří jsou v péči ambulantních specialistů, budou muset zmíněné specialisty navštívit mimo pořadí, neboť i jim v současné době předepisuje léky praktický lékař (frekvence takových kontrol je u řady pacientů delší než 3 měsíce).
- 3) Provedli jsme jednoduchou farmakoeconomickou modelaci zkoumající, u jakého procenta pacientů by musela být ambulantním specialistou vysazena KAS, aby se „zaplatilo“ nadbytečné vyšetření ambulantním internistou. Z přiložené analýzy je zřejmé, že:
 - a. cena (respektive úhrada z veřejného zdravotního pojištění) za rok trvající léčbu KAS je zhruba poloviční oproti ceně (úhradě) jednoho cíleného vyšetření specialistou, které musí být nově podle SÚKL provedeno
 - b. specialisté by museli vysadit bez náhrady KAS nejméně u 42 % pacientů po dobu 5 let nebo u 21 % pacientů nejméně

ně po dobu 10 let BEZ NÁHRADY jiným antiagregačním přípravkem (což je zcela nereálné číslo), aby se výše zmíněné opatření vyplatilo

- c. zdravotní pojišťovny vynaloží navíc nejméně 175 milionů Kč (navíc k 17 milionům Kč, o které SÚKL zvýší úhradu KAS).

Z těchto důvodů žádáme:

A) Aby návrh na stanovení podmínek úhrady pro přípravky obsahující kyselinu acetylsalicylovou p. o. (ATC B01AC06) na L/INT, HEM, KAR, NEU, GER nebyl realizován.

B) Aby SÚKL byl Vámi pověřen vypracovat vnitřní metodiku postupu v těchto případech, kde bude mít povinnost pokud zvažuje omezení typu L u již zavedených preparátů v primární péči o této skutečnosti neprodleně informovat příslušné odborné a profesní společnosti (SVL ČLS JEP, SPL ČR).

C) Aby byla zahájena jednání o zrušení nebo omezení symbolu „L“, který v současné době již neplní svoji funkci. Preferujeme zachování symbolu „P“ čili preskripční omezení s vazbou na diagnózu a ne na specializaci.

Vážený pane ministře, děkujeme za Vaše pochopení a doufáme, že absurdnost tohoto navrhovaného opatření Vás přesvědčí, že neustálé snahy o omezení primární péče a preferování sekundární a terciární péče v běžné klinické praxi vedou ze zvyšování nákladů na zdravotní péči, aniž by z toho pacienti měli užitek. Rádi bychom s Vámi celou záležitost probrali osobně, proto Vás prosíme o stanovení termínu schůzky s Vámi nebo Vámi pověřeným zástupcem.

S přátelským pozdravem

za Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP: Doc. MUDr. Svatopluk Býma, v. r.

za Sdružení praktických lékařů ČR: MUDr. Jana Uhrová, v. r.

SVL přerušilo jednání s VZP o projektu IZIP

Začátkem roku 2011 se PL i zástupci ambulantních specialistů účastnili prvního jednání s VZP a firmou IZIP u tzv. „kulatých stolů“ VZP. Zástupci sdružení v Koalici soukromých lékařů tj. SPL ČR, SAS ČR, SSG ČR aj. svoji účast z druhého kola odvolali (viz Prohlášení Koalice soukromých lékařů k projektu IZIP uveřejněném v Practicusu č. 1). Obdobně se zachoval i zástupce ČLK. Totéž po předání svého stanoviska udělali v rámci druhého kola i zástupci SVL ČLS JEP. Druhého kola se tedy za primární péči účastnili kromě SPLDD zastoupené MUDr. Cabrnchovou jen zástupci Moji ambulance.

V prvním kole jednání pořádaného VZP byly SVL vzneseny zásadní pochybnosti výboru SVL ČLS JEP ohledně projektu soukromé akciové společnosti IZIP, který VZP prosazuje. Tyto byly uveřejněny v prvním čísle u Practicus 2011 a zaslány řediteli VZP. Do dnešního dne jsme na ně neobdrželi odpověď.

Podle našeho názoru:

- 1) Systém IZIP se vyvíjí 10 let a kromě nákladů pro uživatele (VZP) a zisků (pro IZIP a.s.) celkem nic nepřinesl. Další neustálé testování a pilotní projekty za peníze z veřejného zdravotního pojištění jsou podle našeho názoru mrháním veřejnými prostředky.
- 2) Nejasná vlastnická struktura IZIP a.s. (a.s. na doručitele) a z toho plynoucí bezpečnostní rizika.
- 3) Nebezpečí monopolizace:
 - pokud bude IZIP jako soukromá firma úspěšná, vybuduje si za veřejné peníze monopol (ve VZP jej již má) a bez konkurence do budoucna bude nekontrolovaně zvyšovat finanční nároky. Bude tak docházet k vyvádění peněz v řádu miliard ze zdravotního pojištění mimo systém (dosavadní náklady VZP se dle některých informací pohybují okolo 1,2 miliardy)
 - pokud bude neúspěšná, zaplatí „neúspěch“ opět veřejné prostředky bez rizika pro firmu a její akcionáře.
- 4) IZIP je slučován s eHealth: obecné funkce, přednosti a výhody eHealth jsou vydávány za přednosti IZIP. Přitom IZIP naše nároky na eHealth nesplňuje a při současných možnostech je ani nemůže spl-

nit.

- 5) Stále přetrvávají i pochybnosti, zda uvedený soukromý systém IZIP splňuje základní požadavky MZČR na eHealth a to důvěryhodnost, zákonnost, bezpečnost, jednoduchost, otevřenost a flexibilitu. Přitom je z vedení VZP vyvíjen velký tlak na jeho zavedení.
- 6) Závažnou otázkou u společnosti, která by měla spravovat nejcitlivější data populace, je její etická úroveň. Získávání potencionálních (v mnoha případech nedostatečně informovaných) klientů v metru, u supermarketů apod. o tom příliš nevypovídá.

Souhlasíme i s důvody odmítajícími utrácení veřejných prostředků na IZIP v Prohlášení Koalice soukromých lékařů k projektu IZIP (ČSK, SPL ČR, SPLDD ČR, SAS ČR, SSG ČR), se stanoviskem zástupce ČLK a dalších účastníků jednání a jejich výhradami a postoji, proč někteří odmítli také účast na druhém kole jednání.

Z uvedených důvodů jsme spoluzaložili „Ligu pro racionální komputizaci českého zdravotnictví“, který se bude zejména zabývat otázkami výměny dat a jednání na ministerstvu i s ostatními zainteresovanými subjekty na co nejlevnějším, lékařům i pacientům přátelském a racionálním řešení.

Jsmo přesvědčeni o budoucnosti eHealth a o té jsme ochotni s VZP a MZČR, kdykoli jednat.

Poslední, snad dobrou, zprávou je, že na základě jednání na 5. Kongresu primární péče v Praze pořádaného ve dnech 25.2.-26.2. 2011 se pan náměstek ministra pro informatiku a mezinárodní věci RNDr. Jiří Schlanger zavázal, že svolá na neutrální půdu MZ ČR zástupce zabývající se komputizací ve zdravotnictví a zde by mělo dojít k dohodě o dalším postupu v rámci ČR.

MUDr. Cyril Mucha
pověřený jednáním o IT za SVL ČLS JEP

Vzdělávací semináře SVL ČLS JEP v dubnu 2011

Hlavní téma: Novinky v léčbě nespavosti

Sobota	2.4. 2011	9:00 - 13:00	Plzeň, Šafránkův pavilon, Alej svobody 31
Sobota	2.4. 2011	9:00 - 13:00	Brno, Kancelář veřejného ochránce práv, Údolní 39
Sobota	2.4. 2011	9:00 - 13:00	Praha, Lék. dům, Sokolská 31
Pondělí	4.4. 2011	16:30 - 20:30	Zlín, Aula SZŠ, Příluky 372
Středa	13.4.2011	16:00 - 20:00	Litomyšl, Hotel Zlatá Hvězda, Smetanovo nám. 84
Středa	13.4.2011	17:00 - 21:00	Jihlava, presbytář Hotelu Gustav Mahler, Křížová
Čtvrtek	14.4.2011	16:00 - 20:00	Ústí nad Labem, Best Western Hotel Vladimír, Masarykova 36
Čtvrtek	14.4.2011	16:00 - 20:00	Liberec, Clarion Grandhotel Zlatý Lev, Gutenbergova 3
Sobota	16.4.2011	9:00 - 13:00	Karlovy Vary - Březová, Hotel Starý mlýn, Staromlýnská 26/8
Úterý	19.4.2011	16:00 - 20:00	Ostrava, Hotel Imperial, Tyršova 6
Čtvrtek	21.4.2011	16:00 - 20:00	Praha, Lék. dům, Sokolská 31
Čtvrtek	21.4.2011	16:00 - 20:00	Hradec Králové, Nové Adalbertinum, Velké náměstí 32
Sobota	27.4. 2011	9:00 - 13:00	Olomouc, Aula Právnické fakulty UP Olomouc , tř. 17. listopadu 8
Středa	27.4. 2011	16:00 - 20:00	Praha, Lék. dům, Sokolská 31
Středa	27.4. 2011	16:00 - 20:00	České Budějovice, budova Medipont s.r.o., Matice Školské 17

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

Antibiotika u ORL infekcí

Rozhovor s prim. MUDr. Václavou Adámkovou

„Nikde není napsáno, že u nekomplikované otitis media by měla být ihned nasazena antibiotika,“ upozorňuje primářka MUDr. Václava Adámková z Oddělení lékařské mikrobiologie a Antibiotického centra 1. LF UK a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze. Pokud chceme proti antibiotické rezistenci účinně bojovat, měli bychom se při předepisování řídit těmito základními principy: mělo by být podáváno v dané indikaci účinné a doporučené antibiotikum, v dostatečné dávce a po kratší dobu, mělo by mít co nejúžší spektrum účinku a co nejnižší selekční potenciál.



MUDr. Václava
Adámková

lékem volby u sinusitid je aminopenicilin v maximálních dávkách - kvůli nebezpečí atakování kostěného systému infekcí

v současnosti by výtěr z nosu měl být využíván pouze k detekci MRSA

u beta-laktamových léčiv jsou hodně důležité co nejkratší intervaly podávání (4dávky denně)

Které ORL diagnózy by měl rovnou řešit specialista?

Téměř všechny nekomplikované ORL diagnózy by měl umět vyřešit terénní lékař. Pouze diagnostikovaná akutní otitis media by podle mého názoru měla být odeslána rovnou do specializované ORL ambulance. Praktický lékař by se sice měl určitě podívat do zvukovodu a zkontrolovat bubínek, specialista ORL ale umí rozpoznat, zda se jedná o serózní či hnisavou otitidu a dle toho by měl provést paracentézu bubínku a případně předepsat antibiotika. Lékař v primární péči pro tento případ nemá potřebné instrumentarium a téměř vždy volí antibiotika. V žádných našich doporučeních ale není napsáno, že u nekomplikované otitis media by měla být antibiotika paušálně podávána – po provedení paracentézy se nemocným obvykle rychle uleví a tato infekce je při normálním průběhu samoúdržavná. Bohužel se tak velmi často antibiotika podají.

Sinusitida je podobný případ. Pouze na ORL jsou schopni správně odebrat biologický materiál z paranasálních dutin – nejen, že dojde k ověření biologického původce onemocnění, zároveň jsou získány důležité epidemiologické informace, které jsou následně dobře uplatnitelné v terénu během epidemií, při empirickém (viz slovníček) nasazování antibiotik v konkrétním regionu. Pouhý výtěr z nosu je zde zcela nedostatečný, není to ani klinicky ani technicky validní vzorek, ukáže pouze běžnou flóru. Toto vyšetření by mělo být v současnosti používáno pouze k detekci MRSA (methicilin rezistentních kmenů stafylokoků). V případě sinusitidy by měl praktický lékař provést výtěr z nosohltanu a CRP vyšetření. Lékem volby je zde aminopenicilin v maximálních dávkách kvůli nebezpečí atakování kostěného systému. Dávka se musí přepočítávat na kilogram/den, u dětí maximálně 100 mg/kg/den, rozděleno do 3 dávek a u dospělých 4,5-6,0 g/den, rozděleno do 4 dávek. U beta-laktamových léčiv jsou hodně důležité co nejkratší intervaly podávání. Jestliže je aminopenicilin potencionován klavulanátem, pak je jeho dávka limitována maximální denní dávkou klavulanátu a činí 1 700 mg, což u dospělého v

případě sinusitid a otitid nestačí. Řešením je v tomto případě ještě po 6 či 8 hodinách přidávat k potencionovanému aminopenicilinu čistý amoxicilin, který má větší množství účinné látky, záleží samozřejmě na hmotnosti. Já osobně volím spíše vysoké dávky léků po kratší dobu, u čistého amoxicilinu by to mělo být nejméně 4,5-6 gramu/den při prokázané bakteriální etiologii s jasnými klinickými příznaky. Přidáním amoxicilinu k potencionovanému aminopenicilinu se také velmi dobře pokryjí případné hemofilové nákazy. V případě nutné kombinace potencionovaného aminopenicilinu a ampicilinu je možné schéma např. 625 mg ampicilin/klavulanát + 1 g ampicilinu 3 - 4 krát denně dle hmotnosti pacienta.

Jak vypadá nasazování antibiotik v současné terénní praxi?

V terénní praxi by to mělo optimálně probíhat tak, že je v rámci tzv. úvodní terapie (viz slovníček) nejprve podáno antibiotikum (protože klinický stav pacienta to vyžaduje) na základě pečlivé úvahy, epidemiologické situace a klinického vyšetření, současně by měly být odebrány biologické materiály. Po ověření etiologického agens (obvykle za 24-48 hodin) by následně mělo dojít k tzv. deeskalaci antibiotik. Mělo by být teď už cíleně podáno antibiotikum, s co nejúžším spektrem účinku, v dostatečné dávce, co nejkratší dobu a s co nejnižším selekčním potenciálem. Samozřejmě – lékař v primární péči nemá kapacitu na to, aby u každého pacienta provedl signifikantní biologické odběry, po 2 dnech si jej opět pozval a dle jejich výsledků případně změnil antibiotikum – to je nereálné. Ale na druhou stranu to není argument, aby to v určitých situacích neudělal. Pokud tak občas učiní v průběhu epidemií, může získat velmi cenné informace pro volbu antibiotika u dalších pacientů. Nedělá to tedy pro konkrétního nemocného, spíše pro ty, co přijdou po něm. Znalost regionální situace je nesmírně důležitá, protože spektrum etiologických původců v daném okrese se při epidemii příliš nemění a odlišných případů bývá mizivé procento.

Když to shrnu, tak mikrobiologické vyšetření bi-

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

Klíčovými důvody atb rezistence jsou:
- podávání širokospektrých antibiotik "naslepo"
- podávání antibiotik

každou alergii je třeba verifikovat imunologicky (specifické IgE protilátky proti PNC, amoxicillinu, klindamycinu apod.)

skutečná alergie na antibiotika se poprvé rozvine do 48 hodin, po druhém a dalším podání léku okamžitě

ologických vzorků zcela nepochybně smysl má, optimálně by při negativní kultivaci mělo spolu s rychlým vyšetřením CRP rozhodnout o (ne) nasazení antibiotika. Jak sinusitidy, tak otitidy mohou být virového původu a nejedná se zde o onemocnění bezprostředně ohrožující život. Pokud se tedy provede paracentéza a nemocnému se uleví, může se po odebrání středoušní či paranasální tekutiny cca 2 dny počkat na upřesnění původce, a pak cíleně podat antibiotika. Tyto léky je také nutné volit podle jejich průniku do tkání, zde bývá postižena i kost, důležitá je proto dostatečná dávka.

Jednoznačnou indikací k co nejčasnějšímu podání antibiotika je potom život ohrožující akutní epiglottitida, která bývá většinou bakteriálního původu. Původcem je *Hemofilus influenzae*, parenterálně by měly být nasazeny beta-laktamy, v tomto výjimečném případě i se širším spektrem.

Co všechno způsobuje antibiotickou rezistenci?

Nevyšetření původce onemocnění vede automaticky k použití antibiotika „na slepo“, obvykle je to lék s co nejširším spektrem účinku. To je špatně, protože jeho selekční tlak a dopad na normální bakteriální flóru je výrazně vyšší. Druhým klíčovým důvodem je podávání antibiotika. Selekční tlak se zde ještě násobí kvůli subinhibičním koncentracím léčiv. Bakterie jsou sice atakovány – nikoliv však dostatečně – a stačí si vytvořit mechanismus rezistence. Následně přerostou citlivé kmeny a kolonizují nemocného. Často také bývá nasazeno antibiotikum proti bakteriálnímu kmenu, který je sice vykultivován, není ale původcem onemocnění (*hemofilus*). Musíme léčit klinické příznaky a vlastní onemocnění, nikoliv bakterie a vždy musíme myslet i na epidemiologickou účinnost konkrétního léku. Ta sice není okamžitě viditelná, je ale nesmírně důležitá. Rezistence je opravdu závaž-

ný problém, pomalu se blížíme k okamžiku, kdy proti některým infekčním agens už jednoduše nebudeme mít co nasadit. Už dnes existují pan-rezistentní kmeny, na které neexistuje účinné antibiotikum.

A co alergie na antibiotika?

Údaje o alergiích jsou další důvodem šíření antibiotické rezistence. Velmi často vedou ke zbytečnému podávání tzv. záložních antibiotik (u tonsilitidy to jsou například makrolidy), se kterými by se mělo, pro jejich širokospektré účinky, velmi šetřit. Alergie na beta-laktamová antibiotika se vyskytují do 10 % případů. Musí to být ale „pravé“ alergické situace jako je např. prudký anafylaktický šok, poruchy dýchání, dušnost. Jestliže je nemocný alergický pouze na perorální, nikoliv na parenterální formu léku, pak je problém zřejmě v pomocné, ne však v účinné látce. Například při kombinaci s ovocnými šťávami se po týdnu může objevit vyrážka, dietní chyba by ale neměla být důvodem k nasazení makrolidu a k vyloučení celé skupiny vhodných a účinných léků. Každý takový případ je nutné pečlivě klinicky dovyšetřit a dopátrat se skutečných příčin. Každou alergii je třeba verifikovat imunologicky (imunologické laboratoře vyšetřují specifické IgE protilátky proti PNC, amoxicillinu, klindamycinu apod.). Terénní lékař by měl v každém případě odebrat pečlivou anamnézu, mělo by jej zajímat, kdy se alergie projevila (skutečná alergie se poprvé rozvine do 48 hodin, po druhém a dalším podání léku okamžitě) a jak přesně vypadala. Pokud je alergie na beta-laktamy potvrzena, pak je lepší podat cefalosporiny, jejichž zkřížená rezistence je ve srovnání s makrolidy zanedbatelná – dosahuje pouhých 8 % z celkových 5 % případů.

Zdroj: Příloha Zdravotnických novin 39/2010, Lékařské listy č.32 z 13.12.2010, Rozhovor byl ve spolupráci s autorkou dále redakčně upraven.

Malý terminologický slovníček

Antibiotikum první volby – mělo by být v konkrétní indikaci za normálních okolností v běžné komunitě vždy nasazeno.

Alternativní antibiotikum (druhé volby) – mělo by být podáno v některých situacích (prokázaná alergie) místo léku první volby. Jeho účinnost a dostupnost jsou obvykle horší než u léku první volby, je také více širokospektré.

Antibiotikum rezervní (vitální) – je určeno pro život ohrožující situace (sepsy), je vysoce účinné a silně širokospektré. V komunitě se nepodávají, někdy bohužel bývají zbytečně nasazována v nemocnicích.

Empirická léčba – nasazení antibiotika pouze na základě domněnky, bez jakýchkoliv dat a bez odebrání biologických vzorků k dalšímu vyšetření. Je nejméně vhodná, provádí se však suverénně nejčastěji.

Úvodní léčba – předepsání léku dle pečlivé úvahy a epidemiologické situace (protože klinický stav pacienta to vyžaduje), je spojené s odebráním biologických vzorků. Zatím není znám původce onemocnění, ani jeho citlivost na antibiotika. Příkladem je provedení rutinního výtěru z krku u tonsilitidy, který by měl být proveden vždy. Pokud je zde v rámci úvodní terapie podán penicilin či amoxicilin bez inhibitorů betalaktamázy, je to v pořádku. Důležité je, jak jsou v konkrétním regionu nastaveny vztahy mezi terénními lékaři a klinickou mikrobiologií, a na rychlosti zpracovávání a předávání informací.

Cílená léčba – podání léčiva na základě získání výsledků kultivačního vyšetření (čeká se většinou 48 hodin), jehož podkladem byly odebrané biologické vzorky. Je velmi vhodná, bohužel ne moc častá.

Doc. MUDr. Romana Ryšavá, CSc.

Klinika nefrologie, 1. LF Univerzity Karlovy a Všeobecná fakultní nemocnice, Praha

Význam stanovení proteinurie

Proteinurie je jedním ze základních symptomů poškození ledvin. Může být přítomna jako malé množství albuminu v moči (mikroalbuminurie), či se manifestovat jako nefrotický syndrom. Vyšetření testovacími proužky je jen orientační a negativní výsledek nemusí jednoznačně vyloučit renální onemocnění. V poslední době dáváme přednost stanovování poměru proteinu (či albuminu) ke kreatininu ve vzorku první ranní moči (poměr protein/kreatinin ratio - PCR, či albumin/kreatinin ratio - ACR). Zjištění jejich patologických hodnot ($PCR > 15 \text{ mg/mmol}$ kreatininu a $ACR > 3,5 \text{ mg/mmol}$ kreatininu) je důvodem k podrobnějšímu nefrologickému vyšetření. Proteinurie urychluje nejen pokles renální funkce, ale je i rizikovým faktorem celkové a kardiovaskulární mortality.

Proteinurie a mikroalbuminurie (MAU)

Vyšetření močových bílkovin je jedním ze základních vyšetření v nefrologii. Stanovení velikosti proteinurie je důležité nejen pro odhad typu onemocnění, ale i k monitoraci jeho aktivity. Populační studie dále ukazují, že velikost proteinurie významně ovlivňuje rychlost progresu renálního onemocnění a je současně i závažným rizikovým faktorem kardiovaskulární (KV) mortality. V současné době se odhaduje, že incidence renálních onemocnění se celosvětově v populaci blíží 10 % (1).

