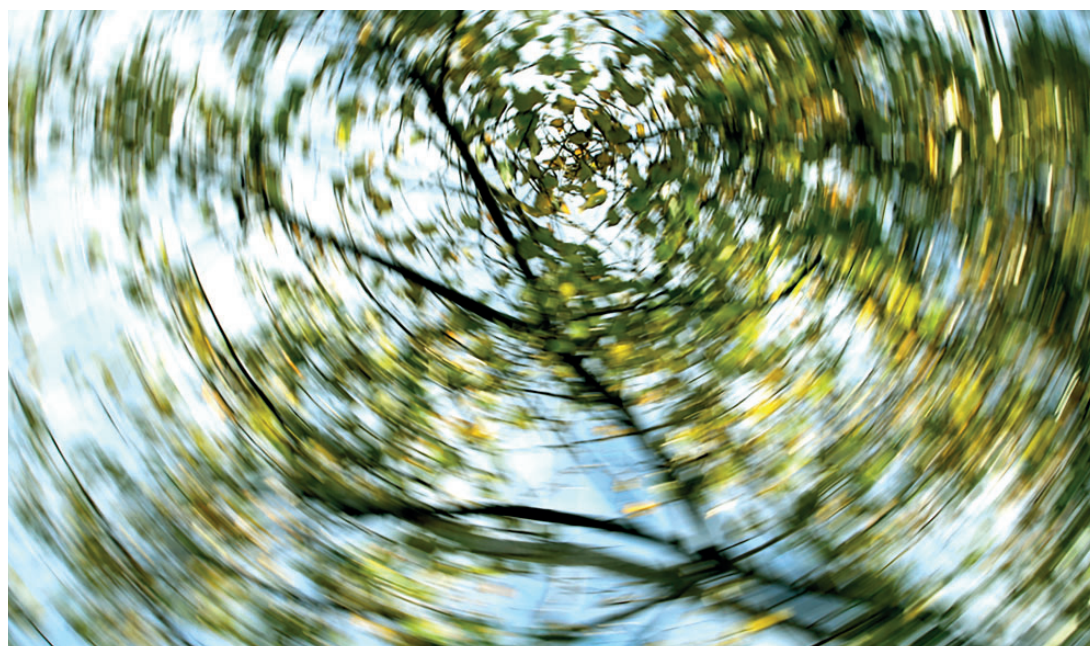




PRACTICUS

pro praktické lékaře zdarma • č.06/2019 • ročník 18



TÉMA:
Závratě

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

INFO SVL

04 EDITORIAL

ODBORNÝ ČLÁNEK

06 ZÁVRATĚ Z POHLEDU OTONEUROLOGA

MUDr. Jan Heřman, Ph.D., MUDr. Zuzana Sedláčková, Ph.D.

10 VĚČNÁ NEREFORMA ČESKÉHO ZDRAVOTNICTVÍ

MUDr. Jindřich Novohradský

12 INFORMOVANÝ SOUHLAS – MŮŽE BÝT DOBRÝM SLUHOU?

*Mgr. Dominika Genzorová*14 STAV A TRENDY ANTIBIOTICKÉ REZISTENCE U VYBRANÝCH
PATOGENŮ KOMUNITNÍCH INFEKČÍ V ČESKÉ REPUBLICE*doc. MUDr. Helena Žemličková, Ph.D., Mgr. Vladislav Jakubů*

19 JAK DIABETIKŮM POMOHOU GLIPTINY?

MUDr. Jarmila Jirkovská

ZPRÁVY Z KONFERENCE

22 SOFT SKILLS TRÉNINKY PRO ZDRAVOTNÍKY

MUDr. Mária Dědinová

24 ŽIVOT NENÍ JEN SEN

MUDr. Jan Hubeňák, Ph.D.

26 INDAPAMID

*Prof. MUDr. Rosolová Hana DrSc.*28 POSTŘEHY O BOLESTI A SNECH Z JARNÍ INTERAKTIVNÍ KONFERENCE
V PRAZE*MUDr. Bohumil Skála, Ph.D.*

31 ETIKA A ZODPOVĚDNOST – TOŤ OTÁZKY

MUDr. Bohumil Skála, Ph.D.

32 OSMOTICKÁ LAXATIVA V TERAPII ZÁCPY

MUDr. Martin Wasserbauer

AKTUALITY ZE ZAHRANIČÍ

36 8. EURIPA RURAL HEALTH FORUM, 14.–16. 11. 2018, MAALE
HAHAMISHA, IZRAEL ANEB POSTŘEHY O VENKOVSKÉM
LÉKAŘSTVÍ V EVROPĚ*MUDr. Kateřina Javorská, MUDr. David Halata*

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.czwww.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:** doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc., MUDr. Otto Herber, doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D., MUDr. Pavel Brejník, MUDr. Josef Štolfa, MUDr. Igor Karen, MUDr. Jozef Čupka, MPH, MUDr. David Halata, MUDr. Toman Horáček, MUDr. Kateřina Javorská, MUDr. Stanislav Konštacký, CSc., MUDr. Jan Kovář, MUDr. Dana Moravčíková, MUDr. Cyril Mucha, MUDr. Josef Olšr, MUDr. Bohumil Skála, Ph.D., MUDr. Boris Šťastný, MUDr. Jana Vojtíšková, MUDr. Lenka Bilková, MUDr. Miloš Ponížil, MUDr. Burda Jiří, MUDr. Červený Rudolf, Ph.D., MUDr. Drbalová Šárka, MUDr. Havránek Jiří, MUDr. Homola Ambrož, Ph.D., MUDr. Horký Jiří, MUDr. Marek Vladimír, MUDr. Mestická Petra, MUDr. Sochorová Alexandra, MUDr. Stárková Helena, MUDr. Šindelář Jan,

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 18. 6. 2019 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, 2019

EDITORIAL

Průkaz osoby s PAS informace pro všeobecné praktické lékaře

Vážená paní doktorko, vážený pane doktore,

v tomto vydání časopisu Practicus se Vám do rukou dostává pět výtisků průkazu osoby s poruchou autistického spektra (dále jen PAS) pro Vaše pacienty s touto diagnózou. Rádi bychom Vás na základě prosby Ministerstva zdravotnictví ČR požádali o spolupráci a vydání průkazů pacientům, kterým mohou významně pomoci v zátěžových situacích a komunikaci nejen s dalšími zdravotnickými pracovníky. Proto bychom Vás rádi informovali o povaze tohoto průkazu a jeho vydávání.

Děkujeme Vám za spolupráci.

Průkaz osoby s PAS představuje prostředek k zajištění odpovídajícího přístupu pracovníků resortů práce a sociálních věcí, školství, zdravotnictví, vnitra a dalších k jeho držiteli z hlediska zajištění odpovídající komunikace, přístupu a respektu k jeho specifickým potřebám. Má funkci prevence vzniku náročných situací a funkci odlehčovací v krizových situacích.

Umožňuje zajistit přednostní ošetření pacienta s PAS ve všech zdravotnických pracovištích, pokud to provozní možnosti pracoviště a stav ošetřovaných pacientů dovolí, avizuje potřebu přizpůsobení procesu ošetření potřebám pacienta s PAS adekvátně s doporučenými zásadami Desatera pro komunikaci s pacientem s poruchou autistického spektra, Komunikačním klíčem a Komunikačním profilem zaneseným v Průkazu osoby s PAS pomocí QR kódu.

Lze jej v případě potřeby využít v krizových situacích na veřejnosti, v MHD, při kontaktu se záchranáři, hasiči, policií a dále dle uvážení jeho držitele, zákonného zástupce či doprovodu (například při cestování či pobytu v zahraničí).

Pomáhá předcházet situacím, které by vedly k selhání člověka s PAS na veřejnosti a k sociálnímu vyloučení. Napomáhá zúčastněným aktérům zátěžových situací zvládnout je s minimálním negativním dopadem na ně samotné, přispívá k rychlejšímu a efektivnějšímu vyřešení problému.

Postup vystavení Průkazu osoby s PAS pro všeobecné praktické lékaře

Pokud osoba požádá o vydání průkazu PAS, všeobecný praktický lékař uvedenou diagnó-

zu nestanovuje a vychází ze záznamů pacienta v dokumentaci.

Do karty Průkazu všeobecný praktický lékař vyplní:

- jméno a příjmení osoby s PAS
- datum narození
- datum vystavení/aktualizace
- podpis
- razítko

Potvrzuje tak, že držitel Průkazu má ve zdravotnické dokumentaci doklad o stanovení odpovídající diagnózy oprávněným specialistou (dětský a dorostový psychiatr, psychiatr, dětský klinický psycholog, klinický psycholog).

Aktualizace bude realizována na žádost osoby s PAS nebo jejího zákonného zástupce v případech zásadní změny v informacích uvedených v Průkazu. Do zdravotnické dokumentace oprávněného žadatele o Průkaz provede záznam - datum vystavení či aktualizace Průkazu.

Další informace vyplní držitel nebo zákonný zástupce držitele Průkazu a opatří Průkaz aktuální fotografií obvyklých průkazkových rozměrů. Držitel Průkazu nebo jeho zákonný zástupce může Průkaz opatřit též individuálním QR kódem se specifickými informacemi pro komunikaci s jeho držitelem. Postup pro zhotovení takového QR kódu je dostupný na internetových stránkách Ministerstva zdravotnictví ČR na adrese http://www.mzcr.cz/Odbornik/obsah/autismus_3707_3.html.

Distribuce Průkazů osoby s PAS

Průkazy jsou v první vlně distribuovány pro VPL v podobě přílohy k časopisu Practicus vydávanému Společností všeobecného lékařství ČLS JEP a dále pro PLDD ve VOX PEDIATRIAE, časopisu Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost a Odborné společnosti praktických dětských lékařů ČLS JEP. V případě potřeby více Průkazů kontaktujte prosím přímo Ministerstvo zdravotnictví, Oddělení podpory práv pacientů na adrese opp@mzcr.cz.

Ministerstvo zdravotnictví dále jedná o možnosti obdržení průkazů na základě využití signálního kódu od zdravotní pojišťovny a dále od příslušných odborů krajských úřadů. O této možnosti bude ministerstvo informovat na svých internetových stránkách www.mzcr.cz.

Redakce

24TH WONCA EUROPE CONFERENCE



Bratislava
June 26-29, 2019



Během konference WONCA Europe v Bratislavě s podtitulem „The Human Side of Medicine“ - „Lidská stránka medicíny“ ve dnech 26.–29. 6. 2019 se bude také již tradičně konat 28. 6. 2019 Slovensko-český den.

Setkají se na něm praktičtí lékaři ze Slovenska i České republiky, aby navzájem diskutovali o aktuálních tématech všeobecného praktického lékařství. Jeho program vám přinášíme a srdečně vás zveme v červnu do Bratislavy.

Program	28. 06. 2019	Přednášející
1	Vzdelávanie v odbore VLD	
08:30 - 08:35	Úvod, zahájenie	Peter Makara
08:35 - 08:50	„Založenie Lekárskej fakulty Univerzity Komenského v Bratislave pred 100 rokmi - vďaka profesorom z Čiech“	Mária Grófová
08:50 - 09:05	Vzdelávanie všeobecných lekárov na Slovensku	Katarína Gazdíková
09:05 - 09:20	Euract a Leonardo kurzy - možnosť odborného rozvoje pro českého a slovenského školiteľa	Jáchym Bednář
09:20 - 09:35	Moderní forma vzdělávání - nadregionální semináře-telemedicína, webinář, workshopy	Dana Moravčíková
09:35 - 09:45	Význam sdružení Mladí praktici z.s. pro současnost a budoucnost VPL v ČR	Martin Seifert, Vojtěch Mucha
09:45 - 09:55	Diskusia	
09:55 - 10:00	Prestávka	
10:00 - 10:45	Key Note Plenary Lecture 4 - The patient is primarily human being (Radoslav Herda)	
10:45 - 10:50	Prestávka	
2	eHealth	
10:50 - 11:00	eZdravie z pohľadu moderného všeobecného lekára	Mária Matusová, Jana Bendová
11:00 - 11:10	Don't worry be happy... alebo ako môže byť e-health dobrý pomocník	Michaela Macháčová
11:10 - 11:20	eRecept, eNeschopenka	Mucha Cyril
11:20 - 11:30	Diskusia	
3	Úloha všeobecného lekára v komplexnej preventívnej starostlivosti	
11:30 - 11:45	Rozširovanie kompetencií všeobecných lekárov v SR	Jana Bendová
11:45 - 12:00	Reforma primárnej péče v ČR	Svatopluk Býma
12:00 - 12:15	Problematika venkovského lékařství v ČR	David Halata
12:15 - 12:30	Prevenia v špecifických skupinách	Dušan Bráz
12:30 - 13:30	Obed	
13:30 - 14:15	„Key Note Plenary Lecture 5 - Exercise is medicine: Can we increase physical activity in patients' everyday life? The challenges of exercise prescription (Barbara Ukropcová)“	
14:15 - 14:20	Prestávka	
14:20 - 14:35	Nový management obezity v ČR	Jozef Čupka
14:35 - 14:50	Skríning KRČa v SR	Beata Blahová
14:50 - 15:05	Změny ve screeningu kolorektálního karcinomu v ČR	Bohumil Seifert
15:05 - 15:20	„Meranie členkovo-ramenného indexu – integrálna súčasť štúdia rezidentov všeobecného lékařstva“	Katarína Dostálová
15:20 - 15:35	Pilotní projekt: Časný záchyt CHOPN v rizikové populaci	Norbert Král
15:35 - 15:50	Nozokomiálne infekcie - narastajúci problém v nemocničnej aj ambulantnej starostlivosti	Lucia Kukučková
4	Kompetencie všeobecných lekárov SR versus ČR a indikátory kvality (QIs)	
15:50 - 16:05	Dispenzarizace stabilizovaného onkologického pacienta v ordinaci VPL v ČR	Svatopluk Býma
16:05 - 16:20	Léčba a dispenzarizace diabetika v primární péči v ČR	Igor Karen
16:20 - 16:35	Všeobecné lékařstvo na Slovensku, ľudské zdroje a financie	Peter Lipták
16:35 - 16:50	Kapitační a mimokapitační (motivační) prvky v systému odměňování VPL v ČR	Petr Šonka
16:50 - 17:10	Diskusia	

Závratě z pohledu otoneurologa



MUDr. Jan Heřman, Ph.D.

Klinika otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku,
LF a FN Olomouc

MUDr. Zuzana Sedláčková, Ph.D.

Radiologická klinika, LF a FN Olomouc

Závratě a poruchy rovnováhy jsou po bolesti druhým nejčastějším důvodem návštěvy lékaře, odhadem až 5 % z nich je pro tyto symptomy^{1,2}. Konkrétně slovem závrať ovšem pacienti mohou označovat nejrůznější stavy od nejistoty při chůzi přes presynkopy až po vágní pocity odpojení od vlastního těla. Úkolem praktického lékaře je nejdříve pokud možno zúžit diferenciální diagnostiku a následně pacienta odeslat ke správnému specialistovi, pokud stav nevyřeší sám. Praktický lékař by se měl o určité rozdělení pokusit především na základě důkladné anamnézy. Presynkopy mohou být způsobeny nevhodnou medikací, kterou by měl praktický lékař vždy zkontrolovat, a dále kardiálními nebo neurologickými příčinami. Nejistota při chůzi může mít opět nejrůznější příčiny od neurologických (hlavně Parkinsonova choroba a neuropatie, ale i periferní vestibulární léze) až po oční nebo ortopedické. Na psychickou příčinu je vhodné pomýšlet při neurčitěm popisu potíží a při asociaci depresivní nebo anxiózní symptomatiky, ovšem až po

vyloučení příčiny jiné.

Následující text se zabývá vertigem („pravými závratěmi“ – pocity rotace okolí nebo rotace vlastního těla v nehybném okolí) z pohledu otoneurologa – ORL lékaře věnujícího se závratím způsobeným postižením orgánu rovnováhy ve vnitřním uchu (periferním vestibulárním syndromem).

Procentuální zastoupení stavů, které vedou k závratím nebo poruše rovnováhy je uvedeno v tabulce č. 1.

Mezi nejčastější příčiny takto pojatých závratí patří benigní paroxysmální polohové vertigo (BPPV), vestibulární neuronitida (periferní vestibulopatie) a Ménièreova choroba, které v dalším textu objasníme blíže.

Spíš charakter nejistoty (nerotační) nebo psychického problému má rovněž častá chronická subjektivní závrať, která může být někdy následkem těchto stavů. K rovněž častým příčinám závratí patří vestibulární (nebo bazilární) migréna, na kterou pomyslíme, pokud jsou recidivující stavy závratí asociovány s recidivujícími bolestmi hlavy (nejlépe už diagnostikovanými migrénami) a centrální vestibulární syndrom, kde by měla být diagnostika a léčba v rukou neurologa. Stav spojený s patologií krční páteře bývají při závratích zneužívány jako úniková diagnóza a jako etiologie jsou přeceňovány. Ztuhlost krčních svalů bývá někdy spíš následkem vadného držení těla při chronické závratě nebo obavě ze závratě. Nicméně především při anamnéze úrazu je neurologické vyšetření páteře včetně zobrazovacích metod a případně následná rehabilitace rozhodně namístě.

K vzácným příčinám závratí pak patří vestibulární paroxysmie, oboustranná periferní vestibulární léze, perilymfatická píštěl a dehiscence horního semicirkulárního kanálku, které by měl řešit otoneurolog, respektive specializované ORL pracoviště^{2,3}.

Častý je souběh různých závrativých stavů a v poměrně velkém počtu případů (kolem 12–20 %) není příčina závratí nikdy přesně stanovena^{1,4}.

Benigní paroxysmální polohové vertigo (BPPV)

BPPV se projevuje jako ataky závratí (často hodně prudké), vázané na změnu polohy hlavy (otáčení se na posteli, posazení se, předklon...) a trvajících zpravidla několik vteřin (nanejvýš desítky vteřin). U BPPV není postižení sluchu.

Podkladem BPPV je ve většině případů kanalolithiáza – uvolnění otokonií (kalciových krystalů) z utrikulu do semicirkulárních kanálků. V některých případech můžeme identifikovat jako spouštěcí faktor úraz nebo delší polohu hlavy v záklonu (u zubaře, v kadeřnictví), dlou-

Tabulka č. 1: Přehled nejčastějších příčin závratí a poruch rovnováhy (dle 4)

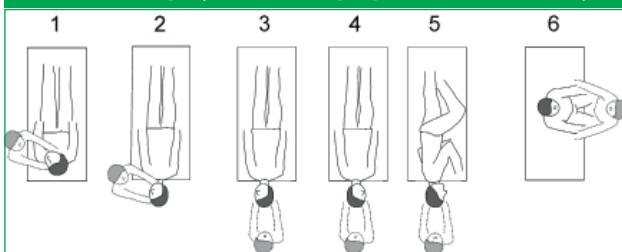
Příčina závratí	Přibližně % případů
Benigní paroxysmální polohové vertigo (BPPV)	17
Chronická subjektivní závrať	15
Centrální vestibulární syndrom	12
Vestibulární migréna	11
Ménièreova choroba	10
Vestibulární neuronitida	8
Oboustranná vestibulopatie	7
Psychogenní závrať	3
Perilymfatická píštěl	0,5
Ostatní / nezjištěno	16,5

hou imobilizaci pacienta nebo má pacient v anamnéze jinou poruchu rovnováhy (prodělanou vestibulární neuronitidu, Ménierovu chorobu nebo i vestibulární migrénu), ve většině případů ale etiologii neobjasníme. Incidence BPPV přibývá s věkem, ale běžně se objevuje i u mladých, jinak zdravých osob. BPPV často po několika týdnech spontánně odezní⁴.

