



PRACTICUS

pro praktické lékaře zdarma • č.10/2018 • ročník 17



TÉMA:

Končící a nový výbor SVL ČLS JEP společně

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

OBSAH

PRACTICUS

odborný časopis SVL ČLS JEP
10/2018, ročník 17

INFO SVL

- 06 **24. EVROPSKÁ KONFERENCE PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ WONCA, 26-29. ČERVNA 2019, BRATISLAVA.**
- 08 **SVĚTOVÁ KONFERENCE PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ, SOUL, JIŽNÍ KOREA 2018**
MUDr. Jana Vojtíšková

INFO SVL

- 10 **24. EVROPSKÁ KONFERENCE PRAKTI**

ZPRÁVY Z KONFERENCE

- 10 **1000 POCT – VÝHODY, POROVNÁNÍ, REALISTICKÁ OČEKÁVÁNÍ!**
MUDr. Otakar Ach-Hübner
- 13 **SNÍŽENÍ KARDIOVASKULÁRNÍHO RIZIKA V ORDINACI PRAKTICKÉHO LÉKAŘE**
Prof. MUDr. Rosolová Hana DrSc.
- 18 **MÉNĚ VÍDANÉ INFEKCE**
MUDr. Otakar Ach-Hübner
- 20 **CO JE KARDIOVASKULÁRNÍ REHABILITACE?**
MUDr. Vladimír Tuka, Ph.D.

ODBORNÝ ČLÁNEK

- 22 **SOS TLAČÍTKO A SLUŽBA TÍŠNOVÉ PÉČE**
- 24 **PREVENCE NÁVYKOVÝCH NEMOCÍ A NADMĚRNÉHO STRESU U LÉKAŘŮ**
MUDr. Karel Nešpor, CSc.
- 27 **PREVENCE NÁVYKOVÝCH NEMOCÍ A NADMĚRNÉHO STRESU U LÉKAŘŮ**
doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D.
- 30 **SPIROMETRIE – ZÁKLADNÍ KÁMEN FUNKČNÍ PLICNÍ DIAGNOSTIKY**
MUDr. Ivo Procházka

RECENZE

- 33 **ČAS PSYCHOPATŮ**

AKTUALITY

- 34 **POČET PŘÍPADŮ ONEMOCNĚNÍ SPALNIČKAMI DOSAHUJE V EVROPĚ REKORDNÍCH ČÍSEL**
- 35 **VÝZNAM VÁPNIKU A JEHO KOMBINACE S VITAMINEM D PRO PREVENCI ZLOMENIN A OSTEOPORÓZY U OSOB STARŠÍCH 50 LET**

Vydavatel:

Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP

Adresa redakce:

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

Redakce:

Šéfredaktor:

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

Zástupci šéfredaktora:

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

Manažerka časopisu:

Hana Čížková
practicus.svl@cls.cz

Redakční rada: doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc., MUDr. Otto Herber, doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D., MUDr. Pavel Břejník, 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 Štastný, MUDr. Jana Vojtíšková, MUDr. Lenka Bilková, MUDr. Miloš Ponižil, 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 11. 12. 2018 MK ČR E13477, ISSN 1213-8711.

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

EDITORIAL



MUDr. Stanislav Konštacký, CSc.
Šéfredaktor časopisu Practicus

Milé kolegyně, milí kolegové,

blíží se konec roku a to bývá doba, kdy se bilancuje a hodnotí uplynulý rok a dávají se předsevzetí do toho nového, nastupujícího. Náš časopis vyšel i s tímto číslem celkem 10x v tomto roce a za tu dobu se vám dostalo více než 39 odborných článků a 33 odborných sdělení a informací. Rozhodně bych rád poděkoval všem autorům, kteří se na obsahu našeho časopisu podíleli, celé redakční radě, která se podílela na hodnocení jednotlivých příspěvků. Uplynulý rok byl mimo jiného rokem volebním, kdy si členská základna zvolila své zástupce do výboru společnosti, a ten pak podle stanov zvolil předsedu a místopředsedu, vědeckého sekretáře a pokladníka a další místopředsedy. Nakonec na obálce můžete najít všechny nové členy výboru i revizní komise. V tomto předvánočním období, kdy slavíme advent jako těšení se na slunovrat, na návrat nového světla, postupně rozsvěcujeme čtyři svíčky

na adventním věnci. Těšíme se na něco nového, děti na stromeček a dárky pod ním, my dospělí a starší zase na setkávání s rodinou, přáteli a se všemi, kdo jsou nám milí. Je krásným zvykem strojení stromečku, je to kus živé přírody, která se dostává do našich domovů a provoní je pryskyřicí, pokud zrovna nedáváte přednost stromku umělému. Během adventu sice přibývá tmy, dny se krátí a noci prodlužující, ale v dále je to těšení se na nový život. Při dlouhých zimních večerech si budete moci prolistovat naši desítku, která je opět naplněna zajímavými články. Dr. Vojtíšková informuje o konferenci Wonca v Soulu a o ocenění našeho vědeckého sekretáře, doc. Seiferta. Výroční konference v Karlových Varech pak završila vzdělávací aktivity tohoto roku a uveřejňujeme několik informací z tohoto setkání v krásném prostředí lázeňského města, ať již jsou to články dr. Ach-Hubnera, prof. Rosolové, dr. Tukey a dalších. Dr. Nešpor pokračuje v radách týkajících se prevence nadměrného stresu u lékařů.

Doc. Seifert pak informuje o jaterních onemocněních a o tom, jak by o tyto pacienty měli pečovat praktičtí lékaři. Opět výčet všech článků není potřebný, každý čtenář si může nalézt informace, které ho budou více zajímat. Mně nezbyvá nic jiného, než vám jménem celé redakční rady popřát svátky klidu, míru a dobré pohody, abychom načerpali nové síly do roku 2019, kdy vyjde nová koncepce primární péče a pojišťovny nám snad uvolní další preskripci pro zlepšení péče o naše pacienty.

Vážené kolegyně, vážení kolegové,

dovolujeme si vás informovat, pokud si chcete zažádat o rezidenční místo v r. 2019, abyste zaslali žádost o novou akreditaci (na kmen a na vlastní specializační přípravu) do konce ledna 2019. Interaktivní návod na vyplnění je na našich webových stránkách www.svl.cz AKREDITACE DLE NOVÝCH PODMÍNEK a "REAKREDITACE" NÁVOD.

Důvodem je, že nově zařazení lékaři po 1. 7. 2017 musí být vzdělávání podle nových programů. Pokud máte lékaře zařazené před 30. 6. 2017 nebo nechcete žádat o rezidenční místo, platí vám dosavadní akreditace do roku 2027.

MUDr. Josef Štolfa
předseda akreditační komise

Dne 7. 11. 2018 proběhly volby předsednictva výboru a revizní komise SVL ČLS JEP



VÝBOR

Přítomno 16 členů výboru: doc. Býma, dr. Herber, doc. Seifert – omluven, dr. Brejník, dr. Štolfa, dr. Karen, dr. Halata, dr. Horáček, dr. Konštický, dr. Moravčíková, dr. Mucha, dr. Skála, dr. Kovář, dr. Javorská, dr. Šťastný, dr. Čupka, dr. Olšr.

Výbor se rozhodl pro tajnou volbu a zvoleni byli tito kandidáti:

Předseda: doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc.

Místopředseda: MUDr. Otto Herber

Vědecký sekretář a místopředseda pro zahraniční aktivity:

doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D.

Místopředseda pro profesní záležitosti: MUDr. Igor Karen

Místopředseda pro vzdělávání: MUDr. Josef Štolfa

Pokladník: MUDr. Pavel Brejník

REVIZNÍ KOMISE

Přítomni 3 členové revizní komise: dr. Vojtíšková, dr. Ponížil, dr. Bilková

Revizní komise se rozhodla pro tajnou volbu a zvolena byla:

Předsedkyně revizní komise: MUDr. Jana Vojtíšková

Za volební komisi:

MUDr. Karel Janík

24. evropská konference praktických lékařů WONCA, 26.–29. června 2019, Bratislava.

Konference WONCA v Bratislavě je pro nás další příležitostí jak se zúčastnit vrcholné mezinárodní akce praktických lékařů. **Příjem abstrakt** pro aktivní účast se uzavírá 10. ledna 2019. Dá se předpokládat, že bude prodloužen do konce ledna. Součástí programu bude **Česko-slovenský den** v českém/slovenském jazyce.

Jakožto členovi **Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP (SVL)** Vám je garantován po dohodě se slovenskými organizátory jednotný registrační poplatek ve výši **300 EUR**.

Pro dokončení registrace prosím vyplňte online registrační formulář (<https://guarant.topinfo.cz/wonca2019/en/user-zone>). Vyberte jakýkoliv registrační poplatek a do poznámek napište, že jste členem SVL.

Váš registrační poplatek bude následně snížen a o platbě budete informováni e-mailem.

Pro více informací o konferenci navštivte webové stránky: www.woncaeurope2019.org

anebo kontaktujte sekretariát konference na adrese: woncaeurope2019@guarant.cz

Tato výše poplatků platí do **31. března 2019**. Není tedy třeba se z důvodu nižšího poplatku registrovat do 31.12.2018. Na stránkách www.svl.cz budeme poskytovat průběžně informace ke konferenci.

Výbor SVL ČLS JEP podpoří finančním příspěvkem účast lékaře s přijatým abstraktem.

Bohumil Seifert

Vědecký sekretář SVL ČLS JEP



WONCA EUROPE
CONFERENCE

Bratislava 2019

Logistika zasílání abstrakt na vzdělávací akce SVL 2019

Termín				
Název akce	termín konání	Abstrakta		
		Výzva	Zaslání	Schválení
VI. kongres praktických lékařů SVL ČLS JEP (Olomouc)	19. – 20. března	12. prosince	15. ledna	5. února
XIII. jarní interaktivní konference SVL ČLS JEP (Praha)	26. – 28. dubna	12. prosince	12. února	6. března
XXXVIII. výroční konference SVL ČLS JEP (Zlín)	6. – 9. listopadu	1. března	6. srpna	16. září



S hlubokým zármutkem jsme přijali zprávu, že dne 27. 11. 2018 zemřel ve věku 88 let

prof. MUDr. Jaroslav Blahoš, DrSc.,

dlouholetý předseda ČLS JEP a významný internista, endokrinolog a osteolog.

Prof. MUDr. Jaroslav Blahoš, DrSc., se narodil v Horažďovicích 30. 6. 1930. Po studiu na Lékařské fakultě UK v Plzni pracoval v Endokrinologickém ústavu, kde se věnoval zejména endokrinologii vápníku, osteologii a metabolismu kyseliny močové. Později působil v nemocnici Pod Petřínem, kde se stal přednostou interní kliniky a profesorem 2. LF UK. V posledních letech pracoval v Ústřední vojenské nemocnici ve Střešovicích.

Vyjmenovat jeho odborné publikace by přesáhlo možnosti našeho časopisu. Rovněž výuková a přednášková činnost z profesora Blahoše učinila výjimečnou osobnost československé i světové medicíny.

V letech 1990–2015 pracoval jako předseda a později jako čestný předseda České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně. Zejména jemu vděčí tato instituce za své dlouhodobě vynikající renomé. Několik let byl také prezidentem Světové lékařské společnosti (WMA).

Za významný přínos a zásluhy v oblasti rozvoje medicíny a lékařského vzdělávání byly prof. Blahošovi uděleny nespočetné pocty a ocenění od předních domácích a zahraničních organizací. Nejvíce si cenil vysokého státního vyznamenání Za zásluhy o český stát I. třídy, jmenování rytířem Řádu čestné legie od francouzského prezidenta Chiraca (v r. 2008 byl povýšen na důstojníka), Ceny J. E. Purkyně ČLS JEP a jmenování Rytířem lékařského stavu od ČLK.

K tomuto úctyhodnému výčtu ocenění patří udělení čestného členství ve Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP. V závěru pocty zesnulému Jaroslavu Blahošovi si dovoluji zmínku, že na začátku své profesní kariéry de facto působil jako praktický lékař v Harare v Zimbabwe. Nikdy neopomněl zdůraznit, že praktický lékař je významným partnerem pacientů, rovnocenným partnerem odborných lékařů a také se mi svěřil, že by chtěl být praktikem...

Čest jeho památce!

Za výbor SVL ČLS JEP
Otto Herber, místopředseda

Světová konference praktických lékařů, Soul, Jižní Korea 2018



MUDr. Jana Vojtíšková

Lékařská ordinace Vyšehrad s.r.o., Praha

Když se řekne Soul, Jižní Korea, někoho napadne oblast s největším potenciálem válečného konfliktu na světě, jiného hlavní město země, které již dvakrát pořádalo olympijské hry. Také Samsung, Hyundai a Kia. Ty první uklidní návštěva tzv. demilitarizované zóny na hranicích se Severní Korejí, necelou hodinu jízdy autem na sever od centra Soulu, která je dnes, stejně jako v Severní Koreji, atrakcí pro turisty. Ti druzí mohou navštívit olympijský stadion ve městě nebo si zajet tři hodiny na severovýchod do Pchjongčchangu a prohlédnout si sjezdovky, můstky a torza sportovních hal z letošní zimní olympiády. Auty Hyundai a Kia v nejluxusnějším provedení se to ulicemi Soulu jenom hemží. V každém případě je Soul asijská supermoderní megapolis, kde až neuvěřitelně organizovaně, v čistotě a pořádku, žije dvakrát tolik lidí než v České republice.

Pro praktické lékaře z celého světa byl Soul v říjnu letošního roku hostitelským městem 20. Světové konference praktických lékařů WONCA.

Na cestě z letiště do Soulu, na břehu moře, leží dvoumilionové město Incheon, kde se konalo jednání **Světové rady WONCA**. Dvouleté prezidentské období zde zahájil Dr. Donald Li z Hongkongu. Dr. Li, který se osobně zasloužil o účast někdejší generální ředitelky WHO, Dr. Margaret Chan, na světové konferenci v Praze v roce 2013. Příští světová konference bude za dva roky v Emirátech, v Abú Dhabí, Volbu města pro konferenci WONCA v roce 2022 vyhrálo v soutěži s Londýnem (který byl naším favoritem) australské město Sydney.

Světová rada přijala několik deklamací, z nichž ta nejvýznamnější, tzv. **Soulská deklarace**, souzní i s naší reformou primární péče, neboť říká, že silná primární péče je nezbytnou podmínkou k dosažení všeobecného

pokrytí zdravotními službami a rovného přístupu ke zdraví, je nákladově efektivní, osobní, orientovaná na pacienta spíše než na jeho nemoc, a je schopna nejlépe reagovat na rostoucí potřeby stárnoucí populace. Deklarace vyzývá všechny vlády a zdravotní systémy, aby věnovaly pozornost zdravotním potřebám zranitelnější části populace – zajistily kvalitní péči lidem v odloučených lokalitách, ženám, dětem, seniorům, lidem invalidním, etnickým minoritám a migrantům, kteří jsou často ve zdravotním systému znevýhodněni. WONCA především naléhá na všechny země, aby investovaly do přípravy praktických lékařů, a to počínaje podporou rozvoje akademických pracovišť na lékařských školách, efektivním nábojem a motivací zájemců o obor, kvalitní specializační přípravou a podporou kvalitního celoživotního vzdělávání. Tato investice musí zahrnout i podporu přípravy ostatních pracovníků primární péče. Reformy primární péče musí směřovat k vyšší kvalitě a bezpečnosti, k podpoře výzkumu a zavádění nových technologií v primární péči. Pracovní podmínky v primární péči musí být dostatečně atraktivní.

Samotná konference WONCA se konala v centru Soulu, v komplexu COEX. Jedná se o jedno z největších konferenčních center v celé Asii, přesto bylo pro účastníky přátelské a poskytovalo dobrou orientaci. Organizace konference byla vynikající. Slavnostní zahájení, při kterém se hodně bušilo do bubnů, bylo netradičně skromné a krátké, včetně střídmeho občerstvení. Odborný program byl postaven na tradičních formách. Na plenárních fórech se vystřídali pozvaní řečníci z Asie, Evropy, USA, Austrálie a Jižní Ameriky. Mezi 2250 účastníky dominovali Asijci; Evropanů bylo



jen několik set a počet 11 registrovaných Čechů nás zařadil mezi nejpočetnější výpravy z Evropy.

Naši pozornost upoutala plenární sekce, do které bylo pozváno a oceněno deset autorů nejvýznamnějších a nejlépe hodnocených vědeckých publikací z oblasti primární péče za poslední tři roky, zveřejněných v časopisech s impaktem vyšším jak 10. Sedm prací bylo z Asie a tři z Evropy.

Prof. Richard Hobbs z Oxfordu, přednesl analýzu více jak sto miliónů konzultací v primární péči britského systému Národní zdravotní služby (NHS). Mezi lety 2007 a 2014 došlo ke zvýšení počtu konzultací na jednoho pacienta za rok v primární péči o 10–51 %. Započítávají se všechny konzultace v primární péči, tedy i sesterské. Daleko vyšší nárůst konzultací byl u lékařů (12–36 %), než u sester (0,9 %). Míra konzultací byla největší u dětí ve věku do 4 let a u seniorů nad 85 let. Byla vyšší u žen, než u mužů. Počet telefonických konzultací lékařů se zdvojnásobil, takže tvořil 90 % všech konzultací.



Průměrná doba konzultace s lékařem vzrostla o 6–7 %, z 8,65 minuty na 9,22 minuty. Celková pracovní zátěž vzrostla o 16 %. Praktičtí lékaři ve Velké Británii tak mají podklady k argumentaci k žádosti o vyšší ocenění!