Ledviny jsou vybaveny různými mechanismy, kterými brání vylučování proteinů do moči. Jednak je to negativním nábojem glomerulokapilární stěny (tvořena *lamina fenestra* endotelu, bazální membránou a *slit diaphragm* mezi podocyty), který je tvořen především proteiny chovajícími se jako polyanionty (heparansulfát). Tímto mechanismem dochází k „odpuzování“ většiny plazmatických bílkovin, které se chovají jako anionty (např. albumin). Do moči tedy snáze prochází proteiny, které jsou na povrchu nabitý kladně, tedy mají povahu kationtů (např. některé bazické aminokyseliny). Druhou bariérou je tvar a velikost pórů zejména v bazální membráně glomerulů, které velmi omezeně propouštějí proteiny s molekulovou hmotností větší než 69 kD či efektivním průměrem nad 3,6 nm. Většina nízkomolekulárních proteinů, které se dostanou filtrací do moče, je zpětně resorbována v proximálním tubulu (endocytóza), kde jsou tyto bílkoviny katabolizovány.

Převahu proteinů, které se fyziologicky vyskytují v moči, tvoří *uromodulin* (dříve označovaný jako Tamm-Horsfallův protein), což je mukoprotein secernovaný tubulárními buňkami vzestupného raménka Henleovy kličky. Dále tam bývá malé množství albuminu, sekrečního IgA a IgG. Součástí **fyziologické proteinurie** bývá také omezené množství volných lehkých řetězců imunoglobulinů, které se filtrují do moči. Za fyziologickou proteinurii i nadále považujeme odpady bílkovin do moči, které jsou **menší než 150 mg/den**. Je však třeba si uvědomit, že proteinurie může být ovlivněna celou řadou zevních vlivů (fyzická aktivita, ortostáza, snížený/zvýšený příjem proteinů, febrilie), které je potřeba při jejím vyhodnocení zohlednit. Jako **malou proteinurii** označujeme proteinurii do **1,5 g/den**, jako **velkou (resp. nefrotickou)** pak proteinurii **≥ 3,5 g/den** (2).

Etiologie proteinurie

Etiologii proteinurie můžeme podle vyvolávající příčiny rozdělit na:

- **prerenální nebo „přetékající“** (množství vyloučených proteinů překračuje tubulární práh pro jejich resorpci u primárně intaktní ledviny): paraproteinurie - typicky u plazmocytomu (Bence-Jonesův protein, lehké řetězce Ig), hemoglobinurie, myoglobinurie
- **glomerulární** (selektivní - především albuminurie; neselektivní - přítomny všechny proteiny plazmy včetně Ig): glomerulonefritidy, systémová onemocnění glomerulů (diabetes mellitus, autoimunitní onemocnění, amyloidóza, těhotenská nefropatie (gestóza))
- **tubulární** (charakterizovaná přítomností N-acetylglukosaminu, α_1 -mikroglobulinu, β_2 -mikroglobulinu): intersticiální nefritidy, toxické poškození tubulů, metabolické poškození tubulů (hyperurikémie, hyperoxalurie, obstrukční uropatie)
- **postrenální** (charakterizovaná přítomností uromodulinu, α_2 -makroglobulinu, apolipoproteinu A₁): na podkladě sekrece tubulárních proteinů do močových cest, např. při krvácení či infekci vývodných močových cest
- **ortostatická** (albumin): je charakterizována malou proteinurií (zpravidla $< 1 \text{ g/24 h}$) vstojí a nezvýšenou proteinurií vleže (tj. z doby, kdy pacient ležel = noční vzorek). Jde o nejčastější proteinurii u jinak asymptomatických dětí a mladistvých (do 30. roku věku) s výskytem u 2-5 % mladistvých, **lehká transitorní proteinurie** je také při horečce a po těžké fyzické zátěži

Vyšetřování proteinurie a MAU

Dříve bylo velmi oblíbenou metodou pro screening proteinurie vyšetření moči testovacími proužky (dipstick), které jsou založeny především na detekci albuminurie (průkaznost koncentrace od 20 mg albuminu/100 ml moči). Dnes se od tohoto typu vyšetření upouští pro jejich velmi nízkou senzitivitu a specifitu a současně pro možnost falešné negativity při průkazu ostatních typů proteinurii (např. prerenální proteinurie způsobená hemoglobinem či myoglobinem a/nebo volnými lehkými řetězci; tubulární proteinurie s převahou uromodulinu či dalších makroproteinů). Při přetrvávajícím podezření na přítomnost pro-



Doc. MUDr. Romana Ryšavá, CSc.

**PCR > 15 mg/mmol
kreatininu a
ACR > 3,5 mg/mmol
kreatininu je důvodem
k podrobnějšímu nefro-
logickému vyšetření**

**fyziologická proteinurie
= odpady bílkovin do
moči < 150 mg/den**

**malá proteinurie
= do 1,5 g/den,**

**velká (nefrotická) pro-
teinurie
= ≥ 3,5 g/den**

**proteinurie může být
ovlivněna celou řadou
zevních vlivů**

sběr za 24 hod se dnes již opouští, jednoznačně vyloučit by se měly časované sběry, které zahrnují noční periodu

nejčastěji doporučovanou metodou stanovení proteinurie = stanovení PCR či ACR

PCR a ACR neužívat u S-kreatinin > 250

perzistentní proteinurie = alespoň 2 pozit. vzorky na proteinurii = indikace k nefrologickému vyšetření

MAU = albumin v množství mezi 30-299 mg/24 hod

vyšetření na proteinurii neprovádět při infekci močových cest, po zvýšené fyzické námaze a při menses

teinurie a negativním výsledku při vyšetření moči testovacím proužkem lze orientační průkaz proteinurie provést přidáním 20 % kyseliny sulfosalicylové, která reaguje na přítomnost jakékoli bílkoviny v moči (včetně uromodulinu či volných lehkých řetězců). Nevýhodou vyšetření moči běžnými testovacími proužky je pouze semikvantitativní stanovení množství proteinu v moči, které je navíc výrazně závislé na stavu hydratace nemocného, resp. na koncentrovanosti vyšetřovaného vzorku moči.

Speciální variantou testovacích proužků je **Micral-test**, který je určen pro detekci MAU. Výsledek měření (založeném na imunoreaktivitě albuminu) je dán semikvantitativně (0, 10, 20, 50 nebo 100 mg/l), přičemž senzitivita vyšetření se pohybuje kolem 30-40 mg albuminu/l moči. Test je vhodný jen pro screening a depistáže, nevhodný je pro dlouhodobé sledování nemocných. Pro získání objektivního výsledku je nutné přesně dodržovat návod k použití (doba ponoření proužku do moči, čas k odečtení). Dosud nejčastěji používaným vyšetřením pro stanovení proteinurie bylo kvantitativní stanovení odpadu bílkoviny do moči ze sběru moči za 24 hod. Toto vyšetření je náročné na spolupráci nemocného, jelikož vyžaduje přesný sběr moči a jeho přesné změření. Proto se v současné době dává přednost vyšetření proteinurie z náhodného vzorku moči (viz níže). Sběr za 24 hod se tedy dnes již opouští, jednoznačně vyloučit by se měly časované sběry, které zahrnují noční periodu (falešně nízké hodnoty), (3).

Jako jednoznačně nejčastěji doporučovanou metodou pro vyšetření moči v současné době je stanovení **poměru protein/kreatinin (PCR – protein/creatinine ratio) či albumin/kreatinin (ACR – albumin/creatinine ratio)**. Provádí se ze vzorku moči, nejlépe první ranní (ale může se provést v kteroukoli denní hodinu). Výhodou je, že odpadá celodenní sběr moči, který navíc u řady pacientů byl spojen s vysokou chybou. Pokud se tato vyšetření provádějí za stejných podmínek (např. u daného jedince vždy první ranní vzorek moči), vykazují minimální variabilitu mezi vzorky a mají velkou prediktivní hodnotu (zejména ACR). Tento poměr by se ale neměl používat u výrazně snížené renální funkce (S-kreatinin > 250 μ mol/l). O **perzistentní proteinurii** mluvíme u jedinců, kteří mají alespoň dvě kvantitativní vyšetření moči na proteinurii pozitivní (resp. zvýšenou nad horní mez normy) a tito pacienti by měli podstoupit podrobné nefrologické vyšetření s určením příčiny proteinurie.

Pokud jde o vyšetření MAU, je možné (podobně jako u proteinurie) stanovit z 24-hodinového sběru moči či z náhodného (nejlépe prvního ranního) vzorku moči (poměr ACR). Jako MAU označujeme stav, kdy je do moči vylučován albumin v množství mezi 30-299 mg/24 hod (či 20-199 μ g albuminu/min). I v případě tohoto vyšetření se dnes jednoznačně preferuje poměr ACR před celkovým odpadem albuminu za 24 hodin. Klasifikace albuminurie a proteinurie podle poměrů je uvedena v tabulce (4). Vyšetření by se nemělo provádět při současné infekci močových cest, po zvýšené fyzické námaze a při menses.

Jednoznačně nejdůležitější roli má vyšetření MAU v predikci vzniku a vývoje diabetické nefropatie (DN). Dva ze tří pozitivních vzorků odebraných v průběhu 3-6 měsíců již jednoznačně určují přítomnost incipientní DN. Pacienti s DM by měli být testováni na přítomnost MAU minimálně **1x ročně**. Zahájení scree-

ningu na MAU se doporučuje u DM 1. typu začít 5 let po stanovení diagnózy DM a ihned po zjištění diagnózy DM 2. typu.

Pokud chceme znát kvalitativní zastoupení jednotlivých proteinů v moči (a tím posoudit proteinurii prerenální, glomerulární, tubulární či postrenální), pak je nutné provést **elektroforetické vyšetření moči**, někdy doplněné o vyšetření s monoklonálními protilátkami. Důležitým pomocníkem při stanovování jednotlivých typů proteinurie bývá určení tzv. **indikátorových proteinů**. Indikátorové proteiny jsou bílkoviny o různé velikosti molekuly s různým chováním v ledvině, fyziologicky přítomné v definitivní moči ve velmi nízkých koncentracích. Pokud jsou hodnoceny v kontextu navzájem, je zvýšená koncentrace některých z nich ukazatelem určitého typu poškození ledvin (glomerulárního, tubulárního či postrenálního), (5). Toho se do značné míry využívá i při určování původu hematurie.

Většina výše zmíněných vyšetření je nyní dostupná ve většině biochemických laboratoří a měla by se proto stát každodenní součástí vyšetření i u praktických lékařů.

Vztah MAU a morbidita a mortality

Proč má vlastně smysl proteinurii a MAU u nemocných vyšetřovat? Hlavním důvodem je především fakt, že řada nefrologických pacientů neví o svém onemocnění ledvin, jelikož bývají asymptomatická, a proto nejsou sledováni a ani adekvátně léčeni. Výsledkem je skutečnost, že více jak třetina nemocných, kteří dospějí do terminálního selhání ledvin, přichází tzv. z ulice, bez jakéhokoli předchozího sledování. Tito nemocní mají pak v prvním roce dialyzačního léčení výrazně vyšší mortalitu, než nemocní, kteří byli sledováni nefrologem (6). Navíc u nich odpadá možnost preemptivní transplantace ledviny, ať již od žijícího či kadaverózního dárce. Nezanedbatelnou roli zde hrají i ekonomické náklady, které je třeba vynaložit na léčbu nemocných v dialyzačním léčení, zatímco oddálení dialýzy a konzervativní postup jsou levnější a jednoznačně jsou spojeny s lepší kvalitou života nemocných.

Současně přibývá důkazů o tom, že MAU (a tím spíše proteinurie) je rizikovým faktorem pro vznik chronického onemocnění ledvin (CKD - chronic kidney disease), ale i rizikovým faktorem celkové i KV mortality u zdravé populace. Jednou ze studií, která toto prokázala, byla holandská studie PREVEND, kde vyšší hodnoty MAU (které byly dokonce ve fyziologickém rozmezí), byly nezávislým rizikovým faktorem vzniku CKD (7). U nemocných se známou CKD je patologická MAU či proteinurie rizikovým faktorem progresu v každém případě. Rychlost poklesu glomerulární filtrace (GF) byla ve studii MDRD u nemocných s proteinurií 1 g/den 1,51-násobně vyšší než u nemocných s celkovou proteinurií 0,25 g/den. Pokud se proteinurie zvýšila na 3 g/den, rychlost poklesu GF se zvýšila 2,71-násobně. Velikost vstupní proteinurie je velmi důležitým rizikovým faktorem. Naši snahou by mělo být snížit proteinurii pod 1 g/den. Vliv i malé (resp. fyziologické) MAU na celkovou mortalitu byl potvrzen i v rozsáhlé metaanalýze z nedávné doby, kde se ukázalo, že ACR 1,1 mg/mmol a více v kombinaci s mírným poklesem kalkulované GF pod 1,0 ml/s jsou spojeny s celkově vyšší mortalitou než u jedinců s hodnotami pod touto hranicí (8). Metaanalýza za-

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

2 ze 3 pozitivních vzorků na MAU odebraných v průběhu 3-6 měsíců jednoznačně určují přítomnost incipientní DN

byl potvrzen vliv i malé (resp. fyziologické) MAU na celkovou mortalitu

hrnovala 14 studií s více než 1 000 jedinců v každé z nich (celkem zahrnuto 100 tisíc pacientů) v obecné populaci. Riziko úmrtí bylo u jedinců s ACR $\geq 1,1$ mg/mmol o 20 % vyšší než u jedinců s ACR 0,6 mg/mmol; pokud se poměr ACR dostal na horní hranici normy (3,4 mg/mmol), pak se riziko úmrtí zvedlo až o 63 %. U manifestní MAU (ACR 33 mg/mmol) pak byla celková i KV mortalita 2,22-násobně vyšší, než u jedinců s nízkými hodnotami.

Shrnutí pro praxi

MAU a proteinurie jsou základním a časným projevem renálních onemocnění. Jejich detekce je v současné době velmi snadná a pro nemocné nezatěžující, jelikož se upouští od 24-hodinových sběrů moči a preferuje se vyšetřování poměrů mezi albuminem a kreatininem (ACR) či mezi proteinem a kreatininem (PCR) v první ranní moči. Vyšetření testovacími proužky je třeba považovat jen za velmi orientační s omezenou výpovědní hodnotou a při jejich pozitivitě je nutné provést senzitivnější vyšetření. Role praktických lékařů je především ve screeningu rizikových skupin nemocných, jako jsou starší jedinci, diabetici, hypertonici a nemocní s pozitivní rodinnou anamnézou.

Literatura

1. K/DOQI clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification, and stratification. *Am J Kidney Dis* 2002;39:S1.

2. Žabka J. Diferenciální diagnostika proteinurie. V: Viklický O, Dusilová Sulková S, Rychlík I. Vyšetřovací metody v nefrologii a jejich klinická aplikace. Tígis 2007, Praha; 17-22.
3. Doporučení České nefrologické společnosti a České společnosti klinické biochemie ČLS JEP k vyšetření proteinurie. www.nefrol.cz
4. Lamb EJ, MacKenzie F, Stevens PE. How should proteinuria be detected and measured? *Ann Clin Biochem* 2009;46:205-217.
5. Engliš M. Současné možnosti vyšetřování proteinurii. V: Viklický O, Dusilová Sulková S, Rychlík I. Vyšetřovací metody v nefrologii a jejich klinická aplikace. Tígis 2007, Praha; 13-16.
6. Slinin Y, Guo H, Gilbertson DT et al. Meeting KDOQI guideline goals at hemodialysis initiation and survival during the first year. *CJASN* 2010;5 (9):1574-1581.
7. Verhave JC, Gansevoort RT, Hillege HL et al. An elevated urinary albumin excretion predicts de novo development of renal function impairment in the general population. *Kidney Int* 2004; 66(Suppl.92):S18-21.
8. Chronic Kidney Disease Prognosis Consortium. Association of estimated glomerular filtration rate and albuminuria with all-cause and cardiovascular mortality in general population cohorts: a collaborative meta-analysis. *Lancet* 2010;375 (9731):2073-2081.

Doc. MUDr. Romana Ryšavá, CSc. - absolventka 1. LF UK v Praze, atestovala v oboru vnitřního lékařství 1. a 2. stupně a v oboru nefrologie, od roku 2005 je docentkou 1. LF UK; pracuje jako vedoucí lékařka lůžkového oddělení Kliniky nefrologie VFN Praha a zástupce přednosty pro zdravotnickou činnost, v letech 2008-2010 byla předsedkyní České nefrologické společnosti, nyní je na postu 2. místopředsdkyně, je autorkou a spoluautorkou 75 originálních článků v časopise s recenzním řízením, řady přehledných sdělení a kapitol v monografiích, citační index 165.

RECENZE

ORL pro všeobecné praktické lékaře

Doc. MUDr. Jan Plzák, PhD.,
a kolektiv
MUDr. Petr Herle

Vydavatelství RAABE,
ediční řada pro VPL 02 2011



„ORL“ je další příručkou z nové řady publikací pro všeobecné praktické lékaře. Jde o přehledné, nepříliš rozsáhlé, zpracování ORL problematiky, dostatečně mapující situace, se kterými se v ordinaci praktického lékaře můžeme setkat.

Knižka je rozdělena do 23 základních kapitol.

Úvodní kapitola je věnována akutním onemocněním ORL oblasti - Meniérově chorobě, Quinckeho edému, laryngospasmu, cizím tělesům v uchu a nose. Část zabývající se tracheotomií a koniotomií je doplněna přehlednou tabulkou indikací k tracheotomii a péči o tracheostomii.

S epistaxí se v našich ordinacích setkáváme poměrně často, a proto předpokládám, že kolegové ocení přehledně zpracovanou část věnovanou tomuto problému.

V dalších odstavcích nás autoři seznamují s vyšetřením dutiny ústní a hltanu, s vyšetřením sluchu, jak pomocí ladičky, které můžeme provést v naší ordinaci, tak tónovou audiometrií, která se provádí v ORL ambulancích. Následuje kapitola věnovaná poruchám čichu, chuti a poruchám polykání.

Mohlo by se říci, že rinosinusitidy, tonsilitidy, laryngitidy a záněty zevního a středního ucha, jsou onemocnění, se kterými se setkáváme často, známe je velmi dobře a další informace nepotřebujeme. Opakování je však matkou moudrosti a ucelená sdělení s přehlednými algoritmy doporučených postupů jak u akutních, tak chronických onemocnění horních cest dýchacích, jsou zcela jistě přínosem, zvláště pak pro lékaře připravující se k atestaci ze všeobecného lékařství. Pozornosti jistě neunikne důležitá část věnovaná akutní epiglottitidě s diagnostikou, diferenciální diagnostikou a terapií.

Další tři kapitoly jsou věnovány poruchám sluchu – nedoslýchavosti, sluchadlům, poškození sluchu hlukem. Jsou zde uvedena jednotlivá stadia profesionálního poškození sluchu a kritéria pro přiznání choroby z povolání.

Nedílnou součástí publikace je i přetisk doporučeného postupu Závrativé stavy z r. 2008 a jeho plný text lze nalézt na internetových stránkách SVL.

Poměrně rozsáhlý oddíl se zabývá onemocněním slinných žláz. Kromě základní anatomie a fyziologie v úvodní části, zde najdeme zánětlivá onemocnění, sialolitíazu, cysty i nádory.

Spíše pro připomenutí je zde zařazena i kapitola s názvem Onemocnění štítné žlázy s projevy v ORL oblasti.

Pokládám za důležité upozornit kolegy na problematiku spánkové apnoe. Praktický lékař bývá velmi často první, který se setká s pacientem trpícím syndromem spánkové apnoe. Tyto obtíže orientačně diagnostikujeme relativně často a dnes víme, že ORL vyšetření je nezbytné k vyloučení anatomických změn v oblasti hlavy a krku, které mohou vést k obstrukci dýchacích cest. Léčba těžkého stupně obstrukčního spánkového apnoického syndromu je nutná, protože je s ní spojená vysoká kardiovaskulární morbidita i mortalita.

Další část publikace přináší přehled o nádorech v ORL oblasti. Je zde popsán karcinom hrtanu a hypofaryngu, nádory orofaryngu a dutiny ústní, nádory nosohltanu a vedlejších dutin nosních.

Kapitoly, které pokládám za perličky celé knížky, jsou uvedeny v závěru. Jsou to diferenciální diagnostiky: diferenciální diagnostika zduření na krku, diferenciální diagnostika bolestí v uchu a diferenciální diagnostika bolestí v krku.

Zduření na krku může mít řadu příčin a z praktického hlediska je zde rozděleno na zduření uzlinové a mimouzlinové. Celé toto sdělení je uzavřeno přehlednou tabulkou pro rychlou orientaci.

Velmi dobře je zde zpracována diferenciální diagnostika bolestí v uchu. Úvodní tabulka třídí příčiny bolestí na otogenní a neotogenní s uvedením jednotlivých chorob. Závěrem zde najdeme základní algoritmus vyšetření bolesti ucha.

Poslední kapitolou je diferenciální diagnostika bolestí v krku. Jsou zde připomenuty možnosti vyšetření v ordinaci praktického lékaře a dále rozebrány jednotlivé příčiny-přes záněty, nádory, cizí tělesa, poleptání a další. Celý rozbor je opět doplněn tabulkou.

Závěrem bych chtěla říci, že tuto publikaci by si měl nejen přečíst, ale prostudovat každý lékař, který se připravuje k atestaci ze všeobecného lékařství. Je zde uveden praktický přehled ORL problematiky, se kterou se běžně setkáváme v našich ordinacích. To vše s kapitolami diferenciální diagnostiky a algoritmy vyšetřovacích postupů.

Myslím, že všem autorům je třeba poděkovat za přehledné zpracování, zvláště pak MUDr. Petru Herlemu, který velmi napomohl tomu, aby tento projekt vznikl.