BPPV se diagnostikuje a léčí pomocí polohovacích manévrů. V 90 % případů jde o postižení zadního semicirkulárního kanálku, které se diagnostikuje pomocí Dix–Hallpike manévru a léčí pomocí manévru Epleyho (Obr. 1,2). Alternativou je side–lying test a Sémontův manévr, účinnost těchto manévrů je stejná. V 5–10 % případů se jedná o postižení laterálního kanálku, které se diagnostikuje supine–roll testem a léčí Lempertovým (barbecue) manévrem (Obr. 3,4) (vzácné případy s apogeotropním nystagmem v tomto textu pomíjíme). Postižení předního kanálku je naprosto výjimečné, může k němu dojít po manévrech na kanálek zadní.

Zmíněné manévry může provést i praktický lékař s minimálním vybavením (lehátko). Provedení manévrů je jednoduché a má jen minimální rizika (manévry se běžně provádí i u 80letých pacientů, samozřejmě opatrně, s ohledem na pohyblivost a případné postižení krční páteře. Výjimečně můžeme při pozitivním manévru vyvolat zvracení, většina pacientů ale manévry i přes značně nepříjemné pocity toleruje. Úspěch manévrů (vymizení potíží při jejich opakování) přináší ve spojení s vděčností pacienta lékařovi velké uspokojení. U málokteré diagnózy je možná tak rychlá a efektivní úleva.

Obrázek č. 2: Epleyho manévr při postižení levé strany

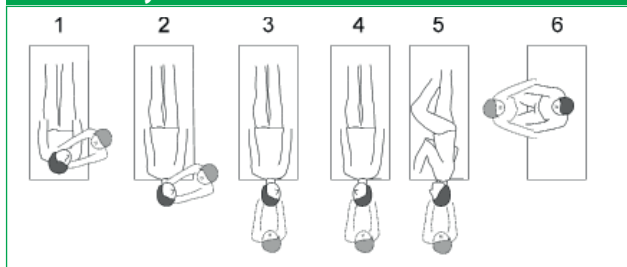


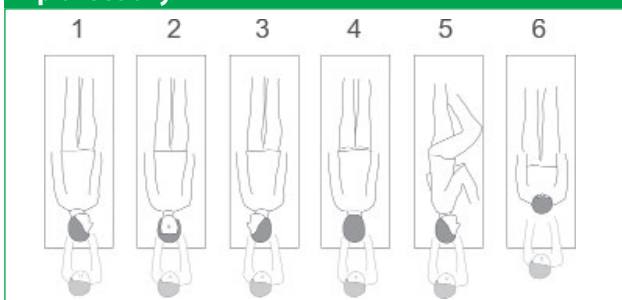
Pacienta poučíme o průběhu manévrů, včetně toho, že chceme vyvolat závrať, se kterou už má zkušenost, která by nicméně neměla trvat déle, než pár desítek vteřin. Pacienta instruujeme, aby nechal otevřené oči, díval se nám na nos a vydržel v dané poloze až do odeznění závratí.

Úvodem léčebného Epleyho manévru je diagnostický manévr Dix–Hallpike – ilustrace 1 a 2

- 1) V úvodu manévru sedí pacient na lůžku s nataženými nohama. Lékař stojí na straně pacienta, kterou vyšetřuje (a následně léčí), fixuje rukama hlavu pacienta, poskytuje pacientovi případně oporu (pacient se může např. chytit ruky lékaře) a rotuje hlavu pacienta 45° k vyšetřované straně.
- 2) Pacient se s oporou lékaře položí co nejrychleji na záda, přičemž hlava přesahuje okraj lehátka, takže se dostane do mírného záklonu. Tato poloha by měla vyvolat závrať. Lékař sleduje oči pacienta a pátrá po geotropním (k zemi bijícím) nystagmu, který se při postižení vyšetřovaného kanálku dostaví s latencí několika málo vteřin. Nystagmus a subjektivní závrať mohou mít stoupavě klesavý průběh a během maximálně desítek vteřin vymizí. V poloze nznak s rotovanou hlavou pacient zůstává, dokud závrať zcela neodezní. Pokud se nystagmus a závrať nedostaví, je manévr negativní a v polohování pacienta dál nepokračujeme.
- 3) Lékař se přesune za hlavu pacienta, aniž by hlavou pacienta pohyboval.
- 4) Lékař otočí hlavu pacienta o 90° k druhé straně. Tato poloha také často vyvolá závrať, která je ale kratší. Opět vyčkáme až do úplného odeznění závratí.
- 5) Následně otočíme pacienta na levý bok a hlavu stočíme tak, aby nosem směřovala k podložce a na prsa pacienta. I v této poloze se často objeví kratší závrať. Opět počkáme do jejího úplného odeznění.
- 6) Z polohy na boku převedeme pacienta do polohy vsedě s nohama spuštěnými dolů. Po posazení se většinou znovu objeví závrať, pacientovi poskytneme oporu, hlavu pacienta udržujeme v přímém postavení a necháme ho takto sedět do úplného zklidnění i několik minut.

Obrázek č. 3: Lempertův (barbecue) manévr při postižení levé strany



Obrázek č. 4: Lempertův (barbecue) manévr při postižení pravé strany

Při manévrech na laterální kanálky leží pacient na zádech bez záklonu hlavy. Při diagnostickém supine roll testu otočíme hlavu pacienta o 90° na obě strany¹⁻³ a pozorujeme, zda se současně se subjektivní závratí objeví horizontální, k zemi bijící nystagmus. (Výjimečné případy s nystagmem bijícím apogeotropně – rychlou složkou od podložky – v tomto textu pomíjíme. Apogeotropní nystagmus je v některých případech možno převést na geotropní několikavteřinovým potřásáním hlavy pacienta.) Geotropní nystagmus je patrný při otočení hlavy na obě strany, postižen je laterální kanálek té strany, na které je nystagmus výraznější. Při pozitivním supine roll testu provádíme terapeuticky Lempertův (barbecue) manévr – jednoduchou otočku hlavy celkem o 360°, po každém kroku vyčkáme, až vymizí nystagmus a subjektivní odpověď. Začínáme z postižené strany¹, postupně po 90° krocích, nejprve směrem nahoru², následně na druhý bok³, nosem dolů⁴, dotočíme na postiženou stranu⁵ a pacienta převedeme do sedu⁶.

Manévry provádíme většinou 3x při jednom sezení, ve velké většině případů můžeme pozorovat vymizení nebo výrazné zmenšení nystagmické odpovědi a subjektivní závratí už při druhém opakování. Pacienty zveme ke kontrole k opakování manévrů v nejbližších jednom až třech dnech. Pokud vymizí subjektivní potíže a manévr je negativní, můžeme polohování ukončit.

Vestibulární neuronitida

Vestibulární neuronitida se projevuje jako klasický periferní vestibulární syndrom – silným vertigem s vegetativním doprovodem (většinou opakovaným zvracením), horizontálně rotatorickým nystagmem bijícím rychlou složkou ke zdravému uchu a pády či úchylkami na stranu léze. U vestibulární neuronitidy není postižení sluchu. Etiologií je pravděpodobně reaktive herpetické infekce v gangliu vestibulárního nervu. V akutním stádiu nejspíš přiveze pacienta sanitka nebo rodina na urgentní příjem nemocnice s podezřením

na cévní mozkovou příhodu, která se ale neurologickým vyšetřením ani zobrazovací metodou neprokáže. Základní rozlišení od centrálního vestibulárního syndromu provádíme dle studie HINTS pomocí vyšetření nystagmu, pulzního testu a úchylek pohledu vertikálním směrem (pro neuronitidu svědčí pulzní test pozitivní na straně léze, horizontálně rotatorický nystagmus ke zdravému uchu a negativní vertikální vychýlení pohledu – skew deviation)^{2,4}.

Pokud je diagnóza stanovena, léčba spočívá v podávání kortikoidů a antiemetik v akutní fázi (kortikoidy doporučují někteří autoři 10 i víc dní², na našem pracovišti zpravidla podáváme 16 mg Dexametazonu i.v. 3 dny), následně v užívání betahistinu 24–48 mg 3x denně a rehabilitaci. Během několika týdnů zpravidla dochází k centrální kompenzaci léze. V některých případech ale bohužel není úprava stavu úplná a pacientovi zůstane trvalý funkční deficit. K praktickému lékaři dojde pacient většinou až v pozdější fázi kompenzované periferní vestibulární léze, kdy spontánní nystagmus už není patrný a potíže jsou menší, nicméně v určitých situacích (ve tmě, při pohledu na pohybující se předměty, při rychlém otočení hlavou) přetrvávají výrazné stavy nejistoty, až tendence k pádům („jsem jako opilý“). Pacient může udávat i celkově větší únavu. Diagnostika kompenzované léze bývá obtížnější a většinou vyžaduje speciální přístrojové vybavení. V terapii podáváme betahistin většinou v dávce 24 mg 1–1–1 a doporučujeme cílenou rehabilitaci rovnováhy. Po roce od prvotního infarktu už zpravidla nelze čekat další zlepšení stavu, je ale možné naučit se náhradní pohybové strategie a především u starších pacientů je důležitá všeobecná prevence pádu.

Ménierova choroba

Ménierova choroba se nejčastěji manifestuje klasickou triádou příznaků: recidivující silné závratě, trvající 20 minut – 12 hodin, fluktuující porucha sluchu na postiženém uchu (zpočátku typicky v hlubokých frekvencích, později pankochleárně) a tinnitus charakteru hučení v postiženém uchu, někdy k těmto příznakům přistupuje pocit plnosti postiženého ucha. Závratě mají charakter periferního vestibulárního syndromu – rotační vertigo s vegetativním doprovodem, často se zvracením, s horizontálně rotatorickým nystagmem a pády či úchylkami těla na stranu léze. V některých případech se ale projevuje netypicky. Ztráta sluchu může předcházet závratím, mohou se objevovat tzv. drop-attacks (náhlé pády bez ztráty vědomí), je možné oboustranné postižení, mohou být jen dlouhodobé stavy nejistoty bez silné ataky závratě. V období mezi záchvaty mohou příznaky i zcela vymizet, porucha sluchu je ale většinou progresivní.

dující. Těžké může být rozlišení od vestibulární migrény, oba stavy se mohou vyskytovat i současně.

Podkladem Ménièreovy choroby je endolymfatický hydrops, ale přesná etiologie je neznámá.

Léčbu zpravidla řídí otorinolaryngolog, zkušený a poučení pacienti zvládnou přečkat ataku v domácím prostředí. Režimová opatření zahrnují redukci stresu, pravidelný spánek, dietní omezení (ne kofein, ne alkohol, spíš méně slaná dieta, hlavně bez excesů).

Profylakticky podáváme vysoké dávky betahistinu (běžně 48 mg 3x denně, v některých případech i více), v akutním stádiu podáváme antiemetika a kortikoidy. Některá pracoviště provádějí intratympanickou aplikaci Gentamicinu či kortikoidů, na ORL klinice v Olomouci provádíme ve velmi těžkých případech refrakterních na konzervativní léčbu dekompresi saccus endolymphaticus.

Literatura:

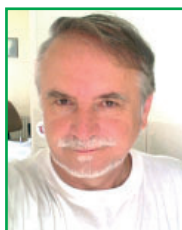
1. Post RE, Dickerson LM: Dizziness – A Diagnostic Approach. Am Fam Physician. 2010 Aug 15;82(4):361-368
2. Čada Z, Černý R, Čákr O: Závratě. Tobiaš, 2017
3. Dieterich M: The Paroxysmal Disorders, kap. 6 – Paroxysmal vertigo attacks. Cambridge University Press, 2010:56-74

Shrnutí pro praxi: z nejčastěji se vyskytujících závrativých stavů by na ORL (v praxi ale lépe na specializovaném pracovišti respektive ve speciální poradně pro závratě) měly být diagnostikovány a léčeny benigní paroxysmální polohové vertigo, vestibulární neuronitida a Ménièreova choroba, které byly podrobněji popsány v tomto textu. O diagnostiku a léčbu BPPV se může ve své ordinaci s úspěchem pokusit i praktický lékař.

Práce byla podpořena prostředky Institucionální podpory DRO (FNOI, 00098892), a Interního grantu University Palackého IGA LF 2018–006.

4. Strupp M, Dieterich M, Brandt T: The treatment and natural course of peripheral and central vertigo, 2013 Jul; Dtsch Arztebl Int.(29-30): 505–516
5. Bittar RSM, Mezzalana R, Furtado PL et al: Benign paroxysmal positional vertigo: Diagnosis and treatment. Int Tinnitus J. 2011; 16(2): 135-145
6. Jeřábek J: Polohovací manévry pro pacienty s BPPV (modifikovaný Epleyho manévr), letáček LF a FN Motol

Věčná nereforma českého zdravotnictví



MUDr. Jindřich Novohradský
Praktický lékař, poliklinika Žamberk

Tak nám zase nastává období dohodovacích (i dohodovacích) řízení poskytovatelů zdravotní péče se zdravotními pojišťovnami na rok 2020, pod dohledem Ministerstva zdravotnictví. Ministr Adam Vojtěch avizuje posílení pravomocí a zvýšení ohodnocení praktických lékařů i preskripci léků, které dosud mohli předepisovat pouze odborní lékaři. Slibuje také další hrazené výkony a zdravotní pojišťovny s ním vehementně souhlasí. To je jistě chvályhodné, ale má to háček! Všichni ministři zdravotnictví po roce 1989 (snad kromě ing. Ludvíka, jehož působnost ve funkci ministra nepokrytě začínala i končila v motolské nemocnici) zdůrazňovali prioritu primární péče, neboť od její kvality se odvíjí úroveň zdravotní péče v celém státě... a vždycky to v praxi skončilo v autu!

Bolševik za 40 let své vlády dokonale degradoval a devastoval pozici rodinného či praktického lékaře v naší společnosti. Nazval jej obvodním lékařem a učinil z něj jakéhosi „údržbáře a rozesílatele“ zdravotní péče. Ke všemu ještě zakázal jeho svobodnou volbu. Tím logicky poklesla jeho prestiž v celé společnosti, a hlavně u jeho kolegů v odborných ambulancích i nemocničních službách.

Zatímco praktik na západ od našich hranic má v péči okolo tisíce klientů a sám ošetří v ordinaci 90 % všech akutních onemocnění, u nás je tomu jinak: na jednoho praktika připadá asi 1700 lidí (ale nejsou vzácností venkovské praxe s více než 3000 pacienty), ten sám léčí méně než 70 %. Je to dáno výraznou hypertrofií odborných ambulancí v Praze a velkých městech, volným přístupem k jakémukoli odbornému lékaři bez nutnosti doporučení PL, bezbřehou, neomezenou, stále opakovatelnou a všude hrazenou zdravotnickou ambulancí péčí zdravotnickými pojišťovnami.

Přestože je náš začínající praktik po atestaci stejně (možná i lépe) odborně lépe vybaven než jeho kolega

ve vyspělé západní Evropě, tzn. umí provádět menší punkce, obstříky, zašít jednoduchou ránu, provádět převazy všeho druhu i nevelkých popálenin, natočit a zhodnotit EKG, vypláchnout ucho, odstranit cizí těleso z rohovky, spojivky, cévkovat atd., ve skutečnosti tyto výkony neprovádí vůbec nebo jen minimálně z důvodu nedostatku času. Tím je myšlena povětšinou plná čekárna pacientů, neustálé vyplňování různých lejšter, které v posledních 5 letech nabylo obludných rozměrů. Sám jsem loni ve své ordinaci napočítal 53 různých tiskopisů a hlášení pro banky, pojišťovny všeho druhu, výpisů a potvrzení pro širokou paletu institucí. To má za následek stále méně času na samotného pacienta. Řada nemocných, vycvičena za socialismu, se také nenechá ošetřit a chce jen doporučení k odbornému lékaři. Fronty, které s nástupem tržního hospodářství po roce 1989 všude jinde vymizely, tak zůstávají pouze v čekárnách celé ambulancí sféry. Místo aby byl pacient vyšetřen a v drtivě většině léčen při prvním styku s praktickým lékařem, neustále cestuje a čeká. Kvůli tomu všemu se pak nemůžeme divit, že o práci praktiků nemají mladí lékaři zájem.

Tabulkový systém odborných ambulancí služeb v Praze a velkých městech se za komunismu nevytvářel podle skutečných potřeb a počtu pacientů, ale zcela neregulovaně

domluvou odborných lékařských společností a někdy i jedinců s nejvyššími orgány partaje. Olej do ohně přililo v roce 1992 bezuzdné a živelné zakládání soukromých praxí. Tento světově unikátní parazitní systém bohužel funguje dodnes, neboť žádná politická garnitura po roce 1989 s ním nedokázala pohnout. Není vzácné, že pacient je pro banální onemocnění dlouhodobě dispenzarizován 4 internisty, nechá si během 1 roku natočit u 10 různých lékařů EKG – vždy s normálním nálezem a zdravotní pojišťovny vše bez mrknutí oka proplatí! Dopídit se k tomu o svém pacientovi dá dnes praktikovi časově zabrat. Velice dobrý byl systém elektronické zdravotní knížky IZIP. V ústeckoorlickém okrese se do něho 11 let zapojovala většina ambulancí zařízení, celá nemocnice i záchranná služba. Jediným validním argumentem proti byla snad nedostatečná ochrana dat. Ale když to mohou mít zabezpečeny banky, určitě by to šlo zajistit u IZIPu. Projekt byl však ukončen politicky na základě čachrů europoslanců Ouzkého a Cabrnocha s VZP. Samotná podstata fungování elektronické zdravotní knížky byla však velice užitečná, přehledná a každému lékaři ulehčila administrativní práci. Jenomže také konkrétně upozorňovala praktiky

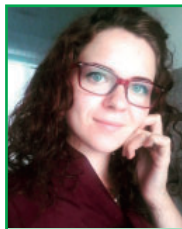
na neefektivitu a plýtvání v systému, z čehož by někteří ambulantní specialisté neměli radost... Dříve nebo později však bude muset vzniknout počítačový program na podobné bázi jako IZIP. Aby však plnil svůj účel, musí být 100% povinný pro všechny poskytovatele zdravotní péče.

Ale zpátky k debatě uvedené v záhlaví. V momentě, kdy ministr Vojtěch a zdravotní pojišťovny oznámí v dohodovacích řízeních zvýhodnění praktických lékařů, tak vstoupí do hry (jako vždy v posledních letech) odborové rovnostářské organizace, LOK a bohužel i vedení

ČLK či Sdružení ambulantních lékařů s požadavkem: A VŠECHNY ZVÝHODNIT STEJNĚ!, což se také po několikátých tahanicích uskuteční a dosavadní stav se znovu zakonzervuje. Přestože je mi mnoho návrhů mladého ministra Vojtěcha na změny ve fungování českého zdravotnictví sympatických, je naivní se domnívat, že by mu je silně levicová populistická vláda, ve které sedí, schválila. Existují však i další cesty, jak zvýšit prestiž povolání praktického lékaře a jeho atraktivnost pro studenty medicíny. Ale o tom až příště.

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

Informovaný souhlas – může být dobrým sluhou?



Mgr. Dominika Genzorová

absolventka Právnické fakulty Masarykovy univerzity

Dle mého názoru je toto téma stále aktuální, v současné době diskutováno nejčastěji v souvislosti s očkováním. Ze své pozice mohu říci, že se mezi rodiči malých dětí se setkávám s tím, že důvěřují celé sérii neověřených informací a polopravd o očkování. Domnívám se, že za touto hysterií stojí dva základní problémy. Jednak částečně média, která prezentují nejzávažnější případy komplikací bez opravdového zjištění skutkového stavu, jednak malá snaha rodičů si o konkrétních rizicích, ale i režimových opatřeních během očkování více zjistit. Tyto tolik potřebné informace by však pacienti mohli snadno získat od svého praktického lékaře.