Dr. Martin Wong ze Školy veřejného zdravotnictví a primární péče Čínské university v Hongkongu měl dvě práce na téma screeningu kolorektálního karcinomu. Výstupem jedné je skóre pro identifikaci vysoce rizikových osob, pro které je vhodnějším screeningovým postupem přímá kolonoskopie, než testování imunochemickým testem. Rizikové skóre využívá hodnocení věku, pohlaví, kouření, rodinné anamnézy, BMI a přítomnosti diabetu. Osoby identifikované podle tohoto rizikového skóre mají 2,37× vyšší riziko nálezu pokročilé neoplasie nebo nádoru při kolonoskopii. Nástroj je určen pro využití v primární péči, na podporu praktických lékařů a informovaného rozhodování pacientů. Takový nástroj si umíme dobře představit i v naší praxi, kde nabídka

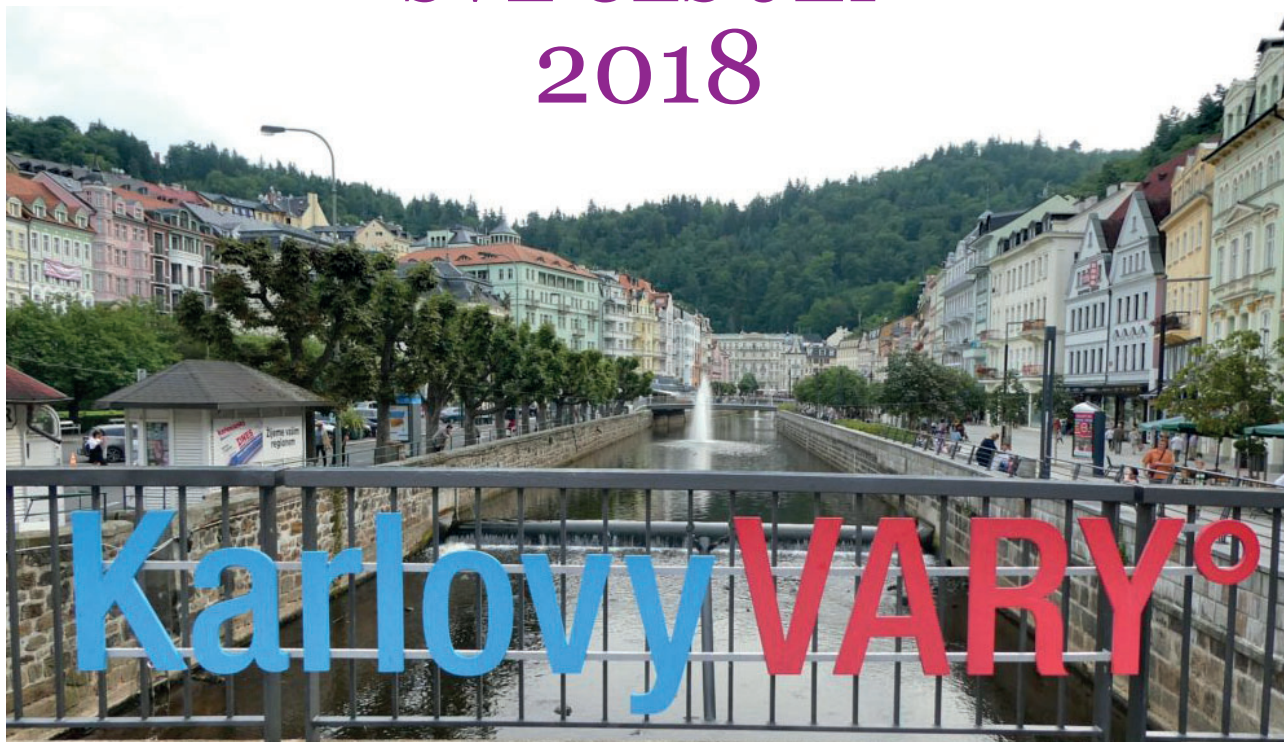
a volba přímé kolonoskopie v 55 letech je spíše otázkou priorit lékaře nebo postoje pacienta a neopírá se o racionální podklad. Skórovací systém však nelze jednoduše převzít, protože vychází z dat čínských pacientů a nemusí platit pro českou populaci. Data z našich předchozích studií by ale bylo možné pro vytvoření tohoto nástroje použít a následně ho v praxi validovat.

Přednáškové sekce a semináře byly připraveny mezinárodními skupinami pracujícími v rámci WONCA, a částečně ze zasláných abstrakt, se značnou převahou asijských příspěvků, stejně jako v posterové sekci. Např. **docent Bohumil Seifert** se věnoval ve svém příspěvku rozdílům v přístupech k pacientům s funkčními gastrointestinálními problémy na východě a západě. Prezentoval výsledky studie, provedené ve spolupráci se singapurským gastroenterologem, prof. Kok-Ann Gwee, ukazující rozdíly v epidemiologii, chování pacientů, klinických projevech organizací péče i přístupu v praxi. V Asii, na rozdíl od Evropy, je výrazně vyšší

míra prevalence infekce *Helicobacter pylori*, více peptických vředů a nádorů žaludku. Prezentace funkčních obtíží je v Evropě více hodnocena jako abnormální chování a pacienti vnímáni jako obtížní. V Asii úzkost, deprese a stres provází funkční choroby v daleko menší míře a psychofarmakologie nebo psychoterapie je méně angažovaná. Odlišnosti jsou například i v dominantních projevech dráždivého tračníku. V Evropě problematiku funkčních gastrointestinálních obtíží řeší především praktičtí lékaři a nejčastěji postupují empiricky. V Asii se jeví postupy založené na empirickém podávání inhibitorů protonové pumpy jako méně účinné a pacienti jsou daleko častěji vyšetřováni v nemocnici. Je dobré to vědět pro přístup k Asiatům v našich ordinacích.

“WONCA FELLOWSHIP” je nejvyšší ocenění, které více jak 30 let WONCA uděluje osobnostem, které prokázaly mimořádnou službu organizaci WONCA. Mezi letošními laureáty byli dva Evropané a jedním z nich byl **docent Bohumil Seifert**. Zažili jsme tak velmi příjemný moment, když Dr. Garth Maning připomněl pražské konference WONCA (WONCA World 2013 a WONCA Europe 2017) a mnohaletou práci doc. Seiferta v této organizaci, zejména pak činnost v mezinárodním konferenčním výboru v posledních 5 letech. Vzhledem k tomu, že tato cena je prestižní záležitostí a část ceny odráží úspěch obou pražských konferencí, vnímáme ji také jako ocenění naší odborné společnosti, a zejména těch, kteří se na přípravě obou pražských konferencí WONCA podíleli.

Výroční konference SVL ČLS JEP 2018



1000 POCT – výhody, porovnání, realistická očekávání



MUDr. Otakar Ach-Hübner
VPL, Brno

Úvod

Po jedenácti letech zvažování a telefonickém či webovém shánění výsledků žilních odběrů jsme měli možnost rychlého ambulantního testování – Point Of Care Testing v ordinaci praktika. Vybraný analyzátor byl vyroben v rakouském Salzburgu, tedy regionu, který již 11 let vyhledáváme coby lyžaři.

Metoda

Vyšetřované probandy jsme rozdělili na skupiny po 1000 osobách a první z nich prezentujeme ke stručnému zhodnocení, jak se nám výsledky jeví, co do rychlosti, spolehlivosti, nákladů, případně nutnosti opakování analýz pro zmařená měření, což bylo minoritní, ale časově i finančně nákladnější.

Výsledky

Logicky u největší části pacientů nás zajímalo, zda klinický obraz virové katarální infekce i kašle bude potvrzen laboratorně nízkým či nesignifikantním CRP. C-reaktivní protein má název odvozený od C-polysacharidu, součásti buněčné stěny pneumokoků, původců závažných pneumonií, otitid, a tedy i otogenních hnisavých meningitid...

Z téměř **700 POCT CRP** testů bylo pouhých 86 měření, 12,6 %, CRP zvýšeno nad 50 mg/l. Některé infekce dle

kliniky katarální s předpokladem virového původu byly přehodnoceny a pacient dostal antibiotika k povinnému užívání, jako ostatní pacienti se signifikantně zvýšeným CRP. Lze však konstatovat, že tato překvapení nesouladu klinického a laboratorního statusu nebyla u CRP četná. Z dob bez POCT vybavenosti zejména koncem týdne ponecháváme praxi vydání receptu na případnou antibiotickou léčbu s vysvětlením, že další 3–4 dny bude infekce opravdu nadále jen virová, avšak později může dojít, zejména při klinické progresi stavu, k nasedající sekundární bakteriální infekci. Pacientům tímto sdělujeme, že se s nimi nemusíme vidět o víkendové či noční službě LPS, kde se zejména ženská část tandemu pohybuje velmi často. Maximální hodnoty **220 mg/l** dosáhlo 6 zkušených žen a později opakovaně i 1 mladý lnd s posléze diagnostikovaným Hodgkinovým klasickým lymfomem, dalších 5 mužů pak limitní hodnoty **200 mg/l**, stanovenou výrobcem pro muže.

POCT INR – hodnoceno 145 probandů, z toho celých 29%, 42 pacientů mělo hodnotu mimo terapeutické okno! Některé nestabilní metabolizátory kumarinů bylo opravdu obtížné udržet v terapeutickém rozmezí INR

2–3,00. Alespoň většinových 71 % nás uspokojovalo a chtěli jsme „step by step“ lépe hospodařit s preskripcí vitamínu K antagonisty – VKA. Až na jedinou výjimku se naštěstí nevyskytly žádné prokázané případy nitrolebního či jiného krvácení, kromě difuzního ronění krve ze žaludeční sliznice a výrazného anemického syndromu u 86letého seniora, který nevolnost přičítal „nežádoucím účinkům“ doporučeného vinpocetinu, s nímž má „caffeine dependent doctor“ možnost porce kávy úspěšně zredukovat. Porovnání v INR bylo v naprosté většině v souladu, kromě extrémních případů POCT 6,4 vs. laboratoř 5,3 – žilní, u seniorky Jarmily. Jednotlivé POCT přístroje různé proveniencie však mohou hodnotit odlišně, podobně jako naše velká smluvní versus laboratoř nejbližší fakultní nemocnice, kam někteří senioři dorazí na lůžka.

POCT ASO – antistreptolysin-O – nejméně testů, polovina zvýšena, nejvyšší hodnota **1682** versus 1379 laboratoř u mladé Kataríny s ID 839. Sestra, ale i lékař mají ve styku s nemocnými hodnoty dlouhodobě zvýšené, při měření lékaře cca co měsíc střídavě POCT-ASO i žilní ASLO byly hodnoty dosti nevyrovnané.

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

HbA1c – 60 probandů, zřejmě největší možnost pro nás učinit chybu pre-analytickou či post-analytickou. Téměř polovina vyšetřovaných měla hodnotu nad 45 mmol/mol, kterou jsme nastavili jako limitní, projevoval se zde vliv svátečně-hříšných nedietních stravovacích režimů po Vánocích i Novém roce či Velikonocích a pacienti projevovali pramalý zájem o testování s odůvodněním, že nejsou lační, což má vliv pouze na aktuální glykemii, o níž nám tolik nešlo. Zde se musíme snažit o absolutní dokonalost ve skladování kyvetek, monitoring teploty v ledničce, okamžitou korekci nastaveného stupně chlazení při odmrazování či jiné manipulaci, balení kyvetek se nesmí dotýkat stěn ledničky, zejména zadní či sousedící mrazničky, kyvetky s náplní původně mléčně zkalenou a nyní čirou je nutné vyřadit, promrzly. Analyzátor je nutno průběžně upgradovat včetně data i verze podle instrukcí servisu pomocí ovládacího tabletu přes internet, byť zmínka o tom může při předvádění přístroje zapadnout... Sestry, rezidentky i lékaři musí velmi dobře zvládnout techniku zpracování vzorků, rovněž však musí znát, kdy výsledek mohou validovat a vyslovit, či raději ověřit žilním odběrem a pak teprve obdařit pacienta nevídanou diagnózou pre/diabetu. Obézní a životní styl neměnicí pacienti velmi rychle progredují z poruchy lačné glykemie do diabetu, i v řádu 6 měsíců. Dobrali jsme se i několika dosti nesourodých výsledků – seniorka Ludmila POCT 58 vs. laboratoř 38, glykémie 5,5 z téže hodiny i dne, taktéž Petr 1972 /POCT 137 vs. 75 laboratoř či Miloš 1956 POCT 95 vs. laboratoř 59 mmol/mol. Je tedy lépe vyřknout jen podezření, ověřit žilně či vše zakrátko zopakovat a s dg. diabetu nespěchat ani neotálet.

Marná vyšetření – „Mařenek“ jsme se dobrali ve 3–5 % (mimořádně stejné procento tvoří obecné riziko vzniku VVV v graviditě u nenarozených dětí). Přibližně polovina může být naší zásluhou – hlášení „chyba linearity“ sice zdržuje a prodražuje, zřejmě se však bez něj metoda zcela neobejde. Důraz tedy klást na včasnou temperaci kyvetek, byť spotřeba v nekončící době respiračních infekcí může být značná, a tedy i prostředky vynaložené na spotřební materiál. Případně lze vložit novou sadu, a najednou vyšetření fungují bez problému...

Závěrem

Možnost mít v 5–6 minutách v ruce klíčový protein akutní fáze či ukazatel koagulace nebo vysokou výpovědní hodnotu mající glykohemoglobin lékaři první linie urychluje rozhodování a snižuje míru nejistoty při řešení konkrétního pacienta. Pro ty, kteří se dožijí postantibiotické doby, kdy lékařům zbyde jen některými zpochybňovaná vakcinace a řada současných molekul bude účinná pouze v populacích Eskymáků, doporučuji rozlišovat bakteriální minoritu (13–15 %) a virovou majoritu (85–87 %). Jsou však skupiny či etnika, kterým tuto situaci nevysvětlíme, a recept na svoji „antibiotiku“ musí dostat. Pojišťovny zas musí dostat externí hodnocení kvality analyzátoru, ověřme si, že vzorky dorazily v termínu k organizátorům hodnocení, a doufejme, že nezávislá autorita (maďarští specialisté) nám přístroj posvětil. Snad i naše prestiž bude takto posvěcena, školitele nevyjímaje.

Snížení kardiovaskulárního rizika v ordinaci praktického lékaře



Prof. MUDr. Rosolová Hana DrSc.
Fakultní nemocnice Plzeň
II. Interní klinika

V rámci XXXVII. výroční konference Společnosti všeobecného lékařství ČSL JEP byly připomenuty základní zásady primární a sekundární prevence kardiovaskulární morbidity a mortality. MUDr. Jiří Veselý (kardiologická ambulance EDUMED, Náchod) na základě již dříve publikovaných studií a doporučených postupů pro praktické lékaře (Dyslipidemie, 2017) upozornil na postupy vedoucí ke snížení koncentrace LDL cholesterolu. Následně profesorka MUDr. Hana Rosolová, DrSc. (II. interní klinika FN Plzeň), vysvětlila základy antihypertenzní terapie.

Primární a sekundární opatření v léčbě hypercholesterolemie

Proč se zajímat o koncentraci LDL cholesterolu?

Kardiovaskulární onemocnění jsou stále nejčastější příčinou úmrtí. Nespočet velkých klinických studií s dobrým designem, a to jak prospektivních intervenčních, tak observačních a metaanalýz, prokázalo, že snížení koncentrace LDL cholesterolu (LDL-C) vede k redukcí morbidity a mortality z kardiovaskulárních příčin.

Heslo, týkající se koncentrace LDL cholesterolu: čím nižší tím lépe, bylo již většinou odborníků přijato.

Kardiovaskulární riziko

Základem terapeutické rozvahy je stratifikace kardiovaskulárního rizika. Tab. 1 (Dyslipidemie, Doporučené postupy pro praktické lékaře 2017)

Kardiovaskulární riziko je vnímáno jako pravděpodobnost fatální kardiovaskulární příhody v nejbližších deseti letech. Populaci rozdělujeme do čtyř skupin rizika:

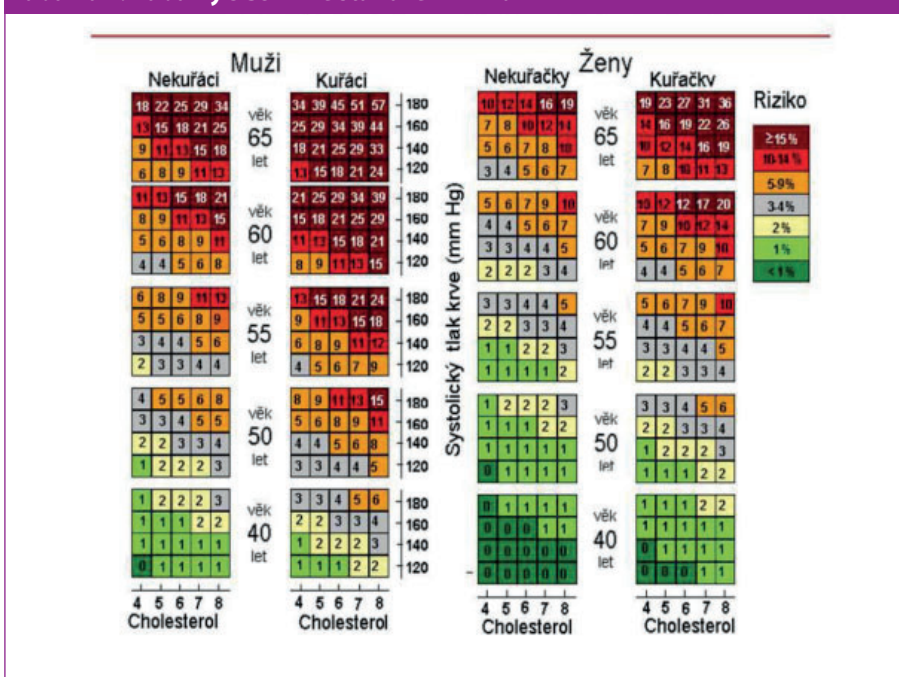
1. *Velmi vysoké* riziko (SCORE 10 a vyšší nebo současná přítomnost dalších závažných onemocnění). Do této skupiny patří nemocní s manifestním kardiovaskulárním onemocněním, diabetici s další komplikací, pacienti s chronickým onemocněním ledvin s odhadovanou glomerulární filtrací do 30 ml/min.
2. *Vysoké* riziko (SCORE ≥ 5 a < 10, nebo méně významné další onemocnění). V druhé skupině jsou nemocní s velmi vysokou hodnotou individuálního rizika, například s familiární hypercholesterolemií, nemocní s arteriální hypertenzí

3. *Střední* (SCORE > nebo rovno 1 a < 5 %)
rizikových faktorů, pacienti s onemocněním ledvin s odhadovanou glomerulární filtrací 30–59 ml/min.