MUDr. Alexandra Sochorová, praktická lékařka

MUDr. Jana Vojtíšková

Praktická lékařka, Praha 4

Refluxní choroba jícnu – aktuální pohled praktického lékaře

Zejména lékařům v první linii kontaktu přibývá nemocných trpících poruchami a obtížemi GIT. Jednou z nemocí, kterou dnes běžně praktický lékař řeší v ordinaci - a většinou úspěšně, je refluxní choroba jícnu. Na příkladu této choroby se můžeme přesvědčit o neuvěřitelně rychlém rozvoji medicínských poznatků, vývoji technologií, diagnostických metod a nových léků pro léčbu.

Dva typické příznaky pálení žáhy (pyróza) a regurgitace žaludečního obsahu do jícnu (či do úst) navigují praktického lékaře rychle správným směrem. Praktičtí lékaři se ve velké míře dnes v této problematice velmi dobře orientují (od uvolnění preskripce inhibitorů protonové pumpy, od implementace doporučených postupů pro léčbu refluxní choroby jícnu v roce 2002) a dokáží tak výrazně zlepšit kvalitu života pacientů s těmito symptomy. Jistě se najdou i tací, kteří se domnívají, že "pálení žáhy" není třeba řešit s lékařem. Ti z nás, kteří pacienty s chronickými, relabujícími, obtěžujícími symptomy choroby léčí, však vědí, že mohou svým pacientům nejen výrazně zlepšit kvalitu života, ale v některých případech předejít i možnému riziku komplikací z potencionálně závažných onemocnění (např. Barrettův jícen). Zdálo by se, že doporučený postup pro léčbu refluxní choroby jícnu byl autorským kolektivem aktualizován teprve nedávno (v roce 2008) a není třeba se mu dále věnovat. Poznatků však přibývá, terminologie se zpřesňuje, objevují se otázky ohledně lékových interakcí a léčby seniorů. Také se více hovoří o léčbě nočního refluxu a zdůrazňuje se mezioborový přístup v léčbě mimojícnových projevů refluxní choroby jícnu. Právě praktický lékař by měl iniciovat případnou mezioborovou spolupráci s gastroenterologem, otorhinolaryngologem či pneumologem a léčbu pacienta koordinovat.

Definice RCHJ

Definujeme-li si refluxní chorobu jícnu (RCHJ) podle současných poznatků, můžeme říci, že je to onemocnění, které je způsobeno patologickým gastroezofageálním refluxem. Gastroezofageálním refluxem nazýváme zpětný tok žaludečního obsahu do jícnu. V určitých situacích to může být i fyziologická reakce. Ve většině případů však tento stav vyvolává opakované nepříjemné obtíže a objektivizovatelné změny na sliznici (i bez nepříjemných symptomů) a pak hodnotíme gastroezofageální reflux jako patologický.

O refluxní ezofagitidě hovoříme tehdy, jsou-li na sliznici distální části jícnu prokazatelné makroskopické známky zánětu – tj. ezofagitida erozivní (při endoskopickém vyšetření) nebo jsou známky zánětu prokazatelné pouze v histologických odběrech - tzv. ezofagitida mikroskopická.

Terminologie

V poslední době se častěji setkáváme s relativně novými termíny:

NERCH – non erozivní refluxní choroba jícnu (v literatuře se můžeme setkat též s názvem symptomatická, nebo endoskopicky negativní refluxní choroba jícnu) - stav, kdy pacient má opakované nepříjemné symptomy a normální endoskopický nálezn na sliznici jícnu.

ERCH – erozivní refluxní choroba - stav s makroskopickým postižením sliznic (eroze).

Pyróza neboli prostě pálení žáhy se však často objevuje

coby izolovaný příznak bez prokazatelných morfologických změn (makro i mikroskopických), zejména v příčinné souvislosti s příjmem potravy nebo jiným režimovým excesem.

Regurgitace je zpětné vtékání žaludečního obsahu do jícnu a úst.

Vzhledem k tomu, že u mnohých pacientů jsou noční symptomy hodnoceny jako obtížnější a mají vyšší riziko poškození ezofageální sliznice než příznaky denní, mluvíme o tzv. **nočním refluxu**.

Barrettův jícen - na podkladě déletrvajícího patologického gastroezofageálního refluxu může dojít až ke vzniku Barrettova jícnu. Barrettův jícen je onemocnění, kdy dochází k náhradě (metaplazii) normálního dlaždicovitého epitelu jícnu epitelem cylindrickým. Tento nálezn přináší zvýšené riziko pro vznik adenokarcinomu a je tudíž důvodem k trvalé dispenzární gastroenterologické péči. Prevalence a incidence ve vyspělých zemích narůstá, takže je třeba pomýšlet i na tuto možnost. Nejvíce ohroženou skupinou z hlediska možného vzniku Barrettova jícnu jsou starší muži kuřáci s dlouholetým trváním refluxních potíží (více jak 15 let).

Epidemiologie

Prevalence refluxní choroby jícnu je odhadována na 5 až 10 % běžné populace v zemích západní Evropy a v USA. V České republice prevalence této choroby zatím není známa. Uváděná incidence těžké ezofagitidy je 4,5/100 000 obyvatel, přičemž mortali-



MUDr. Jana Vojtíšková

erozivní ezofagitida - makroskopický nálezn

mikroskopická ezofagitida - makroskopicky normální nálezn

normální endoskopický nálezní nevyklučuje refluxní chorobu jícnu

každodenní pyrůzou trpí 4-7 % osob

endoskopické vyšetření až u poloviny nemocných normální

extraezofageální projevy RCHJ

ta činí 0,1/100 000 obyvatel. Podle odborné literatury lze doložit, že pyrůzou jako symptomem patologického gastroezofageálního refluxu trpí jednou měsíčně 73-83 % obyvatel. Každodenní těžkou pyrůzou trpí 4-7 % osob. 80 % pacientů s diagnózou RCHJ uvádí noční potíže (Shaker et.al. Am.j. Gastroenterology 2003). Výskyt Barrettova jícnu je odhadován na 1-20 % nemocných s dlouhodobou anamnézou trvání refluxní choroby jícnu (více jak 15 let).

Patofyziologie

Předpokladem pro vznik refluxní choroby jícnu je nerovnováha mezi obrannými a agresivními faktory v organismu. Zásadní vliv má agresivita refluxátu (podle obsahu kyseliny solné, pepsinu nebo solí žlučových kyselin), doba účinku refluxátu na sliznici a také anatomické poměry (např. mechanický defekt dolního jícnového svěrače), faktory dysmotility - snížený tonus jícnového svěrače, poruchy peristaltiky jícnu, opožděná evakuace žaludku atd.). Spolupodílí se také narušení obranných mechanismů jícnu (slizniční jícnová sekrece, sliny), tkáňová rezistence a snížený práh sensorického vnímání nociceptivních podnětů z jícnu.

Míru obtíží a průběh choroby ovlivňuje navíc celá řada známých faktorů zevního prostředí jako některé potraviny a pochutiny, kouření, obezita, těhotenství (hormonální i mechanické vlivy), úpolová zátěž (čili nadměrné zatížení břišních a hrudních svalů při kontaktních sportech jako je např. zápas, apod.), ale také celá řada léků. Mezi léky s negativním účinkem na sliznici GIT se řadí zejména nesteroidní antiflogistika (NSA), antagonisté kalciového kanálu, nitráty, aminofyliny, betablokátory a opiáty. Z problematických potravin je to hlavně čerstvé pečivo (zpomaluje evakuaci žaludku), čokoláda, mák a další aromatické potraviny (máta, cibule, česnek, kola a další).

Klinika

Hlavními příznaky jsou pálení žáhy (pyróza) a regurgitace žaludečního obsahu do jícnu. Tyto dva údaje jsou významnou prediktivní hodnotou správné diagnózy. Endoskopické vyšetření může být až u poloviny nemocných s výše uvedenými obtížemi normální. Normální endoskopický nálezní však refluxní chorobu jícnu nevyklučuje.

Dysfagie (váznutí sousta během cesty z úst do žaludku) a odynofagie (bolest při polykání lokalizovaná za hrudní kostí) jsou symptomy signalizující obvykle závažnější stavy.

K dalším často uváděným příznakům patří zejména kašel, chrapt, občas také říhání, záchvaty slinění, nevolnost - spíše výjimečně bývá popisováno zvracení a bolest na hrudi. Tyto symptomy nám ovšem rozhodování v ordinaci většinou komplikují, neboť diferenciální diagnostika je v těchto případech velmi obtížná a souvislost s refluxní chorobou jícnu nemusí být vždy zcela zřejmá. Pacienti jsou pak obvykle vyšetřováni řadou dalších specialistů (kardiolog, internista apod.).

Se zlepšením znalostí a zdokonalenou diagnostikou stále častěji pomýšlíme na **extraezofageální projevy refluxní choroby jícnu**. Ví se, že jsou častější u dětí, přesto u nemocných s recidivujícími infekty horních cest dýchacích, s projevy astma bronchiale, chraptem, laryngitidami, chronickým kašlem, recidivujícími záněty středouší nebo u zvýšené kazivosti zubů či ha-

litózy na tuto možnost myslet musíme.

Diagnostika

Diagnózu může vyslovit praktický lékař na základě přítomnosti dvou typických příznaků - pyrůzy a regurgitace žaludečního obsahu do jícnu.

Další vyšetřovací postup se obvykle volí podle míry refluxních obtíží pacienta a aktuálního vyšetření pacienta (fyzikálního eventuelně i laboratorního).

Jestliže se vyloučí alarmující známky, obvykle se indikuje **terapeutický test** (popis viz níže).

Dojde-li u pacienta v průběhu terapeutického testu k uspokojivému ústupu obtíží, hodnotíme terapeutický test jako pozitivní. Další vyšetřování není indikováno, nicméně je nezbytné pacienta poučit a vysvětlit mu, že v případě opakující se symptomatologie, nebo její změny v následném období, je vhodné provést další specializovaná vyšetření (endoskopie apod.).

V případě neúspěšného terapeutického testu následuje **vyšetření endoskopické** či další dle rozhodnutí gastroenterologa. Endoskopické vyšetření provedené včetně biotického odběru dává validní informaci o typu refluxní choroby, eventuelně informuje o případných komplikacích, jako je stenóza, Barrettův jícen či jiná patologie. Je však třeba vždy počítat s tím, že samotná endoskopie při negativním nálezu diagnózu nepotvrdí ani nevyklučí. Právě pro skupinu pacientů bez slizničních makroskopických změn (NERCH) je dnes jako tzv. zlatý standard na pracovištích GE případně ORL využívána 24-hodinová ph-metrie. Umožňuje objektivní změření refluktujícího obsahu v jícnu v souvislosti s mírou pacientových symptomů. Pro svoji omezenou dostupnost je indikována u pacientů s atypickými a mimojícnovými projevy bez nálezu refluxní ezofagitidy, dále u pacientů špatně reagujících na léčbu a v případě potřeby upřesnění indikace k operačnímu řešení.

S prudkým rozvojem endoskopie se objevují stále přesnější a dokonalejší metody, např. **24-hodinová multikanálová impedance** a mnohé další. Tato vyšetření jsou zatím vyhrazena pro případy nejasné, refrakterní na léčbu nebo u výrazných mimojícnových projevů RCHJ. Tato vyšetření jsou přínosná a doporučují se provádět u pacientů indikovaných k chirurgické léčbě - k antirefluxní operaci.

Terapeutický postup

Hodně se diskutuje o nezbytnosti či prospěšnosti dietních opatření. Jejich efekt sice nebyl nikdy zcela exaktně prokázán, přesto pacientům na začátku léčby důrazně doporučujeme úpravu životního stylu s absencí pravděpodobných rizikových potravin a pochutin a zvážíme možný vliv případné aktuální medikace. Z režimových opatření klademe důraz na omezení tučného a pozdního jídla ve večerních hodinách (poslední jídlo 3-4 hodiny před ulehnutím). V konkrétních případech provádíme edukaci pacienta ve smyslu redukce nadváhy a ukončení kouření. Vhodné je omezení činností zvyšujících nitrobřišní tlak.

Terapeutický test

Diagnózu refluxní choroby jícnu podporuje pozitivní výsledek terapeutického testu, při kterém dojde k uspokojivému ústupu obtíží v subjektivním hodnocení pacienta. Pacient obvykle užívá omeprazol 2x 20 mg denně, lanzoprazol 2x30 mg, nebo pantoprazol 2x40 mg po dobu dvou až čtyř týdnů. Ranní i ve-

černí dávku doporučujeme brát cca 30 až 60 minut před jídlem v intervalu 12 hodin.

V případě neúspěšného terapeutického testu (bez příznivé odezvy na obtíže symptomů pacienta, za posouzení jeho compliance) je nutné následně diferenciatně diagnosticky vyloučit jiná onemocnění včetně kardiopulmonálních. Nemocní nereagující na léčbu PPI, nebo ti, u nichž došlo v průběhu terapeutického testu ke změně symptomatologie ve smyslu varovných příznaků (úbytek na váze, nechutenství, bolesti, zvracení, anémie), jsou jednoznačně indikováni k provedení endoskopie.

Další antisekreční léčba navazuje na terapeutický test podle odpovědi pacienta na úvodní léčbu a podle míry individuálních obtíží pacienta. Rovněž tak terapeutický efekt farmakologické léčby je posuzován podle ústupu pacientových obtíží eventuálně případné endoskopické kontroly hojení refluxní ezofagitidy. Pro udržovací terapii se používají zpravidla poloviční dávky léků. U ezofagitid refrakterních, recidivujících nebo s komplikacemi včetně mimojícnových projevů je doporučována kontinuální léčba PPI.

Farmakoterapie

Léky používané v terapii refluxní choroby jícnu jsou:

- a) Antacida – symptomatická léčba přinášející úlevu, pacienti je užívají dle vlastního uvážení, jsou volně prodejné.
- b) Léky tlumící žaludeční sekreci, čímž zmírňují agresivitu refluxátu (patří sem antagonisté H_2 receptorů a inhibitory protonové pumpy PPI).

- c) Prokinetika – upravují poruchy motility, obvykle jsou preskribována na základě doporučení specialisty v GE (omezení „P“).

Inhibitory protonové pumpy (PPI) patří mezi látky tlumící sekreci žaludečních buněk. Potlačují sekreci kyseliny chlorovodíkové. Patří sem omeprazol, lansoprazol, pantoprazol, esomeprazol a rabeprazol. Tato léková skupina je v dnešní době jednoznačně indikována pro rychlejší nástup hojení refluxní ezofagitidy, vysoké schopnosti k udržení remise onemocnění a snížení počtu komplikací. Tyto léky jsou pacienti velmi dobře tolerovány a mají minimální vedlejší účinky.

Strategie léčby

Inhibitory protonové pumpy (omeprazol 20 mg, lansoprazol 30 mg, pantoprazol 40 mg) ráno nalačno, 30-60 minut před jídlem. Neustoupí-li obtíže, přidává se stejná dávka večer (opět nalačno - před večerí). Pacienti je potřeba opakovaně upozorňovat na význam užívání léku na lačno. Pokud uvedená léčba není dostatečně efektivní, lze doporučit vyzkoušení jiného inhibitoru protonové pumpy. U pacientů s podezřením na noční reflux lze přidat lék ze skupiny antagonistů H_2 receptorů (150-300 mg obvykle ranitidin). V některých případech (pocit plnosti, regurgitace, předčasná sytost) je na místě podání prokinetika. Léčba dlouhodobá (udržovací) může být kontinuální nebo při potížích (on demand). Pro udržovací léčbu jsou indikováni pacienti s časnou rekurencí po ukončení léčby akutní ataky (uvádí se až 80 %), pacienti

negativní terapeutický pokus je indikací k provedení endoskopie

opakovaně upozorňovat na nutnost užívání PIP nalačno

léčba kontinuální nebo při potížích (on demand)

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

s přetrvávající symptomatologií (i při negativním endoskopickém nálezu), dále pacienti s komplikacemi včetně mimojícnových projevů refluxní choroby a pacienti s nehojícími se slizničními lézemi (endoskopicky vyšetření). Udržovací medikamentózní léčba může být podávána i doživotně (Standardy české gastroenterologické společnosti ČLS JEP – aktualizace 2009).

Otázky, které si klademe v každodenní praxi

- PPI a lékové interakce (ASA, clopidogrel)
- Dávkování léků u seniorů
- Eradikace H. pylori a refluxní choroba jícnu

PPI a interakce s antiagregancii

Nežádoucí lékové interakce jsou považovány za jednu z deseti nejčastějších příčin úmrtí. V popředí pozornosti jsou v současné době interakce mezi inhibitory protonové pumpy a antiagregancii z hlediska možných aterotrombotických komplikací. Mezi hlavní indikace podávání antiagregancií patří prevence aterotrombotických příhod ať již v primární nebo sekundární prevenci (AIM, CMP, ICHDK, stenty apod.). V současné době se uvádí, že v České republice užívá kyselinu acetylosalicylovou (ASA) cca 500 000 pacientů a asi 50 000 pacientů užívá clopidogrel. Hlavní nežádoucí účinky této skupiny jsou v různé míře gastropatie, slizniční léze s vysokým rizikem krvácení do zažívacího traktu v důsledku snížené agregace trombocytů. Pokud je indikováno podání ASA v kombinaci s inhibitory protonové pumpy, je lépe podat oba léky ráno nalačno, ke konci dávkovacího intervalu PPI, kdy je pH v žaludku kyselejší a ASA s dobrou schopností resorpce se může vstřebat v dostatečné míře. Dle doporučení publikovaných na internetových stránkách Státního ústavu pro kontrolu léčiv je v případě užívání clopidogrelu pravděpodobnějším řešením použití pantoprazolu nebo esomeprazolu (nepůsobí na biokonverzi clopidogrelu a nesnižují tak jeho účinek). Nejsilnější inhibiční účinek na antiagregaci má dle studií omeprazol.

Léčba u seniorů

S vyšším věkem souvisí multimorbidita a tudíž polyfarmakoterapie. Praktický lékař je pak obvykle ten, kdo první řeší otázky možných nežádoucích vedlejších účinků. K výraznému zvýšení rizika pestrých lékových interakcí však bezesporu vede hlavně polypragmázie a někdy špatná compliance starších pacientů. V době obrovských terapeutických možností (léčba na míru) je zde zásadní odborná zdatnost lékaře, jeho orientace v možnostech klinického užití léčiv a jejich potencionálních rizik.

Základním požadavkem na farmakoterapii ve stáří je jednoduchost, účelnost a účinnost. Začátkem 90. let vznikl Koncept léčiv potencionálně nevhodných ve stáří (Beersova kritéria - viz DP Geriatrie - novelizace 2010). Inhibitory protonové pumpy jsou podle těchto kritérií řazeny mezi léky potencionálně nevhodné u seniorů (pokles biotransformace, zpomalení clearance vylučovaných léčiv), proto je obvykle zcela dostatečná poloviční dávka (tj. 10 mg). Je třeba pečlivě zvažovat indikaci k dlouhodobému podávání (více jak 8 týdnů) a pravidelně nejméně jedenkrát za 6 měsíců provést revizi aktuální farmakologické léčby.

Eradikace H. pylori a refluxní choroba

Pohled na tuto problematiku není stále zcela jedno-

značný. Přínos eradikační léčby by měl převážit nad možnými riziky (nežádoucí účinky při vysokém dávkování ATB léčby). Indikacemi k eradikaci H. pylori jsou jednoznačně vředová choroba žaludku a duodena, karcinom žaludku, Malt-lymfom a Menetrierova choroba. Mezi relativní indikace k provedení eradikační léčby patří vředová choroba nebo karcinom žaludku v rodinné anamnéze, hyperplastické polypy, chronická atrofická gastritis, jaterní cirhóza, erozivní gastritida. U symptomatických pacientů může eradikace přispět ke zmírnění symptomů.

U pacientů s nutností dlouhodobě užívat NSA může provedení eradikace snížit riziko vzniku peptického vředu a vždy je třeba u těchto pacientů pomýšlet na kontinuální léčbu inhibitory protonové pumpy.

Závěr

Empirická terapie je zahájení léčby bez předchozího stanovení přesné diagnózy. Mezi empirickým postupem a eventuálním odesláním ke gastroscopickému vyšetření se praktický lékař musí rozhodovat podle míry obtíží, charakteristických symptomů, znalostí rizik a také na základě dlouhodobého vztahu a zkušeností s konkrétním pacientem. Problematika je natolik složitá, že nelze vytvořit jednoduchý návod. Doporučený postup je snahou o vytvoření určitého rámce v individuálním rozhodování.

Literatura:

1. DP -Dyspepsie horního typu novelizace 2008 SVL ČLS JEP centrum DP pro praktické lékaře
2. Refluxní choroba jícnu - Standardy České gastroenterologické společnosti ČLS JEP - aktualizace 2009 Medicína po promoci 3/2009
3. Interakce mezi inhibitory protonové pumpy a antiagregancii, Šmalcová, Lukáš Medicína po promoci 3/2010
4. Bultas, J. Význam lékových interakcí a farmakokinetických faktorů v léčbě trombotických stavů - fakta a mýty. MedProm 2009 2009 /10
5. Pročka, M: Současný pohled na eradikaci Helicobacter pylori - Lékařské listy 5/2010
6. Fialová, Topinková: Principy farmakoterapie ve vyšším věku- Postgraduální medicína, Geriatrie pro praktické lékaře ročník 6, číslo 3
7. Weber, P: Polyfarmakoterapie a polypragmázie - základní problém geriatrické medicíny Lékařské listy1/2011 DP Geriatrie - novelizace 2010-SVL ČLS JEP - centrum DP pro praktické lékaře
8. Seifert, B: Noční projevy refluxní choroby jícnu, Semináře Lege Artis - soubor přednášek 2008 <http://www.sukl.cz/clopidogrel-mozna-interakce-s-inhibitory-protonove-pumpy>

MUDr. Jana Vojtíšková - absolvovala FVL UK Praha a nastoupila jako sekundární lékařka na interní oddělení NsP Frýdlant v Čechách, 1983 atestace z vnitřního lékařství I. st., 1986 atestace všeobecné lékařství I. st. Od roku 1993 vede soukromou praxi praktického lékaře pro dospělé v Praze 4. V posledních několika letech (od roku 2003) pracuje jako odborný asistent Ústavu všeobecného lékařství 1. LF UK Praha, dále jako externí učitelka 2. lékařské fakulty UK, dále je školitelkou Katedry všeobecného lékařství IPVZ. Je spoluautorkou skript a učebnice primární péče pro studenty všeobecného lékařství, obzvláště se zabývá problematikou gastroenterologie v primární péči, je spoluautorkou doporučených postupů pro PL, v této oblasti také přednáší a publikuje v doma i v zahraničí.

