



PRACTICUS

pro praktické lékaře zdarma • č.10/2024 • ročník 23



TÉMA:

Všeobecní praktičtí lékaři na Pražském hradě

Logistika zasílání abstrakt



**XIX. jarní
interaktivní konference**
Praha
16.–18. května 2025

**XLIV.
výroční konference**
Zlín
12.–15. listopadu 2025

Zaslání

4. března 2025

31. srpna 2025

Schválení

17. března 2025

15. září 2025

**Abstrakta zasílejte
přes webová rozhraní**

www.jik-svl.cz

www.konference-svl.cz

Cyklus konferencí Společnosti všeobecného lékařství v roce 2025



17.–18. ledna
Ostrava



14.–15. února
České Budějovice



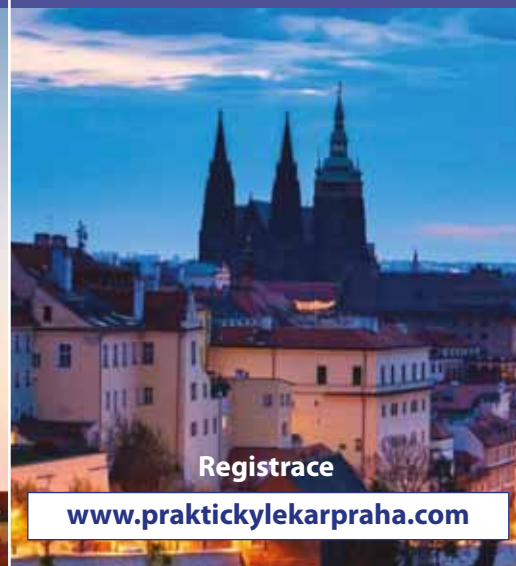
4.–5. dubna
Olomouc



11.–12. dubna
Hradec Králové



26.–27. září
Brno



10.–11. října
Praha

e-mail: sekretariat@target-md.com

Pořadatel: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP • **Organizátor:** TARGET-MD s.r.o.

OBSAH

PRACTICUS

odborný časopis SVL ČLS JEP
10/2024, ročník 23

INFO SVL

- 04 EDITORIAL
05 VŠEOBECNÍ PRAKTIČTÍ LÉKAŘI NA PRAŽSKÉM HRADĚ

ODBORNÝ ČLÁNEK

- 07 **TRANSTHYRETINOVÁ AMYLOIDÓZA SRDCE: ČASTÉ „VZÁCNÉ“ ONEMOCNĚNÍ**
prof. MUDr. Tomáš Paleček, Ph.D.
- 11 **CINITAPRID ROZŠIŘUJE MOŽNOSTI LÉČBY FUNKČNÍ DYSPEPSIE**
doc. MUDr. Jiří Slíva, Ph.D.

KAZUISTIKA

- 15 **PACIENT S ISCHEMICKOU CMP PŘI NON-ADHERENCI K LÉČBĚ ANTI-HYPERTENZIVY A STATINEM PO ROZTRŽENÍ FIXNÍ KOMBINACE NA VÍCE TABLET**

SCREENINGOVÉ PROGRAMY

- 20 **SCREENING KOLOREKTÁLNÍHO KARCINOMU**
doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D.

ZPRÁVY Z KV

- 26 **PACIENT (NEJEN) PRAKTICKÉHO LÉKAŘE V SYSTÉMU SOCIÁLNÍHO ZABEZPEČENÍ**
MUDr. Jana Venclová

AKTUALITY

- 31 **PŘED CHŘÍPKOU JE U NÁS CHRÁNĚNÝ JEN KAŽDÝ PÁTÝ SENIOR**

ROZOVOR

- 32 **OD AKUTNÍ PÉČE PO REHABILITACI: KOMPLEXNÍ POHLED NA ABDOMINÁLNÍ KATASTROFY**

Vydavatel:

Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP

Adresa redakce:

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

Redakce:

Šéfredaktor:

MUDr. Dana Moravčíková
ordinace@mudr-moravcikova.cz

Zástupci šéfredaktora:

MUDr. Otto Herber
ordinace@mudrherber.cz

MUDr. Jana Vojtíšková
janav.doktor@volny.cz

Manažerka časopisu:

Hana Čížková
practicus.svl@cls.cz

Redakční rada: MUDr. et MUDr. Jiří Bartoš, MUDr. David Bergmann, MUDr. Ludmila Bezdíčková, MUDr. Lenka Bilková, MUDr. Pavel Brejník, doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc., MUDr. Rudolf Červený, Ph.D., MUDr. Šárka Drbalová, MUDr. Jiří Havránek, MUDr. Ambrož Homola, Ph.D., MUDr. Jiří Horký, MUDr. Kateřina Javorská, MUDr. Igor Karen, MUDr. Stanislav Konštacký, CSc., MUDr. Norbert Král, MUDr. Vladimír Marek MUDr. Astrid Matějková, MUDr. Petra Mestická, MUDr. Dana Moravčíková, MUDr. Cyril Mucha, MUDr. Claudia Ondrušová, MBA, MUDr. Miloš Ponížil, doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D., MUDr. Bohumil Skála, Ph.D., MUDr. Helena Stárková, MUDr. Jan Šindelář, MUDr. Petr Šonka, MUDr. Josef Štolfa, MUDr. Sylva Táborská

Spolupracovnice časopisu:

Andrea Vrbová, Barbora Kyselová

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

Pro praktické lékaře v ČR zdarma. Roční předplatné pro ostatní zájemce **800 Kč.** • • • Přihlášky přijímá redakce. Toto číslo bylo dáno do tisku 10. 12. 2024 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 člancích. Texty neprochází jazykovými korekturami. Přetisk a jakékoliv šíření je povoleno pouze se souhlasem vydavatele. © SVL ČLS JEP, 2024

EDITORIAL



doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc.
předseda SVL ČLS JEP

Vážené kolegyně, vážení kolegové,

dovolte mi, abych Vám poděkoval za Vaši celoroční práci a podporu, která se projevila zejména při řešení krizové situace v rámci Úhradové vyhlášky. Bez Vašeho zásadového postoje bychom jistě nebyli úspěšní. Též děkuji všem VPL, kteří pomohli v rámci svých možností kolegům, kteří byli zaplaveni při nedávných povodních. Naše společnost uvolnila pro každého postiženého VPL částku 40 000 Kč a již vyplatila přes čtvrt milionu Kč. Za pozitivní skok v kompetencích v letošním roce můžeme považovat zrušení preskripčního omezení „L“ pro VPL a PLDD. Uvedené v naší specializaci představuje cca 1000 preparátů a máme v plánu žádat i o zrušení omezení pro další potřebné léky. Potěšujícím faktem je i dosažení nejlepšího hodnocení poskytované LPP v našich ordinacích v reprezentativním výzkumu občanů ČR ve srovnání s minulými lety.

Jistě důležitá byla též nedávná schůzka na Pražském hradě u pana prezidenta a jeho choti zaměřená na problémy v primární péči. V diskusi byla otevřena většina důležitých okruhů, které nás

trápí, jako jsou rezidenční místa, kvalita specializační přípravy, výuka všeobecného praktického lékařství na LF, venkovské lékařství, spolupráce se ZP, postoje MZ ČR k některým problémům organizace primární péče aj. První předběžné informace naleznete v tomto čísle a oficiální závěry a opatření budou prezentovány začátkem příštího roku.

Dovolte mi, abych za výbor i osobně poděkoval šéfredaktorovi našeho časopisu Practicus MUDr. Stanislavu Konštickému, CSc., za jeho dlouholetou úspěšnou práci v této funkci a popřál mu brzké uzdravení, které mu umožní návrat k jeho prospěšným aktivitám, jak v osobním, tak i profesním životě. Novou šéfredaktorkou je MUDr. Dana Moravčíková a užší redakční tým byl doplněn o kolegu MUDr. Otto Herbera. V současné době se diskutuje o určitých změnách v obsahu, frekvenci i formě vydávání a v tom budeme vycházet z Vašich doporučení, která jsme obdrželi v rámci Výroční konference v Karlových Varech. Změny budou postupné, tak jak se nám je bude dařit realizovat.

Vzhledem k tomu, že se jedná o poslední číslo v tomto roce, chtěl bych Vám všem popřát hodně štěstí a zdraví a totéž Vaším rodinám a blízkým. Jsem rád, že důležitost primární péče ve zdravotnickém systému v ČR již nikdo relevantní nezpochybňuje, a přeji si, abychom v roce 2025 všichni přispěli k dalším pozitivním změnám v primární péči v ČR.

Všeobecní praktičtí lékaři na Pražském hradě

Prezident republiky a paní Eva Pavlová uspořádali kulatý stůl na téma nedostatku lékařů v regionech



Prezident republiky Petr Pavel a paní Eva Pavlová v úterý dne 19. listopadu 2024 na Pražském hradě uspořádali Kulatý stůl s názvem „Nedostatek lékařů v regionech“. Tato problematika je dlouhodobě jedním z nejzávažnějších problémů českého zdravotnictví, zejména ve venkovských oblastech, kde nedostatek praktických lékařů ohrožuje rovný přístup k péči. Prezident republiky proto přizval k diskusi odborníky, aby společně hledali řešení tohoto naléhavého problému.

Debaty se zúčastnili zástupci odborných a profesních organizací praktických lékařů a praktických lékařů pro děti a dorost a Lékařské fakulty Univerzity Palackého v Olomouci, Ministerstva zdravotnictví ČR, Všeobecné zdravotní pojišťovny, Katedry všeobecného praktického lékařství Institutu postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, sdružení Mladých praktiků a další. Všeobecné praktické lékaře zastupoval předseda SVL doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc. a předseda SPL MUDr. Petr Šonka, Katedru všeobecného praktického lékařství IPVZ MUDr. Ludmila Bezdičková, pohled nastupující generace praktiků předseda sdružení Mladí praktici MUDr. Vojtěch Mucha, pohled lékařských fakult a vědeckého výzkumu MUDr. Ladislav Štěpánek, Ph.D. a venkovské lékařství předseda Pracovní skupiny venkovského lékařství SVL MUDr. David Halata.

Nedostatek praktických lékařů je v České republice nejvíce patrný na

venkově. Obyvatelé těchto oblastí často nemají dle dostupných dat stejný přístup ke zdravotní péči jako lidé ve městech, což vyvolává otázku, zda je v praxi dodržován ústavní princip rovnosti v přístupu ke zdravotní péči. Což považujeme za hlavní argument, proč se řešením problematiky dostupnosti zdravotní péče ve venkovských oblastech zabývá nejvyšší ústavní činitelem země – prezidentem republiky.

Dosud podniknuté kroky k řešení tohoto problému často postrádaly efektivitu a komplexní přístup, což vedlo k časovým prodávám a neefektivnímu využití zdrojů. Jedním z klíčových bodů debaty bylo rozlišování mezi celkovým rozvojem

venkova a specifickými pobídkami pro lékaře, kteří by byli ochotni na venkově působit. Všechny zúčastněné strany se shodly na nutnosti systémového přístupu, který zohlední jedinečné potřeby venkova.

Otevřená debata zahrnovala mnoho témat – od vzdělávání všeobecných praktických lékařů na lékařských fakultách a v předatestační přípravě až po genderovou rovnost v primární péči, redukci administrativní zátěže a rozvoj komplexních týmů primární péče včetně poskytování péče na sociálně zdravotním pomezí. Velký důraz byl kladen na zapojení studentů lékařských fakult do venkovské praxe a vytváření pevných vazeb mezi studenty a venkovskými ordinacemi.

Jedním z konkrétních návrhů bylo navýšení počtu



a výše dotace rezidenčních míst pro praktické lékaře. Tento krok, který není výrazně finančně náročný, může přinést rychlé výsledky a podpořit řešení nedostatku lékařů zejména v souvislosti s plánovaným navýšením počtu absolventů lékařských fakult o 20 % od roku 2025.

Během setkání byl také představen grantový projekt IPVZ Operační program zaměstnanosti+ a jeho venkovská část GO RURAL+, zaměřená na podporu regionální primární péče a vzdělávání. Projekt by měl být realizován od roku 2025.

Prezident republiky ocenil otevřenost a konstruktivní přístup všech účastníků. Zdůraznil, že závěry kulatého stolu budou pečlivě analyzovány a že následná jednání proběhnou s příslušnými ministry a dalšími představiteli státní správy. První vyhodnocení výstupů je plánováno na leden 2025.



Zapojení prezidenta republiky spolu s první dámou do problematiky zdravotnictví je výjimečným krokem, který podtrhuje důležitost zajištění dostupné zdravotní péče pro všechny občany. Zároveň je ale také připomínkou, že dosavadní řešení byla nedostatečná. Doufáme, že tato iniciativa povede k reálným změnám a k posunu směrem k lepší zdravotní péči, která bude přístupná všem, bez ohledu na místo bydliště.

Děkujeme prezidentu republiky Petru Pavlovi a paní Evě Pavlové za podporu otevřené diskuze a vyjádření celospolečenského významu tématu venkovského lékařství. Velmi si vážíme této spolupráce a těšíme se na další možnost společného jednání a navázání kontaktu při hledání udržitelných řešení pro české zdravotnictví.

Zdroj fotografií v článku a na titulní straně: Kancelář prezidenta republiky, autor foto: Tomáš Fongus



Transthyretinová amyloidóza srdce: časté „vzácné“ onemocnění

Epidemiologie všeobecného praktického lékaře se zásadně liší od epidemiologie vnímané specialisty, kteří se setkávají jen se selektovanou populací pacientů.

Většina problémů, se kterými pacienti navštěvují naše ordinace je lehkého, v rámci našich kompetencí řešitelného charakteru. Na druhou stranu je portfolio klinických případů, se kterými se setkáváme nekonečně pestré a zahrnuje i závažné stavy. Praktický lékař může narazit na stavy nebo onemocnění, které jsou raritní, vzácné. Štěstí je pak na straně pacienta, pokud je jeho lékař připraven; je schopen takový stav nebo chorobu rozeznat nebo pacienta správně nasměrovat.

Příkladem takového onemocnění je transthyretinová amyloidóza srdce, která je námětem prvního článku z této oblasti.

doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D.



prof. MUDr. Tomáš Paleček, Ph.D.

Centrum pro choroby myokardu a perikardu,
II. interní klinika-klinika kardiologie a angiologie,
1. lékařská fakulta, Univerzita Karlova
a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze

Shrnutí pro praxi

Transthyretinová amyloidóza srdce, především ATTRwt, je relativně častým „vzácným“ onemocněním s některými charakteristickými kardiálními i nekardiálními projevy. Mimo známek srdečního selhávání, s typickou výraznou disproporční elevací NTproBNP vůči tíži kardiální insuficience, se tato choroba může projevit asymptomatickými či symptomatickými převodními poruchami (různé formy AV blokády, raménkových blokády) s event. nutností kardiostimulace nebo fibrilací síní. V anamnéze bývá, a to již před projevem kardiálními, velmi častý syndrom karpálních tunelů, dále stenóza páteřního kanálu či jiné tendynopatie, možná je i senzorická polyneuropatie. Proto i praktický lékař může u jedinců starších 60 let na základě přítomnosti kombinace výše uvedených kardiálních a mimosrdečních příznaků vznést podezření na transthyretinovou srdeční amyloidózu a pacienta odeslat ke kardiologickému vyšetření.

Obecný úvod

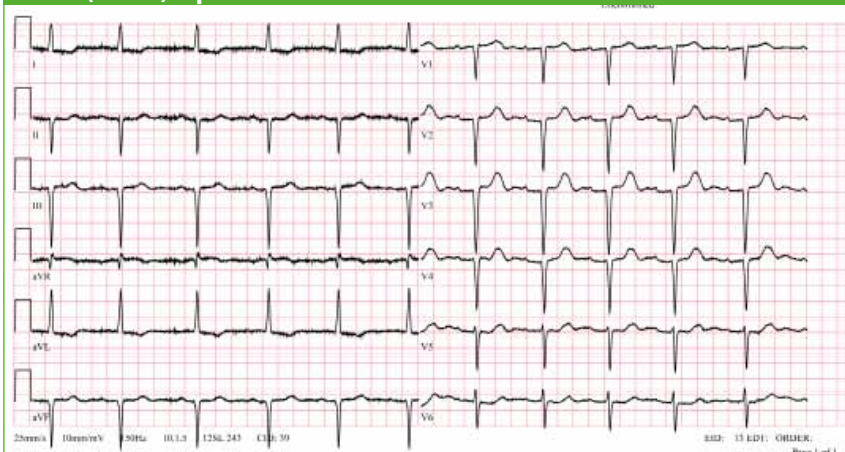
Amyloidóza je skupina chorob, jejichž společnou podstatou je extracelulární ukládání materiálu

bílkovinné povahy, konkrétně nerozpustných, strukturálně abnormálních nevětvených amyloidových fibril v konformaci tzv. beta skládaného listu namísto normálního alfa-helixu. Tato konformace podmiňuje vysokou rezistenci amyloidních depozit k proteolýze, což v dlouhodobém horizontu k narušení jak struktury, tak i funkce postižených tkání a orgánů. Dosud bylo literárně popsáno více než 36 amyloidogenních bílkovin.

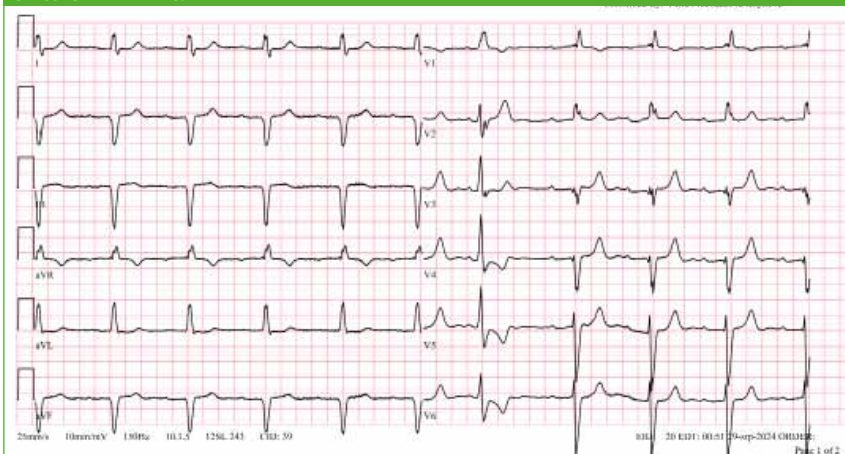
Z pohledu kardiologa jsou důležité dva typy systémových amyloidóz, které postihují srdce ve více než 95 % případů. Prvým z nich je dlouhodobě známá AL amyloidóza, dříve primární, jejíž podstatou je plasmocelulární dyskrázie, onemocnění kostní dřeně, vedoucí k výrazné nadprodukci amyloidogenních imunoglobulinových řetězců κ nebo λ . AL amyloidóza je prakticky vždy charakterizována multiorgánovým postižením, kdy srdce představuje s ledvinami nejčastěji postižené orgány. Diagnostika a specifická terapie AL amyloidózy jsou záležitostí hematologa¹.