4. *Nízké* (SCORE < 1)

Pacienti v mladším věku (40 let) mají nízké nebo maximálně střední riziko, navzdory někdy významně zvýšené hodnotě určitého rizikového faktoru. V těchto případech je užitečné použít tzv. „cévní věk“, tj. odhadovaný věk, který by odpovídal riziku daného pacienta, kdyby měl optimální hodnoty TK a cholesterolu a nekouřil. Jednoduchou projekcí dojdeme k tomu, že 4% riziko u 40letého muže, kuřáka s hypertenzí a dyslipidemií odpovídá riziku 60letého nekuřáka s optimální-

Tabulka 1: Tabulky SCORE ke stanovení rizika



mi hodnotami lipidů a krevního tlaku (TAB 2.).

Význam redukce hypercholesterolemie

Za období 1985 až 2007 se podařilo úpravou koncentrace cholesterolu zabránit 40 % kardiovaskulárních příhod. Je to období, kdy došlo k významné změně stravovacích návyků v české populaci, což ukazuje, jak velký vliv snížení cholesterolu má. U vysoce rizikových pacientů nelze snížení koncentrace LDL-C ke stanoveným hodnotám dosáhnout pouze dietními opatřeními, a proto je nutné snižovat koncentraci cholesterolu správnou léčbou.

Kdo potřebuje účinnou léčbu hyperlipidémie?

1. Pacienti v primární prevenci kardiovaskulárního onemocnění:

- s vysokým a velmi vysokým kardiovaskulárním rizikem (SCORE \geq 5–10 %, \geq 10%)
- s extrémní hypercholesterolemií (\geq 8 mmol/l)
- s krevním tlakem \geq 180/110 mmHg
- všichni diabetici
- s nefropatií s glomerulární filtrací pod 60 ml/min/1,73m²

2. Pacienti hospitalizovaní s akutním koronárním syndromem:

- od 1. dne, bez ohledu na lipidogram je doporučeno podat nejvyšší dávku statinu
- dlouhodobý léčebný cíl u těchto pacientů je koncentrace LDL-C $<$ 1,8 mmol/l nebo pokles o 50 % výchozí hodnoty (1,8–3,5 mmol/l)

3. Pacienti v sekundární prevenci s velmi vysokým kardiovaskulárním rizikem

Cílové parametry uvádí tab. 3

Inhibitory PCSK9

Zcela novou kapitolou v léčbě hypercholesterolemie jsou inhibitory PCSK9 (proprotein convertase subtilisin/kexin type 9). Jedná se o monoklonální protilátky, které blokují bílkovinu PCSK9. Tato bílkovina je zodpovědná za likvidaci receptorů pro LDL-C především v hepatocytech. Zablokování bílkoviny PCSK9 má za následek zvýšenou dostupnost funkčních receptorů pro LDL-C na povrchu buněk, což zrychlí vychytávání LDL-C z krve a jeho zpracování v játrech. Jsou určeny pro léčbu familiární hypercholesterolemie nebo pro pacienty ve velmi vysokém kardiovaskulárním riziku, jejichž koncentrace se nedaří snížit maximální tolerovanou léčbou..

Když statin nestačí

Nelze-li podat maximální dávku statinů k dosažení kontroly koncentrace LDL-C, například pro komorbidity (renální insuficience) nebo pro individuální intoleranci, nabízejí doporučené postupy léčbu kombinační.

Ezetimib působí v místě vstřebávání cholesterolu (ve střevě), zabraňuje přesunu cholesterolu do enterocytů, čímž snižuje dodávku střevního cholesterolu do jater, a pro stimulaci LDL receptorů dochází taktéž ke zvýšené eliminaci cholesterolu z krve.

Účinky kombinace simvastatinu s ezetimibem prokázala známá a často citovaná studie IMPROVE-IT. Za dobu sledování, která činila sedm let, došlo k poklesu výskytu infarktu myokardu při kombinační léčbě o 13 % v porovnání se samotným simvastatinem a ke snížení počtu cévních mozkových příhod o 21 %. Oba výsledky jsou statisticky významné. Dosažené výsledky byly ještě výraznější u podskupiny diabetiků.

Fibráty se užívají v léčbě dyslipidemií po několik desetiletí. Studie FIELD byla grandiózně navržena a skvěle provedené klinické hodnocení s fenofibrátem, které

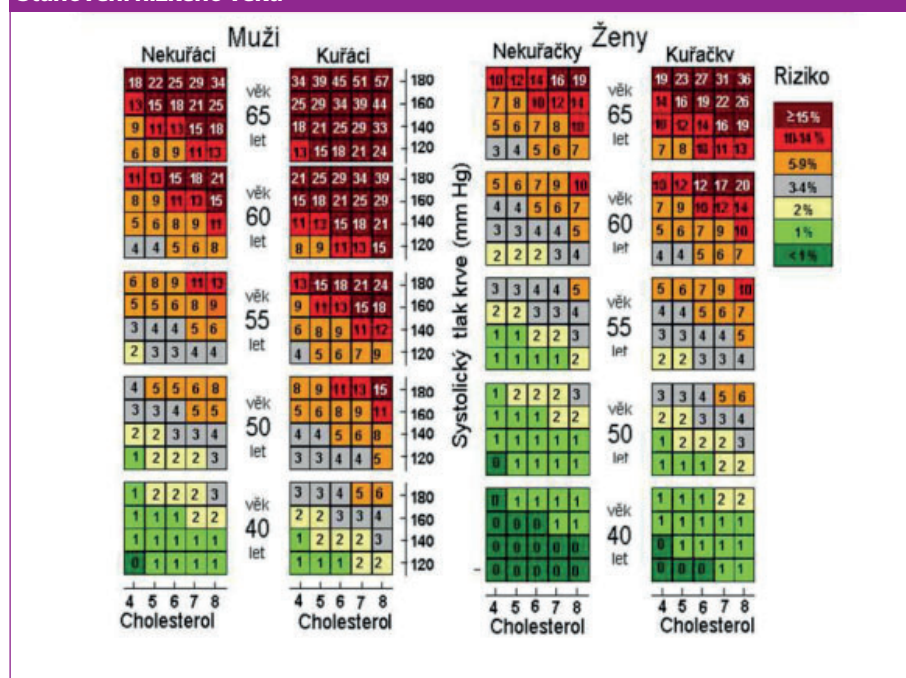
sice nenaplnilo primární cíl, tedy redukcí počtu velkých kardiovaskulárních příhod u diabetiků, ale prokázalo, že fenofibrát snižuje riziko mikrovaskulárních komplikací u diabetiků 2. typu.

Studie ACCORD prokázala, že přidání fenofibrátu k simvastatinu redukuje kardiovaskulární riziko u diabetiků s dyslipidemií (vyšší koncentrace triglyceridů a nízká koncentrace HDL-C). Jde o důležité zjištění, protože pacienti koncentrací triglyceridů nad 2,3 mmol/l a koncentrací HDL-C pod 0,9 mmol/l vykazují o 70 % vyšší riziko i při relativně dobré kontrole koncentrace LDL-C (2,1 mmol/l).

Adherence k léčbě

Mnohé studie s nejrůznějšími

Tanulka 2: Riziko a věk, aneb: Jsou opravdu všichni mladí nízce rizikovní? Stanovení nízkého věku



léčivými přípravky prokazují, že adherence pacientů k léčbě je nepřímo úměrná počtu tabletek, které denně užívají. Proto jsou vítány fixní kombinace, jako například fixní kombinace simvastatin s fenofibrátem (Cholib).

Mnoho důkazů o prospěšnosti trandolaprilu a verapamilu v léčbě arteriální hypertenze

Rizikové faktory pro aterosklerózu a kardiovaskulární onemocnění, které podporují rozvoj aterosklerózy, čímž zvyšují riziko ischemické choroby srdeční, cévní mozkové příhody a dalších onemocnění, jsou dobře známé. Některé ovlivnit lze, jiné ne. Arteriální hypertenze se významnou měrou podílí na vysokém kardiovaskulárním riziku, a jako taková musí být účinně léčena.

Rizikové faktory pro aterosklerózu

- Věk
- Arteriální hypertenze
- Dyslipidemie
- Kouření
- Diabetes mellitus
- Obezita (viscerální)
- Depresivní syndrom

Arteriální hypertenzi léčíme s cílem snížit výskyt orgánových komplikací, a především snížit morbiditu a mortalitu nejen z kardiovaskulárních příčin.

Historie léčby arteriální hypertenze

Léčba arteriální hypertenze začíná v 50. letech 20. století. Použitím thiazidových diuretik a neselektivních betablokátorů se od šedesátých do osmdesátých let 20. století podařilo snížit o 44 % relativní riziko cévní mozkové příhody a o 23 % relativní riziko ischemické choroby srdeční. Do léčby arteriální hypertenze vstupují v 80. letech minulého století blokátory kalciových kanálů a inhibitory ACE, v letech devadesátých pak sartany a centrálně působící antihypertenziva. V novém tisíciletí dochází k přehodnocování postupů na základě

metaanalýza a do popředí se dostává kombinační terapie. V letošním roce (2018) byly vydány nové evropské doporučené postupy k léčbě arteriální hypertenze.

Jak zahajovat farmakologickou léčbu u mírné hypertenze?

Podle publikace Widimského J a spol. (ČSH 2017) se zahajuje léčba u pacientů s ověřenou hypertenzí v rozmezí 140–159/90–99 mmHg buď monoterapií, nebo dvojkombinací či fixní kombinací v nízkých dávkách, a to do jednoho měsíce u pacientů se subklinickým orgánovým poškozením, manifestním kardiovaskulárním onemocněním, renálním onemocněním, diabetem, metabolickým syndromem a u nemocných s vysokým kardiovaskulárním rizikem (SCORE \geq 5 %).

Do tří měsíců zahajujeme terapii u pacientů s nízkým kardiovaskulárním rizikem, pokud se TK nesnížil pod 140/90 při nefarmakologické léčbě.

Cílový krevní tlak v léčbě hypertenze (podle Widimského J a spol., 2017):

- u všech hypertoniků pod 140/90 mmHg,
- u vysoce rizikových (diabetici) kolem 130/80 mmHg,
- u starších pacientů (nad 65 let) tlak pod 140/90 mmHg, pokud je tento cíl obtížně dosažitelný, tak alespoň pod 150/90 mmHg.

Podle doporučení Evropské kardiologické společnosti a Evropské hypertenziologické společnosti z roku 2018 jsou cílovými hodnotami systolického tlaku:

- u většiny léčených pod 130 mmHg,
- u diabetiků a mladších hypertoniků (pod < 65 let) zvážit 120–130 mmHg,
- u starších (> 65 let) pod 140 mmHg, avšak podle tolerance,
- u velmi starých (> 80 let) farmakologickou léčbu zahajujeme při \geq 160 mmHg a podle individuální tolerance snižujeme krevní tlak

Arteriální hypertenze se zvýšenou aktivitou sympatiku

(se zvýšenou tepovou frekvencí, stresem, emočním vypětím, obezitou a špatnou životosprávou) představuje významné riziko kardiovaskulární příhody.

Skutečnost, že koronární, kardiovaskulární a celková úmrtnost je přímo úměrná tepové frekvenci, vyplývá již ze známé Framinghamské studie (Gillman MW: The Framingham Study, Am Heart J 1993;135:1148–54)

Čím léčit?

Podle metaanalýzy 42 studií u 10 969 hypertoniků je kombinace dvou antihypertenzních látek zhruba pětkrát účinnější pro snížení systolického tlaku než zdvojnásobení dávky (Wald DS et al.

Tabulka 3: Cíle léčby DLP. EAS/ESP 2016

	Nízké riziko	Středně zvýšené až vysoké riziko	Velmi vysoké riziko
TC (mmol/l)	-	-	-
LDLc (mmol/l)	< 3,0	< 2,6 a snížení o 50% (vstupně 2,6-5,2mmol/l)	< 1,8 a snížení o 50% (vstupně 1,8 - 3,6mmol)
Non- HDLc (mmol/l)	< 3,8	< 3,4	< 2,6
TG (mmol/l)	< 1,7		
apoB (g/l)	-	< 1	< 0,8

Am J Med. 2009 Mar;122(3):290–300). Na druhou stranu větší počet tablet snižuje adherenci k léčbě (Mancia G et

al. Am J Hypertens, 1997. (10): 153–158.).

Gupta AK et al (Hypertension. 2010 Feb;55(2):399–407)

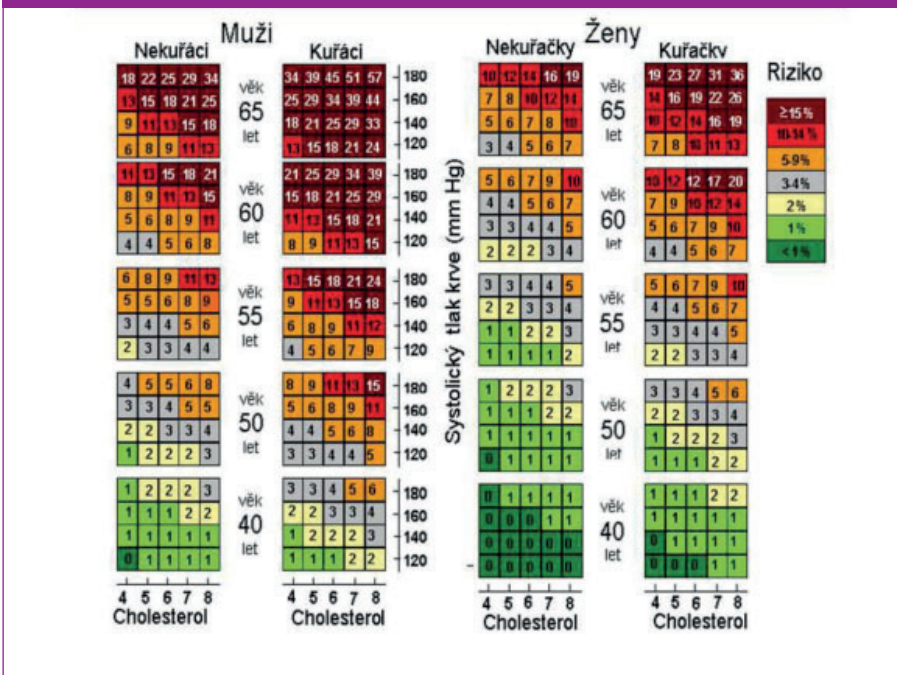
prokazuje, že fixní kombinace zlepšují adherenci k léčbě v porovnání s tzv. volnými kombinacemi.

Podle klinických studií, které jsou základem Evidence Based Medicine, je kombinace trandolaprilu a verapamilu bezpečná a účinná.

Studie INVEST (International Verapamil SR Trandolapril Study) prokázala na populaci 22 576 hypertoniků, že u hypertoniků s ischemickou chorobou srdeční léčebná strategie založená na verapamilu SR představuje ekvivalent ke zlatému standardu, za který byly dosud považovány u této skupiny nemocných betablokátory. Ve verapamilové skupině byla významně nižší incidence diabetu (o 13%). Výsledky studie INVEST dokazují, že u 70 % pacientů je možné dosáhnout cílových hodnot krevního tlaku, ale k dosažení cílových hodnot 70 % pacientů potřebuje kombinaci antihypertenziv.

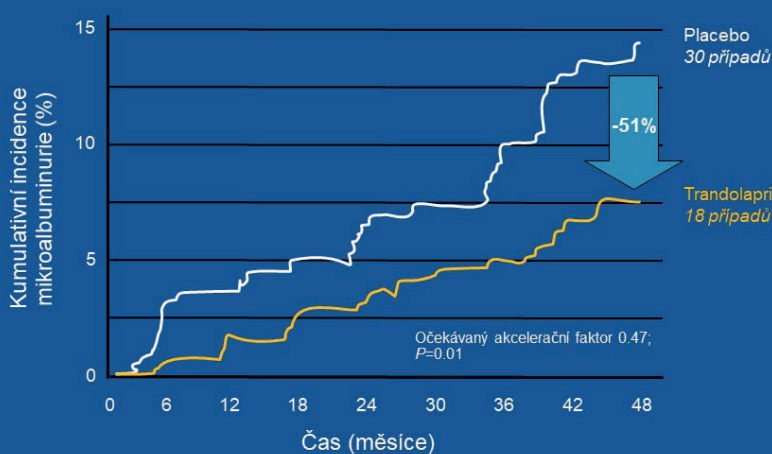
Primárním cílem **studie STAR** (The Study of Trandolapril–verapamil And insulin Resistance) bylo porovnání vlivu léčby kombinací verapamil s trandolaprilem (n=119) s losartanem a hydrochlorothiazidem (n=121) na kontrolu glykémie u hypertenzních pacientů s metabolickým syndromem v kritériu změny plazmatické postprandiální glykémie ve druhé hodině orálního glukózového testu. Snížení krevního tlaku bylo stejné v obou skupinách, ale losartan s hydrochlorothiazidem signifikantně zvýšil plazmatickou koncentraci glukózy (+1,44mmol/l), zatímco verapamil SR s trandolaprilem

Tanulka 2: Riziko a věk, aneb: Jsou opravdu všichni mladí nízce rizikoví? Stanovení nízkého věku



GRAF 1

Incidence mikroalbuminurie v čase: trandolapril versus placebo



Ruggenenti P, et al. N Engl J Med 2004; 351: 1941-51.

nevýznamně snížil koncentraci glukózy ($-0,22$ mmol/l) (Bakris G, et al. J Clin Hypertens 2006; May(Suppl.)). Autoři dodávají, že antihypertenzní léčba thiazidovými diuretiky nejspíše zvyšuje pravděpodobnost vzniku diabetu (Verdecchia P, et al. Hypertension 2004; 43: 963–9.).

Poslání studie STAR a STAR-LET (vznik diabetu v průběhu studie STAR): Kombinovaná terapie vyšších dávek trandolaprilu a verapamilu je výhodnější u nemocných, u nichž je přítomen metabolický syndrom s patologickým orálním glukózovým testem a arteriální hypertenzí, v porovnání s kombinací losartan + hydrochlorothiazid, která zhoršuje toleranci glukózy a zvyšuje riziko diabetu.