ASA v kombinaci s PPI je lépe podat ráno nalačno, ke konci dávkovacího intervalu PPI

nejsilnější inhibiční účinek na antiagregaci má dle studií omeprazol

farmakoterapie ve stáří: -jednoduchost, -účelnost a účinnost -zcela dostatečná je poloviční dávka PIP

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

MUDr. Petr Kessler

Oddělení hematologie a transfúziologie, Nemocnice Pelhřimov, p. o.

Interní indikace antikoagulační léčby

Souhrn:

Hlavními indikacemi antikoagulační léčby jsou tromboembolická nemoc (TEN), nerevmatická fibrilace síní a umělé chlopně. Léčba většiny pacientů s TEN je zahájena heparinem nebo nízkomolekulárním heparinem (LMWH) spolu s warfarinem. Heparin nebo LMWH by měly být podávány nejméně 5 dní, INR >2,0 by mělo trvat nejméně 24 hodin. Pacienti s malignitou by měli být léčeni LMWH po dobu 6 měsíců.

U pacientů s nerevmatickou fibrilací síní se liší riziko trombotických příhod podle přítomnosti dalších rizikových faktorů. K odhadu rizika trombózy u jednotlivých pacientů je používán skórovací systém CHADS₂, pacienti s CHADS₂ ≥2 body by měli být léčeni warfarinem.

U pacientů s umělou chlopní typu bileaflet nebo tilting disc v aortální pozici, bez fibrilace síní nebo dilatace síní s normální ejekční frakcí, je doporučeno cílové INR 2,0-3,0, pro ostatní pacienty s umělými chlopněmi je doporučeno rozmezí INR 2,5-3,5. Pro pacienty s umělými chlopněmi a trombotickou komplikací i přes terapeutické INR je doporučena kombinace warfarinu s acetylsalicylovou kyselinou (ASA), nutná je současná léčba inhibitory protonové pumpy.



MUDr. Petr Kessler

**individuální bazální
dispozice k TEN
stoupá s věkem**

**čím je výraznější dlou-
hodobá dispozice k
TEN, tím stačí menší
intenzita vyvolávající-
ho momentu**

**dg. TEN na základě
anamnézy a fyzikální-
ho vyšetření má ní-
zkou senzitivitu a spe-
cifitu, je vždy nutno ji
ověřit zobrazovacími
metodami**

Úvod

Antikoagulační léčba vede k uměle navozené poruše krevního srážení mající za cíl snížení rizika trombózy nebo zabránění progresu trombózy již vzniklé. Z této poruchy vyplývá zvýšené riziko krvácivých komplikací, které je s antikoagulační léčbou neoddělitelně spojeno. Při posuzování výsledků klinických studií je tedy vždy nutno věnovat pozornost nejen rozdílu v účinnosti (incidence trombotických komplikací), ale i rozdílu v bezpečnosti (riziko krvácivých komplikací). Základními léky používanými v antikoagulační léčbě jsou **heparin** a **nízkomolekulární hepariny (LMWH)** a **warfarin**. K novým lékům u nás dostupným patří **dabigatran** a **rivaroxaban**.

K trombóze může docházet v tepenném i žilním řečišti a v srdečních dutinách, a to v důsledku poruchy cévní stěny, stázy krve, přítomnosti umělých povrchů nebo zvýšené krevní srážlivosti. Často se uplatňují v genezi trombózy kombinace těchto faktorů.

Základní interní indikace antikoagulační léčby

Základními interními indikacemi antikoagulační léčby jsou: tromboembolická nemoc (TEN), umělé chlopně a nerevmatická fibrilace síní. K dalším jistým indikacím patří žilní trombóza v jiných lokalizacích, recidivující trombóza arteriovenózního shuntu, stav po některých jiných srdečních operacích, mitrální vada s dilatací levé síně, fibrilace síní při chlopenních vadách, tepenná trombóza a embolizace, plicní hypertenze, paroxysmální noční hemoglobinurie s klonem PNH granulocytů nad 50 %. Dále pak může být antikoagulační léčba indikována individuálně v řadě situací s vysokým rizikem trombózy.

Tromboembolická nemoc

TEN označovaná též jako venózní tromboembolismus (VTE) zahrnuje hlubokou žilní trombózu (HŽT) a plicní embolii (PE). Je považována za jednu chorobu, neboť obě podjednotky spolu úzce patofyziologicky souvisí a u části pacientů s manifestní jednou podjednotkou je možno zjistit asymptomatickou podjednotku druhou. U hospitalizovaných interních pacientů s HŽT byla současná PE zjištěna v 22,2 % zatímco u hospitalizovaných chirurgických pacientů s HŽT byl výskyt PE u 15,5 % pacientů (1). Vznik TEN je podmíněn souběhem dlouhodobé dispozice a krátkodobých vyvolávajících faktorů (2). Individuální bazální dispozice stoupá s věkem (3) a je dána řadou faktorů genetických (vrozené trombofilní stavy) a získaných (získané trombofilní stavy). K významným **krátkodobým vyvolávajícím faktorům** patří operace, úrazy, upoutání na lůžko, imobilizace končetiny, akutní interní onemocnění (srdeční a respirační insuficience, akutní infekční choroby, cévní mozková příhoda), gravidita a šestinedělí, léčba estrogény, gestageny a antiestrogeny. Čím výraznější je dlouhodobá dispozice, tím menší intenzita vyvolávajícího momentu stačí ke vzniku trombózy. Podle přítomnosti vyvolávajícího momentu rozdělujeme TEN do 3 skupin:

1. **provokovaná trombóza** s přechodným vyvolávajícím momentem,
2. **idiopatická trombóza** (bez zjevného vyvolávajícího momentu),
3. **trombóza s přetrvávajícím vyvolávajícím momentem** - nejčastěji jde o trombózu provázející zhoubný nádor.

Pacienti s provokovanou trombózou mají nižší riziko rekurence trombózy než pacienti s přechodným vyvolávajícím momentem, zejména pokud tímto provokujícím momentem byla operace nebo trauma (4,5).

Diagnóza TEN

Diagnóza TEN na základě anamnézy a fyzikálního vyšetření má nízkou senzitivitu a specifitu, je vždy nutno ji ověřit zobrazovacími metodami – v případě žilní trombózy duplexní sonografií, v případě plicní embolie angio-CT nebo perfusní plicní scintigrafií většinou v kombinaci s ventilační scintigrafií nebo RTG (6).

Zahájení léčby TEN

Zahájení léčby TEN bez ověření diagnózy zobrazovacími metodami je považováno (s výjimkou podezření na masivní plicní embolizaci, kdy může naléhavost situace vyžadovat neodkladné zahájení léčby a teprve dodatečné ověření diagnózy) za postup non lege artis. Jen malý počet pacientů s TEN – především pacienti se závažnou formou plicní embolie – vyžaduje zahájení léčby trombolýzou, jejíž indikace nejsou předmětem tohoto sdělení. Léčba TEN u většiny pacientů byla tradičně zahajována za hospitalizace kontinuální infusí heparinu. Zavedení LMWH umožnilo řadě pacientů s lehčím průběhem zahajovat léčbu ambulantně (7,8). Zásadně se změnil pohled na imobilizaci pacientů s hlubokou žilní trombózou, která nyní není doporučována. Naopak, je doporučována komprese elastickou punčochou a chůze (9, 10). Bylo zjištěno, že u pacientů, kteří od počátku nechodí, dochází k pomalejší rekanalizaci žilního řečiště.

Dávkování LMWH

LMWH podáváme v terapeutické dávce podle hmotnosti pacienta. I když někteří výrobci LMWH udávají možnost léčit od počátku TEN jednodenním dávkováním, není tento postup zcela optimální (kromě bemiparinu, který má delší poločas). Při léčbě LMWH je třeba mít na paměti, že u pacientů s renální insuficiencí může docházet ke kumulaci a předávkování LMWH s krvácivými komplikacemi – u těchto pacientů by mělo být prováděno laboratorní sledování aktivity anti Xa (11). Současně s LMWH (nebo s odstupem několika málo dní u masivní trombózy) je zahajována léčba warfarinem za kontrol INR.

Převedení LMWH na warfarin

LMWH by měl být podáván nejméně 5 dnů a je možno ho vysadit až poté, co bylo dosaženo INR v terapeutickém rozmezí při nejméně 2 vyšetřeních za sebou v rozmezí nejméně 24 hodin (12), podle některých autorů dokonce v rozmezí 48 hodin. Terapeutické rozmezí INR u pacientů s TEN je uváděno většinou mezi 2,0-3,0 (případně 2,0-3,5).

Optimální délka antikoagulační léčby u TEN

Optimální trvání antikoagulační léčby po prodělané TEN je stále předmětem diskusí a názory nejsou zcela jednotné (12, 13, 14) a vyvíjejí se. Současné názory lze shrnout asi takto: U pacientů s provokovanou trombózou je doporučena léčba warfarinem po dobu 3-6 měsíců, po uplynutí této doby je jen malé riziko rekurence TEN. U pacientů s idiopatickou trombózou je riziko rekurence vysoké, je doporučena léčba warfarinem minimálně po dobu 6 měsíců a po této době by měla být zvážena protrahovaná, v řadě případů celoživotní léčba. Nízké riziko rekurence po idiopatické trombóze mají jen mladší neobézní ženy, pokud u nich došlo k plné rekanalizaci trombotizované žíly a nemají zvýšenou hladinu D-dimerů při léčbě warfarinem ani po vysazení antikoagulační léčby. Kromě rizika rekurence trombózy je ale třeba vzít v úvahu i riziko krvácivých komplikací. Nevhodnými kandidáty pro pokračování léčby po 6 měsících jsou pacienti, kteří při léčbě warfarinem měli krvácivé komplikace nebo u nichž se podařilo dosáhnout jen velmi nízké úrovně stability INR (počet dní v terapeutickém rozmezí pod 40 %). Tito pacienti jsou ohroženi vysokým výskytem krvácivých komplikací, zároveň přínos protrahované antikoagulační léčby je u nich sporný.

Léčba TEN u onkologických pacientů

K zásadní změně došlo v posledních letech v názorech na léčbu TEN u pacientů se zhoubnými nádory. Již delší dobu bylo známo, že tito pacienti při léčbě warfarinem jsou ohroženi vysokým výskytem krvácivých komplikací a riziko rekurence (tedy klinické rezistence k warfarinu) je vyšší než u pacientů bez

zavedení LMWH umožnilo řadě pacientů s lehčím průběhem zahajovat léčbu ambulantně

imobilizace pacientů s HŽT není doporučována - naopak: komprese elastickou punčochou + chůze

u pacientů s HŽT, kteří od počátku nechodí - pomalejší rekanalizaci žilního řečiště

LMWH podáváme v terapeutické dávce podle hmotnosti pacienta

LMWH s výjimkou bemiparinu podávat v úvodu léčby 2x denně

u pacientů s renální insuficiencí provádět při léčbě LMWH laboratorní sledování aktivity anti Xa

provokovaná TEN - délka léčby 3-6 měsíců

idiopatická TEN - délka léčby většinou dlouhodobě až celoživotně

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

**u umělých chlopní
- doporučené INR
2,5-3,5
(výjimka u bileaflet
nebo tilting disc
chlopní v ao pozici)**

**u pacientů s umě-
lymi chlopněmi a
trombotickou přího-
dou při účinné anti-
koagulační indiková-
na kombinace war-
farin + ASA za sou-
časného podávání
inhibitoru protonové
pumpy**

**u nerevmatické
fibrilace síní slouží
k odhadu rizika CMP
a k výběru terapie
CHADS₂ skóre**

**léčba warfarinem u
nerevmatické FS vý-
znamně snižuje
riziko CMP**

**efektivita ASA nebo
ASA + clopidogrel u
nerevmat. FS je pod-
statně nižší než u
warfarinu**

malignit (15, 16). V několika klinických studiích byl u těchto pacientů **prokázán přínos pokračování v léčbě LMWH** (17,18). Podle současných doporučení by tedy pacienti s maligním onemocněním a TEN měli být léčeni první měsíc plnou dávkou LMWH a dalších 6 měsíců LMWH v dávce odpovídající 2/3-3/4 původní dávky. Po půl roce je třeba rozhodnout o další terapii – je možno pokračovat v LMWH (případně jen v profylaktické dávce) nebo pacienta převést na warfarin. Ukončení antikoagulační léčby je u těchto pacientů možné jen v případě, že již není přítomno aktivní nádorové onemocnění, neprobíhá žádná protinádorová léčba a došlo k rekanalizaci trombózou postiženého řečiště.

Nové léky v léčbě TEN

Perspektivní přístup k léčbě TEN představují nové léky, přímé inhibitory trombinu a aktivovaného f. X. Ve studii RE-COVER (19) byla u pacientů s TEN porovnávána léčba **dabigatranem** (přímý inhibitor trombinu) v dávce 2x150 mg oproti warfarinu. Pacienti léčení dabigatranem měli statisticky nevýznamně vyšší výskyt rekurence TEN a nevýznamně nižší výskyt velkého krvácení, léčebné výsledky byly tedy velmi podobné. Dabigatran není zatím pro léčbu TEN v ČR zaregistrován a vzhledem k podstatně vyšší ceně oproti warfarinu je možno očekávat jeho použití u pacientů s TEN jen u vybraných skupin nemocných.

Umělé srdeční chlopně

Umělé chlopně náhrady představují tradičně nezpochybnitelnou indikaci trvalé antikoagulační léčby, nicméně s pokroky ve vývoji materiálů a v konstrukci chlopní dochází ke snižování rizika trombózy, zejména u chlopní v aortální pozici. Postupně tak dochází ke snižování cílového rozmezí INR, neboť bylo prokázáno, že vysoké cílové INR vede k vyššímu riziku krvácivých komplikací a nepřináší žádnou vyšší ochranu před trombotickými komplikacemi (20). Podle současných doporučení (21) je u pacientů s bileaflet nebo tilting disk chlopněmi v aortální pozici bez dalších rizikových faktorů (fibrilace síní, dilatace levé síně, nízká ejekční frakce) doporučeno cílové rozme-

Tabulka č. 1: Riziko trombotických komplikací podle CHADS₂ skóre.

CHADS ₂ počet bodů	CMP/100 pacientských let	Doporučená terapie
0	1,9	ASA
1	2,8	ASA nebo warfarin
2	4,0	warfarin
3	5,9	warfarin
4	8,5	warfarin
5	12,5	warfarin
6	18,2	warfarin

zí INR 2,0-3,0. U pacientů s dalšími rizikovými faktory nebo s umělými chlopněmi v mitrální pozici je doporučeno cílové rozmezí INR 2,5-3,5. U pacientů s trombotickou příhodou při antikoagulační léčbě s terapeutickým INR je doporučeno k warfarinu přidat 50-100 mg acetylsalicylové kyseliny (ASA), přičemž nezbytná je současná protekce žaludeční sliznice in-

hibitorem protonové pumpy, např. omeprazolem.

Chlopně bioprotézy

U pacientů s bioprotézou aortální chlopně bez dalších rizikových faktorů (fibrilace síní, dilatace levé síně, nízká ejekční frakce) je doporučeno od počátku léčit ASA v dávce 50-100 mg denně. U pacientů s bioprotézou mitrální chlopně je doporučeno první 3 měsíce léčit warfarinem s cílovým rozmezím 2,0-3,0 a po 3 měsících, pokud mají sinusový rytmus a nemají žádnou jinou indikaci warfarinu, přejít na ASA 50-100 mg denně (21).

Mitrální vada s dalšími rizikovými faktory:

Pacienti s porevmatickou mitrální vadou a fibrilací síní nebo anamnézou systémové embolizace nebo s levou síní širší než 55 mm jsou ve vysokém riziku periferní embolizace a je u nich doporučena antikoagulační léčba warfarinem. Pokud dojde u těchto pacientů k embolizační příhodě i při účinné léčbě warfarinem, je doporučeno přidat ASA 50-100 mg denně (21).

Nerevmatická (nevalvulární) fibrilace síní

Pacienti s nerevmatickou fibrilací síní mají zvýšené riziko tvorby trombů v levé síní s možností embolizace do periferie, nejčastějším klinickým projevem této embolizace je cévní mozková příhoda (CMP). V řadě klinických studií bylo prokázáno, že léčba warfarinem snižuje u těchto pacientů riziko CMP (22). Protideštičková léčba (ASA nebo ASA + clopidogrel) riziko CMP také snižují, ale jejich efektivita je podstatně nižší než efektivita warfarinu. Nicméně, riziko CMP se u těchto pacientů interindividuálně velmi liší, takže bylo nutno vypracovat skórovací systémy, z nichž nejčastěji je používáno CHADS₂ skóre (23). (CHADS = Congestive heart failure, hypertension, age over 75, diabetes, stroke). Po 1 bodu je zde přiřazeno za městnavou srdeční nedostatečnost, hypertenzi, věk nad 75 let, diabetes mellitus, 2 body jsou přiřazeny za prodělanou CMP (podle některých též periferní embolizaci). V tabulce č. 1 je uvedeno rozdělení rizika podle počtu bodů CHADS₂ skóre.

Z tabulky vyplývá, že u pacientů s CHADS₂ skóre 0 bodů je riziko nízké a je u nich indikována jen léčba ASA 100 mg denně. U pacientů s 1 bodem je indikována léčba ASA nebo warfarinem podle rozhodnutí lékaře a preferencí pacienta, u pacientů s 2 a více body je doporučena léčba warfarinem a samotnou ASA je možno použít jedině v případě nemožnosti účinné a bezpečné léčby warfarinem.

U pacientů s nerevmatickou fibrilací síní proběhly studie III. fáze s **dabigatranem a rivaroxabanem**. Ve studii RELY (24) byla u těchto pacientů porovnávána léčba dabigatranem v dávce 110 nebo 150 mg 2x denně oproti warfarinu. Ve skupině léčené dabigatranem bylo zaznamenáno při dávkování 2x 150 mg méně iktů + periferních embolizací a při dávkování 2x 110 mg méně velkých krvácení oproti skupině léčené warfarinem. Nicméně, absolutní redukce byla u trombotických komplikací o 0,6 % ročně a u intrakraniálního krvácení o 0,53 % ročně. Ve studii ROCKET AF, která dosud nebyla publikována in extenso byla u pacientů s nerevmatickou fibrilací síní porovnávána léčba rivaroxabanem v dávce 20 mg denně (redukován na 15 mg denně u pacientů s GF 30-50 ml/min) s léčbou warfarinem. Ve skupině léčené rivaro-

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

xabanem bylo dosaženo redukce počtu iktů a periferních embolizací oproti skupině léčené warfarinem, nicméně, absolutní redukce byla opět velmi malá – o 0,45 % ročně. Ani v této indikaci dosud nejsou výše uvedené nové léky u nás zaregistrovány a v dohledné době budou pravděpodobně rezervovány jen pro úzkou skupinu nemocných s kontraindikací warfarinu.

Závěr

LMWH a warfarin zatím zůstávají v ČR základními léky pro pacienty s nejčastějšími interními indikacemi antikoagulační léčby, tedy TEN, fibrilací síní a umělými chlopněmi. Je tedy nadále třeba věnovat pozornost kvalitě antikoagulační léčby, čehož je možno dosáhnout především soustavnou edukací.

Shrnutí pro praxi

Diagnóza TEN musí být podložena zobrazovacím vyšetřením. Terapie LMWH může být ukončena po nejméně 24 hodinách INR >2,0. Pacienti s provokovanou TEN mají být léčeni 3-6 měsíců, s idiopatickou TEN většinou dlouhodobě. Pacienti s TEN a malignitou mají být léčeni prvních 6 měsíců LMWH. Pro pacienty s nerekvatickou fibrilací síní slouží k odhadu rizika CMP a k výběru terapie CHADS₂ skóre, při jeho hodnotě ≥ 2 body je jednoznačně indikován warfarin. Pacienti s umělými chlopněmi mají většinou doporučené rozmezí INR 2,5-3,5, jen pacienti s bileaflet nebo tilting disk chlopněmi v aortální pozici bez dalších rizikových faktorů mají doporučené rozmezí INR 2,0-3,0. U pacientů s umělými chlopněmi a trombotickou příhodou při účinné antikoagulaci je indikována kombinace warfarin + ASA za současného podávání inhibitoru protonové pumpy.

Literatura:

1. Piazza G, Seddighzadeh A, Goldhaber SZ. Double trouble for 2,609 hospitalized medical patients who developed deep vein thrombosis: prophylaxis omitted more often and pulmonary embolism more frequent. *Chest*. 2007 Aug;132(2):554-61.
2. Rosendaal FR. Venous thrombosis: a multicausal disease. *Lancet*. 1999 Apr 3;353(9159):1167-73.
3. Silverstein MD, Heit JA, Mohr DN, et al.: Trends in the incidence of deep vein thrombosis and pulmonary embolism: a 25-year population-based study. *Arch Intern Med*. 1998 Mar 23;158(6):585-93.
4. White RH, Murin S, Wun T, et al.: Recurrent venous thromboembolism after surgery-provoked versus unprovoked thromboembolism. *J Thromb Haemost*. 2010 May;8(5):987-97.
5. Iorio A, Kearon C, Filippucci E, et al.: Risk of recurrence after a first episode of symptomatic venous thromboembolism provoked by a transient risk factor: a systematic review. *Arch Intern Med*. 2010 Oct 25;170(19):1710-6.
6. Michiels JJ, Gadisseur A, Van Der Planken M, et al.: A critical appraisal of non-invasive diagnosis and exclusion of deep vein thrombosis and pulmonary embolism in outpatients with suspected deep vein thrombosis or pulmonary embolism: how many tests do we need? *Int Angiol*. 2005 Mar;24(1):27-39.
7. Kurtoglu M, Koksoy C, Hasan E, et al.: Long-term efficacy and safety of once-daily enoxaparin plus warfarin for the outpatient ambulatory treatment of lower-limb deep vein thrombosis in the TROMBOTEK trial. *J Vasc Surg*. 2010 Nov;52(5):1262-70.
8. Hyers TM, Spyropoulos AC; INNOVATE Investigators. Community-based treatment of venous thromboembolism with a low-molecular-weight heparin and warfarin. *J Thromb Thrombolysis*. 2007 Dec;24(3):225-32.
9. Partsch H, Kaulich M, Mayer W. Immediate mobilisation in acute vein thrombosis reduces post-thrombotic syndrome. *Int Angiol*. 2004 Sep;23(3):206-12.
10. Giannoukas AD, Labropoulos N, Michaels JA. Compression with or without early ambulation in the prevention of post-thrombotic syndrome: a systematic review. *Eur J Vasc Endo-*

vasc Surg. 2006 Aug;32(2):217-21.