Druhým nejčastějším typem srdeční amyloidózy je **transthyretinová amyloidóza (ATTR)**. Transthyretin (TTR) je fyziologický protein, který je dominantně produkován v játrech, fungující jako transportér thyroxinu a retinol vázajícího proteinu. ATTR se vyskytuje ve dvou typech: **divoké formě ATTR (ATTRwt, z angl. wild-type)**, dříve zvané senilní systémová ATTR, a autozomálně dědičné formě ATTR (ATTRv). ATTRv je v podmínkách naší republiky extrémně vzácným onemocněním, endemicky se typicky vyskytuje v přímořských státech, jako je Itálie, Portugalsko, Bulharsko, Irsko, Finsko atd. V posledním desetiletí naopak výrazně narůstá počet odhalených jedinců s ATTRwt, a to jak celosvětově, tak i v naší zemi, což je především dáno novými možnostmi neinvazivní diagnostiky. ATTRwt je v současnosti považována za nejčastější formu systémové amyloidózy. Charakteristicky postihuje **jedince starší 60 let**, většinou v osmé až deváté dekádě života, většinou muže. Dostupná je specifická léčba ATTRwt, která je vedena

Obrázek č. 1: EKG nález AV blokády I. stupně a levého předního hemibloku (LAHB) u pacienta s ATTRwt.



Obrázek č. 2: EKG nález AV blokády I. stupně v kombinaci s blokádou raménka Tawarova (RBBB) a levého předního hemibloku (LAHB) u pacienta s ATTRwt.



kardiologů ve specializovaných centrech¹. Jelikož ATTRwt je bezpochyby relativně často se vyskytující choroba u jedinců starších 60 let, která má řadu typických kardiálních i mimosrdečních projevů, které lze jednoduše rozeznat již v ambulanci praktického lékaře, je cílem tohoto článku podat přehled o charakteristických klinických manifestacích ATTRwt a stručně rozebrat diagnostiku a léčbu tohoto onemocnění.

Jaké jsou kardiální a mimosrdeční projevy transthyretinové amyloidózy?

Klinické manifestace transthyretinové srdeční amyloidózy rozdělujeme na kardiální a extrakardiální.

Zásadní srdeční manifestací ATTRwt je kardiomyopatie, která je charakterizována většinou difúzním zesílením stěn levé komory, podmíněným infiltrací TTR amyloidem (tzv. pseudohypertrofie). Ejekční frakce levé komory je většinou zachována nebo hraniční, u některých jedinců i snižena. Zásadní je diastolická dysfunkce levé komory, porucha jejího plnění, která vede ke klasickým příznakům **chronického srdečního selhání**: progredující námahové dušnosti, snížené výkonnosti, posléze – při pokročilé formě choroby – se projev i otoky dolních končetin, pocity plnosti břicha, pleurální výpotky, ascites až obraz anasariky. Řada prací ukázala, že ATTR-

wt představuje relativně častou příčinu – mezi 6–13 % srdečního selhání u jedinců nad 60 let, především se zachovalou či lehce sníženou ejekční frakcí levé komory. V podobném procentu se ATTRwt vyskytuje i u starších nemocných s aortální stenózou, kteří podstupují chirurgickou či katetrizační náhradu aortální chlopně². Charakteristickým laboratorním nálezem u nemocných se srdeční amyloidózou, včetně ATTRwt, a srdečním selháním, je **disproporční výrazná elevace NTproBNP vůči tíži srdečního selhání**. I jedinci s mírným srdečním selháním ve funkční třídě NYHA mají prakticky vždy mnohatisícové plasmatické koncentrace NTproBNP, což je pravděpodobně dáno aditivním toxickým efektem infiltrujícího amyloidu na myokard³

Kromě známek srdečního selhání se u nemocných s ATTRwt mohou vyskytovat i jiné kardiální projevy této choroby, a to i před rozvojem kardiální insuficience. Velmi časté jsou **převodní poruchy na EKG**. Mohou být asymptomatické či vést ke snížené výkonnosti, únavnosti až eventuálně synkopálním stavům. Mezi asymptomatické převodní poruchy, často vídané u ATTRwt, patří **levý přední hemiblok, resp. jeho kombinace s AV blokádou**

I. stupně, častá je i bifascikulární blokáda pravého raménka a levý přední hemiblok (Obrázky 1 a 2). **Pokročilejší formy atrioventrikulárních blokády** již obvykle vedou k symptomům a vyžadují **zavedení trvalého kardiostimulátoru**, což se týká asi jedné třetiny nemocných sATTRwt. Jako typický se obecně pro srdeční amyloidózu uvádí EKG nález **nízké voltáže QRS komplexu v končetinových svodech** a tzv. **obraz pseudoinfarktu v hrudních svodech** (Obrázek 3); u ATTRwt se tento nález vyskytuje se v cca 40 % případů.

Síňové arytmie, především **fibrilace síní**, se v průběhu doby vyskytnou prakticky u všech nemocných s ATTRwt. Vzhledem k současné poruše převodního systému má obvykle fibrilace síní klidnou komorou odpověď, a QRS komplex může vykazovat známky ramínkové blokády^{2,3}.

Dalším charakteristickým klinickým projevem srdeční amyloidózy je u původně normotenzních jedinců **sklon k hypotenzii** nebo **dekapitace arteriální hypertenze**, kdy je nutné postupně vysazovat, až zcela ukončit terapii antihypertenzivy. Podkladem sklonu k nižšímu krevnímu tlaku je snížení tepového objemu levé komory v kombinaci s autonomní polyneuropatií.

U řady jedinců s ATTRwt nacházíme i některé **typické mimosrdeční projevy**, které mohou v kombinaci s výše uvedenými kardiálními manifestacemi vést k podezře-

Obrázek č. 3: EKG nález nízké voltáže QRS komplexu v končetinových svodech a obrazu tzv. pseudoinfarktu v hrudních svodech u pacienta s ATTRwt.



ní na tuto chorobu. Jedná se především o **syndrom karpálního tunelu** (obr. 4), který zaznamenáváme v anamnéze u více než 60 % jedinců, ať již bilaterálního či unilaterálního. Manifestace syndromu karpálního tunelu u naprosté většiny nemocných předchází projevům srdečního selhání, a to v řádu několika let. Dalším klasickým extrakardiálním projevem ATTRwt je **ruptura šlachy brachiálního bicepsu** (obr. 5), často spontánní, kterou lze v anamnéze dohledat u cca 20 % jedinců; možné jsou i ruptury jiných šlach jako projev tendynopatie asociované s touto chorobou. Méně častou, ale též typickou mimosrdeční manifestací je **stenóza páteřního kanálu**; amyloidní depozita jsou nalézána v ligamentum flavum u téměř poloviny nemocných vyššího věku podstupujících operaci zúžení páteřního kanálu. Jak u ATTRwt, tak především u ATTRv jsou možné projevy **polyneuropatie**, typicky senzoričké, event. autonomní³.

Jak se transthyretinová amyloidóza srdce diagnostikuje?

Zásadní vyšetřovací metodou je **echokardiografie**, ke které by měli být odesláni všichni jedinci s podezřením na srdeční amyloidózu. Echokardiografie nediodiagnostikuje srdeční amyloidózu jako takovou, ale dokáže na

Obr. 4: Ukázka jizvy po operaci syndromu karpálního tunelu u pacienta s ATTRwt.



základě přítomnosti či absence řady známek tuto chorobu prakticky vyloučit, či na ní vzít menší či větší podezření, které v některých extrémně vyjádřených případech téměř hraničí s jistotou. Typickým nálezem je zesílení stěn levé komory, obvykle difuzní,

ale může být i asymetrické (dominantně je zesíleno septum komor), které odráží infiltraci myokardu amyloidem (tzv. pseudohypertrofie stěn). Dalšími echokardiografickými známkami srdeční amyloidózy jsou snížená kontrakce stěn levé komory v podélné ose srdce při zachovalé ejekční frakci, diastolická dysfunkce, zesílení stěny pravé komory, zvětšení levé či obou síní, možný je malý perikardiální výpotek.

Někteří jedinci nejsou iniciálně vyšetřeni echokardiograficky a podezření na srdeční amyloidózu může vzejít na základě vyšetření srdce **magnetickou rezonancí**, indikované v rámci dife-

renciální diagnostiky zesílení stěn/hypertrofie levé komory. Magnetická rezonance srdce poskytuje na snímcích tzv. pozdního postkontrastního syčení poměrně specifické obrazy srdeční amyloidózy, které odrážejí infiltraci intersticia srdce amyloidem (difuzní subendokardiální či víceméně transmuralní syčení kontrastní látkou).

Jestliže je na základě klinických známek, EKG, echokardiografického a/nebo magneticko-rezonančního nálezu vzneseno podezření na srdeční amyloidózu, následuje provedení dvou vyšetření, která jsou zaměřena na potvrzení či vyloučení přítomnosti obou dominantních etiologií srdeční amyloidózy, AL nebo ATTR. Prvým z nich je provedení **imunoelktroforézy séra, event. moči, a stanovení sérového poměru volných řetězců K a λ**. Negativní výsledek těchto laboratorních vyšetření prakticky stoprocentně vylučuje přítomnost abnormálního klonu plasmocytů v dřeni, tj. přítomnost AL amyloidózy, naopak pozitivní výsledek vede k podezření na plasmocelulární dyskrázii a pacienta je nutné primárně odeslat k hematologovi. Při negativním výsledku laboratorních hematologických testů vylučujících AL amyloidózu je indikováno cílené scintigrafické vyšetření pomocí techneciem značeného bisfosfonátu, v našich podmínkách typicky **DPD-scintigrafie**. Podávaná radiofarmaka se vysoce selektivně váží na myokard

Obr. 5: Ukázka neléčené spontánní ruptury m. biceps brachii staršího data u pacienta s ATTRwt.



postižený amyloidem, a to s daleko větší afinitou u ATTR než u AL. Jasně pozitivní výsledek tohoto scintigrafického vyšetření (hodnoceno podle tzv. skóre Peruginiové) v kombinaci s jasně negativním hematologickým laboratorním vyšetřením na AL na plasmocelulární dyskrázii umožňuje u většiny nemocných (více než 80 %) stanovit neinvazivní diagnózu ATTR srdce. V nejasných případech je pak nutné diagnózu jasně stanovit pomocí endomyokardiální biopsie. Finálním krokem je cílené genetické vyšetření na přítomnost mutace v genu pro TTR, které odliší ATTRv a ATTRwt³.

Jak se transthyretinová amyloidóza srdce léčí?

Léčba srdeční amyloidózy zahrnuje **terapii podpůrnou**, řízenou kardiologem, a **cílenou, specifickou léčbu amyloidózy** jako takové. Cílená léčba AL amyloidózy spadá do oboru hematologie, specifická terapie transthyretinové amyloidózy srdce je v rukou kardiologa ve specializovaném centru.

Podpůrná léčba srdeční amyloidózy zahrnuje terapii srdečního selhání a arytmií, resp. jejich komplikací. Léčba srdečního selhání je založena na podávání diuretik, typicky kličkových, v kombinaci s antagonisty aldosteronových receptorů. Vzhledem ke sklonu k nízkému tlaku většinou nepodáváme jinou standardní léčbu srdečního selhání v podobě ACE inhibitorů či sartanů a betablokátorů. I přes snahu o korekci síňových arytmií, topicky fibrilace síní, farmakologickou (amiodaronem) či elektrickou kardioverzí je nutné se u naprosté většiny nemocných smířit s permanentním trváním této arytmie, kdy je nutná trvalá antikoagulační léčba, a to bez ohledu na CHA₂DS₂-VASc skóre. Indikace pro zavedení trvalé kardiostimulace je obdobná jako u jiných onemocnění^{3,4}.

Specifická terapie ATTR je zaměřena na 3 oblasti: 1) přímé blokování tvorby TTR v játrech, 2) stabilizaci jeho tetrameru a 3) rozvolnění a odstranění již existujících a uložených amyloidních fibril v orgánech (4). V současnosti je k dispozici, včetně naší republiky, pouze terapie

ATTRwt stabilizátorem tetrameru TTR, **tafamidisem** (Vyndaquel ©). Jeho pozitivní efekt na mortalitu a morbiditu jedinců s ATTRwt byl jasně prokázán ve studii ATTR-ACT (5). Jedná se o léčbu perorální, která výrazně zpomaluje progresi onemocnění a zlepšuje přežívání nemocných. V České republice je tato léčba vedena jako centrová. V současnosti existují 4 Centra pro léčbu srdeční amyloidózy, kam jsou nemocní s ATTRwt referováni ke specifické léčbě, event. k dokončení diagnostiky onemocnění. Jedná se o II. interní kliniku kardiologie a angiologie Všeobecné fakultní nemocnice v Praze, Kliniku kardiologie IKEM v Praze, I. interní kardiologickou kliniku Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně a I. interní kliniku kardiologie Fakultní nemocnice v Olomouci⁶.

Závěr

Transthyretinová amyloidóza srdce je relativně častým „vzácným“ onemocněním, které má některé charakteristické kardiální, ale i nekardiální projevy. I praktický lékař může na základě přítomnosti těchto příznaků vznést podezření na srdeční amyloidózu a pacienta odeslat k dovyšetření kardiologem. Zásadní úlohu v iniciální diagnostice srdeční amyloidózy hraje stále echokardiografie, důležité je ale komplexní posouzení celkové anamnézy, laboratorních hodnot, EKG, event. magnetické rezonance. U většiny nemocných je dnes možné finální diagnózu transthyretinové srdeční amyloidózy stanovit neinvazivní cestou pomocí laboratorních testů (zaměřených na vyloučení plasmocelulární dyskrázie, tj. AL amyloidózy) a dedikovaného scintigrafického vyšetření; pouze v nejasných případech se uchylujeme k provedení endomyokardiální biopsie. V současnosti máme již k dispozici specifickou, centrově vedenou léčbu ATTRwt, která má za cíl stabilizovat, resp. výrazně zpomalit progresi choroby, a tím signifikantně zlepšit životní prognózu nemocných.

Přehled literatury

- Gertz MA, Dispenzieri A. Systemic Amyloidosis Recognition, Prognosis, and Therapy. A Systematic Review. *JAMA* 2020; 324: 79–89.
- Maurer MS, Bokhari S, Damy T, et al. Expert Consensus Recommendations for the Suspicion and Diagnosis of Transthyretin Cardiac Amyloidosis. *Circ Heart Fail* 2019; 12: e006075.
- Garcia-Pavia P, Rapezzi C, Adler Y, et al. Diagnosis and treatment of cardiac amyloidosis: a position statement of the ESC Working Group on Myocardial and Pericardial Diseases. *Eur Heart J* 2021;42: 1554–1568.
- Griffin JM, Rosenthal JL, Grodin JL, et al. ATTR Amyloidosis: Current and Emerging Management Strategies. *JACC CardioOncology State-of-the-Art Review*. *JACC CardioOncol* 2021; 3: 488–505.
- Maurer MS, Schwartz JH, Gundapaneni G, et al. Tafamidis Treatment for Patients with Transthyretin Amyloid Cardiomyopathy. *N Engl J Med* 2018;379: 1007–1016.
- Paleček T, Chocholová B, Roblová L, Kuchynka P. Transthyretinová amyloidóza srdce: proč bychom na ni měli myslet? *Interv Akut Kardiol* 2022; 21: 219–224.

Cinitaprid rozšiřuje možnosti léčby funkční dyspepsie



doc. MUDr. Jiří Slíva, Ph.D.
Ústav farmakologie, 3. LF UK, Praha

Úvod

Funkční dyspepsie (FD) je v populaci poměrně vysoce prevalentní porucha charakterizovaná řadou příznaků horní části gastrointestinálního traktu, které mohou mít negativní vliv na kvalitu života pacienta. Terapeuticky dlouhodobě využívaná prokinetika představují hlavní třídu léčiv indikovaných u FD kvůli své schopnosti modulovat gastrointestinální motilitu; nicméně léčivé látky jako cisaprid a tegaserod byly z bezpečnostních důvodů staženy z trhu. Potřeba bezpečnějších alternativ tak povzbudila další vývoj a testování novějších prokinetik. Selektivní agonisté serotoninových receptorů 5-HT₄, (např. prukaloprid a velusetrag) a neselektivní agonisté 5-HT₄, kteří současně nemají žádnou afinitu k receptoru 5-HT₁ (např. mosaprid) jsou zmiňovány jako účinné a současně i bezpečné s menším počtem nežádoucích účinků. **Do České republiky nově vstupuje látka cinitaprid.**

Stručně k farmakologii cinitapridu

Zmíněná aktivita serotoninových receptorů je modulována též látkou cinitaprid (4-amino-N-[1-(3-cyklohexen-1-yl-methyl)-4-piperidinyl]-2-ethoxy-5-nitro-benzamid) působící jako agonista receptorů 5-HT₁ a 5-HT₄ a současně antagonist 5-HT₂ a dopaminových D₂ receptorů. Výsledným účinkem uvedené receptorové modulace je urychlené prázdění žaludku na preklinické i klinické úrovni¹, přičemž pravděpodobně důležitější je popsán agonismus uvedených subtypů serotoninových receptorů. Receptor 5-HT₁ spouští peristaltické a sekreční reflexy, stimulace receptoru 5-HT₄ pak zvyšuje presynaptické uvolňování acetylcholinu a peptidu souvisejícího s genem kalcitoninu (CGRP), čímž se zvyšuje neurotransmise s pozitivním efektem na propulzní peristaltiku a sekreční reflexy.