Albuminurie – významný prediktor diabetické nefropatie, kardiovaskulárních onemocnění a mortality

Kombinace trandolaprilu s verapamilem (TARKA) snížila trojnásobně albuminurii oproti kombinaci betablokátoru s diuretikem (atenolol + chlortalidon) (Schneider M et al. J Hypertens, 1996:669–677.).

Primárním cílem studie **BENEDICT** (BErgamo NEphrologic Complication Trial) byl vliv na primární prevenci diabetické nefropatie – prevenci mikroalbuminurie (UAE ≥ 20 $\mu\text{g}/\text{min}$) (fáze A) a na sekundární prevenci diabetické nefropatie – prevenci progresu od mikroalbuminurie k makroalbuminurii (UAE ≥ 200 $\mu\text{g}/\text{min}$) (fáze B). Šlo o randomizovanou, dvojitě zaslepenou, placebem kontrolovanou studii, která sledovala 1 200 diabetiků 2. typu

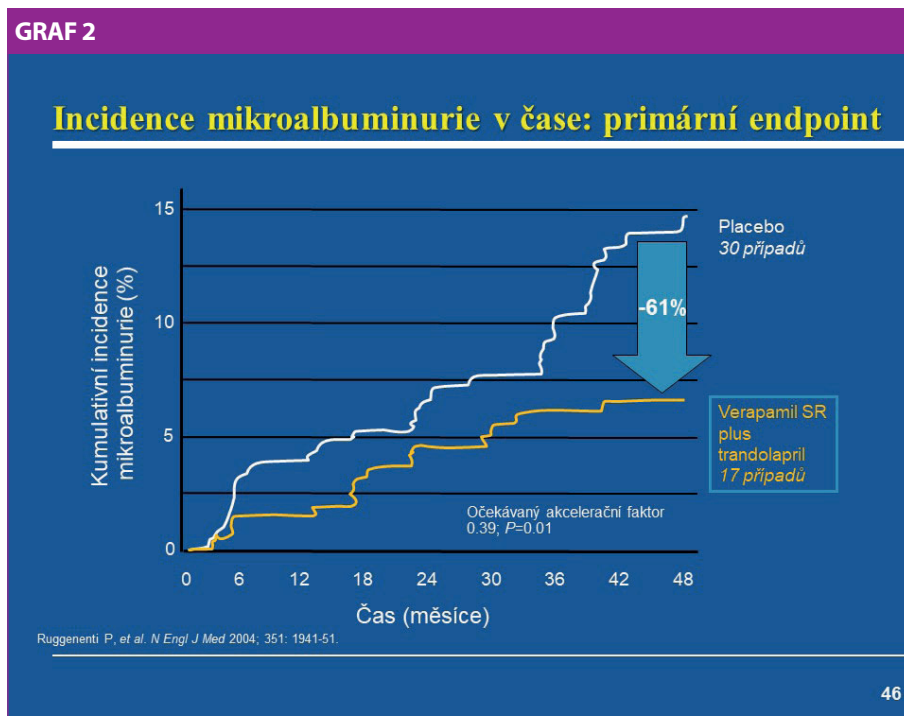
s hypertenzí bez albuminurie. Cílový tlak byl stanoven na hodnoty $\leq 120/80$ mmHg, cílový HbA_{1c} $< 7,0$ %. Doba sledování činila ve fázi A nejméně 3 roky, ve fázi B nejméně 2 roky.

Výsledky studie BENEDICT zcela přehledně znázorňují grafy 1 a 2. (Slidy 45, 46)

Výsledky léčby diabetiků s arteriální hypertenzí se zabývala původní práce (Rosolová H et al. Léčba hypertenze u diabetiků inhibitorem angiotenzin konvertujícího enzymu trandolapilem – multicentrická studie. Vnitřní lékařství, 2002 (48):701–706.). Šlo o klinickou otevřenou jednorocní multicentrickou prospektivní studii, která sledovala účinnost farmakologické léčby hypertenze na hodnoty krevního tlaku, glykemie, lipidů a albuminurie. Kombinace trandolaprilu 4 mg + verapamilu 240 mg byla u diabetiků úspěšnější u všech sledovaných parametrů než monoterapie trandolapilem.

Fixní kombinace trandolapril + verapamil (Tarka) se osvědčila:

- u hypertenze se zvýšenou aktivitou sympatiku (s tepovou frekvencí $> 70/\text{min}$) bez srdečního selhání,
- u hypertoniků s ischemickou chorobou srdeční bez srdečního selhání (INVEST),
- u prediabetu (metabolického syndromu) v prevenci rozvoje diabetu 2. typu (STAR, STAR-LET),
- u diabetiků v prevenci diabetické nefropatie (BENEDICT).



Zdroj:
Medical Tribune

Méně vídané infekce



MUDr. Otakar Ach-Hübner
VPL, Brno

Úvod

Článek pojednává o několika typech infekcí, které můžeme během své lékařské kariéry vidět jen zřídka. Větší část z nich byla autorovi dostupná během nemocničního působení na klinickém fakulním pracovišti, kde po několika letech po atestaci pracoval jako kmenový lékař a získal zde též atestaci z interního lékařství. Zároveň sloužil noční služby jako praktický lékař v nedaleké Vazební věznici i na dalších pracovištích.

Předmět

Sdělení se týká botulismu – tedy otravy klobásovým jedem, u kojenců i medem s možným obsahem spor, dále viscerální formy leishmaniózy – Kala-Azar – obě infekce u mladých lidí. Dále je třeba zmínit listeriovou meningitidu a rovněž pánevní formu aktinomykózy.

Botulismus dg.A051

Jedná se o otravu klobásovým jedem – toxinem A, B či E mikroba *Clostridium botulinum*, který má formu sporující, velmi odolnou fyzikálním i chemickým vlivům. Po vniknutí do hostitele dojde k rozvoji vegetativního stádia a produkci jednoho z nejúčinnějších přírodních toxinů – botulotoxinu. Pacientka, mladá žena, se nakazila konzumací uzených rybiček – šprotů a na infekční JIP přichází s plně rozvinutými projevy nervově-svalových změn – sucho v ústech, diplopie, strabismus, vyhaslá fotoreakce – dilatace zornice 8 mm, oko-hybné poruchy + ptóza víček, hypomimie, slabost, mírná dušnost. Léčena byla frakcionovaným podáním specifického trivalentního anti-botulinového séra anti-A, B a E i symptomaticky. Stran potvrzení etiologie byl proveden přednostou mikrobiologie test na zvířecím modelu. Infikované myšky běžící po rukávu saka popadaly při zatřesení paží, kdežto kontrolní myši družstvo se drželo při otřesech podstatně lépe.

Viscerální forma leishmaniózy dg.B55.0

Tato parazitární infekce se vyskytuje ve středomoří, tedy i v hojně navštěvovaném Chorvatsku, dále v Asii včetně

Indického subkontinentu. Jazykem hindi znamená Kala Azar „černá nemoc“, tmaví Indové jsou ještě více „tmavě prošedlí“, což pro naše lékaře nebude snadné rozlišit. Parazit pronikne do hostitele večerním sáním flebotomů, drobného dvoukřídlého hmyzu, který proniká běžnou moskytiérou, a k prevenci této infekce jsou nutná oka moskytiéry do 1,5 mm. Bičíkaté stádium parazita se v těle promění v bezbičíkaté amastigoty, které jsou pohlcovány fagocyty, v nichž se však úspěšně množí a pronikají portálním oběhem do jater. Dojde k febrilnímu stavu a onemocnění klinicky podobnému malignímu lymfomu – splenomegalií, lymfadenopatií, remitujícími febriliemi. Mladý český turista si přiváží od Jadranu toto onemocnění a celý měsíc se v okresní nemocnici pátrá po příčině. Diagnózu odhalí až vyšetření bioptického vzorku jater, které prokáže parazita *Leishmania donovani*. Je přijat na infekční JIP, kanylována centrální žíla a zavedena 14denní léčba Amfotericinem B v dávce 0,5 mg na kilogram váhy, tj. 40 mg denně. Mladý muž se zotaví a je dimitován s nevelkou renální lézí (kreatinin 150 umol/l), na jejíž kontrolu se již nedostaví.

Listeriová meningitida dg.A32

Bakteriální čili purulentní meningitidy jsou velmi závažná infekční onemocnění, jejichž diagnostika a léčba nesnese odkladu. Na rozdíl od meningitidy serózní – borreliové, klíšťové meningoencefalitidy či leptospirové meningitidy s čirým likvorem je zde mozkomíšni mok zkalený, výrazně zmnožené buňky – polymorfonukleáry, vysoká bílkovina i laktát, může být určitý přetlak v likvorových cestách. Původcem nemoci je mikrob *Listeria monocytogenes*, drobná aerobní tyčka fakultativně anaerobní, pohyblivá se kotoučovým pohybem ve visuté kapce, značně odolný nízkým teplotám, akvírovaný zejména alimentární cestou z mléčných výrobků, zrajících sýrů, masa včetně lososovitých ryb i drůbeže. Je necitlivý na cefalosporiny všech generací. Léčba musí být vedena Ampicilinem. Listerie mají afinitu k imunologicky preferovaným tkáním – mozku i placentě. V přednesené kazuistice onemocněl 45letý inženýr přizvaný k opravě motoru námořní jachty do chorvatské mariny. Přijíždí domů s výrazným meningeálním syndromem – šíje oponuje na 5 prstů, tj. není schopen ani náznaku spojení brada–sternum, s bolestmi hlavy. Vědomí je plně zachováno, nemá známky encefalitidy. Při zjištění purulentní zánětlivé formule dostává standardní léčbu cefalosporiny III. generace, která je záhy po vykultivování původce z likvoru doplněna o Ampicilin v megadávkách tak, aby po koncentračním spádu pronikal z krve do likvoru, tj. překonával hematoencefalickou bariéru. Účinnou léčbu

injekčním aminopenicilínem toleruje, meningeální příznaky vymizí, z kontrolní lumbální punkce je již mok sanován – nezánětlivý a bez přetlaku. Propuštěn byl v dobrém stavu, bez neurologického deficitu.

Pelvická forma aktinomykózy dg.A42.8

Původcem této infekce je mikrob *Actinomyces israeli*, který vyvolává několik forem – historicky frekventní cervikofaciální, ustoupivší po prosazení zásad hygienického režimu i zubolékařské péče, dále plicní, střevní či zmíněnou pelvicovou formu, vázanou obvykle na přítomnost dlouhodobě ponechaného IUD.

Kazuistika se týká 48leté ženy–podnikatelky, která rodila velmi brzo, v 18 letech, po několika interrupcích však svoji antikoncepci vyřešila „jednou provždy“ desetiletým ponecháním tělíška, po příchodu do Brna nevyhledala registrujícího gynekologa a na roční kontroly nechodila. První naše setkání nastalo v ordinaci LPS, kam přichází se značným otokem LDK, způsobeným hlubokou flebotrombózou. Předáváme ji na sektorovou internu, kde potvrzena flebotrombóza ileofemorálních žil, dále hydronefróza II–III. stupně vlevo. V malé pánvi je prokázán „pseudotumor inflammatorius“, tj. neonkologické ložisko aktinomykotických drúz obalené

neutrofilními granulocyty, utlačující vývodné močové cesty a působící hydronefrózu. Na infekčním pracovišti byla zavedena intravenózní léčba metronidazolem + Amoksiklavem, poté klindamycinem – Dalacinem per os po 6 týdnů, zároveň i nízkomolekulárním heparinem. Při zpětném převzetí pacientky do péče v ordinaci praktika pokračujeme s klindamycinem a VKA –antagonistou vitamínu K– Warfarinem. Nebylo snadné docílit a udržet INR v terapeutickém okně, (taktéž výsledky POCT analyzátorů různých lékařů od různých firem se mohou lišit), po 3 měsíční léčbě jsme léčbu VKA ukončili. Pacientka nás navštěvuje v dobrém klinickém stavu, IUD bylo gynekology extrahováno a průkaz drúz byl potvrzen mikroskopickým i kulturačním vyšetřením.

Závěr

S uvedenými infekcemi se můžeme zřídka setkat nejspíše v době předatestační nemocniční přípravy či při práci již atestovaného lékaře na nemocničním oddělení, než získá svoji vlastní praxi. Při službě LPS, ať v rámci OUP či samostatně, se můžeme podílet na diagnostickém algoritmu některé z nich.

I N Z E R C E

Chcete zažít kouzlo venkovského lékařství? Toužíte po vlastní praxi, ale obáváte se zbytečné administrativy? Oceníte podporu týmu, laskavou a šikovnou zdravotní sestru a pomoc se zástupy v případě Vaší dovolené?

Jsme české rodinné akreditované nestátní zdravotnické zařízení, které poskytuje primární péči na venkově i v geograficky znevýhodněných oblastech a právě teď

hledáme lékaře do naší ordinace VPL v okolí Prahy, Jihlavy, Žďáru nad Sázavou a v Telči.

Nabízíme:

- mzdu 60 000 Kč netto/měsíčně při 30 hod. týdně (zkrácený úvazek možný)
- 5 týdnů dovolené
- hrazené kongresy a vzdělávací akce, uvolnění na povinné stáže
- práci vhodnou pro lékaře i z jiných oborů (u interních oborů nebo ARO apod. zajistíme odborný dohled a školitele v rámci přípravy k atestaci)
 - moderní a vybavenou ordinaci (CRP, INR, EKG, holter)
- pracovní dobu přizpůsobenou Vaším požadavkům, možnost nastavit si ordinační hodiny
- samostatné ordinování s možností konzultace diferencially diagnostické rozvahy s konziliáři z různých interních oborů
 - účast na kazuistických seminářích s kolegy z jiných našich ordinací

Nástup leden/únor 2019. Pro více informací kontaktujte prosím
MgA. Barboru Liškovou (E-mail: bara.liskova@vseobecnylekar.cz; tel: 608 020 067)

Co je kardiovaskulární rehabilitace?



MUDr. Vladimír Tuka, Ph.D.

Centrum kardiovaskulární rehabilitace VFN, III. interní klinika – klinika endokrinologie a metabolismu 1. LF UK a VFN, Praha

Prevence aterosklerózy

Ateroskleróza její komplikace jsou stále zodpovědné za téměř polovinu všech úmrtí ve vyspělém světě, a to včetně České republiky. Ateroskleróza je celoživotní pomalu progredující proces, který začíná dlouho před tím, než se klinicky manifestuje (subklinická ateroskleróza), ale nekončí koronární intervencí (koronární intervence představuje jen paliativní ošetření aterosklerotické léze). Ateroskleróza je také ale preventabilní onemocnění. Rozlišujeme sekundární prevenci (ovlivnění manifestní aterosklerózy), primární prevenci (léčba rizikových faktorů s cílem zpomalit/zastavit aterosklerotický proces) a primordiální prevenci (zdravý životní styl, který zabrání rozvoji rizikových faktorů aterosklerózy). Primordiální prevence představuje snahu o udržení tzv. ideálního kardiovaskulárního zdraví:

4 příznivé prvky životního stylu

- nekouření
- ideální váha (BMI < 25 kg/m²)
- dostatek pohybové aktivity (min. 150 minut/týdně; střední intenzity)
- zdravé stravování
-

4 protektivní faktory

- neléčená hladina celkového cholesterolu < 5,0 mmol/l
- krevní tlak < 120/80 mmHg
- nepřítomnost diabetu
- nepřítomnost manifestního kardiovaskulárního onemocnění

O příznivém vlivu zdravého životního stylu svědčí i observační švédská studie, ve které byla sledována nejrizikovější populace stran komplikací aterosklerózy – muži ve věku 45 – 79 let. Vstupně vyplňovali dotazník o životním stylu, ve kterém byl zdravý životní styl definován 5 body (zdravá dieta; střídma konzumace alkoholu (10 to 30 g/den); NE–kouření; fyzická aktivita (chůze/kolo ≥40 min./den a cvičení ≥1 h/týden); bez abdo-

minální obezity – obvod pasu <95 cm). Muži, kteří splňovali všech pět prvků, měli o 80 % nižší riziko, že prodělají infarkt myokardu ve srovnání s muži, kteří měli úplně nezdravý životní styl. Na příznivém efektu zdravého životního stylu se podílelo stejnou měrou nekouření a dostatek pohybové aktivity (PA).

Pohybová aktivita má kromě příznivých účinků na kardiovaskulární systém i další zdravotní účinky (např. snižuje anxieta a depresivní ladění, zlepšuje kognitivní funkce, snižuje riziko rozvoje nádorových onemocnění, zlepšuje kostní denzitu a další). Příznivý účinek zdravého životního stylu není omezen jen na osoby s příznivou genetickou výbavou, ale prospěch ze cvičení a zvyšování své tělesné zdatnosti mají i pacienti s pozitivní rodinnou anamnézou.

Kardiovaskulární rehabilitace

V dosahování změn životního stylu v rámci sekundární i primární prevence pomáhá kardiovaskulární rehabilitace (KVR). KVR je proces, s jehož pomocí se u nemocných se srdečními chorobami snažíme docílit návratu a udržení jejich optimálního fyziologického, psychologického, sociálního, pracovního a emočního stavu. Uplatňujeme zde přístup komplexní, který zahrnuje fyzickou aktivitu, dodržování zásad sekundární prevence a zdravého životního stylu, a přístup individuální, kdy přihlížíme k potřebám každého jedince zvlášť. Při KVR se snažíme primárně ovlivnit pohybovou aktivitu a stravovací návyky pacientů, dále ovlivnit základní rizikové faktory aterosklerózy (kontrola optimální hmotnosti, dyslipidémie, glycidový metabolismus, arteriální hypertenze, kouření), to vše za psychologické podpory.