11. Samama MM, Gerotziafas GT. Comparative pharmacokinetics of LMWHs. *Semin Thromb Hemost*. 2000;26 Suppl 1:31-8.
12. Kearon C, Kahn SR, Agnelli G, et al.: Antithrombotic therapy for venous thromboembolic disease: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines (8th Edition). *Chest*. 2008 Jun;133(6 Suppl):454S-545S.
13. East AT, Wakefield TW. What is the optimal duration of treatment for DVT? An update on evidence-based medicine of treatment for DVT. *Semin Vasc Surg*. 2010 Sep;23(3):182-91.
14. Siragusa S, Caramazza D, Malato A. How should we determine length of anticoagulation after proximal deep vein thrombosis of the lower limbs? *Br J Haematol*. 2009 Mar;144(6):832-7.
15. Nieto JA, Solano R, Ruiz-Ribó MD, et al.: Fatal bleeding in patients receiving anticoagulant therapy for venous thromboembolism: findings from the RIETE registry. *J Thromb Haemost*. 2010 Jun;8(6):1216-22.
16. Palareti G, Legnani C, Lee AYY, et al.: A Comparison of the Safety and Efficacy of Oral Anticoagulation for the Treatment of Venous Thromboembolic Disease in Patients with or without Malignancy. *Thromb Haemost* 2000; 84(5): 805-10.
17. Lee AYY, Levine MN, Baker RI, et al.: Randomized Comparison of Low-Molecular-Weight Heparin versus Oral Anticoagulant Therapy for the Prevention of Recurrent Venous Thromboembolism in Patients with Cancer (CLOT) Investigators: Low-molecular-weight heparin versus a coumarin for the prevention of recurrent venous thromboembolism in patients with cancer. *N Engl J Med*. 2003 Jul 10;349(2):146-53.
18. Akl EA, Barba M, Rohilla S, et al.: Anticoagulation for the long term treatment of venous thromboembolism in patients with cancer. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008 Apr 16;(2):CD006650.
19. Schulman S, Kearon C, Kakkar AK, et al.: Dabigatran versus warfarin in the treatment of acute venous thromboembolism. *N Engl J Med*. 2009 Dec 10;361(24):2342-52.
20. Acar J, lung B, Boissel JP, Samama MM, et al.: ARE-VA: multicenter randomized comparison of low-dose versus standard-dose anticoagulation in patients with mechanical prosthetic heart valves. *Circulation*. 1996 Nov 1;94(9):2107-12.
21. Salem DN, O'Gara PT, Madias C, et al.: Valvular and structural heart disease: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines (8th Edition). *Chest*. 2008 Jun;133(6 Suppl):593S-629S.
22. Lip GY, Edwards SJ. Stroke prevention with aspirin, warfarin and ximelagatran in patients with non-valvular atrial fibrillation: a systematic review and meta-analysis. *Thromb Res*. 2006;118(3):321-33.
23. Rietbrock S, Heeley E, Plumb J, et al.: Chronic atrial fibrillation: Incidence, prevalence, and prediction of stroke using the Congestive heart failure, Hypertension, Age >75, Diabetes mellitus, and prior Stroke or transient ischemic attack (CHADS₂) risk stratification scheme. *Am Heart J*. 2008 Jul;156(1):57-64.
24. Connolly SJ, Ezekowitz MD, Yusuf S., et al.: Dabigatran versus warfarin in patients with atrial fibrillation. *N Engl J Med*. 2009 Sep 17;361(12):1139-51.

MUDr. Petr Kessler - po promoci na FVL UK Praha v r. 1982 nastoupil na interní kliniku ILF v Ústí n. L. V letech 1991–1997 pracoval na interním odd. nemocnice Jihlava a od r. 1997 dosud pracuje na odd. hematologie a transfúziologie nemocnice Pelhřimov, od r. 2000 ve funkci primáře. Složil atestaci z interny I. st. v r. 1985, atestaci z interny II. st. v r. 1991 a atestaci z hematologie a transfúzní služby v r. 1996. Hlavními odbornými zájmy jsou hematologické, problematika profylaxe a léčby trombózy a poruch hemostázy. Je členem předsednictva České myelomové skupiny, Spolku pro trombózu a hemostázu a sekce pro trombózu a hemostázu České hematologické společnosti. Je autorem 1 monografie, spoluautorem dalších 2 monografií, autorem nebo spoluautorem 41 článků v odborných časopisech a 120 přednášek a posterů na sjezdech u nás a v zahraničí.

MUDr. Otto Herber

Praktický lékař, Kralupy nad Vltavou

Ischemická choroba dolních končetin - kazuistika

Ateroskleróza postihující periferní tepny je vedle postižení koronárních a cerebrálních tepen jejím dalším vážným projevem. Může být rizikem pro končetinu, ale vede i k ohrožení života kardiovaskulárními komplikacemi. Projevy ICHDK jsou různorodé – od asymptomatických forem přes typické klaudikace po projevy kritické končetinové ischemie s klidovými bolestmi nebo vznikem tkáňových defektů. Prevalence choroby všech forem stoupá s věkem. Ve věku nad 50 let v rozmezí 3–10 % s nárůstem k 15–20 % v populaci starší 70 let. Zvýšené podezření na přítomnost ICHDK máme u jedinců nad 70 let, u kuřáků nebo diabetiků ve věku 50-69, u nemocných nad 40 let, mají-li současně diabetes mellitus a další přídatný rizikový faktor aterosklerózy.

Níže uvedená kazuistika popisuje poměrně vzácnou kritickou končetinovou ischemií (1 %) (Critical Limb Ischaemia – CLI), která je definována jako bolest v končetině v klidu, v akrálních partiích nohy. Obtíže se většinou rozvíjejí postupně, takže nemocný přichází až po několika dnech od začátku. Bolest zesiluje v horizontální poloze (tedy zejména v noci), kdy se snižuje perfúzní tlak. Pro úlevu nemocný končetinu typicky svěšuje z lůžka. CAVE: pacient s kritickou končetinovou ischemií má být vždy neodkladně vyšetřen angiologem k posouzení možnosti revaskularizace.

Kazuistika

ZR, nar. 1949, muž

RA: bezvýznamná

OA: VAS, degenerativní změny LSp, jinak nestonal, nekuřák, sportovec

PA: celý život pracuje jako výčepní v restauraci

AA: není alergický

LA: nebere nic

NO: (15. 1. 2010) asi dva měsíce pozoruje bolesti ce-

lých DK v klidu i po námaze, zhoršení jak při jízdě na kole tak v klidu, v noci ho budí. Uvádí trvalý pocit brnění prstů obou DK. Ujde asi 500 m - 1000 m. Má bolesti v bederní krajině, které vystřelují do obou hýždí a po zvýšené námaze musí hledat úlevovou polohu, také bolí kolenní klouby zejm. po delším stoji. Současně má nehojící se defekt malíku LDK po poranění při pedikúře.

Obj: 198 cm, 78 kg, TK 135/70 P66 min., obě DK bez otoků, onychomykóza, řídké ochlupení. Malík LDK lehce prosáklý, tmavě fialové probarvení, které se omezuje pouze na malík, prst je citlivý
Pulzace: AF +/+ , AP +/+ , ATP +/0, ADP 0/0.
Karotidy tepou symetricky bez šelestů.
Ost. somat. nález bez patol. nálezu.
Biochemie: negativní (viz příloha)

Vyšetření:

ABI 0,94 na obou končetinách

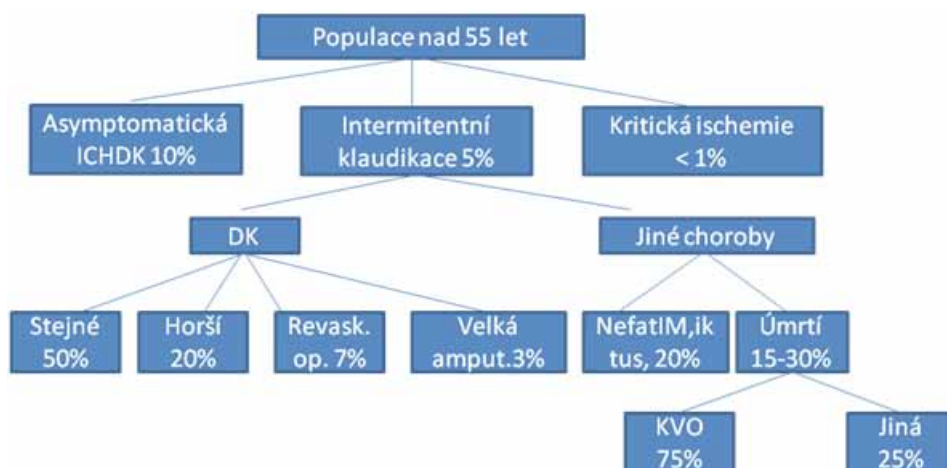
SONO tepen obou DK : difúzní sklerotické změny, bez známek hemodynamicky významné stenózy tepen DK



MUDr. Otto Herber

kritická končetinová ischemie - bolest v končetině v klidu, v akrálních partiích nohy

Epidemiologie ICHDK a pětiletý průběh choroby u klaudikujících osob ve věku nad 55 let



J. Hradec, J. Špaňál. Kardiologie, angiologie str. 310, Karolinum, Galén

Obr. 1: Končetinová angiografie 5.2.2010



SONO břicha: difúzní jaterní léze, v.s. steatóza, evakuovaný žlučník, přehledné orgány břicha a retroperit. bez odchylek.

RTG LSp: jen incip. def. spondylóza Lp, gonathróza I.st. bilat, incip. F-P artróza bilat

Th: lokální ošetření defektu - Bactroban ung, Doxybene tbl., vazodilatancia, NSA

Dif. Dg. ICHDK x VAS LSp

Po týdnu se stav nemění, lokální nález prakticky stejný, pacient je objednan na cévní amb., v mezidobí se rozšiřuje interdigitální mykóza.

Ambulantní cévní vyš. 22.1 2010

Klinika idem ve shodě s nálezem u VPL, na LDK defekt špičky malíku s nekrózou nehtového lůžka, na PDK suchá ragáda na zevní straně nohy.

Dg. I702 ateroskleróza končetinových tepen

I743 obliterace aa.cru. part. I.sin.

L97 vřed dolní končetiny

M54 VAS

Th: Anopyrin 100mg 1x1, Enelbin ret. 2x1, převazy

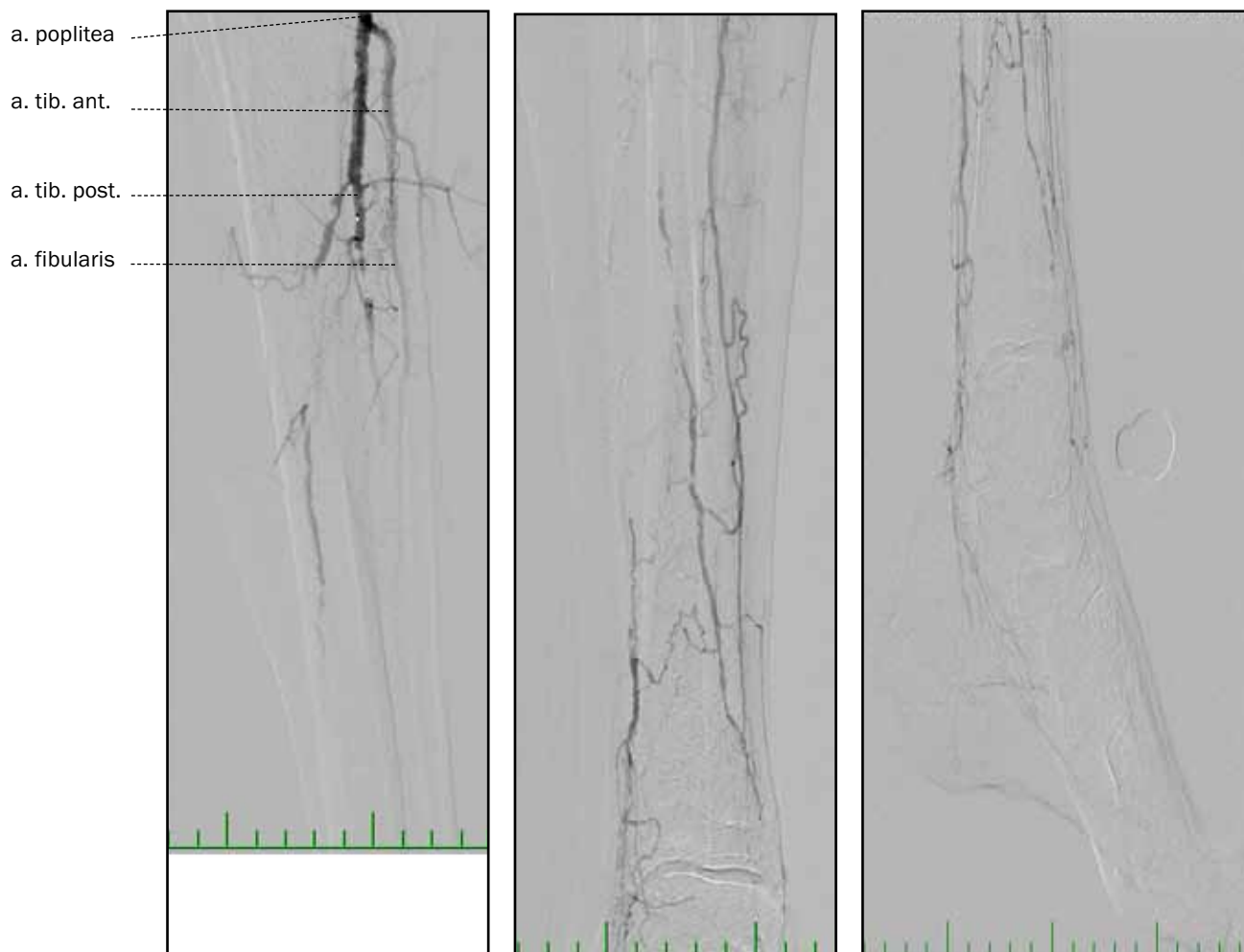
Doporučení: AS režim, chůze, zákaz pobytu v zakouřených místnostech, léčba stejná, ko kdykoliv.

Končetinová angiografie 5.2. 2010 (viz obr. 1):

Vpravo: AFib obliterovaná v proximální části, těsná stenóza ATA proximálně i ve střední části, ATP s těsnými stenózami v celém průběhu. Vlevo: těsné stenózy ATP v prox. části, krátký uzávěr AFib proximálně, ATA je uzavřena v dist. části. Chabě se plní a. plant. i a. dorz. pedis.

Závěr: Pac. je indikován ke konzervativnímu postupu,

Obr. 2: PTA, 19.5. 2010 - LDK



event. možná angioplastika bérkových tepen bilat.

Průběh: Stav se nemění, bolesti a ulcerace indikují další intervenci: 19.5. 2010 podstupuje na základě nové AG pokus o **PTA bérkových tepen** (viz obr. 2) při ohrožení končetiny. PTA bérkových tepen vlevo vykazuje obliteraci a. cruris. Intervenčně se jedná o neúspěšný pokus rekanalizace uzavřených bérkových tepen. Výkon je ukončen jako technický neúspěch. Nelze proniknout ani za podpory dilatačního balónku. Je patrné kolaterální zásobení, proto nadále bez intervence a důraz na symptomatickou terapii.

Doporučení: konzervativní postup, antiagregace a vasodilatace a trénink chůze.

Závěr

61-letý pacient uváděl několikaměsíční bolesti v lýtkách s klaudikačním intervalem 500-1 000m. Dále měl defekt malíku LDK po pedikúře, obtíže se zhoršovaly v noci. Sportovec, nekuřák (ale pasivní, celoživotní výčepní!!).

Biochemie: lipidogram, glykémie, renální parametry, zánětlivé markery – vše zcela v normě

- 1. AG obliteratio aa. cruris parc. I. utr. praecip. I. sin.
- 2. PTA dtto, neúspěšná rekanalizace uzavřených bérkových tepen
- Th: pohybový režim, antiagregace, vasodilatace
- Závěr: kritická končetinová ischemie (CLI) s defektem.
- **Aktuální stav pacienta:** trvají bolesti DK prakticky beze změn, defekty zhojeny, denně ujeďe na kole

5-10km

- **Závěr : kritická končetinová ischemie (CLI) s defektem.**

Přestože se CLI vyskytuje u pacientů s ICHDK v 1 % pacientů s uvedenou diagnózou, jde o závažné onemocnění. Je patrné, že i prezentovaný pacient s relativně nízkým počtem rizikových faktorů (astenik, sportovec, ale celý život v kuřáckém prostředí – výčep) a jemu podobní, mohou být ohroženi ICHDK. Proto bychom na tuto chorobu měli myslet dříve a hlavně častěji a vždy přistupovat k pacientům v kontextu všech rizikových a genetických faktorů. Důležité je honocení výsledků zobrazovacích metod vždy s ohledem na klinický stav pacienta. Rovněž není na místě spoléhat na zalečení ICHDK v rámci např. jiné formy AS.

Literatura:

Kardiologie, Angiologie str. 318, J. Hradec, J. Spáčil Karolinum, Galén

Doporučený a diagnostický léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře Ischemická choroba dolních končetin . D. Kařetová, K. Roztočil, O. Herber, SVL ČLS JEP 2011

MUDr. Otto Herber je iniciátorem uceleného sledování aplikace vybraných statinů v primární péči a spoluautorem DP ICHDK pro praktické lékaře.

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

Mgr. Lucie Kotlářová, klinický farmaceut¹
MUDr. Bohumil Skála, Ph.D., praktický lékař²

¹Edukafarm s. r. o., Praha

²Ambulance všeobecného praktického lékaře pro dospělé, Lanškroun

Cílená detoxikace jako podpora účinné farmakoterapie

Ve vztahu k organismu se jako xenobiotika označují látky tělu cizí, které organismus nepotřebuje k plnění svých funkcí. Xenobiotika (z řeckého *xenos* = cizí) organismus přijímá spolu s potravou, dále pokožkou, sliznicemi či respiračním traktem. Většina cizorodých látek se zapojuje do chemického dění v organismu, může zasahovat do metabolismu, ovlivňovat jeho regulace nebo měnit biologické struktury a jejich funkce; zprostředkovaně tak tyto látky mohou ovlivňovat účinky nastavené farmakoterapie u pacienta. Detoxikace, tedy cílená biotransformace a exkrece xenobiotik z buněčné a mezibuněčné úrovně směrem k vylučovacím orgánům vede k zefektivnění buněčných funkcí i metabolismu mezibuněčného prostoru, vyplněného komunikační a imunologicky aktivní extracelulární tkání, zvanou taktéž extracelulární matrix (ECM). Do dnešní doby se zachovala tradice jarních očistných kúr pomocí bylinných čajů, vedoucích ve své podstatě ke zvýšení diurézy a vyplavení těla cizích látek. Fyziologická regulační medicína nabízí koncepci biotransformace xenobiotik od buněčné úrovně až po exkreci eliminačními orgány v souladu s xenobiochemickými principy.



Mgr. Lucie Kotlářová



MUDr. Bohumil Skála,
Ph.D.

Detoxikace xenobiotik na úrovni buněk

V průběhu první fáze transformace xenobiotika dochází zpravidla k zavedení polární funkční skupiny do základní molekuly xenobiotika. Vznikají tak polárnější produkty, které se snadněji vylučují močí z organismu. Nezbytnou součástí enzymatických oxidačně-redukčních procesů jsou kofaktory. Mnohé z kofaktorů mají úzký vztah k vitamínům rozpustným ve vodě, současně navázané se zbytky kyseliny fosforečné na strukturu nukleotidu.

Druhá fáze biotransformace se nazývá konjugace nebo též syntetická. Dochází v ní k interakci vzniklého biotransformačního meziprojektu z první fáze s

tzv. konjugacním činidlem, výsledkem čehož je zpravidla látka velmi polární, disociovaná v prostředí buněčného pH. Výsledný produkt těchto dvou kroků již není schopen se reabsorbovat, a je proto vyloučen z organismu.

Poslední, třetí fázi biotransformace xenobiotika je jeho aktivní transport prostřednictvím transmembránového přenašeče ven z buněčného prostředí do mezibuněčného prostoru.

Celkově se jedná ve všech třech fázích o proces energeticky velmi náročný. Tyto energeticky dependentní procesy jsou zcela závislé na správné funkci mitochondrií, resp. dýchacím řetězcem a Krebsově cyklu. Pro fyziologickou obnovu homeostázy buňky se využívá fyziologická regulační medicína donory kofaktorů enzymů (kofaktory jsou součástí enzymů, které výrazným způsobem urychlují enzymatické procesy), donory aktivátorů enzymatických reakcí (soli kovů a minerálů) a samozřejmě v neposlední řadě také donory aktivací energie pro zajištění hladkého průběhu všech reakcí po stránce energetické (mediátory Krebsova cyklu a dýchacího řetězce).