Klinické zkušenosti

Cinitaprid je určen k léčbě dospělých osob trpících mírnou až středně těžkou dysmotilitní dyspepsií, případně je využíván jako adjuvantní léčba

gastroesofageálního refluxu při nedostatečné účinnosti inhibitorů protonové pumpy (IPP). Hodnocení jeho terapeutické účinnosti bylo předmětem řady klinických studií, povětšinou realizovaných, vzhledem k jeho zemi původu- ve Španělsku, kde je v klinické praxi využíván již řadu let.

Rozsáhlá multicentrická studie zahrnující nemocné s gastroesofageálním refluxem, funkční dyspepsií či syndromem dráždivého tračníku (n = 7 320) při režimu 1 mg 3x denně vedl při hodnocení pacienty k výraznému zlepšení symptomatiky u 72,58 % subjektů; mírné zlepšení bylo pozorováno u 26,55 % osob, žádné zlepšení / beze změny u 0,84 % a zhoršení u 0,03 % osob. Při hodnocení lékařem bylo pozorované zlepšení stavu následující: kompletní vymizení symptomatiky – 62,35 %, střední úleva – 34,27 %, mírná úleva – 2,92 %².

Studie fáze II ukázala, že cinitaprid v dávce 1 mg 3x denně podávaný po dobu 4 týdnů byl signifikantně lepší než placebo u pacientů s dysmotilitní dyspepsií a zpomalenou evakuací žaludku (n = 19)³.

Analogické výsledky byly též zaznamenány v multicentrické studii fáze 4 u osob s funkční dyspepsií (n = 121). Po 4 týdnech léčby bylo možné pozorovat signifikantní zlepšení celkového symptomového skóre při jeho užívání v dávce 1 mg 15 minut před jídlem u 48,92 % nemocných (p < 0,01). Stejně signifikantní se ukázal přínos cinitapridu i ve vztahu k dyspepsii, časnému pocitu zasycení, postprandiální plnosti či abdominální distenze. Autoři studie poukazují rovněž na významné zlepšení kvality života ve 2. i 4. týdnu, a to bez zjevných bezpečnostních rizik⁴.

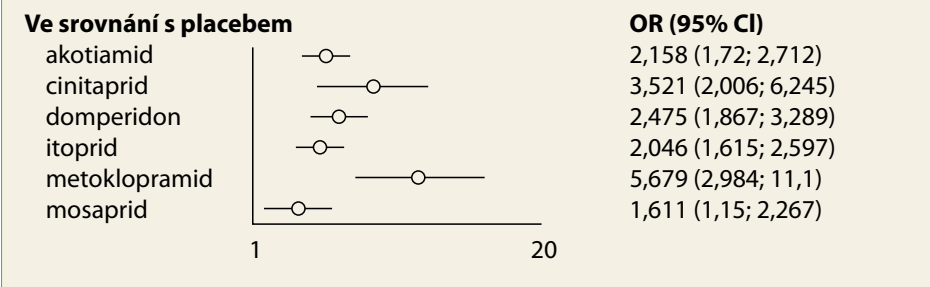
Koncem loňského roku byla publikována metaanalýza celkem 28 klinických studií porovnávající různá prokinetika navzájem v léčbě funkční dyspepsie. Metoklopramid měl vyšší celkovou míru účinnosti než mosaprid (OR: 3,53), domperidon (OR: 2,29), itoprid (OR: 2,77), akotiamid (OR: 2,63) a placebo (OR: 5,68), avšak podobnou cinitapridu (OR: 1,62 – obrázek 1. Cinitaprid měl vyšší celkovou míru účinnosti než mosaprid (OR: 2,18) a placebo (OR: 3,52) a měl nižší riziko celkových nežádoucích účinků než domperidon⁵.

Komparace s domperidonem

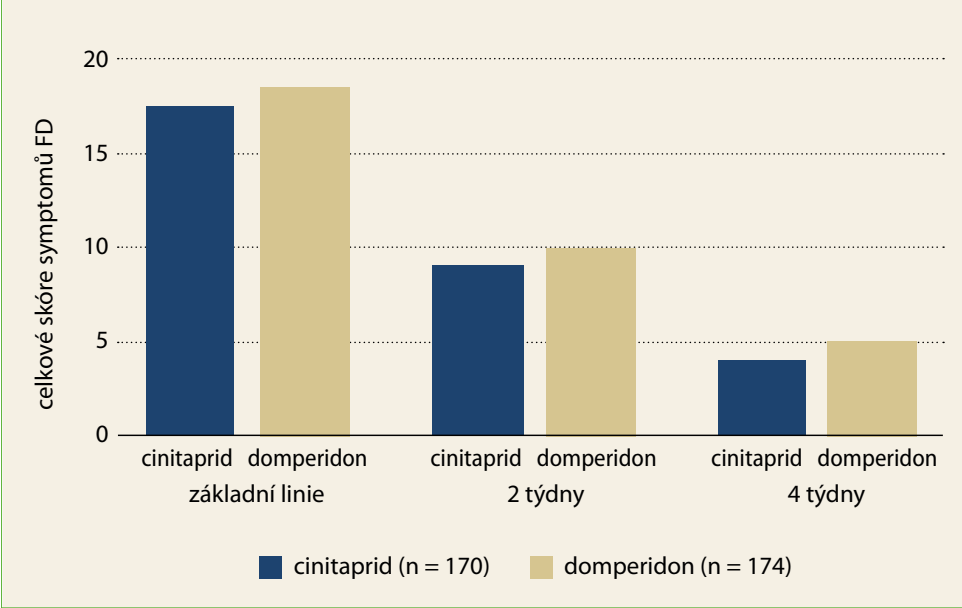
Ve dvojité zaslepené randomizované klinické studii zahrnující nemocné s mírnou až středně těžkou funkční dyspepsií byl cinitaprid v obvyklém režimu komparován s domperidonem v dávce 10 mg 3x denně po dobu 4 týdnů (n = 383). Zmírnění symptomů se mezi oběma rameny studie významně nelišilo: 85,8 % vs. 81,8 % (p = 0,332). Cinitaprid však významněji snížil celkovou závažnost postprandiální plnosti, časné sytosti a nadýmání (4,3 ± 3,9 vs. 17,8 ± 6,6; p < 0,001) nežli domperidon

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

Obrázek 1: Porovnání účinnosti vybraných prokinetik u funkční dyspepsie (5)



Obrázek 2: Vliv léčby na symptomové skóre u nemocných s funkční dyspepsií (6)



(5,4 ± 4,9 vs. 18,4 ± 6,9; p <0,001); p pro srovnání mezi oběma skupinami = 0,021) – obrázek 2. Cinitaprid také zkrátil průměrnou dobu vyprázdnění žaludku ze 131,1 ± 119,4 na 86,5 ± 18,7 minut (p = 0,000 2). Nežádoucí účinky související s cinitapridem byly pozorovány u 9,1 % pacientů, včetně 1 pacienta s extrapyramidovými příznaky. U žádného pacienta nedošlo k prodloužení QT intervalu⁶.

Komparace s metoklopramidem

V randomizované dvojitě zaslepené studii zahrnující nemocné se zpomalenou gastrointestinální pasáží (n = 103) byl cinitaprid porovnáván oproti metoklopramid a placebo. Ukázal se být signifikantně účinnější než metoklopramid při obnově normálního stavu defekace u pacientů se zácpou po 7 a 14 dnech léčby (p = 0,036 a p = 0,008) a významně účinnější než placebo při obnově normální konzistence kompaktní stolice po 7 a 14 dnech

léčby (p = 0,006 a p = 0,051). Cinitaprid se také ukázal jako významně účinnější než metoklopramid při vyléčení nebo zlepšení postprandiální distenze epigastria (p = 0,031), postprandiální epigastrické plnosti (p = 0,037) a bolesti břicha (p = 0,002) po 7 a 14 dnech léčby. Míra účinnosti byla dle hodnotitelů 64 % u cinitapridu, 28 % u metoklopramid (p = 0,004) a 39 % u placebo (p = 0,031). 44 % z pacientů léčených cinitapridem, 51 % metoklopramidem a 26 % pacientů léčených placebem zaznamenalo nežádoucí účinky⁷.

Ve dvojitě zaslepené randomizované klinické studii u osob s gastroesofageálním refluxem (n = 239) byl cinitaprid signifikantně superiorní ve své účinnosti oproti metoklopramid 10 mg po 14 dnech léčby stran zvracení (p = 0,031); dále byl patrný trend vyšší účinnosti rovněž u post-

prandiální plnosti, pálení žáhy, nauzey, regurgitace, retrosternální a epigastrické bolesti. Léčba cinitapridem byla nemocnými i lépe snášena⁸.

V rozsahem menší studii (n = 20) s nemocnými s funkční dyspepsií byla každá z hodnocených látek provázena signifikantním zlepšením v intenzitě postprandiální plnosti epigastria, flatulence, epigastralgie, pyrózy, regurgitace i anorexie. Metoklopramid byl účinnější v potlačení zvracení, cinitaprid pak zase výrazněji zlepšoval četnost defekace⁹.

V další studii bylo 60 nemocných s funkční bolestí epigastria nebo postprandiálním diskomfortem randomizováno k metoklopramid či cinitapridu podávaných po dobu 6 týdnů. Zatímco u mužů byl cinitaprid signifikantně superiorní svému komparátoru, u žen byl zaznamenán pouze trend k vyšší účinnosti. Cinitaprid byl nemocnými lépe snášen¹⁰.

Komparace s levosulpridem

Dostupné porovnání účinnosti se týká nemocných stížených diabetickou gastroparézou. Jednalo se o dvojitě zaslepenou randomizovanou klinickou studii zahrnující 32 nemocných s diabetem typu 1 nebo 2. Po šesti měsících trvání studie byl rozdíl v průměru celkového skóre GCSI významně nižší ve skupině léčené levosulpiridem (0,52 bodu; $p = 0,043$). Levosulpirid významně zrychlil evakuaci žaludku, zatímco po terapii cinitapridem se tak nestalo. Obě léčiva nicméně zlepšila kvalitu života nemocných a byla obecně dobře tolerována (pouze v jednom případě došlo k aktivaci silentního hypofyzárního mikroadenomu ve skupině s levosulpiridem)¹¹.

Stručně k bezpečnosti

Profil možných nežádoucích účinků cinitapridu jednak vychází z výše popsané modulace aktivity serotoninových a dopaminových receptorů, jednak je zmíněn ve výše popsaných klinických studiích. K uvedenému dodejme jeho velmi dobrou snášenlivost v čínské populaci zdravých dobrovolníků, a to při jednorázovém i opakovaném podávání¹².

Vzhledem k metabolizaci cinitapridu prostřednictvím cytochromu P450 3A4 a 2C8 nelze vyloučit možné interakce s obecně známými induktory či inhibitory tohoto mikrosomálního systému¹³. **Nicméně podaný samostatně ani v kombinaci s ketokonazolem nikterak neovlivňuje srdeční repolarizaci, respektive délku QT intervalu¹⁴.**

Vzhledem k popsanému prokinetickému působení cinitapridu se zkracuje doba potřebná pro efektivní vstřebání komedikovaných léčiv, např. digoxinu.

Závěr

Cinitaprid je gastroprokinetická léčivá látka ze skupiny benzamidů primárně modulující aktivitu serotoninových, v menší míře i dopaminových receptorů. Již řadu let je klinicky využíván v řadě zemí EU (např. Španělsko) i mimo EU. Dosavadní zkušenosti z této praxe i závěry dosud realizovaných klinických studií dokládají jeho solidní terapeutický účinek na pozadí veskrze příznivého bezpečnostního profilu.

Literatura

- Monés J, Espinós JC, Carrió I et al. Vaciado gástrico en esofagitis por reflujo. Efecto de la metoclopramida y del cinitapride. *Med Clin (Barc)*. 1989;93(9):331-4.
- Yamamoto FJK, López MA, Chávez MCI et al. Eficacia y tolerabilidad de la cinitaprida en pacientes con reflujo gastroesofágico, dispepsia funcional y síndrome de intestino irritable. *Med Int Mex* 2005;21(1):3-10.
- Portincasa P, Mearin F, Robert M et al. Eficacia y tolerabilidad de cinitaprida en el tratamiento de los pacientes con dispepsia funcional y vaciamiento gástrico enlentecido. *Gastroenterol Hepatol*. 2009;32(10):669-76.
- Baqai MT, Malik MN, Ziauddin F. Efficacy and safety of cinitapride in functional dyspepsia. *J Pak Med Assoc*. 2013;63(6):747-51.
- Qi Q, Wang N, Liu H, Li Y. Prokinetics for the treatment of functional dyspepsia: an updated systematic review and network meta-analysis. *BMC Gastroenterol*. 2023 31;23(1):370.
- Du Y, Su T, Song X et al. Efficacy and safety of cinitapride in the treatment of mild to moderate postprandial distress syndrome-predominant functional dyspepsia. *J Clin Gastroenterol*. 2014;48(4):328-35.
- Gallego Santos J, Fombuena Filpo J, Martínez López J. Eficacia y tolerancia de cinitaprida en trastornos del tránsito gastrointestinal. *Rev Med Univ Navarra*. 1991;36(3):12-8.
- Surós A, Adell F, De Novoa V et al. Cinitaprida en el tratamiento del reflujo gastroesofágico. Estudio comparativo con metoclopramida y placebo. *Rev Med Univ Navarra*. 1992;37(1):18-23.
- Mora F, Añón R, Licerias V et al. Metoclopramida vs cinitaprida en el tratamiento de la dispepsia funcional. *An Med Interna*. 1993;10(7):323-6.
- Rani PS, Devi V, Sonia S. Comparative Study of the Efficacy and Tolerance of Prokinetic Drugs – Metoclopramide and Cinitapride In the Treatment of Functional Dyspepsia – A Randomized Controlled Trial. *Int. J. of Res. in Pharmacology and Pharmacotherapeutics*. 2013;2(1):307-331.
- Valdovinos MA, Teutle RAM, Sepulveda J et al. Efecto de levosulpirida versus cinitaprida en el control de los síntomas, la calidad de vida y el vaciamiento gástrico en pacientes con gastroparesia diabética. Estudio piloto aleatorizado, doble ciego y a 6 meses de tratamiento. *Acta Gastroenterol Latinoam*. 2017;47(4):277-287.
- Zhang X, Wang Y, Cheng J et al. Pharmacokinetics and tolerability of cinitapride in healthy Chinese volunteers: a randomized, open-label, single- and multiple-dose study. *Xenobiotica*. 2019;49(3):313-321.
- Campodónico DM, Zubiaur P, Soria-Chacartegui P et al. CYP2C8*3 and *4 define CYP2C8 phenotype: An approach with the substrate cinitapride. *Clin Transl Sci*. 2022;15(11):2613-2624.
- Robert M, Salvà M, Segarra R et al. The prokinetic cinitapride has no clinically relevant pharmacokinetic interaction and effect on QT during coadministration with ketoconazole. *Drug Metab Dispos*. 2007;35(7):1149-56.

Pacient s ischemickou CMP při non-adherenci k léčbě antihypertenziv a statinem po roztržení fixní kombinace na více tablet

U mladého pacienta s časnou manifestací aterosklerózy vedla záměna předepsané fixní kombinace antihypertenziv a statinu za volnou kombinaci léčiv v lékárně ke vzniku ischemické cévní mozkové příhody (CMP). Ta byla vyřešena rychlou intervencí a vedla pouze k mírnému přetrvávajícímu neurologickému deficitu. Důvodem CMP byla zřejmě non-adherence k léčbě po zvýšení počtu každodenně užívaných tablet. Tato kazuistika podtrhuje důležitost adherence k léčbě statiny i jejich synergickou účinnost na snížení kardiovaskulárního (KV) rizika s antihypertenzivy. Pro komunikaci s pacientem, vysvětlení KV rizika a motivaci k léčbě lze zejm. u mladých asymptomatických nemocných použít cévní věk odpovídající přítomnosti KV rizikových faktorů a vypočtený pomocí tabulek SCORE. Úlohou lékaře i lékárníka je pacientovi opakovaně vysvětlovat a připomínat význam preventivní KV léčby i přínos statinů, který výrazně převažuje jejich rizika, a rozptýlit obavy související s mnoha mýty o této třídě léčiv.

Kazuistika

Mladý pacient s hypertenzí a dyslipidémií byl léčen pro velmi časnou manifestací těžké aterosklerózy. V minulosti již podstoupil perkutánní transluminální angioplastiku (PTA) stehenní tepny vpravo se zavedením stentu z důvodu těžkých klaudikací a PTA se zavedením stentu renální tepny z důvodu těsné stenózy zjištěné pro opakovaném výskytu plicního edému. Ošetřené tepny byly nadále bez restenózy, pacient měl normální průtok krve ledvinami. Užíval fixní kombinaci atorvastatinu, perindoprilu a amlodipinu (Lipertance®) v dávce 40 mg/10 mg/10 mg 1x denně. V medikaci měl také indapamid 2,5 mg, bisoprolol 2,5 mg a kyselinu acetylsalicylovou (ASA). Byl sledován pro 60% stenózu levé karotické tepny, která byla asymptomatická, neprogredující. Na léčbě byl dlouhodobě tlakově kompenzován včetně výsledků holterovského monitorování krevního tlaku (TK).

V průběhu léčby mu byla v lékárně roztržena fixní kombinace Lipertance® na statin, ACEI

a blokátor kalciového kanálu v jednotlivých tabletách. To bylo provázeno zhoršením adherence k užívání léčby a zhoršením hodnot TK doloženým i holterovským monitorováním. Lékař důrazně doporučil návrat k fixní terapii kombinující léčbu hypertenze a dyslipidémie v jediné tabletě, což vedlo k normalizaci hodnot TK a zlepšení lipidogramu.