Vy, jako praktický lékař, předcházíte, zejména svojí informační povinností, tomu, aby vaši pacienti (tedy i ti důchodového věku) měli v budoucnosti zdravotní komplikace. Předcházíte tím také tomu, aby se k vám do ordinace vrátili po několika dnech zpátky. Nebo aby přišli k lékaři pozdě. Kdy a jak musím svému pacientu podat informace o prováděném vyšetření nebo zákroku? Dozvíte se v tomto článku.

Dle občanského zákoníku je tělo pacienta a jeho tělesná integrita chráněna takto: „Člověk je nedotknutelný... Lidské tělo je pod právní ochranou i po smrti člověka.“ V následujících zákonných ustanoveních se píše, že při zásahu do tělesné integrity musí člověk projevit svůj souhlas. Tělesnou integritou se myslí celistvost, jednota těla - tedy laicky řečeno, že člověk má souhrn biologických a fyzických znaků, které ho charakterizují, ať se jedná o barvu očí, výšku postavy, v případě tělesně postiženého pacienta i o jeho tělesné abnormality. Zkrátka vše, co biologicky/fyzicky charakterizuje konkrétní osobu, je tělesnou integritou. Zásahem do ní může být cokoli, co tělesnou integritu reálně mění či poškozuje. V případě praktického lékaře se jedná zpravidla o menší zákrok, či vyšetření (výplach uší, vyšetření zraku nebo sluchu) či o aplikaci očkovací látky jehlou (vpich do kůže). V těchto případech je nutné, aby

pacient k takovému zásahu do tělesné integrity udělil souhlas.

Z praktického hlediska se jistě ptáte: jakou formu má mít tento souhlas? Co do ochrany praktického lékaře se mi jeví praktickou písemná forma. Zákon ji v tomto případě sice výslovně nevyžaduje, avšak lékař má v takovém okamžiku důkaz, že pacient skutečně poučen o rizicích byl, a to „černé na bílém“. Je samozřejmě jasné, že nejlépe je s pacientem i krátce pohovořit o rizicích takového zásahu, nebo třeba mu i jeho průběh popsat. Ovšem z hlediska dokazování, ať již v civilním nebo trestním řízení, je velice praktické mít hmatatelnou listinu. Samozřejmě, výpověď svědků (zdravotní sestra či manželka pacienta) také poslouží, ale pro případy, kdy paměť selže, je vhodné svou profesní čest chránit více nežli méně.

Další praktickou otázkou je, kdy takové poučení pacientovi podat? Jednoznačně před provedením zákroku. Pacient nejen že bude lépe spolupracovat, ale je možné, že se také bude méně obávat. Pacient se také nemůže následně bránit tvrzením, že o povaze prováděné činnosti „nic nevěděl a kdyby to věděl, tak by do toho nešel“, a podobně. Samozřejmě se mohou stát případy, kdy je nutné ochránit život nebo zdraví dotčeného nebo kdy osoba není schopna projevit svoji vůli. Pak je nutné informovat pacienta hned, jak bude schopen projevit svou vůli (např. v případě kdy omdlel hned, jak přijde k vědomí).

Existují samozřejmě také případy, kdy pacient svou vůli dlouhodobě projevit nemůže (duševní porucha, mentální retardace) anebo není dostatečně zralý, aby zásah do tělesné integrity pochopil. Pak nastupuje zákonný zástupce (rodič dítěte), opatrovník (předběžné prohlášení schválené soudem), podpůrce (smlouvou o nápomoci schválenou soudem), člen společné domácnosti (spolužití alespoň tři roky, schválení soudem). Mezi další oprávněné osoby řadíme osoby blízké, kterými jsou manžel či rodiče pacienta. Pokud nelze tento souhlas od takových osob získat a hrozí nebezpečí z prodlení, může souhlas udělit jiná přítomná osoba, která o dotčeného pacienta osvědčí mimořádný zájem. Nebezpečím z prodlení myslí zákon zhoršení zdravotního stavu nebo ohrožení zdraví pacienta. Přítomná osoba, která má mimořádný zájem, může být i osoba pacientu cizí – např. kolemjducí, třídní učitelka, pracovník stacionáře. Od všech těchto osob může praktický lékař získat platný informovaný souhlas k vyšetření.

Poslední otázkou je, co by mělo být obsahem informovaného souhlasu. Zákon výslovně uvádí, že je nutné, aby pacient znal „povahu zásahu a jeho možné důsledky“. To znamená, postup, jakým bude prováděn a rizika takového postupu. Neení zřejmě nutné sdělovat pacientovi veškeré důsledky, nejlepším se z praxe jeví informovat jej o těch nejzávažnějších možných komplikacích, uvést režimová opatření (vyhnout se stresu, větší koncentraci lidí, sledovat místo vpichu) a poučit jej, že pokud by náhle došlo ke zhoršení zdravotního stavu, je vhodná telefonická konzultace nebo osobní návštěva lékaře nebo lékaře-specialisty. Čas jistě ušetří i informace, na jakého specialistu by se měl pacient obrátit.

Z mého článku by si měl praktický lékař odnést zejména tyto poznatky:

Zásahem do tělesné integrity je myšlen jakýkoliv zásah, u kterého dochází k narušení celistvosti těla. V takových případech je vyžadován informovaný souhlas. Informovaný souhlas se udílí před zákrokem. Souhlas k němu uděluje sám pacient, není-li schopen jej udělit, ať už pro duševní poruchu nebo nedostatečnou vyspělost, uděluje jej jeho zákonný zástupce nebo osoby ustanovené soudem či zákonem. Hrozí-li nebezpečí z prodlení, může souhlas udělit i cizí osoba. U ní je podmínka mimořádného zájmu o pacienta. Obsahem informovaného souhlasu by měl být postup prováděného zákroku nebo vyšetření a poučení o jeho nejzávažnějších důsledcích.

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

Stav a trendy antibiotické rezistence u vybraných patogenů komunitních infekcí v České republice



doc. MUDr. Helena Žemličková, Ph.D.

Národní referenční laboratoř pro antibiotika,
Státní zdravotní ústav, Praha

Ústav klinické mikrobiologie FN a LF UK v Hradci Králové

Mgr. Vladislav Jakubů

Národní referenční laboratoř pro antibiotika,
Státní zdravotní ústav, Praha

Ústav klinické mikrobiologie FN a LF UK v Hradci Králové

Úvod

Objev antibiotik znamenal radikální změnu moderní medicíny. Používání antibiotik, spolu s prevencí infekcí a socioekonomickými změnami, prodloužilo během posledních 100 let průměrnou délku života téměř dvojnásobně. Používání antibiotik je ovšem doprovázeno vzestupem rezistence vůči antibiotikům. Nárůst a šíření bakterií rezistentních vůči antibiotikům je globální hrozbou, která významně snižuje kvalitu života lidské populace. Studie Evropského centra pro prevenci a kontrolu infekčních onemocnění (ECDC) uvádí, že v Evropě každoročně zemře cca 33 000 lidí v důsledku infekce vyvolané bakterií rezistentní k antibiotikům. Infekce vyvolané rezistentními mikroby ohrožují především pacienty v nemocnicích, ale nevyhýbají se ani pacientům s komunitními infekcemi. Z evropských údajů (European Surveillance of Antimicrobial Consumption Network, ECDC) o spotřebě a struktuře předepisovaných skupin antibiotik v komunitní oblasti je zřetelný rozdílný přístup k používání antibiotik^{1,2}. Navzdory tomu, že spotřeba antibiotik by měla reflektovat epidemiologickou situaci a zohledňovat míru rezistence k různým skupinám antibiotik, je ve skutečnosti ovlivňována řadou dalších faktorů, které bezprostředně nesouvisí s vlastním onemocněním pacienta. Narůstající spotřeba antibiotik a zejména používání širokospektrých antibiotik vytváří selekční tlak, jehož důsledkem je vzestup rezistence vůči antibiotikům.

Účelem surveillance antibiotické rezistence je sledování stavu a trendů rezistence vůči antibiotikům. Výstupy surveillance antibiotické rezistence se využívají pro přípravu národních doporučených postupů pro léčbu

infekcí, jsou také odrazem kvality používání antibiotik. V ordinaci praktického lékaře či ambulantního specialisty jsou antibiotika obvykle nasazována empiricky, bez laboratorního průkazu patogenu. V této situaci je znalost stavu antibiotické rezistence je základní podmínkou pro správnou volbu antibiotika u dané klinické diagnózy. Nárůst antibiotické rezistence, který může být zapříčiněn nadužíváním některých rizikových skupin antibiotik, by měl být impulzem pro intervenční opatření na zvýšení kvality používání antibiotik. Systematické sledování trendů rezistence, včasnou detekci nových mechanismů rezistence a jejich možné šíření umožňuje i hodnocení dopadů aktivit pro omezení šíření rezistence. Výstupy surveillance také slouží ke zvyšování povědomí pacientů i lékařů o antibiotické rezistenci. Vybraná data také umožňují srovnání na národní a mezinárodní úrovni a označují nejdůležitější problematické oblasti v oblasti antibiotické rezistence.

V České republice se surveillance antibiotické rezistence zabývá Národní referenční laboratoř pro antibiotika (NRL pro ATB) ve Státním zdravotním ústavu (SZÚ). NRL pro antibiotika je národním koordinátorem evropské surveillance - European Surveillance of Antimicrobial Consumption Network (EARS-Net) organizované Evropským centrem pro prevenci a kontrolu nemocí (ECDC) a zajišťuje národní surveillance nejvýznamnějších komunitních patogenů. Za tímto účelem spolupracuje NRL pro ATB s celorepublikovou sítí mikrobiologických laboratoří sdružených v Pracovní skupině pro monitorování rezistence (PSMR).

Evropská surveillance antibiotické rezistence EARS-Net sleduje vývoj rezistence u invazivních izolátů (tj. izolátů vykultivovaných z krve či likvoru) u nejvýznamnějších patogenů vyvolávajících komunitní a nozokomiální infekce: *Streptococcus pneumoniae*, *Staphylococcus aureus*, *Enterococcus faecalis*, *Enterococcus faecium*, *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa* a *Acinetobacter* species. Česká republika patří ke státům, kde je výskyt rezistence u gramnegativních bakterií (*K. pneumoniae*, *P. aeruginosa*), které se uplatňují především u nemocničních infekcí, častý. V posledních letech ovšem dochází také k nárůstu podílu *E. coli* rezistentních k chinolonům (24,5 % v roce 2017) a cefalosporinům 3. generace (14,5 % v roce 2017), tedy u bakterie, která je nejčastějším původcem komunitních infekcí močových cest. Rovněž u dalšího patogenu spojeného s infekcemi komunitního původu, *S. pneumoniae*, se zvyšuje rezistence k makrolidovým antibiotikům (9,3 % v roce 2017)³.

Národní surveillance antibiotické rezistence

Na sledování antibiotické rezistence u nejvýznamnějších původců komunitních infekcí v České republice je zaměřena tzv. Respirační a Močová studie.

Respirační studie

Projekt Respirační studie probíhá od roku 1996 každoročně v období říjen – prosinec jako sentinelová studie. Sleduje se antibiotická rezistence hlavních původců komunitních bakteriálních infekcí dýchacích cest (*S. pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* a *Streptococcus pyogenes*). Ke sledovaným antibiotikům patří léky volby pro respirační infekce, tj. penicilin, resp. amoxicilin, a u druhů *S. pneumoniae* a *S. pyogenes* se sleduje také rezistence k alternativním antibiotikům (makrolidům) rezervovaných pro terapii pacientů s alergií na beta-laktamová antibiotika. Studie se v letech 2010–2018 zúčastnilo v průměru 48 (v rozmezí 42–55) laboratoří, které se nachází ve všech krajích České republiky. Laboratoře zaznamenávají do protokolů výsledky citlivosti u sledovaných patogenů/antibiotik u max. 100 neduplicitních izolátů každého druhu (*S. pneumoniae*, *H. influenzae*, *S. pyogenes*). Citlivost k antibiotikům je stanovena diskovým difúzním testem dle aktuální verze doporučení EUCAST (dostupné na www.eucast.org). Kmeny pochází ze vzorků z dolních cest dýchacích (sputum, pleurální punktát) a horních cest dýchacích (punktát z vedlejších nosních dutin, hnis z paracentézy) odebraných pacientům s komunitní bakteriální respirační infekcí dýchacích cest. Ke vzorkům z dolních cest dýchacích jsou rovněž zařazeny vzorky z krve od pacientů s komunitní pneumonií. Laboratoře jsou žádány, aby do NRL pro ATB zasílaly kmeny pneumokoků necitlivých k penicilinu a/nebo k makrolidům a dále kmeny *H. influenzae* s pravděpodobnou neenzymatickou rezistencí k betalaktamovým antibiotikům (tzv. BLNAR – beta-lactamase-negative-ampicillin-resistant). U těchto kmenů je ověřena rezistence k antibiotikům (vyšetření minimální inhibiční koncentrace) a kmeny jsou dále charakterizovány sérotypizací (pneumokoky), event. jsou pomocí sekvenace stanoveny specifické mutace pro rezistenci k betalaktamům (*H. influenzae*).

Močová studie

Projekt Močové studie probíhal opakovaně v letech 2000, 2005, 2011 a 2016. V prvních dvou sledováních byl zjišťován etiologický podíl různých agens a jejich citlivost k antibiotikům či chemoterapeutikům, od roku 2011 je studie zaměřena pouze na zjišťování citlivosti k antibiotikům a chemoterapeutikům u nejvýznamnějšího původce komunitních močových infekcí (akutní cystitidy) – *E. coli*. Studie probíhá obdobně – v průběhu 1 měsíce labora-

toře zaznamenávají výsledky citlivosti u neduplicitních konsektivních izolátů z moče od ambulantních pacientů s akutní cystitidou. Mezi sledovaná antibiotika patří: ampicilin, aminopenicilin s inhibitorem betalaktamázy (amoxicilin/klavulanát, ampicilin/sulbaktam – sledováno od roku 2011), kotrimoxazol, ciprofloxacín, nitrofurantoin a cefotaxim (od roku 2011). Uvedená antibiotika patří k lékům volby či alternativám pro perorální antibiotickou léčbu cystitidy, cefotaxim byl zařazen z důvodu sledování rezistence k cefalosporinům 3. generace. Laboratoře zasílají kmeny rezistentní k cefotaximu do NRL pro ATB ke confirmaci rezistence a fenotypové detekci produkce betalaktamázy typu ESBL (extended spectrum betalactamases) nebo AmpC pomocí metody DDST (Double Disc Synergy Test).

Výsledky obou projektů jsou dostupné na webových stránkách NRL pro ATB (dostupné na <http://www.szu.cz/pracovni-skupina-pro-monitorovani-rezistence-psmr>).

Mechanismy antibiotické rezistence

Rezistence k penicilinu (betalaktamům) je u pneumokoků podmíněna změnami penicilin vázících proteinů (PBP), které vedou ke snížení afinity k betalaktamům. Změny PBP jsou způsobeny rekombinačními změnami s homologními DNA sekvencemi genů PBP pocházejících od viridujících streptokoků. Dle míry rekombinace (mozaikové struktury) genu kódujícího PBP lze detekovat různou míru rezistence od snížené citlivosti (intermediární rezistence), až k vysoké rezistenci k betalaktamům. Avšak, s výjimkou meningitidy, jsou infekce vyvolané intermediárně citlivými pneumokoky úspěšně léčeny vysokými dávkami benzylpenicilinu nebo aminopenicilinů a při klinické interpretaci výsledku vyšetření citlivosti jsou hodnoceny jako citlivé (avšak při vyšší expozici antibiotikům). Vzhledem k neenzymatickému typu rezistence není použití aminopenicilinů s inhibitory betalaktamázy k léčbě infekcí vyvolaných pneumokoky indikováno.

U hemofilů za rezistenci k aminopenicilinům odpovídá tradičně gen determinující produkci betalaktamázy. Dalším mechanismem rezistence k betalaktamům je obdobně jako u pneumokoků změna PBP proteinů. Tuto neenzymatickou rezistenci způsobuje snížená vazba betalaktamů na stěnu buňky v důsledku alterace PBP3, kódovaného genem *ftsI* [4]. Tyto kmeny se historicky označují jako BLNAR. Tento termín je však nepřesný, protože zahrnuje kmeny s rezistencí k aminopenicilinům a neprodukcí betalaktamázy, ale i kmeny, které mají specifický typ mutace ovlivňující citlivost i k jiným betalaktamům, zejména k některým cefalosporinům

(cefuroxim)^{4,5}. Paradoxně tedy i kmeny označené jako BLNAR, mohou být k ampicilinu citlivé. Oba mechanismy rezistence, tedy mutace PBP3 a produkce betalaktamázy, se mohou kombinovat. Zatímco u kmenů s produkcí betalaktamázy je lékem volby aminopenicilin s inhibítorem betalaktamázy (amoxicilin/klavulanát, ampicilin/sulbaktam), u kmenů s neenzymatickou rezistencí přítomnost inhibitoru betalaktamázy účinnost antibiotika nezvyší⁶.

Streptokoky skupiny A (*S. pyogenes*) jsou k léku volby penicilinu bezvýhradně citlivé, ale získávají poměrně rychle rezistenci k alternativním makrolidům. Tento typ rezistence se označuje jako MLSB (makrolidy, linkosamidy, streptogramin B). Rezistence k těmto obdobně působícím skupinám antibiotik je nejčastěji způsobena produkcí ribozomální metylázy řízené geny *erm*. Produkce metylázy může být konstitutivní (*ermB* gen) nebo indukibilní (*ermA* gen). U kmenů s iMLSB fenotypem může být účinek klindamycinu zachován, avšak přítomnost erytromycinu navozuje rezistenci ke klindamycinu. Méně často se uplatňují geny *mef*, které řídí eflux 14 a 15 členných makrolidů (erytromycin, klaritromycin) a azalidů (azitromycin) z buňky, nikoli však linkosamidů (klindamycin) a streptograminu B. Kmeny s tímto typem rezistence jsou ke klindamycinu citlivé. Rezistence k makrolidům je u pneumokoků podmíněna obdobnými mechanismy.

Trendy antibiotické rezistence v České republice.

Respirační studie

S. pneumoniae. Trendy necitlivosti/rezistence k penicilinu a makrolidům u izolátů pneumokoků z infekcí dýchacích cest ilustruje Graf 1. V období 1996 – 2018 je zřetelný nárůst rezistence k makrolidovým antibiotikům. Rezistence k erytromycinu (testovaný zástupce makrolidů) stoupla ze 1,4 % na 11,3 %. Zatímco necitlivost k penicilinu měla spíše klesající trend, ze 4,3 % v roce 1996 na 1,9 % v roce 2018. *S. pyogenes*. Graf 2

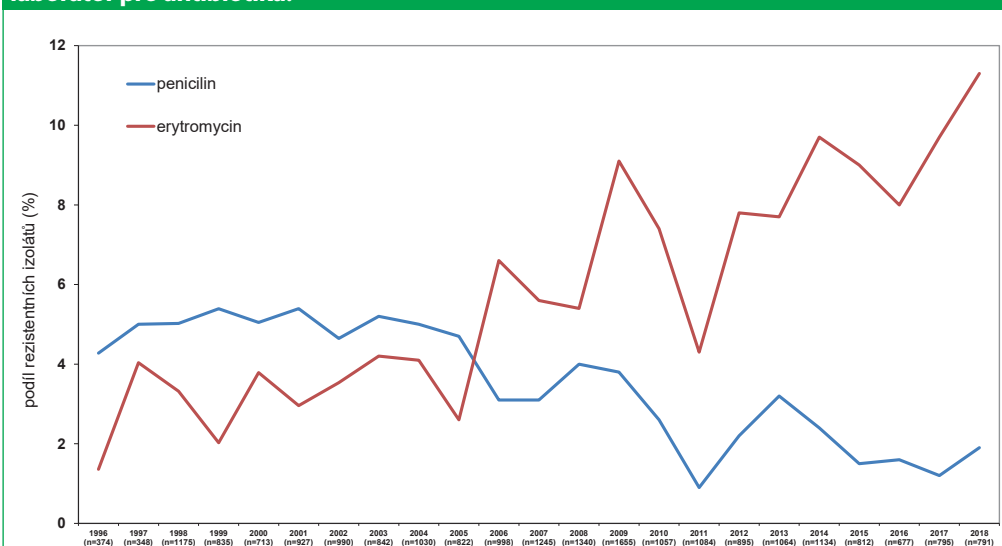
demonstruje rezistenci k makrolidům a linkosamidům. Z nízkých hodnot v letech 1996 (3,9%), začala rezistence v následujících letech stoupat a v roce 2001 dosáhla maxima - 16,5%, poté se začala pozvolna snižovat a v roce 2018 rezistence poklesla na 6,5%. Od roku 2010 se rezistence k makrolidům výrazně nemění. Rezistence ke klindamycinu kopírovala trendy rezistence k makrolidům. Izoláty citlivé ke klindamycinu a rezistentní k makrolidům dominovaly zejména v období 1999 – 2005, tj. v letech nejvyššího výskytu rezistence k makrolidům.

