



PRACTICUS

pro praktické lékaře zdarma • č.5/2018 • ročník 17



TÉMA:
Paliativní péče

OBSAH

PRACTICUS

odborný časopis SVL ČLS JEP
5/2018, ročník 17

INFO SVL

- 04 EDITORIAL
- 07 ČESTNÁ ČLENSTVÍ

ZPRÁVY Z KONFERENCE

- 06 KVARTÉRNÍ PREVENCE – KONSTRUKT NEBO KLÍČOVÝ PRVEK ZVÝŠENÍ BEZPEČNOSTI PRIMÁRNÍ PÉČE?
MUDr. Jan Kovář
- 09 UCPANÝ NOS, BOLESTI HLAVY, NOSNÍ VÝTOK A OMEZENÝ ČICH PROVÁZÍ CHRONICKÝ ZÁNĚT PŘÍNOSNÍCH DUTIN
MUDr. Martin Hospodka

ODBORNÝ ČLÁNEK

- 10 BUDOUCNOST LÉKAŘSKÉ POHOTOVOSTNÍ SLUŽBY
MUDr. Bohumil Skála, PhD., MUDr. Vladislav Kutěj
- 14 CO PORADIT RODIČŮM DOSPĚLÝCH LIDÍ S NÁVYKOVOU NEMOCÍ
MUDr. Karel Nešpor, CSc.
- 16 PALIATIVNÍ PÉČE, SPOLUPRÁCE S MOBILNÍM HOSPICEM
MUDr. Lenka Lazecká Delongová

SÚKL INFO

- 18 TVORBA A OBSAH SMPC Z POHLEDU SÚKL

ZPRÁVA Z TISKOVÉ KONFERENCE

- 20 VČASNÁ DIAGNOSTIKA NÁDORŮ HLAVY A KRKU MŮŽE ZVÝŠIT PROCENTO VYLÉČENÝCH NÁDORŮ
- 21 ROZTROUŠENÁ SKLERÓZA OMEZUJE OSOBNÍ ŽIVOT 96 % NEMOCNÝCH

MÝTY A OMYLY

- 22 RENESANCE LNU
doc. Ing. Jiří Brát, CSc.

AKTUALITY

- 25 JAK PRACOVAT S EFEKTY PLACEBA A NOCEBA
- 26 ČEŠI PODLE PRŮZKUMU DBAJÍ O SVÉ ZDRAVÍ VÍCE NEŽ KDY JINDY, JSOU ZODPOVĚDNÍ A VYHLEDÁVAJÍ KVALITNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČI
- 27 ŠANCE PRO NEDONOŠENÉ DĚTI JSOU STÁLE VYŠŠÍ, I PRO TY, KTERÉ NEVÁŽÍ ANI KILO

Vydavatel:

Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP

Adresa redakce:

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

Redakce:

Šéfredaktor:

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

Zástupci šéfredaktora:

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

Manažerka časopisu:

Hana Čížková
practicus.svl@cls.cz

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

Spolupracovnice časopisu:

Andrea Vrbová, Romana Hlaváčková

Náklad 6 000 ks. • • • Vychází 10x ročně.
Pro praktické lékaře v ČR zdarma.
Roční předplatné pro ostatní zájemce **610 Kč.** • • • Přihlášky přijímá redakce.
Toto číslo bylo dáno do tisku 31. 5. 2018 MK ČR E13477, ISSN 1213-8711.

Vydavatel a redakční rada upozorňují, že za obsah a jazykové zpracování inzerátů a reklam odpovídá výhradně inzerent. Redakce neodpovídá za správnost údajů uvedených autory v odborných článcích. Texty neprocházejí jazykovými korekturami. Přetisk a jakékoliv šíření je povoleno pouze se souhlasem vydavatele. © SVL ČLS JEP, 2018

EDITORIAL



doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D.
vědecký sekretář SVL ČLS JEP

Vážené kolegyně, vážení kolegové,

tento text vznikl koncem května v Krakově na 23. vropské konferenci WONCA.

Byl bych v těžkém konfliktu zájmů, kdybych srovnával krakovskou konferenci s tou naší loňskou. Nicméně konference, třebaže měla nižší účast, se Polákům povedla. Mimo jiné proto, že se konala v novém konferenčním centru na břehu Visly a v prosluněných kulisách krásného historického Krakova. Hodně si ji užili naši kolegové ze Slovenska, kteří svým folklórem nadšeně zvali účastníky příští rok do Bratislavy.

Konferencím WONCA vděčím za mnohé. Nejenom za to, že mně, mé odborné společnosti a mému městu umožnily už třikrát být alespoň na pár dní středem vesmíru praktické medicíny, za přátele, které jsem tam získal, ale především za to, jak dobíjejí vášeň pro praktickou medicínu a zvyšují profesionální sebevědomí. Převedeno na naše podmínky to zní třeba takhle:

Více než 200 000 lidí vstupuje denně do našich ordinací s důvěrou a očekáváním, které se, jak ukazuje naše průzkumy, většinou naplní. 80-90 % problé-

mů vyřešíme na místě, zvládneme desítky tisíc závažných klinických rozhodnutí a učiníme tisíce intervencí v primární i sekundární prevenci ve prospěch našich pacientů. Svým uvážlivým přístupem ušetříme systému denně spoustu peněz a včasnou diagnostikou zachráníme stovky životů. Jsme nárazníkovou zónou pro pacienty s funkčními, psychosomatickými a medicínsky nevysvětlitelnými příznaky, kteří by jinak zahltili systém. Pacienty provádíme systémem specializované péče a trpělivě budujeme mezinárodní spolupráci. Pacienty, kteří nám naslouchají, umíme ochránit před zbytečným vyšetřováním i léčbou. Jsme důležití pro pacienty i pro udržitelnost systému péče o zdraví a budeme čím dál tím více.
Žádná jiná odbornost se nemůže pochlubit takovým pokrytím péče, takovým významem a takovou efektivitou činnosti.

Ale to ještě není všechno; zajímají nás pacienti, lidé, nikoliv jen jejich nemoci. Umíme pro ně vybrat nejlepší postupy s ohledem na jejich zdravotní stav, priority, sociální souvislosti i stav jejich duše. Jsme s nimi v těžkých životních situacích, ať už byly způsobeny nemocí nebo jinou nepřízní osudu. Přestože nejsme rodinnými lékaři v plném slova smyslu, jsme schopni uvažovat v kontextu rodiny i komunity. Jsme prostě jedineční a nenahraditelní.

Poslouchám to tak dlouho, až jsem tomu uvěřil. Zkuste si to namluvit a pouštět do uší cestou do ordinace.

Editorům děkuji, pokud můj příspěvek otiskli, a Vám, jedineční a nenahraditelní kolegové, hezké léto!

Vážené kolegyně, vážení kolegové,

**Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP uděluje každoročně
na své Jarní interaktivní konferenci, čestná členství.**

Výbor SVL by nejraději ocenil všechny praktické lékaře,
kteří jsou schopni vyrovnat se současnými nároky praxe a přitom poskytovat
kvalitní a především lidskou medicínu. Alespoň oceňujeme ty,
kteří ještě navíc pracují pro společnost a pro ostatní kolegy.

Všem oceněným blahopřejeme.



(zleva) předávající: doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D., vědecký sekretář SVL ČLS JEP
čestní členové : MUDr. Igor Karen, MUDr. Jan Šindelář, MUDr. Jiří Burda, MUDr. Cyril Mucha
předávající: doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc., předseda SVL ČLS JEP



ZPRÁVY Z JARNÍ INTERAKTIVNÍ KONFERENCE SVL ČLS JEP 2018

Kvartérní prevence – konstrukt nebo klíčový prvek zvýšení bezpečnosti primární péče?



MUDr. Jan Kovář
praktický lékař Volyně

Na Jarní interaktivní konferenci 2018 proběhl workshop seznamující účastníky s problematikou kvartérní prevence. Podkladem pro něj byl článek *Kvartérní prevence: revize konceptu v EJGP* (European journal of general practice) autorů z platformy EUROPREV. zájmové skupiny členů Wonca Europe, zaměřující se na prevenci v primární péči.

Posluchači si na úvod zopakovali a ujasnili pojmy při krátkém shrnutí teorie.

Primární prevence jsou kroky či akce vedoucí k odstranění příčiny zdravotního problému jednotlivce či populace před jeho vznikem (dieta – dyslipidemie).

Sekundární prevence jsou kroky k detekci zdravotního problému v časném stádiu, již se usnadní léčba nebo redukuje či zabrání šíření problému nebo jeho dlouhodobým následkům (dyslipidemie – ICHS).

Terciální prevence jsou kroky k redukcí chronických následků postižení minimalizováním funkčních poruch nasedajících na akutní nebo chronický problém (ICHS – srdeční selhání).

Původní koncept kvartérní prevence pracoval s pacienty, kteří de facto zdravotní problém neměli. Pro zjednodušení pracuje s konstruktem, který odlišuje nemoc a chorobu. Zjednodušeně jej lze uchopit přijutím teze, že chorobu má orgán, tkáň, systém, kdežto nemoc má člověk, pacient. V historicky ideální případě pacient přichází k lékaři s nemocí a odchází s chorobou.

Pokud nakonec chorobu nenajdeme, ale pacient je stále nemocný, dostáváme se do oblasti tzv. MUS (medicaly unexplained symptoms) – medicínsky (biomedicínsky, psychiatricky) nevysvětlitelné symptomy. Zde přicházela ke slovu kvartérní prevence, která znamená, že se lékař zdrží provádění potenciálně škodlivých invazivních testů u takových pacientů – protože stejně nic nevyšetří, nevléčí, nevyřeší a zejména vystavuje pacienta rizikům komplikací zbytných vyšetření a NÚ necílené léčby.

Dle slovníku WONCA je kvartérní prevence aktivita, která identifikuje pacienta v ohrožení nadměrnou medicalizací. Ochraňuje jej před novými/dalšími medicínskými postupy a navrhuje intervence, které jsou eticky přijatelné.

Všeho moc škodí

Aktuálně se ve světle EBM ukazuje, že i osoby naplňující standardně, učebnicově představy o pacientovi a chorobě jsou v riziku přemedicínování – nadměrné diagnostiky a nadměrné léčby spojené s nežádoucími událostmi. Terminologie v této oblasti se stále vyvíjí, „nadměrné vyšetřování – overdiagnosis“ je známé už od r 1955, přesto stále obtížně a neuspokojivě definované, s nadsázkou, ale i s praktickým dopadem ví nakonec jen patolog s jistotou, zda jsme vyšetřovali nadměrně, nebo nedostatečně.

V zásadě je overdiagnosis patologický proces, který z lidí dělá pacienty neodůvodněně, zbytečně tak, že odhaluje problémy, které by nevedly k poškození zdraví nebo medicalizuje běžné projevy života rozšiřováním diagnostických kritérií a definic.

Tak se nám ukazují dvě hlavní příčiny overdiagnosis – nadměrná detekce a nadměrná definice chorob. Následky mají ale stejné – více rizik a poškození než benefitu. Nadměrná detekce je identifikace abnormalit, které nevedou k poškození, progredují tak pomalu, že se pacient nedožije symptomů nebo se spontánně vyřeší bez

intervencí. Příčiny nárůstu diagnóz s neletálními konsekvencemi jsou nasnadě – vysokorozlišující zobrazovací metody, např. HR CTAg identifikuje drobné subsegmentální plicní embolie, které nevyžadují léčbu. Skrínin-gové vyšetření štítné žlázy v Jižní Koreji ve sledovaném období více než zešestinásobilo incidenci karcinomu štítné žlázy, ale mortalita zůstala prakticky nezměněna. Další kapitolou jsou různé incidentalomy - např. obvykle endokrinologem (vč. opakovaného komplementu) dispenzarizované adenomy nadledvin se stále stejnými závěry – nález se nemění.

V současnosti je jistě obtížné přijmout riziko, že se mylíme, že nakonec možná není ten adenom tak úplně afunkční. Není úplně možné (předpo)vědět, které abnormality budou spíše progredovat. Zatím. S přicházející dostupností tzv. big data, rozsáhlých populačních analýz umožněných díky technologickému vývoji i např. sociálním sítím, jsou stále častěji patrné epidemiologické důkazy o tom, jak zvýšený a narůstající záchyt časných forem rakoviny nebo malých aneurysmat abdominální aorty bez odpovídajícího poklesu pokročilých forem nebo mortality signalizuje nadměrnou diagnostiku skrze nadměrnou detekci.

Nadměrné definování se uplatňuje při snižování dg. prahů rizikových faktorů bez důkazů, že to povede ke zlepšení zdraví. Rozšiřování definice chorob se na overdiagnostice podílí tak, že zahrnuje nejednoznačné nebo velmi mírné symptomy. Např. epidemie prediabetu. Tito noví pacienti jsou ve velmi nízkém riziku v porovnání se „starými“, ale jsou vystaveni škodlivým efektům a následkům – nálepkování a zbytečná léčba, které mohou mít psychické, fyzické, sociální i finanční konsekvence a jen velmi nízký (kvůli nízké úrovni rizika) nebo žádný pozitivní efekt.

Ukázkové je definování a přístup k osteopenii, jež se pro zjednodušení a zdůraznění souvislosti označuje i jako pre-osteoporóza. Jestliže osteoporóza znamená riziko patologické zlomeniny, osteopenie značí riziko rozvoje rizika. Situaci neusnadňuje ani vágnost rentgenologických kritérií pro patologickou zlomeninu obratle – podle použitých kritérií může být tato popsána u 3 % nebo 90 % pacientů ve stejné skupině.

Nadměrné prodávání je zákeřná technika overdiagnosy dělá z nepříjemnosti, kterými každý čas od času trpí, – choroby. Špatně spíte? Máte insomnii! Jste smutný? To bude deprese! Nesoustředíte se dobře? ADHD!

Uvedené příklady jsou svébytné diagnostické jednotky, ale užívá-li se odborná terminologie promiskue, vede k inflaci obsahu a infekci společnosti. Viditelné je

to zejména v kampaních na doplňky stravy.

Nadměrná léčba se objevuje v případech, kdy nejlepší vědecké důkazy ukazují, že poskytnutá léčba nepřináší žádný benefit diagnostikované chorobě. (např. ATB na chřipku, bronchitidu). V chronické péči například těsná kompenzace DM u starých pacientů (zde je třeba vyzdvihnout naše osvětlené DP). Jsou k dispozici i data ukazující, že léčba prehypertenze (sic!) 120-139 a mírné hypertenze nesnižuje morbiditu ani mortalitu.

Za 10 let v USA stouply náklady na testování vit. D3 83x a počet pacientů užívajících suplementaci vit D3 do r. 2014 stoupl 100x, nebylo však zjištěno, že tyto změny měly vliv na zlepšení zdraví. Navíc při nízkých dávkách stoupalo riziko výskytu nefrolitiázy a při vysokých dávkách selhání ledvin a zvyšovala se frekvence pádů.

Kvartérní prevence v prostředí, ve kterém dominují výše uvedené fenomény, představuje maják, který nás povede pryč od zrádných útesů. V kontextu soudobé medicíny je debata o kvartérní prevenci prakticky z vitální indikace. Musíme ji mít na mysli při každém indikování diagnosticko-léčebných intervencí u každého pacienta.