V lékárně byla ale opět fixní kombinace roztržena do 2 tablet – na fixní kombinaci 2 antihypertenziv a statinu. Posléze pacient prodělal akutní cévní mozkovou příhodu (CMP) při okluzi karotické tepny s rupturou aterosklerotického plátu a embolizací do a. cerebri media. Stav byl řešen akutně stentingem a. carotis s tromboaspirací střední mozkové tepny. Z těžkého neurologického deficitu u něj přetrvává mírná monoparéza dominantní pravé horní končetiny.

Příčinou ruptury plátu byla nekompenzovaná hypertenze a horší stabilita plátu při nedostatečné adherenci k užívání statinu.

Diskuse

Přínos kombinované léčby hypertenze a dyslipidémie
Non-adherence k užívání statinů vedla u tohoto pacienta s pokročilou aterosklerózou k CMP, což je život ohrožující stav, který může při přežití pacienta vést k trvalé invaliditě a doživotní závislosti na péči druhých. Statiny jsou léky s doloženou vysokou účinností v KV prevenci. Je ale nutné je podávat v dostatečné dávce k dosažení cílových hodnot hladiny LDL cholesterolu. Každé snížení hladiny LDL cholesterolu o 1 mmol/l při léčbě statinem je spojeno s 21% snížením rizika všech

Obr. 1. Snížení rizika fatálních i nefatálních ischemických srdečních příhod při fixní kombinované léčbě hypertenze (amlodipin + perindopril) a fixní kombinované léčbě hypertenze a dyslipidémie (amlodipin + perindopril + atorvastatin) v primární péči ve studii ASCOT.3



cévních příhod, 4% snížením rizika koronárních příhod, 15% snížením rizika CMP a 12% rizika úmrtí z KV příčin.¹ Pro snížení KV rizika je u popsaného pacienta, který má také hypertenzi, důležitá kombinovaná léčba statinem a kombinací antihypertenziv. Randomizovaná kontrolovaná studie s 7735 pacienty prokázala, že současné snížení krevního tlaku o 10 % a hladiny LDL cholesterolu o 10 % vede díky synergickému působení ke snížení KV rizika o 45 %.² Jak doložila studie ASCOT, fixní kombinovaná léčba hypertenze a dyslipidémie (amlodipinem + perindoprilem + atorvastatinem) v primární péči snížila během 3,3 roku riziko fatálních i nefatálních ischemických srdečních příhod o 79 % (obr. 1).³ V kombinované léčbě dyslipidémie a hypertenze lze velmi dobře využít fixních kombinací. Studie Brisighella Heart prokázala dlouhodobý přínos fixní kombinace antihypertenzní léčby a statinu během 8 let sledování pacientů s hypertenzí a vysokým KV rizikem.⁴ Volná kombinace amlodipinu + perindoprilu s atorvastatinem snížila výskyt velkých nežádoucích KV příhod, které zahrnovaly srdeční selhání fibrilaci síní, akutní koronární syndrom, koronární revascularizaci, CMP, akutní ischemii končetin, recidivující ischemickou příhodu a náhlou smrt

o 9 %, zatímco fixní kombinace vedla k poklesu rizika těchto příhod o 18 % (obr. 2).⁴

Komunikace s pacientem o kardiovaskulárním riziku

Cílem časné, současné a dlouhodobé intervence KV rizika je prodloužení délky života ve zdraví se zachovanou produktivitou a kvalitou života. Na KV riziko včetně hodnoty krevního tlaku a hladiny lipidů má vliv nejen životní styl, ale i genetické predispozice. Stanovení KV rizika i u mladších pacientů (kolem 40 let věku) umožní zahájit primární KV prevenci včas. Tento přístup vychází z konceptu časného stárnutí cév (EVA – Early Vascular Aging), podle kterého má dlouhodobé i malé snížení krevního tlaku a hladiny LDL cholesterolu díky dlouhodobému působení obrovský přínos.⁵

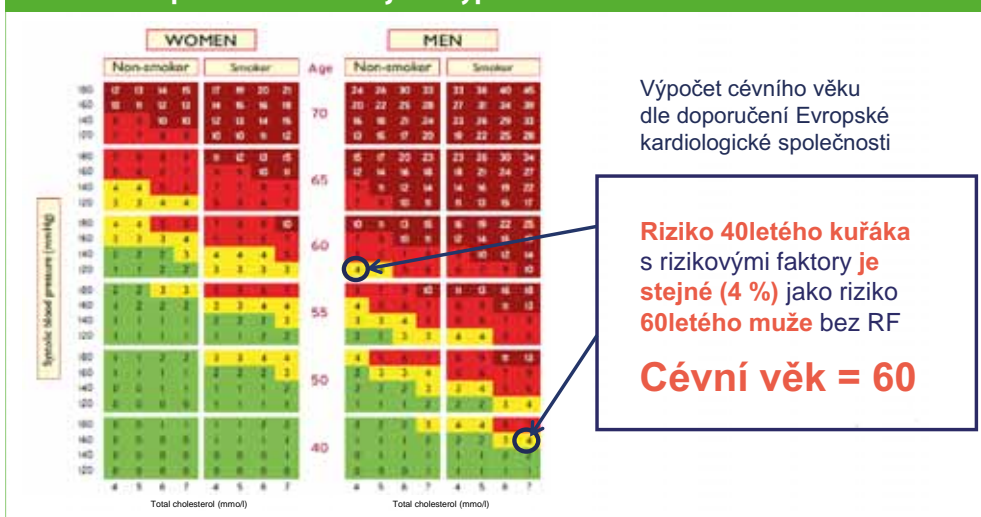
Faktor času ve smyslu celoživotního managementu KV rizika zdůrazňují i nová doporučení Evropské kardiologické společnosti a Evropské společnosti pro aterosklerózu (ESC/EAS).⁶

Pro KV morbiditu a mortalitu je zcela zásadní vaskulární zdraví a cévní věk. Cévní věk lze vypočítat pomocí tabulek SCORE. Je ho možné s výhodou použít zejm. u mladších osob, u nichž je procentuální 10leté riziko KV příhod zdánlivě nízké. Ovšem KV riziko 40letého kuřáka s rizikovými faktory může odpovídat KV riziku 60letého muže bez rizikových faktorů. Cévní věk takového 40letého nemocného tedy odpovídá věku 60 let (obr. 3). S ohledem na KV riziko lze konstatovat, že člověk je tak starý, jak staré jsou jeho cévy.

Obr. 2. Dlouhodobý přínos fixní kombinace amlodipinu + perindoprilu + atorvastatinu oproti volné kombinaci stejných léčiv během 8 let u pacientů s hypertenzí a vysokým KV rizikem ve studii Brisighella.⁴



Obr. 3. Koncept cévního věku a jeho výpočet dle tabulek SCORE.⁶⁻⁸

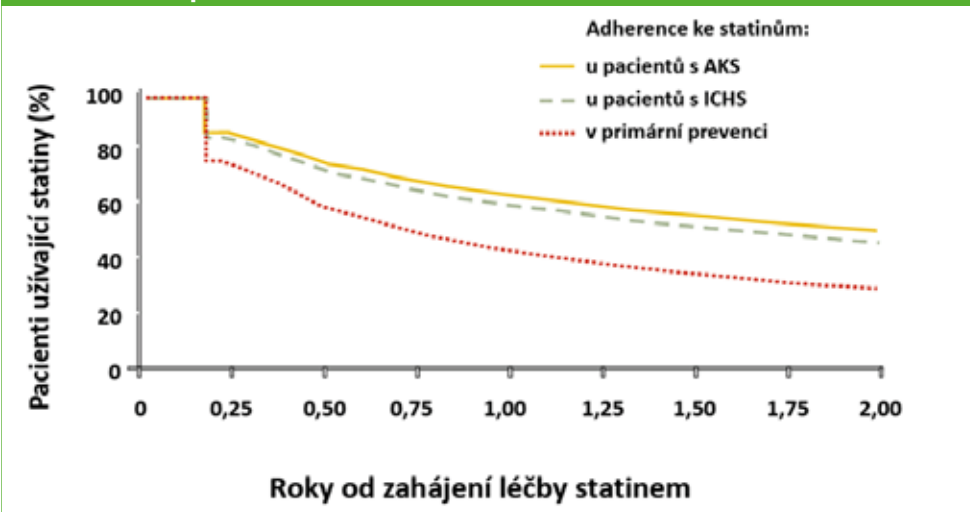


Stanovení cévního věku pomocí tabulek SCORE doporučuje i Evropská kardiologická společnost.⁶ Tento parametr lze velmi dobře využít k edukaci a motivaci pacientů. Adherence k léčbě statiny je totiž vysoce neuspokojivá. Statiny jsou obestřeny řadou mýtů, např. že vedou k úbytku a rozpadu svalů, zhoršují paměť a mohou poškodit nervovou soustavu, poškozují játra a ledviny, způsobují cukrovku, nebo také, že je nutné je užívat večer. Bolest svalů udávaná některými pacienty při léčbě stati-

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

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

Obr. 4. Adherence k léčbě statiny v čase od nasazení u léčby u pacientů v primární a v sekundární prevenci.⁹



ny přitom nesouvisí s rabdomyolýzou, která je velmi vzácným nežádoucím účinkem statinů (1: 1 000 000) a vyskytuje se spíše u křehkých pacientů vysokého věku s onemocněním ledvin. Pokud se týká efektu na nervovou soustavu a kognici, statiny vykazují spíše ochranný účinek prostřednictvím ochrany tepen a prevence CMP. I z hlediska funkce jater a ledvin mohou mít statiny spíše protektivní efekt, pozor je třeba si dát pouze na vysoké dávky u nemocných s výrazně zhoršenou funkcí jater a ledvin. Statiny také nejsou léky, které by vyvolávaly diabetes, někdy počínající diabetes pouze demaskují, což vede k jeho časnému záchytu a léčbě. Užívání statinů je možné kdykoliv během dne, zejména v éře převažující preskripce dlouhodobě působících statinů, jako je atorvastatin nebo rosuvastatin. Důležitější je spíše jejich pravidelné užívání.

Adherence k léčbě statiny navíc klesá s časem. V sekundární prevenci je sice vyšší než v primární, ale přestože je známkou infarktu myokardu strach ze smrti, mnozí pacienti i po akutní koronární příhodě časem přestanou statin užívat. Je doloženo, že do 2 let po akutním koronárním syndromu si vysadí statin téměř polovina pacientů (obr. 4).⁹

Pacientům je proto třeba opakovaně zdůrazňovat rozdíl mezi přínosem a riziky statinů, který vychází z rozsáhlých

dat medicíny založené na důkazech o jejich přínosu a minimálním riziku. Bezpečnost statinů je lepší než u řady volně prodejných léků, jako jsou např. nesteroidní antiflogistika nebo kyselina acetylsalicylová. Adherenci v tomto případě zvyšuje i spulurozhodování pacienta o léčbě. Je zde důležitá i role lékárníka, který může pacientovi zopakovat vysvětlení přínosu statinů, a rozptýlit jeho obavy. Dnes již by žádný lékárník neměl

pacientovi doporučovat užívání statinu večer vzhledem k významu a četnosti jeho užívání v kombinaci (a nejlépe fixní kombinaci) s antihypertenzivy. Dnes v preskripcích naprosto převažují dlouhodobě působící statiny, jako je atorvastatin a rosuvastatin, a jejich užívání ráno spolu s ostatními léky zvyšuje adherenci k léčbě.

Závěr

Lékařova odpovědnost za pacienta nekončí předepsáním receptu. Zejména při léčbě asymptomatických onemocnění, jako je dyslipidémie a hypertenze, je třeba pacienta edukovat o smyslu léčby a důvodech pro volbu daného léčiva. Je třeba zejména rozptýlit případné obavy pacientů z užívání statinů a účinnost a bezpečnost léčby pravidelně monitorovat. Přínosem je také spolupráce lékaře s lékárníkem. V lékárně by bez konzultace s lékařem nemělo nikdy dojít k roztržení předepsané fixní kombinace na volnou kombinaci léčiv. Takový postup může totiž zásadně nepříznivě ovlivnit adherenci pacienta k léčbě. Jen léčba, kterou pacient skutečně užívá, pomůže předejít závažným život ohrožujícím a invalidizujícím KV komplikacím.

Připravila MUDr. Zuzana Zafarová

Literatura

1. Cholesterol Treatment Trialists' (CTT) Collaborators; Mihaylova B, Emberson J, Blackwell L, et al. The effects of lowering LDL cholesterol with statin therapy in people at low risk of vascular disease: meta-analysis of individual data from 27 randomised trials. *Lancet*. 2012 Aug 11; 380(9841): 581-90.
2. Emberson J, Whincup P, Morris R, et al. Evaluating the impact of population and high-risk strategies for the primary prevention of cardiovascular disease. *Eur Heart J*. 2004 Mar; 25(6): 484-491.
3. Sever PS, Poulter NR, Matorantonakis S, et al; ASCOT Investigators. Coronary heart disease benefits from blood pressure and lipid-lowering. *Int J Cardiol*. 2009 Jun 26; 135(2): 218-222.
4. Cicero AFG, Fogacci F, Rizzoli E, et al; Brisighella Heart Study Group. Impact of simultaneous management of hypertension and hypercholesterolemia with ACE inhibitors and statins on cardiovascular outcomes in the Brisighella Heart Study: A 8-year follow-up. *Nutr Metab Cardiovasc Dis*. 2022 Sep; 32(9): 2246-2254.
5. Olsen MH, Angell SY, Asma S, et al. A call to action and a lifecourse strategy to address the global burden of raised blood pressure on current and

future generations: the Lancet Commission on hypertension. *Lancet*. 2016 Nov 26; 388(10060): 2665-2712.

6. Mach F, Baigent C, Catapano AL, et al; ESC Scientific Document Group. 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk. *Eur Heart J*. 2020 Jan 1; 41(1): 111-188.
7. Vrablík M, Pítha J, Blaha V, et al. Stanovisko výboru České společnosti pro aterosklerózu k doporučením ESC/EAS pro diagnostiku a léčbu dyslipidemií z roku 2019. *Hypertenze a KV prevence* 2019; 2: 68-77.
8. Čilíková K. Čas, klíčový hráč v redukci srdečně-cévního rizika, *Medical Tribune*. 9. 12. /2019. <https://www.tribune.cz/archiv/cas-klicovy-hrac-v-redukci-srdecnecevnioho-rizika/>
9. Jackevicius CA, Mamdani M, Tu JV. Adherence with statin therapy in elderly patients with and without acute coronary syndromes. *JAMA*. 2002 Jul 24-31; 288(4): 462-467.

25C1LIPAR204

Screening kolorektálního karcinomu



doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D.¹,
Monika Ambrožová^{2,3}, Mgr. Renata Chloupková^{2,3},
Ing. Veronika Rybenská², Mgr. Ondřej Ngo^{2,3},
Karel Hejduk, PhDr.^{2,3}, RNDr. Ondřej Májek,
Ph.D.^{2,3}, doc. MUDr. Štěpán Suchánek, Ph.D.^{4,5},
MUDr. Petr Šubrt⁶, MUDr. Norbert Král¹

¹Ústav všeobecného lékařství, Univerzita Karlova,
1. lékařská fakulta

²Národní screeningové centrum, Ústav zdravotnických
informací a statistiky České republiky, Praha

³Institut biostatistiky a analýz, Lékařská fakulta, Masary-
kova univerzita, Brno

⁴Interní klinika 1. LF UK a ÚVN Praha

⁵Ústav gastrointestinální onkologie 1. LF UK a ÚVN Praha

⁶Sdružení praktických lékařů ČR, Praha

Úvod

Kolorektální karcinom (KRK) patří mezi nejčastější nádorová onemocnění v rozvinutém světě. Významně se podílí na mortalitě, ale zároveň je do vysoké míry preventabilní. Screening KRK se opírá o přesvědčivé důkazy z medicínského výzkumu, je dobře proveditelný a přináší nezpochybnitelné výsledky. V České republice (ČR) přispěl ke snížení mortality na KRK ve srovnání let 2000 a 2022 o 47,8 %. Všeobecní praktičtí lékaři (VPL) hrají ve screeningu KRK v ČR klíčovou roli.

Epidemiologie

KRK je druhou nejčastější příčinou úmrtí na nádorové onemocnění a nejčastější rakovinou zažívacího ústrojí. Ze všech nádorových onemocnění způsobuje nejvyšší počet ztracených zdravých let života. Věkově standardizovaná incidence KRK se v průběhu let zásadně nemění, ale v Evropě stoupl absolutní počet nových případů mezi lety 2000 a 2019 o 33 %, mortalita stoupla o 19 %. V roce 2019 bylo v Evropě odhaleno více než 600 000 nových případů KRK a 307 000 lidí v souvislosti s KRK zemřelo. Trendem je vyšší výskyt KRK ve věkové skupině 25–39 let. Odhadem žije dnes v Evropě více než 3 miliony lidí s diagnostikovaným KRK (Mezinárodní agentura pro výzkum rakoviny – IARC).

Epidemiologické trendy v ČR lze označit jako příznivé. Ve srovnání let 2000 a 2022 došlo ke snížení inciden-

ce o 32,3 % a snížení mortality o 47,8 % (obrázek č. 1). Prevalence v roce 2022 dosáhla 61 429 osob.

Zatímco v roce 2000 byla ČR v čele světového žebříčku věkově standardizované mortality na KRK (1. u mužů a 3. u žen), na základě dat za rok 2022 jí Agentura pro výzkum rakoviny přisuzuje 27.–28. místo ve světě a 18.–19. místo v Evropě. Vysoký podíl na této změně má program screeningu KRK, v ČR spuštěný v roce 2000.

Screening

Východiska screeningu

Pro pacienty s hereditární zátěží (Lynchův syndrom, familiární adenomatóza tlustého střeva) a familiárním výskytem KRK jsou určeny dispenzární programy. Ve většině případů KRK (70–85 %) se jedná o tzv. sporadický karcinom, u kterého nejsou zjištěny hereditární vazby ani onemocnění zvyšující riziko.