Základem KVR je pohybová aktivita. Pohyb představuje základní atribut života. Pro pacienty je vhodné rozlišovat PA a cvičení. Zatímco PA je jakýkoli pohyb těla za pomoci kosterních svalů, který vyžaduje výdej energie a je výhodný pro zdraví, tak cvičení je plánovaný, strukturovaný pohyb těla provozovaný za účelem zlepšení nebo udržení jedné či více složek fyzické kondice. Zatímco mnoho pacientů je ochotno tolerovat PA, tak cvičení je pro ně tabu. Do PA počítáme i činnosti prováděné v zaměstnání, v domácnosti, na chatě, při dopravě (chůze, kolo), dále volnočasové aktivity (tancování, turistika, sport, chataření).

Základní PA, kterou v rámci primární/sekundární prevence můžeme předepsat, představuje obyčejná chůze. Za obecné pravidlo pro bezpečné zahájení PA lze uvést: začínat na nízkých objemech, postupovat pomalým zvyšováním nejprve času a posléze intenzity, ale mířit vysoko. Konkrétně pro chůzi to znamená, začít na aktuálním počtu kroků za den daného pacienta, každý týden přidávat k již dosaženému počtu dalších 100

kroků (nebo zvyšovat o 10 % každé 1–2 týdny), ale mířit vysoko k 10 000 kroků/den, anebo ještě výše.

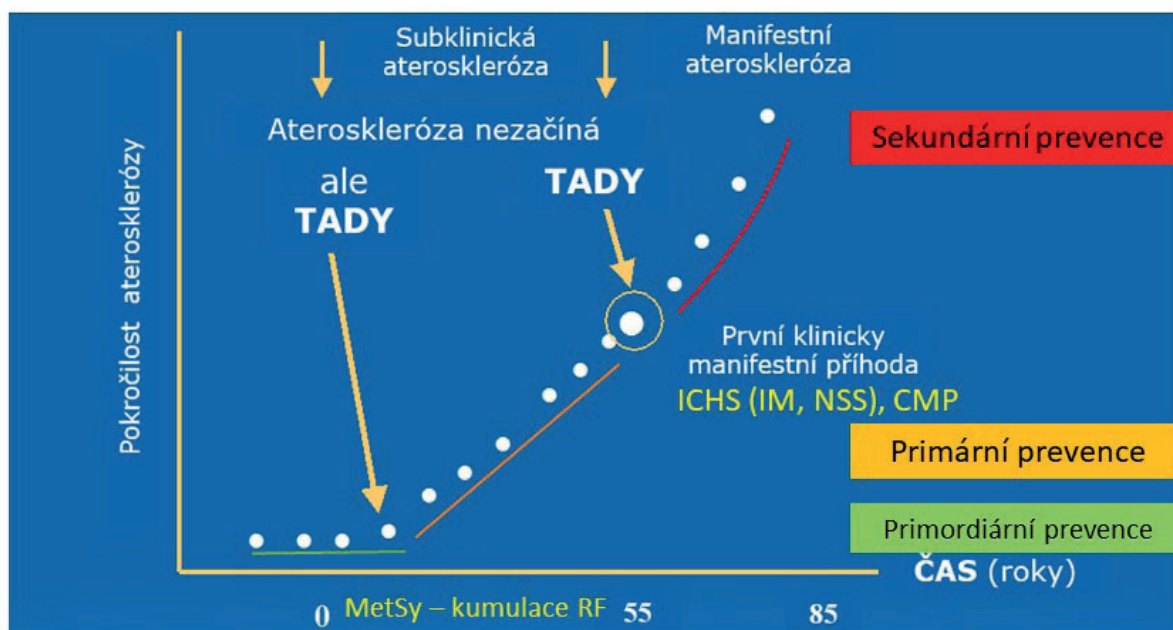
Vytrvalostní PA můžeme předepisovat také dle srdeční frekvence. Zde je nutno zdůraznit, že jediná použitelná maximální srdeční frekvence (SFmax) je ta, kterou změříme při zátěžovém testu. Při preskripci si můžeme pomoci i Borgovou škálou subjektivního vnímání zátěže (6 = žádná zátěž; 13 = poněkud těžší zátěž; 20 = velmi těžká zátěž). U pacientů začínáme na velmi lehké zátěži (Borg 9–11) a během týdnů zvyšujeme až k poněkud těžší zátěži (Borg 12–14).

Je chybou zapomínat na odporový trénink (laicky „posilování“). Pokud se provádí správně (tj. správná technika provedení, více opakování – 10–15 v jedné sérii; bez zadržování dechu), pak je bezpečné i pro pacienty se srdečním selháním.

Součástí KVR je i nutriční intervence. Nutriční intervenci poskytují vysokoškolsky vzdělaní nutriční terapeuti (Bc.) nebo specialisté (Mgr.). Snahou je nedržet žádnou dietu, ale naučit pacienty správně jíst.

Pohybová aktivita představuje levnou a velice účinnou preventivní a léčebnou metodu. Pojďme ji u našich pacientů více používat.

Aterosklerotický proces začíná dlouho před tím, než jsme schopni ho zjistit a nekončí koronární intervencí.



SOS tlačítko a služba tísňové péče

SOS tlačítko dnes běžně využíváme například ve výtahu anebo na dálnici, najdeme je také v chytrých telefonech či v autech. Tlačítka pro přivolání pomoci mají člověku dát jistotu, že mu v krátkém čase někdo pomůže. V prostředí sociálních služeb, kde hovoříme o tzv. tísňové péči, našla SOS tlačítka široké využití – pomáhají svým uživatelům žít i ve vysokém věku plnohodnotně a beze strachu. V říjnu 2018 byl spuštěn pilotní projekt, do kterého se mohou hlásit senioři, jejich rodiny anebo osoby se zdravotním postižením, a získat službu tísňové péče na rok zdarma.

Co je tísňová péče, jak funguje a pro koho je určena

Tísňová péče je terénní služba. Poskytuje distanční hlasovou a elektronickou komunikaci s osobami, které jsou vystaveny vysokému riziku ohrožení zdraví nebo života v případě náhlého zhoršení zdravotního stavu nebo schopností. Tísňová péče je určena **seniorům a osobám se zdravotním postižením**. Služba monitoruje seniora v jeho domácnosti, je s ním v oboustranném spojení a v krizové situaci zabezpečuje **poskytnutí okamžité odborné pomoci**. Ta je k dispozici nepřetržitě **24 hodin denně, 7 dní v týdnu**.

Tísňovou péči v České republice vytvořil a od roku 1992 provozuje zapsaný ústav „Život 90“. Ten se zároveň zasloužil, že tísňová péče je od roku 2007 typem sociální služby dle zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách a lze ji hradit ze státního příspěvku na péči.

Jaké jsou cíle tísňové péče

- udržet co největší **soběstačnost a nezávislost** seniorů a zdravotně postižených lidí
- zajistit těmto osobám možnost **žít ve vlastním sociálním prostředí**
- **zmírnit sociální izolaci** starých, osaměle žijících občanů
- **pomoci rodinám** pečujícím o seniory či zdravotně postižené rodinné příslušníky (respitní neboli úlevová péče)
- pomoci seniorům a zdravotně postiženým při **prosazování jejich práv a zájmů** a zprostředkovat jim **kontakt se společenským prostředím**
- poskytovat **zdravotní i obecné poradenství**, včetně výchovně vzdělávacích služeb
- **snížit počet čekatelů** na umístění v ústavech sociální péče
- **snížit počet hospitalizací** v léčebných zdravotních zařízeních **ze sociálních důvodů**
- **snížit narůstající počet** zdravotních, sociálních i kriminálních **rizik**

Pro koho je služba tísňové péče určena

Službu využívají především **senioři, kteří žijí sami ve své domácnosti**. Tísňová péče řeší aktuální krizové situace, které v životě starších osob mohou nastat: pád, slabost, nevolnost, náhlé zhoršení zdravotního stavu, osamělost nebo přeapadení. Smyslem služby je rychlé přivolání pomoci pouhým stisknutím SOS tlačítka, ale i prostřednictvím elektronického systému při detekci závažných skutečností. V nepřítomnosti seniora v domácnosti (lázně, hospitalizace, návštěva známých) toto zařízení byt či dům také ohlídá.

Jak služba tísňové péče funguje

Ukažme si názorně, **co se děje, když** se senior dostane do situace, kdy potřebuje přivolat pomoc, **a stiskne SOS tlačítko**.

- Senior upadne ve svém bytě nebo venku, poraní se a sám nemůže vstát. Stiskne tísňové tlačítko zavěšené na krku nebo na ruce a čeká.
- Poplachová zpráva se během pár vteřin objeví na počítači dispečinku tísňové péče.
- Operátorka se pomocí hlasové komunikace se seniorem spojí a zjistí, co se stalo. Podle povahy situace zorganizuje pomoc, např. zavolá osoby, na které senior předem poskytl kontakt.
- Pokud nejsou blízcí schopni pomoci, operátorka vysílá na místo sanitní výjezdovou službu nebo rychlou záchrannou službu. Na dispečinku je možné mít uložené zabezpečené klíče od bytu. V případě akutního ohrožení života volajícího, který na dispečinku klíče uložené nemá a kontaktní osoby nejsou schopny rychle byt zpřístupnit, operátorka zorganizuje výjezd kompletního integrovaného záchranného systému.

Tísňová péče nonstop doma i venku

- **Domácí tísňová péče – pro větší bezpečnost v domácnosti seniora**

Základ zařízení tvoří ústředna, která je pevně připevněna na zeď a obsahuje SIM kartu. Dále pak bezdrátové čidlo pohybu a tísňové tlačítko na ruku seniora v podobě náramku s výrazným SOS tlačítkem.

Pomoc se přivolá stisknutím červeného tlačítka, kdy se senior okamžitě spojí s pracovníkem dispečinku, který ihned zprostředkuje pomoc v krizové a náročné situaci. Bezpečí seniora významně doplňuje pohybové čidlo, které v případě delšího nepohybu samo vyvolá poplach. Čidlo lze nastavit i na hlídání domácnosti seniora v případě jeho nepřítomnosti. Výhodou stacionárního zařízení je stabilní napájení a propojení s dispečinkem.

• Mobilní tísňová péče – pro aktivní život seniora

Mobilní zařízení je malých rozměrů a hmotnosti s hlasovou komunikací, které je vybaveno SOS tlačítkem o velikosti palce pro snadné a okamžité použití. Součástí zařízení je i nabíjecí kolébka, i když zařízení má nízkou spotřebu a při běžném provozu vydrží i tři dny nabitě.

Po stisknutí zabudovaného SOS tlačítka se ihned odesílá SMS na dispečink, který řeší vzniklou situaci a se seniorem komunikuje prostřednictvím hlasitého reproduktoru a citlivého mikrofону. Mobilní zařízení zaznamenává také pohyb, takže můžeme lokalizovat pozici klienta na mapě a registrovat příznaky pádu. Tato funkce se ztrácí

v případě, že je signál stíněn kupř. v tunelu metra.

• Kombinace domácí a mobilní tísňové péče

Optimální je zabezpečit seniora kombinací obou koncových zařízení.

Spolupráce s praktickými lékaři – doporučte své pacienty

Od října 2018 do září 2019 probíhá v Praze pilotní projekt „Metropolitní systém tísňové a zdravotní péče“. Projektu se účastní dva poskytovatelé tísňové péče (Život 90, z. ú. a Chytrá Péče s.r.o.) a zastřešuje jej městská společnost Operátor ICT, a. s., v rámci koncepce Smart Prague,

jejímž cílem je přinášet Pražanům technologické inovace, které budou moci využít ve svém běžném životě. Praktičtí lékaři mohou zaregistrovat své pacienty – seniory a osoby se zdravotním postižením, kteří tak získají **službu tísňové péče zdarma do září roku 2019**. Praktický lékař bude mít k dispozici informace plynoucí z chodu tísňové péče, tzn. kolikrát a při jaké situaci došlo ke stisknutí SOS tlačítka, případně údaje z průběžného monitorování zdravotního stavu pacientů. Tyto informace mohou pomoci včasnému odhalení zdravotních problémů. **Kapacita projektu je omezená na 120 klientů/seniorů**. Přihlášení je možné na e-mailové adrese pomoc@operatorict.cz.

Život 90
www.zivot90.cz

TÍŠŇOVÁ PÉČE
BEZPEČÍ • JISTOTA • SVOBODA

Klient doma

Klient ve svém bytě v koupelně upadne, při pádu se poraní a sám nemůže vstát.
Stiskne na ruce nebo na krku zavěšené SOS tlačítko a ihned dojde ke spojení s operátorem dispečinku.

Klient venku

Klient venku upadne, je napaden, zhorší se mu zdravotní stav ...
Stiskne na zařízení tísňové tlačítko a ihned dojde ke spojení s operátorem dispečinku.

NONSTOP POMOC V KRIZOVÝCH SITUACÍCH
• Pád • Nevolnost • Přepadení • Slabost • Obava ze samoty •

Operátor dispečinku se pomocí hlasité hlasové komunikace automaticky propojí s klientem, zjistí co se stalo a zařídí odpovídající pomoc.

Záchranná služba
☎155

Policie
☎156/158

Hasičský záchranný sbor
☎150

Rodina
Pečující
Sousedé
Přátelé
Sociální služby
Zdravotní služby

DISPEČINK

Bezpečí a jistota = SOS tlačítko

- nonstop péče, 24 hodin denně, 7 dní v týdnu
- doma i venku, vždy je pomoc nablízku
- není nutné si pamatovat žádná čísla, ani se učit dlouhé návody
- díky přesné lokalizaci klienta vždy najdeme, když bude třeba
- není potřeba rozumět technice, funguje automaticky
- problém klienta řešíme do minuty - rychle a efektivně
- služba je nastavena každému na míru a zkracuje dobu hospitalizace

✉ tisnovapece@zivot90.cz ☎ 222 333 546

ŽIVOT⁹⁰
S NÁMI SAMI SEBOU

Prevence návykových nemocí a nadměrného stresu u lékařů



MUDr. Karel Nešpor, CSc.

Psychiatrická nemocnice Bohnice

Úvod

Podle zahraničních pramenů patří lékaři a další zdravotničtí pracovníci k nadprůměrně ohroženým skupinám. Lékaři přicházejí do našeho zařízení rozhodně častěji, než by odpovídalo jejich zastoupení v populaci. Příčiny je třeba hledat v poměrně specifických rizikových faktorech, viz následující přehled.

Zdravotníci, stres a návyková rizika (částečně podle Nešpor, 2009)

Rizikové faktory

- Lékaři přicházejí do styku s bolestí, nemocí a smrtí. To může aktivovat jejich nevyřešené emoční konflikty.
- Negativní odezva pacienta nebo jeho rodiny, ať už oprávněná nebo ne.
- V medicíně je často třeba se rozhodovat při neúplných informacích.
- Lékaři plní mnohdy konfliktní role a jsou vystaveni komerčním i administrativním tlakům.
- V medicíně existuje snadná dostupnost návykových látek.
- Lékaři mívají sklon k samoléčení, což je někdy nebezpečné.
- Náročná profese může negativně ovlivňovat soukromý život.
- Velká právní zodpovědnost.
- Častá práce noci (pohotovostní služba atd.).
- Práce lékaře klade velké nároky na průběžné vzdělávání a v lékařské praxi bývá třeba se rychle adaptovat na změny.
- Lékaři se často identifikují se svým povoláním. Skutečné nebo zdánlivé profesní selhání prožívají bolestně a s pocitem viny.
- Někde dochází ke konfliktům při týmové práci, jinde naopak pracuje lékař samostatně a cítí se izolován.
- Práce mívá nárazový charakter, např. velká zátěž během chřipkové epidemie.
- Časový stres, tj. lékař často plní své povinnosti v časové tísně.

Ochranné faktory

- Sem patří dobrá informovanost o prevenci a nefarmakologické léčbě (rehabilitace, psychoterapie, relaxační techniky).
- Práce lékaře má smysl, je užitečná a přináší uspokojení.
- Lékařská profese a práce zdravotních sester patří podle výzkumů veřejného mínění k těm nejrespektovanějším.
- Lékaři také bývají lépe informováni o možnostech léčby návykového problému.

Okruhy, jak předcházet návykovým nemocem a zvládat stres nebo rizikové emoce

Následující kategorie se do značné míry překrývají a kombinují. Např. jeden kolega lékař se uklidňuje procházkami se psem. Uplatňuje se při tom fyzická aktivita i vliv okolní přírody. Navíc dochází k interakci se zvířetem, což má i citový rozměr.

Způsoby omezující vliv zevních podnětů vyvolávajících stres a zvyšujících riziko

- Některé z těchto zdrojů stresu nelze zcela eliminovat, většinu je ale možné je alespoň omezit na únosnou mez. Lékař se těžko vyhne pracovnímu stresu, ale nemusí po pracovní době věnovat nadměrnou pozornost tomu, co nabízí většina televizních stanic nebo pobývat v hlučných prostorách. Někdy se pacienti ptají, zda nebude jejich život ochuzen. Zkušenost učí, že je to právě naopak. Zřeknutí se několika málo rizikových možností, otevře cestu mnoha jiným a lepším. Na okraj dodáváme, že zejména audiovizuální reklama alkoholu představuje rizikový faktor pro zneužívání alkoholu. Pro ty, kdo mají návykové problémy, jsou nebezpečné i filmy o drogách a reklama hazardu.
- Negativní působení časového stresu lze snížit dobrou organizací času. Doporučuje se plánovat i odpočinkové aktivity stejně jako důležité povinnosti. Odpočinek je také povinnost, a to vůči sobě.
- Pokud je to možné, lékař by měl vést jasnou hranici mezi pracovními povinnostmi a soukromím.
- K zevním rizikovým vlivům, kterým se třeba se vyhnout, patří alkohol, tabák, jiné návykové látky a hazard. Ve všech těchto případech se míra stresu zvyšuje, jen si ji jedinec hůře uvědomuje.
- Míru stresu sníží i to, že se lékař naučí pracovat se informacemi, chrání se před informačním přetížením a zvládne potřebné dovednosti.

Způsoby oslabující vliv vnitřních podnětů vyvolávajících stres a zvyšujících riziko

Sem patří hlad, dehydratace, spánková deprivace, únava, nedostatek pohybu, silné rizikové emoce a dlou-

hé sezení. Ani tyto faktory nelze zcela eliminovat, ale lze jejich působení omezit. Např. při dlouhé práci vsedě se osvědčují mikro přestávky, což může být kratičké protáhnutí se nebo třeba i jen to, že lékař vstane, obejde ordinaci a vrátí se k práci.