H. influenzae. Rezistence k amoxicilinu (respektive ampicilinu) byla sledována v letech 1996–2003, do pravidelného sledování byl *H. influenzae* opět zařazen v roce 2010. Jak vyplývá z Grafu 3, od roku 2010 dochází k nárůstu rezistence k ampicilinu, z 8,6 % v roce 2010 na 20,4 % v roce 2018. Stoupá také významně podíl BLNAR kmenů, z 0,8 % v roce 2010 na 7,9 % v roce 2018. Zatímco výskyt kmenů s produkcí betalaktamázy je tedy téměř konstantní, podíl BLNAR kmenů se od roku 2010 zvýšil 10násobně.

Močová studie.

Escherichia coli. Od roku 2005 do roku 2016 došlo k nárůstu rezistence prakticky u všech sledovaných skupin, s výjimkou nitrofurantoinu (Graf 4). Rezistence k ampicilinu stoupla ze 36,3 % na 43,3 %, k aminopenicilinům s inhibítorem betalaktamázy z 10,5 % na 13,1 %, k cefotaximu z 2,1 % na 3,8 % a ke kotrimoxazolu ze 17,4 % na 24,5 %. Nejvyšší nárůst (téměř dvojnásobný) byl pozorován u ciprofloxacinu, ze 6,2 % na 11,3 %, který

Graf 1. Trendy rezistence u *Streptococcus pneumoniae* vyvolávající komunitní infekce dýchacích cest, Česká republika, 1996 - 2018. Zdroj: Respirační studie, Národní referenční laboratoř pro antibiotika.



reprezentuje zástupce skupiny chinolonových antibiotik. Rezistence k nitrofurantoinu naopak klesla ze 1,7 % na 0,7 %.

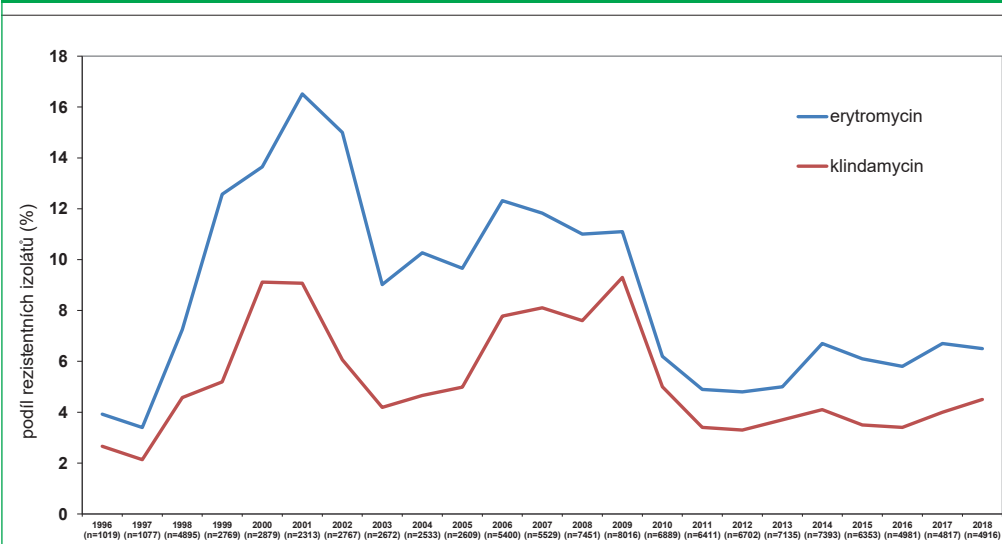
Závěr

Od počátku 90. let vzrostla spotřeba antibiotik v České republice, proměnilo se i spektrum používaných skupin antibiotik. Analýza údajů SÚKL o spotřebě antibiotik v České republice prokázala nepříznivý stav většiny ukazatelů kvality spotřeby antibiotik (vyšší spotřeba

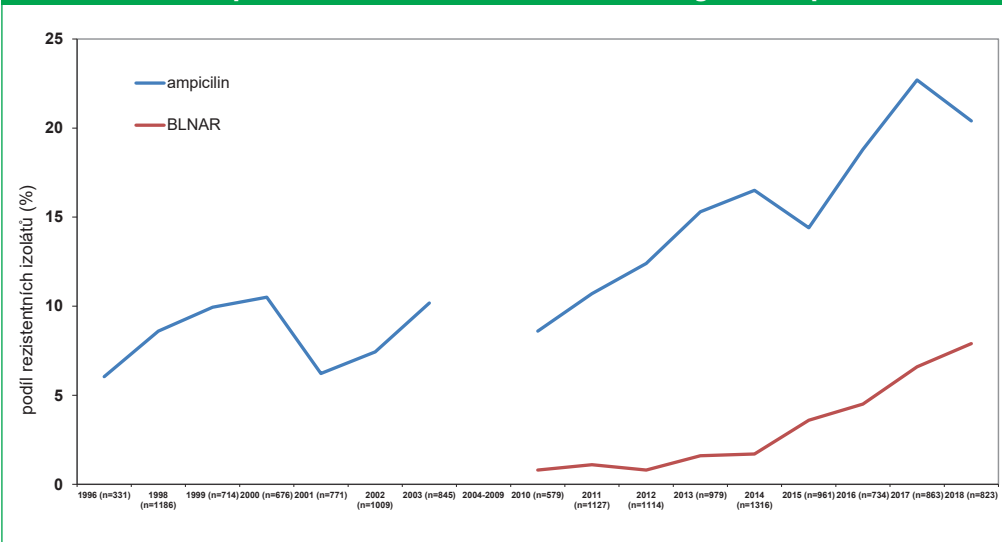
širokospektrých antibiotik, nárůst spotřeby v zimních měsících pro terapii akutních respiračních infekcí, které jsou především virového původu) a trvalý nárůst spotřeby alternativních antibiotik (aminopenicilinů s inhibítorem betalaktamázy, cefalosporinů, makrolidů). Naopak spotřeba základních léků volby (penicilin, amoxicilin, nitrofurantoin) trvale klesá⁷.

Zvýšení preskripce alternativních antibiotik se projevuje i nárůstem rezistence u hlavních původců komunitních bakteriálních infekcí. V období let

Graf 2. Trendy rezistence u *Streptococcus pyogenes* vyvolávající komunitní infekce dýchacích cest, Česká republika, 1996 - 2018. Zdroj: Respirační studie, Národní referenční laboratoř pro antibiotika.



Graf 3. Trendy rezistence u *Haemophilus influenzae* vyvolávající komunitní infekce dýchacích cest, Česká republika, 1996 - 2003; 2010 - 2018. Zdroj: Respirační studie, Národní referenční laboratoř pro antibiotika. BLNAR - betalaktamáza negativní ampicilin rezistentní.



1996–2018 narostla rezistence k makrolidovým antibiotikům u *S. pyogenes* i *S. pneumoniae*, zatímco rezistence k betalaktamům u pneumokoků ve stejném období poklesla. Nejvyšší výskyt rezistence k chinolonům byl zaznamenán u *E. coli* v roce 2011. Zastavení nárůstu rezistence k chinolonům je patrně způsobeno preskripčním omezením norfloxacinu v roce 2012 a omezením jeho spotřeby⁷. Vzestup podílu *H. influenzae* s neenzymatickou rezistencí k betalaktamům stoupající od roku 2012 může souviset s narůstající spotřebou cefuroximu, který patrně zcela nevhodně nahradil norfloxacin pro léčbu močových infekcí. V této souvislosti je nutno připomenout, že betalaktamová antibiotika nejsou vhodnou primární volbou pro léčbu močových infekcí, navíc farmakokinetické parametry cefuroximu ukazují na nižší účinnost tohoto antibiotika u hemofilů⁵.

Nelze vyloučit, že výsledky respirační studie mohou být zkreslené chybnou indikací mikrobiologického vyšetření provedeného až po selhání předchozí antibiotické terapie nebo nesprávnou interpretací nálezu bakterií. Oba sledované druhy, *S. pneumoniae* i *H. influenzae* jsou součástí kolonizující mikroflóry nazofaryngu a komenzální kmeny jsou obvykle častěji rezistentní k antibiotikům ve srovnání s původci onemocnění. Svědčí proto i fakt, že u hemofilů byla četnost rezistence vyšší u izolátů vyvolávající infekce dolních cest dýchacích, které pocházely zejména od dospělých, ačkoliv podíl izolátů od dospělých osob byl celkově nízký [8]. Na druhou stranu, data z evropského sledování antibiotické rezistence EARS-Net u pneumokokových izolátů z invazivních onemocnění ukazují naprostě shodný trend vývoje rezistence k betalaktamům i makrolidům³.

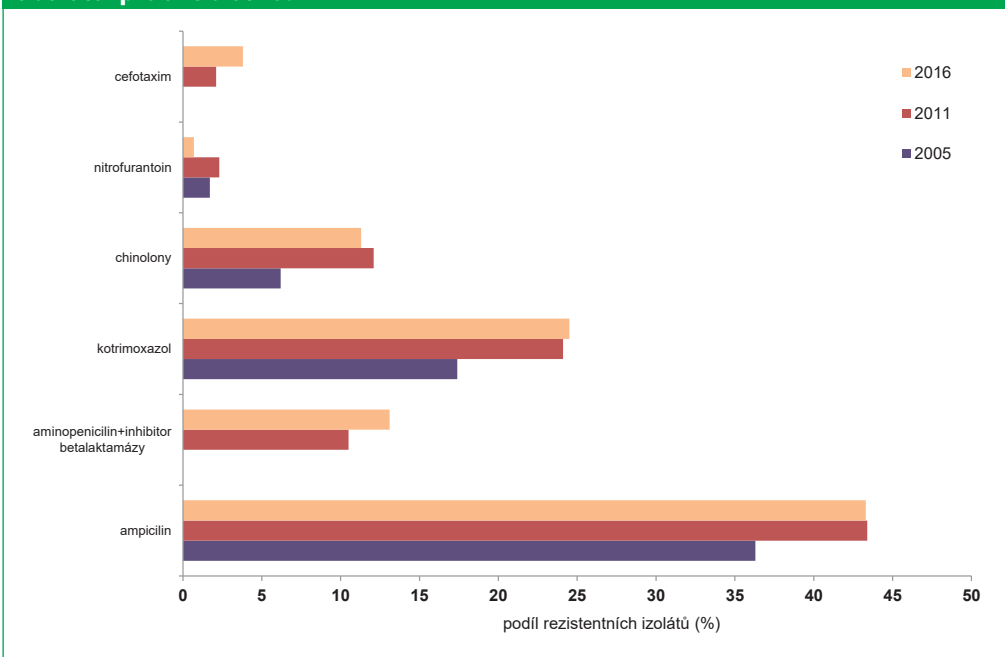
Stav antibiotické rezistence u nejčastějších bakteriálních původců respiračních infekcí (*S. pyogenes*, *S. pneumoniae*, *H. influenzae*) je v České republice dlouhodobě příznivý. Nízká úroveň rezistence k antibiotikům volby (penicilin, amoxicilin, nitrofurantoin) jednoznačně opravňuje jejich použití pro léčbu nejčastějších komunitních infekcí. Naproti tomu u alternativních antibiotik (makrolidy, chinolony, ko-trimoxazol) dochází k nárůstu rezistence.

Poděkování

Děkujeme spolupracujícím mikrobiologickým laboratorům zapojeným do PSMR (Pracovní skupina pro monitorování rezistence za dlouhodobou spolupráci a zaslání kmenů pro účely surveillancie antibiotické rezistence).

Podpořeno z programového projektu Ministerstva zdravotnictví ČR s reg. č. 16-27109A. Veškerá práva podle předpisů na ochranu duševního vlastnictví jsou vyhrazena.

Graf 4. Trendy rezistence u *Escherichia coli* vyvolávající komunitní infekce močového traktu, Česká republika, roky 2005, 2011 a 2016. Zdroj: Močová studie, Národní referenční laboratoř pro antibiotika.



Literatura:

- Aminov RI. A brief history of the antibiotic era: lessons learned and challenges for the future. *Front Microbiol.* 2010; 1:134.
- Cassini A, Högberg LD, Plachouras D, et al. Attributable deaths and disability-adjusted life-years caused by infections with antibiotic-resistant bacteria in the EU and the European Economic Area in 2015: a population-level modelling analysis. *Lancet Infect Dis* 2019; 19: 56-66.
- European Centre for Disease Prevention and Control. Surveillance atlas of infectious diseases. Dostupné na <https://atlas.ecdc.europa.eu/public/index.aspx>.
- Skaare D, Lia A, Hannisdal A, et al. *Haemophilus influenzae* with Non-Beta-Lactamase-Mediated Beta-Lactam Resistance: Easy to find but hard to categorize. *J Clin Microbiol* 2015; 53: 3589-95.
- European Committee on Antimicrobial Susceptibility Testing (EUCAST). Frequently asked questions. Dostupné na http://www.eucast.org/fileadmin/src/media/PDFs/EUCAST_files/General_documents/FAQ/FAQ_EUCAST_20180216.pdf.
- Jakubů V, Urbášková P, Žemličková H. Záchyt kmenů *Haemophilus influenzae* rezistentních k cefotaximu. *Zprávy CEM* 2015; 24: 387-388.
- Spotřeba a náklady na ATB používaná v humánní medicíně v ČR 2008-2016 a jejich základní vyhodnocení podle metodiky ECDC. Dostupné na http://www.cls.cz/dokumenty/ATB_ECDC.pdf.
- Mališová L, Urbášková P, Jakubů V, et al. Surveillance antibiotické rezistence u *Streptococcus pneumoniae* v České republice, výsledky respirační studie, rok 2010 – 2017. *Epidemiol Mikrobiol Imunol* 2019; 68. Přijato k tisku.

Jak diabetikům pomohou gliptiny?



MUDr. Jarmila Jirkovská

Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Interní klinika 1. LF UK a ÚVN Praha, Diabetologické centrum

Text následujícího článku shrnuje obsah přednášky „Jak diabetikům pomohou gliptiny?“ na XIII. jarní interaktivní konferenci Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP v Praze.

Komplexní péče o pacienta s diabetem mellitus 2. typu (DM 2. typu) může v systému českého zdravotnictví připadat napříč obory stratifikované diabetologovi, všeobecnému lékaři i internistovi. Ať již o diabetika 2. typu pečuje lékař kterékoliv z těchto odborností, společným cílem je bezpečně a efektivně vedená léčba, která má jak zlepšit kvalitu života pacienta, tak vést k prevenci komplikací diabetu. Z dobré interdisciplinární spolupráce může profitovat samotný diabetik i ošetřující lékaři.

Perorální antidiabetika patří v posledním více než desetiletí mezi dynamicky se vyvíjející skupinu léčiv. Pro současné pacienty s DM 2. typu je tak k dispozici řada preparátů, z nichž lze volit individuální strategii léčby pro každého jednotlivce se zohledněním konkrétních priorit, komorbidit, indikací a kontraindikací. Inkretiny představují moderní a efektivní terapii pro řadu diabetiků 2. typu. Vedle receptorových analogů glukagon-like peptidu 1 (GLP-1 RA) se řadí mezi inkretiny i skupina gliptinů neboli inhibitorů dipeptidyl-peptidázy 4 (DPP-4). Léčba gliptiny je založena na podpoře fyziologických mechanismů lidského těla vlastních gastrointestinálních hormonů a potencuje tak jejich příznivý efekt. Lékaři v České republice mají aktuálně k dispozici 5 gliptinových preparátů, v abecedním pořadí alogliptin, linagliptin, saxagliptin, sitagliptin a vildagliptin. Všechny jsou dostupné jak samostatně, tak ve fixní kombinaci s dvěma gramáži metforminu (850 mg a 1000 mg).

Gliptiny v algoritmu léčby DM 2. typu, indikace a kontraindikace

Od roku 2007 ukládá americký regulační Úřad pro kontrolu léků a potravin (FDA) výrobcům povinnost provést

u každého nového antidiabetického léku randomizovanou prospektivní klinickou studii kardiovaskulární bezpečnosti (CVOT), pokud má být lék schválen právě v USA. Převážná většina moderních antidiabetik proto přichází v posledních letech s výsledky těchto CVOT. Studie EMPA-REG OUTCOME přinesla jako první v roce 2015 světový zlom v současné diabetologii průkazem nových skutečností, kdy u testovaného empagliflozinu prokázala u diabetiků 2. typu nejen prostou kardiovaskulární (KV) bezpečnost, ale navíc i KV a renální protektivitu. Od té doby se ukazuje KV protektivita i u dalších moderních antidiabetik z tříd gliflozinů a GLP-1 RA. Odborné společnosti zareagovaly na tuto situaci inovativní úpravou světových guidelines. Americká diabetická asociace, z jejichž Standardů klinické péče čerpají i české Doporučené postupy, vytvořila v roce 2019 nový algoritmus přístupu k léčbě diabetika 2. typu. Základem nadále zůstává metformin a úprava životního stylu. Při nedostatečném efektu se pak již vedení další léčby rozštěpuje na větev pacientů se zvýšeným KV rizikem, KV a/nebo renálním onemocněním a na větev bez těchto rizik/onemocnění. Pro první skupinu má pak lékař volit prioritně antidiabetika s prokázaným KV benefitem, tedy konkrétní glifloziny a GLP-1 RA. U pacientů bez těchto rizik hrají v algoritmu roli priority léčby (minimalizace hypoglykemie, minimalizace nárůstu hmotnosti nebo náklady). Gliptiny se uplatňují v tomto algoritmu na více místech, minimalizují riziko hypoglykemie a jsou hmotnostně neutrální. Prostor k indikaci KV bezpečných gliptinů zůstává i u KV rizikových diabetiků, např. v případě kontraindikací, nesnášenlivosti a/nebo neúčinnosti některých léčiv s prokázaným KV benefitem.

Gliptiny lze využít jak v kombinční antidiabetické terapii, tak případně v monoterapii při intoleranci či kontraindikaci metforminu. Aktuální úhradová kritéria pojišťoven hradí nasazení gliptinu pacientovi s glykovaným hemoglobinem (HbA1c) ≥ 60 mmol/mol po předchozí nejméně 3- měsíční neúspěšné léčbě metforminem, derivátem sulfonylurey nebo glitazonem. Po 6 měsících léčby je vyžadován pokles HbA1c nejméně o 7%. Mimo tato kritéria lze gliptiny preskribovat na úhradu pacienta, pokud je předpokladem vhodná indikace, profit z léčby a ochota diabetika medikaci hradit. Absolutní kontraindikací gliptinů je alergie na účinnou látku. U inkretinové léčby obecně je třeba opatrnosti u pacientů s pankreatopatií v anamnéze. Použití jednotlivých gliptinů se pak již individuálně odlišuje např. podle míry renální a hepatální dysfunkce.