Evropská gastroenterologická federace (UEG) uvádí, že 20 % případů KRK souvisí s příjmem alkoholu, 15 % s vysokým BMI (nadváhou, obezitou) a 22 % s kouřením. Byla prokázána asociace mezi výskytem KRK a zvýšeným přísunem červeného masa a tuků. Podání kyseliny acetylsalicylové a cox-2 selektivních inhibitorů mohou přispět na snížení incidence KRK u průměrně rizikových jedinců, ale rizika podání převažují nad očekávaným přínosem. Tyto informace jsou vodítkem pro doporučení v primární prevenci.

Charakteristiky sporadického KRK, zejména jeho pomalý růst a dostupnost pro diagnostiku a profylaxi, dávají zásadní příležitost opatřením v sekundární prevenci. Cílem screeningových programů je včasný záchyt nádoru nebo jeho prekursoru (polypu) u bezpříznakové populace v době, kdy provedené intervence přináší léčebný efekt.

Screeningové metody

Od prvního uvedení testu na okultní krvácení do stolice s guajakovou pryskyřicí do screeningu již uplynulo 45 let. Guajakové testy (GT) byly ve většině evropských zemí nahrazeny přesnějšími a uživatelsky více přátelskými testy imunochemickými (FIT), které využívají specifické protilátky proti lidskému hemoglobinu. U pacientů dosahují vyšší compliance ve srovnání s GT. FIT nejsou, na rozdíl od GT, ovlivněny požitou stravou ani subjektivním hodnocením. Mají vyšší specifitu a také vyšší senzitivitu jak k detekci nádorů, tak pokročilých adenomů. Kvantitativní výsledek testu dává možnost určovat a případně měnit prahové hodnoty pozitivity (cut-off) pro různá nastavení programu; podle charakteristiky populace, kapacit a možností zdravotních systémů. Obvyklý interval FIT je dvouletý. Limitem testů na okultní krvácení je skutečnost, že neodhalí pokročilé polypy

ani nádory, které nekrvácí.

Pozitivní FIT je indikací k absolvování kolonoskopie, instrumentální endoskopické metody, umožňující přehledné optické vyšetření tlustého střeva, získání bioptických vzorků a odstranění podezřelých polypů. Kolonoskopie vyžaduje kvalitní přípravu střev a je zatížena určitým, byť u bezpříznakové populace velmi nízkým rizikem. Podle výsledku kolonoskopie jsou vyšetřené osoby buď na určitou dobu vyřazeny ze screeningového programu (10 let při normální kolonoskopii) nebo zařazeny do programu sledování s intervaly vyšetření podle závažnosti, případně předány k onkochirurgickému řešení.

Další screeningovou metodou je screeningová kolonoskopie, na kterou je pacient referován z ordinace praktického lékaře ke gastroenterologovi. Této kolonoskopii nepředchází výše uvedený test. Je-li její výsledek negativní, je další screeningová kolonoskopie indikována v intervalu 10 let. V případě pozitivního výsledku se další diagnostický a terapeutický postup řídí dle aktuálních doporučení pro pacienty s vysokým rizikem tohoto onemocnění.

Flexibilní sigmoideoskopie je oproti kolonoskopii rychleji a jednodušeji proveditelná endoskopická metoda, umožňující vyšetření jen části tlustého střeva. Dnes je ve screeningových programech využívána jen regionálně v Norsku, Itálii a Velké Británii.

Existují další metody detekce hemoglobinu ve stolici (např. DNA testy) i jiné technologie zobrazovací (kapslová endoskopie, CT kolonografie), ale ty nejsou v Evropě součástí screeningových programů.

Screening kolorektálního karcinomu v ČR

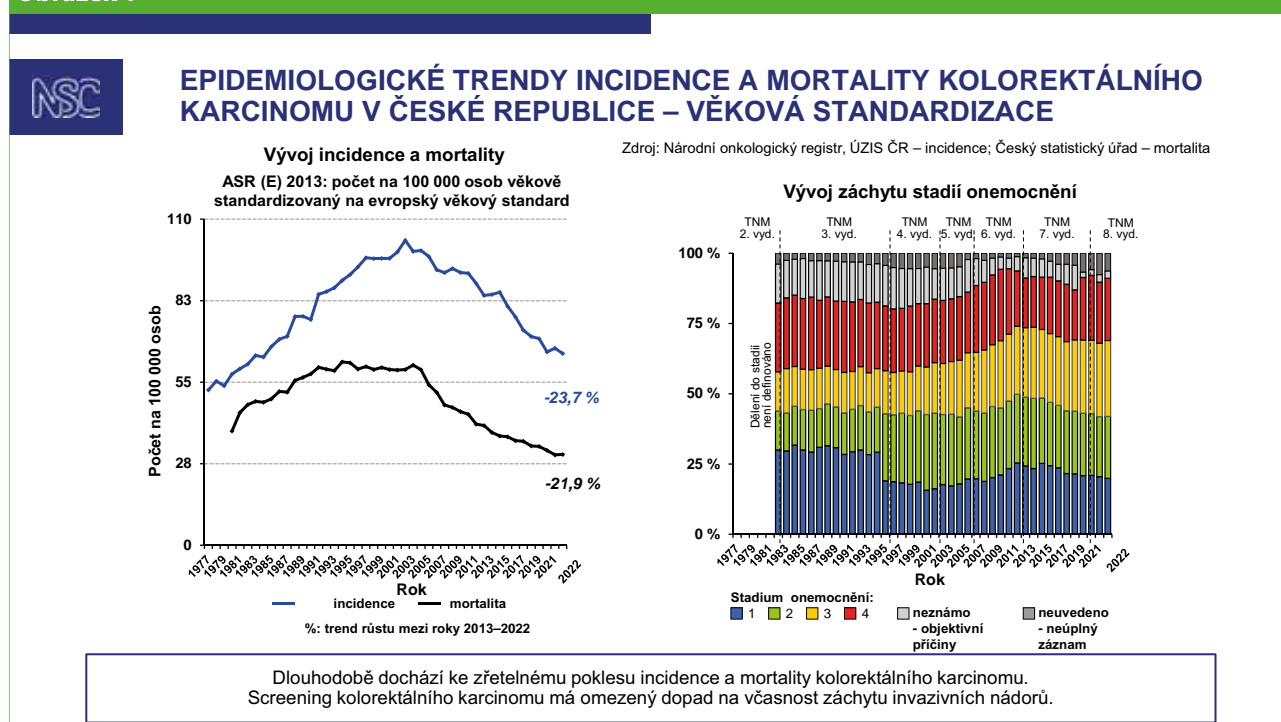
Česká republika zahájila screening KRK jako druhá na světě po Německu 1. července 2000. Patřila mezi první země na světě, které uvedly do národního progra-

mu FIT a také screeningovou kolonoskopii jako volbu hrazenou z veřejného zdravotního pojištění. Od roku 2009 byl zaveden mezinárodně srovnatelný audit screeningu a postupně se profesionalizovalo řízení screeningového programu. V roce 2014 bylo zdravotními pojišťovnami zahájeno adresné zvaní osob, které se programu neúčastnily. Pokrytí populace se tím zvýšilo zhruba o 5 %.

Program je určen pro osoby s běžným rizikem KRK od věku 50 let, které mají na výběr ze dvou screeningových metod – FIT se v případě negativity opakuje každý rok ve věkové skupině 50–54 let a od věku 55 let ve dvouletém intervalu nebo **screeningovou kolonoskopií** v desetiletém intervalu. Dle doporučení Komise pro program screeningu kolorektálního karcinomu dojde od roku 2025 ke změně screeningového intervalu FIT u osob ve věku 50–54 let na 2 roky, čímž se sjednotí tento interval napříč všemi věkovými kategoriemi. V případě pozitivního FIT je indikována navazující TOKS+ kolonoskopie.

Národní screeningové centrum (NSC) zajišťuje metodickou, technickou, analytickou a koordinační podporu časného zachytu onemocnění v ČR. Od roku 2023 NSC poskytuje zázemí řídicím komisím screeningových programů, které pro tento účel byly nově zřízeny ministrem zdravotnictví. Komise pro program screeningu kolorektálního karcinomu koordinuje spolupráci jednotlivých oborů podílejících se na diagnostice a následné léčbě KRK, vypracovává a periodicky podle potřeby novelizuje *Standard při poskytování a vykazování screeningu nádorů kolorekta v České republice*. Datový audit screeningu kolorektálního karcinomu se opírá o data Národního zdravotnického informačního systému (NZIS) pod správou Ústavu zdravotnických informací a statistiky a dat z centrální databáze programu, která jsou aktuálně ve správě Institutu biostatistiky a analýz

Obrázek 1



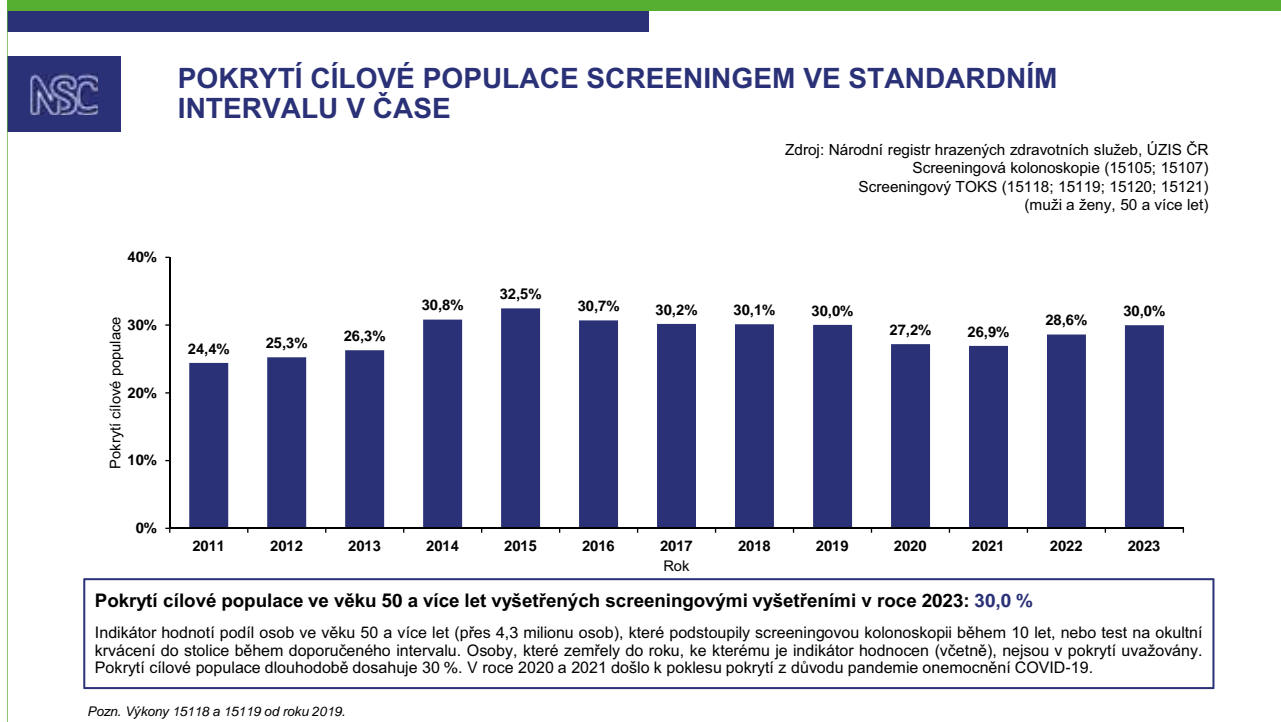
Lékařské fakulty Masarykovy univerzity v Brně. V rámci datového auditu probíhá dále na dvou úrovních pravidelný reporting:

- Reporty pro gastroenterologická centra zaměřené zejména na hlášení dat do centrální databáze
- Reporty pro praktické lékaře na základě dat NZIS – reporty jsou rozesílány do datových schránek, reporty shrnují počet osob v kapitaci daného praktického lékaře na úrovni IČZ, pokrytí kolorektálním screeningem u těchto osob, z toho podíl screeningo-

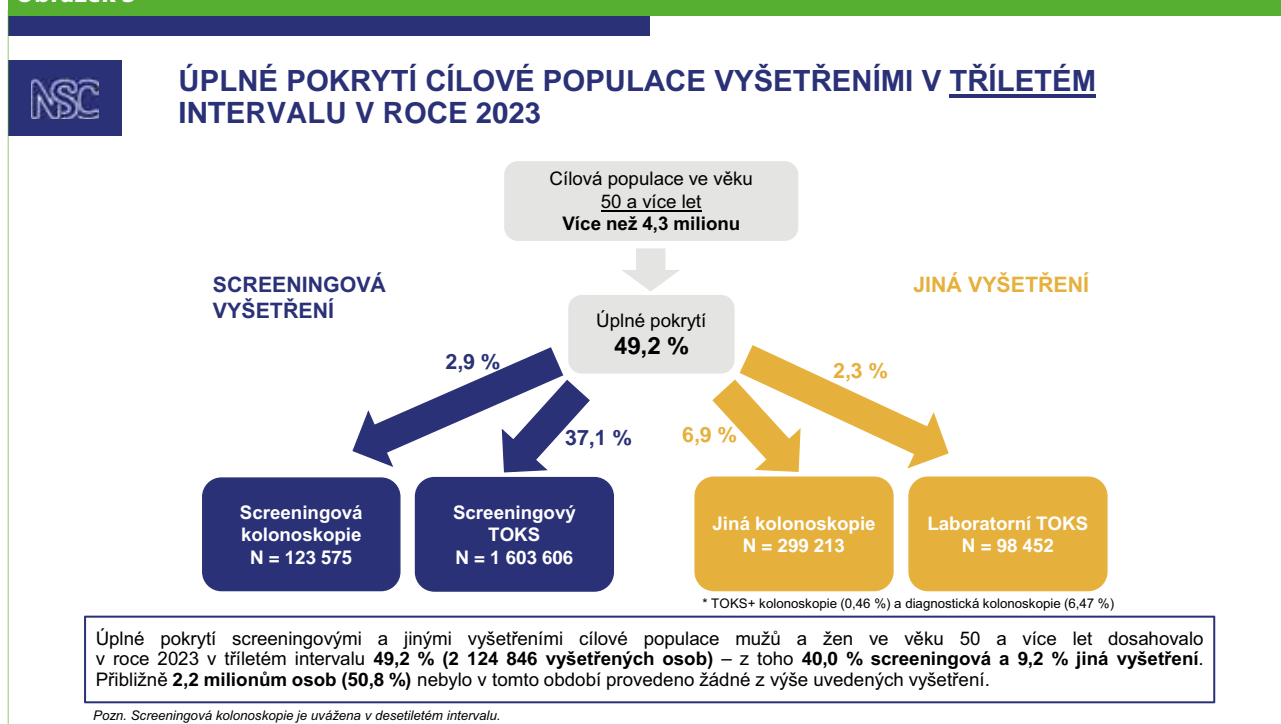
vé kolonoskopie, dále podíl osob s pozitivním TOKS, které se zúčastnily navazující kolonoskopie, a počet osob s karcinomem v pokročilém stadiu. Kromě údajů na úrovni daného IČZ jsou v reportu shrnuty i výsledky na úrovni celé ČR.

Základní statistiky a výstupy jsou pravidelně prezentovány v rámci Datového portálu screeningových programů (nsc-data.uzis.cz), který obsahuje otevřené datové sady, jejich vizualizace a také základní analytické reporty s výsledky programu.

Obrázek 2



Obrázek 3



Čeští VPL mají ve screeningu KRK zcela jedinečné postavení. Pacienti rekrutují do programu, vystavují žádanku na screeningovou kolonoskopii nebo vydávají FIT a ve velké míře je na POCT přístrojích také sami vyhodnocují. Pacienti informují o výsledku a dalším postupu. V případě pozitivní indikují následnou TOKS+ kolonoskopii a zajišťují přípravu na ni, do žádanky o tuto kolonoskopii udávají kvantitativní hodnotu FIT, datum jeho vyhodnocení a preparát užitý k přípravě střev. Do screeningu jsou zapojeni také gynekologové. K pokrytí ženské populace vyšetřením FIT přispívají gynekologové v posledních letech přibližně 2–3 % oproti praktikům, kteří přispívají zhruba 26–27 %.

Screeningové kolonoskopie a navazující TOKS+ kolonoskopie po pozitivním FIT probíhají výhradně v certifikovaných Centrech pro screeningovou kolonoskopii (<https://www.kolorektum.cz/centra/>). Center je aktuálně 199. Zpráva z centra (event. s histologickým vyšetřením) obsahuje informaci o výsledku, případně provedených endoskopických zákrocích, včetně stanovení intervalu k případné následné kolonoskopii.

Aktuální témata screeningu krk

Pokrytí populace

Účast osob z cílové populace je nejdůležitějším parametrem s ohledem na efektivitu screeningu. Nejúspěšnější screeningové programy v Evropě, které dosahují pokrytí přes 60 %, běží v Holandsku, ve Velké Británii a Slovinsku. Jedná se vesměs o programy, kde jsou kity s GT resp. FIT zasílány pacientům poštou. U nás proběhl pilotní projekt rozesílky kity pro FIT společně s adresným zvaním a ukázal určitý potenciál tohoto přístupu i v ČR. Aktuální pokrytí kolorektálním screeningem v ČR je 30 % cílové populace (viz obrázek č. 2). Hodnotíme-li celkovou účast ve screeningu KRK v intervalu tří let

a zahrneme-li i provedená diagnostická vyšetření, jako je diagnostická kolonoskopie a diagnostický FIT, blížíme se k pokrytí 50 %, které snese srovnání s nejúspěšnějšími programy v Evropě (obrázek č. 3).

Pokrytí cílové populace screeningem KRK je nevyrovnané napříč kraji (obrázek č. 4) i jednotlivými ordinacemi VPL. V letošním roce poprvé Národní screeningové centrum rozeslalo formou reportů výše uvedenou zpětnou vazbu k účasti v jednotlivých screeningových programech všem poskytovatelům ve VPL prostřednictvím datových schránek. Rozesílka reportů by měla působit motivačně. K vyšší účasti by mohlo přispět i automatizované zvaní k preventivním prohlídkám, které poskytují pokročilé ambulantní softwary.