Detoxikace na úrovni mezibuněčného prostoru

Extracelulární matrix (ECM) je tkáň vyplňující mezibuněčný prostor a je dalším kompartmentem našeho organismu, který je možným místem kumulace xenobiotik, ať již v procesu biotransformace xenobiotika a jeho aktivního transportu z buňky do tohoto prostoru, nebo se stává místem kumulace různých metabolických produktů tohoto prostoru. ECM představuje většinu celkového objemu většiny tkání.

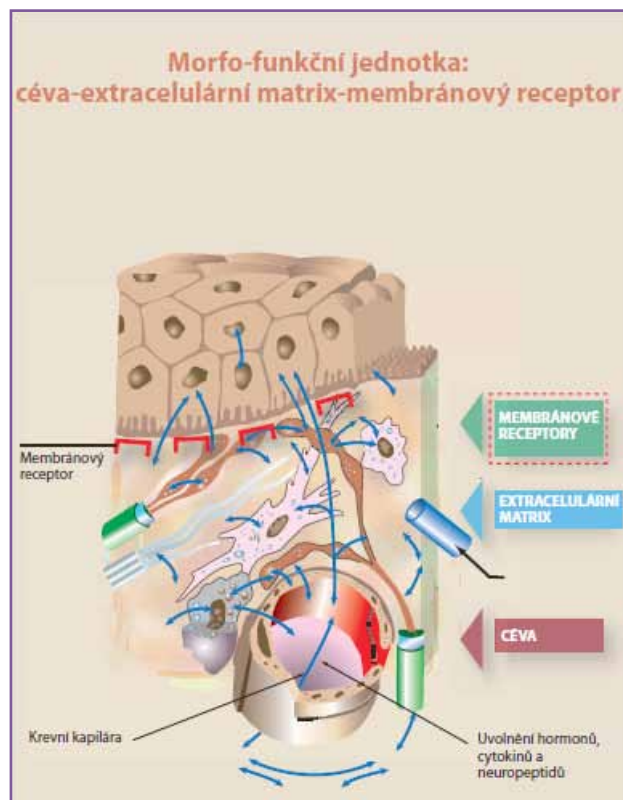
ECM však nemá jen strukturální roli jakési výztuže a opěry buňky, neslouží jen k ukotvení buněk a zajištění pružnosti tkání. Má svou významnou roli v buněč-

Přípravek GUNA CELL	
Mechanismus účinku	Účinné látky zodpovědné za daný mechanismus
Stimulace buněčné respirace posílením energetického metabolismu	Kyselina α -lipoová, kyselina jantarová, kyselina fumarová, kyselina citronová, sodná sůl kyseliny oxaloctové, sodná sůl kyseliny pyrohroznové
Katalytický účinek koenzymů na buněčné funkce	α -tokoferol, kyselina askorbová, thiamin, riboflavin, niacin, kyselina panthoténová, pyridoxin, kyselina listová, kobalamin
Katalytický účinek aktivátorů enzymů na buněčné funkce	Soli manganu, hořčíku, fosforu, vápníku, železa, síry, selenu, mědi, zinku, draslíku
Indikace: Stimulace buněčného metabolismu	

né diferenciaci, a především je nezbytná pro mezibuněčnou komunikaci. Právě mezibuněčná komunikace je v posledních letech podrobně studována. Prohlubují se poznatky o komunikačních molekulách, především cytokinech a růstových faktorech.

Z morfoloického hlediska je ECM ve stálém kontaktu jednak se samotnou buňkou, jednak s vyživujícími kapilárami a lymfatickým systémem. Tomu odpovídá i funkce tohoto morfoloického celku. ECM zajišťuje komunikační prostor mezi živinami, kyslíkem a dalšími látkami z krevního řečiště a vlastní buňkou. K efektivnímu působení této morfo-funkční jednotky je zapotřebí splnění několika podmínek. ECM musí být schopen exkrece xenobiotik z tohoto prostoru směrem do lymfatického systému, dále musí být zajištěna homeostáza tohoto prostoru (co největší solubilizace) a musí být podpořena dostatečná látková výměna. ECM je při zachování těchto podmínek schopna účinně zprostředkovávat komunikační tok cytokinů, hormonů a neuropeptidů z krevního řečiště směrem k cílové buňce, obr. 1.

Obr. 1: Extracelulární prostor ve vztahu k membránovým receptorům a krevnímu řečišti



Přípravek GUNA MATRIX	
Mechanismus účinku	Účinné látky zodpovědné za daný mechanismus
Podpora metabolismu – stimulace energetické mitochondriální aktivity	Kyselina jablečná, sodná sůl kyseliny oxaloctové, sodná sůl kyseliny pyrohroznové, kyselina askorbová
Zvýšená látková výměna extracelulární matrix	Interleukin 6, DHEA
Stimulace sympatiku	Tyrosine, fenylalanin, histidin, Fucus vesiculosus
Hydrolyza extracelulární matrix	Hyaluronidasa
Solubilizace extracelulární matrix	Prolaktin, DHEA
Indikace: Detoxikace extracelulární matrix	

Detoxikace na úrovni lymfatického systému

Xenobiotika vyloučena z ECM směřují dále do lymfatického systému, prostřednictvím něhož se dostávají do krevního oběhu a do vylučovacích orgánů, tedy do jater a ledvin. Farmakologicky lze podpořit lymfatický systém cílenou směsí fytofarmak působících na zpevnění a stabilizaci tonu kapilár v rámci prevence lymfedému a zlepšení proudění lymfy. Fytofarmaka dále působí protizánětlivě na lymfoepiteliální tkáň, snižují spasmus zánětlivého podkladu a podporují následnou obnovu lymfatické cirkulace. Levothyroxin zlepšuje dynamiku proudění lymfy.

Přípravek GUNA LYMPHO	
Mechanismus účinku	Účinné látky zodpovědné za daný mechanismus
Zlepšení proudění lymfy a stabilizace tonu žilní stěny s následným snížením exsudátu a zmenšením lymfedému	Myosotis arvensis, Equisetum hiemale, Hydrocotyle asiatica, Taraxacum officinale, Sarsaparilla, levothyroxin, kyselina jablečná, kyselina fumarová, sodná sůl kyseliny pyrohroznové, sodná sůl kyseliny oxaloctové
Snížení proliferace lymfoepiteliální tkáně	Hydrastis canadensis, Juglans regia
Protizánětlivý účinek na lymfoepiteliální tkáň – snížení lokálního zánětu, zmenšení lymfatických spasmů na zánětlivém podkladě a následná obnova lymfatické cirkulace	Calendula officinalis, Phytolacca decandra
Indikace: Lymfatická stáza (lymfedém), detoxikace extracelulární matrix, zánětlivá onemocnění lymfatických orgánů (lymfadenitida, lymfangoitida), hyperplazie nebo hypertrofie lymfatických orgánů.	

Detoxikace na úrovni eliminačních orgánů

Ledviny

Vylučování na úrovni ledvin je složitý proces se třemi hlavními fázemi pro exkrece xenobiotik. Čistá renální clearance je určena glomerulární filtrací, aktivní sekrecí prostřednictvím transportního systému v proximálním tubulu a pasivní tubulární reabsorpcí. Při renální insuficienci může docházet k zadržování metabolitů xenobiotik v organismu. Fyziologická regulační medicína podporuje funkci ledvin tak, že aktivuje exkrekční funkci ledvin a ledvinových tubulů svým diuretickým účinkem a protizánětlivým působením prostřednictvím aktivních látek rostlinného původu.

Přípravek GUNA-KIDNEY	
Mechanismus účinku	Účinné látky zodpovědné za daný mechanismus
Aktivace exkrekční funkce ledvin a ledvinových tubulů, diuretický účinek	Solidago virgaurea, Equisetum hiemale, Ononis spinosa, Orthosiphon stamineus, Sarsaparilla
Protizánětlivý účinek na ledvinové kanály	Plantago major
Aktivace specifické imunitní odpovědi při cystitidě	Colibacillum, Proteus
Podpora metabolismu renální buňky	Kyselina jantarová, chinon
Indikace: Renální insuficience, cystopyelitida, nefrolitiáza, nefroskleróza	

Játra

Játra jsou jedním z nejdůležitějších orgánů lidského těla. Jsou bohatě prokrvená, protéká jimi až 25 % srdečního výdeje, tzn. asi 1,5 litru krve za minutu. Mechanismem, který játra využívají pro exkreci léčiv, je aktivní transport, méně často je to prostá difuze na základě ustanoveného koncentračního gradientu mezi membránami hepatocytů. Vylučovaná látka prostupuje dvěma membránami hepatocytu, pólem krevním a pólem žlučovým. Žluč obsahuje 10x vyšší koncentraci xenobiotik (především konjugátů) než krev. Eliminace látek játry je ovlivněna několika faktory, k nimž patří množství a funkce hepatocytů či průtok krve játry.

Přípravek GUNA-LIVER	
Mechanismus účinku	Účinné látky zodpovědné za daný mechanismus
Stimulace jaterní filtrační funkce	Taraxacum officinale, Carduus marianus, Chelidonium majus, Ceanothus americanus
Posílení metabolismu jater	Kyselina fumarová, sodná sůl kyseliny pyrohroznové a oxalctové.
Ochranný vliv na membrány hepatocytů	Inositol, cholin
Podpora enzymatického systému jater	Thiamin, riboflavin, niacin, pyridoxin, kobalamin
Indikace: Jaterní insuficience, jaterní hypercholesterolemie, familiární hypercholesterolemie, hepatobiliární detoxikace, cholelitiáza s hyperbilirubinemií, jaterní steatóza.	

Závěr

Všechny úrovně vyloučení cizorodé látky z organismu zmíněné v tomto příspěvku mají zásadní význam pro organismus. Buněčná úroveň je zodpovědná za biotransformační procesy, úroveň eliminačních orgánů pak za exkreční proces. Významné místo zde sehrává mezibuněčný prostor, vyplněn extracelulární matrix, která dle nových poznatků funguje nejen jako opěrný výstužný systém buněk, ale přesně definovatelná komunikační a imunologicky aktivní tkáň, jejíž intoxikace xenobiotiky může být zodpovědná za selhání komunikační role této aktivní tkáně směrem k vlastní buňce. Role ledvin, jater a střeva ve vylučování cizích látek je školsky známá, funkce všech těchto orgánů je tradičně a empiricky podporována účinnými látkami z rostlinné říše. Cílená biologická transformace a vyloučení látek z organismu vede k zefektivnění účinnosti nastavené farmakoterapie u pacienta. Zároveň je celý tento proces součástí podpo-

ry homeostázy organismu, kdy dochází k efektivnějšímu využití komunikačních molekul v organismu (cytokinů, hormonů a neuropeptidů). V dalších příspěvcích se budeme věnovat zefektivnění metabolismu organismu a přispění k homeostáze organismu.

Poznámka: Přípravky jsou vázány na recept či žádanku lékaře, lékárna zajišťuje léčiva v distribuční síti PHOENIX, p. Sovadina (p.sovadina@phoenix.cz) nebo na telefonu: +420 548 135 419. Více informací k dané problematice na www.edukafarm.cz

Literatura

- Vodrážka Z. Biochemie. Praha: Academia, 1993.
 Dostálek M. Farmakokinetika. Praha: Grada, 2006.
 Bianchi I. La medicina mitocondriale. 2009.
 Sorokin L. The impact of the extracellular matrix on inflammation. Nature 2010;10:712–723.
 Hynes OR. The extracellular matrix: not just pretty fibrils. Science 2009;326:1216–1219.
 Milani L. Therapy of the extracellular matrix intoxication with physiological regulating medicine. Physiological Regulating Medicine 2007;1:45–51.
 Obrázek 1: Guna method therapeutic guide, Milano:GUNA.

Mgr. Lucie Kotlářová – promoce v roce 1997 na farmaceutické fakultě UK v Hradci Králové, v roce 2000 specializace v oboru klinická farmacie, v roce 2009 specializace z oboru nemocniční lékárenství. Zahraniční odborné stáže zaměřené na klinickou farmacii v roce 2001 v nemocnici Niquarda, Miláno; v roce 2002 nemocnice Monaldi, Neapol a v roce 2003 v National Institute of Health, Bethesda, USA. V roce 2004 členka organizačního výboru mezinárodního kongresu ESCP (European Society on Clinical Pharmacy) v Praze. Od roku 2005 jmenována členkou akreditační komise MZ ČR pro klinickou farmacii. Stejněho roku jmenována MZ ČR členkou zkušební komise pro atestační zkoušky z oboru klinické farmacie. Do roku 2010 členka výboru Sekce klinické farmacie České farmaceutické společnosti ČLS JEP. Od roku 2010 pracuje ve vzdělávací společnosti Edukafarm s.r.o. Bohatá přednášková a publikační činnost v oblasti farmacie.

MUDr. Bohumil Skála Ph.D. - promoval v r. 1983 na LF UK v Hradci Králové, od r. 1985 pracuje jako praktický lékař v Lanškrouně. V r. 2003 obhájil doktorskou práci na téma epidemiologie a preventivní lékařství. Je členem výboru SVL ČLS JEP, kde má na starosti problematiku onkologie, paliativní léčby a bolesti. Je spoluautorem a recenzentem monografie Onkologie pro praktické lékaře (Galén 2004), dále je spoluautorem doporučených postupů pro praktické lékaře – Farmakoterapie bolesti, Paliativní péče, Onkologická prevence a Bolesti hlavy.



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

Prim. MUDr. Karel Nešpor, CSc.

Psychiatrická léčebna Praha – Bohnice

Falešná pozitivita vyšetření na psychoaktivní látky a užívání léků

Toxikologické vyšetření má při diagnostice a léčbě návykových nemocí významné místo, jsou zde ale i určitá omezení a úskalí, na která upozorňujeme jinde (Nešpor, 1998). Například negativní nález u pacienta, který si aplikoval psychoaktivní látku, může být způsoben manipulací s močí nebo tím, že mezi odběrem a aplikací uplynula příliš dlouhá doba. Příčinou falešné negativity může být i malá citlivost screeningových testů. Ještě závažnější bývá falešná pozitivita screeningových vyšetření.



Prim. MUDr. Karel Nešpor, CSc.

Falešná pozitivita

Falešně pozitivní nález může mít pro pacienta nepříjemné následky v pracovní, právní nebo jiné oblasti života. Navíc falešná pozitivita narušuje terapeutický vztah pacienta s lékařem nebo vztah k zařízení.

O tom, že se jedná o závažný problém, svědčí práce autorů Brahm a spol. (2010). Tento tým shrnul na základě údajů z literatury falešně pozitivní nálezy imunochemických metod. Jejich závěry zde citujeme.

Falešnou pozitivitu na opiáty mohou kromě léků vyvolávat i potraviny obsahující semena máku. Situaci ještě komplikuje skutečnost, že mnozí pacienti jsou léčeni kombinacemi léků. Nelze vyloučit, že tyto kombinace mohou ovlivnit výsledek screeningového testování těžko předvídatelným způsobem.

Praktické důsledky

Vzhledem k výše uvedenému lze jen souhlasit se závěry autorů Brahm a spol. (2010). Ti uvádějí, že každý pozitivní nález by měl být ověřen jinou než imunochemickou metodou. To platí zvláště v situacích, kdy

pacient aplikaci psychoaktivní látky neguje a nejeví v době odběru klinické známky intoxikace. Doporučuje se proto vzorek rozdělit na dvě části a první vyšetřit screeningově. Jestliže je výsledek pozitivní, druhá část vzorku se vyšetří jiným způsobem. Za zlatý standard se považuje plynová chromatografie s hmotovou spektrometrií (Brahm a spol., 2010). Nevýhodou je přirozeně podstatně vyšší cena tohoto vyšetření.

Literatura

Brahm NC, Yeager LL, Fox MD, Farmer KC, Palmer TA. Commonly prescribed medications and potential false-positive urine drug screens. *Am J Health Syst Pharm.* 2010;67(16):1344-50.

Nešpor K.: Toxikologické vyšetření v klinické medicíně a při prevenci v pracovním prostředí. *Alkoholismus a drogové závislosti (Bratislava).* 1998; 33:31-38. Volně na www.drnespor.eu.

Prim. MUDr. Karel Nešpor, CSc.,
Psychiatrická léčebna Praha – Bohnice,
Mužské odd. pro léčbu závislostí, 181 02 Praha 8,
www.drnespor.eu, www.youtube.com/drnespor

Tab. 1: Některé typické falešně pozitivní nálezy při imunochemickém screeningu na psychoaktivní látky (volně podle Brahm a spol., 2010)

Možnost falešné positivity při vyšetření na psychoaktivní látku	
Některá antihistaminika a dekonjestiva	metamfetamin (pervitin)
Bupropion	metamfetamin (pervitin)
Clompramin	metadon
Sertralin	benzodiazepiny
Trazodin	metamfetamin (pervitin)
Venlafaxin	fencyklidin
Quinolonová antibiotika	opiáty
Ibuprofen	fencyklidin, kanabionoidy, barbituráty
Naproxen	kanabionoidy, barbituráty
Chlorpromazin	metamfetamin (pervitin), metadon
Promethiazin	metamfetamin (pervitin)
Quetiapin	metadon
Thioridazin	metadon
Dextromethorphan	fencyklidin
Ritalin	metamfetamin (pervitin)
Verapamil	metadon

Na cestách domů

Specializovaná paliativní péče v domácím prostředí

Cesta domů je občanské sdružení, které se snaží přispět ke zlepšení péče o umírající a jejich blízké v naší zemi. Jen málo z nás končí svůj život důstojně a tam, kde by si přálo. Snahou Domácího hospice Cesty domů je umožnit lidem umírat doma, být nablízku jim i jejich rodinám a poskytnout jim komplexní služby. Cesta domů se snaží přesvědčit politiky o potřebnosti této služby, o její efektivitě i ekonomičnosti, prostě o tom, že má být normální součástí zdravotně-sociálního systému.

Specializovaná domácí paliativní péče u nás zatím téměř neexistuje, protože neexistuje v legislativě a protože ji zatím nelze hradit z veřejného zdravotního pojištění. Žádný náš zákon nezná pojem v zahraničí zcela běžný, mobilní hospic. Ve všech okolních zemích včetně Polska a Maďarska, se tato péče rozvíjí, jen u nás jako bychom stále spali. Přitom již před šesti lety jsme ve výzkumu agentury STEM zjistili, že 75 % občanů naší země nechce umírat v LDN a nemocnicích, stejný počet z nás však svůj život v těchto institucích končí. Rozličná doporučení Rady Evropy hovoří jasnou řečí, ale my stále nemáme na výběr: jen málo umrtí lze zvládnout bez alespoň základní odborné pomoci doma, proto nakonec v té nemocnici končíme. I velmi moudrý a schopný praktický lékař nemůže situaci zásadně změnit, nemá k dispozici multidisciplinární tým, v paliativě tak zásadní, sotva může mít při svém vyčerpání čas a kapacitu na návštěvy u pacienta kdykoli, když se zhorší, a asi dlouhodobě nemůže mít 24 hodin 7 dní v týdnu zapnutý mobil, aby byl umírajícímu a jeho rodině opravdu k dispozici. Přesto by jistě mnohý rád tento důstojný konec života svým pacientům přál. Tuto specializovanou službu by měly obstarat mobilní hospice a s praktickým lékařem spolupracovat na kvalitní péči o jeho pacienta v závěru života tak, aby ti, kteří si přejí zůstat doma, nemuseli být odváženi na posledních pár dní do nemocnice. Legislativně mobilní hospice neexistují, přesto se v posledních letech na několika místech objevily, shromáždily profesionální zdravotníky, atestované lékaře a další profese a snaží se přesvědčit politiky, že mají na tento tolik potřebný způsob péče kývnout. Největší mobilní hospice jsou tři: v Praze, v Brně a v Ostravě. Péči poskytly již stovkám pacientů, Domácí hospic Cesta domů v Praze například za 8 let své činnosti pečoval o více než 850 pacientů. Za každým pacientem je nutné vidět nejen jeho (většinou onkologickou) diagnózu, ale i jeho přátele, rodinu (30 % našich pacientů jsou lidé v produktivním věku, někteří se vyrovnávají s tím, že umírají svým malým dětem a mladým partnerům), ale také spolupracujícího praktického lékaře. Jsme za spolupráci s pražskými praktiky vděční, v těch mnoha případech, kdy funguje, prospívá pacientovi, zdravotníci se navzájem učí a podporují a můžeme si připadat jako v Rakousku, kde ve velmi podobné zemi u velmi podobných lidí takový způsob péče ve spolupráci s rodinnými lékaři funguje již dvacet let zcela samozřejmě. Spolupráce s praktickým lékařem je důležitá především proto, že praktický lékař pacienta zná většinou dlouho a dokáže vstup domácího

hospice, jehož péče v průměru trvá asi 40 dní a někdy ještě o mnoho kratěji, podpořit vším tím, co o pacientovi a rodině ví. Domácí hospic zase nabízí specializovanou paliativní péči, komplexní posouzení stavu pacienta, jeho prognózy a možnosti toho, co se v dané situaci dá udělat, jak mu pomoci, aby žil na konci důstojně a umřel dobře.

Co služba mobilního/domácího hospice obnáší?

Je určena nevyléčitelně nemocným, kteří chtějí žít a dožít doma. Podmínkou je blízkost lidí, kteří mohou a chtějí celodenně pečovat o nemocného, a to, že ošetřující lékař doporučil paliativní léčbu. Při obvyklém průběhu nemoci lze očekávat, že pacienti mají před sebou život v řádu týdnů či měsíců. Průměrná doba námi poskytované péče v rodinách je 40 dnů.

I když převážná většina našich pacientů je v konečném stádiu onkologického onemocnění (90 %), pečujeme také o lidi s chronickými ne-onkologickými onemocněními v pokročilé fázi. U těchto indikací musí být v lékařské zprávě zdokumentováno, že se jedná o konečnou fázi s vyčerpáním možností akutních intervencí, které by vedly k zásadnímu zlepšení stavu pacienta.

Nabízíme specializovanou paliativní péči, poskytovanou multiprofesním týmem, kde smyslem péče je zmírnit utrpení, ulevit od bolesti a tlumit příznaky, které provázejí závěr těžké nemoci. Hlavními pečujícími jsou rodina a blízcí pacienta. Lékařská a sesterská péče je dostupná 24 hodin denně, 7 dní v týdnu. V týmu dále pracují sociální pracovníci, psycholog, dobrovolníci. Nabízíme spolehlivou oporu rodině, která na sebe převzala péči o těžce nemocného člověka, a snažíme se být nablízku, když se dostaví nejistota, osamělost, vyčerpání.