Kromě standardů České diabetologické společnosti ČLS JEP mají všeobecní praktičtí lékaři k dispozici v rámci vlastních Doporučených diagnostických a terapeutických postupů recentně novelizované verze „Diabetes mellitus“ a „Diabetes mellitus – Léčba u starších pacientů v ČR“. Součástí postupů jsou i detailnější doporučení stran farmakoterapeutické léčby DM 2. typu včetně využití gliptinů.

Gliptiny a hypoglykemie

Hypoglykemie je obávanou komplikací diabetu jak pro samotné pacienty, tak pro lékaře. Kromě zdravotních negativ hraje přítomnost závažných hypoglykemií roli i v běžném životě, např. v souvislosti s řídicím oprávněním. Doporučený postup pro všeobecné lékaře uvádí explicitně, že hypoglykemie je nejčastější komplikací léčby inzulinem a dalšími antidiabetiky, nejčastěji sulfonylureovými (SU) či glinidy. Riziko hypoglykemie při léčbě deriváty SU stoupá vzhledem k jejich dlouhému biologickému poločasu zejména u pacientů, kde hrozí zvýšená akumulace léčiva (např. terén renální insuficience, dehydratace apod.). Jedním z benefitů moderních antidiabetik včetně gliptinů je právě minimalizace rizika hypoglykemie. Studie Gallwitz et al. (2012) prokázala ve 2-letém porovnání léčby linagliptinem a glimepiridem statisticky významné snížení incidence hypoglykemií v linagliptinové větvi, a to s benefitem redukce hmotnosti oproti větvi s glimepiridem. V případě vzniku hypoglykemie po SU derivátu indikuje Doporučený postup změnu léčby s vysazením SU. Gliptiny následně doporučuje do kombinace s metforminem zejména u pacientů s opakovaným výskytem hypoglykemických stavů po SU.

Renální a hepatální bezpečnost

Pravidelné laboratorní sledování funkce ledvin patří u diabetiků meziklasickým vyšetřením. Kromě samotné hladiny urey a kreatininu se vyšetřuje jak mikroalbuminurie, tak úroveň glomerulární filtrace. Renální insuficience je limitací pro řadu antidiabetik, která jsou vylučována ledvinami. V Doporučených postupech péče o DM 2. typu jak pro všeobecné lékaře, tak pro diabetology, lze vyhledat tabulky redukce konkrétních antidiabetik podle stupně CKD klasifikace (Chronic Kidney Disease), a to včetně dávkování gliptinů. Jednotlivé gliptiny se mezi sebou liší mírou renální exkrece, která převažuje u alogliptinu, saxagliptinu, sitagliptinu a vildagliptinu. Tyto čtyři gliptiny je nutno od stupně CKD 3 redukovat. Oproti tomu linagliptin lze díky minimálnímu vylučování ledvinami podávat v plné dávce napříč všemi stádii renální insuficience.

Stran jaterní insuficience lze mezi gliptiny nalézt také interindividuální odlišnosti. Největší opatrnosti je třeba při medikaci vildagliptinem, jehož nasazení je limitováno dobrou funkcí jater (dle SPC nelze nasadit při hodnotách transamináz nad trojnásobek horní hranice normy) a léčba vyžaduje pravidelné kontroly jaterních testů. Ostatní gliptiny lze použít při mírné a střední hepatální insuficienci, přičemž dávkování linagliptinu není třeba redukovat ani při závažném poškození jaterních funkcí.

Gliptiny a kardiovaskulární bezpečnost

V dlouhodobých CVOT, vyžadovaných FDA a designovaných k průkazu KV bezpečnosti konkrétní účinné látky, prokázaly z hlediska primárního cíle (výskytu KV příhod) svou bezpečnost v abecedním pořadí alogliptin (studie EXAMINE), linagliptin (studie CARMELINA), saxagliptin (studie SAVOR-TIMI 53) a sitagliptin (studie

Dávkování gliptinů u renální insuficience (podle SPC k 18.6.2019, dostupné na www.sukl.cz)

	CKD 2	CKD 3	CKD 4	CKD 5
eGFR (ml/s)	1,0–1,5	0,5–1,0	0,25–0,5	0–0,25
eGFR (ml/min)	60–90	30–60	15–30	0–15
alogliptin	✓	½ dávka*	¼ dávka	¼ dávka
linagliptin	✓	✓	✓	✓
saxagliptin	✓	½ dávka**	½ dávka	nedoporučeno
sitagliptin	✓	½ dávka**	¼ dávka	¼ dávka
vildagliptin	✓	½ dávka*	½ dávka	½ dávka

eGFR = glomerulární filtrace

CKD = Chronic kidney disease

* Redukce dávky od eGFR ≤ 50 ml/min

**Redukce dávky od eGFR < 45ml/min

Přehled gliptinů v ČR		
Účinná látka	Registrovaný název	Kombinace s metforminem
alogliptin	Vipidia	Vipdomet
linagliptin	Trajenta	Jentadueto
saxagliptin	Onglyza	Komboglyze
sitagliptin	Januvia	Janumet
vildagliptin	Galvus	Eucreas

TECOS). Vildagliptin studii tohoto typu nemá, protože není registrován v USA. Překvapením byl izolovaný průkaz zvýšeného rizika hospitalizace pro srdeční selhání u pacientů na saxagliptinu oproti placebové větvi [Hazard Ratio 1,27 (1.07, 1.51), p=0.007]. Recentní standardy péče Americké diabetologické asociace tento závěr zohledňují, a pokud by byl diabetik se srdečním selháváním léčen gliptinem, pak saxagliptin explicitně nedoporučují.

Závěr

Gliptiny patří mezi moderní antidiabetické léky, které se vyznačují dobrou tolerancí s minimálními nežádoucí-

mi účinky, neutrálním vlivem na tělesnou hmotnost, jednoduchostí dávkování i bezpečností stran rizika hypoglykemií, což představuje v klinické praxi leckdy podstatné faktory pro adherenci pacienta k dlouhodobé léčbě. Přesto, že současná diabetologie staví na přední místa po metforminu a úpravě životního stylu zejména u KV rizikových diabetiků skupiny gliflozinů a GLP-1 RA, je místo gliptinů v algoritmu léčby diabetika 2. typu pevně ukotveno a v řadě reálných klinických situací jsou využívány s dobrým efektem na zlepšení kompenzace diabetu.

Literatura:

- Diabetes Care 2019 Jan; 42(Supplement 1): S187-S193. <https://doi.org/10.2337/dc19-in01>
- ČDS, Doporučený postup péče o diabetes mellitus 2. Typu. Aktualizace 1. 1. 2016. www.diab.cz
- SVL, Doporučené diagnostické a terapeutické postupy pro všeobecné praktické lékaře, Diabetes Mellitus. Novelizace 2018. www.svl.cz
- SVL, Doporučené diagnostické a terapeutické postupy pro všeobecné praktické lékaře, Diabetes Mellitus, léčba u starších pacientů v ČR. Novelizace 2019. www.svl.cz
- Gallwitz B. et al. 2-year efficacy and safety of linagliptin compared with glimepiride in patients with type 2 diabetes inadequately controlled on metformin: a randomised, double-blind, non-inferiority trial. Lancet. 2012 Aug 4;380(9840):475-83
- SPC alogliptin (Vipidia, Vipdomet), www.sukl.cz.
- SPC linagliptin (Trajenta, Jentadueto), www.sukl.cz.
- SPC saxagliptin (Onglyza, Komboglyze), www.sukl.cz.
- SPC sitagliptin (Januvia, Janumet), www.sukl.cz.
- SPC vildagliptin (Galvus, Eucreas), www.sukl.cz

Soft Skills tréninky pro zdravotníky



MUDr. Mária Dědinová

Praktická lékařka, Poliklinika Zahradní Město,
Trenér Soft skills pro zdravotníky, Life Coach

České zdravotnictví postihuje řada problémů, s mnohými z nich toho sami zas tolik nezmůžeme, ale je tu jedna oblast, která je velmi opomíjená, a přesto často zásadní pro jednotlivce, ať už jako zdravotníka nebo ve výsledku i pacienta, a tou je samotné pracovní prostředí a mezilidské vztahy na pracovišti.

Roku 1999 americká *Institute of Medicine, Committee on Quality of Health Care in America*, zveřejnila knihu zvanou "To Err is Human: Building a Safer Health Care System" (Chybovat je lidské: Budování bezpečnějšího zdravotnictví), která je založena na analýze mnoha studií, které byly provedeny v USA. Ty došly k závěru, že ročně zemře v USA až 98 tisíc pacientů na medicínské chyby, kterým se dalo předcházet. To je více než počet úmrtí způsobených dopravními nehodami či rakovinou prsu. Chybovat je lidské a jako lidé chyby dělat budeme, přestože by to naši pacienti velmi neradi slyšeli. Tato kniha tvrdí, že problémem nejsou špatní lidé, ale dobří lidé pracující ve špatném systému.

Cílem této knihy není ukazovat si na ty, co chyby udělali, ale pečlivá analýza všech příčin, které k nim vedly. Skrze znalost toho, co nás negativně ovlivňuje, jsme schopni vytvořit zdravý zdravotnický systém tak, abychom těmto chybám předcházeli, a tím pádem zlepšili bezpečnost pacienta.

Ale proč se rozepisují o bezpečnosti pacientů, když tématem tohoto článku jsou soft skills tréninky pro zdravotníky? Je to proto, že mezi výše zmíněné příčiny chybování patří právě i témata soft skills, tedy měkkých dovedností, jako je efektivní komunikace na pracovišti, dobré vedení a týmová práce. Tedy témata, která pomohou nejen v péči o pacienta, ale i v tom, že se zdravotníci budou cítit dobře ve své práci.

Práce doktorů, sestřiček a dalších zdravotníků je velmi náročná. Sami víte, kolik zodpovědnosti je uloženo na naše ramena. Jediným slovem či činem měníme lidské

životy, každodenně se setkáváme s lidským neštěstím, infaustními prognózami a smrtí. Naší povinností je udělat pro pacienta vše, co je v našich možnostech, a přitom stále být nadlidskými bytostmi bez vlastních problémů, bez chyb, bez potřeby spánku, které fungují lépe než švýcarské hodiny. Ale jak se tomu máme vůbec přiblížit, když se nikdo nestará o nás? Nestará se o blaho, zdraví a spokojenost nás zdravotníků. Ke všemu, s čím se dennodenně setkáváme v práci, se ještě musíme vypořádat s tím, že nejenže jsme přepracovaní, ale nikoho ani nenapadne se zeptat, jestli jsme v pořádku. Jestli máme zdravé a příjemné pracovní prostředí. Jestli náš tým doktorů a sester dobře funguje, jestli ti, co mají náš tým na starosti, vědí, jak správně vést. Jestli mezi námi existuje vzájemná podpora, pochopení a podpora růstu.

Sice jsem promovala teprve minulé léto, ale i za tak krátkou dobu v systému jsem si uvědomila, že naše zdravotnictví je pro své zaměstnance velmi nezdravé.

Když se podíváme z ambulantní sféry do nemocniční, tak vedení nemocnic se povětšinou vůbec nestará o své zaměstnance. Ti nemají pocit, že by se někdo zajímal o jejich názory, o to, co funguje nebo nefunguje. Jestli jsou blízko vyhoření nebo už dávno za hranicí. Nezajímají se o to, proč některá oddělení mají takovou fluktuaci zaměstnanců, co je důvodem, že tolik lidí odchází? Proč je mezi kolegy atmosféra nepřejčnosti, proč se navzájem lidé pomlouvají. Vždyť již tak je ta práce těžká, proč si ji lidé ještě ztěžují?

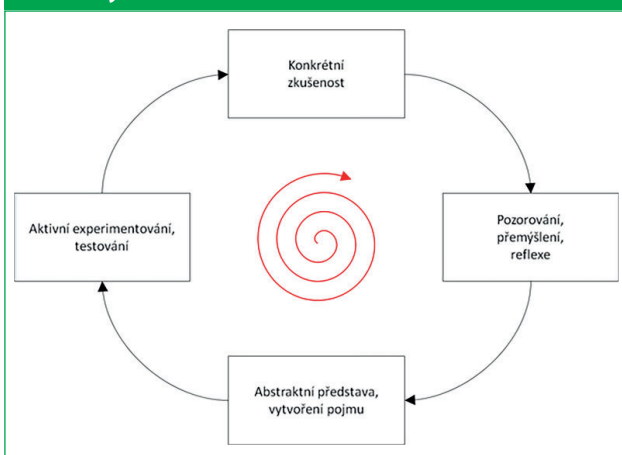
Tolik nehod a chyb ve zdravotnictví je způsobeno jak vyčerpaností personálu, tak ale i špatnou komunikací, nejasnými postupy a pravidly, špatným vedením, nedůvěrou mezi pracovníky. Proč tolik lidí odchází ze zdravotnictví? Ano, jsou to peníze, ale je to i celý ten ranec k tomu, nedostatečný prostor pro rozvoj, špatná pracovní atmosféra, špatné vedení pracoviště, naprosto nelidské požadavky na jednotlivce, kteří jsou na svůj úkor nuceni pracovat nezákonné hodiny.

Mou vizí je právě na tuto oblast se soustředit, pomoci zdravotníkům vytvořit si v práci příjemnou atmosféru, kam se mohou těšit a kde se budou cítit ocenění a slyšení. Naučit je, jak kultivovat dobré vztahy s kolegy, které jsou postaveny na vzájemné efektivní komunikaci, důvěře a vytvořit z nich tým. Pomoci těm, co jsou ve vedoucích pozicích, aby dokázali vést své týmy dobře a efektivně a pokud se naskytnou chyby, tak aby byly probrány konstruktivní cestou, aby se vědělo, jak příště postupovat. Navíc to celé prolnout technikami psychic-

ké hygieny a pomoci zdravotníkům najít cesty, jak balancovat práci a osobní život tak, aby nevyhořeli.

Toho chci dosáhnout pomocí interaktivních soft skills tréninků, při kterých rozebereme jednotlivá témata, naučíme se metody a postupy pro řešení problémů a jak jednat v daných situacích. Struktura mých workshopů je postavená na základě Cyklu učení dle Kolba. Ten v roce 1984 zveřejnil svou teorii, podle které učení je proces a znalosti získáváme skrze transformaci vlastní zkušenosti. Vychází z toho, že 80 % lidského poznávání pochází z vlastních, tedy nepřenosných zážitků, a zásadním způsobem zvyšuje zapamatovatelnost nových poznatků. Cyklus schematicky popisuje čtyři fáze procesu učení tak, jak se podle Kolba odehrávají v běžném životě. Toto schéma navíc propojuji s tzv. 4MATem, který je postavený na znalosti rozdílných preferencí lidí, jak vnímat a porozumět informacím.

Kolbův cyklus učení



<https://www.simplypsychology.org/learning-kolb.html>

Co je zásadní předností tréninku, je, že vše si ještě během tréninku na vlastní kůži vyzkoušíme. Na konci každý účastník odchází nejen s novými znalostmi, ale především dovednostmi a zkušenostmi. Příkladem může být workshop s tématem Jak dát konstruktivní zpětnou vazbu a neurazit, který proběhl na Jarní interaktivní konferenci letos v květnu v Praze. Zde jsme nejprve našli propojení s vlastním životem a motivaci se tímto tématem vůbec zabývat. Pak jsme se naučili jednoduchou 4 krokovou metodu, jak strukturovat zpětnou vazbu, kterou jsme si všichni mezi sebou vyzkoušeli a zhodnotili, jak nám to šlo a na základě toho se dále zlepšovali.

Témata, jako je Emočně inteligentní komunikace, Řešení konfliktů, Leadership a práce v týmu, ale i osobnější témata jako Sebereflexe, Seberozvoj a Psychohygieny

nejsou tématy, která se vyučují na lékařských fakultách. Přesto ale představují velkou část každodenního života zdravotníka, a pokud je člověk neovládá, jsou velkou zátěží a nebezpečím pro všechny zúčastněné. A interaktivní soft skills tréninky jsou nejefektivnější cestou, jak se těmito dovednostem naučit.

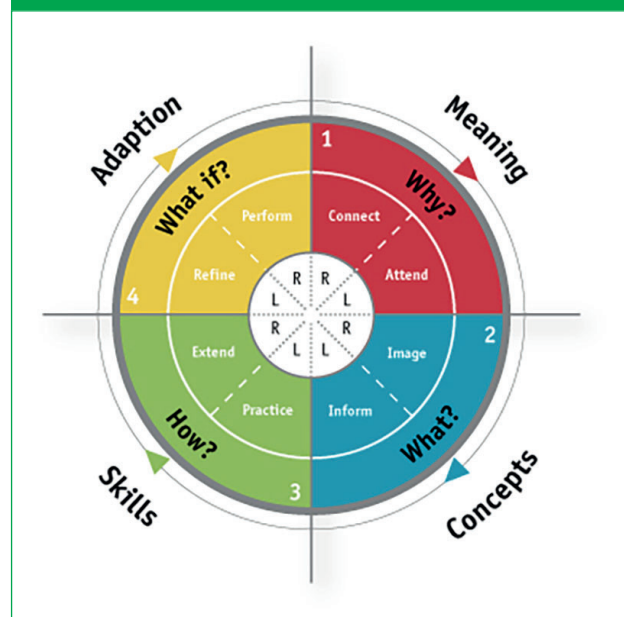
My, jako praktičtí lékaři a další ambulantní lékaři, máme obrovskou výhodu, že jsme vlastními pány a je jen na nás, zda si vytvoříme pracovní prostředí, které je zdravé, příjemné a dobře fungující, nebo ne.

Pokud byste se chtěli zúčastnit mých tréninků nebo víte o kolegovi či kolegyni, které by tato témata zajímala, tak mi napište na e-mailovou adresu: marikadedinova@seznam.cz nebo na Facebooku: Train to Live — Tréninky pro Zdravotníky, a já vás přidám do informačního mailing listu. Pokud máte jakékoliv další otázky nebo byste měli zájem o vytvoření právě vám na míru šitého tréninku, tak neváhejte a pište též.

Zdroje:

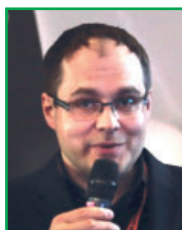
Kohn L, Corrigan J, Donaldson M, eds. Washington, DC: Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. National Academies Press; 1999. ISBN: 9780309068376

4MAT



<http://www.4mat.eu/media/19623/mtd.procesmodel.eng.pdf>

Život není jen sen



MUDr. Jan Hubeňák, Ph.D.