Uplatnění kvartérní prevence mezi ostatními modalitami preventivní péče

Součástí primární prevence je nezpochybnitelně vakcinace. Ale budete bez rozvahy a paušálně doporučovat očkování dětí proti chřipce, když víte, že u stovek z nich způsobuje narkolepsii?

Podle systematické metaanalýzy neprokázaly preventivní prohlídky dospělých dosud žádný vliv na redukci mortality a morbiditu. Nebyly nalezeny přínosné efekty pro hospitalizaci, invaliditu, ani pracovní neschopnost. Jedna z analyzovaných studií zjistila, preventivní prohlídky vedou k navýšení diagnóz o 20 %.

Preventivní prohlídky tedy nesnižují mortalitu, morbiditu ani celkově ani z KV či onkologické příčiny, ačkoliv zvyšují počet diagnóz. V analyzovaných studiích nebyly často studovány škodlivé následky.

A škodlivé efekty zvící overdiagnosis a overtreatment jsme si již probrali.

Robustní metaanalýza efektu mamografického skríningu také nutí k zamyšlení – na 2000 MMG během 10 let připadá 1 zachráněný život, 10 žen léčených zbytečně a 200 žen vystavených významnému psychickému nepohodlí, úzkosti a nejistotě trvajícím roky na základě falešně pozitivních nálezů.

V oblasti terciální prevence se ukazuje jasné selhání HRT – nefunguje na redukci KV mortality a zvyšuje riziko ca prsu, TEN a CMP.

Nová teze

EUROPREV tedy navrhuje nově definovat kvartérní prevenci jako kroky vedoucí k ochraně individuálního pacienta před medicínskými intervencemi, které pravděpodobně způsobí více škody než užitku. Cílem kvartérní prevence je omezení nadměrné medikalizace (nadměrné diagnostiky a nadměrné léčby) a iatrogenního poškození.

Pečovat o pacienty v jejich prostředí, rozumět jim, je primární povinnost praktika. Hned na druhém místě je aktuálně ochraňovat pacienty před medicinou, před iatrogenézí. Prevence a preventivní programy musí vycházet z vědeckých důkazů, a kromě nich také z etických předpokladů. Princip KP (kvartérní prevence) není v zásadě nic jiného než systematický přístup k obligátnímu imperativu *primum non nocere*.

A není to panacea a nezanedbává riziko opomenutí indikovaných intervencí. Pracuje s nejistotou (pravděpodobností) doprovázející všechny medicínské aktivity a primární péči zejména.

Workshop

Původním cílem workshopu byla reflexe vlastních zkušeností s uvedenými fenomény, analýza kazuistik a skupinová diskuze. Nakonec zůstalo jen u diskuze, která reflektovala přednesené. Zazněla obhajoba preventivních prohlídek jako vzácného vyhrazeného času pro pacienta, potřeba aktualizace náplně prohlídek, nalezení jejich smyslu v moderní medicíně. Posлуhači se obávají jak ekonomického dopadu omezení prohlídek, tak i legálního postihu za nenaplnění prohlídek.

I N Z E R C E

Mateřská - Hledám zástup do Benátek nad Jizerou za MD

- hledám zástup do Benátek nad Jizerou za mne za mateřskou a rodičovskou dovolenou
 - nejlépe 3 dny v týdnu (pondělí, středa, pátek),
 - běžná ordinace se sestrou a běžným provozem, závodní péčí, vybaveno CRP, INR, EKG, tlak.holterem, program PC Doktor
 - plat a ordinační dobu se můžeme domluvit
- volejte mi prosím na **tel. 776 252 848, mail je mikmentova@centrum.cz**
- v případě zájmu můžete pak zůstat jako zaměstnanec déle

MUDr. Michaela Kmentová

Ucpaný nos, bolesti hlavy, nosní výtok a omezený čich provází chronický zánět přínosných dutin



MUDr. Martin Hospodka

alergologie a klinická imunologie
EUC Premium s.r.o. Praha

Pro vlastní diagnózu chronické rinosinusitidy postačuje přítomnost alespoň dvou výše zmíněných příznaků po dobu minimálně 12 týdnů. Zároveň je doporučeno požádat ORL lékaře o potvrzení objektivních známek onemocnění. Součástí nálezu mohou být i nosní polypy.

Vyčlenění této nozologické jednotky má smysl zejména vzhledem k odlišnému léčebnému přístupu ve srovnání s akutními rinosinusitidami. Motorem chronické rinosinusitidy se totiž zdá být zejména zánět s minimálním podílem infekce.

Pacienti profitují z nosních výplachů izotonickým či hypertonickým solným roztokem. Výplachy však často nepostačují k plné subjektivní úlevě. Pak je možné využít protizánětlivého účinku topických nosních kortikosteroidů. Bylo prokázáno, že i několikaletá pravidelná léčba topickými nosními kortikosteroidy je bezpeč-

ná. Při jejich indikaci je vhodné vybírat molekuly s minimální systémovou dostupností a současně poučít pacienta o správné aplikační technice. Významně tak omezíme riziko systémových i lokálních vedlejších účinků. Nejbezpečnější molekulou je v současnosti mometa-son furoát. Po důkladném promíchání obsahu lahvičky by optimální aplikace nosního spreje měla probíhat s lehce předkloněnou hlavou, přičemž aplikační tryska po lehkém zasunutí do nosního vchodu míří na zevní stranu nosní dutiny. ORL specialista může v některých případech pacienta indikovat k několikadenní léčbě perorálními kortikosteroidy nebo k endoskopickému chirurgickému zákroku (FESS).

V případě refrakterního onemocnění je vhodné zvážit přítomnost dalších komplikujících patofyziologických faktorů. Alergologická konzultace pomůže odhalit podíl alergické rýmy a protilátkové imunodeficiency. Vystupňovaná porucha mukociliárního transportu je často způsobena aktivním či pasivním kouřením, znečištěním ovzduší, v raritních případech nelze opomenout cystickou fibrózu a primární ciliární dyskinezi. Diskutuje se možný vliv gastro-ezofageálního refluxu.

Chronická rinosinusitida postihuje až 10 % populace, významně zasahuje do kvality života pacientů a může být rizikem pro rozšíření zánětu do přilehlých tkání. Rozpoznání typických projevů a jejich přiměřená léčba jsou základem pro účinnou kontrolu onemocnění.

Doporučená literatura:

1. Orlandi RR, Kingdom TT, Hwang PH, Smith TL, Alt JA, Baroody FM et al. International Consensus Statement on Allergy and Rhinology: Rhinosinusitis. *Int Forum Allergy Rhinol* 2016 Feb; 6 Suppl 1: S22-209. doi: 10.1002/alr.21695.
2. Rosenfeld RM, Piccirillo JF, Chandrasekhar SS, Brook I, Ashok Kumar K,

- Kramper M et al. Clinical Practice Guideline (update): Adult Sinusitis. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2015 Apr; 152 (2 Suppl): S1-S39. doi: 10.1177/0194599815572097.
3. Fokkens WJ, Lund VJ, Mullol J, Bachert C, Alobid I, Baroody F et al. European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps 2012. *Rhinol Suppl* 2012 Mar; 23: 3 p preceding table of contents, 1-298.

Budoucnost lékařské pohotovostní služby



MUDr. Bohumil Skála, PhD.
člen výboru SVL ČLS JEP



MUDr. Vladislav Kutěj
primář OUP FN Olomouc

Opakovaně se dostáváme do více či méně živých a živelných diskusí o poskytování lékařských pohotovostních služeb. Ty jasně definuje zákon 374/2011 Sb. o zdravotnické záchranné službě:

Základní ustanovení

(1) Zdravotnická záchranná služba je zdravotní službou³, v jejímž rámci je na základě tísňové výzvy, není-li dále stanoveno jinak, poskytována zejména přednemocniční neodkladná péče osobám se závažným postižením zdraví nebo v přímém ohrožení života. Součástí zdravotnické záchranné služby jsou další činnosti stanovené tímto zákonem.

Details upravuje podzákonná norma – vyhláška. Stejně tak v obecné rovině hovoří § 110 Zákona 372/2011 s o poskytování zdravotní péče:

§ 110

1. Kraj odpovídá za organizaci a zajištění
 - a) lékařské pohotovostní služby, lékárenské pohotovostní služby a pohotovostní služby v oboru zubní lékařství a
 - b) prohlídek těl zemřelých mimo zdravotnické zařízení na svém území; seznam lékařů, s nimiž kraj uzavřel smlouvu podle § 84 odst. 2 písm. b), a poskytovatelů zajišťujících v rámci lékařské pohotovostní služby prohlídky těl zemřelých, včetně časového rozpisu a vymezení územního obvodu poskytování této zdravotní služby, kraj zveřej-

ní na svých internetových stránkách a předá jej subjektu, který provozuje pracoviště pro příjem volání na jednotné evropské číslo tísňového volání 112.

2. Lékařskou pohotovostní službou se rozumí ambulantní péče poskytovaná pacientům v případech náhlé změny zdravotního stavu nebo zhoršení průběhu onemocnění. O pohotovostní služby nejde v případě poskytnutí ambulantní péče v rámci pravidelné ordinační doby poskytovatele. Podle věty první a druhé se postupuje i v případě poskytování pohotovostní služby v oboru zubní lékařství a lékárenské pohotovostní služby.

Jednotné řešení neexistuje v rámci celé ČR

Jako nejbližší zachování myšlenky dostupnosti se jeví začlenit ambulanci lékařské pohotovostní služby pro dospělé nebo i pro děti jako součást organizační struktury oddělení urgentního příjmu.

Na Kongresu Společnost všeobecného lékařství 2018 v Olomouci jsme se pokusili tento model fungující v Olomouci (Oddělení urgentního příjmu FN Olomouc) představit.

Svou roli hrála také probíhající diskuse dvou hlavních organizací – Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP zaštiťující vědecké aktivity a Sdružení praktický lékařů ČR, které je zásadní profesní organizací praktických lékařů.

Diskuse vycházela z několika zásadních poznatků – současný systém poskytování LPS vykazuje tato negativa

- **Nejednotnost**
- **Neefektivita**
- **Nedostatečné vybavení**
- **Nedostatečná návaznost na lékárny**
- **Neprojojenost s komplementem a lůžkovým zařízením**

Jako určitý posun k pozitivnímu vnímání pohotovosti se jeví možnost:

- Umístit stanoviště LPS do míst s geograficky přirozeným spádem pacientů a propojit je s komplementem (laboratoř, radiologické pracoviště, USG), lékárnou a observačními či akutními lůžky poskytovatelů lůžkové zdravotní péče.
- Jako nejrozumnější řešení se jeví začlenit pracoviště LPS do vznikajících, Ministerstvem zdravotnictví ČR prosazovaných urgentních příjmů nemocnic. Viz *Věstník Ministerstva zdravotnictví* z 20. 3. 2015, který jasně definuje pojem urgentní příjem nemocnice, jeho organizaci, náplň činnosti a strukturu. Zde je v bodu 4. 2.

definována ambulantní část: *Ambulantní část slouží pro poskytování zdravotních služeb pacientům bez závažného postižení zdraví a přímého ohrožení života.*

- V tomto zařízení budou LPS sloužit především praktičtí lékaři, ambulantní specialisté vybraných oborů, které rovněž nelze opomenout při povinnosti sloužit pohotovost, ale také kompetentní lékaři příslušného poskytovatele zdravotní péče. Jedná se především o interní obory, ale i další odbornosti (upravuje stávající legislativa).

Výhody, které by tento systém přinesl:

- **Zvýšení efektivity LPS:** Takto organizovaná služba bude schopna efektivně a spolehlivě odlišit stavy nevyžadující další specializovanou péči nebo hospitalizaci a v případě potřeby zajistit jejich okamžité řešení nebo je odkázat na ošetření v běžných ordinačních hodinách praktických lékařů či ambulantních specialistů. Bude plnit funkci účinného filtru a sníží zatížení lékařů sloužících pohotovost v lůžkových zařízeních, potažmo lůžek akutní péče.
- **Sjednocení systému LPS v celé ČR a zlepšení její dostupnosti:** Pacient nalezne tuto službu tam, kam už dnes stejně se svými potížemi přirozeně směřuje, tedy v nemocnici, a bude vědět, že se mu dostane kvalitní péče, která v případě nutnosti může pokračovat v lůžkové části nemocnice schopné poskytnout adekvátní péči.
- Systém bude jednotný v celé ČR.
- Vhodný by byl vznik webových stránek, kde by byla uvedena mapa stanovišť LPS s jejich kontaktními údaji a ordinační dobou.

Zlepšení spolupráce mezi nemocnicemi, praktickými lékaři a ambulantní sférou: Praktičtí lékaři a ambulantní specialisté se v rámci LPS budou účastnit provozu ve spádové nemocnici, lépe se seznámí s chodem nemocnice a dostanou se do kontaktu s vyšetřovacími nástroji, které běžně nemají k dispozici. Naopak nemocniční lékaři si udělají lepší představu o práci ambulantních kolegů. Lze předpokládat, že navázání osobních vztahů mezi ambulantními a nemocničními lékaři povede ke zlepšení vzájemné komunikace a většímu vzájemnému respektu a kolegiaritě.

Samozřejmě jsou i možná úskalí:

- **Vyšší vstupní náklady:** Tato změna přinese zvýšené vstupní náklady, ale z dlouhodobého hlediska musí přinést úspory. Bude třeba jasně nastavit pravidla fungování LPS a hlídat jejich dodržování, aby se systém LPS nestal další duplicitou, nebo spíš multiplicitou v poskytování zdravotní péče v ČR.
- **Počáteční vyšší nároky na organizaci:** Lze předpokládat, že tak rozsáhlá změna přinese ve svých počátcích organizační potíže, i to, že, jako každá změna, bude zpočátku negativně vnímána všemi zúčastněnými stranami, snad s výjimkou pacientů, kterým by měla přinést benefit okamžitě.
- **Riziko zneužití lékaře LPS k činnostem, které nejsou předmětem LPS:** Existuje reálná obava, že ze strany nemocnic bude tendence nutit lékaře konajícího službu LPS, aby vykonával činnost lékaře urgentního

příjmu, ke které není erudován. To je neakceptovatelné a je třeba předem jasně definovat kompetence a pravidla spolupráce mezi LPS a dalšími složkami urgentního příjmu.

Konkrétní doplnění návrhu:

- **Hustota sítě LPS:** LPS by měla být geograficky i časově dostupná, ale ne hypertrofická. Nemusí být automaticky v každé nemocnici, zvláště ne tam, kde se nemocnice nacházejí ve velké blízkosti. Podle SPL by mělo být jedno pracoviště LPS na 100 000 obyvatel a dojezdová vzdálenost by neměla přesáhnout 40 minut.