Po přijetí pacienta do péče zasíláme praktickému lékaři podrobnou lékařskou zprávu, po ukončení péče také. Během péče náš lékař kontaktuje praktického lékaře kvůli ohledání nemocného, nezřídka konzultuje terapeutické postupy. Protože naše služba není hrazená z veřejného zdravotního pojištění, praktického lékaře žádáme často o pomoc při preskripci léků. Naše služby lze kombinovat také se službou home care (domácí péče).

Vrátím se ještě k těm zemím okolo nás, kde je specializovaná paliativní péče daleko samozřejmější: ve Vídni má mobilní hospic v péči na jednu 150 pacientů – my v Praze (samozřejmě s daleko menším týmem) jich máme kolem patnácti. Vídeň je podobně velké město a žijí v něm podobní lidé, jistě nejsou desetkrát více nemocní, tedy těch 150 umírajících lidí tu denně v Praze také je. Kladu si otázku: kde ale jsou? Myslím, že jsou v těch nemocnicích, kde by být nemuseli... mobilní hospic v dobré spolupráci s praktiky může ukazovat cestu z této smutné situace ven.

Martina Špinková
ředitelka Cesty domů

Pravidelné paliativní konzultace pro lékaře

Hospicové občanské sdružení Cesta domů poskytuje pro pražské pacienty služby specializované paliativní péče – domácí hospic – již devět let. Multidisciplinární tým tým hospice pomáhá blízkým pacientů s infaustní prognózou v péči 24 hodin denně, 7 dní v týdnu.

Cesta domů nabízí od ledna roku 2011 novinku: lékařskou konzultační službu na speciální lince pro všechny lékaře, kteří pro své pacienty využijí konzultaci v oblasti paliativní péče, zvláště léčby bolesti nebo dalších symptomů chronických a nevyléčitelných onemocnění.

Lékařky domácího hospice jsou k dispozici na telefonu každý pátek od 8:30 do 10 hodin. Telefonní číslo je 774 532 698. Více informací najdete na www.cestadomu.cz a www.umirani.cz



MUDr. Jan Kovář, MUDr. David Halata

Prekonference Mladých praktiků v Karlových Varech (10. 11. 2010)



MUDr. Jan Kovář



MUDr. David Halata

Vážení kolegové,

dovolte nám stručně shrnout postřehy a poznatky z I. prekonference Mladých praktiků konané na pozadí kongresu SVL v listopadu 2010 v Karlových Varech. Prekonference proběhla podle provizorního programu bez zádrhelů, spolupráce s organizátory byla výtečná.

Účast byla nad očekávání vysoká, překvapivě s převahou "starších" praktických lékařů. Mladých praktiků na konferenci zcela zřejmě oproti minulým létům výrazně přibýlo, nadále je však počet spíše tristní. Prekonference samotné a následné diskuze se zúčastnilo asi 25 lidí, z nichž velmi aktivní byli kolegové z vedení SVL v čele s docenty Býmou a Seifertem a dr. Muchou. Nezapadli však ani mladí praktici čerstvě atestovaní či potýkající se s potížemi převodů praxe.

Dle očekávání byla z celé prekonference klíčová závěrečná diskuze. Docent Býma se ujal spontánně moderování diskuze a přednesl příspěvek o dojednávání jednodušších podmínek pro získání rezidenčních míst a o komplikacích, které stále brání spuštění akreditovaných e-learningových kursů. Dále od něj zazněla velmi vstřícná pobídka v možnosti bezplatného plnohodnotného členství v SVL pro všechny studenty LF, kteří o členství "na zkoušku" projeví zájem (včetně Practicusu, Medical Tribune, "purkyněk",...). Tato nabídka je platná již více než rok, avšak málo využívaná, jistě by šlo ze strany Mladých praktiků více prezentovat a přitáhnout tak více zájemců o náš obor.

Z diskuze zcela vážně vyplynula velmi mlhavá představa mnohých mladých praktiků o reálné podobě předávání praxí, vedení praxí a dokonce i jen základních ekonomických aspektech praxe. Z tohoto úhlu pohledu je nesmírně důležité, aby školitelé školení informovali (či výstižněji zaslýchli do tajů...) o hospodaření praxe, učili je základům managementu. Aby mladý praktik vůbec tušil, kolik bude (by mohl) minimálně činit příjem jeho eventuální budoucí ordinace. Nebudeme se pak bát na první pohled astronomických cifr za nákup praxe. Dr. Mucha v tomto smyslu navrhl workshop či seminář na téma převádění praxí, příjmy praxe, rozbor otázky "kolik co stojí" na půdě IPVZ či jiné

budoucí nástupnické instituce. Tedy pro Mladé praktiky téma (na rozdíl od některých jiných) "jak dělané". Nečekáme jen na pomoc zvenčí, ve vedení Mladých praktiků se pracuje na doporučeném postupu pro předávání praxí. Mnoho z nás má již bohaté osobní zkušenosti. Situaci by prospěla i navržená možnost propojení inzertní části webových stránek Mladých praktiků se stejnou rubrikou stránek SVL a více tak propojit mladé praktiky se zájmem o odkup praxí a starší kolegy se zájmem praxe prodat.

Dále bylo diskutováno riziko řetězců praxí pod hlavičkou velké finanční skupiny. I v této souvislosti je třeba v rizikových regionech řešit převod praxe pečlivě, aby ji řetězce doslova neuchvátily díky svým nestandardním postupům. S obavami se hovořilo o souvisejícím plíživém tunelování zdravotní daně.

Dalším okruhem diskuzí k vypíchnutí byla WONCA 2013 (diskuze probíhala nejen na prekonferenci, ale i na panelové diskuzi prof. Švába). Vysoké finanční náklady na WONCu v Praze by mohly být pro mladé praktiky výrazně redukovány odměnou za účast v organizačním týmu WONCy. Bylo by velice přínosné z naší strany více prezentovat mezi mladými praktiky, zkusit vypracovat seznam případných zájemců a předložit výboru SVL (organizačnímu výboru WONCy). Ještě bychom rádi zmínili srdečnou nabídku prezidentky SSVPL dr. Vavrkové (taktéž přítomna naší prekonferenci) na bližší spolupráci. Celkem jasným poselstvím celé akce se je otevřená podpora vedení SVL naší organizaci, zájem o spolupráci a pro nás potvrzení smysluplnosti naší počínající činnosti.

MUDr. David Halata - absolvoval LF UK v Hradci Králové v roce 2005, atestace 2009, člen SVL, SPL ČR, Mladí praktici, Společnost horské medicíny ČR, všeobecný praktický lékař v Hošťálkově u Vsetína, externí zaměstnanec ZZS Zlínského kraje.

MUDr. Jan Kovář - Absolvoval 2. LF v roce 2007, t.č. rezident v oboru VPL v ordinaci ve Volyni. Člen organizace Mladí praktici, SVL, SPL ČR.



MUDr. Norbert Král

Program Hippokrates

Stejně jako v minulém roce se sdružení Mladí praktici uchází o grant Leonardo z evropských fondů. Několikrát jste se již mohli v časopise Practicus dočíst o náplni tohoto programu. Ve stručnosti se jedná o výměnný vzdělávací pobyt pro evropské mladé praktické lékaře (tzn. lékaře v přípravě nebo do pěti let po složení atestace) v délce dvou týdnů. Grant by měl mladým praktickým lékařům pokrýt cestovní výdaje a náklady na ubytování, kapesné není zahrnuto. Před podáním žádosti jsme museli uzavřít písemně dohodu s partnerskými zeměmi o vzájemné výměně přesného počtu praktických lékařů. Celkem v roce 2011–2012 by se mělo uskutečnit 14 výměn (4x Portugalsko,

4x Polsko, 2x Rakousko, 2x Řecko a 2x Velká Británie). Věříme, že v roce 2011, kdy příprava byla mnohonásobně intenzivnější než loni, konečně uspějeme. Pokud ne, budeme zdroje hledat jinde. Výsledky žádosti budou k dispozici na konci května. O dalším vývoji vás budeme informovat.

Závěrem bychom chtěli vyzvat, jak mladé praktické lékaře, kteří mají o výměnu zájem, tak jejich školitele, kteří by byli ochotni nabídnout svou praxi a zkušenosti ke školení hostujícího mladého praktického lékaře, aby nás kontaktovali na emailové adrese **norbert.kral@seznam.cz**.



MUDr. Norbert Král

MUDr. Pavel Vychytil

Valná hromada Mladých praktiků Pozvánka

Rada Mladých praktiků srdečně zve své členy i případné zájemce o členství na Valnou hromadu sdružení Mladí praktici. Na setkání Mladých praktiků shrneme naše aktivity včetně hospodaření za rok 2010. Dále zazní příspěvek o problematice získávání praxí a postupu zakládání praxe na zelené louce. Jako zástupce IPVZ vystoupí dr. Štolfa s novinkami ve specializační (předatestační) přípravě. Zástupci naší sekce zahraničních aktivit budou informovat o programu Hippokrates, fondu Leonardo da Vinci, Nadaci pro Vaše srdce a o konferenci WONCA ve Varšavě 2011. K uvedeným tématům pak bude zahájena diskuze. V závěrečné části určené pouze členům proběhne volba předsedy, členů rady a členů revizní komise. Po skončení oficiálního programu budou zarezervována místa v restauraci pro možnost neoficiálního setkání. Pozvání platí pro všechny, kteří splňují podmínky evropské definice mladého praktika, tzn. student se zájmem o obor VPL, lékař ve specializační přípravě ve VPL nebo lékař do 5 let po složení atestační zkoušky z VPL.

Valná hromada proběhne ve čtvrtek 7. 4. 2011 od 16:30 na půdě 3. LF UK (Ruská 87, Praha 10) v Burianově posluchárně.

Za Radu Mladých praktiků
Pavel Vychytil, předseda



MUDr. Pavel Vychytil

MUDr. Kateřina Javorská

VdGM Junior Researcher Award

Vážení mladí kolegové,

evropská organizace Vasco da Gama Movement uspořádala vůbec poprvé soutěž pro mladé lékaře (lékaře v přípravě a pět let po složení atestace), kteří pracují na výzkumném projektu.

Právě ti mají šanci přihlásit se a zúčastnit se výběru nejlepší výzkumné práce ve všeobecném praktickém lékařství mladých lékařů v Evropě. Hlavní cenou je 2000 Euro.

Více informací je k dispozici na stránkách organizace – **www.vdgm.eu**.

Své přihlášky můžete posílat na e-mail členky Europe Council VdGM za Českou republiku Kateřiny Javorské - **kjavorska14@yahoo.co.uk**.



vasco da gama movement



MUDr. Kateřina Javorská

POEM: Patient oriented evidence that matters

Vědecké důkazy aplikovatelné v každodenní péči o pacienta

Klasifikační kritéria pro revmatoidní artritidu 2010

Klinická otázka:

Jaká jsou nová aktualizovaná klasifikační kritéria u pacientů s podezřením na revmatoidní artritidu?

Závěr:

Tento konsenzuální panel navrhuje klinická a laboratorní měřítka s cílem usnadnit včasnou identifikaci pacientů s revmatoidní artritidou. (LOE = 5)

Reference:

Aletaha D, Neogi T, Silman AJ, et al. 2010 rheumatoid arthritis classification criteria: an American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism collaborative initiative. *Arthritis Rheum* 2010;62(9):2569-81.

Typ studie:

Neaplikovatelné

Financování:

Nadace

Prováděcí prostředí studie:

Neaplikovatelné

Synopse:

Pracovní skupina z Americké revmatologické společnosti (American College of Rheumatology) a z Evropské ligy proti revmatismu (European League Against Rheumatism) se sešla, aby aktualizovala klasifikační kritéria z r. 1987 pro hodnocení pacientů s novými příznaky neurčené zánětlivé synovitidy.

Jejich cílem je zlepšit dovednost lékařů při identifikaci pacientů v časném stádiu onemocnění. Pracovní skupina použila 3-stupňový proces. V prvním stupni použili data z kohort pacientů s časnou artritidou, aby identifikovali faktory asociované s rozhodnutím započít léčbu metotrexátem. Ve druhém stupni tyto faktory vytřídili a procesem vzájemného konsenzu je ocenili. Ve třetí fázi vyvinuli kritéria udaná v této zprávě.

Jejich doporučení jsou následující:

- (1) Pacienti by měli být vyšetřeni na revmatoidní artritidu, pokud mají alespoň postižen 1 kloub s jasně klinicky průkaznou synovitidou, kterou nelze lépe vysvětlit jinými procesy.
- (2) Využívat bodového hodnocení v kategoriích A až D (viz níže). Jestliže je součet bodů 6 nebo více, pacienti mohou být klasifikováni, že mají definivní revmatoidní artritidu.

A. Postižení kloubů

1 velký kloub	0 bodů
2-10 velkých kloubů	1 bod
1-3 malé klouby	2 body
4-10 malých kloubů	3 body
10 nebo více kloubů (alespoň jeden malý kloub)	5 bodů

B. Sérologie

Negativní revmatický faktor (RF) a negativní protilátky proti citrulinovanému proteinu (ACPA)	0 bodů
Nízce pozitivní RF nebo nízce pozitivní ACPA	2 body
Vysoce pozitivní RF nebo vysoce pozitivní ACPA	3 body

C. Reaktanty akutní fáze

Normální C-reaktivní protein (CRP) a normální sedimentace erytrocytů (FW)	0 bodů
Abnormální CRP nebo abnormální FW	1 bod

D. Délka trvání symptomů

Méně než 6 týdnů	0 bodů
6 týdnů a více	1 bod

ATP III je efektivnější než JUPITER

Klinická otázka:

Jsou strategie preskripce statinů založené na studii JUPITER efektivnější v prevenci koronárních příhod než tradiční strategie?

Závěr:

V této hypoteticky modelované situaci, ve které byla na populační kohortu aplikována kritéria studií ATP III, Jupiter a extended (rozšířený) JUPITER, bylo u strategie ATP III výsledně méně pacientů užívajících statiny při současně větší efektivitě v prevenci koronárních příhod. (LOE = 2b)

Reference:

Nanchen D, Pletcher MJ, Cornuz J, et al. Public health impact of statin prescribing strategies based on JUPITER. *Prev Med* 2011;52(2):159-163.

Typ studie:

Jiné

Financování:

Průmysl + vláda

Prováděcí prostředí studie:

Založeno na populaci

Synopse:

Tito autoři aplikovali doporučení „Adult Treatment Panel III“ (ATP III), kritéria pro „Justification for the Use of Statins in Primary Prevention: An Intervention Trial Evaluating Rosuvastatin“ (JUPITER) a kritéria "extended" JUPITER na populaci 2 268 dospělých bělochů ve věku od 35 do 75 let, žijících ve Švýcarsku s cílem určit vhodnost indikace užívání statinů.

Kritéria pro časnou revmatoidní artritidu:
- počet a typ postižených kloubů
- sérologie (RF, ACPA, CRP, FW)
- délka trvání symptomů

strategie ATP III - "méně znamená více"

- indikace k léčbě statiny podle hladiny hsCRP se neukazuje být efektivní

Doporučení ATP III využívají Farminghamské rizikové skóre a hladiny lipidů ke stratifikaci pacientů do 10letých rizikových skupin pro KVO (kardiovaskulární onemocnění). Podle ATP III doporučení by lékaři měli začít léčbu statiny u vysoce rizikových pacientů (10leté riziko KVO >20 %) s hladinou LDL cholesterolu nad 2,6 mmol/l, u středně rizikových pacientů (10leté riziko KVO 10-20 %) s LDL hladinou nad 3,4 mmol/l a u nízkorizikových pacientů (10leté riziko KVO <10 %) s LDL hladinou nad 4,1 mmol/l.

U kritérií JUPITER by lékaři měli předepsat statiny u pacientů s hladinou kardiosenzitivního (high sensitivity) C-reaktivního proteinu (hsCRP) v rozmezí 2,0 mg/l až 10,0 mg/l a hladině LDL nad 3,4 mmol/l. U kritérií „extended“ JUPITER by pacienti měli dostat statiny, je-li jejich hsCRP mezi 2,0 až 10,0 mg/l a jejich LDL hladiny pod 3,4 mmol/l.

Autoři tato kritéria použili k určení „vhodnosti“ indikace statinů. Navíc promítli snížení absolutního rizika na výsledky výskytu KVO u pacientů užívajících těchto několik modelových přístupů.

Přibližně 16 % z pacientů v této kohortě již statiny užívalo. Při použití doporučení ATP III by bylo 27 % pacientů, kteří statiny dosud neužívali, vhodných k jejich indikaci a podle kritérií JUPITER by to bylo 37 % pacientů a podle kritérií extended JUPITER 46 % pacientů.

Při zkombinování těch, kteří již statiny užívali a pacientů vhodných k indikaci statinů, byla potenciální absolutní redukce výskytu KVO příhod vypočítána na 3,9 % u ATP III (NNT = 38), 2,5 % u JUPITER (NNT = 84) a 1,6 % u extended JUPITER (NNT = 92).

Toto modelové zkoušení přináší mnoho hypotéz o adherenci k léčbě, aplikovatelnosti dat od pacientů účastnících se klinických studií na pacienty "skutečného světa" atd.

PPI zlepšují symptomy zadní rýmy (postnasal drip symptoms, PDS)

Klinická otázka:

Mohou inhibitory protonové pumpy (PPI) zlepšit symptomy u pacientů s chronickou „zadní rýmou“ bez sinusitidy, kteří neodpovídají na kortikosteroidní léčbu nebo antihistaminika?

Závěr:

Inhibitor protonové pumpy lansoprazol přinesl významné zlepšení u symptomů zadní rýmy bez ohledu na to, zda-li pacienti měli prokázaný gastroezofageální reflux.

(LOE = 1b-)

Reference:

Vaezi MF, Hagaman DD, Slaughter JC, et al. Proton pump inhibitor therapy improves symptoms in postnasal drainage. *Gastroenterol* 2010;139(6):1887-1893.

Typ studie:

Randomizovaná kontrolovaná studie (dvojitě slepá)

Financování:

Průmysl

Prováděcí prostředí studie:

Ambulantní (specializované)

Rozdělení:

Nejisté

Synopse:

Do této studie byli zapojeni dospělí pacienti s chronickou rinitidou a zadní rýmou, kteří prošli běžným vyšetřovacím procesem. Šlo o nekuřáky bez CT průkazu sinusitidy a více než polovina z nich užívala nosní kortikosteroidy nebo antihistaminika, ale bez dostatečné kontroly symptomů. 75 pacientů bylo randomizováno (utajenost rozdělení není udána) do skupiny s placebem a do skupiny s léčbou PPI – lansoprazol v dávce 30 mg 2x denně po dobu 16 týdnů. Po 2 měsících léčby se symptomy v porovnání s počátečním stavem zlepšily (měřeno na 100 bodové stupnici) o průměrných 55 bodů v léčené skupině a o 3,5 bodu ve skupině s placebem (odds ratio = 3,12; 95% CI, 1,28 - 7,59). Nicméně procento pacientů, kteří nahlásili alespoň 50% zlepšení symptomů, se v obou skupinách nelišilo. Po 16 týdnech bylo průměrné zlepšení skóre symptomů podobné, i když počet pacientů oznamujících 50% nebo větší zlepšení narostl v léčebné skupině a snížil se v placebo skupině, což vyústilo do statisticky významného rozdílu, s 1 další osobou, která dosáhla tohoto stupně zlepšení na každých 2 až 10 pacientů léčených lansoprazolem místo placeba (NNT= 2,7; 1,7-9,6).

Podobně bylo zlepšeno skóre kvality života u refluxu a dyspepsie (Quality of Life in Reflux and Dyspepsia) jak po 2 tak po 4 měsících. Na druhou stranu, skóre míry symptomů rinosinusitidy (Rhinosinusitis Outcome Measure) se v obou skupinách nelišilo.

Typické symptomy refluxu na počátku studie nepředpokládaly odpověď na léčbu. Použití konzervativnější statistické analýzy by žádný rozdíl ve zlepšení symptomů nezjistilo.

Copyright © 2010 by Wiley Subscription Services,

Inc. All rights reserved.

Z angličtiny přeložila J. Laňková

u pacientů se zadní rýmou, bez přítomnosti alergické nebo sinusitidy, přineslo podávání lansoprazolu 2x 30 mg po dobu 8 a 16 týdnů statisticky významné zlepšení symptomů

lze předpokládat, že zadní rýma může být v některých případech projevem extraezofageální symptomatologie refluxu, ať klinicky vyjádřeného nebo okultního

Řádková inzerce...

VÝHODNÁ NABÍDKA

Nabízím ordinaci privátního praktického lékaře pro dospělé ve Zlíně. Praxe v centru města, v rekonstruované budově nemocnice, s veškerou navazující odbornou péčí. Kontakt: marjan55@centrum.cz, tel. 732 651 981

ÚŘAD STÁTNÍ SPRÁVY

Úřad státní správy přijme do služebního poměru praktického lékaře.

Požadujeme:

- ukončenou lékařskou fakultu všeobecného směru
- kvalifikační atestaci ze všeobecného lékařství
- Osvědčení k samostatnému výkonu lékařské praxe
- praxi v oboru min. 5 let

Nabízíme:

- plný pracovní úvazek, pevnou prac. dobu
- místo výkonu práce Praha
- možnost poskytnutí ubytování event. i služebního bytu
- nástupní plat 32 až 35.000 Kč s perspektivou navýšení

Strukturovaný životopis zasílejte na personal@bis.cz

Kontroly SÚKL v r. 2010

Avízo SÚKL ze dne 24. 02. 2011

Státní ústav pro kontrolu léčiv (SÚKL) vykonává pravidelný dozor v oblasti přípravy, výdeje, prodeje a distribuce léčiv a dále v oblasti zacházení a zkoušení zdravotnických prostředků. Zjištění z těchto kontrol zveřejňuje na svých webových stránkách, a tak je možné se jednoduše dozvědět např. o nejzávažnějších a nejčastěji vyskytujících se nedostacích a závadách.