Způsoby zlepšující uvědomování sebe a okolí

- Dobré uvědomování sebe i okolí (mindfulness) usnadňuje rozpoznávat stresující podněty a omezovat jejich působení (Gilmartin a spol., 2017).
- Se sebeuvědomováním souvisí jednoduchá technika, kdy nezúčastněně pozorujeme myšlenky a nereagujeme na ně. To se někdy označuje jako „surfing“. Tím se myslí jakoby klouzat po povrchu myšlenek, aniž by se člověk „namočil“. Praktikující si udržuje odstup, nadhled a postoj pozorovatele. Tento postup se podobá některým tradičním meditačním technikám.
- Klidné a objektivní uvědomování vytváří dobré podmínky pro změnu vztahového rámce. Např. plná čekárna může být zdrojem stresu, ale lze jí brát i jako projev důvěry pacientů.
- Dobré uvědomování umožňuje rozpoznávat uklidňujících prostředí, situace nebo aktivity a lépe je využívat.

Práce s motivací

- Lze si připomenout si minulé negativní zkušenosti s přetěžováním se.
- Podobně lze pracovat s pozitivní motivací a uvědomit si výhody rozumného způsobu života.
- Pracovní stres se lépe snáší, když se na něco těšíme, např. na relaxaci, cvičení nebo procházku pro práci.

- Odolnost vůči stresu také zvyšuje smysluplnost, pocit, že jedinec může svůj život ovlivňovat, a schopností přijímat překážky jako výzvu (Kobasa, 1979).

Uvolnění v širším slova smyslu

Jedná se o účinné postupy mírnící stres, bažení po návykové látce i silné emoce jako např. úzkosti nebo deprese. Některé z nich vyžadují předběžný nácvik, na jiné stačí pouze pamatovat a využívat je.

- Relaxační a meditační techniky (např. Nešpor, 1998, řada z nich je volně na adrese www.drnespor.eu). Prvky relaxační techniky lze včlenit i do denních aktivit, které nevyžadují naprostou pozornost. Lze např. částečně uvolnit některou část těla, nebo si uvědomovat dech.
- Relaxační techniky mírní stres i úzkost a projasňují náladu (např. Klainin–Yobas a spol., 2015).
- Tělesné cvičení, chůze nebo tělesná práce. Klid, uvolnění a projasnění nálady se někdy objeví už během fyzické aktivity jindy, nastávají jejím skončením. Podobně jako v případě relaxace, lze i takto mírnit deprese a úzkost (např. Rebar a spol. 2015). Tělesná aktivita také usnadňuje následné praktikování relaxační techniky. Výhodou jógy a některých tradičních čínských cvičení je to, že relaxaci a tělesný pohyb integrují do jednoho celku.
- Poradit se např. s kolegy. Nejde zde pouze o získání informace, ale také o emoční podporu a pochopení, které si mohou poskytovat lidé v podobné situaci.
- Příznivě působí i dobré a stabilní mezilidské vztahy v soukromém životě. Fungující síť vztahů do značné míry chrání proti stresu a zátěžovým událostem.
- Nenápadným a velmi užitečným způsobem, jak se uklidnit, je břišní (brániční) dýchání s prodlouženým výdechem. Lze tak mírnit stres, úzkost i deprese (Jerath a spol., 2015). Klidné břišní dýchání lze včlenit i do běžných denních aktivit, např. čekání. Je to také jednoduchý způsob, jak se uklidnit bezprostředně před usnutím. Břišní dýchání usnadňuje představa červené koule nebo vycházejícího slunce v břiše, které se při nádechu zvětšuje a při výdechu zmenšuje.

Mnoha lidem se osvědčuje při zvládnání stresu klidná a melodická hudba (Linnemann a spol., 2015) a existují i pozitivní



zkušenosti s využíváním hudby u pacientů s různými zdravotními problémy.

- Smích, veselost a humor vyvolávají změny v mnoha směrech podobné těm, které nastávají při relaxaci (více viz Nešpor, 2015).
- Větší pocit bezpečí a jistoty nachází řada lidí v duchovním životě, ať už se jedná o modlitbu, duchovní hudbu (Bradshaw a spol., 2015), meditaci, rituály atd. Existují doklady o tom, že duchovní život působí příznivě na duševní i tělesná zdraví lékařů i pacientů (např. Counted a spol., 2018). Duchovní život představuje sice ochranný činitel, ale nelze ho chápat jako dokonalou ochranu před stresem a návykovými nemocemi. Se závislostí na alkoholu se lze setkat i u kněží. Pro zajímavost dodáváme, že katolická církev povoluje, aby závislí kněží prováděli příslušné obřady s ovocnou šťávou, a totéž umožňují věřícím i některé evangelické církve.
- Lékař by se měl ve volném čase věnovat kompenzačním aktivitám, tj. zaměstnat jiné části svého těla a mozku než při práci. Paradoxně se stává, že někteří lékaři se necítí dobře v době, kdy by mohli odpočívat, a se těší, až půjdou do práce. Příčinou může být láska k povolání, ale také málo kvalitních mimopracovních zálib.

Literatura

- Bradshaw M, Ellison CG, Fang Q, Mueller C. Listening to Religious Music and Mental Health in Later Life. *Gerontologist*. 2015; 55(6):961–71.
- Counted V, Possamai A, Meade T. Relational spirituality and quality of life 2007 to 2017: an integrative research review. *Health Qual Life Outcomes*. 2018; 16(1):75.
- Gilmartin H, Goyal A, Hamati MC a spol. Brief Mindfulness Practices for Healthcare Providers – A Systematic Literature Review. *Am J Med*. 2017; 130(10):1219.e1–1219.e17.
- Jerath R, Crawford MW, Barnes VA, Harden K. Self-regulation of breathing as a primary treatment for anxiety. *Appl Psychophysiol Biofeedback*. 2015; 40(2):107–15.
- Klainin-Yobas P, Oo WN, Suzanne Yew PY, Lau Y. Effects of relaxation interven-

Krátká intervence a léčba

Zdravotník s počínající formou návykové nemoci by měl být dostatečně kritický a využít svépomoc, např. účast v organizaci Anonymních alkoholiků a svépomocné materiály. Je to projev odpovědnosti vůči sobě i pacientům. Tím spíše by se měl léčit lékař, u něhož návykový problém pokročil.

Prognóza závislých lékařů, kteří se léčí, je obvykle dobrá, většinou bývají silně motivováni si udržet zaměstnání a jejich výhodou je i nadprůměrná inteligence. Přece jen ale varování. Při léčbě závislostí nejde pouze o to získat informace, ale je třeba dobře zvládnout relevantní dovednosti. Dobře naučené vzorce chování lze použít i při stresu nebo bažení. Toho nelze dosáhnout jinak než častým opakováním. Dlouhodobé doléčování je proto důležité pro lékaře stejně jako pro jiné závislé pacienty.

Závěr

Stres, rizikové emoce, jako podrážděnost, i pozitivní emoce, jako laskavost, se mezi lidmi snadno přenáší. Přenos se děje snadněji z výše postavené osoby na níže postavenou. Lékaři jsou obvykle vedoucími zdravotnických týmů, jejich emoční rozpoložení proto podstatně ovlivňuje atmosféru na pracovišti i to, jak se tam pacienti cítí. Prevence návykových nemocí a stresu je důležitá pro lékaře i jejich okolí.

- tions on depression and anxiety among older adults: a systematic review. *Aging Ment Health*. 2015; 19(12):1043–55.
- Kobasa SC. Stressful life events, personality, and health: an inquiry into hardiness. *J Pers Soc Psychol*. 1979; 37(1):1–11.
- Linnemann A, Ditzen B, Strahler J a spol. Music listening as a means of stress reduction in daily life. *Psychoneuroendocrinology*. 2015; 60:82–90.
- Nešpor K. Jak zvládat profesionální stres u pracovníků v oblasti duševního zdraví. *Psychiatrie pro Praxi* 2009; 10(1):41–43.
- Nešpor K. Smích a medicína. *Praktický lékař* 2015; 95(4):187–189.
- Rebar AL, Stanton R, Geard D a spol. A meta-meta-analysis of the effect of physical activity on depression and anxiety in non-clinical adult populations. *Health Psychol Rev*. 2015; 9(3):366–78.

Jaterní onemocnění a praktický lékař



doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D.

Ústav všeobecného lékařství 1. LF UK v Praze

Význam jaterních onemocnění narůstá. Hepatologie znamenala obrovský pokrok, zejména v prevenci a léčbě virových hepatitid, nicméně počet úmrtí na onemocnění jater roste. Více než 2000 osob ročně zemře na následky cirhózy jater. Nádory jater patří spolu s nádory jícnu a pankreatu mezi gastrointestinální nádory s rostoucí incidencí; v roce 1915 bylo v ČR zjištěno 974 případů a 755 osob na nádory jater zemřelo. Mezi roky 2015 a 2017 stoupl počet transplantací jater o 30 % a přesáhl počet 200.

Játra jsou centrálním orgánem látkové výměny. Mají velkou funkční rezervu a schopnost regenerace, takže mnohé poruchy životosprávy odpustí. Při překročení určité hranice dochází k poškození jaterních buněk a ke změnám, které mohou být reversibilní. Další působení poškozujících faktorů vede ke změnám nevratným a zahájení přestavby jaterní tkáně a cévního řečiště.

Jaterní choroby se po dlouhou dobu vyvíjejí skrytě, bez příznaků a mohou se projevit až komplikacemi portální hypertenze nebo jaterním selháním. Abnormality jaterních testů mohou, ale nemusí být varovným signálem. Diferenciální diagnostika abnormalit v jaterních testech je předmětem aktuálně publikovaného DP **Abnormální jaterní testy** (Urbánek P, Seifert B, Abnormální jaterní testy, DP Supplementum, SVL 2018).

Jaterní cirhóza je chronický proces, při kterém dochází k nekróze jater a následně ke zvýšené tvorbě vaziva (fibrotizace) a k uzlovité přestavbě jaterních buněk. Při vzniku jaterní cirhózy se uplatňují nejrůznější vlivy. V ČR jsou nejčastějšími příčinami virová infekce jater a nadměrné užívání alkoholu. K jaterní cirhóze může vést také ztučnění jater (steatóza) z metabolických příčin, nádory jater, stavy po úrazech, obstrukce žlučových cest a chronické srdeční městnání. Pacienti s cirhózou častěji umírají na komplikace; krvácení z jícnových varixů, hepatocelulární karcinom nebo zánětlivé komplikace a selhání ledvin.

Nadměrné požívání alkoholu je příčinou poškození jater (**ALD: Alcoholic Liver Disease**) asi u 8 % osob.

Doba užívání a množství alkoholu nutné ke vzniku cirhózy jsou velmi individuální. Za nebezpečnou u mužů je považována konzumace více než 60 g denně, u žen již 20 g denně. Pravidelná konzumace alkoholu je dnes také spojována i s vyšším rizikem gastrointestinálních nádorů; 1 drink denně zvyšuje riziko karcinomu jícnu, 2–4 drinky denně zvyšují riziko kolorektálního karcinomu a těžké pití více než 4 drinků denně znamenají vyšší riziko karcinomu jater, žaludku a pankreatu. Česká republika se spotřebou 29 g alkoholu/osoba/den zaujímala v Evropě v roce 2016 druhé místo za Litvou. Často se kombinuje toxické působení alkoholu s poruchami výživy. Prokázání škodlivého užívání alkoholu jako příčiny poškození jater je obtížné; anamnéza je nespolehlivá, nálezy zobrazovacích metod jsou nespecifické, ani biopsie není specifická. V laboratoři je AST obvykle vyšší než ALT, je vyšší GGT, urikémie, cholesterol a triglyceridy, v krevním obrazu může být makrocytóza.

Nealkoholické ztučnění jater (NAFLD = Non-Alcoholic Fatty Liver Disease) má prevalenci 20 %, u obézních osob 55–74 %. Znamená akumulaci tuku v jaterních buňkách (steatózu), která zároveň přináší i nárůst hmotnosti jater o 5–10 %. Onemocnění má souvislost s obezitou, diabetem 2. typu a poruchou metabolismu tuků a bílkovin, vzácněji s užíváním některých léků, jako je methyldopa, amiodaron, blokátory kalciových kanálů, estrogenery. **Steatóza** může přejít do stadia fibrózy a je v pozadí 10 až 20 % cirhóz. Pokud steatózu provází chronické zánětlivé změny a poškození jaterních buněk hovoříme o nealkoholické steatohepatitidě (NASH = Non-Alcoholic Steatohepatitis), která má v populaci prevalenci zhruba 2–5 %.

NAFLD mohou, ale nemusejí provázet abnormality v jaterních testech. Pokud ano, očekáváme poměr ast:alt <0,8 (PPV 44 %). Obvykle ale nacházíme parametry typické pro metabolickou poruchu (hypertriglyceridemie, hyperglykémie). Steatózu popíše sonografista, ale nálezy nejsou pro různé příčiny specifické. Míru fibrotické přestavby jaterní tkáně zohlední tzv. elastografie, modifikované ultrazvukové vyšetření, schopné posoudit tuhost jaterní tkáně, dnes dostupné na většině klinických gastroenterologických pracovištích. K dispozici je tzv. Index tučnosti jater (Fatty liver index), který umožňuje na základě hmotnosti, výšky, obvodu pasu, hodnoty triglyceridemie a GGT predikovat steatózu. Podobný index je pro stanovení fibrózy. U nás v praxi se ovšem nepoužívají.

Polékové poškození jater jako příčina abnormalit v jaterních testech není vzácná. Pro průkaz je typický rychlý pokles ALT po vysazení léku. Z nejčastěji užívaných léků se jedná např. o paracetamol, hypolipidemika, antibiotika, psychofarmaka, NSA, antikonvulziva,

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

hormonální antikoncepci.

Vzácnější příčiny jaterních poruch jsou uvedeny v suplementu Abnormální jaterní testy.

Léčba jaterních chorob

Jak již bylo zmíněno, léčba jaterních chorob zásadně pokročila. Kauzální léčbu mohou hepatologové nabídnout u virových hepatitid, autoimunní hepatitidu léčí imunosupresí, cholestatické choroby ursodeoxycholovou kyselinou. Léčba se soustřeďuje na zabránění komplikací u cirhóz. Zvyšuje se počet transplantací.

Přístup k pacientům s jaterními chorobami ve všeobecné praxi

Většina pacientů s lehčím jaterním poškozením, zejména NAFLD a ALD, zůstává v péči praktických lékařů a může být úspěšně léčena.

U alkoholických postižení je zásadní terapií abstinence. Osoby se škodlivým užíváním alkoholu obvykle patří mezi ty s vyšším a vysokým rizikem nejen jaterních, ale také kardiometabolických chorob, u kterých jsou obecně intervence rizik nejvíce efektivní.

Pacienti s NAFLD představují skupinu osob, zasluhující si pozornost praktického lékaře, vzhledem k doprovodnému zvýšenému kardiometabolickému riziku. Primární intervence by měla zahrnovat dietu s omezením kalorického příjmu, tučných jídel, cukrů a uhlohydrátů, doporučení pravidelné pohybové aktivity, nekuřáctví a nepítí alkoholu.

Ve prospěch zdraví jater jsou také všechny další intervence parametrů metabolického syndromu; léčba hyperlipidemie, hyperurikémie, kompenzace diabetu 2. typu a léčba arteriální hypertenze.

Přestože nejsou hepatoprotektiva v současné době zahrnuta do léčebných postupů, je vhodné zvážit jejich použití jako podpůrné léčby v případech, kdy játra byla vystavena infekčnímu onemocnění nebo toxickému poškození.

Jedná se o látky nebo skupinu látek, většinou volně prodejných fytofarmak, s velmi dobrou tolerancí a bezpečnostním profilem, potenciálně regeneračním a protektivním účinkem na jaterní buňky. Předpokládá

se jejich působení na snížení oxidačního zatížení (stresu) mobilizací vnitřního antioxidačního obranného systému, nahrazení některých toxických substancí netoxickými, ovlivnění funkce poškozených membrán hepatocytů a organel, dodání nezbytných metabolitů pro buněčné pochody, a tím zpomalení progresu jaterní fibrózy či její regrese.

Mohou být používána při všech výše zmíněných stavech jako je ALD, NAFLD, u lékového poškození jater nebo u starších pacientů s potenciálně hepatotoxickou medikací.

Na trhu je více než dvacet přípravků, které jsou dostupné jako doplňky stravy nebo volně prodejné léky a v jednom případě Silymarin jako lék na recept. Obsahují různé účinné látky:

Silymarin je výtažek z rostliny zvané ostropestřec mariánský. Působí proti oxidačnímu stresu a přispívá k ochraně jater před dopady některých škodlivin, jako jsou alkohol, průmyslové jedy a některé léky. Cholin je dnes využíván nejen samostatně, ale též ve fixní kombinaci s dalšími látkami s potenciálně hepatoprotektivním účinkem. **Cholin a methionin** spolu vytváří tzv. **glutathion**, přirozený antioxidant. **Inositol** je ve své fosfátové podobě součástí buněčné stěny a zasahuje do metabolismu lipidů. **Esenciální fosfolipidy** jsou směsí nenasycených mastných kyselin s pozitivním efektem na membrány jaterních buněk.

Vitamin E patří mezi vitaminy rozpustné v tucích a v organismu slouží jako důležitý antioxidant. Chrání buněčné membrány před poškozením volnými radikály.

Doporučení na závěr:

Nebagatelizujte ani nepřeceňujte abnormality v jaterních testech a pátrejte po možné noxe.

Nerezignujte na doporučení správného životního stylu, užívejte taktiku stručných intervencí.

Ve vhodných klinických situacích zvažte doporučení hepatoprotektiva. Z hlediska výběru optimálního hepatoprotektiva jsou vhodnější kombinované preparáty s dávkováním 1x denně, které je spojeno s nejlepší compliance pacienta.