Psychiatrická klinika, Fakultní nemocnice v Hradci Králové

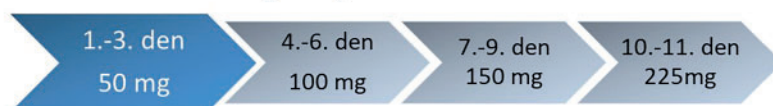
Univerzita Karlova, Lékařská fakulta v Hradci Králové

Přednášku *Život není jen sen* přednesl MUDr. Jan Hubeňák, Ph.D., který je vedoucím lékařem jednoho z uzavřených oddělení Psychiatrické kliniky Fakultní nemocnice v Hradci Králové. Ve své profesi se významnou měrou zabývá léčbou deprese. První část přednášky pojednávala o podobách deprese a klinických jednotkách, v níž se s depresí mohou praktičtí lékaři setkat. Řadí se k nim depresivní porucha, periodická depresivní porucha, porucha přizpůsobení, organická depresivní porucha, dystymie a další. Byl vysvětlen jednoduchý postup diagnostiky deprese rozhovorem s nemocným a s pomocí kritérií 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí. Zmíněna byla i možnost diagnostiky deprese s pomocí dotazníku Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9), který je dostupný v Doporučených diagnostických a terapeutických postupech pro všeobecné praktické lékaře na webových stránkách Společnosti všeobecného lékařství České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně. Jako další zdroje informací pro lékaře i pacienty byly uvedeny webové portály: www.rozpoznejtedepresi.cz, www.depresedohloubky.cz a www.jaknadepresi.cz. V další části přednášky se dr. Hubeňák zaměřil na farmakologické možnosti v první volbě léčby deprese. Uvedl výhody a nevýhody léčby deprese selektivními inhibitory zpětného vychytávání serotoninu (SSRI), které jsou nejčastěji přede-

pisovanými antidepresivy v České republice. I když jsou SSRI dobře účinnou skupinou antidepresiv, začátek jejich podávání je často komplikován nárůstem úzkosti, nespavosti, dyspepsie, psychomotorického neklidu a rozvojem sexuální dysfunkce. Tento nežádoucí efekt je zapříčiněn stimulací 5-HT₂ receptorů. U mnohých pacientů tento efekt odezní současně s desenzitizací a down-regulací 5-HT₂ receptorů za pomoci přídatné medikace anxiolytiky a hypnotiky. U jiných pacientů k tomu nedochází a podávání hypnotik i anxiolytik je nutné dlouhodobě. Nejčastěji jsou předepisována z-hypnotika a benzodiazepiny, což jsou léčiva návyková a jejich dlouhodobé podávání může pacienta poškodit rozvojem závislosti. Užívání SSRI také blokuje vstup serotoninu do krevních destiček, čímž je redukována jejich agregační funkce a nemocní pak mohou být ohroženi nadměrným krvácením při úrazech nebo do trávicího traktu a případně také v kombinaci s dalšími léky, které ovlivňují hemostázu. Patří mezi ně například antikoagulační, antiagregační či nesteroidní protizánětlivá léčiva. Dlouhodobé užívání SSRI je u některých pacientů spojeno s úbytkem noradrenergní a dopaminergní transmise v prefrontální kůře mozku. Po několika týdnech až letech SSRI léčby tak není vzácné, že nemocní pociťují emoční oploštění, ztrátu potěšení, celkovou nevůli a stahují se ze společenských aktivit. To může imitovat počínající relaps deprese, ale ve skutečnosti se etiologicky jedná o dlouhodobý nežádoucí efekt léčby. V poslední části sdělení autor popisoval možnosti léčby deprese s pomocí trazodonu. Ten je na českém trhu

Titrace formy AC

Standardní titrace formy AC



možnost
zpomalení
titrace



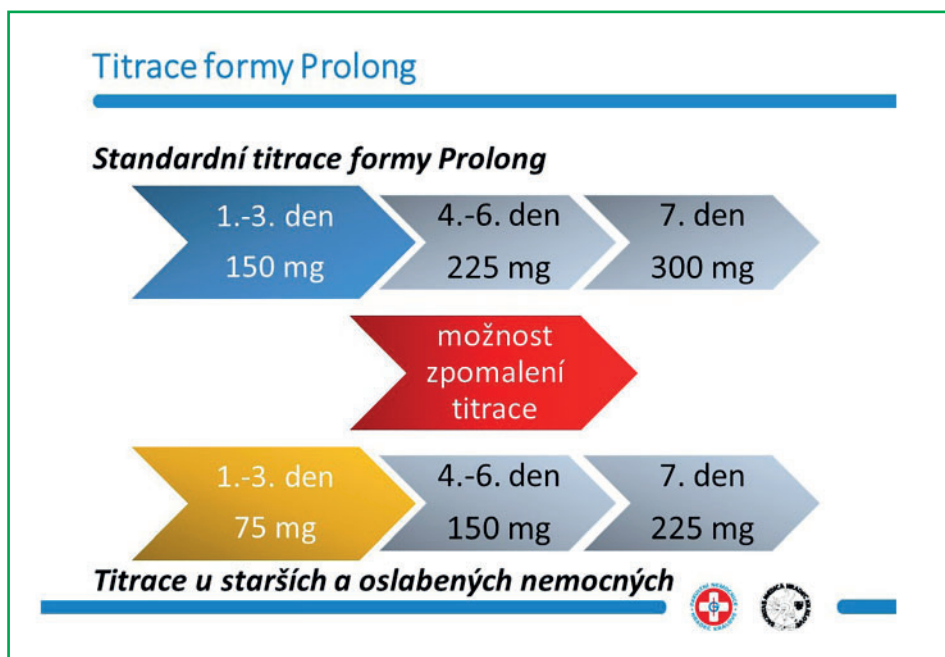
Titrace u starších a oslabených nemocných



dostupný ve dvou perorálních tabletových formách, a to s řízeným uvolňováním (AC) a prodlouženým uvolňováním (Prolong). Je určen k léčbě depresí různé etiologie, včetně typů provázených úzkostí, poruchami spánku nebo sexuální dysfunkcí neorganického původu. Trazodon je relativně slabým inhibitorem zpětného vychytávání serotoninu. Díky tomu pak není spojován s nadměrným krvácením po úrazech nebo při kombinaci s léky ovlivňujícími hemostázu. Je však antagonistou 5-HT₂ receptorů. Tímto mechanismem blokuje obvyklé nežádoucí efekty známé při podávání SSRI. Díky absenci nárůstu úzkosti, absenci dyspepsie i sexuální dysfunkce je trazodon pacienti velmi dobře snášen, a je tím zaručena léčebná adherence. Blokáda 5-HT₂ receptorů v prefrontální kůře podporuje oživení emoční reaktivity, zlepšení volní aktivity a redukci sociálního stažení u trazodonem léčených nemocných. Markantním benefitem trazodonu je pak rychlá úleva od insomnie již v prvním týdnu léčby u většiny nemocných. Jeho hypnotická funkce je zřejmě dosud nejčastějším důvodem, proč je preskribován pacientům v ordinacích praktických lékařů. Recentní data z roku 2018 ukazují, že jedna třetina pacientů léčených v České republice trazodonem jej užívá pouze pro nespavost a pouze v nízkých dávkách do 200 miligramů denně. Přitom se jedná o pacienty, kteří jsou depresivní a musí proto užívat ještě druhé antidepresivum do kombinace. Medikace trazodonem se vyznačuje rozšiřováním jeho spektra účinnosti s tím, jak vysoká jeho denní dávka je podávána. V dávce do 75 miligramů denně je dobrým hypnotikem. Do 150 miligramů denně

je účinným anxiolytikem. V dávkách nad 200 miligramů denně je pak účinným antidepresivem i v monoterapii. V případě trazodonu s řízeným uvolňováním (AC) se léčba obvykle zahajuje podáváním 50 miligramů navečer a dávka se každé tři dny zvyšuje o 50 miligramů podle potřeby až na cílovou antidepresivní dávku 300 miligramů denně. Ta se podává rozděleně ve dvou dílčích dávkách. Pokud by se v průběhu titrace objevila nežádoucí ortostatická hypotenze či sedace v denní době, což bývá připisováno blokádě alfa receptorů, pak je možné titraci přechodně zastavit a vyčkat na desenzitizaci těchto receptorů a odeznění nežádoucího efektu. Podávání trazodonu s prodlouženým uvolňováním (Prolong) se zahajuje počáteční dávkou 150 miligramů za den a tato se každé tři dny navyšuje o 75 miligramů až do plně antidepresivní dávky 300 miligramů za den. V případě formy Prolong jsou k dispozici tablety á 300 miligramů, a lék se tedy může podávat jen jednou denně. Podávání léčiva jedenkrát denně je významným faktorem, který u pacientů zabezpečuje jejich léčebnou adherenci. I v případě formy Prolong lze titraci přechodně pozastavit v případě objevení se nežádoucí ortostázy či denní sedace. Po jejich odeznění lze lék dále navyšovat. U starších a oslabených pacientů se forma Prolong zpočátku podává v dávce 75 miligramů denně a ta se každé tři dny navyšuje o 75 miligramů. Klinická zkušenost autora u hospitalizovaných nemocných ukazuje, že trazodon v obou lékových formách je účinným antidepresivem i ve srovnání s ostatními skupinami antidepresiv včetně SSRI léčiv. Jeho podávání pak umožňuje vysadit

přidatnou medikaci anxiolytiky a hypnotiky, která jsou v dlouhodobé léčbě u většiny pacientů nevhodná. To vše z trazodonu dělá účinné a velmi dobře snášené antidepresivum v první volbě léčby deprese v ordinacích praktických lékařů.



Indapamid



Prof. MUDr. Rosolová Hana DrSc.

Centrum preventivní kardiologie, UK, LF v Plzni a 2. interní klinika FN Plzeň

Diuretika užíváme v léčbě hypertenze a dalších interních onemocnění od 50. let minulého století a neobejdeme se bez nich ani v současné době. Dělíme je do tří hlavních skupin: 1. saluretika (podle síly diuretického účinku se dělí do 3 skupin), 2. kalium šetřící diuretika a 3. antagonisté mineralokortikoidních receptorů. V poslední době se saluretika 2. a 3. skupiny, tj. sulfonamidová diuretika, dělí na *thiazidy*, kam řadíme hydrochlorothiazid (HCHT), a *thiazidům podobná diuretika*, kam patří chlortalidon a indapamid (Tabulka 1). Prokázalo se, že thiazidům podobná diuretika mají silnější a delší účinek na krevní tlak (TK) než thiazidy a hlavně jsou také více kardioprotektivní¹. Kličkové diuretikum furosemid indikujeme u pacientů s renálním nebo srdečním selháváním.

V současné době nejsou diuretika většinou lékem první volby, ale mají být součástí kombinované léčby hypertenze jako třetí lék. Samozřejmě je lze volit i jako druhý lék do kombinace, ale u specifických skupin pacientů, tj. především u sůl senzitivních hypertenzí, které se vyskytují u obézních nebo starších hypertoniků, u černochů a především u hypertoniků s diabetes mellitus. Z diuretik máme upřednostňovat chlortalidon a indapamid, který má nejvíce důkazů ze studií u diabetiků, před HCHT, jak uvádějí naše doporučení z r. 2017.

Ve studii Ernst a spol. bylo prokázáno, že HCHT je významně méně účinný v porovnání s chlortalidonem, a to jak při měření TK v ordinaci, tak při ambulantním monitorování TK². Chlortalidon brání vzestupu TK v ranních hodinách, čímž výrazně snižuje riziko vzniku KV příhod. K podobnému závěru došli také autoři studie MRFIT: u nemocných, kteří dostávali jako první lék HCHT, vzrostla kardiovaskulární mortalita o 6 %, zatímco u pacientů, kteří užívali jako první lék chlortalidon, tato mortalita klesla o 58 %. Na základě rozhodnutí etické komise byli nemocní ze skupiny HCHT převedeni na léčbu chlortalidonem, což u nich vedlo také ke snížení kardiovaskulární mortality. Výsledky této studie potvrdila také její revize provedená v roce 2011, ve které byla

pomocí adjustované Coxovy analýzy zjištěna výrazně vyšší pravděpodobnost absence kardiovaskulární příhody při léčbě chlortalidonem ve srovnání s HCHT³. Chlortalidon máme dnes k dispozici v kombinaci s kalium šetřícím amiloridem (Amicloton), což je velmi silná kalium šetřící diuretická kombinace vhodná pro pacienty s těžkou hypertenzí nebo s rezistentní hypertenzí (viz dále).

Indapamid má sice ze všech diuretik nejmenší saluretický účinek, ale naopak největší dilatační účinek na cévní stěnu; přímý cévní účinek je dán snižováním obsahu kalcia ve stěně a zvyšováním syntézy vazodilatačních prostaglandinů. Nepřímý cévní účinek je zprostředkován diuretickým efektem indapamidu, kdy dochází ke snížení obsahu sodíku ve stěně cév, a tím k nižší citlivosti stěny na vazokonstrikční látky. Indapamid je metabolicky neutrální, neboť neovlivňuje ani lačnou, ani postprandiální glykemii, ani hodnotu glykovaného hemoglobinu, jak bylo potvrzeno ve studii u pacientů s diabetes mellitus 2. typu⁴. O indapamidu jsou k dispozici studie, které prokazují snížení kardiovaskulárního rizika při podávání indapamidu spolu s inhibitory ACE. Ve studii ADVANCE (Action in Diabetes and Vascular Disease: Preterax and Diamicon MR Controlled Evaluation) vedlo přidání indapamidu a perindoprilu do medikace pacientů s diabetem 2. typu k významnému poklesu výskytu mikro- i makrovaskulárních komplikací⁵.

Rezistentní hypertenze je stav, kdy TK neklesá pod 140/90 mmHg ani při léčbě trojkombinací antihypertenziv, z nichž jedním je diuretikum. Pokud vyloučíme sekundární hypertenzi i pseudorezistenci (danou např. nedostatečnou compliancí pacienta k léčbě, nesprávným měřením TK apod.), volí se jako 4. lék do kombinace spironolakton v dávce 25 mg nebo vyšší. Bohužel u spironolaktonu se mohou v závislosti na dávce vyskytovat nežádoucí účinky: dyspepsie, průjmy, gynekomastie u mužů, ztráta potence, poruchy menstruačního cyklu u žen. Novější eplerenon má méně nežádoucích účinků, protože je více selektivní pro mineralokortikoidní receptory než spironolakton. Při nesnášenlivosti obou agonistů mineralokortikoidních receptorů se vracíme k amiloridu. Amilorid je trochu zapomenuté kalium šetřící diuretikum, které je svým účinkem v ledvinách i srdci velmi kardioprotektivní. Amilorid v dávce 10 mg nahradí léčbu spironolaktonem v dávce 25 mg. Amilorid s HCHT (Moduretic) je vhodná kombinace diuretik, která má lepší kardioprotektivní účinek než samostatný HCHT.

Všichni lékaři obdrželi v r. 2018 Informační dopis pro zdravotnické pracovníky ze Státního ústavu pro kontrolu léčiv o riziku dlouhodobého užívání HCHT. Kumulativní dávka HCHT je totiž v asociaci s rizikem

vzniku nemelanomových kožních nádorů: bazocelulárního a spinocelulárního karcinomu. Hydrochlorothiazid je fotosenzitivní látka, a proto by se při jejím užívání mělo omezovat sluneční nebo ultrafialové záření, používat dostatečnou ochranu kůže před zářením a pečlivě sledovat a vyšetřit všechny nové kožní léze. Je to tedy další důvod, proč upřednostňovat mezi diuretiky indapamid nebo chlortalidon.

Závěrem lze shrnout, že indapamid, a to především v kombinaci s inhibítorem ACE, je moderní a účinné diuretikum pro léčbu hypertenze.

Citace:

1. Olde Engberink RH, Frenkel WJ, van den Bogaard B, et al. Effects of thiazide-type and thiazide-like diuretics on cardiovascular events and mortality: systematic review and meta-analysis. *Hypertension* 2015;65(5):1033-40.
2. Ernst, ME., Carter, BL., Goerd, CJ., et al. Comparative antihypertensive effects of hydrochlorothiazide and chlorthalidone on ambulatory and office blood pressure. *Hypertension*, 2006, 47:352–358.
3. Dorsch M.P., Gillespie B.W., Erickson S.R., et al. Chlorthalidone reduces

Tabulka 1: Dělení diuretik

I. Saluretika:

1. silná – kličková diuretika (furosemid)
2. středně silná – hydrochlorothiazid, chlortalidon
3. slabá – indapamid

II. Kalium šetřící diuretika - amilorid

III. Antagonisté mineralokortikoidních receptorů spironolakton, eplerenon

Saluretika 2. a 3. = sulfonamidová diuretika

Sulfonamidová diuretika: thiazidová: hydrochlorothiazid
thiazidům podobná diuretika: chlortalidon, indapamid

cardiovascular events compared with hydrochlorothiazide: A retrospective cohort analysis. *Hypertension*, 2011, 57, p. 689–694.

4. Raggi U, Palumbo P, Moro B, et al. Indapamide in the treatment of hypertension in non-insulin-dependent diabetes. *Hypertension*. 1985;7:1157-60.
5. ADVANCE COLLABORATIVE GROUP. Effects of a fixed combination of perindopril and indapamide on macrovascular and microvascular outcomes in patients with type 2 diabetes mellitus (the ADVANCE trial): a randomised controlled trial. *Lancet*, 2007, 370, p. 829–840.

Postřehy o bolesti a snech z Jarní interaktivní konference v Praze



MUDr. Bohumil Skála, Ph.D.

Praktický lékař Lanškroun, člen výboru SVL ČLS JEP

„Bolest je to, co člověk cítí, když říká, že ho to bolí“ - tímto citátem uvedl MUDr. Marek Hakl, Ph.D., z brněnského centra pro léčbu bolesti své dvě přednášky. Jedna se zabývala problematikou zdánlivě kontroverzní a citlivou: léčbou konopím

Zajímavý byl pohled do historie:

- Požíváno již více než 10 000 let
- Pochází z centrální Asie
- 6000 př.n.l. – v Číně byla konopná semínka využívána při přípravě stravy
- 4000 př.n.l. – archeologické nálezy zbytků tkaniny dokládají, že se konopí v Číně používalo k výrobě textilních látek
- 2727 př.n.l. – z tohoto roku pocházejí první záznamy

o využití konopí pro léčebné účely

- 900–1000 n.l. – Učenci diskutují o kladech a záporech po jídání hašiše, jehož užívání se šíří napříč arabským světem
- 1549 – otroci dováženi z Angoly s sebou přivezli konopí na cukrové plantáže v severovýchodní Brazílii. Ze své vlasti znali psychoaktivní účinky konopí a bylo jim dovoleno pěstovat konopí na polích s cukrovou třtinou a kouřit je v období mezi sklizněmi
- 1800 – Napoleon okupující Egypt se obává zneužívání konopí vlastními vojáky, proto vyhláší totální prohibici. Přesto je konopí dovezeno do Francie
- 1915–1927 – v jednotlivých státech USA (zejména na jihozápadě) je postupně zaváděna prohibice konopí pro nemedicínské účely – Kalifornie (1915), Texas (1919), Louisiana (1924) a New York (1927)
- 1964 Y. Gaoni a R. Mechoulam objevili základní účinnou substanci konopí THC
- 1990 objeven endogenní kanabinoidní systém
 - Lze identifikovat dva základní kanabinoidní receptory v CNS: CB1 a CB2

Proč ale konopí jako analgetikum funguje není ještě plně známo.

- Mechanismus komplexního účinku není však zcela objasněn
- Prokazatelný efekt je u onkologické a neuropatické

Lékař musí být zaregistrován do systému SAKL, současně jsou dané odbornosti a indikace

SAKL

STÁTNÍ AGENTURA PRO KONOPÍ
PRO LÉČEBNÉ POUŽITÍ

🏠
PĚSTITELÉ
DISTRIBUTOŘI A DOVOZCI
LÉKAŘI
LÉKÁRNÍCI
PACIENTI
KONOPÍ

IPLP S OBSAHEM KONOPÍ

VYSTAVENÍ ERECEPTU

NOVINKY

📄 Druhou dodávku léčebného konopí SÚKL nevykoupí, pěstitel nedoložil jeho kvalitu

SÚKL informuje o tom, že druhá dodávka konopí pro léčebné použití od pěstitele nebude vykoupěna.