Úprava kompetencí a vztahů jednotlivých subjektů zajišťujících LPS

Jak funguje Oddělení urgentního příjmu FN Olomouc a jeho součást, kterou je právě ambulance LPS, respektive jaká jsou některá úskalí urgentního příjmu, která vycházejí ze systému zdravotní péče nejenom v ČR:

- „*Zmatení nastává hlavně v oblasti základního posílání oddělení urgentního příjmu, neboť v praxi je oddělení často zneužíváno jako poliklinika s nepřetržitým provozem a během tohoto provozu je nutné ošetřovat akutní a urgentní stavy. Pacient hledá polyvalentní a multidisciplinární službu, která je rychlá, přesná a dosažitelná 24 hodin denně.*“ – Agnes Meulemens, OUP FN Katolická univerzita v Leuvenu, Belgie
- „*Faktem zůstává, že pacienti využívají přednemocniční neodkladnou péči a nemocniční příjmová oddělení jako řešení svých zdravotních problémů v mimopracovní době, bez ohledu na závažnost jejich potíží a bez ohledu na to, co si o té závažnosti myslíme my.*“ – Dr. Colina A. Graham, šéfredaktor evropského oborového časopisu EJEM
- „*Je to holá pravda – myslet si můžeme, ale ošetřit (vysvětlit a propustit) též*“ – MUDr. Jana Šeblová, předsedkyně výboru OS UM a MK
- *Každý pacient, se kterým je UP konfrontován, je akutní, pokud se neprokáže opak. To je fakt a forenzní memento pro lékaře* – Dr. V. Kutěj, vedoucí lékař OUP FNOL
- „*Každý urgentní příjem je speciální a unikátní, protože v ideálním případě naplňuje potřeby konkrétní komunity a vychází z jejich zdrojů.*“ – Agnes Meulemens, OUP FN Katolická univerzita v Leuvenu, Belgie

Fakultní nemocnice Olomouc

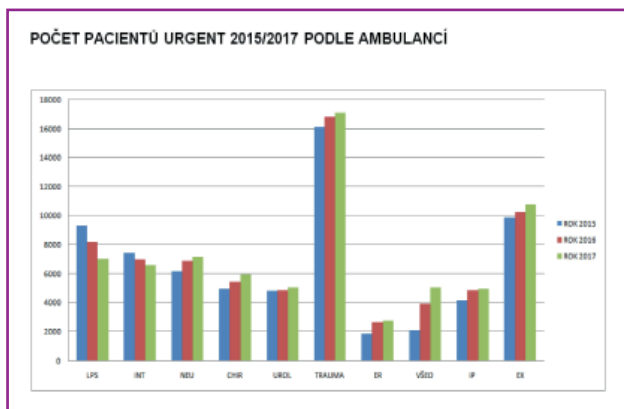
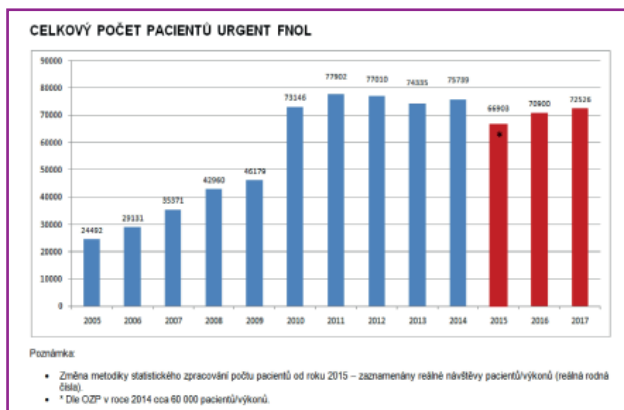
- fakultní, krajská, centrová, městská nemocnice
- 3.650 zdravotnických pracovníků (2016)
- lékařů – 618
- odborný zdrav. prac. – 3032
- 1.150 lůžek (149 JIP)
- 600.000 obyvatel
- spádově cca 1.200.000 obyvatel

Struktura pracoviště OUP FN Olomouc.

1. recepce, operační středisko
2. všeobecná část:
 - všeobecná ambulance
 - ambulance LPS
3. specializovaná část:

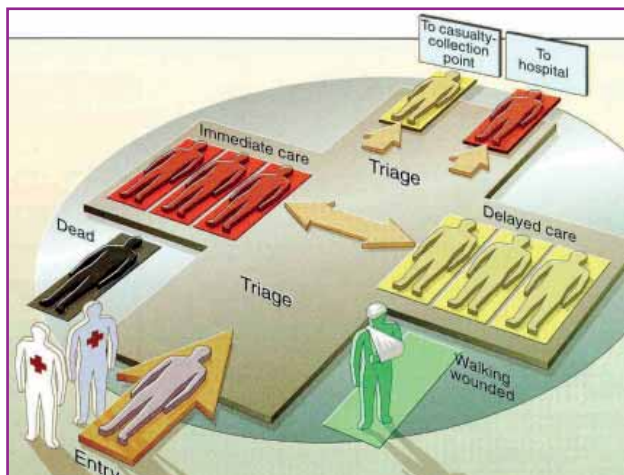
- interní ambulance
- neurologická ambulance
- chirurgická ambulance
- urologická ambulance
- traumatologická ambulance

4. intenzivní a resuscitační část – EMERGENCY
5. expektační lůžka (+ izolace) - celkem 12 lůžek
6. intenzivní sanitní vůz - celkem 2 vozy
7. heliport



Jak roztrždit pacienty na OUP?

Podle nastavených pravidel umíme třídít pacienty podle priority ošetření, tedy podle doby, do které je nutno, aby pacienta viděl lékař, a také podle specifikace, tedy stavů či situací, kdy je žádoucí, aby pacienta viděl nejdříve specialista, aby se prvotně vyloučila náhlá příhoda, či „akutní hlava – hrudník – břicho – ledvina“.



TRIAGE = třídění pacientů:

Rádi se učíme ze zkušeností vojenské medicíny:

- Schéma ukazuje třídící stanoviště v případě hromadného výskytu postižených zraněných a zasažených osob při mimořádné události různého charakteru... Dnes v ČR v podmínkách přednemocniční neodkladné péče, tedy v podmínkách činnosti ZZS.
- V současné době je základním prvkem činnosti medicíny katastrof.

ODDĚLENÍ URGENTNÍHO PŘÍJMU

TRIAGE PACIENTŮ
Všeobecná sestra, zdravotnický záchranář, praktická sestra

	PRIORITA P1 OŠETŘENÍ LÉKÁŘEM IHMED	PRIORITA P2 OŠETŘENÍ LÉKÁŘEM DO 60 MINUT	PRIORITA 3 OŠETŘENÍ LÉKÁŘEM 120 MINUT
STUPEŇ NALÉHAVOSTI	P1	P2	P3
PORUCHA VĚDOMÍ (kvantitativní dle GCS)	≤ 9	10–14	15
PULZ (min)	> 141 < 40	120–140 39–50	51–119
KREVNÍ TLAK syst. (mmHg)	< 80	80–99	> 100
SpO₂ (bez suplementace O₂)	< 85	86–94	95–100
VAS dospělý pacient (nutné objektivní posouzení ze strany NLZP)	10	5–9	1–4
VAS dětský pacient (nutné objektivní posouzení ze strany NLZP)	7–10	4–6	0–3
TELESNÁ TEPLOTA (měřeno IR tep. v jugu)	< 32 °C	32–35 °C > 38 °C	35,1–37,9 °C

TRIAGE DLE SPECIFIKACE – viz INFORMACE PRIMÁŘE URGENT FNOL

PŘI NEJASNOSTI VŽDY KONZULTACE S TŘÍDICÍM LÉKÁŘEM!

Při akutní bolesti s VAS > 5 a potenciální možnosti použití anesteziologických technik analgezie (periferní blokáda) konzultuj lékaře ER!

Informační tabule na OUP FNOL pro pacienty (je velmi žádoucí, aby pacient věděl, co se s ním bude dít)

Pohled primáře OUP FN Olomouc na možnou spolupráci segmentu VPL a UP v ČR, tedy jak se postavit k problematice začlenění LPS do provozu a chodu UP:

- Zdaleka nikdo nechce, aby se o své pacienty praktičtí lékaři starali 24 hodin denně, třeba formou vlastní organizované služby, sledovatelné na západ od našich hranic, kde je to zřejmě možné v důsledku jiného vzorce chování mezi pacientem a zdravotnickým systémem.
- Na UP je z logiky věci a chování komunity žádoucí provozovat ekvivalent dřívější ordinace LSPP, tedy plně v gesci praktických lékařů, kdy tvořily historicky i zálohu zrající ZZS.
- Právě na úsecích UP řešících akutní všeobecné nediferencované akutní stavy spatřujeme platformu spolupráce nemocnic provozujících UP moderního typu a segmentu všeobecných praktických lékařů, jejichž specializace je předurčena k saturaci tohoto postu moderně pracujících UP nemocnic v ČR.
- Spektrum pacientů ošetřovaných ve všeobecných ambulancích odpovídá akutním stavům, které znají nejlépe praktičtí lékaři ze svých ordinací



- Permanentní dostupnost specialistů základních oborů (INT, CHIR, NEU, UROL, TRA...) a urgentistů-intenzivistů, garantuje trvalou přítomnost forenzní, ale i kolegiální výpomoci (je jen otázkou, kde je priorit – kolegiální, nebo až alibi?).
- Komplement a zázemí velké, potažmo fakultní nemocnice jsou bezpečnou výzvou k poskytování širokospektré, moderní a zajímavé léčebné péče, včetně možnosti zapojení se do výuky na lékařské fakultě.
- Domnívám se také, že finanční ohodnocení již není, zejména pro mladé kolegy, důvodem k úsměvu, stejně jako i zveřejněné navýšení roční úhrady od ZP, a to při splnění 10 služeb (časově nedefinovaných, tudíž diskutabilních) v rámci LPS (§ 110 z. č. 372/2011 Sb.).
- Příjmy funkčního privátního sektoru jsou zřejmě jiná kapitola, ale ptám se kolikrát sám sebe, zdali znalost prostředí, kam posílám své klienty, seznámení se s personálem nejen URGENT nemocnice, by tento rozdíl nemohlo alespoň částečně eliminovat.
- Pobyt na UP by mohl být poté vhodným zpestřením, počínem proti syndromu vyhoření a smysluplným

- krokem pro aktivní a zejména pak akční privátní praxe.
- NEBERTE, prosím, má slova jako moralizaci, ale jako podanou ruku a výzvu ke spolupráci, žádost o kolegiální výpomoc při péči o převážně vaše registrované klienty či nabídku poznání prostředí UP, které je místem vstupu nejen pro vaše pacienty, ale může být i místem smysluplné práce vás, praktických lékařů samotných.

Pod slova kolegy primáře se v mnoha směrech mohou podepsat, samozřejmě praktická zkušenost je poplatná naší hektické době, pacientům, kteří si googlí léčbu a příznaky na internetu, chybami a mnohdy spíše vyhořením nás praktiků. Ale opravdu by se odd. urgentních příjmů mohla stát platformou spolupráce mezi primární péčí, terénem a nemocnicí.

pozn. redakce
tento článek navazuje na kongres praktických lékařů v Olomouci, březen 2018

Co poradit rodičům dospělých lidí s návykovou nemocí



MUDr. Karel Nešpor, CSc.
Psychiatrická nemocnice Bohnice

Myslete na sebe a další členy rodiny

Připomeňte si problémy, které vám i vaší rodině závislý způsobil. Uvědomte si i budoucí rizika. Návyková nemoc působí stres a komplikace mnoha lidem v okolí závislého. Tím, že budete myslet na sebe, své duševní zdraví a bezpečnost, zvýšíte motivaci závislého se léčit. Jedině to ho může přimět k léčbě a střízlivosti. Závislý by měl cítit, že to neděláte jen tak na oko kvůli němu, ale že to děláte kvůli sobě a že to myslíte naprosto vážně.

Konkrétní možnosti

- Udělejte si pro sebe čas. Pravidelně jezte, přiměřeně spěte a pijte dost vody. Zvýší to vaši celkovou odolnost.
- Vyhněte se alkoholu, návykovým lékům a hazardu. V obtížných situacích jsou zvláště nebezpečné.
- Pamatuje na dobré zájmy, při kterých si odpočnete a přeladíte se.
- Fyzická aktivita zlepšuje náladu i kondici. Cvičte, chodte, relaxujte, věnujte se józe, čchi-kungu atd.
- Naučte se nějakou relaxační nebo meditační techniku a pravidelně ji používejte. Nahrávky relaxačních technik jsou volně na www.drnespor.eu.
- Zrušte dospělému závislému trvalý pobyt ve vašem bytě. To se děje prostřednictvím soudu a budete k tomu potřebovat právní pomoc. Sníží se tak riziko, že exekutoři zabaví vaše věci. Pak byste museli dokazovat, že se jedná o váš majetek, a ne o majetek zadluženého závislého.

Moudrá láska

Závislost je sice nemoc, ale tato skutečnost by se neměla zneužívat. Někteří závislí se vymlouvají na nemoc, když mají plnit povinnosti, např. pracovat. Jestliže jim někdo navrhne, aby se léčili, tvrdí, že jsou zdraví a léčbu nepotřebují. Moudrá láska říká přibližně toto: „Záleží mi na tobě, ale jestli budeš takto pokračovat, poneseš také následky. Problémy, které si způsobil, budeš řešit ty sám.“

Konkrétní možnosti

- Vaše chování vůči závislému by mělo záležet na tom, jak se chová on. Buďte vstřícní, jestliže abstinuje a léčí se, ale nekompromisní a zásadoví, pokud návykové chování pokračuje.
- Jestliže s vámi závislý bydlí, měl by přiměřeně přispívat na domácnost.
- Vyhněte se placení jeho dluhů.
- Neomlouvajte ho v práci, kam není schopen jít kvůli intoxikaci nebo kocovině.
- Nepomáhejte mu při problémech s úřady nebo soudy, které si způsobil závislostí.
- Nevymýšlejte výmluvy pro příbuzné. Lepší je říci naprosto otevřeně, v čem je problém.
- Nekupujte mu alkohol ani drogy a nedávejte mu peníze. Jestliže mu chcete pomoci např. při zaplacení jeho alimentů, peníze pošlete na příslušnou adresu sami. Jinak by asi skončily v hazardu, alkoholu nebo u drogového dealera.
- Jestliže se chová nerozumně, nemůže počítat s vaším zájmem a pomocí. Výjimkou jsou situace vysloveně ohrožující zdraví nebo život. V tom případě je třeba volat lékaře (telefon 155).
- Jestliže závislý člověk abstinuje a chová se přiměřeně, lze uvažovat o nějaké formě krátkodobé pomoci. Udělal krok správným směrem a zaslouhuje ocenění. I tak je třeba zachovat si ostražitost.

Opilost nebo intoxikace drogou

S intoxikovaným člověkem nemá smysl diskutovat nebo mu něco vyčítat. Vnímá spíše tón hlasu a gesta než obsah slov. Proto je lépe mluvit klidným hlasem a udržovat větší vzdálenost. Vážný rozhovor je lepší odložit na další den. Pak bývá závislý spíše ochoten k ústupkům. Je to také vhodná doba navrhnout odvykací léčení.

Jak přistupovat k člověku, který je intoxikovaný alkoholem nebo drogou

- Pomáhá nezůstávat s ním o samotě. Přítomnost dalších lidí snižuje riziko napadení.
- Vhodná je poloha blíže dveřím a bezpečná vzdálenost.
- Doporučuje se předem odstranit z okolí závislého nebezpečné předměty a zbraně.
- Hovořte zvolna, jednoduše a klidně, nepoužívejte prudká gesta a pohyby.
- Někdy pomůže věcně a klidně varovat před následky agrese.
- Riziko agrese se sníží, když intoxikovaného oslovujete jménem.
- Osvědčilo se nabídnout, aby se posadil. Když na to přistoupí, riziko agrese klesá.