Spirometrie – základní kámen funkční plicní diagnostiky



MUDr. Ivo Procházka
praktický lékař pro dospělé
Jedovnice

www.spirometry.guru

Spirometrie – teorie a praxe

Spirometrii lze obecně zařadit po bok ostatních POCT metod. Guidelines České pneumologické a ftizeologické společnosti (ČPFS) pro provádění spirometrických vyšetření vychází ze Standardů Evropské respirační společnosti a Americké hrudní společnosti (ERS/ATS).

Základními funkcemi plic jsou **ventilační** (výměna vzduchu mezi zevním prostředím a plicemi) a **respirační** (výměna kyslíku a CO₂ mezi plicemi/zevním prostředím a krví). Veličinami, které měříme, jsou objem ventilovaného vzduchu a výdechová **rychlost**. **Funkční vyšetření plic** posuzuje obě plicní funkce a umožňuje kvantitativní i kvalitativní hodnocení. Diagnózu ovšem nemůže stanovit sama o sobě, ale pouze ve spojení s anamnestickými údaji a dalšími vyšetřovacími metodami v rukou erudovaného lékaře.

Nejčastějšími indikacemi v praxích VPL jsou:

- **stanovení** typu ventilační poruchy, **diagnózy**, dif. dg. rozvahy u symptomů jako dyspnoe, kašel nebo laboratorní anomálie...
- **stanovení průběhu a prognózy** onemocnění
- **monitoring** léčby či nežádoucích účinků medikace (amiodaron)
- **předoperační vyšetření** – u kuřáků, před laparoskopickými výkony
- pro **posudkové účely**

Technika vyšetření

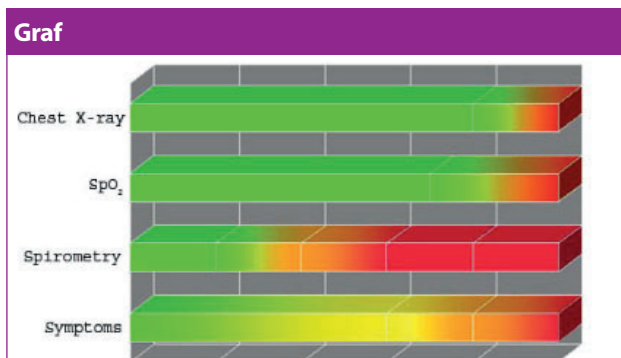
Příprava

Abychom dosáhli co možná nejpřesnějších výsledků, s nejvyšší vypovídající hodnotou, které je přitom možno vzájemně porovnat, a to nejen v rámci jednoho pracoviště, je třeba, aby byla respektována jak technika provádění samotného vyšetření, tak podmínky přípravy pacienta. Bez **nadsázky lze říci, že s erudicí a zkušeností vyšetřujícího personálu stojí a padá klinický benefit spirometrie jako vyšetřovací metody. Pro žádoucí rozšíření této metody v primární péči tak bude třeba zabezpečit systém edukace vyšetřujícího personálu a jeho garanci.**

Na vyšetření musí být pacient **jednotně připraven**. Před vyšetřením je po konzultaci s lékařem **vysazena medikace** – krátkodobě působící bronchodilatancia stačí vysadit 6 hodin, ale např. tiotropium či léky s prodlouženým uvolňováním až 48 hodin před testací. 6 hodin před vyšetřením **nekouřit a 4 hodiny nepít alkohol**, 2 hodiny **nejíst objemné jídlo** a alespoň 30 minut **neprovádět žádnou větší fyzickou aktivitu**.

Spirometrie je základním a obecně nejdostupnějším vyšetřením plicních funkcí. Odhaluje abnormality dýchání a zásadním způsobem přispívá ke stanovení diagnózy a prognózy řady plicních, ale i mimoplicních procesů a onemocnění. „Funkční vyšetření plic slouží k odhalení, případně hodnocení míry poruchy funkce respiračního systému. Jejich indikace, provedení a hodnocení by mělo patřit mezi základní dovednosti (nejen) pneumologů. Výsledky funkčních vyšetření plic zásadním způsobem ovlivňují stanovení správné diagnózy a způsob léčby. Je proto nutné, aby vyšetření byla prováděna za standardizovaných podmínek a jejich hodnocení bylo koncizní a jasné.“¹

Při vyšetření měříme 3 fyzikální veličiny: objem, čas a průtok, které přístroj zaznamenává, graficky znázorňuje a numericky vyhodnocuje. Je to metoda neinvazivní, a přitom vysoce senzitivní a objektivní. Může být prováděna prakticky kdekoli a s potřebnými znalostmi, ale především adekvátním výcvikem, ji může také prakticky kdokoli provádět (nikoli však interpretovat). Spirometrie je metodou volby především pro časnou diagnostiku. Je schopna odhalit první projevy onemocnění často mnohem dříve než ostatní konvenční diagnostické metody. Časnost diagnostiky CHOPN využitím různých metod ukazuje následující graf.

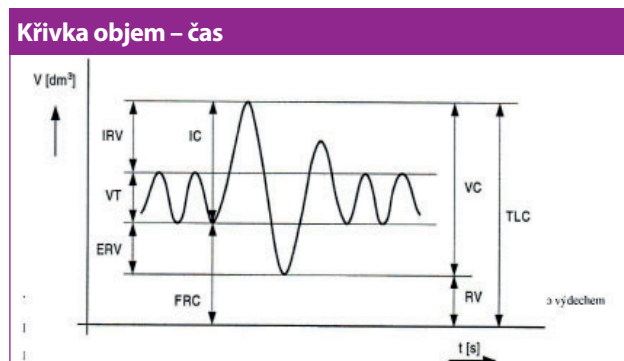


Vlastní vyšetření

Před vlastním vyšetřením je pacient změřen a zvážen a je 15 minut v naprostém klidu. Oděv musí být volný. Vyšetření se provádí **vsedě** (jinou polohu je nutno zaznamenat do protokolu). Pacient provede **toaletu dýchacích cest** (vysmrkat a odkašlat), vyšetřující personál nasadí na nos vyšetřovaného klip a do úst vloží náustek, který pacient pevně obejmě rty. V ústech zůstává v průběhu celého vyšetření. Vyšetřovaný klidně dýchá, po zklidnění provede 3x **technicky dobrý** nádech a výdech, následuje výdech, hluboký nádech a co možná **nejusilovější 6 sekund trvající** výdech. Poté opět normálně dýchá. Vyšetření provádíme maximálně 8x, s pauzou mezi vyšetřeními minimálně 1 minutu, optimálně 2. Variabilita hodnot dílčích vyšetření je akceptovatelná do 150 ml. V rámci tréninku vyšetřujícího personálu je třeba zdůraznit nutnost motivace a povzbuzení pacienta během vyšetření, zejména během fáze usilovného výdechového manévru. K docílení validních výsledků se rozhodně není třeba obávat zvýšit hlas. Spíše to považujeme za žádoucí. Průběh celého vyšetření je graficky monitorován na displeji počítače.

Výstupy

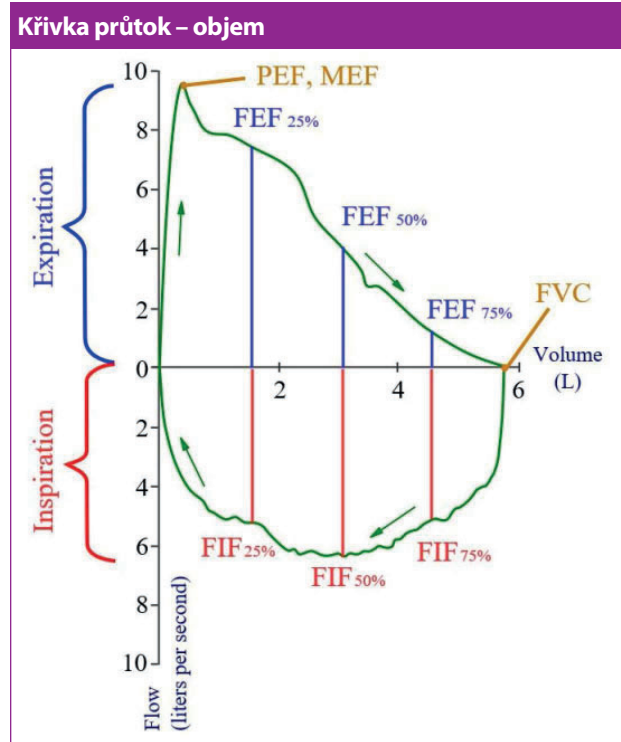
Výsledkem spirometrického vyšetření je dvourozměrný graf v souřadnicovém systému, kde odečítáme **přímo měřitelné statické a dynamické objemy a kapacity**. Dynamické jsou vztaženy k času. Naměřené parametry jsou zaznamenány do **spirometrické křivky**, která zobrazuje **závislost změny objemu v čase**. Spirometrie operuje v rozsahu vitální kapacity (VC), tedy mezi maximálním nádechem a výdechem, za hranice kterých se pacient, ani aktivně, není schopen dostat. Tuto skutečnost je třeba si uvědomit při interpretaci výsledků, zejména křivek naznačujících možnou restrikcí. K dispozici máme 2 základní křivky – **objem – čas** a **průtok – objem**



VT – dechový objem (0,5 l) – objem vzduchu vdechnutý nebo vydechnutý jedním normálním vdechem nebo výdechem
 ERV – expirační rezervní objem – množství vzduchu, které lze ještě vydechnout po normálním výdechu
 IRV – inspirační rezervní objem – množství vzduchu, které lze ještě nadechnout po normálním nádechu
 VC – vitální kapacita – maximální objem vzduchu, který lze po maximálním nádechu vydechnout nebo po maximálním výdechu nadechnout (VT+IRV+ERV)
 IC – inspirační kapacita – maximální objem vzduchu, který lze nadechnout z klidového výdechu (VT + IRV)

Křivka průtok – objem

Křivka průtok–objem je základním vyšetřením plicních funkcí. Metodika je shodná s vyšetřením křivky objem–čas, manévry se však provádějí s použitím **maximálního** úsilí. Na základě interpretace křivky rozlišujeme 3 typy ventilační poruchy.



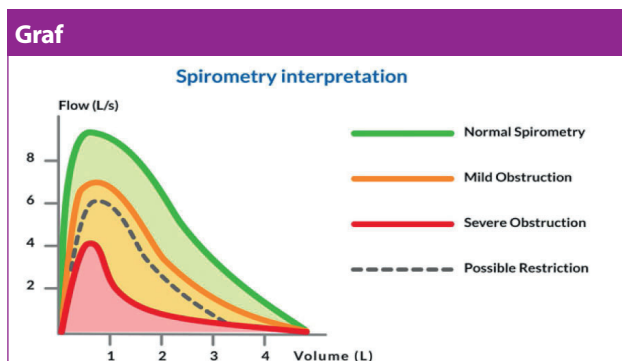
FVC – usilovná vitální kapacita – maximální objem vzduchu, který lze po maximálním nádechu prudce vydechnout
 FEV1 – expirační 1sekundový objem – objem vzduchu vydechnutý s největším úsilím za 1. sekundu po maximálním nádechu
 FEV1/FVC – poměr usilovného 1sekundového objemu a usilovné vitální kapacity – Tiffeneauův index
 PEF – maximální výdechová rychlost – vrcholový výdechový průtok (orientační, odhad stupně postižení, závisí na úsilí)
 FEF – rychlost toku na dané úrovni (procentuální) vitální kapacity
 MEF – maximální výdechové průtoky (rychlosti) na různých úrovních FVC, kterou je ještě třeba vydechnout (nejčastěji na 75 %, 50 % a 25 % FVC)
 FIF – usilovné expirační průtoky na různých úrovních již vydechnuté FVC (25 %, 50 % a 75 %)

Typy ventilačních poruch

- **obstrukční ventilační porucha – OVP – zúžení dýchacích cest**
 je poruchou ventilační schopnosti plic následkem **zúžení dýchacích cest** (AB, CHOPN, bronchiolitida). Je provázena poklesem hodnoty FEV1 a Tiffeneauova indexu FEV1/FVC při normální nebo zvýšené hodnotě FVC (TLC).
- **restrikční ventilační porucha – RVP – redukce funkčního parenchymu**
 je poruchou ventilační schopnosti plic v důsledku **úbytku funkčního plicního parenchymu**. Vyskytuje se u intersticiálních plicních procesů, pneumotoraxu, pleurálního výpotku, atelektázy, rozsáhlých pneumonií, omezení dýchacích pohybů u onemocnění hrudní stěny či bránice, páteře, při obezitě... Křivky charakterizuje pokles hodnot FVC s poměrným snížením hodnoty FEV1, tedy s normální hodnotou indexu

FEV1/FVC. Přesné určení je **možné pouze při znalosti hodnoty TLC**, bez ní je možné pouze **vysslovit podezření** na tuto poruchu.

- **ventilační porucha smíšená** je kombinací obou předchozích



Závěr

Spirometrie je po klinickém vyšetření bazální pneumologická **neinvazivní** vyšetřovací metoda a má zásadní význam v diagnostice všech plicních onemocnění. Stále častěji se však její dostupnost posouvá blíže pacientů-

vi, tj. do oblasti primární péče. Podmínkou objektivních, validních a v neposlední řadě komparovatelných výsledků je nutná absolutní spolupráce vyšetřovaného a teoretické a praktické zkušenosti vyšetřujícího personálu. **Prakticky neexistuje plicní onemocnění, u kterého by funkční vyšetření nemělo význam.** Dle mého soudu zlepšení zdravotního stavu populace v oblasti respiračních onemocnění nedosáhneme bez zapojení primární péče, zejm. do dispenzarizace CHOPN. Pokud při doporučení ČPFS je indikováno provádění spirometrických vyšetření 1x za 3 měsíce v klidovém stadiu (při změně klinického stavu případně častěji) a při počtu cca 300 ambulancí oboru TRN v ČR, které vykazují 1.9 mil. kontaktů za rok, je zjevné, že pro dostupné kapacity je nemyšlitelné, aby vyhověly naplní a počtu všech dispenzárních vyšetření. Analogicky se situací v diabetologii by mohla být část kompetencí a péče o nekomplikované pacienty přenesena do primární péče a odborné ambulance by se staraly o komplikované stavy a pokročilá stadia, kterážto péče by měla být adekvátně ohodnocena.

Použitá literatura:

Doporučený postup pro interpretaci základních vyšetření plicních funkcí – aktualizace 2016

Frekvence vyšetření základních plicních funkcí – aktualizace 2012

VONDRA, V., MALÝ, M. Prevalence chronické obstrukční plicní nemoci

Global initiative for chronic obstructive lung disease. Gold 2018 <https://goldcopd.org/>

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Pneumologie a ftizeologie <https://www.uzis.cz/category/tematicke-rady/> zdravotnicka-statistika/ pneumologie-ftizeologie

Spirometry: Step By Step – V. C. Moore – Breathe 2012, 8: 232–240

www.pneumologie.cz <http://www.goldcopd.org/>

www.spirometry.guru

<https://www.thoracic.org/patients/patient-resources/resources/pulmonary-function-tests.pdf>



QuickSeal

Váš specialista na POCT přístroje a rychlou diagnostiku

MEDIKRO duo
Screening astmatu a CHOPN do 2 minut

- ▶ Bluetooth
- ▶ Rychlý testovací mód
- ▶ Kvalitativní indikátory na obrazovce
- ▶ Spirometrie bez nutnosti kalibrace
- ▶ Bezúdržbový systém - náustky na jedno použití, již žádná sterilizace!

Speciálně navržen pro všeobecné praktické lékaře pro dospělé a děti

Spirometr **Medikro Duo** je přístroj 2 v 1 určený k detekci astmatu a ke screeningu CHOPN. Má v sobě zabudovanou Ambi jednotku, jejíž senzory monitorují podmínky v ordinaci (teplotu, vlhkost a tlak)

Spirometrické screeningové testování lze provést v rychlém testovacím módu do **dvou minut**. Medikro Duo používá **jednorázové** průtokové převodníky Medikro SpiroSafe, čímž **odpadá nutnost sterilizace nebo použití bakteriálních filtrů** a šetří se provozní náklady. Rovněž se tak zvyšuje průtok vzduchu po pacientově výdechu.

www.quickseal.eu Tel.: +420 273 167 580 E-mail: info@quickseal.eu

Přístroje od společnosti QuickSeal mají vždy něco navíc

2019
Šťastný nový rok

Děkujeme Vám za projevenou důvěru
v uplynulém roce a do nového roku 2019
Vám přejeme hodně zdraví, štěstí,
osobních i pracovních úspěchů.

Čas psychopatů

Známý pražský psychiatr Radkin Honzák je pilný člověk a má lehké pero. V závěru roku 2018 vyšla jeho další kniha s názvem Čas psychopatů. Tentokrát ji napsal se svým bratrem, historikem Františkem Honzákem. Nutno říci, že neobvyklá spolupráce psychiatra s historikem dopadla výtečně. Výsledkem je čtivý a vysokou odborností obou autorů podložený text.

Kniha má dva oddíly, dále členěné na kapitoly. První oddíl je medicínský. R. Honzák správně upozorňuje na „amatérskou diagnostiku“, ve které pro psychotiky užívají nejrůznější označení jako cvok, rapl, blázen a šílenec a následně prezentuje výrazné změny, ke kterým došlo v jejich odborné klasifikaci. Praktičtí lékaři se také setkávají s lidmi trpícími nejrůznějšími duševními poruchami a vědí, že s některými bývá „těžká řeč“, i když k nim primárně přicházejí se somatickou chorobou. V rámci obecné hyperkorektnosti jsou i donedávna používané odborné pojmy pro psychické poruchy tytam a Radkin Honzák ty nové představuje a doplňuje i názornými příklady. „Psychopati byli z diagnostických souborů vyškrtnuti, protože je označení uráželo.“ Paradoxní je, že právě psychopaty neuráží nikdy nic, ale zásadní je, že je to jediná porucha, kterou lze vědeckými metodami stanovit, jak prokázali Robert Hare a Kevin Dutton, na které se jako na průkopníky takové diagnostiky R. Honzák odvolává a k jejichž názorům se v průběhu knihy opakovaně vrací. Zejména k. Duttonovi, jehož kniha Moudrost psychopatů aneb Praktická lekce od svatých, špičkových a sériových vrahů je dostupná i v češtině (Brno, Emitos 2013).