Cílová populace pro screening KRK

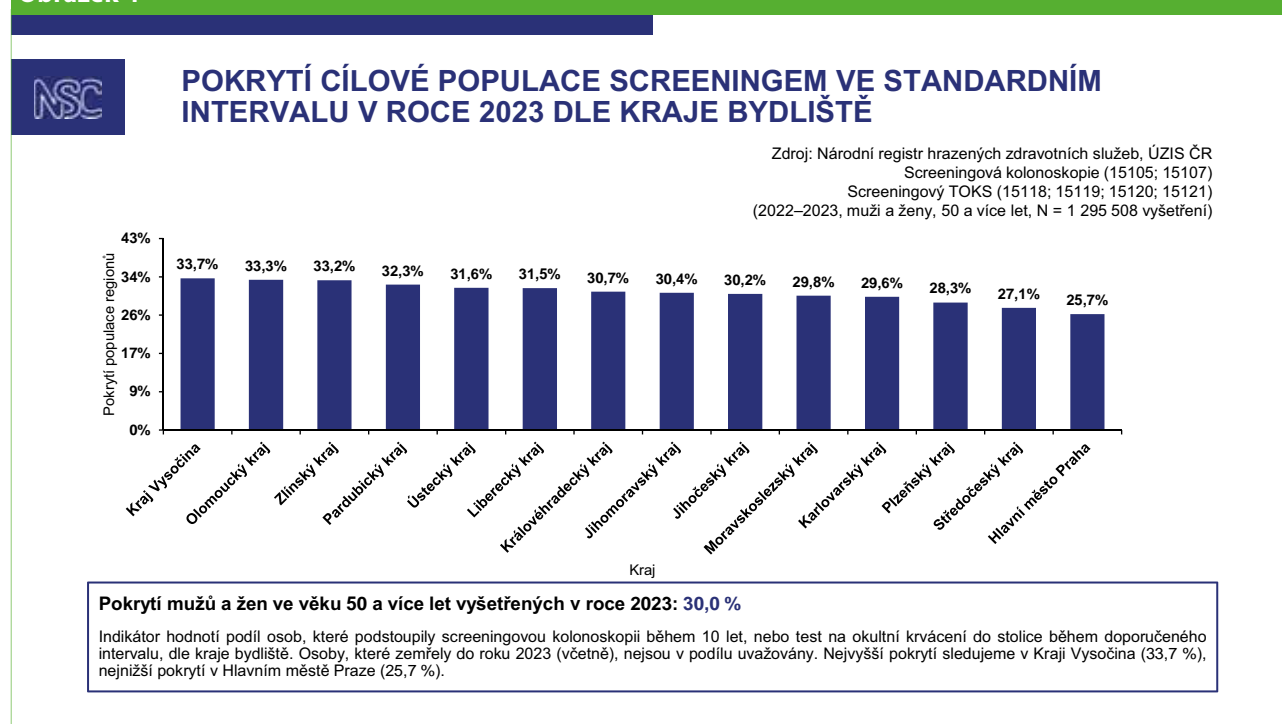
V ČR tradičně není nastavena horní hranice pro screening KRK. Za vhodné jsou považovány osoby ve věku 50 a více let, které vzhledem ke svému biologickému věku a očekávanému dožití ještě mohou ze screeningu profitovat. Většina ostatních evropských zemí má věkový interval určený v maximálním rozsahu od 50 do 74 let. V Rakousku je možné zařadit i osoby od 45 let věku.

Komise pro screening KRK aktuálně zvažuje omezení screeningu horní věkovou hranicí (74 let a 365 dní). Vzhledem k posunu výskytu KRK i do nižších věkových kategorií, je zde i úvaha o zahájení screeningu ve 45 letech.

FIT a nastavení cut-off

Více než 80 % všech FIT jsou vyhodnoceny v POCT režimu v ordinacích VPL. VPL vyhodnocení testu (kód 15119) vykazuje spolu s výkonem managementu (kód 15118) a se signálním kódem pro negativní (kód 15120)

Obrázek 4



nebo pozitivní (kód 15121) výsledek. Podmínkou pro uznání a úhradu FIT je zapojení POCT přístroje do systému externí kontroly kvality v režimu alespoň 1x ročně. V případě, že FIT provede laboratoř, vykáže si svůj výkon laboratorní, zatímco VPL vykáže management a signální kód pro výsledek testu. Z dat ÚZIS vyplývá, že jsou lékaři, kteří FIT prostřednictvím laboratoře zajistí, ale managementu screeningu si nevykážou.

Aktuální nastavení cut-off pro FIT v České republice je 15 µg hemoglobinu/g stolice (odpovídá dříve udávané hodnotě 75 ng/ml). Guajakový test vykazoval pozitivitu 3–4 %, kvalitativní imunochemický test 6–7 %, od zavedení standardizovaného vyhodnocování kvantitativních imunochemických FIT v roce 2020 došlo k navýšení positivity na 10,1 %, resp. 9,1 % v roce 2023. Přehled vývoje positivity testu na okultní krvácení ukazuje obrázek č. 5. Napříč republikou se liší míra positivity FIT; nejvyšší pozitivita byla pozorována ve Zlínském kraji (10,3 %), naopak nejnižší v Kraji Vysočina (7,8 %). Při hodnocení positivity FIT jsou také patrné nápadné rozdíly podle věku a pohlaví (viz obrázek č. 6).

Vyšší citlivost testu znamená více pozitivních, vyšší nároky na počet kolonoskopií a také vyšší počet falešně pozitivních osob. Zvýšení cut-off by znamenalo nižší citlivost a vyšší specifitu, a tím i nižší kapacitní nároky na endoskopická pracoviště, ale na druhou stranu také více falešně negativních výsledků. FIT je součástí

naprosté většiny programů ve světě a hodnoty cut-off se pohybují od 15 do 30 µg/g.

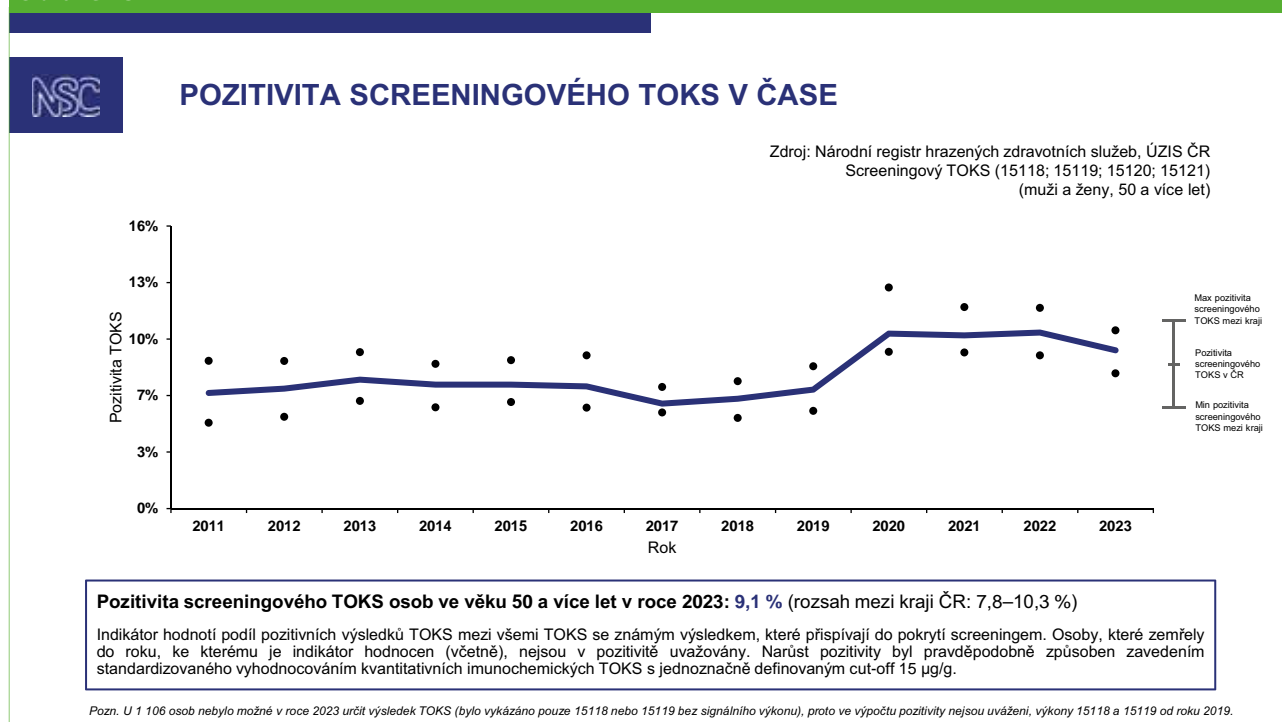
Čekací doby na kolonoskopii

Evropské doporučené postupy pro screening KKR doporučují maximální interval mezi výsledkem testu a následnou kolonoskopií 30 dní. Tento interval je u nás dvoj- až trojnásobný. Průměrná čekací doba na TOKS+ kolonoskopii po pozitivním FIT v ČR dosahovala v posledním kvartálu roku 2023 87 dní (rozsah mezi kraji: 76–109 dní). Nejvyšší průměrná čekací doba na navazující kolonoskopii po pozitivním výsledku FIT byla pozorována v Královéhradeckém kraji, kde průměrná čekací doba dosahovala 109 dní. Naopak nejnižší průměrná čekací doba byla v Olomouckém kraji, a to 76 dní. To samozřejmě oslabuje adherenci FIT-pozitivních osob k následné kolonoskopii. Je to jedna z příčin, proč je pouze u 60 % screenovaných osob s pozitivním FIT, vykázána následná kolonoskopie.

Jaká řešení se nabízí?

Na straně screeningových center pro kolonoskopii se potenciál k navýšení kapacit těžko hledá. Navíc centra často sama na sebe vytvářejí tlak sledováním pacientů nad rámec doporučení. Míra zachycení polypů při endoskopii je jedním ze sledovaných parametrů a jako kritérium kvality přirozeně ovlivňuje chování endoskopistů.

Obrázek 5



S ohledem na FIT se od začátku roku 2025 změní screeningový interval vyšetřování osob ve věku 50–54 let z jednoročního na dvouročního. V dalším roce bude nejspíš zvažena horní hranice 74 let pro screening. Ve hře může být zvýšení hodnoty cut-off, jak bylo zmíněno. V každém případě je tlak na standardizaci FIT, a všemi pojišťovnami je od 1. 1. 2024 striktně vyžadována externí kontrola kvality 1x ročně.

Individualizace screeningu a jeho alternativy

Ve světě probíhají diskuze o individualizaci screeningu (formou věkové hranice, nastavení cut-off, případně volbou screeningové metody) a jeho přizpůsobení riziku s ohledem na pohlaví, věk, BMI a další znaky. Diferenciace přístupu se nabízí i při pohledu na rozdíly v pozitivitě FIT podle věku a pohlaví v ČR (obr. č. 6). V experimentech jsou testována různá riziková skóre pro KRK, kterým se přisuzuje podobná citlivost a specifita, jako screeningovým metodám. Vědecké shody v tomto ohledu ale dosaženo nebylo a žádná evropská země svůj program v tomto smyslu nezměnila.

Jednou z možných variant, jak zvýšit účast ve screeningu KRK, je přímé zaslání FIT pacientům, místo tradičních pozvánek. V rámci pilotního projektu byly testy zaslány poštou 9 962 osobám ve věku 50–70 let

(leden-květen 2020). Míra odpovědí na tento způsob distribuce dosáhla 15,6 %, což je výrazně vyšší než u standardních pozvánek (9,2 %). Výsledky rovněž ukázaly vysokou míru spokojenosti příjemců s tímto způsobem doručení, naprostá většina respondentů vyjádřila v rámci dotazníkového šetření, jež bylo součástí projektu, pozitivní zpětnou vazbu. Přímé zaslání FIT by tedy mohlo představovat efektivní alternativu pro zvýšení účasti ve screeningu KRK v České republice a přispět tak k lepším výsledkům.

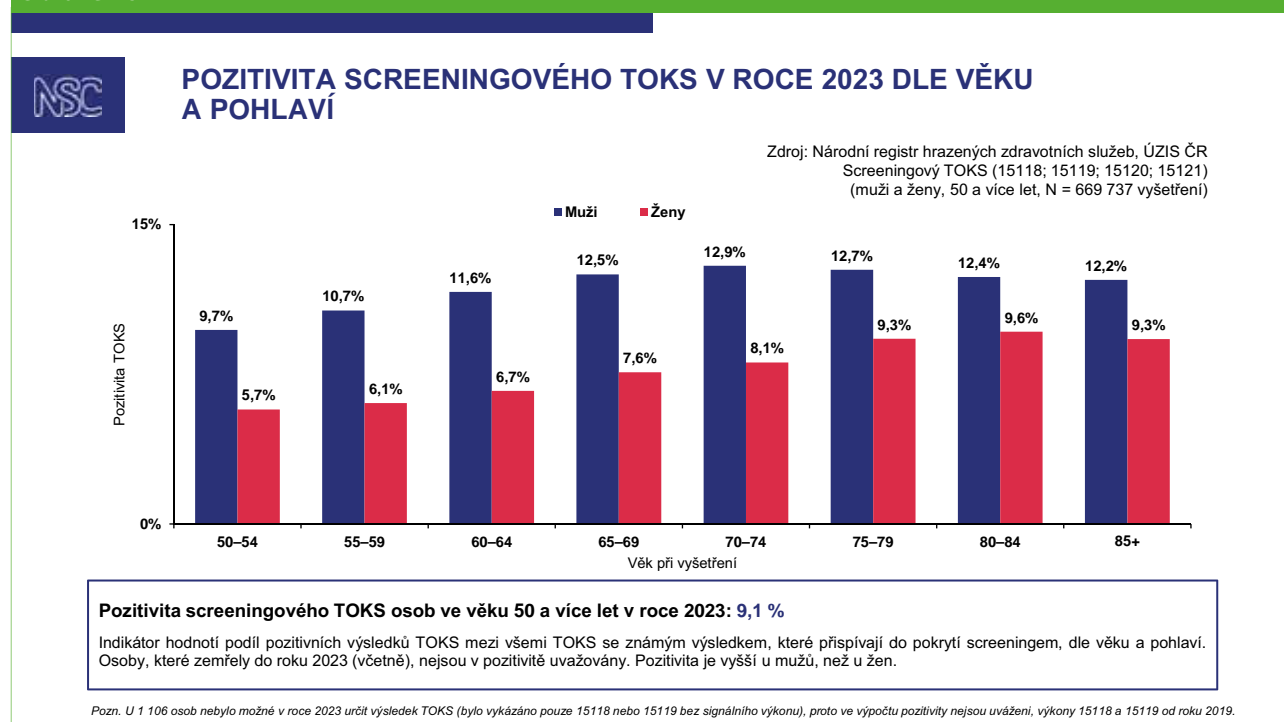
Závěr

Všeobecní praktičtí lékaři hrají klíčovou roli ve screeningu KRK v České republice a poskytují ho v kontextu prevence civilizačních onemocnění. Screeningový program je úspěšný, ale vyžaduje nadále průběžný monitoring, kritické vyhodnocování a kultivaci.

Data, jejich grafická zpracování a stručné interpretace výsledků v tomto článku jsou kompletně převzaty z prezentací Národního screeningového centra.

Literatura u autora
bohumil.seifert@lf1.cuni.cz

Obrázek 6



Pacient (nejen) praktického lékaře v systému sociálního zabezpečení



MUDr. Jana Venclová
ředitelka odboru 02 LPS ČSSZ

Historie sociálního zabezpečení v evropských zemích začíná na konci 19. století, kdy platil v Německu za Bismarcka zákon o nemocenském a úrazovém pojištění dělníků, tehdejší nemocenské pokladny měly své smluvní lékaře. V letech 2018 – 2019 byla v tehdejší ČSR poválečná nezaměstnanost a chudoba, což se vláda snažila řešit mj. uzákoněním státní podpory v nezaměstnanosti (z. č. 63/1918 Sb.), úpravou dávek pojištění nemocenského, hornického, úrazového dělnického a dávek penzijního pojištění úředníků. Nejprve to byly jen úpravy zděděných, dílem až diskriminačních, zákonů. Zásadnější změna se stala 30. 10. 1924 vyhlášením zákona č. 221/1924 Sb., o pojištění zaměstnanců pro případ nemoci, invalidity a stáří. V roce 2024 slavíme 100leté výročí sociálního zabezpečení v naší republice. V roce 1924 se jednalo velmi moderní pojetí sociálního pojištění, které ovlivnilo jeho vývoj v Evropě. Došlo ke sjednocení zděděných právních úprav, pro dělníky bylo zavedeno sociální pojištění starobní (v 65 letech, pokud byla splněna podmínka doby a trvání pojištění), invalidní a pozůstalostní (vdovský a sirotčí). Pro odvolací řízení byly zavedeny pojišťovací soudy.

Zákonem č. 99/1948 Sb., o národním pojištění, byli zavedeni tzv. důvěrní lékaři Okresní národní pojišťovny, kteří si obstarávali dokumentaci a udělali návrh posudku. Posudek pak vypracoval a podepsal lékař, který byl zaměstnancem Ústřední národní pojišťovny. Posudky vždy vypracovávali zaměstnanci orgánu, který dávku vyplácel.