- Známkami hrozícího násilí bývají nadávky, neklid, upřený pohled, přibližování se.
- V případě násilí nebo výhrůžek je třeba co nejdříve volat policii. Ta může násilně se chovajícího člověka vykázat na určitou dobu ze společného bydlení, i když tam má trvalé bydliště. Násilně jednají zejména ti, kdo jsou ovlivněni alkoholem a pervitinem. Může se také jednat o vydírání s cílem opatřit si prostředky na alkohol, hazard nebo drogy.
- Při otravě, bezvědomí, vyhrožování sebevraždou, úrazu hlavy nebo jiných vážných komplikacích je třeba volat lékaře.

Vyhnete se fyzickému násilí vůči intoxikované osobě. Je to nebezpečné a mohlo by se to obrátit proti vám.

Užiteční spojenci

Rodiče závislých lidí se za tento rodinný problém někdy stydí a chtějí ho utajit. To by byla chyba, spojence potřebujete.

Konkrétní možnosti

- Tím nejdůležitějším spojencem bývá druhý rodič závislého. Závislé dospělé děti často své rodiče popouzejí jednoho proti druhému s cílem získat výhody a vyhnout se zodpovědnosti. Rodiče by měli komunikovat a spolupracovat, i když jsou rozvedeni.
- Jste ve výhodě, když najdete oporu u osob z širší rodiny. O problému jim řekněte a požádejte je, aby pomohli závislého přemluvit k léčbě a abstinenci. Užiteční bývají i dobří a střízliví přátelé.
- Problémy často působí prarodiče, kteří dospělého závislého podporují a dávají se zneužívat. Je třeba je před tím varovat a vysvětlit jim, že by tak snižovali motivaci k léčbě.
- Pomáhá také odborná psychologická pomoc, např. v poradně pro rodinu, manželství a mezilidské vztahy. Lze využívat i telefonickou pomoc, např. Centrum krizové intervence má tel. 284016666. Je v provozu nepřetržitě a volat tam lze i anonymně.
- Užitečná organizace pro příbuzné závislých na alkoholu Al-Anon a pracuje ve více českých městech. Účast na setkáních je bezplatná a není třeba se předem objednávat. Kontakty najdete na adrese <http://alanon.cz>.

Životní styl

- Jestliže se chce dospělý závislý dočasně vrátit k vám, měli byste si klást tvrdé podmínky, např. vyžadovat, aby závislý nejen abstinoval, ale také se vyhýbal rizikovým prostředím, jako jsou různé festivaly, večírky a podobné akce. Je naprosto nepřijatelné, aby závislého ve vašem bytě navštěvovali jeho špatní známí. Bylo by to nebezpečné pro něj i pro vás. V případě, že by

- vás vydírali drogoví dealeri nebo věřitelé dospělého dítěte, nedávejte jim peníze, ale oznamte to na policii.
- Závislému navrhněte bezpečné a střízlivé aktivity v bezpečných střízlivých prostředích.
- Jedna návyková nemoc snadno přejde v jinou, navíc alkohol zhoršuje sebeovládání. Abstinovat od alkoholu by proto měli nejen závislí na alkoholu, ale i závislí na drogách a patologičtí hráči.

Budte připraveni na všechny možnosti

Pro to, aby závislý překonal návykový problém, můžete něco udělat, ale ve vaší moci to zdaleka není. Počítejte i s tím, že vztah se závislým bude třeba přerušit nebo ukončit. Vyhnete se pocitům viny, nemáte k nim důvod. Závislost často vzniká z důvodů, které nemohou ovlivnit ani nejlepší rodiče. Sem patří např. špatná společnost nebo rizikové zaměstnání, jako je číšník nebo barman. Vyvolávání pocitů viny u rodičů používají závislí často. Cílem bývá získat prostředky na alkohol, drogy nebo hazard. Rodiče, kteří by na to přistoupili, by tam jen zhoršovali jejich závislost.

Jak přimět závislého k léčení

- Zjistěte, jaké jsou možnosti léčby, a závislého o nich informujte.
- K dobrovolné léčbě můžete motivovat závislého i tím, že tak podmíníte jakoukoliv další pomoc z vaší strany. Závislý by měl vědět, že vám nestačí jen to, že léčbu nastoupí, ale že vyžadujete, i aby ji řádně dokončil a dlouhodobě se doléčoval.
- Nedobrovolná pobytová léčba je možná, jestliže je někdo nebezpečný sobě nebo okolí. Závislost většinou není sama o sobě dostatečným důvodem k této formě léčby. Do psychiatrických zařízení se nedobrovolně přijímají závislí lidé se sebevražednými tendencemi, halucinacemi, bludy atd. Převoz k takové léčbě může zorganizovat kterýkoliv lékař, často to bývá lékař záchranné služby.
- Léčbu může nařídit i soud. Děje se tak tehdy, jestliže došlo v souvislosti s návykovou nemocí k trestné činnosti. Jestliže vám závislý něco doma ukradl, můžete pohrozit trestním oznámením. Trestní oznámení lze stáhnout, jestliže závislý přistoupí na léčení a bude při něm řádně spolupracovat.

Závěr

Návykové nemoci se dají zvládnout, ale vyžadují dlouhodobé a soustavné úsilí. Uvedené zásady byste proto měli dodržovat trvale.

PALIATIVNÍ PÉČE, spolupráce s mobilním hospicem



MUDr. Lenka Lazecká Delongová

Mobilní Hospic Ondrášek, o.p.s.
Ostrava - Zábřeh

Dle definice je paliativní péče aktivní péče poskytovaná pacientovi, který trpí nevyлéčitelnou chorobou v pokročilém nebo konečném stádiu. Cílem paliativní péče je zmírnit bolest a další tělesná a duševní strádání a udržet co nejvyšší kvalitu života.¹

Všeobecně se paliativní péče rozděluje na obecnou a specializovanou. Obecnou paliativní péči by měl v rámci své odbornosti poskytovat každý lékař – ať už v lůžkovém zařízení či ambulantním – zde nejčastěji praktický lékař (dále PL).

Specializovanou paliativní péči poskytuje tým odborníků, kteří jsou v oblasti paliativní medicíny speciálně vzděláni. Zařízení, které takovouto specializovanou péči poskytují, jsou lůžkové hospice, oddělení paliativní péče či paliativní týmy v rámci nemocnic, paliativní ambulance, mobilní hospice neboli mobilní specializovaná paliativní péče (dále MSPP), ev. hospicové stacionáře.

Co se týče vzdělávání, je v rámci specializační přípravy na atestaci z Všeobecného praktického lékařství povinný 2denní kurz „Paliativní péče“, dále jsou kurzy pořádané IPVZ či kurzy a konference, které pořádají jednotlivé hospice či paliativní týmy. Paliativní medicína je pak samostatný nastavbový obor s minimální roční přípravou.

V České republice je ročně cca 105 000 úmrtí. Z toho 70 000 pacientů by profitovalo z efektivní paliativní péče, reálně se ale specializované paliativní péče dostane jen kolem 3 500 pacientů. 78% obyvatel by si přálo zemřít doma, realita je ale 20%, a to včetně úmrtí akutních.²

Většina pacientů, kterým je paliativní péče poskytována, jsou pacienti onkologičtí. Nicméně by stejně tak měla být poskytována i pacientům s orgánovým selháním (chronickým srdečním, jaterním či ledvinovým, CHOPN), neurologickým postižením (roztroušená skleróza, amyotrofická laterální skleróza), pacientům s demencí nebo i polymorbidním geriatricky křehkým pacientům.

Dle zkušeností a výsledků studií by se paliativní péče měla zahájit v okamžiku stanovení diagnózy nevyлéčitelného onemocnění a oba postupy – jak kurativní, tak

paliativní – by měly vést paralelně. V této fázi máme na mysli paliativní přístup ve smyslu kvalitní léčby symptomů, komunikaci s pacienty a jejich rodinami. Postupem choroby by měla pak nabývat na důležitosti právě paliativní péče.

Pilířem obecné paliativní péče v ambulantním sektoru jsou právě praktičtí lékaři. Ti se většinou setkávají s pacienty ve dvou režimech: v průběhu aktivní léčby, kdy většinou probíhají obvyklé kontroly, preventivní prohlídky, předpis chronické medikace, ale léčbu bolesti či jiných komplikací vede lékař-specialista, tedy nejčastěji onkolog. A pak po ukončení kurativní léčby, kdy je pacient velmi často předán do péče PL. Zde je PL tak trochu hozen do vody. Má dostatek možností a zkušeností, jak zejména komplikované onkologické pacienty řešit?

Pokud je pacient ještě v dobrém funkčním stavu či je jeho stav víceméně stabilizovaný, pokračuje PL v předpisu chronické medikace (zde bych zdůraznila vhodnost kriticky přezkontrolovat medikaci a některé zbytečné léky vysadit – např. statiny, při sklonu k hypotenzii upravit antihypertenzní medikaci, stejně tak upravit dávkování antidiabetiky při nižším perorálním příjmu apod.), může předepsat některé kompenzační pomůcky, pleny, poradit rodině o zažádání příspěvku na péči apod. Pokud se objeví nějaké potíže a komplikace, jde nejčastěji o bolest, dušnost, úzkost, zvracení, nechutenství, slabost. Každý praktický lékař by se měl orientovat v tom, jak tyto potíže řešit, a samozřejmě by měl mít recepty k předepisování opiátů. Bez nich, bez znalosti léčby bolesti a výše zmíněných symptomů se kvalitní paliativní péče cestou PL poskytovat nedá.

V případě dalšího horšení stavu a zhoršení symptomů nemoci má PL 4 možnosti. První možnost je odeslat pacienta k akutní hospitalizaci do nemocnice. V některých případech je samozřejmě hospitalizace indikována – záleží na druhu potíží a na přání pacienta a jeho rodiny. Na druhou stranu odesílat k hospitalizaci pacienta v terminálním stavu i přes jeho přání zůstat a zemřít doma není na místě. Druhou možností je vypsát poukaz a nasmlovat agenturu domácí péče, např. k aplikaci infuzí, parenterální aplikaci analgetik atd. Nevýhodou této služby je, že není schopna aktuálně měnit terapii či vyjet za pacientem akutně, např. v noci. Třetí možností je doporučit hospic a vypsát žádost o přijetí, nejčastěji v případě, kdy je pacient sám či rodina pacienta není schopna zabezpečit 24hodinovou péči. A konečně čtvrtou možností je kontaktovat mobilní hospic. Zejména u komplikovaných onkologických pacientů, kteří si přejí zůstat doma, by to měla být volba číslo jedna.

Jaké jsou tedy indikace přijetí do MSPP?
- přání prožít závěr života a zemřít doma

- ukončená kurativní léčba
- špatný funkční stav (PPS – palliative performance scale – menší nebo rovno 50)³, přítomné symptomy nemoci a neschopnost ambulantních kontrol
- 24hodinová přítomnost schopné, pečující osoby

Co vůbec MSPP nabízí? Typická je práce v multidisciplinárním týmu, jehož součástí jsou lékaři, zdravotní sestry, sociální pracovníci, psycholog, duchovní, dobrovolníci, poradce pro pozůstalé. Ke všem pacientům a jejich rodinách se přistupuje komplexně, řeší se tedy nejen všechny zdravotní potíže, které jim jejich nevyléčitelné onemocnění přináší, ale i sociální a psychologické potřeby. Četnost návštěv se odvíjí od zdravotního stavu pacienta. U relativně stabilních pacientů jednou za týden, u symptomatických pacientů nebo umírajících každý den nebo i několikrát denně. Mimo návštěvy mají rodiny k dispozici pohotovostní tel. číslo, na které mohou kdykoliv volat. Rodiny se zaučují v péči o jejich blízké, péče nekončí úmrtím pacienta, rodinám je k dispozici poradce pro pozůstalé, svépomocná skupina, setkání pozůstalých. Každý mobilní hospic má svou půjčovnu pomůcek, rodině se může zapůjčit vše potřebné (polohovací postele, antikubitní podložky, WC židle, oxýgenátory, odsávačky)

MSPP se od jiných služeb (zejména agentur domácí péče) odlišuje především tím, že garantuje:

- nepřetržitou zdravotnickou pomoc 24 hodin / 7 dní v týdnu
- dožití pacientů nejméně v 80 procentech doma (Zcela výjimečně jsou pacienti v rámci mobilního hospice na poslední chvíli odvezeni do nemocnice. Pokud je už rodina péči vyčerpána, tak se volí překládání na lůžko do hospice.)
- odbornost a vedení léčby je na lékaři – specialistovi v oboru v paliativní medicíně

Dosud nebyla činnost MSPP hrazena ze zdravotního pojištění, naprostá většina mobilních hospiců jsou tak neziskové organizace s vícezdrojovým financováním (projekty, dotace, dárce jak individuální, tak firemní, některé hospice vybírají denní poplatek za jejich služby). Proto zejména v otázce preskripce medikace, ať už chronické, nebo nově lékařem MSPP indikované, byla nutná velmi úzká spolupráce s ošetřujícími lékaři pacientů.

Od roku 2018 již úhradová vyhláška stran financování činnosti MSPP z veřejného zdravotnictví je. Je teď na jednotlivých hospicích, aby se hlásili na výběrová řízení a na pojišťovnách, zda tuto péči nasmlouvají. Vzhledem k tomu, že jsou PL naši největší partneři v ambulancím sektoru, měli by mít povědomí, o jaké financování jde.

Jen pro představu, v případě nasmlouvání péče může MSPP vykazovat pouze 2 výkony s bodovým ohodnocením: - agregovaný výkon domácí paliativní péče – klinicky nestabilní pacient (1152 bodů na den) nebo agregovaný výkon domácí paliativní péče – klinicky nestabilní pacient se závažnými symptomy (1463 bodů na den). Prvních 30 dnů péče je jeden bod ohodnocen 1 korunou, dalších 30 dní 0,5, poté už nic. V těchto agregovaných výkonech je zahrnuta platba za veškeré zdravotní služby (výkon lékaře a sestry, výko-

ny ev. jiných specialistů, doprava, veškeré léčivé přípravky a zdravotnický materiál, zajištění pomůcek a jejich oprava). Tedy veškeré náklady na pacienta přebírá MSPP. V praxi to znamená, že „by ideálně měl pacient zemřít“ do 30 dnů od přijetí do péče MSPP. Dalších 30 dnů pojišťovna zaplatí již jen polovinu (nehledě na to, že velmi často jsou nejnákladnější právě poslední dny), pokud „pacient přežije“ 60 dní, pojišťovna již nehradí ani korunu a naprosto veškeré náklady na pacienta přebírá mobilní hospic, který již pak ani nemůže požádat o preskripci léků registrujícího PL či jiného ošetřujícího lékaře. Dle dřívějších propočtů mobilních hospiců stojí jeden den péče o pacienta cca 1900 korun, tudíž i nadále budou hospice závislé na dřívějším způsobu financování. V případě, že bude do péče MSPP přijat pacient, který nebude splňovat podmínky k zařazení na úhradu pojišťovny (např. PPS 50 a víc – pojišťovna požaduje PPS k zařazení pacientů na úhradu 40 a méně; či odhad prognózy je delší než 30, respektive 60 dní), nebo půjde o pacienta, jehož pojišťovna nebude mít s daným MSPP uzavřenou smlouvu, budou nadále MSPP stejně úzce spolupracovat s registrujícími lékaři pacientů zejména v otázce preskripce medikace jako dosud.