Kontroly lékáren

Ke konci roku 2010 SÚKL evidoval celkem **2 406 lékáren** a **250** odloučených oddělení výdeje léčiv a zdravotnických prostředků (OOVL).

Inspektoři odboru lékárenství a distribuce provedli v průběhu roku 2010 celkem **900 inspekci** zdravotnických zařízení lékárenské péče (z toho 35 nemocničních lékáren a 4 lékárny fakultních nemocnic). U 45 případů se jednalo o kontrolu cílenou (na základě podnětu).

Na základě skutečností zjištěných při kontrolách bylo podáno celkem **73 návrhů na uložení pokuty** za SÚKL v porušení zákona o léčivech. S provozovateli lékáren bylo zahájeno **18 správních řízení**, ve 4 případech byla lékárně **pozastavena příprava léčivých přípravků** a ve **3 případech byla pozastavena činnost** celé lékárny. V rámci kontrol **zacházení s návykovými látkami** v lékárnách bylo u **18 lékáren** zjištěno závažné porušení zákona o návykových látkách a v **10 případech** byl podán návrh na **zahájení správního řízení**.

Mezi nejzávažnější zjištěné závady v roce 2010 patřil např. volný prodej léčivých přípravků, jejichž výdej je vázán na lékařský předpis, nebo nález léčivých přípravků, které měly být z lékáren staženy na základě zjištěné závady v jakosti. V souvislosti s kontrolou zacházení s **návykovými látkami** byly zjištěny hlavní nedostatky ve vedení evidence a v dokumentaci návykových látek a přípravků. Ke kritickým závadám patřil opakovaný výdej na recept s modrým pruhem nebo výdej léčiv s obsahem návykových látek farmaceutickým asistentem.

Více informací naleznete na <http://www.sukl.cz/kontroly-lekaren-v-roce-2010>.

Kontrola zacházení s léčivými přípravky ve zdravotnických zařízeních

V roce 2010 provedl SÚKL ve zdravotnických zařízeních celkem **300 kontrol** a zaměřil se na dodržování zákona o léčivech. V lůžkových odděleních nemocnic se uskutečnilo **36 kontrol**, v samostatných ambulancích praktických lékařů, lékařů specialistů a v ambulancích očkovacích center pak **264 kontrol**.

Ve zdravotnických zařízeních byly u více jak poloviny případů zjištěny nedostatky drobné, u jedné třetiny šlo o nedostatky významné a v 7 % se objevily kritické závady.

V lůžkových odděleních tvořily drobné závady tři čtvrtiny z celkového počtu závad, necelých 13 % pak významné nedostatky a 13 % kritické závady.

V ambulantních zařízeních byly drobné závady zjištěny u více jak poloviny celkového počtu závad, u jedné třetiny se jednalo o závady významné a u 6 % kritické.

Nejčastějšími nedostatky ve zdravotnických zařízeních byly chybějící nebo nedostatečně zpracované standardní operační postupy (173 případů), nedostatečná evidence reklamací a závad v jakosti (169 případů), nedostatečné záznamy teplot uchovávání, nedostatečná kontrola doby použitelnosti léčivých přípravků (116 případů) a chybné uchovávání léčivých přípravků (114 případů). Závažným porušením zákona bylo opětovné používání vrácených léčiv od pacientů nebo jejich rodinných příslušníků.

Více informací naleznete na <http://www.sukl.cz/kontrola-zdravotnickych-zarizeni-v-roce-2010>.

Kontrola zdravotnických prostředků u poskytovatelů zdravotní péče

V roce 2010 bylo provedeno celkem **102 kontrol** ve státních i nestátních zdravotnických zařízeních, v rámci kterých se kontrolovalo **1 266 zdravotnických prostředků**. Cílem kontrol bylo zajistit, aby zdravotní péče byla poskytována pomocí vhodných, bezpečných a účinných zdravotnických prostředků tak, aby při jejich správném použití k účelům, pro které jsou určeny, nedošlo k poškození zdraví poskytovatelů ani jejich uživatelů.

Celkem bylo zkontrolováno **407 přístrojů**, z toho u 140 přístrojů byly zjištěny závady. U všech přístrojů zároveň proběhla kontrola dokumentů o splnění podmínek pro užívání zdravotnických prostředků při poskytování zdravotní péče. Počet celkově zkontrolovaných zdravotnických prostředků činil **859 přístrojů**. Bez závad vyšlo 649 přístrojů, u 210 bylo identifikováno celkem 461 závad. I zde byly kontrolovány dokumenty o splnění podmínek pro používání. Kontrola byla provedena také u **186 stanovených měřidel** – 158 tonometrů, 4 audiometrů, 16 očních bezkontaktních tonometrů, 3 očních kontaktních tonometrů a 2 osobních vah.

Dále bylo v roce 2010 provedeno **102 kontrol** u **1 266 zdravotnických** prostředků, které se zaměřovaly na šetření nežádoucích příhod a monitorování nápravných nebo preventivních opatření.

V oblasti šetření nežádoucích příhod a monitorování nápravných nebo preventivních opatření bylo oznámeno a zahájeno šetření 91 nežádoucích příhod. Bylo přijato 732 hlášení o nápravných nebo preventivních opatřeních od kompetentních autorit, výrobců nebo jejich zplnomocněných zástupců, případně distributorů. Z celkového počtu přijatých hlášení mělo 275 hlášení informativní charakter, dotčené zdravotnické prostředky nebyly distribuovány na český trh.

Více informací naleznete na <http://www.sukl.cz/kontrola-u-poskytovatelu-zdravotni-pece-v-roce-2010> a <http://www.sukl.cz/hodnoceni-cinnosti-oddeleni-npp>.



Karta života jako jedna z alternativ eHealth

Vážené kolegyně a kolegové, v rubrice PC a doktor pravidelně přinášíme informace o novinkách v IT (informačních technologiích) zajímavých pro praktické lékaře. Je to téma značně živé a diskutované.

V tomto čísle jsme dali prostor prezentaci projektu tzv. Karty života, který je jednou z možností praktického využití e-Health. Přestože má ještě několik "dětských nemocí", je jeho velkou výhodou fakt, že nevyvádí informace ani finance ven ze zdravotního systému a je spravován přímo (bez prostředníka) zdravotní pojišťovnou.



MUDr. Cyril Mucha

Karta života - pomocník pro efektivní léčbu



Přestože Karta života Zdravotní pojišťovny ministerstva vnitra ČR (ZP MV ČR) existuje jen něco málo přes rok, vzbudila u pacientů i lékařů velký zájem. Užívá ji už více než 63 000 klientů ZP MV ČR a každý týden si Kartu života aktivuje v průměru 1 200 nových zájemců. Pojišťovna jim ji nabízí zcela zdarma. Do projektu se zapojily už i stovky praktických lékařů.

Karta života je soubor důležitých údajů o zdravotním stavu pojištěnce, které jsou uloženy elektronicky na serveru ZP MV ČR. Údaje o užívaných lécích, chronických onemocněních, alergiích a další, si vyplňuje sám pojištěnec. Tyto údaje má k dispozici jeho praktický lékař, který je může korigovat nebo doplnit ve svém sloupci.

Pro praktického lékaře jsou poznámky pacienta důležité mj. i proto, že má možnost zjistit, jaké pacient užívá léky předepsané jinými, například odbornými, lékaři. „Společně s pacientem mohou pak praktičtí lékaři posunout kvalitu péče o zdraví pacientů o kus dál. Užívají-li pacienti např. více léků současně, bude lékař upozorněn na hrozící nebezpečí jejich kombinace,“ doplňuje generální ředitel ZP MV ČR Jaromír Gajdáček.

Rychlá pomoc

K údajům má přístup elektronickou cestou sám pojištěnec, jeho registrující praktický lékař a zdravotnická záchranná služba. Proč záchranná služba? Protože v případě nenadálé nevolnosti, mdloby a podobně mají záchranáři díky Kartě života potřebné informace o zdravotním stavu klienta ZP MV ČR ihned k dispozici.

V kritických situacích tak může Karta života přispět k rychlejšímu a efektivnějšímu rozhodování lékařů o způsobu ošetření pacienta. „Při záchraně zdraví a životů není moc času hledat potřebné zdravotní údaje

o pacientovi. Karta života dává záchranáři okamžitě informaci, kterou potřebuje,“ vysvětlil generální ředitel Gajdáček.

Proto je také důležité, aby pacientovy informace byly potvrzeny praktickým lékařem. Za vyplnění Karty života i za její aktualizaci a kontrolu vyplněných údajů je praktický lékař bonifikován. Platí pravidlo: čím více karet, tím vyšší bonifikace.

S Kartou života lze pracovat za podmínky, že pojištěnec k tomu udělí souhlas, a to buď elektronicky přímo na portálu ZP MV ČR (praktickému lékaři se tato informace zobrazí v seznamu registrovaných pacientů) nebo přímo v ordinaci praktického lékaře podpisem souhlasu v papírové verzi (především u pojištěnců, kteří nemají možnost přístupu k internetu).

Léčebné programy

V letošním roce zahajuje ZP MV ČR pilotní projekt léčebných programů pro několik diagnóz. Výsledky pilotního projektu budou vyhodnoceny začátkem roku 2012. ZP MV ČR předpokládá, že projekt bude postupně výrazně rozšířen. V průběhu letošního roku se k projektu Karta života připojí i další zaměstnanec zdravotní pojišťovna – Česká průmyslová zdravotní pojišťovna.

Na otázku, jaká společnost Kartu života spravuje, je jednoduchá odpověď – žádná. „Vystačíme si s našimi zaměstnanci a s naším informačním systémem. Proto také tento produkt nevyžaduje žádné vysoké náklady,“ konstatuje generální ředitel ZP MV ČR Jaromír Gajdáček.

Mgr. Hana Kadečková
tisková mluvčí ZP MV ČR

elektronické zdravotnictví (eHealth) je souhrnný název pro řadu nástrojů založených na informačních a komunikačních technologiích, které podporují a zlepšují prevenci, diagnostiku, léčbu, sledování a řízení zdraví a životního stylu



Obory specializačního vzdělávání lékařů a obory certifikovaných kurzů



MUDr. Jozef Čupka

Vážené kolegyně a kolegové,
v následujícím textu přinášíme aktuální informace o legislativních změnách - **Vyhlášky č. 361/2010 Sb., kterou se mění vyhláška č. 185/2009 Sb., o oborech specializačního vzdělávání lékařů, zubních lékařů a farmaceutů a oborech certifikovaných kurzů.**

Dle této zákonné normy nedochází pro praktické lékařství k podstatným změnám, ale mění se struktura základních oborů a nastavbové obory pro další specializační vzdělávání.

pozn.: změny jsou označeny červeným textem

§ 2

- (1) Základní obory, označení odbornosti lékaře, zubního lékaře a farmaceuta se specializovanou způsobilostí a minimální délka specializačního vzdělávání jsou stanoveny v příloze č. 1 k této vyhlášce.
- (2) Základní kmeny, které jsou součástí základních oborů lékařů uvedených v příloze č. 1 k této vyhlášce, jsou anesteziologický, dermatovenerologický, gynekologicko-porodnický, hygienický, chirurgický, interní, neurologický, oftalmologický, ortopedický, otorinolaryngologický, patologický, pediatrický, psychiatrický, radiologický, urologický a základní kmen všeobecné praktické lékařství. Délka vzdělávání v základním kmene činí 24 měsíců.
- (3) Doporučená délka specializačního vzdělávání v České republice je stanovena příslušným vzdělávacím programem.

§ 3

Nastavbové obory, minimální délka vzdělávání v těchto oborech a označení odbornosti lékaře a farmaceuta se zvláštní odbornou způsobilostí jsou stanoveny v příloze č. 2 k této vyhlášce.

§ 4

Převedení specializací podle vyhlášky č. 77/1981 Sb., o zdravotnických pracovnících a jiných odborných pracovnících ve zdravotnictví, podle zákona č. 95/2004 Sb., ve znění zákona č. 125/2005 Sb. a zákona č. 124/2008 Sb., a podle vyhlášky č. 233/2008 Sb., o oborech specializačního vzdělávání lékařů, zubních lékařů a farmaceutů, na základní obory, nastavbové obory a na základní kmeny podle této vyhlášky je uvedeno v příloze č. 3 k této vyhlášce.

§ 5

Lékaři, kteří podle dřívějších právních předpisů získali specializaci I. stupně a nezískali specializovanou způsobilost podle § 44 zákona č. 95/2004 Sb., splňují podmínky pro získání certifikátu o absolvování základního kmene v příslušném základním oboru podle této vyhlášky.

§ 6

Převedením specializované způsobilosti na zvláštní odbornou způsobilost podle přílohy č. 3 k této vy-

hlášce není dotčena specializovaná způsobilost získaná podle dřívějších právních předpisů. Tato skutečnost se prokazuje příslušným dokladem osvědčujícím získání specializované způsobilosti podle dřívějších právních předpisů.

§ 7

Lékaři, zubní lékaři a farmaceuti zařazení ke dni nabytí účinnosti této vyhlášky do specializačního vzdělávání podle dřívějších právních předpisů jej dokončí podle dřívějších právních předpisů.

Čl. II

Přechodná ustanovení

1. Lékaři, zubní lékaři a farmaceuti zařazení ke dni nabytí účinnosti této vyhlášky do oborů specializačního vzdělávání nebo základních kmenů anebo nastavbových oborů podle vyhlášky č. 185/2009 Sb., ve znění účinném do dne nabytí účinnosti této vyhlášky, dokončí vzdělávání podle vyhlášky č. 185/2009 Sb., ve znění účinném do dne nabytí účinnosti této vyhlášky.
2. Úspěšné absolvování společného základu specializačního vzdělávání podle vzdělávacích programů zveřejněných Ministerstvem zdravotnictví ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví¹⁾ se považuje za absolvování základního kmene příslušného specializačního oboru²⁾; absolvování společného základu
 - a) interního se považuje za absolvování základního kmene interního,
 - b) chirurgického se považuje za absolvování základního kmene chirurgického,
 - c) pediatrického se považuje za absolvování základního kmene pediatrického,
 - d) patologického se považuje za absolvování základního kmene patologického,
 - e) radiologického se považuje za absolvování základního kmene radiologického,
 - f) hygienického se považuje za absolvování základního kmene hygienického,
 - g) neurochirurgického se považuje za absolvování základního kmene chirurgického.

Poznámky k čl. II vyhl. č. 361/2010 Sb.

¹⁾ § 5 odst. 5 zákona č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění zákona č. 189/2008 Sb.

²⁾ § 4 odst. 2 zákona č. 95/2004 Sb.



Příloha č. 1

ZÁKLADNÍ OBORY, OZNAČENÍ ODBORNOSTI LÉKAŘE, ZUBNÍHO LÉKAŘE A FARMACEUTA SE SPECIALIZOVANOU ZPŮSOBILOSTÍ

Bod	Základní obor	Označení odbornosti	Minimální délka specializačního vzdělávání (v letech) včetně délky vzdělávání v kme-ni)	Základní kmen
1.	alergologie a klinická imunologie	alergolog a klinický imunolog	4	interní nebo pediatrický
2.	anesteziologie a intenzivní medicína	anesteziolog	4	anesteziologický
3.	cévní chirurgie	cévní chirurg	5	chirurgický
4.	dermatovenerologie	dermatovenerolog	3	dermatovenerologický
5.	dětská chirurgie	dětský chirurg	5	chirurgický
6.	dětské lékařství	dětský lékař	4	pediatrický
7.	diabetologie a endokrinologie	diabetolog a endokrinolog	5	interní nebo pediatrický
8.	gastroenterologie	gastroenterolog	4	interní nebo chirurgický
9.	geriatrie	geriatr	4	interní nebo všeobecné praktické lékařství
10.	gynekologie a porodnictví	gynekolog a porodník	4	gynekologicko-porodnický
11.	hematologie a transfuzní lékařství	hematolog	3	interní nebo pediatrický
12.	hygiena a epidemiologie	hygienik a epidemiolog	4	hygienický
13.	chirurgie	chirurg	5	chirurgický
14.	infekční lékařství	infekcionista	4	interní nebo pediatrický
15.	kardiochirurgie	kardiochirurg	5	chirurgický
16.	kardiologie	kardiolog	4	interní
17.	klinická biochemie	klinický biochemik	4	interní nebo pediatrický
18.	klinická onkologie	klinický onkolog	4	interní nebo pediatrický
19.	lékařská genetika	lékařský genetik	4	interní nebo pediatrický nebo gynekologicko-porodnický
20.	lékařská mikrobiologie	lékařský mikrobiolog	4	interní
21.	nefrologie	nefrolog	4	interní
22.	neurochirurgie	neurochirurg	5	chirurgický
23.	neurologie	neurolog	4	neurologický
24.	nukleární medicína	lékař se specializovanou způsobilostí v nukleární medicíně	4	interní nebo radiologický
25.	oftalmologie	oftalmolog	3	oftalmologický
26.	ortopedie	ortoped	5	ortopedický
27.	otorinolaryngologie	otorinolaryngolog	3	otorinolaryngologický
28.	patologie	patolog	4	patologický
29.	plastická chirurgie	plastický chirurg	5	chirurgický
30.	pneumologie a ftizeologie	pneumolog	4	interní
31.	praktické lékařství pro děti a dorost	praktický lékař pro děti a dorost	4	pediatrický
32.	psychiatrie	psychiatr	4	psychiatrický
33.	radiočinná onkologie	radiočinný onkolog	4	interní
34.	radiologie a zobrazovací metody	radiolog	4	radiologický
35.	rehabilitační a fyzikální medicína	rehabilitační lékař	3	interní nebo chirurgický nebo pediatrický nebo ortopedický nebo neurologický
36.	revmatologie	revmatolog	4	interní
37.	soudní lékařství	soudní lékař	5	patologický
38.	traumatologie	traumatolog	5	chirurgický
39.	urologie	urolog	5	urologický
40.	vnitřní lékařství	internista	5	interní
41.	všeobecné praktické lékařství	praktický lékař	3	interní nebo všeobecné praktické lékařství



Tento test je zařazen do kontinuálního vzdělávání ČLK a za správné vyřešení testu bude řešitelům přiděleno 9 kreditů ČLK. Podmínkou ČLK pro přidělení kreditů je zaslání odpovědí v písemné podobě na odpovědním lístku nebo elektronicky na www.svl.cz a **to nejpozději do 14. 4. 2011**. Písemné odpovědi zasílejte na adresu:

Oddělení vzdělávání SVL ČLS JEP, U Hranic 16, 100 00 Praha 10.

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

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.

**test
3/2011**

**Správné
odpovědi
testu
č. 2/2011:**

- 1a
- 2b
- 3ac
- 4b
- 5b
- 6c
- 7a
- 8abc
- 9ac
- 10ab

Interní indikace antikoagulační léčby

1. Pacient s femoropopliteální trombózou má v úvodu léčby:

- a) indikovanou elastickou kompresi a klid na lůžku s elevací dolní končetiny
- b) indikovanou elastickou kompresi, klid na lůžku a povolenou chůzi na WC a do koupelny
- c) doporučenou elastickou kompresi a chůzi

2. Pacientka s nerevmatickou fibrilací síní, 62 let, obézní, hypertonička, kuřáčka, s varixy DK:

- a) má kumulaci rizikových faktorů a má tedy jednoznačně doporučenou léčbu warfarinem
- b) má méně než 65 let a není ji tedy nutno léčit
- c) má 1 rizikový faktor a je možno ji léčit ASA nebo warfarinem

3. Pacient s umělou chlopní v mitrální pozici, léčený warfarinem, prodělal ischemickou CMP, po přijetí na neurologii měl INR 2,9. Další dlouhodobá terapie:

- a) kombinace warfarin s cílovým rozmezím 2,0-3,0 + ASA
- b) kombinace warfarin s cílovým rozmezím 2,5-3,5 + ASA
- c) warfarin s cílovým rozmezím 3,0-4,5

Význam stanovení proteinurie

4. Jako nefrotickou proteinurii označujeme stav, kdy se do moči za 24 hodin vyloučí:

- a) < 0,15 g/den
- b) 1,5-3,0 g/den
- c) ≥ 3,5 g/den

5. Jednorázový záchyt patologického výsledku poměru albumin/kreatin (ACR):

- a) je známkou počínajícího onemocnění ledvin
- b) je důvodem pro zopakování vyšetření v časovém odstupu
- c) je důvodem k zahájení screeningu rizikových onemocnění a při potvrzení nálezu je nutné odslat nemocného k nefrologovi

6. Proteinurie je rizikovým faktorem:

- a) pro progresi chronického renálního onemocnění s poklesem renální funkce
- b) celkové i kardiovaskulární mortality
- c) obě předcházející odpovědi jsou správně

Refluxní choroba jícnu

7. Co je nejdůležitějším předpokladem pro vznik refluxní choroby jícnu?

- a) špatný životní styl a kuřáctví
- b) nerovnováha mezi obrannými a

agresivními faktory v organizmu
c) nekontrolované užívání léků a potravinových doplňků

8. Symptomy signalizující obvykle závažné stavy jsou:

- a) chrapot, kašel, slinění
- b) pálení žáhy, kyselá regurgitace, říhání
- c) dysfagie, odynofagie

9. V rámci terapeutického testu u RCHJ je doporučováno užívat:

- a) omeprazol 2x 20 mg nebo lansoprazol 2x 30 mg nebo pantoprazol 2x 40 mg denně po dobu jednoho týdne
- b) omeprazol 2x 20 mg nebo lansoprazol 2x 30 mg nebo pantoprazol 2x 40 mg denně po dobu dvou až čtyř týdnů
- c) omeprazol 1x 20 mg nebo lansoprazol 1x 30 mg nebo pantoprazol 1x 40 mg denně po dobu jednoho týdne

10. Negativní (neúspěšný) terapeutický test je:

- a) indikací ke zdvojnásobení dávek PPI
- b) indikací k eradikační léčbě H. pylori
- c) indikací k endoskopii

Správné mohou být všechny tři možnosti.



odpovědní lístek - test č. 3/2011

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