Později s platností zákona č. 103/1951 Sb., o jednotné preventivní péči, vznikly další úřady: Státní zdravotní správa, Okresní ústavy národního zdraví (OÚNZ), Státní úřad důchodového zabezpečení (SÚDZ). Vznikly také posudkové komise, kterým v době od roku 1960 do 4/1990 předsedali místo lékařů poslanci Okresních národních výborů (ONV), v odvolacím řízení poslanci výborů krajských (KNV). Tehdy byl zákon č. 55/1956 Sb., o sociálním zabezpečení, zákon č. 54/1956 Sb., o nemocenském pojištění zaměstnanců a později zákon č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení. Nahrazeny byly zákonem č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění a zákonem č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením

V 9/1990 byly zřízeny Okresní správy sociálního zabezpečení (OSSZ) tím, že byly sloučeny sociální úřady. Dne 13. 12. 1991 vznikla Česká správa sociálního zabezpečení (ČSSZ), čímž došlo ke sloučení lékařské posudkové služby (LPS). Kontrola správnosti posuzování dočasné pracovní schopnosti přešla z OÚNZ na oddělení LPS na OSSZ, kde lékaři posuzovali také invaliditu a další zákonem určené případy. Od 1. 1. 2024 došlo k další velké strukturální změně ČSSZ tím, že z desítek OSSZ vzniklo 5 Územních správ sociálního zabezpečení (ÚSSZ) a jako samostatný orgán sociálního zabezpečení vznikl Institut posuzování zdravotního stavu (IPZS) <https://www.cssz.cz/web/cz/-/zmeny-ve-strukture-ceske-spravy-socialniho-zabezpeceni-cssz-znamenaji-usporu-nakladu>

IPZS má celorepublikovou místní příslušnost a má sídlo v Hradci Králové. IPZS je orgánem, který vydává

obr.: neschopenka z roku 1930 a 1939



posudky pro účely sociálního zabezpečení. Posudky může vypracovat lékař nebo odborný nelékařský zdravotnický pracovník (ONZP), kteří jsou zaměstnanci IPZS. Místní úřady na okresech (OSSZ) zůstávají zachovány jako kontaktní místa pro klienty ÚSSZ.

Zdravotnictví a orgány sociálního zabezpečení mají styčnou plochu tam, kde jsou výplaty dávek nebo poskytování výhod podmíněny poruchami zdraví. Pro ošetřujícího lékaře (OL) je taková osoba pacientem, kterého vyšetří, nastaví mu léčbu a režimová opatření. Pokud chce pacient dostat nějakou dávku nebo výhodu ze systému sociálního zabezpečení, musí si o ni podat žádost. O nemocenské po elektronizaci této dávky už žádat nemusí. Od 15. dne trvání DPN dostane pojištěnec nemocenské automaticky, jakmile systém ČSSZ zpracuje ošetřujícím lékařem potvrzené trvání inaptibility. Pokud chce pacient individuální vycházky, vycestovat v době trvání dočasné pracovní neschopnosti (DPN) do ciziny, nebo vystavit DPN o více než 3 dny zpětně, žádá OL pro svého pacienta LPS o předchozí souhlas. O ostatní dávky nemocenského pojištění si pojištěnec žádost zatím podat musí. Popsané procesy se týkají dočasných poruch zdraví.

Pokud se pojištěnec cítí být invalidním, může si podat žádost o invalidní důchod. Pro dávky důchodového pojištění (hlavně invalidní důchod) a dávky nepojistné (hlavně příspěvek na péči a průkaz osoby zdravotně postižené) se musí jednat o takovou poruchu zdraví, která splňuje zákony dané definice dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu (DNZS). Množné číslo „zákony“ je uvedeno záměrně, protože v jednotlivých zákonech je definice DNZS mírně odlišná.

Chronické poruchy zdraví, obvykle s minimálně středně těžkou funkční poruchou, mohou být důvodem k poskytnutí nějaké dávky ze systému sociálního zabezpečení. Rozhodující však není diagnóza sama, ale vyšetřením objektivizovaná tíže funkční poruchy.

Příklady některých dávek sociálního zabezpečení:

- Dlouhodobé ošetřovné: dávka sociálního (nemocenského) pojištění
- Invalidní důchod: dávka sociálního (důchodového) pojištění
- Příspěvek na péči/ mobilitu/ pomůcku: dávky sociálního zabezpečení, tj. dávky nepojistné



- Průkaz osoby zdravotně postižené (OZP): výhoda ze sociálního zabezpečení, tj. nepojistná agenda

Pojištěnec je v systému sociálního zabezpečení fyzická osoba, která je nemocensky a/nebo důchodově pojištěna. Účast v nemocenském a důchodovém pojištění je v některých případech povinná, ale může být i dobrovolná, nebo žádná. Není-li osoba nemocensky pojištěna, nemá právo na vystavení žádného rozhodnutí ČSSZ pro účely výplaty dávek nemocenského pojištění. Změkče-no je toto pravidlo institutem tzv. ochranné lhůty, která ale platí jen pro účely nemocenského a mateřského.

Dávek nemocenského pojištění je 6:

Nemocenské s podpůrcí dobou 380 kalendářních dnů a možností jejího prodloužení, pokud to posudkový lékař schválí.

PPM (peněžitá pomoc v mateřství)

Otcovská (dávky otcovské poporodní péče)

Ošetřovné s podpůrcí dobou 9 dnů, u samoživitelů 16 dnů. V případě hospitalizace se tato podpůrcí doba tzv. „staví“, což znamená, že doba léčení v nemocnici se nezapočítává a po propuštění pacienta domů může pečující osoba zbylé dny podpůrcí doby vyčerpat. Ošetřovné mohou čerpat maximálně 2 osoby, tj. během 1 ošetřovného se mohou v péči vystřídat 2 pojištěnci. Vznik potřeby ošetřování je dnem, kdy ji u svého pacienta OL vyšetřením zjistí. Výjimečně lze vystavit rozhodnutí zpětně, a to maximálně o 3 dny (zde neexistuje nic jako žádost o možnost vystavit více dnů zpětně) a pro tuto dávku není institut ochranné lhůty.

Dlouhodobé ošetřovné (DLO) je dávka pro osobu pečující stejně jako u ošetřovného. Podpůrcí doba je zde 90 dnů, ale režim je jiný – tato podpůrcí doba se „nestaví“. To znamená, že osoba pečující pobírá dávku DLO jen v době, kdy pečuje a pokud dojde k nové hospitalizaci, je výplata zastavena. Podpůrcí doba však plyne i během takové nové hospitalizace. Po propuštění domů může péče pokračovat a tím i výplata DLO, pokud nedošlo k vyčerpání 90 dnů. Po nástupu do nemocnice by neměla být potřeba dlouhodobé péče ukončena, protože další lze vystavit až po roce od jejího ukončení. Pokud je pacient v nemocnici tak dlouho, že 90denní podpůrcí doba marně uplyne, nebo je podstatně zkrácena, nedá se nic dělat.

Vystavit rozhodnutí o potřebě dlouhodobé péče musí na žádost pacienta nebo jeho zástupce nemocniční ošetřující lékař při propuštění, pokud stav pacienta podle názoru lékaře bude doma vyžadovat nejméně 30denní péči a hospitalizace trvala minimálně 4 dny. Vystavit by měl dnem propuštění z hospitalizace, ale pacient nebo jeho zástupce může požádat o vystavení rozhodnutí až do 8 dnů od propuštění z hospitalizace. Rozhodnutí musí OL vydat do 3 pracovních dnů od podání žádosti.

Druhá možnost je případ, kdy se jedná o pacienta v inkurabilním stavu, který už ani není indikován k hospitalizaci a potřebuje popsanou péči. Takové rozhodnutí o potřebě dlouhodobé péče vystavuje ambulantní ošetřující lékař pacienta (nikoliv nutně praktik) a žádost

Pro ilustraci počty dávek nemocenského pojištění vyplacených v letech 2021 – 2023

	k 31.12.2021	k 31.12.2022	k 31.12.2023
Výplata dávek nemocenského pojištění celkem	4 851 759	4 306 564	3 802 118
z toho počet případů výplaty			
NEMOCENSKÉ	3 266 183	2 906 637	2 600 360
OŠETŘOVNÉ	936 811	786 625	651 877
PENĚŽITÁ POMOC V MATERŠTVÍ	585 849	544 742	487 331
VYROVNÁVACÍ PŘÍSPĚVEK V TĚHOTENSTVÍ A MATERŠTVÍ	894	1 089	1 021
OTCOVSKÁ POPORODNÍ PÉČE	48 097	49 477	43 193
DLOUHODOBÉ OŠETŘOVNÉ	13 925	17 994	18 336

o dávku si uplatňuje poskytovatel péče samostatně. Poskytovatelé péče se mohou střídát třeba denně a neomezeně. Posuzování trvání potřeby dlouhodobé péče je v gesci ošetřujícího lékaře, ale i lékaře LPS. K ukončení potřeby péče dochází zlepšením stavu (již nevyžaduje definovanou péči), úmrtím, uplynutím 90 dnů, ale také pokud se nedostaví ke kontrole. Pro tuto dávku není institut ochranné lhůty, takže pokud někdo odejde ze zaměstnání s tím, že se později bude starat o rodinného příslušníka, dávka mu vyplácena nebude. VPTM (vyrovnávací příspěvek v těhotenství a mateřství) je minimálně využívanou dávkou nemocenského pojištění, které jako jediné nebude v roce 2025 elektronizováno. V 5/2024 vláda schválila novelu zákona o nemocenském pojištění, kde je mj. další elektronizace dávek nemocenského pojištění.

Dlouhodobá péče je aktivita, kterou potřebuje pacient. Potřebu dlouhodobé péče pro svého pacienta potvrzuje OL vydáním rozhodnutí. Dlouhodobá péče spočívá v každodenním ošetřování, zajištění ošetřujícím lékařem stanoveného léčebného režimu, pomoci při péči o vlastní osobu. Do takové péče patří zejména podávání jídla

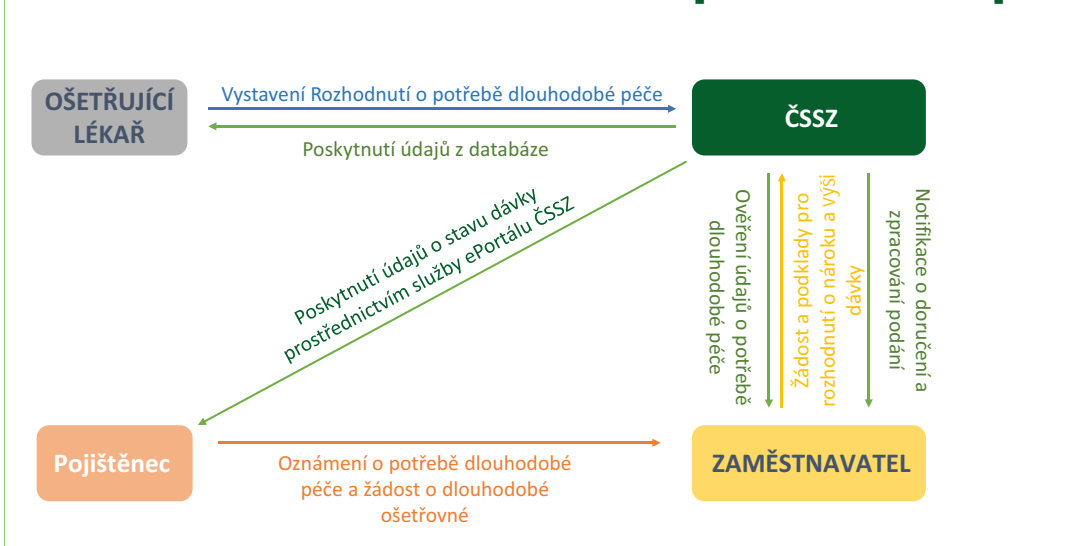
a současně nevykonává svou práci (zaměstnání), protože pečuje doma o osobu s uznanou potřebou péče. Poskytovatel péče musí být nemocensky pojištěn aspoň 90 kalendářních dnů v posledních 4 měsících bezprostředně předcházejících potřebě ošetřování. Jsou zde pro výplatu dávky ještě nezdravotnické podmínky (vztahové, bytové, časové, ale i udělení souhlasu pacienta s ošetřováním od této osoby aj.). Žádost o dlouhodobé ošetřovné je pro pojištěnce ke stažení na ePortál ČSSZ – Tiskopisy. Tiskopis vyplňuje žadatel o dávku, který je ošetřující osobou. Tiskopis žádosti o DLO ošetřující osoba předkládá svému zaměstnavateli, který jej předá příslušné OSSZ. Dobrovolně nemocensky pojištěná OSVČ si předkládá žádost o dlouhodobé ošetřovné na OSSZ sama.

Rozhodnutí o potřebě dlouhodobé péče (zatím jen papírový tiskopis)

- I. díl (hlášení o vzniku) odesílá OL na OSSZ
- II. díl (průkaz ošetřované osoby a rozhodnutí o ukončení potřeby péče) – má u sebe pacient
- III. díl (potvrzení pro ošetřující osobu) – pojištěnec ho

ukáže v práci, nechá si ho Sociální zabezpečení znamená také dávky, které hradí stát a k jejich výplatě není třeba žádné pojištění. Proto se souhrnně nazývají dávky nepojistné agendy. Jejich poskytování je upraveno v několika zákonech, pro účely tohoto sdělení jsou podstatné čtyři níže uvedené. Zákon č.

Dlouhodobé ošetřovné – procesní mapa



108/2006 Sb., o sociálních službách, s prováděcí vyhláškou č. 505/2006 Sb. Tento zákon upravuje poskytování příspěvku na péči.

Zákon č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře. Sem patří např. přídatky na děti, příspěvek na bydlení, porodné se zkoumáním výše příjmu rodiny. Bez zkoumání příjmu stát vyplácí rodičovský příspěvek (základní v r. 2024 činí 350 tis. Kč) a pohřebné (5 tis. Kč).

Zákon č. 110/2006 Sb., o životním minimu, určuje podmínky pro výplatu a vyšší životního minima. Pro jednotlivce je to nyní měsíčně 4860 Kč. U společně posuzovaných osob se určuje jejich pořadí a pak první osoba v pořadí má životní minimum 4470 Kč, druhá v pořadí 4040 Kč. Děti mají stanovené minimum podle věku v rozmezí 3490 – 2480 Kč.

Zákon č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi, upravuje mj. podmínky výplaty 3 dávek: příspěvku na živobytí (měsíčně se opakující dávka), doplatek na bydlení (měsíčně se opakující dávka) a mimořádná okamžitá pomoc (jednorázová dávka).

Obvykle není jako osoba v hmotné nouzi uznána ta, která je starší 68 let, je poživitelem starobního důchodu, je osobou invalidní ve 3. stupni, pobírá některou z nemocenských dávek, ale i příspěvek rodičovský, také nespolupracující uchazeč o zaměstnání, některé OSVČ apod.

Zvýšení částky živobytí osoby může být z důvodu lékařem předepsaného dietního stravování. Zvýšení je měsíčně, potvrzení může vystavit lékař dané odbornosti tak, jak je v legislativě uvedeno (§ 1 vyhlášky č. 389/2011 Sb. k § 29 zákona č. 111/2006 Sb.).

Částka živobytí osoby, jejíž zdravotní stav podle doporučení příslušného odborného lékaře vyžaduje zvýšené náklady na dietní stravování, se zvyšuje měsíčně:

a) u diety nízkobílkovinné	o 1511 Kč,
b) u diety při dialýze	o 1095 Kč,
c) u diety nízkocholesterolové při hypercholesterolemii nebo hyperlipoproteinemii	o 1150 Kč,
d) u diety diabetické	o 1238 Kč,
e) u diety při onemocnění fenylketonurií	o 2431 Kč,
f) u diety při onemocnění celiakii	o 3066 Kč,
g) u diety při osteoporóze, pokud celotělová kostní densita poklesla o více než o 25 %, tj. T-skóre je horší než -2,5	o 1194 Kč,
h) u diety při laktóзовé intoleranci	o 1172 Kč,
i) u diety v těhotenství a při kojení do 1 roku věku dítěte	o 1205 Kč.

Z hlediska LPS je nejčastější žádostí v systému sociálního zabezpečení žádost o příspěvek na péči, pro jejíž účely IPZS vydává nejvíce posudků. Způsob posuzování je vázán legislativou, základní je již zmíněný zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Prováděn je vyhláškou č. 505/2006 Sb., která má několik příloh, vymezení schopnosti zvládat základní životní potřeby je uvedeno v příloze č. 1. Nárok na výplatu příspěvku na péči je podmíněn tím, aby byla osoba uvedena v okruhu oprávněných osob a zároveň objektivně potřebovala pomoc jiné osoby pro dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav. Definice DNZS je v § 3 odst. c) zákona o sociálních

službách – pokud není splněna, nemůže se jednat o stav odůvodňující výplatu příspěvku na péči. Splnění zdravotní podmínky posuzuje lékař IPZS nebo odborný nelékařský zdravotnický pracovník IPZS, posudek vydává IPZS. Podkladem pro posouzení je zdravotnická dokumentace a záznam ze sociálního šetření, legislativa určuje mj. také vzor standardizovaného záznamu sociálního pracovníka.

Zákon o sociálních službách rovněž definuje povinnosti a oprávnění sociálních pracovníků (provádění sociálního šetření, sociálního poradenství, poskytovat odborné služby vč. prevence a koordinace. Některé sociální služby jsou za úhradu. Do služeb sociální péče patří osobní asistence, služby pečovatelské či průvodcovské nebo předčitatelské, ale i odlehčovací. Do rámce služeb sociální prevence patří raná péče, tlumočení, centra, domy na půl cesty aj.

Od 01. 07. 2024 došlo ke zvýšení druhého až čtvrtého stupně příspěvku na péči, příspěvek vyplácený osobám s uznaným prvním stupněm závislosti na péči (ZnP) se nezměnil.

Osoby do 18 let mají vyšší výplatu a jinou úpravu potřebného počtu nezvládaných potřeb.

Pro lehkou závislost (I. stupeň) dostává osoba do 18 let věku 3 300 Kč, nad 18 let to je 880 Kč. Pro závislost středně těžkou (II. stupeň) dostává do 18 let 7 400, nad 18 let 4 900 Kč. U těžké závislosti (III. stupeň) to je do 18 let 16 100 Kč a nad 18 let 14 800 Kč. Úplná závislost na péči (IV. stupeň) je spojena s vyšší příspěvkem podle toho, zda je klient v zařízení sociální péče nebo doma. Pro obě věkové kategorie se při pobytu v zařízení sociální péče vyplácí klientům 23 000 Kč a při péči poskytované doma dostává klient 27 000 Kč.