Vzhledem k tomu, že každý mobilní hospic má svou omezenou kapacitu a pacienti přijímá dle zdravotního stavu a volných míst, je vhodné s předstihem zmapovat situaci v kraji, co se týče sítě poskytovatelů specializované paliativní péče a navázat s nimi spolupráci. V poslední době dochází k rozvoji paliativní medicíny, všeobecně se zvyšuje povědomí o paliativní péči. Nepochybně tedy bude paliativních pacientů přibývat a spíše bude výjimka, když se s takovým pacientem PL nesetká.

Závěr:

Paliativní péče je aktivní péče poskytována nevyléčitelně nemocným pacientům s cílem udržení co nejlepší kvality života. V ambulancím sektoru jsou nejdůležitějšími poskytovateli obecné paliativní péče praktičtí lékaři a specializované mobilní hospice. S rozvojem paliativní péče bude přibývat pacientů, kteří si přejí prožít závěr života doma, proto by praktičtí lékaři měli být v této oblasti vzděláni a měli mít přehled o síti poskytovatelů paliativní péče v jejich kraji. Důležitá je vzájemná spolupráce a informovanost právě mezi praktickými lékaři a poskytovateli specializované paliativní péče.

Mobilní hospic Ondrášek, o. p. s. poskytuje specializovanou paliativní péči pro dospělé pacienty v Ostravě a do vzdálenosti 30 kilometrů od Ostravy, pro dětské pacienty pak v rámci celého Moravskoslezského kraje. Pořádá několikrát ročně vzdělávací kurzy, často i výhradně zaměřené na praktické lékaře. Poskytuje péči i v rámci paliativní ambulance, pro lékaře nabízí i telefonickou konzultační činnost.

Pro více informací www.mhondrasek.cz, www.paliativnimediceina.cz, www.umirani.cz

Literatura:

1. Paliativní medicína pro praxi
2. STEN/MARK pro Cestu Domů 2013
3. PPS

Tvorba a obsah SmPC z pohledu SÚKL

Souhrn údajů o přípravku (SmPC – Summary of Product Characteristics) je jedním z doprovodných textů pro každý registrovaný léčivý přípravek. Cílem SmPC je poskytnout zdravotnickým pracovníkům základní odborné informace o daném léčivém přípravku. Jak ale takový dokument vzniká? Od čeho se odvíjí jeho obsah? Nebo jak by se s takovým dokumentem mělo nakládat? To jsou možná otázky, které si občas kladete při předepisování léků pacientům. Pokusím se vám je zodpovědět v následujících odstavcích. Nejprve je ale nutné zmínit, podle jakých pravidel se léčivé přípravky registrují na území EU.

Společným jmenovatelem každého procesu registrace léčivého přípravku je průkaz jeho bezpečnosti, účinnosti a jakosti. Žadatel dosahuje těchto 3 aspektů různým způsobem, v závislosti na zvoleném právním základu žádosti. Zjednodušeně by se registrace daly rozdělit na „plné“ žádosti, kdy žadatel podporuje registraci vlastními (event. literárními) preklinickými a klinickými daty, a na žádosti „s odkazem“ (např. generické), kdy jsou vlastnosti léčivého přípravku porovnávány s referenčním (originálním) přípravkem, který byl registrován na základě plné žádosti.

Druhým aspektem registrace je volba žadatele, v kolika státech si chce přípravek zaregistrovat, od čehož se odvíjí typ registrační procedury (národní procedura, decentralizovaná procedura, centralizovaná procedura) a jaká regulační autorita bude dokumentaci posuzovat. Pokud se jedná o **národní registraci** pouze v ČR, dokumentace je předkládána na SÚKL. U **decentralizované procedury**, kdy se léčivý přípravek registruje současně v několika státech EU (minimálně ve dvou), se dokumentace předkládá do všech zúčastněných států. Jeden stát v tomto hodnocení působí jako referenční a vede celou proceduru. U decentralizované procedury se pro léčivý přípravek předkládá ve všech státech totožná dokumentace, nicméně jeho název se může v jednotlivých státech lišit. U **centralizovaných procedur** se žádost o registraci předkládá Evropské agentuře pro léčivé přípravky (EMA) a registrace je následně platná ve všech členských státech EU. Název přípravku je ve všech státech shodný.

Co se týče informací o přípravku (textů) schválených v rámci registrace léčivého přípravku, SmPC, příbalovou informaci (PIL) a text uváděný na obalu přípravku u **národních procedur** schvaluje SÚKL a tyto texty jsou platné pouze pro daný přípravek registrovaný v ČR. Texty schválené v **decentralizované proceduře** jsou platné pro všechny státy zúčastněné v dané procedu-

ře (včetně referenčního) a jsou výsledkem kompromisů a požadavků referenčního státu, všech zúčastněných států a žadatele. To platí zejména u žádostí s odkazem, zvláště pokud se texty originálního přípravku, na který se daný přípravek odkazuje, na národních úrovních jednotlivých států liší.

Nyní už se ale dostávám k samotnému vzniku SmPC. Ve chvíli, kdy žadatel předkládá dokumentaci k registraci léčivého přípravku, jsou součástí dokumentace návrhy SmPC, PIL a textu uváděného na obale. SmPC má přesně danou strukturu, která odpovídá tzv. QRD šabloně (Quality Review of Documents – zveřejněna na stránkách EMA). Struktura jednotlivých bodů SmPC a principy pro uvádění informací do správných bodů SmPC detailněji vymezuje výkladová QRD šablona, a především pak pokyn EMA „A guideline on Summary of Product Characteristics“. Žadatel vždy navrhuje obsah jednotlivých bodů na základě předložené dokumentace k léčivému přípravku a aktuálních vědeckých poznatků. Co se týče klinických údajů (především body 4.1–5.3 SmPC), každou informaci žadatel podkládá diskusí opírající se o literární reference nebo o vlastní preklinická či klinická data. V případě generik je tvorba SmPC jednodušší, protože odpovídá SmPC originálu. Nicméně i u generického přípravku žadatel může požadovat odlišnosti v SmPC oproti originálu. Např. generický přípravek může mít méně indikací než originál, nebo naopak může mít některé informace navíc (včetně indikací), pokud je vědecky řádně podloží. Role národní autority (v ČR SÚKL) spočívá v posouzení předložené dokumentace včetně návrhu textů (SmPC, PIL a textu na obalu), v odstranění údajů v textech, které nejsou podloženy dokumentací (například odstranění reklamních údajů či tvrzení), a v případné korekci nepřesných nebo nejednoznačných údajů. Každá úprava SmPC je odpovídajícím způsobem reflektována v příbalové informaci, která musí být v souladu s informacemi uvedenými v SmPC, pouze uváděné laicky přívětivějším jazykem.

Po zaregistrování léčivého přípravku je i nadále odpovědností firmy sledovat aktuální vědecká data týkající se daného přípravku, včetně rozhodnutí Evropské komise k přehodnocením léčivých látek, doporučení evropských výborů k jednotlivým léčivým látkám či k celé farmakoterapeutické skupině, dalších relevantních pokynů (např. pokyn k pomocným látkám povinně uváděným na obalech a odpovídající text v PIL a SmPC) apod., a v případě potřeby adekvátně aktualizovat Souhrn údajů o přípravku. SmPC je považováno za tzv. „žijící dokument“, který by měl vždy odrážet aktuální vědecké poznatky.

SmPC konkrétních přípravků má samozřejmě jistá úskalí. Pokud si vyberete léčivé přípravky s jednou konkrétní léčivou látkou, zjistíte, že jejich SmPC (a tedy i PIL) neobsahují totožné informace, a přesto to nemusí být nutně považováno za chybu. Jistá disharmonie může pramenit z rozdílných požadavků jednotlivých členských států EU na rozsah minimálních nezbytných informací. Dále je nutno zmínit i aspekt rozdílných informací v textech originálních přípravků v jednotlivých státech EU při registraci generik decentralizovanou procedurou (viz výše).

SÚKL chce tímto článkem upozornit zdravotnické pracovníky, případně pacienty, že SmPC a PIL jsou dokumenty, které nelze považovat za zdroj vyčerpávajících informací o léčivých látkách obsažených v přípravku, ani neposkytují encyklopedický výčet všech upozornění, interakcí nebo nežádoucích účinků, se kterými je nutné počítat. Tyto dokumenty ale přináší vědecky prokázané základní údaje o konkrétním léčivém přípravku.

MVDr. Tomáš Radiměřský

Klinický posuzovatel

Tab. 1: Osnova Souhrnu údajů o přípravku

1. NÁZEV PŘÍPRAVKU
2. KVALITATIVNÍ A KVANTITATIVNÍ SLOŽENÍ
3. LÉKOVÁ FORMA
4. KLINICKÉ ÚDAJE 4.1 Terapeutické indikace 4.2 Dávkování a způsob podání 4.3 Kontraindikace 4.4 Zvláštní upozornění a opatření pro použití 4.5 Interakce s jinými léčivými přípravky a jiné formy interakce 4.6 Fertilita, těhotenství a kojení 4.7 Účinky na schopnost řídit a obsluhovat stroje 4.8 Nežádoucí účinky 4.9 Předávkování
5. FARMAKOLOGICKÉ VLASTNOSTI 5.1 Farmakodynamické vlastnosti 5.2 Farmakokinetické vlastnosti 5.3 Předklinické údaje vztahující se k bezpečnosti
6. FARMACEUTICKÉ ÚDAJE 6.1 Seznam pomocných látek 6.2 Inkompatibility 6.3 Doba použitelnosti 6.4 Zvláštní opatření pro uchování 6.5 Druh obalu a obsah balení 6.6 Zvláštní opatření pro likvidaci přípravku a pro zacházení s ním
7. DRŽITEL ROZHODNUTÍ O REGISTRACI
8. REGISTRAČNÍ ČÍSLO
9. DATUM PRVNÍ REGISTRACE/PRODLOUŽENÍ REGISTRACE
10. DATUM REVIZE TEXTU

Včasná diagnostika nádorů hlavy a krku může zvýšit procento vyléčených nádorů

Významným původcem těchto onemocnění jsou hpv infekce

Praha (4. dubna 2018) – V evropských zemích představují u mužů nádory v oblasti hlavy a krku čtvrtý nejčastější typ nádoru. Počet nových případů se mezi lety 2000 a 2010 zvýšil o více než 11 %, u žen dokonce o téměř 37 %. Jejich výskyt v posledních letech stoupá i v České republice. Některý z těchto nádorů je v ČR ročně zjištěn u 1 500 mužů a 430 žen a představuje tak 6. nejčastější nádor u mužů a 17. u žen. Jak potvrdil také výzkum synlab czech, z hlediska původce onemocnění jsou velmi významné papilomaviry HPV.

Až 15 % všech nádorových onemocnění je virového původu. „A právě viry HPV jsou jejich nejčastější příčinou. HPV viry patří do skupiny papilomavirů, jde o jednoduché dvouvláknové DNA viry, kterých existuje více než 120 druhů. Většina z nich je sice neškodná a způsobuje jen takzvané benigní léze, několik typů HPV virů je ale naopak považováno za velmi účinný karcinogen, způsobující například karcinom hlavy a krku,“ vysvětluje **RNDr. Ing. Libor Staněk, PCTM** z genetických laboratoří společnosti SYNLAB. K přenosu těchto virů dochází především orální cestou. V budoucnu se předpokládá další nárůst výskytu onemocnění, která tyto viry způsobují.

Laboratorní testy na HPV mohou pomoci s indikací rakoviny hlavy a krku

Kristýna Glendová pod vedením RNDr. Ing. Libora Staňka realizovala v rámci své práce ve společnosti SYNLAB studii na vzorcích tkání, jejímž cílem bylo potvrdit výskyt infekce způsobené virem HPV v souvislosti s onkologickým nálezem v hlavě nebo krku.

„Jednoznačně se potvrzuje, že mezi infekcí HPV a rakovinou hlavy a krku existuje přímá souvislost. Jedná se především o spinocelulární (tzv. dlaždicové) karcinomy v oblasti kořenu jazyka, oblasti laryngu (hrtanu), orofaryngu (hltaanu) a výjimečně také bukální oblasti,“ komentuje výsledky své práce Glendová a dodává: „Počet nádorů hlavy a krku se zvyšuje, stejně jako počet infekcí HPV viry. Testování na tyto infekce se proto jeví z hlediska prevence i efektivní léčby v budoucnosti nejen jako přínosné, ale jako naprosto nutné,“ podotýká Glendová. „Nutností je včasná diagnostika onemocnění, ale také molekulární testování HPV, a to nejen v rámci vysoce rizikových typů, ale také potenciálně rizikových typů s významným dopadem pro kliniku,“ uzavírá RNDr. Ing. Staněk.

RNDr. Ing. Staněk poukazuje na fakt, že HPV pozitivní nádory hlavy a krku mají lepší prognózu ve srovnání s nádory HPV negativními, lépe reagují na chemoterapii a radioterapii a mají nižší mortalitu. Jedním z důvodů je samotná molekulární podstata karcinogeneze. HPV indukovaná karcinogeneze má výrazně méně genetických alterací a mutačních změn než u nádorů bez virové zátěže.

K rozvoji rakoviny způsobené HPV přispívá nespoutaný životní styl a nezodpovědný sexuální život

Za posledních třicet let se také zásadně změnil profil „typického nemocného“ s rakovinou hlavy či krku. V minulosti byl jedinec s tímto druhem karcinomu typově starší osoba, většinou manuálně pracující a v anamnéze měl rizikové faktory jako kouření, zvýšený příjem alkoholu s dalšími přidruženými chorobami a neprokázanou přítomnost viru HPV. Dnes je situace jiná, jedná se o mladší osoby, vzdělané, dobré tělesné kondice, nekuřáky a abstinenty, nicméně s prokázanou přítomností HPV. Tento zaznamenaný posun se přičítá změně sexuálních praktik. Rizikovými faktory nádorů hlavy a krku jsou orální a orálně-anální sexuální kontakty či vyšší počet sexuálních partnerů.

Kroků, které vedou ke snížení pravděpodobnosti infekce způsobené HPV, je několik. Prvním z nich je očkování (preventivně u obou pohlaví), dalšími jsou sexuální abstinence, oboustranná partnerská věrnost a používání latexových kondomů.

O HPV (lidské papilomaviry, z anglického slovního spojení Human Papillomavirus)

Papilomaviry jsou malé onkogenní viry, které se řadí do samostatné čeledi *Papillomaviridae*. Je jich známo více než 120 subtypů, infikují většinu vyšších obratlovců, ale nejsou druhově přenosné. Z pohledu lidského zdraví má význam asi 40 typů. Představují celosvětově jedny z nejběžnějších sexuálně přenosných patogenů. HPV jsou tak běžné, že se s nimi během svého života alespoň jednou setká téměř každý sexuálně aktivní jedinec. Existuje řada typů HPV, které mohou způsobit vznik genitálních bradavic (kondylomata), nádorů genitálních oblastí či karcinomy hlavy a krku.

HPV se přenáší orálním, vaginálním nebo análním sexuálním kontaktem s osobou mající virus HPV či kontaktem povrchů kůže a sliznic při nepenetrativním styku (u mladých lidí např. petting). Nejčastějším přenosem je vaginální a anální sexuální kontakt, přičemž narušení integrity kůže může přenos viru usnadnit. HPV se může na zdravého jedince přenést od osoby, která nepocituje známky onemocnění nebo nejeví žádné

jeho symptomy. Ty se totiž mohou projevit až po několika letech od sexuálního kontaktu s jedincem, který měl HPV infekci. Nemocný se tak často nedopátrá, kdo ho virem nakazil.