INDIVIDUÁLNĚ PŘIPRAVOVANÉ LÉČIVÉ PŘÍPRAVKY S OBSAHEM KONOPÍ PRO LÉČEBNÉ POUŽITÍ

Individuálně připravovaný léčivý přípravek s obsahem konopí pro léčebné použití (dále jen „IPLP s obsahem konopí“) se předepisuje (podle § 80 zákona č. 378/2007 Sb., o léčivech, v platném znění) **výhradně formou elektronického receptu s omezením** (dále jen „eRecept s omezením“). **Aplikace pro předepisování a výdej individuálně připravovaných léčivých přípravků s obsahem konopí pro léčebné použití prostřednictvím elektronických receptů je dostupná na adrese: <https://erecept.sukl.cz>.** Součástí aplikace je zároveň návod pro práci se systémem. S veškerými změnami, které se týkají nové spuštění aplikace, prostřednictvím které je možné předepisovat a vydávat elektronické recepty s omezením, se seznámíte na: <http://www.sukl.cz/sukl/sukl-spustil-aplikaci-pro-predepisovani-a-vydej-lecebneho>

IPLP s obsahem konopí lze předepsat, vydat a použít pouze v souladu s vyhláškou č. 236/2015 Sb., o stanovení podmínek pro předepisování, přípravu, distribuci, výdej a používání individuálně připravovaných léčivých přípravků s obsahem konopí pro léčebné použití (dále jen „vyhláška o konopí“).

Pro kontrolu omezení stanovených vyhláškou je podle § 81 a zákona o léčivech zřízen registr pro léčivé přípravky s omezením a Ústav je jeho správcem.

V příloze č. 1 vyhlášky jsou uvedeny druhy konopí pro léčebné použití.

Tabulka č. 1

bolesti (snad principem neuroplasticity, wind up fenomén, sprouting, hyperexcitabilita)

- Příznivý účinek u SM a HIV asociované neuropatie
- U onkologických pacientů je vítán i antiemetický účinek, zlepšení chuti k jídlu a zlepšení kvality spánku
- Sativex (nabiximimols) – cannabis Based medicine (extrakt z Cannabis Sativa (THC a CBD) – prokázaný efekt u neuropatické, pooperační a onkologické bolesti

Aplikační formy

- Perorální - úprava v pokrmu (pečená čokoláda, v lékárně připravované kapsle)
 - Počáteční dávka 0,0625 -0,125 g konopí/kapsle 1x večer
 - Postupná titrace
- Inhalační – vaporizér, cena 400 euro

Jak se ke konopí jako pacient dostanu

Lékař musí být zaregistrován do systému SAKL, současně jsou dané odbornosti a indikace

Indikace	Specializovaná způsobilost lékaře
chronická neutišitelná bolest (zejména bolest v souvislosti s onkologickým onemocněním, bolest spojená s degenerativním onemocněním pohybového systému, systémovým onemocněním pojiva a imunopatologickými stavy, neuropatická bolest, bolest při glaukomu)	klinická onkologie radiční onkologie neurologie paliativní medicína léčba bolesti revmatologie ortopedie infekční lékařství vnitřní lékařství oftalmologie dermatovenerologie geriatrie
spasticita a s ní spojená bolest u roztroušené sklerózy nebo při poranění míchy, nebolestivá úporná spasticita zásadním způsobem omezující pohyb a mobilitu, nebo dýchání pacienta, mimovolně kinézy způsobené neurologickým onemocněním a další zdravotní komplikace, mající původ v neurologickém onemocnění, nebo úrazu páteře s poškozením míchy, či úrazu mozku, neurologický třes způsobený Parkinsonovou chorobou a další	neurologie geriatrie

Zajímavá přednáška ukázala často diskutovanou a možná i trochu mytizovanou alternativu v jasných, indikovaných případech.

Ve druhé přednášce MUDr. Hakl zopakoval charakteristiky neuropatické bolesti a obrátil pozornost k pregabalínu.

Neuropatická bolest vzniká lézí nebo dysfunkcí somato-senzorického nervového systému.

Tento typ bolesti nevyžaduje stimulaci bolestivých receptorů jako u nociceptivní bolesti, i když současná stimulace může tuto bolest zvýrazňovat. U neuropatické bolesti bývá i motorický či senzitivní

deficit.

Dělení neuropatické bolesti:

- Stimulovaná
- Alodynie
- Hyperalgie
- Spontánní
- Kontinuální
- Paroxysmální
- Intermitentní

Popis neuropatické bolesti

Ostrá palčivá, řezavá bolest, často udávaná noční maxima bolesti. Zejména při periferním postižení porucha citlivosti v bolestivé oblasti nebo naopak zvýšená citlivost, bolestivé vnímání jinak nebolestivých stimulů.

Může vznikat až s několikaletým odstupem od vzniku léze. Přítomnost poškození nervového systému není podmínkou.

Výskyt je popsán v následující tabulce.

- 1–8% veškeré populace, s věkem stoupá
- 5 % všech úrazů periferních nervů
- 50 % pacientů s diabetickou neuropatií starších 60 roků
- 8 % pacientů s ischemickou CMP
- 30 % pacientů po traumatickém poškození míchy
- 28 % pacientů s roztroušenou sklerózou

Novinky v léčbě:

- Tapentadol – duální analgetický účinek – agonista na μ opioidních receptorech, blokátor zpětného vychytávání noradrenalinu v synapsích CNS
- Analgetická potence na pomezí slabého a silného opioidu

Lokální léčba neuropatické bolesti

Versatis

- 5% lidokain v náplasti
- Základní indikace – postherpetická neuralgie s alodynii
- Náplasti velikosti 10x14 cm, 1 balení = 30 ks
- Maximální pokrytí 3 náplasti
- Aplikace 1x denně (12 hodin aplikace, 12 bez náplasti)
- Výhody: bez systémového vstřebávání, bez vedlejších účinků, možnost kombinace s analgetiky a koanalgetiky

Kapsaicin (Quetenza)

- Velikost 14 x 20 cm
- Indikace: periferní neuropatická bolest s výjimkou diabetické PNP
- Nově řazena mezi léky 2. volby (po antikonvulzivech)
- Preskripční omezení algeziologie, neurologie
- Zanedbatelná systémová distribuce v organizmu
- Zanedbatelné vstupy do lékových interakcí
- Kompatibilita s veškerou ostatní analgetickou medicínou, lze používat s gabapentiny
- Aplikace 1x za 3-6 měsíců
- Ojedinele zázračný efekt – VAS 0
- Terapeutická odpověď jasná obvykle do 1-2 týdnů

Opět zaznělo nejen opakování jasných schémat, ale i pohled na novinky v léčbě neuropatické bolesti, právě i s tím faktem, že se jedná o přípravky vázané na odbornost.

Součástí našeho života je bolest, součástí bolesti je smutek, a právě smutek, který se stává nemocí, byl tématem další přednášky MUDr. Jana Hubeňáka, Ph.D., z psychiatrické kliniky FN Hradec Králové.

Opět zopakoval fakta a hodnotící kritéria

- Deprese dle etiologie a průběhu
- Depresivní porucha (major depression, MDD)
- Periodická depresivní porucha
- Porucha přízpůsobení
- Organická depresivní porucha
- Reziduální porucha nálady ve spojitosti s užíváním návykových látek
- Depresivní fáze bipolární afektivní poruchy
- Depresivní typ schizoafektivní poruchy
- Deprese poporodní

Dysthymie

Deprese

- celosvětově patří mezi top 10 příčin pracovní neschopnosti
- prevalence stoupá v rozvinutých zemích
- nejčastější příčina sebevraždy (v ČR cca 1500/rok)
- deprese přítomna až u 10 % pacientů v ordinacích praktických lékařů
- komorbidita deprese po cévních mozkové příhodě a infarktu myokardu je 40-50 % nemocných
- velmi častá u onkologických a chronických zánětlivých onemocnění

Diagnostika pohovorem

Jednoduché dvě otázky

Otázky:

1. Trápila (obtěžovala, tížila) vás v období posledního měsíce smutná nebo pokleslá nálada nebo pocity beznaděje?
2. Trápil (obtěžoval, tížil) vás v období posledního měsíce malý zájem nebo malé potěšení při práci a ostatních činnostech?

Pokud je alespoň 1 kladná odpověď nebo podezření na neupřímnou odpověď, pak pokračujeme diagnostikou deprese.

Jak se přiblížit diagnóze deprese

Nutná je přítomnost 2 hlavních a alespoň dvou vedlejších příznaků. Musí trvat alespoň 2 týdny po většinu dnů a většinu času během dne. Trvání kratší než 2 týdny je možné, pokud jsou symptomy neobvykle výrazné a mají prudký začátek.

Hlavní:

1. přetrvávající smutek nebo pokleslá nálada
2. výrazné snížení zájmu či schopnosti prožívat potěšení v aktivitách, které dříve pacienta těšily
3. pokles energie ústící do zvýšené únavnosti a snížené aktivity, výrazná únavnost i po pouze malém úsilí.

Vedlejší:

1. snížená schopnost soustředění a pozornosti
2. snížené sebehodnocení a sebedůvěra
3. pocity neopodstatněné viny a nehodnosti
4. smutné a pesimistické výhledy do budoucnosti
5. myšlenky nebo pokusy o sebepoškození nebo sebevraždu
6. porucha spánku (snížení nebo zvýšení v porovnání k předchozímu stavu/pacientově dlouhodobé normě)
7. snížená chuť k jídlu

V další části své přednášky zmínil indikaci k antidepresivu trazodon, které se objevuje ve výhodné formě s pomalým uvolňováním.

Vypíchl některá fakta, která jsou podkladem pro rozhodování při volbě antidepresiva:

TCA → sucho v ústech, močová obstrukce

SSRI → antidepresivní nonresponse, trvá insomnie, anhedonie, hypobolie, sexuální dysfunkce

SNRI → trvá úzkost, trvá insomnie

DNRI → antidepresivní nonresponse, trvá úzkost, trvá insomnie

NaSSA → rozvoj obezity, hyperglykémie

Opět se jednalo o zopakování diagnostických kritérií a o pohledu na posun v nasazování antidepresiv nové generace.

Užitečné informace jsou to, i pokud je lék preskripčně vázán, je přínosné vědět jaké možnosti můžeme nabídnout pacientovi my a kdy je vhodné a výhodné kontaktovat odbornou ambulanci. Obě témata toto na sto procent splnila a doplnila naše rozhodovací algoritmy. Současně je již léčba bolesti prakticky tradicí na jarních konferencích, věřím, že tomu tak bude i nadále. A jak jsem se zmínil výše a jak je známo: život není jen sen a deprese, smutek je součástí bolesti, bolest je součástí našich životů; čím více se o bolesti a smutku dozvíme, tím více můžeme naše životy zlepšit.

Použito přednášek, které zazněly na Jarní interaktivní konferenci SVL v Praze ve dnech 26. 4. 2019 – 28. 4. 2019

MUDr. Marek Hakl, Ph.D.: Neuropatická bolest pod taktovkou praktických lékařů

MUDr. Marek Hakl, Ph.D.: Konopí v léčbě chronické bolesti

MUDr. Jan Hubeňák, Ph.D.: Život není jen sen

Etika a zodpovědnost – toť otázky



MUDr. Bohumil Skála, Ph.D.

Praktický lékař Lanškroun, člen výboru SVL ČLS JEP

Vzpomněl jsem si na kolegu lékaře. Když jsme před více než 25 lety začínali jako soukromí lékaři, každý z nás měl nějaké představy, současně ale prostředí bylo značně nejisté a možnost podnikat najednou byla velká. Kolega se dal na uzavírání pojistek, pojistná smlouva na zdraví, na život, na úrazy byla to, co ho zaujalo. Takže napřed s pacientem probral jeho nemoc, jeho potíže a pak mu s pokyváním hlavou, se zdviženým obočím nabídl kromě léků také řešení: pojistku na život a smrt.

Je to zapeklitá situace: lékař pořád je jakýmsi arbitrem nejen zdraví, ale i autoritou: a tak mám, nebo nemám se pojistit? Abych se pana doktora nedotkl.

Šel čas, nevím jak a kde kolega skončil, třeba se věnuje pojišťovací činnosti, a ne medicíně, jen mi tuto vzpomínku něco oživilo v nedávné době.

Hovoříme o změně postojů a vztahů lékař a pacient, již neplatí tak jasně, že zdraví pacienta je nejvyšší zákon, ale je deklarováno, že pacient je ten, kdo určuje, kam bude naše práce směřovat. Nic to ale nemění na tom, že pořád je povolání lékaře chápáno jako podmíněný vztah lékař – autorita – snad i etika.

Na jednom z posledních setkání výboru společnosti šel čas a program ruku v ruce. Najednou zazněla banální

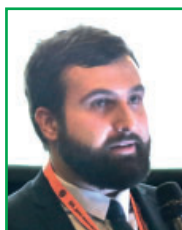
informace: zpráva o konferenci Mladých praktiků, a zde najednou slyším (a myslím si, nejen já), jak je chválen program, a najednou ještě více: je chválen náš starší kolega, který byl pozván, aby pronesl přednášku, příspěvek. Pravdou je, že nevím, o čem měl mluvit: leč mladý kolega ho chválil za myšlenky v jeho příspěvku, které se týkaly odpovědnosti lékaře vůči svým pacientům a jakési povinnosti pacienty vychovávat: ale ne medicínsky, leč kultivovat je kulturně, politicky... prostě dávat jim do čekárny časopisy, které jsou na úrovni. Pouštět jim tu správnou muziku na úrovni. Vzhledem k tomu, že jsme zemí s nejpočetnějšími kontakty u lékaře, čeká se dlouho, je pravděpodobné, že správná hudba, správná literatura, proložená správným filmem jistě dopadne na úrodnou půdu – ať pacient chce, nebo nechce...

Pravdou ovšem zůstává, že o tom, co je správné, vzdělávající a kultivující, rozhodne onen lékař každý sám za sebe. No a jak rozhodne? Zde by bylo na místě vytvořit doporučený postup, jak vychovávat pacienty ke správnosti, možná by se kolega ujal jeho tvorby.

Kolega, který pojišťoval své klienty, když s nimi probral jejich nemoc a vyhlídky, asi nejednal příliš čistě. Věřím, že interpretace příspěvku našeho kolegy byla posunuta do nadsázky: neboť pokud byla myšlena vážně, pak hovořit o etice a ruku v ruce toto vypustit z úst, je více než gramaticky míněný protimluv.

Bože, chraň nás před spasiteli, a bože, nedopusť, aby svoje spasitelské myšlenky šířili dál. Mladí kolegové se od nás mají učit řemeslo, znalostí teoretických mají více než my. Naším úkolem není radit pacientovi, které umělecké dílo je správné, která politická strana je správná, co má dělat, jak to má dělat. Naším úkolem je ukázat jemu i sobě cestu k životu, ke zdraví, k radosti. Ale každý tu cestu má jinou, nemám právo říkat, která cesta je ta správná a která je ta jediná správná.

Osmotická laxativa v terapii zácpy



MUDr. Martin Wasserbauer

Interní klinika 2. LF UK a FN Motol, oddělení gastroenterologie, FN Motol, Praha

Definice

Zácpa je jedna z nejčastějších gastroenterologických obtíží v běžné populaci a výrazný faktor zhoršené kvality života^{1,2}. Prevalence obstipace v populaci činí 12–19%^{3,4}. U seniorů je však její prevalence výrazně vyšší, a to 24–50 %⁵⁻⁷. Zácpa je nejčastěji definována jako tři a méně stolic za týden. Často však není problémem jen snížená frekvence stolic. Z dostupných dat vyplývá, že až 60 % pacientů udávající obstipaci, mělo stolicí denně⁸. Na zácpu je tedy nutné pohlížet komplexněji. Tento komplexní pohled je zohledněn v poslední (čtvrté) verzi Římské klasifikace funkčních onemocnění, kde je poukazováno i na další charakteristiky zácpy mimo pouze snížené frekvence stolic za týden, a to konkrétně na: hrdkovitou či tvrdou stolicí, namáhavou defekaci, pocit inkompletního vyprázdnění, pocit překážky a nutnost použití manuálních manévru k evakuaci stolice.

Diagnostika

Zácpu můžeme klasifikovat jako primární (idiopatickou) a sekundární. Sekundární obstipace provází řadu onemocnění. Těmito onemocněními jsou některá neurologická onemocnění (např. Parkinsonova choroba), organické překážky v gastrointestinálním traktu (např. kolorektální karcinom), některé endokrinopatie (např. hypotyreóza) a další. Sekundárně mohou způsobit zácpu i některé léky (např. antidepressiva, diuretika, preparáty železa, opiáty). V přístupu k pacientovi se zácpou je nutné vždy pomýšlet na možnou organickou/sekundární příčinu zácpy. V tomto nám mohou pomoci tzv. alarmující příznaky. Při jejich přítomnosti musíme k pacientovi přistupovat jako k suspektní organické/sekundární příčině zácpy. Těmito příznaky jsou pozitivní test na okultní krvácení, přítomnost enterorrhagie, symptomy poruchy pasáže gastrointestinálním traktem, akutní vznik zácpy, váhový úbytek, změna

kalibru stolice a anemický syndrom. Při přítomnosti alarmujících příznaků je vždy nutné důkladné a rychlé vyšetření pacienta. Organická příčina zácpy je přítomna u cca 10 % pacientů se zácpou. V diagnostice, jak z výše uvedeného vyplývá, je tedy zásadní kvalitně odebraná anamnéza a fyzikální vyšetření (včetně vyšetření per rectum!). Zejména při přítomnosti „alarmujících příznaků“ je nutné vždy doplnit další vyšetření: endoskopické metody (koloskopie), základní laboratorní odběry (krevní obraz, glykémii, renální parametry, kalcium, parametry štítné žlázy), RTG metody (transit time kolon či defekografie) či při suspekci na dominující defekační dysfunkci i anorektální manometrii.

Terapie

Mezi základní modalitiny léčby zácpy řadíme režimová opatření, dietní opatření a podávání laxativ. U pacientů s prokázanou defekační dysfunkcí je možné užití technik biofeedbacku. Vzácně může být v rámci terapie zácpy přistoupeno i k dalším možnostem léčby, jakými jsou subtotální kolektomie s ileorektální anastomózou u pacientů s refrakterní zácpou a pomalým transit timem střevním^{9,10}. Prvním a zásadním krokem v léčbě obstipace je edukace pacienta stran režimových a dietních opatření. Mezi stěžejní body režimových opatření terapie zácpy patří: dostatek času na defekaci, stolicí neodkládat a dále i dostatek pohybu. Dále je nutné pacienty upozornit na pravidelný režim defekace v určitou denní dobu - na tzv. gastrokolický reflex. Podstatou tohoto fenoménu je souvislost iniciace defekace s podmíněným reflexem. Je prokázáno, že motorická aktivita kolon je více aktivní do 2 hodin po probuzení a po snídání¹¹. Mezi základní dietní opatření řadíme dostatečný příjem tekutin, i když poslední data ukazují nepřesvědčivý význam v terapii zácpy oproti tradičně uváděnému zásadnímu vlivu^{12,13}. Jistě je ale nutné pacienty upozornit na nutnost vyvarovat se příjmu černého čaje a kakaových a slazených nápojů. Druhým zásadním dietním doporučením je dostatečný příjem vlákniny. Vláknina má zásadní úlohu v terapii zácpy - zvětšuje masu stolice a podporuje střevní mikroflóru. Při suplementaci vlákniny můžeme využít potravin s jejím vysokým obsahem (otruby, pohanka, celozrnné pečivo, fazole a další) či potravinové doplňky s vlákninou (Psyllium, Lopicol). Doporučený denní příjem vlákniny činí 20–35g. Jistě však nelze opomenout nežádoucí účinky zvýšeného příjmu vlákniny ve stravě, jakými jsou meteorismus a flatulence.