Příspěvek na péči je určen osobě vyžadující trvale a každodenně pomoc a péči a nemůže být předmětem dohody o srážkách (žádná exekuce). Podmíněn je mj. uznáním závislosti na péči posuzovatelem IPZS, který neposuzuje diagnózu, ale dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav (DNZS). DNZS je stav trvajícím déle než rok (nebo je předpoklad, že déle než rok trvat bude) a zároveň spojený s prokazatelně (zjištěno vyšetřením) objektivně těžce sníženými až vymizelými schopnostmi potřebnými pro zvládnání základních životních potřeb. Nezvládnání se posuzuje ve vztahu k režimu nařízenému ošetřujícím lékařem a s využitím facilitačních pomůcek či vybavení domácnosti /veřejného prostoru. Posudek vydává IPZS na žádost pobočky ÚP ČR, kde klient nebo jeho zástupce podá žádost o příspěvek na péči. V roce 2025 bude umožněno, aby mohl být příspěvek vyplácen obratem bez posudku osobám v inkurabilním stavu. Bude to určeno pro osoby s předpokladem dožití 1 roku na paliativní a symptomatické péči. Žádost bude muset klient nebo jeho zástupce podat standardně, ale plátce dávky nebude žádat IPZS o posudek, protože k výplatě mu bude stačit potvrzení od ošetřujícího lékaře žadatele. Odbornost OL, který takové potvrzení bude moc vydat, bude v novele zákona o sociálních službách patrně určena taxativně.

Základní životní potřeby (ZŽP) jsou vyjmenovány a jejich posouzení určeno zákonem, vyhláškou a přílohou.

Hodnotí se schopnost zvládat standardním způsobem v přirozeném prostředí 9 (do 18 let věku) nebo 10 (nad 18 let věku) ZŽP, kterými jsou: mobilita – orientace – komunikace – stravování – oblékání – obouháním – tělesná hygiena – výkon fyziologické potřeby – péče o zdraví – osobní aktivity – desátá je péče o domácnost. Zvládání se hodnotí s facilitačními pomůckami, ale i s využíváním běžně dostupných prostředků a předmětů denní potřeby, vybavení domácnosti i veřejných prostor. Podmínkou je, aby byla objektivním lékařským nálezem doložena existence příčinné souvislosti mezi nezvládním a DNZS. Stupeň zjištěné funkční poruchy musí být těžký nebo úplný. Hodnotí se v přirozeném prostředí s ohledem na věk (zvláště u dětí podle vývojových milníků). Posuzuje se, zda jsou aktivity klientem prováděny v přijatelném standardu po rozpoznání potřeby s kontrolou správnosti zvládnutí.

Rozdíly a shrnutí

- Dlouhodobé ošetřovné je dávka nemocenského pojištění pro toho, kdo pečuje. To znamená, že osobě bez nemocenského pojištění (např. uchazeč o zaměstnání v evidenci ÚP ČR nebo osoba čerpající rodičovskou dovolenou nebo OSVČ bez stanovené délky dobrovolného nemocenského pojištění nebo osoba žijící ze starobního či jen invalidního důchodu) nevznikne na výplatu dlouhodobého ošetřovného nárok. Pokud nárok vznikne, je výplata dlouhodobého ošetřovného omezena délkou podpůrčí doby - 90 dnů. OL vysta-

juje rozhodnutí o potřebě péče pro svého pacienta, pokud zjistí splnění několika potřebných podmínek.

- Příspěvek na péči je dávka ze státního rozpočtu pro občany naší republiky a dostává ji osoba, která péči potřebuje. Zdravotní podmínku pro výplatu dávky posuzuje pověřený zaměstnanec IPZS, který vypracuje posudek. Pro uznání nezvládnutí musí být doloženo, že posuzovaná osoba nezvládá dané aktivity pro DNZS, nezvládá je ani s facilitačními pomůckami a je doložena souvislost nezvládnutí s poruchami zdraví. Platnost posudku stanovuje posuzující osoba podle kvalifikovaného zdravotnického odhadu, může ji stanovit i trvalou.

Přehled literatury (zákony ve znění pozdějších předpisů):
Zákon č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení

Zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění

Zákon č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění

Zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

Zákon č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře

Zákon č. 110/2006 Sb., o životním minimu

Zákon č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi

Instrukce MPSV, metodické pokyny ČSSZ

Před chřipkou je u nás chráněný jen každý pátý senior

Ročně v Česku zemře v souvislosti s chřipkou kolem 2 000 lidí, většinou osoby starší 65 let a chronicky nemocní. Značné části těchto úmrtí by šlo předejít očkováním, které mají právě ti nejohroženější plně hrazeno z veřejného zdravotního pojištění. Bohužel u osob nad 65 let činila v sezoně 2023/2024 proočkovanost pouze 20 %, u lidí s chronickým onemocněním (např. kardiaci a diabetici) dokonce jen 10 %. Inspirací by nám mohlo být třeba Dánsko a Nizozemí s téměř 80% proočkovaností seniorů.

Světová zdravotnická organizace (WHO) doporučuje u rizikových skupin alespoň 75% proočkovanost, což je úroveň, kterou se v řadě zemí, na rozdíl od Česka, daří naplňovat. Mezi nejúspěšnější země v tomto ohledu patří Dánsko a Holandsko, kde se proočkovanost blíží k 80 % u osob starších 65 let. Ve Finsku se proočkovanost pohybuje kolem 75 až 80 %, přičemž země klade důraz na očkování rizikových skupin. Ve Švédsku se jedná o cca 70% proočkovanost mezi seniory.

V České republice se v loňské sezoně nechalo očkovat proti chřipce přibližně 700 až 800 tisíc lidí, což představuje jen pět až osm procent celkové populace, z toho pouze 20 % seniorů (nad 65 let) a pouhých 10 % rizikových pacientů.

„V České republice čelíme dlouhodobému problému s nízkou účastí obyvatelstva na očkování proti chřipce, což může mít vážné důsledky pro veřejné zdraví. Proto se naše pojišťovny nejen z rizikových skupin snažíme celoročně edukovat prostřednictvím aplikace Vitakarta a i těm nerizikovým nabízíme speciální příspěvek na očkování proti chřipce pro děti a dospělé do 65 let ve výši až 500 korun,“ vysvětluje MUDr. Jitka Vojtová, MBA, zdravotní ředitelka OZP.

U seniorů a rizikových skupin, tedy těhotných a osob s chronickým onemocněním (kardiaci, diabetici, astmatici apod.), odborníci doporučují dosáhnout proočkovanosti alespoň 75 %, aby se snížilo riziko život ohrožujících komplikací spojených s chřipkou.

Úmrtnost na chřipku je v ČR zbytečně vysoká

Uvádí se, že ročně umírá v Evropě na chřipku či komplikace s ní spojené až 220 000 osob. V Německu jí podlehne cca 5 000 až 10 000 lidí, ve Francii cca 8 000 až 14 000, ve Velké Británii cca 11 000 a v Holandsku zhruba 3 000 lidí.

V České republice během roku zemře na chřipku (nebo na komplikace přidružené k této nemoci) zhruba 2 000 osob. Nicméně některé zdroje zmiňují až 5 000 lidí, což představuje kolem dvou procent všech úmrtí v zemi. Většina z nich – stejně tak jako v ostatních státech – spadá do rizikových skupin.

Mezi nejčastější obtíže spojené s chřipkou patří v tuzemsku zápal plic, zánět srdečního svalu i oběhové selhání. Klíčovým nástrojem prevence těchto vážných komplikací je právě očkování proti chřipce.

„Optimální období pro očkování je od října do prosince, aby byl organismus chráněn před začátkem chřipkové sezony. Ochrana nastává už přibližně 14 dní po aplikaci vakcíny. Přestože vakcína nemusí zabránit vzniku chřipky, výrazně dokáže snížit závažnost onemocnění a možné riziko komplikací,“ upřesňuje MUDr. Vojtová.

Pro sezonu 2024/2025 je v ČR připraveno 900 000 dávek vakcín proti chřipce. Nicméně Ministerstvo zdravotnictví ČR spolupracuje s výrobci vakcín, a proto v případě zvýšeného zájmu může zajistit dodatečné dávky.

Zdroj:

<https://www.pharmaprofit.cz/2024/10/20/pred-chripkou-je-u-nas-chraneny-jen-kazdy-paty-senior/>

Od akutní péče po rehabilitaci: Komplexní pohled na abdominální katastrofy

Když slyšíme slovní spojení břišní katastrofa, je především mezi laickou veřejností chápáno ve smyslu, že daný nedoběhl... Jaký je však význam tohoto sousloví v odborném pojetí a jaké praktické aspekty sledovaná publikace o abdominálních katastrofách nabízí?

Toto mezioborové téma v komplexně pojaté knize poprvé zpracovali autoři MUDr. Jakub Víšek, Ph.D., prof. MUDr. Vladimír Blaha, CSc., MUDr. Jan Maňák, Ph.D., prof. MUDr. Zdeněk Zadák, CSc., a kolektiv.

Nakladatelství Grada vydalo publikaci pod názvem Komplexní přístup k léčbě abdominálních katastrof. Na téma abdominálních (břišních) katastrof a péči o tyto pacienty jsme vyzpovídali MUDr. Jakuba Víška, Ph.D., ze III. interní gerontometabolické kliniky Fakultní nemocnice v Hradci Králové.

Pane doktore, může lékař, třeba na interním oddělení, předpokládat, že u pacienta v brzké době dojde k abdominální katastrofě?

Abdominální katastrofa vzniká primárně na interním oddělení jistě výrazně méně často než na tom chirurgickém. Je to dáno již z podstaty věci. Samozřejmě se ale můžeme setkat např. s komplikacemi endoskopických výkonů. Jedná se vždy o komplikaci, kterou dopředu nelze s jistotou předpovědět. Nicméně někteří pacienti jsou z hlediska potenciální nitrobřišní katastrofy rizikovější. Jedná se zejména o nemocné s již rozvinutou malnutricí a vyčerpanými biologickými rezervami. U takových pacientů je potřeba zvažovat riziko a přínos potenciálního výkonu a též promyslet, zda není možné výkon odložit a nemocného na výkon např. lépe nutričně připravit.

Publikace si mimo jiné klade za cíl přinášet praktické využití. Mohl byste přiblížit tematické okruhy, kde čtenáři získají tento praktický rozhled?

Knihy si položila za cíl předložit přehled všech možných potenciálních problémů, kterým bude pacient, potažmo lékař čelit od počátku vzniku abdominální katastrofy až po propuštění pacienta domů. Mapuje podobně jako kazuistika celou cestu pacienta, od vzniku katastrofy a strategie přístupu v počátcích, přes hojení rány, léčbu infekce, výživu, psychologii, léčbu bolesti, rehabilitaci až po chirurgické řešení, péči o stomii, dietu či paliativní přístup.

Co je podle vás na knize nejpřínosnější?

Myslím, že zejména její komplexnost, což už je zmiňováno i v názvu. Doufám, že její přečtení nabídne řešení drtivé většiny problémů, se kterými se může odborník při léčbě setkat. Zároveň přináší i zamyšlení, proč k abdominální katastrofě došlo a jak situaci nezhoršovat.

Existuje skupina pacientů, která je náchylnější ke vzniku abdominální břišní katastrofy?

Nikdy nedokážeme dopředu předpovědět, u koho k abdominální katastrofě dojde. Jistě rizikovější jsou již zmiňovaní pacienti s rozvinutou malnutricí. Je potřeba si však i přiznat, že někdy za vznik abdominální katastrofy může i přístup lékaře. Myslím, že zdrženlivost a rozmysl by měly mít někdy přednost před snahou o rychlá a zbrklá řešení. Opakované reoperace můžou být pak spíše na škodu.

Je pravda, že abdominálních katastrof u našich pacientů neubývá?

A co by se podle vás muselo stát, aby nastal pokles abdominálních katastrof?

Neexistují přesné statistiky. Abdominální katastrofa nemá jednotnou definici. U nás na III. interní geron-

PRŮVODCE PŘEDOPERAČNÍ PŘÍPRAVOU A ÚPRAVA CHRONICKÉ MEDIKACE V PERIOPERAČNÍM OBDOBÍ



Praktik běžně řeší předoperační vyšetření anebo úpravu chronické medikace s cílem optimalizace zdravotního stavu před operací. Po výkonu se pak tyto pacienti do ordinace vrací a lékař musí adekvátně reagovat na pokyny specialisty a dále upravovat medikaci.

Knihy je užitečným průvodcem perioperační medicínou.



Věnuje se
i psychiatrickým
komorbiditám



Kupujte na
grada.cz

Nakladatelský dům
GRADA

tometabolické klinice si však vedeme vlastní statistiky a z nich vyplývá, že těchto pacientů skutečně neubývá. Komplikace nejrůznějších výkonů tu budou vždy. Navíc roste věk operovaných nemocných a mají více komorbidit. Z tohoto pohledu je dobře, že tato čísla alespoň nestoupají. Určitě je důležitá informovanost lékařů, a k tomu doufám přispěje tato publikace.

Většina septických onemocnění břicha s obrazem abdominální katastrofy vyžaduje opakovanou chirurgickou intervenci. Je vidina, že by k této opakované laparotomii nemuselo vůbec docházet?

O konzervativní zhojení se snažíme vždy. Naše statistika říká, že jsme úspěšní v cca 50 %. Nicméně je to závislé na řadě faktorů, např. lokalizaci střevní píštěle. Zatímco tlustostřevní píštěl se nám zpravidla podaří zahojit téměř vždy, tak vysokovýdejové tenkostřevní píštěle naopak téměř nikdy. Důležité je však načasování výkonu

a příprava pacienta. V případě těžkých abdominálních katastrof často už není prostor na další neúspěšný pokus. Proto se snažíme o maximální vylepšení stavu pacienta, než k rekonstrukčnímu výkonu přistoupíme.

Jaká omezení v běžném životě čekají pacienty po prodělané abdominální katastrofě?

Abdominální katastrofa nemocné často invalidizuje. Stráví v nemocnici dlouhé měsíce. Jistě to pro ně ani jejich blízké není snadné. I po propuštění mohou mít řadu obtíží a mohou si nést trvalé následky. Nezřídka jim zůstává stomie či závislost na domácí parenterální výživě. A pravdou je, že např. ambulance, která by se komplexně zabývala těmito pacienty či obecně pacienty po prodělaném kritickém stavu po propuštění domů, dosud chybí. Každopádně můžu konstatovat, že se nám většinou daří většinu pacientů vrátit do běžného života.

Pf 2025

Vážení zákazníci,
přejeme vám krásné a požehnané Vánoce
plné radosti, pohody a lásky v kruhu vašich blízkých.
Ať je pro vás nový rok 2025 plný nových příležitostí,
splněných přání a úspěchů.

Děkujeme, že jste s námi.

Tým QuickSeal



Vážení čtenáři a řešitelé testů,

dle nového Stavovského předpisu České lékařské komory č. 16, podle § 5 přílohy č. 1, jsou od 1. 7. 2012 všechny znalostní testy v odborných časopisech hodnoceny jednotně, a to 2 kredity. Za správné vyřešení testu budou řešitelům přiděleny **2 kredity ČLK**. Podmínkou ČLK pro přidělení kreditů je zadání odpovědí elektronicky na stránkách **www.svl.cz**, a to **nejpozději do 31. 1. 2025**.

Získané kredity budou úspěšným řešitelům připočítány k ročnímu souhrnnému certifikátu člena SVL ČLS JEP. Lékařům, kteří se nemohou prokázat číslem člena SVL ČLS JEP, kredity bohužel přiděleny nebudou.

Správné odpovědi z čísla 9/2024: 1c, 2bc, 3ac, 4b, 5c, 6b, 7c, 8a 9b, 10b

ZNALOSTNÍ TEST JE HODNOCEN 2 KREDITY ČLK

1. Dlouhodobé ošetřovné:

- a) je stav, pro který může pacient rok pobírat až 27 tisíc korun
- b) je dávka nemocenského pojištění, kterou bere pacient, který je nemocensky pojištěn
- c) je dávka nemocenského pojištění, kterou bere ten, kdo pečuje, pokud je nemocensky pojištěn

2. Příspěvek na péči:

- a) je dávka, kterou aktuálně dostává každý, kdo si přinese potvrzení o své chronické nemoci od svého registrujícího praktického lékaře
- b) je dávka podmíněná uznanou závislostí na péči v posudku vydaným Institutem posuzování zdravotního stavu
- c) je dávka, která není nijak vázána na dlouhodobé ošetřovné

3. Nemocní s ATTRwt mají často v anamnéze i:

- a) syndrom karpálního tunelu
- b) polyneuropatii
- c) subdurální hematomy

4. Na EKG je u ATTRwt častým nálezem:

- a) AV nodální reentry tachykardie
- b) převodní poruchy (AV blokády, blokády ramének)
- c) fibrilace síní

5. Každé snížení LDL-c o 1 mmol/l při léčbě statinem je spojeno s:

- a) 15% redukcí CMP
- b) 21% redukcí všech cévních příhod
- c) 12% snížením rizika úmrtí z KV příčin

6. Kardiovaskulární riziko 40letého kuřáka s rizikovými faktory je v porovnání s 60letým mužem bez rizikových faktorů

- a) vyšší
- b) nižší
- c) stejné

7. Která skupina léčiv je hlavní v léčbě funkční dyspepsie?

- a) prokinetika
- b) inhibitory protonové pumpy
- c) H2 blokátory

8. Rozsáhlá multicentrická studie zahrnující nemocné s gastroesofageálním refluxem, funkční dyspepsií či syndromem dráždivého tračníku vedla pacienty při hodnocení léčby cinitapridem k výraznému zlepšení symptomatiky u:

- a) 26 %
- b) 52 %
- c) 73 %

9. Jaký byl pokles mortality na kolorektální karcinom v České republice mezi lety 2000 a 2022?

- a) 30 %
- b) 47,8 %
- c) 50 %

10. Který z následujících faktorů není považován za rizikový pro vznik kolorektálního karcinomu podle Evropské gastroenterologické federace (UEG)?

- a) vysoký příjem alkoholu
- b) nízký BMI
- c) kouření

Správné mohou být 1–3 možnosti.
Využijte tři platné pokusy o vyřešení tohoto testu elektronickou cestou na adrese **www.svl.cz**.

ODPOVĚDI – TEST Č. 10/2024

Nyní je možné zadání odpovědí pouze elektronickou formou na stránkách **www.svl.cz**

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

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