Nejrizikovější skupinou osob, co se týká nákazy HPV, jsou mladí lidé mezi 17 až 35 lety. Jak u mužů, tak u žen se jedná o přechodnou formu infekce, která je u obou pohlaví přibližně stejná. Významný vliv na úspěšnost viru má stav imunitního systému jedince. Pokud

nevzniknou léze, spontánně se infekce zahojí do jednoho roku. Inkubační doba infekce do prvních příznaků je jeden až šest měsíců.

Kontakt:
e-mail: soudny@ewingpr.cz

<http://www.synlab.cz>
<http://www.zdravinaroda.cz>

Roztroušená skleróza omezuje osobní život 96 % nemocných

Příznaky není dobré podceňovat, léčba onemocnění musí začít co nejdříve

Přerušení nervových spojení, ke kterému při roztroušené skleróze (RS) dochází, má dopady také na duševní, ekonomický a společenský život lidí s RS a jejich blízkých. Společnost Roche iniciovala průzkum „MS MindSet Survey“, který shromáždil data od 3478 účastníků. Cílem studie bylo zjistit, jaké překážky brání lidem s RS v tom, aby měli kontrolu nad svým životem, a jak je nepředvídatelnost příznaků RS ovlivňuje v každodenním životě. Průzkum zjistil, že 96 % pacientů kvůli symptomům RS nebo vzplanutí onemocnění zmeškalo aktivity, jako jsou svatby, narozeninové oslavy nebo dovolené, 44 % si nevytváří dlouhodobé plány, protože nedokáže předpovědět, jak se bude cítit a 43 % nemocných kvůli nepředvídatelnosti RS omezuje své společenské závazky.¹

Jedna nemoc s různými formami

Roztroušená skleróza, RS neboli „ereska“, je chronické autoimunitní onemocnění, při kterém imunitní systém napadá ochranný obal nervových vláken centrálního nervového systému a ovlivňuje schopnost nervových buněk v mozku a míše spolu vzájemně komunikovat. Průběh a příznaky onemocnění se u jednotlivých osob často liší. Roztroušená skleróza se podle postupu nemoci, četnosti atak či délky období mezi atakami dělí na tři základní typy. Toto dělení je důležité kvůli rozhodnutí o léčebném postupu a odhadu prognózy. „Přibližně 85

% pacientů postihuje relaps-remitentní forma roztroušené sklerózy, kdy dochází k opakovanému střídání příznaků nemoci a klidového období. Naproti tomu asi 10 % nemocných se potýká s primárně progresivní formou, kdy po nástupu prvních příznaků nemoci nenásleduje klidové období a u pacientů se postupně prohlubuje a narůstá invalidita,“ vysvětlila prof. MUDr. Eva Kubala Havrdová, CSc., vedoucí lékařka Centra pro demyelinizační onemocnění Neurologické kliniky 1. LF UK a VFN v Praze.

S léčbou je nutné začít co nejdříve

U roztroušené sklerózy je důležité, aby byla diagnostikována co nejdříve, protože časná léčba může podstatně ovlivnit celkový průběh nemoci. Mezi rané příznaky RS patří problémy s pohyblivostí, ztráta citlivosti a mravenčení, ztuhlost, poruchy vidění, chronická únava, slabost, závratě, malátnost, později se mohou projevit potíže s ovládnutím močového měchýře, problémy s myšlením a řečí. „Příznaky, které přicházejí a odcházejí nebo se vyvíjejí nenápadně a pozvolna, svádějí k ignorování. Důležité je proto na možnost RS myslet a v případě jakýchkoliv pochybností raději navštívit neurologa,“ doplnila profesorka Kubala Havrdová.

Více informací o tomto onemocnění, praktické vědomostní kvízy, patientské příběhy i ukázky cvičení najdete na edukativní platformě www.mojemedicina.cz.

Renesance lnu



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

Úvod

Len setý (*Linum usitatissimum*) je jednou z nejstarších pěstovaných plodin. Pochází z oblasti, která se rozkládá od východního Středomoří k Indii. Počátky jeho využívání v zemědělství s největší pravděpodobností spadají do oblasti Úrodného půlměsíce, území dnešního Iráku, Sýrie, Libanonu, Jordánska a Izraele, Egypta a Turecka, kde byly vhodné podmínky pro zemědělství. Len byl v počátcích pěstován pro výrobu tkanin. Důkazy o využívání lnu vyplývají z archeologických nálezů již z doby kolem 10000-8000 před naším letopočtem: týkají se zobrazování pěstování lnu a zahrnují nálezy semen lnu a oděvů vyrobených z lněných vláken v pohřebištích. Len setý se dělí na dva typy: len přadný a len olejný. Jak již vyplývá z názvu, len přadný je využíván pro vlákno, len olejný pro olej. Dnes převládá pěstování lnu olejného. Pěstování lnu má svoji historii i v České republice. Na počátku 20. století se pěstoval len přadný na ploše necelých 30 000 ha. Dnes len přadný z našich polí vymizel, produkce skončila v roce 2010. Na druhou stranu plocha, na níž se pěstuje len olejný, se rozšířila proti minulosti, kolísá v rozmezí 1500-2500 ha (v roce 2017 se len pěstoval na ploše 1722 ha). Starší generace má v paměti využívání lněného oleje pro technické účely na výrobu fermeží. V posledních dvaceti letech vzrůstá zájem o potravinářské využití lnu. Lněná semena jsou k dostání na trhu ve dvou formách, hnědé a zlaté.

Čím je len zajímavý z hlediska výživy?

Len patří mezi nejlepší zdroje polynenasycených mastných kyselin z řady omega 3, které nekonzumujeme v rámci celkové stravy v dostatečném množství. Semena rovněž obsahují rozpustnou i nerozpustnou vlákninu, lignany (fytoestrogeny), bílkoviny a další antioxidanty. Rostoucí zájem o len a látky v něm obsažené vyplývá z řady potenciálních zdravotních benefitů jako snížení rizik kardiovaskulárních onemocnění, výzkumu rakoviny, zejména rakoviny prsu a prostaty, protizánětlivého působení v organismu, zmírnění projevů menopauzy, rozvoje osteoporózy a laxativních účinků.

V potravinářském průmyslu nachází využití celé lněné semeno. Používá se v pekárenském průmyslu na posyp, ale i jako přídavek do těst vícezrnných výrobků. Aby bylo lněné semeno dobře stravitelné a látky v něm využitelné, je třeba jej nadrtit nebo namlít. Ze semen se lisuje olej a poměrně široké uplatnění nabízejí i výlisky, i když jejich využití je v České republice prozatím v plenkách. Poté, co se ze semene získá olej, všechny další prospěšné látky se ve výliscích koncentrují. Ve výliscích po lisování za studena zbývá ještě nutričně významný podíl oleje, proto i výlisky přispívají ke zvýšení příjmu omega 3 mastných kyselin. Výlisky se melou na různé zrnitosti, komerčně jsou dostupné pod názvem lněná mouka nebo vláknina. Přídavek lněné vlákniny do řady potravin i doma připravovaných pokrmů přináší prospěch nejen z hlediska výživy, ale i z pohledu některých funkčních vlastností jako schopnost vázat vodu, zahušťovat výrobky, zlepšovat vlastnosti těst apod.

Lněný olej

Lněné semeno obsahuje okolo 41 % oleje. Dominantní mastnou kyselinou je kyselina linolenová (omega 3) s obsahem okolo 57 %, který může kolísat. V oleji je dále přibližně 16 % kyseliny linolové (omega 6), 18 % mononenasycené kyseliny olejové a asi 9 % nasycených mastných kyselin¹. Po výživové stránce olej plně zapadá do výživových doporučení ve vztahu k reálným příjmům mastných kyselin v běžné populaci. Máme nadměrnou spotřebu nasycených mastných kyselin, příjem omega 3 mastných kyselin je potřeba zvýšit a příjem omega 6 mastných kyselin udržet. Vysoký obsah omega 3 mastných kyselin má však jednu nevýhodu. Olej snadno podléhá oxidaci, a to i přesto, že má relativně vysoký obsah gama-tokoferolu (552 mg/100 g) s antioxidantními účinky. Olej by měl být proto skladován v chladu a ve tmě. Lněný olej, který je na trhu komerčně dostupný, bývá většinou lisovaný za studena. Někteří výrobci jej plní do světlu neprostupných obalů a pod inertní atmosférou. Takto balený olej je chráněn proti oxidacím až do prvního otevření obalu. V domácnostech se olej hodí jen do studené kuchyně a je třeba jej po otevření urychleně spotřebovat. Žluklou chuť lze snadno rozpoznat a takovému oleji je lépe se vyhnout. V potravinářském průmyslu vyžaduje olej šetrné zacházení, jeho použití ve výrobcích úplně vyloučeno není. Výrobce musí mít technologicky ověřeno, že daný produkt nepodléhá nežádoucím změnám v průběhu výrobního procesu, ani následně v rámci doporučené doby spotřeby. Důkazem je například použití lněného oleje v některých roztíratelných tucích. Tyto výrobky mají ve svém důsledku nejvyšší obsah omega 3 mastných kyselin v rámci celé kategorie a slouží tak jako dobrý denní

zdroj příjmu těchto nedostatkových mastných kyselin. Zároveň to potvrzuje skutečnost, že výroba margarínů je šetrný proces, který lněnému oleji nijak neublíží. Podobně lze najít na trhu i vícedruhové oleje, kde lněný olej je jednou ze složek. Tyto výrobky se rovněž vyznačují vyšším podílem omega 3 mastných kyselin, na druhou stranu vykazují tyto oleje lepší stabilitu vůči oxidačním reakcím. Kyselina linolenová nemusí být vždy dominantní mastnou kyselinou ve lněném oleji. Byly vyšlechtěny odrůdy se středním obsahem kyseliny linolenové, okolo 30 % (Raciol), i nízkým, okolo 3 % (Lola). Na to je potřeba dávat při nákupu lněného oleje pozor. Snížený obsah kyseliny linolenové je v těchto odrůdách kompenzován zvýšeným podílem kyseliny linolové, obsah mononenasycených a nasycených mastných kyselin je přibližně stejný. Tyto odrůdy by měly být vykupovány a zpracovávány odděleně. Pokud chceme kupovat olej za účelem zvýšení příjmu omega 3 mastných kyselin, je vhodné vybírat výrobky, které jejich obsah deklarují.



Lignany

Len obsahuje biologicky aktivní látky – lignany. Lignany se chovají podobně jako lidské estrogény, jsou schopny se v těle navázat na estrogenní receptor. V reprodukčním věku žen působí lignany jako antagonisté estrogenu, avšak při nedostatku estradiolu u postmenopauzálních žen působí jako slabé estrogény. Lignany ovlivňují řadu biochemických pochodů v organismu. Vědecké

studie se zabývají jejich antivirovou, antioxidační, fytoestrogenní, antikarcinogenní aktivitou.

Nejvíce je ve lnu zastoupen sekoisolariciresinol, který je vázaný ve formě diglukosidu. Obsah lignanů ve lnu je proměnlivý. Souvisí to mimo jiné s odrůdovou variabilitou. Len patří mezi nejvýznamnější rostlinné zdroje lignanů. Obsah sekoisolariciresinol diglukosidu je 1-26 mg/g, což je o 2 až 3 řády více než v jiných potravinách rostlinného původu. Ve střevě se sekoisolariciresinol diglukosid hydrolyzuje a působením střevních bakterií dochází ke konverzi sekoisolariciresinolu na enterolignany - enterodiol a enterolakton. Tyto tzv. savčí lignany jsou lépe vstřebatelné a mají vyšší biologickou aktivitu než jejich prekurzory rostlinného původu. Hladiny enterolignanů v krevním séru a moči bývají využívány jako marker příjmu lignanů.

Studie o vlivu zdravotních účinků lignanů poskytují ne zcela jednoznačné výsledky. Souvisí to mimo jiné se stravovacími zvyklostmi různých populačních skupin i variabilitě jednotlivců.

Řada epidemiologických studií ukazuje na nepřímou souvislost mezi příjmem lignanů ve stravě, který koreluje s hladinou enterolaktonu a enterodiolu v krevním séru a moči, a rizikem kardiovaskulárních onemocnění a některých typů karcinomů, zejména rakoviny prsu, vaječníků, štítné žlázy, prostaty a tlustého střeva. Sekoisolariciresinolu se přisuzuje vyšší antioxidační aktivita než vitamínu E. Kromě lignanů obsahuje lněné semeno i další antioxidanty ze skupiny fenolových látek kyselinu ferulovou a p-kumarovou.

Vláknina

Lněné semeno obsahuje přibližně 28 g vlákniny ve 100 g ramech¹. Zastoupena je jak rozpustná, tak i nerozpustná

vláknina. Nerozpustná vláknina zvětšuje objem natrávené stravy, urychluje její průchod střevem a působí preventivně proti zácpě. Rozpustná vláknina ve styku s vodou bobtná, pomáhá udržovat normální hladinu glukózy a snižuje hladinu cholesterolu v krvi. V namletých výliscích po získání oleje obsah vlákniny proporcčně narůstá na přibližně 45 % (7 % rozpustné a 38 % nerozpustné vlákniny). Denně bychom měli konzumovat 30

a více gramů dietní vlákniny. Výlisky zbylé po lisování lněného oleje lze považovat za velmi dobrý zdroj vlákniny. Mohou být přidávány do různých potravin i v relativně menších množstvích na to, aby bylo možné tyto produkty považovat za zdroj vlákniny. Rozpustná vláknina navíc v těchto potravinách je schopna vázat vodu, což je její přednost z technologických důvodů. Namleté výlisky v různých zrnitostech lze přidávat do pekárenských nebo masných výrobků. Barevně jsou zajímavé i těstoviny s lněnou vlákninou, které mají jasně žlutou barvu, pochází-li vláknina ze zlatého lnu, nebo hnědou barvu, pokud obsahuje vlákninu ze lnu hnědého. Obsah sacharidů (škrobu a cukrů) v lněném semenu je nízký (1 g/100 g)¹.

Bílkoviny

Lněné semeno obsahuje mezi 20-30 % bílkovin. Profil složení aminokyselin se blíží sóje. Bílkoviny nepatří sice mezi plnohodnotné, ale aminokyselinové skóre 92 ukazuje na dobré zastoupení esenciálních aminokyselin ve srovnání s jinými bílkovinnými zdroji rostlinného původu. Limitní aminokyselinou je lysin, na druhou stranu bílkoviny lněného semena jsou dobrým zdrojem esenciálních aminokyselin valinu, leucinu, fenylalaninu a argininu, který je považován za semiesenciální aminokyselinu. Len neobsahuje lepek.

Minerální látky

Lněné semeno má vyšší obsah hořčíku, vápníku a fosforu. Má i relativně vyšší obsah draslíku a velmi nízký obsah sodíku. Jak ukázaly experimenty na Vysoké škole chemicko-technologické v Praze, lze přidávkem lněné vlákniny do masných výrobků snížit obsah soli, aniž by se to negativně projevilo na chuti produktů.