Klasifikace laxativ

- Objemová laxativa
 - Psyllium, metylcelulóza
- Osmotická laxativa
 - Polyethylenglykol (FORLAX), laktulóza (DUPHALAC, LACTULOSA), sorbitol, magnesium sulfát/citrát
- Stimulační laxativa
 - Bisacodyl (BISACODYL, DULCOLAX, FENOLAX), senna (EUCARBON), natrium pikosulfát (GALLAX, GUTTALAX)
- Ostatní
 - Linaclotid (CONSTELLA), naloxegol (MOVENTIG), metylnaltrexon (RELISTOR), prukaloprid (RESOLOR), dokusát (YAL klyзма), glycerinové čípky

Laxativa

V uvedené tabulce uvádíme klasifikaci v České republice dostupných laxativ.

Pouze krátce se v úvodu zmíníme o stimulačních laxativech, mezi které řadíme Bisacodyl, Senna a Natrium pikosulfát. Mechanismem účinku těchto laxativ je stimulace motility kolon, ale nutné je upozornit na možné nežádoucí účinky při jejich chronickém užívání (hypokalémie, protein-losing enteropatie). Další skupinou laxativ jsou objemová laxativa (psyllium, metylcelulóza). Jedná se o přirozené či syntetické polysacharidy či deriváty celulozy, které absorbují vodu a zvětšují tím objem stolice. Ve specifických indikacích mohou být užívána i další laxativa, kterými jsou linaclotid u vysoce refrakterní zácpy či metylnaltrexon u opioidy indukované zácpy. Stejně pozornost ovšem dále budeme věnovat skupině osmotických laxativ. Osmotická laxativa svým mechanismem účinku zvyšují objem vody ve stolici a tím zvyšují i frekvenci stolic.

Do skupiny osmotických laxativ řadíme:

- Polyethylen glykol (PEG) - makrogol
- Syntetické disacharidy - laktulóza
- Salinická laxativa - Magnesium citrát/magnesium sulfát

Magnesium citrát/magnesium sulfát se s ohledem na jejich hyperosmolaritu nedoporučují užívat dlouhodobě. Laktulóza je velmi široce užívané laxativum. Jde o syntetický disacharid, který působí dvěma hlavními mechanismy. V tenkém střevě nedochází k jeho absorpci a ani metabolizaci, a tím zde díky osmotickému efektu působí retenci vody a elektrolytů. V tlustém střevě je poté fermentován bakteriemi střevní mikroflóry a vzniklé metabolity hrají rovněž roli osmotickou ale navíc díky změně pH stimulují peristaltiku. U laktulózy je prokázáno, že zvyšuje frekvenci stolic za den^{14,15} a má

příznivý efekt na mikroflóru střevní¹⁶. Hlavní nevýhodou laktulózy je možný vznik nežádoucích účinků ve smyslu nadýmání a flatulence.

Polyethylenglykol (PEG) v terapii zácpy

PEG není v gastrointestinálním traktu absorbován ani metabolizován. Upravuje transit time kolon a frekvenci stolice¹⁷ a zlepšuje konzistenci stolice¹⁸. Výhodou je jeho minimální efekt na mikroflóru střevní¹⁹ a absence klinicky relevantních elektrolytových změn v organismu²⁰. Efektivita PEG byla zkoumána v mnoha studiích. Signifikantní efekt PEG byl prokázán ve zvýšení počtu stolic za den, v méně namáhavém vyprazdňování a v menší nutnosti užití záchranných laxativ a to v krátkodobém²¹, ale i dlouhodobém horizontu užívání této medikace²².

PEG je indikován jako laxativum 1. volby u pacientů s chronickou zácpou²³⁻²⁵. Prokázal vysokou efektivitu nejen v úpravě frekvence ale i konzistence stolice (26), je pacienti i velmi dobře tolerován^{27,28}, což je klíčový atribut v dobré compliance s léčbou.

PEG má rovněž zásadní roli ve fekální desimpakci jako úvodní nárazová léčba²⁹⁻³³. Po 72 hodinách došlo k desimpakci stolice u 81.3 % (CI 95%, 77.4-95.6 %) ²⁹ a 89.3 % (CI 95 %, 75.3-94.4 %) ³⁰ pacientů, a to bez prokázaných nežádoucích účinků.

Doporučená denní dávka PEG (u nás dostupný jako Makrogol 4000 FORLAX 4g či 10g) je 10–20g. Nespornou výhodou preparátu je možnost titrace dávky dle jeho efektu. Vyšší dávky mohou inklinovat k nadýmání, flatulenci či křečím. Efekt PEG se dostaví často až za 24–48 hodin užívání, ale je prokázáno, že jeho efektivita se dále v čase nesnižuje^{34,35}. Další výhodou je možnost používat tento preparát v těhotenství a při kojení a je rovněž vhodný u diabetiků.

Řada klinických studií se zaměřila na porovnání dvou nejčastěji používaných laxativ, a to polyethylenglykolu a laktulózy. Ve většině studií byl PEG prokázán jako více efektivní (vyšší počet stolic/týden, lepší konzistence stolice dle Bristolské škály a další) a měl rovněž méně nežádoucích účinků (zejména nadýmání)(36-38). Některé studie sice superioritu PEG neprokázaly (39,40), ale zároveň neprokázaly v terapii zácpy ani jeho inferioritu. Bylo prokázáno, že při terapii PEG došlo k méně fekálním impakcím a byla vyžadována nižší nutnost užití další „záchranné“ medikace laxativ^{38,41}. Studie se rovněž zaměřily na rychlost transit time trávicím traktem (měřeno scintigraficky), při kterých PEG prokázal oproti laktulóze rychlejší transit time⁴². Velmi názorná je při porovnání efektivity těchto laxativ multicentrická randomizovaná studie z Francie, která porovnávala PEG vs. laktulózu u 99 pacientů léčených 4 týdny³⁶. Skupina užívající PEG prokázala větší počet stolic denně

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

(1.3 versus 0.9, $p < 0.005$), pokles v namáhavosti stolice (0.5 versus 1.2, $p < 0.0001$), větší spokojenost s defekací (7.4 versus 5.2, $p < 0.01$) a menší flatulenci (3.8 versus 9.2, $p = 0.01$). Zajímavým faktem je rovněž nutnost nižšího počtu ekvipotentních dávek PEG než laktulozy (PEG 1.6, laktuloza 2.1 dávek denně, $p < 0.001$).

Stručné doporučení terapie zácpy:

1. Akutní desimpakce stolice je-li třeba
 - PEG v plné dávce (event. přidat stimulační laxativa, dokusát klyzma, glycerinový čípek, mechanická desimpakce...)
2. Dietní a režimová opatření + vyloučit podíl lékových a sekundární
3. Dlouhodobá (či on demand) terapie laxativy – PEG jako 1. volba, event. laktuloza
4. Při inefektu přidat další laxativa (bisacodyl, dokusát, natrium pikosulfát...), event. referovat do GE centra
5. Dle vývoje klinického stavu postupné vysazení/redukce dávek laxativ

Závěr:

Zácpa je jednou z velmi častých obtíží pacientů v běžné klinické praxi a výrazně zhoršuje kvalitu života. Velmi důležitým krokem je vyloučení organické a jiné sekundární příčiny zácpy. Základními prvky v terapii zácpy jsou režimová a dietní opatření. V krátkodobé i dlouhodobé terapii primární zácpy a i v řešení a prevenci fekální impakce u dospělých i dětí je PEG laxativem 1. volby. PEG prokazuje v dostatku studií superioritu nad ostatními běžně dostupnými laxativy a je laxativem vysoce bezpečným s dobře ovlivnitelnými nezávažnými nežádoucími účinky pouze úpravou dávky.

Literatura k dispozici u autora

I N Z E R C E

Velmi dobře zavedená ordinace praktického lékaře v centru Prahy 1, v budově polikliniky, přijme zkušeného lékaře/ku, pro spolupráci na zkrácený pracovní úvazek (1-2 dny v týdnu – dle dohody).

Svá CV zasílejte na hajna@alfaclinic.cz

8. EURIPA Rural Health Forum, 14.–16. 11. 2018, Maale Hahamisha, Izrael aneb postřehy o venkovském lékařství v Evropě

MUDr. Kateřina Javorská, MUDr. David Halata

Pracovní skupina venkovského lékařství SVL ČLS JEP
Členové organizace EURIPA (European Rural and Isolated Practitioners Association - Evropská společnost venkovského lékařství)

Téma fóra: "Výzvy v péči o zranitelnou a stárnoucí populaci ve venkovském prostředí"

Úvodním slovem zdůraznil prezident EURIPA Jean-Pierre Jacquet, důvody, proč je potřeba venkovském lékařství věnovat pozornost.

Pozvání k účasti přijala také Anna Stavdal - WONCA World President Elect - nově zvolená šéfka všech praktiků světa, která pronesla úvodní řeč, všechny tři dny byla s účastníky kongresu, pozorně naslouchala aktuálním problémům venkovského lékařství a následně všechny přítomné překvapila při zakončení konference shrnutím úlohy venkovského lékařství v rámci celého oboru.

Diskutovanými tématy byly mj. problematika sdružených praxí s důrazem na úskalí přílišného překlápění kompetencí na jiný zdravotnický a pomocný personál. Zdravotní sestry jsou mnohdy velmi zkušené, ale v řadě případů skutečně nemohou nahradit praktického lékaře. Praktický lékař by měl být koordinátorem poskytované péče se všemi souvisejícími aspekty, pro které je základem odborná kvalifikace a kompetence.

Téměř evergreenem se stává na všech mezinárodních konferencích burn out syndrom, je aktuální ve všech zemích Evropy, kdy lékaři a ostatní zdravotníci čelí velkým nárokům v souvislosti s vykonáváním svého povolání.

Velice inspirativním tématem je tzv. social prescribing, neboli sociální preskripce, což je termín pro doporučení jiných, než zdravotnických postupů v léčbě pacientů, zejména chronicky nemocných a v sociální izolaci, systémem zdravotní péče. Například ve Velké Británii praktici běžně doporučují místo medikace kurzy cvičení, malování, zahradničení, nordic walking, dobrovolnické aktivity apod. Jejich zkušenosti ukazují, že sociální preskripce dokáže snížit počet návštěv praktického lékaře a taktéž snížit čerpání sekundární péče, což jistě stojí minimálně z ekonomického hlediska za pozornost.

Dánští kolegové představili svůj Journal club. Projekt na zvýšení gramotnosti praktických lékařů v otázce vědeckého přístupu. Jejich jednoduché nástroje mohou pomoci lékařům naučit se kriticky analyzovat vědecký článek a správně dále pracovat s daty ve své každodenní klinické praxi.

Útek mladých lidí za prací z venkova do městských sídel a dopad tohoto jevu na venkovské komunity se

proplétal řadou sdělení. V Německu mají již 5 letou zkušenost s dobrovolnými 14 denními stážemi studentů LF ve venkovských praxích a daří se jim takto zvyšovat zájem mladých lékařů o venkovskou praxi. Do této oblasti patřilo i naše sdělení o mapování motivačních faktorů mladých lékařů pro práci na venkově. Ověřili jsme si, že opravdu nejde jen o odborné zázemí, ale že venkovu je potřeba věnovat komplexní pozornost, protože mezi první faktory patří zabezpečení adekvátní kvalifikované práce pro partnera lékaře a zabezpečení kvalitních škol pro děti, až na třetím místě jsou mezi motivačními faktory finance a jednorázová finanční podpora pro otevření praxe. Dotazníkové šetření z České republiky vzbudilo zájem zástupců EURIPA a již nyní běží projekt MEADOW (Motivating young European DOctors for rural Work) s oficiální podporou EURIPA jako pilotní šetření ve 4 evropských zemích.

Foto: Kateřina Javorská, David Halata, 8. EURIPA Rural Health Forum, 2018, Maale Hahamisha, Izrael



Náš český projekt „GO RURAL“ dostal mezinárodní rozměr, kolegové z Evropy by byli rádi, kdybychom se navzájem do svých ordinací pozvali, abychom zakusili naživo specifika venkovských ordinací v jednotlivých evropských zemích, což je jistě velice inspirující myšlenka.

Velice překvapivý výstup mělo sdělení Dr. Mohamada Morada z Izraele o organizaci venkovské péče v beduínské populaci v Nagevské poušti. Nejenom, že se samotné téma rozdílného lékařského přístupu k izolované populaci je zajímavé, ale přednášející nás po přednášce přivítal perfektní češtinou s tím, že studoval medicínu v Brně a do Izraele si z Vyškova přivezl manželku. A právě manželka jej vyslala na konferenci, protože tam budou i Češi.

Zajímavých sdělení byla řada, např. lékař, který slouží v odlehlých oblastech Kanady, nám popisoval, jakou



ních, protože globální úroveň podle ní neexistuje, je jen spousta úrovní lokálních, které potom tvoří celek. Lidé potřebují EURIPu, aby mohla lépe šířit a podporovat myšlenky venkovského lékařství. Doporučuje zaměřit se na ženy, které budou brzy považovány za základní pracovní sílu v praktické venkovské medicíně, také zapojení samotných pacientů a pacientských organizací do péče o jejich vlastní zdraví ve vlastní komunitě je cestou,

Foto: Mohammed Morad, Kateřina Javorská, David Halata, 8. EURIPA Rural Health Forum, 2018, Maale Hahamisha, Izrael – svět je malý.



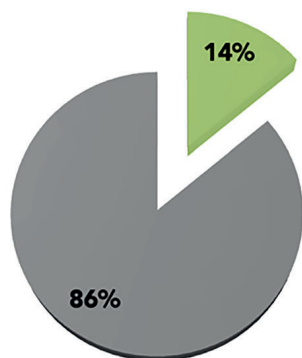
strastiplnou cestu musela absolvovat jeho pacientka, aby se dostala do nemocnice k chirurgickému zákroku. Byli jsme taktéž navštívit jednu izraelskou ordinaci. President elect WONCA World Anna Stavdal konferenci uzavřela svým výstižným shrnutím. Více lidí potřebuje EURIPu, aby si lidé lépe rozuměli, aby si předávali zkušenosti, navazovali spojení, organizovali výměnné pobyty, sdíleli znalosti a zkušenosti na lokálních úrov-

nerou bychom se měli ubírat do budoucna. Posledním přáním bylo, aby každý přivedl dalších 5 mladých kolegů na příští fórum, které se bude konat na Azorských ostrovech 7. - 9. listopadu 2019, tak doufáme, že v listopadu na další venkovskou konferenci již nepojedeme sami.

Jaký je zájem mladých všeobecných praktických lékařů o práci venkovského lékaře?

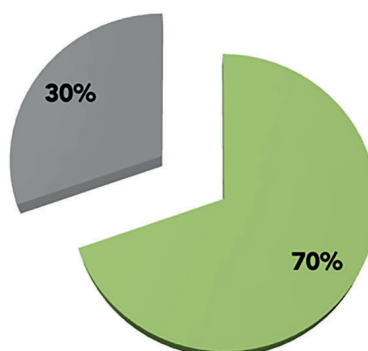
Pfeiferová M, Halata D, Javorská K, Štolfa J, Býma S

Dostalo se k Vám dostatek informací o venkovském lékařství během studia LF či předatestační přípravě?



■ Ano ■ Ne

Uvítal/a byste krátkodobou stáž na venkovské praxi jako součást předatestační přípravy?



■ Ano ■ Ne



Vážení čtenáři a řešitelé testů,

dle nového Stavovského předpisu České lékařské komory č. 16, podle § 5 přílohy č. 1, jsou od 1. 7. 2012 všechny znalostní testy v odborných časopisech hodnoceny jednotně, a to 2 kredity. Za správné vyřešení testu budou řešitelům přiděleny **2 kredity ČLK**. Podmínkou ČLK pro přidělení kreditů je zaslání odpovědi v písemné podobě na odpovědním lístku nebo elektronicky na www.svl.cz, a to **nejpozději do 30. 7. 2019**.

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 5/2019: 1c, 2a, 3b, 4c, 5a, 6ab, 7ac, 8c, 9b, 10b

ZNALOSTNÍ TEST JE HODNOCEN 2 KREDITY ČLK

1. Které činnosti spadají do zásahu do tělesné integrity?

- a) očkování
- b) vyšetření očí
- c) podání ruky

2. Jakou formu musí mít informovaný souhlas ze zákona?

- a) písemnou
- b) ústní, kde zákon stanoví, je nutná písemná
- c) forma není rozhodující

3. Které s následujících osob mohou informovaný souhlas udělit za pacienta:

- a) zákonný zástupce
- b) podpůrce
- c) cizí osoba, osvědčil-li mimořádný zájem

4. Pokud má pacient recidivující silné závratě trvající několik hodin, během kterých se mu zhorší sluch a objeví tinnitus charakteru hučení v jednom uchu:

- a) pomýšlíme na benigní paroxysmální polohové vertigo, které diagnostikujeme a léčíme pomocí polohovacích manévrů
- b) pomýšlíme na Ménirovu chorobu a pacienta odešleme k ORL vyšetření
- c) pomýšlíme na tranzitorní ischemické ataky ve vertebrobazilárním povodí a pacienta odešleme na neurologii

5. Benigní paroxysmální vertigo diagnostikujeme:

- a) pomocí anamnézy a neurologického vyšetření včetně CT
- b) pomocí anamnézy a ORL vyšetření včetně audiometrie
- c) pomocí anamnézy a polohovacích manévrů, které může provést i praktický lékař

6. V terapii Ménirovoy choroby se uplatňují:

- a) betahistinové preparáty
- b) kortikosteroidy a antiemetika
- c) chirurgické postupy

7. Rezistence k penicilinu u Streptococcus pyogenes:

- a) rezistence k penicilinu v ČR stoupá
- b) rezistence k penicilinu se nevyskytuje
- c) rezistence k penicilinu je podmíněna produkcí beta-laktamázy

8. Lékem volby u nekomplikované cystitidy je:

- a) kotrimoxazol
- b) nitrofurantoin
- c) cefuroxim

9. Pneumokoky jsou rezistentní k penicilinu v důsledku:

- a) zisku mecA genu
- b) produkce betalaktamázy
- c) změny penicilin vázících proteinů (PBP)

10. Indapamid ze všech diuretik:

- a) má nejmenší saluretický účinek
- b) má největší dilatační účinek na cévní stěnu
- c) je metabolicky neutrální

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. 06/2019

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 |

Vzdělávací semináře

v září 2019



SVL ČLS JEP

Hlavní témata

Léčba žilní insuficience

den	datum	čas	město a místo konání
čtvrtek	5. 9.	16–20	Clarion Grandhotel Zlatý Lev, Gutenbergova 3, Liberec 1
sobota	7. 9.	9–13	Kancelář veřejného ochránce práv, Údolní 39, Brno
sobota	7. 9.	9 – 13	Teoretické ústavy LF UP Olomouc (nová budova TÚ), Hněvotínská 3, Olomouc
pondělí	9. 9.	16.30–20.30	Aula SZŠ, Příluky 372, Zlín
úterý	10. 9.	16–20	Hotel Zlatá Štika, Štrosova 127, Pardubice
středa	11. 9.	16–20	Hotel Theresia, Na Petříně 991, Kolín
čtvrtek	12. 9.	16.30–20.30	Hotel "U Šimla", Závodní 1, Karlovy Vary
čtvrtek	12. 9.	16–20	Nové Adalbertinum, Velké náměstí 32, Hradec Králové
čtvrtek	12. 9.	16–20	Clarion Congres Hotel, Špitálské náměstí 3517, Ústí nad Labem
středa	18. 9.	17–21	presbytář Hotelu Gustav Mahler, Křížová 4, Jihlava
středa	18. 9.	16–20	Lék.dům, Sokolská 31, Praha 2
čtvrtek	19. 9.	16–20	Hotel Imperial, Tyršova č. 6, Ostrava
sobota	21. 9.	9–13	Šafránkův pavilon, alej Svobody č. 31, Plzeň
středa	25. 9.	16–20	Clarion Congress Hotel, Pražská třída 2306/14, České Budějovice
čtvrtek	26. 9.	16–20	Lék.dům, Sokolská 31, Praha 2

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