Antinutriční látky

Len obsahuje kromě protektivních lignanů také látky antinutriční. Řadíme k nim například kyanogenní glykosidy. Kyanogenní glykosidy uvolňují v organismu kyanovodík. Při konzumaci 1-2 lžic lněných semen denně je

množství uvolněného kyanovodíku relativně nízké, výrazně pod akutní toxickou dávkou. Ve lněných semenech jsou obsaženy i další antinutriční látky: inhibitory trypsinu, dipeptid linatin a kyselina fytová. Aktivita inhibitorů trypsinu, které snižují využitelnost bílkovin, je v případě lněných semen nižší než u sóji. Dipeptid linatin může způsobovat nižší vstřebatelnost vitamínu B6. Ve studii při konzumaci 50 g lněných semen denně po dobu 5 týdnů však nebyl pozorován negativní vliv na hladinu pyridoxinu v krevním séru². Kyselina fytová se vyskytuje v řadě potravin rostlinného původu. Snižuje vstřebatelnost minerálních látek jako např. železa nebo zinku. Lněné semeno obsahuje 0,8–1,5 % kyseliny fytové, což jsou množství srovnatelná s obsahem v sóji nebo arašíděch¹. Na druhou stranu jsou u některých antinutričních látek popsány i prospěšné účinky. Kyselina fytová působí jako antioxidant, předmětem výzkumu jsou její případné protirakovinové účinky. Protirakovinové účinky se zkoumají i u kyanogenních glykosidů. Len nepatří mezi alergeny, které je třeba značit na obalech potravin. Nežádoucí reakce jednotlivců na len jsou vzácné.

Závěr

Lněné semeno představuje zajímavý přínos z pohledu výživy. Relativně malé množství lněného oleje slouží jako bohatý zdroj omega 3 mastných kyselin, které jsou v naší stravě nedostatkové. Podobné platí i pro pomleté výlisky (lněnou vlákninu). Po lisování za studena v nich stále zůstává nutričně významné množství oleje, tedy i omega 3 mastných kyselin. Lze je přidávat do pečiva, masných výrobků, do polévek, omáček apod. Přidávky přitom nemusí být vysoké. Konzumací 30 g pomletých výlisků zvyšujeme významně denní příjem vlákniny a dalších biologicky aktivních látek. Lněnou vlákninu můžeme používat v domácnosti nebo vyhledávat výrobky na trhu, které jsou jí obohacené.

Literatura

1. Morris D H. Flax - A Health and Nutrition Primer. Dostupné na: <https://flax-council.ca/resources/nutrition/technical-nutrition-information/flax-a-health-and-nutrition-primer/>
2. Goyal A et al. Flax and flax seed oil: an ancient medicine & modern functional food. *J Food Sci Technol* 2014; 51 (9): 1633-1653.

Jak pracovat s efekty placebo a noceba

Placebo je obecně inertní látka, která nemá vlastní farmakologickou aktivitu, ale vypadá, voní nebo chutná jako aktivní léčivo. Výsledkem působení placebo bývá pozitivní účinek, např. zlepšení stavu či úleva od bolesti. Méně známý je však efekt nežádoucí, označovaný jako nocebo. Dají se tyto fenomény cíleně ovlivnit?

Definice placebo a noceba

Samotný pojem noceba (lat. „já ublížím“) byl zaveden do medicíny Walterem Kennedym v roce 1961 jako opak pojmu placebo (lat. „já potěším“) především proto, aby mohly být odlišeny nežádoucí účinky daného léku od jedinečných reakcí pacienta. Nocebo efekt může být definován jako nežádoucí účinek, který nastane po podání placebo. V současné době se však dává spíše do souvislosti s léčbou farmakologicky aktivními látkami nebo terapeutickými postupy a souvisí s negativním očekáváním pacienta.

Faktory ovlivňující míru placebo a nocebo efektu

Předpokládá se, že na výsledném efektu placebo i noceba se podílí kombinace psychologických a neurobiologických mechanismů. Z hlediska možného ovlivnění je nejnáze uchopitelný právě psychosociální kontext pacienta a rituály kolem vlastní terapie.

Existuje několik faktorů týkajících se jak pacienta, tak zdravotníka, které mají vliv na pozitivní i negativní jevy spojené s léčbou. Jedinečná osobnost daného pacienta, míra sugestibility, motivace a důvěra v určitý terapeutický postup nebo zákrok významně ovlivňují projevy placebo a noceba. Pokud pacient nenachází u zdravotnického odborníka pochopení a empatii, vyvolá to u něj strach, případně zhoršení prognózy. Podmíněné negativní očekávání se v důsledku evolučního vývoje vytváří mnohem rychleji než očekávání pozitivní.

Efekt noceba však může představovat určité dilema v běžné klinické praxi. Jednou ze základních etických povinností v oblasti zdravotní péče je získání informovaného souhlasu pacienta, jehož součástí jsou i infor-

mace o možných komplikacích nebo vedlejších účincích vyšetření či terapie. Vhodný psychologický přístup a citlivá komunikace má potenciál pozitivně ovlivnit očekávání pacienta, zesílit efekt farmakoterapie a omezit nežádoucí účinky.

Nárůst významu noceba paradoxně souvisí s lepší komunikací s pacienty, snadnou dostupností informací (a dezinformací) na internetu a v neposlední řadě s diskusemi na téma nežádoucích účinků léků v rámci zařazování pacientů do klinických studií. V poslední době se množí důkazy o tom, že negativní projevy léčiv uváděné jako nežádoucí účinky mohou být přičítány právě kombinaci vlastních účinků složek přípravku a účinků noceba.



Doporučení pro praxi

Uvedená problematika je důležitá zejména pro lékaře, pracovníky lékáren a ošetrovatelský personál. Zdravotníci by si měli být vědomi určitého rituálního rozměru své práce a k lékům se chovat s jistou obřadností a respektem. Právě citlivá komunikace posiluje efekt placebo a redukuje negativní účinky noceba.

Zdroj:

http://www.prolekare.cz/novinky/prolekare/jak-pracovat-s-efekty-placeba-a-noceba-8811?confirm_rules=1

Češi podle průzkumu dbají o své zdraví více než kdy jindy, jsou zodpovědní a vyhledávají kvalitní zdravotní péči

Kvalitní péče o zdraví se dostává na stále vyšší příčku priorit současných Čechů. V porovnání s průzkumy z minulých let se lidé o své zdraví starají aktivněji, a pokud vyhledávají odbornou zdravotní péči, záleží jim mnohem více na její kvalitě. Dokazuje to i aktuální průzkum mezi pacienty očních klinik, kterého se zúčastnilo 911 respondentů z celé ČR. Ten zjišťoval, podle čeho si lidé vybírají odborné pracoviště při problémech s očima. Vedle ceny zákroků nebo doporučení od rodiny a známých rozhoduje právě kvalita poskytované péče a přístup zdravotníků.

Výběr oční kliniky, například pro laserovou operaci k odstranění dioptrií, není, při současné široké nabídce státních i soukromých zařízení, jednoduchou záležitostí. Rozhodujícím faktorem je pro nejvíce dotázaných (61 %) cena zákroku, avšak pro 51 % respondentů hraje zásadní roli zároveň i kvalita péče spolu s důkladností, která je věnována nezbytným vyšetřením. V tomto ohledu lze mluvit o významné změně v chování pacientů - podle předchozích průzkumů hrála roli hlavně cena. Nyní stranou nezůstává ani samotné chování, profesionalita a přístup zdravotnického personálu. Pacienty zajímá, jaká vyšetření je čekají, s jakými přístroji a technologiemi přijdou do styku a zda jim bude potřebná péče věnována i po zákroku.

Individuální přístup a doživotní záruka

„Kvalitní vyšetření očí před operací trvá alespoň dvě hodiny. Musí totiž odhalit i skryté oční vady, které by na výsledek operace mohly mít negativní vliv. Proto je nutné takzvané rozkapání očí, jež umožní změřit skutečnou dioptrickou vadu pacienta,“ vysvětluje MUDr. Lucie Valešová, primářka Oční kliniky DuoVize Praha. Professionalitu zdravotníků pak dotázaní posuzují jak z hlediska odbornosti, tak individuálního přístupu k pacientům. Po vyšetření by měl následovat pohovor s lékařem, který pacienta seznámí s výsledky vyšetření, možnostmi řešení a průběhem případného zákroku. Ten by neměl proběhnout ve stejný den jako předoperační vyšetření. Průzkum rovněž ukázal, že pro 40 % respondentů je důležité, aby na svůj zákrok získali doživotní záruku, a to pro případ, že oční vadu bude nutné v budoucnu dokorigovat. Oko je živý orgán, který se vyvíjí, a po několika letech mohou u některých pacientů dioptrie zase dorůst. Klinika by pro takové případy měla v rámci záruky nabízet doplňkovou operaci zdarma. Dodatečná korekce oční vady může původní cenu zvýšit až na dvojnásobek, záruka pro případnou další progresi dioptrické vady se proto pacientům vyplatí.

Osobní doporučení má velkou váhu

Počet pracovišť poskytujících laserové oční operace v České republice roste. Pro laika tak není jednoduché zorientovat se v široké nabídce a posoudit všechny výhody a nevýhody. Celkem 42 % dotázaných by se při výběru vhodného pracoviště řídilo doporučením od příbuzných či známých. O něco méně respondentů (39 %) zase uvedlo, že je pro ně důležité veřejně dostupné hodnocení kliniky a také to, zda má uzavřenou smlouvu s některou ze zdravotních pojišťoven. Srovnatelné množství lidí (38 %) ovlivňuje při výběru doporučení jejich lékaře.

Důležitá rozhodnutí, jako jsou i ta týkající se vlastního zdraví, by neměla být brána na lehkou váhu. Jako základní ukazatele pro výběr oční kliniky proto poslouží několik hlavních faktorů: „Než se rozhodnete, kde vůbec operaci podstoupíte, zjistěte si, kolik takových zákroků ročně konkrétní klinika provádějí, jak dlouho probíhá vstupní a předoperační vyšetření, jak zkušený je operátor a jakým a jak rychlým laserem bude operaci provádět. Určitě také zjistěte, co všechno vám oční klinika nabídne v rámci pooperační péče a na co všechno poskytuje záruku. To vše totiž zásadně ovlivňuje kvalitu vašeho vidění do budoucna,“ shrnuje docentka MUDr. Šárka Skorkovská, CSC., primářka Oční kliniky NeoVize Brno.

Pět nejdůležitějších kritérií pro výběr oční kliniky:

1. Cena operace (61 %)
2. Kvalita a podrobnost vyšetření / Chování a profesionalita personálu (51 %)
3. Nejnovější přístroje a technologie / Doporučení a reference od známých a rodiny (42 %)
4. Poskytnutí doživotní záruky (40 %)
5. Smlouva se zdravotní pojišťovnou / Veřejně dostupné reference na kliniku (39 %)

Šance pro nedonošené děti jsou stále vyšší, i pro ty, které neváží ani kilo

V ČR se neustále zvyšuje počet předčasných porodů, a to z původních 6 procent v roce 2002 na současných 8,3 procenta. V řeči absolutních čísel to znamená, že v roce 2002 se předčasně narodilo 5567 dětí, zatímco v roce 2014 už to bylo 9121 dětí. Asi 1,2 procenta ze všech narozených dětí je dokonce extrémně nedonošených, tedy přijdou na svět dříve než ve 28. týdnu těhotenství. Tato čísla se neliší od západního světa. Díky špičkové péči porodníků a specializovaných neonatologických center mají tito novorozenci, tj. předčasně narozené děti, vysokou šanci na normální život bez zdravotních komplikací.

Předčasný porod je definován jako porod do konce 37. týdne těhotenství. V naprosté většině (70–80 %) se jedná o porod spontánní a jeho příčiny nejsou dosud plně objasněny. Existují některé neovlivnitelné rizikové faktory, například předchozí předčasný porod, afroamerická rasa, věk rodičky méně než 18 a více než 40 let, nízká tělesná hmotnost, špatný socioekonomický status. Mezi ovlivnitelné rizikové faktory patří především kouření, zneužívání drog, krátký interval mezi porody, chybějící prenatální péče, anémie a další.

„Tento trend určitě souvisí mimo jiné i s posouváním mateřství do vyššího fertilitního věku, celkovým snížením plodnosti populace a ohromným rozvojem asistované reprodukce. Sledujeme to v západním světě a Česká republika není výjimkou,“ konstatuje primář Neonatologického oddělení Gynekologicko-porodnické kliniky VFN a 1. LF UK, **prof. MUDr. Richard Plavka, CSc.**

Zásadní je, aby se dostala rodička do specializovaného centra

Pro zdraví novorozenců a rodiček je zcela zásadní, aby byly pacientky s počínajícím předčasným porodem, podle příslušného stáří těhotenství, transportovány do perinatologického centra intenzivní nebo intermediární péče. Vysoce specializovaných center intenzivní péče v perinatologii je v ČR celkem dvanáct. Tím, které dlouhodobě dosahuje nejlepších výsledků je Neonatologické oddělení s jednotkou intenzivní a resuscitační péče (JIRP), jež je součástí Perinatologického centra VFN a jedním ze tří úseků Gynekologicko-porodnické kliniky VFN a 1. LF UK v Praze. K dočasnému oddálení předčasně narozeného dítěte o dva až sedm dní se využívá tokolytické léčby. Neindikuje se před 24. a po 35. týdnu gravidity, její trvání nemá přesáhnout 48 hodin a slouží především k tomu, aby se získal čas pro „transport in utero“ do perinatologického centra nebo čas na podávání kortikosteroidů k indukci plicní zralosti plodu, pokud už je rodička na specializovaném pracovišti. *„Vedení porodu jednočetných těhotenství se v případě polohy podélné*

hlavičkou neliší od vedení porodu v termínu. Způsob vedení porodu mezi týdny 22.⁺⁰ a 25.⁺⁰ volíme vždy přísně individuálně a po předchozím rozhovoru s rodičkou a jejím partnerem. Oba by měli znát významná rizika perinatální mortality a morbidity, ale vědět i o riziku vyšší mateřské úmrtnosti a důsledcích císařského řezu pro případná další těhotenství,“ dodává **prof. MUDr. Antonín Pařízek, CSc.**, vedoucí lékař perinatologického centra.

Nejvyšší stupeň péče o nedonošené

Na Neonatologickém oddělení VFN se narodí kolem 4 800 novorozenců za rok. Svoji kapacitou a rozsahem poskytované péče patří k největším v ČR. Poskytuje péči novorozencům s velmi nízkou porodní hmotností z Prahy a středních Čech, extrémně nízkou porodní hmotností z celé ČR (pod 1000 g), kterých se zde narodí ročně 100 až 110 a dále novorozencům se závažnými zdravotními komplikacemi, například s nejzávažnějšími stupni intrauterinní plodové retardace, novorozencům matek po transplantaci orgánů či závislých na drogách.

Novorozenci

- **„Nedonošený novorozenec“** je podle definice WHO (World Health Organization) každý novorozenec, který se narodil dříve než 37 dokončených týdnů gestace (tj. 36 + 6 týdnů a dnů gestace a méně). **V ČR je to 8 % ze všech živě narozených dětí.**
- **„Novorozenec s nízkou porodní váhou“** je každý novorozenec, bez ohledu na délku těhotenství, jehož porodní hmotnost při narození je menší než 2 500 g.
- **„Velmi nedonošený novorozenec“** je podle definice WHO každý novorozenec, který se narodil dříve než 32 dokončených týdnů gestace (tj. 31 + 6 týdnů a dnů gestace a méně). Součástí této kategorie jsou „extrémně nedonošené novorozenci“, tj. novorozenci narození dříve než 28 týdnů (tj. 27 + 6 týdnů a dnů gestace a méně). **V ČR je to cca 1,2 % ze všech živě narozených dětí.**

Porody v šedé zóně a řeč nového zákona

Od dubna roku 1994 byla v celé ČR snížena věková hranice péče o nedonošené novorozence na 24. týden. V perinatologickém centru VFN se se souhlasem rodičů lékaři starají o děti narozené již od 22. týdne. V roce 2011 došlo navíc ke změně zákona. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, platný od 8. 12. 2011 s účinností od 1. 4. 2012 nově definoval pojmy porod a potrat. V § 82 je tato definice: Plodem po potratu se rozumí plod, který po úplném vypuzení nebo vynětí z těla matčina neprojevuje ani jednu ze známek života a současně jeho

porodní hmotnost je nižší než 500 g, a pokud ji nelze zjistit, jestliže je těhotenství kratší než 22 týdnů. Biologickými zbytky potrátu se především rozumí placenta a těhotenská sliznice.

„To znamená, i děti s porodní hmotností menší než 500 g, ale ve stáří 22+0 týdnů jsou našimi pacienty. Od roku 2010 jsme tyto děti evidovali. Období mezi 22. – 24. týdnem těhotenství se nazývá „šedou zónou“. Postup u této stále prognosticky nejisté skupiny pacientů je individuální a respektuje přání rodičů. Při získání jejich souhlasu věnujeme novorozencům plnou prenatalní a postnatální péči jako u vyšších gestačních týdnů, tedy podání steroidů matkám k indukci dozrávání plic plodů, porod císařským řezem v případě ohrožení plodu, resuscitaci na sále s následnou péčí na JIRP,“ vysvětluje prof. Plavka.

Důležité minuty pro život

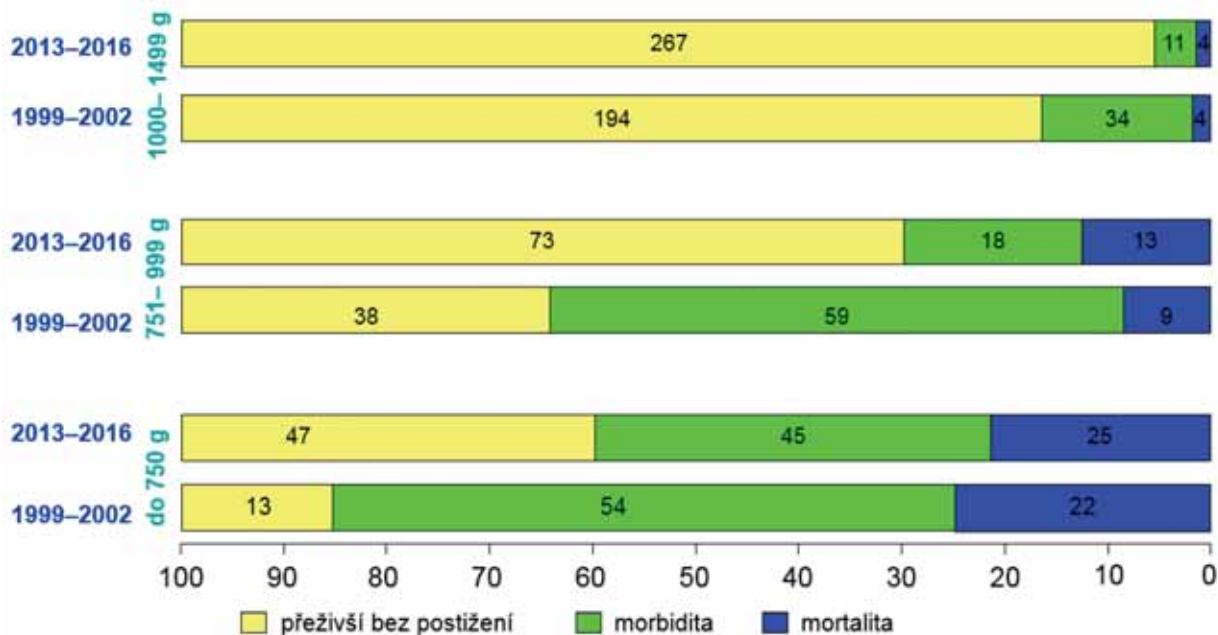
První minuty a hodiny bezprostředně po narození jsou pro další vývoj nezralých novorozenců velice důležité. Stabilizují se na speciálním resuscitačním lůžku s vyšším

výhřevným potenciálem, kompletní monitorovací panel a ventilační přístroj usnadňují provzdušnění plic po porodu.

JIRP: Hlavní cíl je dýchání a výživa

Snahou práce specializovaného pracoviště je udržet nezralé novorozence na neinvazivní podpoře dýchání. Zároveň se okamžitě zahajuje stimulace zažívacího traktu mateřským mlékem. U extrémně nezralého novorozence probíhá postnatální zrání a dozrávání jeho orgánových funkcí v jiném biologickém „časoprostoru“ než u plodu, jenž se vyvíjí v děloze matky. Snahou neonatologů je, aby nežádoucí vlivy, kterým se zatím nelze úplně vyhnout, alespoň minimalizovaly. Hledají se fyziologičtější metody léčby, jež snižují infekce, krvácení do postranních komor mozku, vývoj retinopatie nedonošených. K tomu slouží kromě nejlepších postupů, jež zlepšují dlouhodobou prognózu nezralých novorozenců (například pozdní podvaz pupečníku, řízená a cílená terapie kyslíkem, neinvazivní způsoby podpory dýchá-

**Mortalita a morbidita novorozenců – porovnání dvou čtyřletých období
Ve VFN v nejnižších váhových kategoriích (procenta)**



Sledované morbidity: intraventrikulární krvácení (IVH), periventrikulární leukomalacie (PVL), posthemoragický hydrocefalus (PHH), bronchopulmonální dysplazie střední a těžká (BPD), nekrotizující enterokolitida (NEC), retinopatie nedonošených (ROP), hypoxicko-ischemická encefalopatie (HIE), meningitida a encefalitida

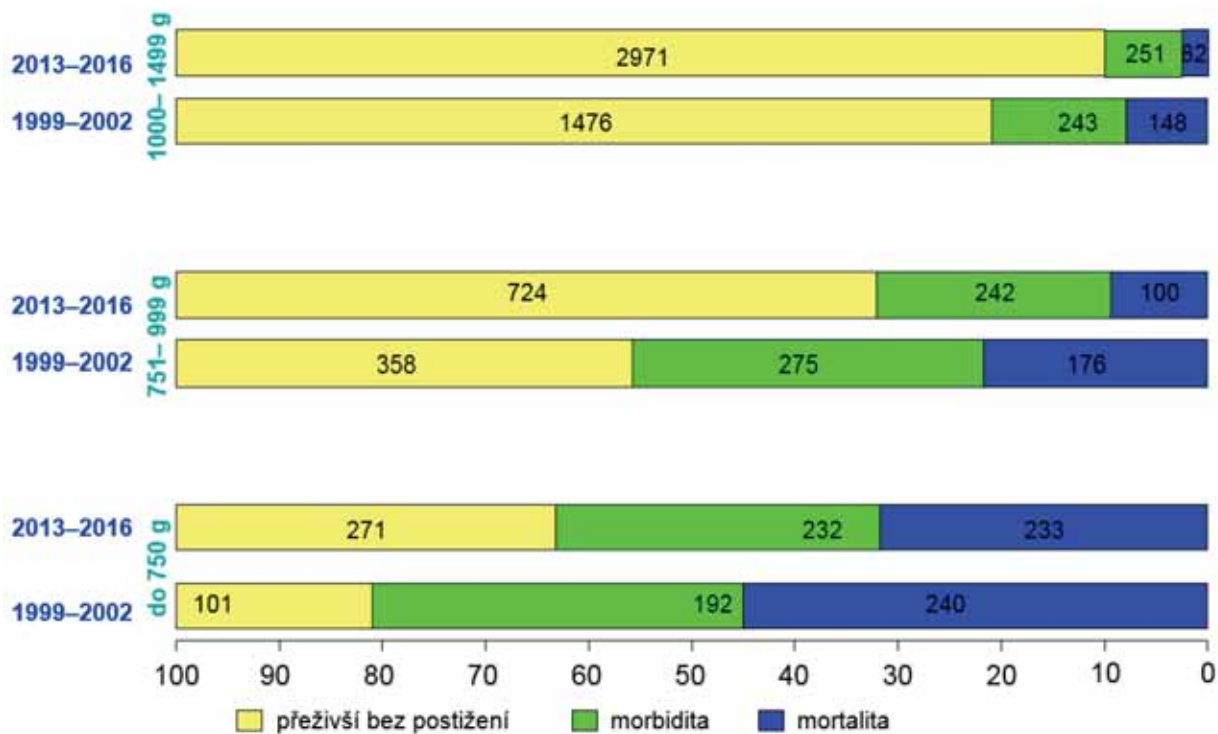
ní, časná výživa mateřským mlékem) i začlenění maminek do ošetrovatelského procesu. A to bezprostředně po porodu, od prvních hodin tak, aby byla matka s dítětem ve vzájemném kontaktu. Jakmile nezralý novorozenec nepotřebuje intenzivní péči, je přeložen na oddělení intermediární péče (IMP) a tady už probíhá následná fyzioterapie a postupně plné zapojení rodičů. Péče je zaměřena na růst a výživu, dozrávání plic, neurologický vývoj. „Naše péče

o předčasně narozeného novorozence se snaží co nejvíc napodobit nerušený nitroděložní život v těle matky a zároveň poskytnout dostatek podnětů ke správnému fyzickému i psychickému vývoji dítěte,“ vysvětluje prof. Plavka. O tom, že se to daří, svědčí výsledky neonatologické péče o nezralé novorozence v ČR, která je na špičkové světové úrovni.

Psychická podpora rodičů zcela zásadní

Často zcela nečekaný předčasný porod, bez předchozích komplikací, vede zvláště u matek k akutnímu psychickému traumatu, který si mohou ve formě posttraumatické stresové poruchy nést životem měsíce a roky. Rodiče předčasně narozených a zvláště extrémně nezralých novorozenců potřebují speciální psychologickou pomoc, dostatečnou informovanost, možnost co nejčastěji pobývat se svým potomkem, podělit se o své obavy, úzkost a strach. K tomu přispívají kromě psychologů, zdravotníků i dobrovolnické skupiny, například rodičovská organizace Nedoklubko. Ve VFN působí také Centrum provázení, které velmi aktivně pomáhá na Neonatologickém oddělení Gynekologicko-porodnické kliniky.

Mortalita a morbidita novorozenců – porovnání dvou čtyřletých období v celé ČR v nejnižších váhových kategoriích (procenta)



Sledované morbidity: intraventrikulární krvácení (IVH), periventrikulární leukomalacie (PVL), posthemoragický hydrocefalus (PHH), bronchopulmonální dysplazie střední a těžká (BPD), nekrotizující enterokolitida (NEC), retinopatie nedonošených (ROP), hypoxicko-ischemická encefalopatie (HIE), meningitida a encefalitida

Vážení čtenáři a řešitelé testů,

dle nového Stavovského předpisu České lékařské komory č. 16, podle § 5 přílohy č. 1, jsou od 1. 7. 2012 všechny znalostní testy v odborných časopisech hodnoceny jednotně, a to 2 kredity. Za správné vyřešení testu budou řešitelům přiděleny **2 kredity ČLK**. Podmínkou ČLK pro přidělení kreditů je zaslání odpovědí v písemné podobě na odpovědním lístku nebo elektronicky na www.svl.cz, a to **nejpozději do 30. 6. 2018**.

Písemné odpovědi zasílejte na adresu: Oddělení vzdělávání SVL ČLS JEP, Sokolská 31, 120 00 Praha 2.

Získané kredity budou úspěšným řešitelům připočítány k ročnímu souhrnnému certifikátu člena SVL ČLS JEP.

Lékařům, kteří se nemohou prokázat číslem člena SVL ČLS JEP, kredity bohužel přiděleny nebudou.

Správné odpovědi z čísla 4/2018: 1c, 2bc, 3ac, 4abc, 5c, 6a, 7b, 8abc, 9c, 10ac

ZNALOSTNÍ TEST JE HODNOCEN 2 KREDITY ČLK

1. Kdo poskytuje obecnou paliativní péči?

- a) paliativní ambulance
- b) praktický lékař
- c) hospic

2. Jaké jsou mimo jiné indikace k přijetí do MSPP?

- a) ukončená kurativní léčba
- b) 24 hodinová přítomnost schopné pečující osoby u pacienta
- c) PPS nad 60

3. Paliativní péče je:

- a) aktivní péče
- b) poskytována nevléčitelně nemocným pacientům
- c) péče, která má za cíl udržení co nejvyšší kvality života léčbou všech potíží

4. K dosažení doporučeného denního příjmu 2 gramů omega 3 mastných kyselin postačí konzumace:

- a) 30 g lněného oleje
- b) 15 g lněného oleje
- c) 4 g lněného oleje

5. Overdiagnosis:

- a) je situace, kdy u jednoho pacienta evidujeme více než 10 diagnos
- b) je proces, při kterém jsou odhalovány problémy, které nevedou k poškození zdraví pacienta
- c) je proces, který medikalizuje běžné projevy života rozšiřováním diagnostických kritérií

6. Jedna LPS by měla být zřízena na počet obyvatel a dojezdovou vzdálenost?

- a) na 150 000 obyvatel dojezd do 30 minut
- b) na 200 000 obyvatel a dojezd do 40 minut
- c) na 100 000 obyvatel a dojezd do 40 minut

7. Pro vlastní diagnózu chronické rinosinuitidy postačuje přítomnost těchto příznaků a doba trvání:

- a) ucpaný nos, bolesti hlavy po dobu minimálně 12 týdnů
- b) nosní výtok a omezený čich po dobu minimálně 12 týdnů
- c) ucpaný nos, bolesti hlavy, nosní výtok a omezený čich po dobu minimálně 2 týdny

8. Co poradit rodičům dospělých lidí s návykovou nemocí?

- a) myslíte na sebe a další členy rodiny
- b) moudrou lásku
- c) buďte připraveni na všechny možnosti, vyhněte se pocitům viny, nemáte k nim důvod

9. S intoxikovaným člověkem drogou:

- a) má smysl diskutovat
- b) nemá smysl diskutovat
- c) vážný rozhovor je lepší odložit na druhý den

10. Lékařskou pohotovostní službou se rozumí:

- a) ambulantní péče poskytovaná pacientům v případech náhlé změny zdravotního stavu
- b) zastupuje zdravotní péči v pravidelné ordináční době poskytovatele eventuálně v zástupu praktického lékaře
- c) ambulantní péče poskytovaná pacientům v případě náhlého zhoršení průběhu onemocnění

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

ODPOVĚDNÍ LÍSTEK – TEST Č. 5/2018

Jméno a příjmení _____

Adresa pracoviště _____

Členské číslo SVL (povinný údaj)
(bez tohoto čísla nemohou být kredity přiděleny)

Zakroužkujte 1–3
správné odpovědi:

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