Psychopati, nově osobnosti s poruchou osobnosti, jsou mezi námi a často nám mohou a chtějí ublížit. Překvapivé je, že svůj defekt mohou zkultivovat i ve prospěch ostatních lidí, např. někteří špičkoví chirurgové, kterým se ani „nezatřese ruka“. Aby se chirurgové neurazili, R. Honzák zařadil i kapitolu s názvem Psychopatičtí bohové, mytologické bytosti a patroni a zlí i dobří. Všichni psychopati vykazují absenci strachu, ale vysoké sebevědomí a odvah jim nechybí. Někteří jsou navíc stíženi touhou po moci a obratně budují svou politickou nebo jinou (např. podnikatelskou) zářivou kariéru. „Obyčejní“ lidé jsou většinou zmateni jejich líbivou fasádou společenského chování a nenapadne je, že ve skrytu duše jsou to „bezohlední dravci“. Doplňme, že poněkud lépe viditelní jsou ti, kteří se odvážně a s razancí sobě vlastní vrhají do riskantních projektů (např. vykradou banku) a dřív nebo později neuniknou trestu a skončí v teplácích.

Autorství druhého oddílu patří Františku Honzákovu, který pod názvem *Psychopati v našich dějinách* prezentuje příběhy těch psychopatů, které jako historické osobnosti známe, ale ve školním dějepisu jsme se o nich učili zcela něco jiného. První příběh je věnován „svato-

řečenému psychopatovi“ Vojtěchu Adalbertovi, poslední pak nechvalně proslulému Josefu Urválkovi, „vraždicímu psychopatovi v taláru“, obecně známému např. z politického monstrprocesu proti Miladě Horákové. Čtenáře jistě zaujmou i příběhy dalších historických postav a nepochybně překvapí ten, který se týká velebeného praotce Čecha. Ten se totiž dopustil kdesi v Chorvatsku vraždy a před trestem utekl se svou družinou právě k nám, kde slavnostně vystoupil na horu Říp. Podstatné je, že všechny překvapivé až šokující reálie autor vyhledal v dobových kronikách.

Ostatně kvalitní práce s odbornou literaturou a historickými prameny je pro oba autory typická a následováníhodná. Svědčí o tom i podrobný poznámkový aparát, který důsledně používají, a podrobný jmenný rejstřík. Škoda jen, že za prvním, tj. medicínským oddílem, chybí abecední seznam literatury, když za druhým, tj. historickým oddílem, uveden je. Přiložena je také (v obsahu neavizovaná) obrazová příloha. Uvedené výtky jsou jen pověstnými pihami krásy a nesnižují přínos knihy. Je výborně napsaná, někdy šokující, ale rozhodně poučná. Proto ji každému vřele doporučuji k pečlivému přečtení.

Recenzi zpracovala:

prof. PhDr. RNDr. Helena Haškovcová, CSc.

Fakulta humanitních studií, Univerzita Karlova, Praha



Honzák R., Honzák F. Čas psychopatů. Praha: Galén 2018, ISBN 978-80-729-38-5, 335 stran, cena neuvedena

Počet případů onemocnění spalničkami dosahuje v Evropě rekordních čísel

V první polovině roku 2018 spalničkami onemocnělo přes 41 000 Evropanů, přičemž 37 nakažených infekci podlehl. Podle Světové zdravotnické organizace se jedná v Evropě o rekordní počet případů.

V roce 2017 bylo v Evropě diagnostikováno 23 927 nových případů spalniček, rok předtím 5 273 případů. Odborníci obviňují ze vzrůstajícího výskytu spalniček klesající počet očkovaných jedinců. Jenom v Anglii letos onemocnělo spalničkami 807 osob, nejvíce v oblasti Londýna, kde bylo zaznamenáno celkem 281 případů. Za šíření nákazy jsou především zodpovědné osoby cestující do oblastí s hojným výskytem spalniček.

Spalničky jsou vysoce infekční virové onemocnění přenášené kapénkovou cestou. Infekce trvá většinou 7 až 10 dní, přičemž inkubační doba je 6–13 dní. Většina nemocných se plně zotaví, u části však může dojít k rozvoji závažných komplikací, mezi které patří meningoencefalitida, febrilní křeče, pneumonie či hepatitida.

Onemocnění probíhá typicky ve dvou fázích. V první fázi, která trvá několik dní, dochází k vzestupu teploty, rozvoji rinitidy, konjunktivitidy a kašle. Druhá fáze je charakterizována kožní vyrážkou, která začíná za ušima a na zátylku, přičemž se postupně rozšíří na obličej a poté i na trup a končetiny.

Mezi země s nejvyšším počtem onemocnění spalničkami patří Srbsko a Ukrajina. Mezi země zasažené epidemií spalniček dále patří Gruzie, Řecko, Rumunsko, Itálie, Francie, Slovensko a Rusko. Světová zdravotnická organizace v návaznosti na tuto epidemii vyzývá evropské státy k akci.

Za vysokým počtem onemocnění v posledních letech totiž stojí pokles celkové rutinní imunizace, trvale nízká proočkovanost některých okrajových sociálních skupin, přerušení dodávky vakcín nebo nedostatečný systém surveillance. Italský parlament například schválil novelu zákona, která ruší povinnost očkování dětí před nástupem do školy. Díky novele tak rodiče neočkovaných dětí již nebudou čelit možným pokutám.

Výskytu infekce může zabránit kombinovaná, takzvaná MMR vakcína, která zajišťuje imunizaci proti spalničkám, zarděnkám a příušnicím. Vakcína je v České republice součástí povinného očkovacího kalendáře. V Evropě ale bohužel přibývá počet dětí, které toto očkování nepodstoupí. Jedním z možných důvodů jsou i neopodstatněné obavy z možných nežádoucích účinků. V populaci například přetrvává mýtus o možné asociaci tohoto očkování s rozvojem autismu, přičemž tato informace je založena na mylné studii, která byla publikovaná před 20 lety.

Podle slov lékařky Pauline Peterson z London School of Hygiene and Tropical Medicine je jeden případ nemoci, proti které existuje očkovací látka, příliš vysoký a počet případů spalniček v tomto roce je přímo zářející.

Zdroj:

<https://www.prolekare.cz/tema/suplementace/detail/vyznam-vapniku-a-jeho-kombinace-s-vitaminem-d-pro-prevenci-zlomenin-a-osteoporozu-u-osob-starsich-50-let-8418>

Význam vápníku a jeho kombinace s vitamínem D pro prevenci zlomenin a osteoporózy u osob starších 50 let

Metaanalýza provedená výzkumníky ze Sydneyské univerzity hledala důkazy pro efektivitu použití suplementace vápníkem nebo kombinované suplementace vápníkem / vitamínem D. Na základě výsledků svého výzkumu autoři doporučují použití těchto suplementačních přípravků k prevenci jak osteoporotické ztráty kostní hmoty, tak zlomenin u osob starších 50 let.

Úvod

Stále existují otázky ohledně efektivit kalciové suplementace v prevenci zlomenin a osteoporózy u starších osob. Z tohoto důvodu byla provedena metaanalýza zahrnující randomizované studie, ve kterých byl použit vápník nebo vápník v kombinaci s vitamínem D k prevenci zlomenin a osteoporotické ztráty kostní hmoty.

Metodika analýzy

Bylo nalezeno 29 randomizovaných studií, kterých se celkově účastnilo 63 897 jednotlivců, z čehož 92 % tvořily ženy. Do metaanalýzy byly zařazeny veškeré randomizované studie, které se zaměřovaly na osoby ve věku 50 let nebo starší. Hlavními cíli těchto studií byly výskyt zlomenin všech typů a procentuální vyjádření změny kostní minerální denzity oproti výchozím hodnotám.

Výsledky

V klinických studiích, jejichž primárním cílem byla prevalence zlomenin (17 prací, 52 625 účastníků), byla léčba vápníkem nebo kombinovanými přípravky vápník / vitamín D spojená s 12% redukcí rizika fraktur všech typů (poměr rizik [RR] 0,88; 95% interval spolehlivosti [CI] 0,83–0,95; $p = 0,0004$). Ve studiích, jež zkoumaly denzitu kostí (23 prací, 41 419 účastníků),

byla léčba vápníkem nebo kombinovanými přípravky vápník / vitamín D spojena se sníženou mírou úbytku kostní hmoty v průměru o 0,54 % (95% CI 0,35–0,73; $p < 0,0001$) v oblasti kyčle a o 1,19 % (95% CI 0,76–1,61 %; $p < 0,0001$) v oblasti páteře.

Redukce rizika zlomenin byla signifikantně vyšší (24%) u studií, ve kterých byla zaznamenána vysoká míra spolupráce pacientů ($p < 0,0001$). Účinnost léčby byla vyšší při dávkách vápníku $\geq 1 200$ mg oproti dávkám $< 1 200$ mg (RR 0,80 vs. 0,94; $p = 0,006$) a při dávkách vitamínu D ≥ 800 IU oproti dávkám < 800 IU (RR 0,84 vs. 0,87; $p = 0,03$).

Závěr

lezené a vyhodnocené důkazy podporují použití vápníku nebo vápníku v kombinaci s vitamínem D v preventivní léčbě osteoporózy u lidí ve věku > 50 let. Pro nejlepší terapeutický efekt lze na základě metaanalýzy doporučit minimální dávky vápníku 1 200 mg a vitamínu D 800 IU (při kombinované suplementaci).

Zdroj:

<https://www.prolekare.cz/tema/suplementace/detail/vyznam-vapniku-a-jeho-kombinace-s-vitaminem-d-pro-prevenci-zlomenin-a-osteoporozu-u-osob-star-sich-50-let-8418>

Od myalgií k fraktuře femuru aneb bez došetřování rovnou k rehabilitaci



MUDr. Stanislav Horák, Ph.D., MBA^{1,2}

MUDr. Petr Konečný, Ph.D., MBA^{2,5}

Doc. MUDr. Dalibor Pastucha, Ph.D., MBA^{3,4}

prim. MUDr. Stanislav Horák⁶

1. Oddělení rehabilitace, FN Olomouc,
primář doc. MUDr. Alois Krobot, Ph.D.

2. Ústav fyzioterapie, Fakulta zdravotnických věd,
UP Olomouc,
přednosta MUDr. Petr Konečný, Ph.D., MBA

3. Ústav Rehabilitace,
Lékařská fakulta, Ostravská Univerzita

4. ReFit Clinic s.r.o., Olomouc

5. Centrum léčebné rehabilitace, Nemocnice Prostějov,
primář MUDr. Petr Konečný, Ph.D., MBA

6. Oddělení chronické bolesti a rehabilitace, Podhorská
nemocnice a.s.,

Souhrn

Práce popisuje případ pacientky s bolestmi stehna, která byla odeslána praktickým lékařem, bez jakéhokoli přešetření i přes délku trvání potíží, přímo na rehabilitaci s diagnózou myalgie. Po důkladném komplexním a multioborovém vyšetření byla zjištěna fraktura diafýzy femuru a pacientka byla odeslána k terapii na ortopedii. Jedná se o příklad, který prokazuje trend odesílání pacientů bez adekvátního vyšetření přímo na rehabilitaci. To pak staví rehabilitační lékaře do role diagnostiků a prodlužuje celý léčebný proces.

Úvod

Stehenní kost je nejdelší kostí lidského těla. Je párová a snese velké zatížení. Nasedá v kyčelním kloubu tak, že kulovitý čep kosti stehenní zapadá do jamky kloubu kyčelního, jedná se o kloub kulový s omezením. Distálně je ohraničena kolenním kloubem.¹ Zlomenina femuru je charakterizována jako porušení kontinuity kosti úrazem nebo onemocněním. K popisu zlomenin se používá AO klasifikace, která umožní popis jakéhokoliv zlomeniny. Etiologicky se uplatní neúnosné přímé násilí, nepřímé násilí – přenesené spojením kostí na jiné místo, patologické zlomeniny (metastáza, osteo-

poróza).² Zlomeniny femuru jsou častým poraněním. U dětských pacientů a u těch, kteří mají fyziologickou kostní strukturu, bývá příčinou vysokoenergetické trauma. Naopak u starších pacientů je pro vznik zlomeniny typická spíše nízká energie úrazu, například při osteoporóze.³ Atypické zlomeniny stehenní kosti byly hlášeny v souvislosti s léčbou bisfosfonáty, zejména u pacientů, kteří jsou dlouhodobě léčeni pro osteoporózu. Jedná se o příčné nebo krátké šikmé zlomeniny, které se mohou vyskytnout kdekoli od oblasti těsně pod malým trochanterem až po oblast těsně nad suprakondylickým rozšířením. Vznikají po minimálním traumatu nebo i bez souvislosti s traumatem. Mohou se projevovat bolestí stehna nebo třísla, a to i týdny až měsíce před manifestací kompletní fraktury femuru.⁴

Vlastní pozorování

Pacientka X.Y., ročník 1947, byla odeslána praktickým lékařem k rehabilitační terapii s diagnózou myalgie v oblasti stehna, trvající přibližně 14 dní. Etiologicky byl stav hodnocen jako svalové bolesti a spazmy po přetížení u pacientky s revmatickou polymyalgií. Pacientka aktivně cvičí jógu a potíže nastaly po minimální zátěži při cvičení na špičkách. Bolesti byly poměrně málo úspěšně tlumeny metamizolem. Nebylo provedeno žádné další vyšetření. Anamnéza traumatu nebyla. V minulosti byla pacientka dlouhodobě léčena kortikoidy. Dále byl v anamnéze údaj o terapii bisfosfonáty pro osteopenii v roce 2015. Pacientka přišla do ordinace v doprovodu dcery a s oporou jedné francouzské hole, při chůzi udávala značnou bolestivost stehna.

Při klinickém vyšetření nebyla zjištěna povrchová bolestivost svalových skupin pravého stehna, nebyl přítomen otok ani patologické zduření. Výrazně algická reakce byla na hlubší palpaci na rozhraní dolní třetiny stehna na vnitřní straně. Vzhledem k výrazné algické lokalizované reakci byla pacientka odeslána na chirurgickou ambulanci k vyloučení strukturální patologie v oblasti v. saphena magna. Chirurg indikoval USG vyšetření s dopravou pacientky vozidlem DZS. Toto dcera odmítla a pacientku (matku) převezla k vyšetření v osobním automobilu, ze kterého ale již pacientka nevystoupila pro výrazné zhoršení bolestí, a byla proto z parkoviště převezena vozidlem RLP přímo k rtg vyšetření, při kterém byla zjištěna zlomenina diafýzy femuru – viz obrázek číslo 1.

Následně byla odeslána na spádovou ortopedii k operačnímu řešení zlomeniny diafýzy pravé stehenní kosti.

Diskuze

Případ poukazuje na současný trend odesílat nevyšetřené a nedošetřené pacienty přímo na rehabilitaci v rámci diagnostických rozpaků. To vše klade zvýšené nároky na vyšetření rehabilitačním lékařem a zároveň to zvyšuje i jeho forenzní zátěž. V dnešní době by se neměla lege artis aplikovat rehabilitace do neznámého terénu, a to je potřeba respektovat, jinak se lékař vystavuje riziku pochybení a možného trestního postihu. To je i případ této pacientky, kdy vzhledem k věku, poměrně značné intenzitě bolesti, která nebyla dobře interpretována ve vztahu k intenzitě zátěže v době vzniku, a také vzhledem k dřívější dlouhodobé kortikoterapii a hlavně předchozí antiresorpční léčbě, by bylo jistě namíste odborné vyšetření chirurgem či ortopedem. Klinika odpovídá průběhu, kdy se patrně původní inkompletní fraktura stehna, která dovolila pacientce limitovanou chůzi, změnila (patrně během transportu) na kompletní. Tento případ bohužel není ojedinělý ve svém principu.

Jistě je nutno respektovat velké množství pacientů, kteří se svými problémy navštíví praktika. Praxe ukazuje, že pacienti jsou odesíláni na rehabilitaci s tím, že to nějak dopadne, že za ten měsíc terapie to nějak „vykryštalizuje“. „Když nevím, kam s ním, pošlu jej na rehabilitaci.“ Jde o nepřilíživě šťastný postup, neboť logicky vede k přesytní ambulancí rehabilitačních pracovišť pacienty, kteří nejsou k rehabilitaci indikováni. A naopak, pro pacienty s řádnou indikací potom místo nezbyvá.

Kazuistika může být poučná hlavně proto, že na zlomeniny stehenní kosti v souvislosti s antiresorpční léčbou, a to i proběhlou, se poměrně málo v diferenciální diagnostice bolestí dolních končetin myslí. A to i přes doporučení SUKL, že při terapii bisfosfonáty mají pacienti hlásit jakoukoli bolest kyčle, stehna či třísla. V tomto směru by měli být lékaři poučeni. Symptomatické pacienty je pak třeba vyšetřit a vyloučit nízkoenergetickou zlomeninu stehenní kosti, a to i na druhé dolní končetině⁴.



Literatura:

1. ČIHÁK R. Anatomie 1. 3. vyd. Praha: Grada, 2011.
2. Dungal P, a kol. Ortopedie. Grada Publishing, 2005; 528–532.
3. Weisová D, Salásek M, Pavelka T. Zlomeniny horního konce stehenní kosti. 2013, Čas. Lék. čes., 152: 219–225.
4. www.sukl.cz. Bisfosfonáty a výskyt vzácné atypické fraktury femuru. 2011. Dostupné z: <http://www.sukl.cz/vzacne-atypicke-fraktury-femuru-ucinek-cele-lekove-skupiny?highlightWord=s=Atypick%C3%A9+zlomeniny+stehenn%C3%AD+kosti>.

Dušnost a její řešení u CHOPN v pokročilém stádiu



MUDr. Pavel Demo
praktický lékař, Praha

MUDr. Adam Houska

Centrum paliativní péče, z.ú., Praha

MUDr. Kateřina Rusinová, Ph.D.

Centrum podpůrné a paliativní péče, VFN, Praha

Dušnost a možnosti podpůrné a paliativní intervence praktickým lékařem

Dušnost je jedním z nejzávažnějších symptomů a v posledních týdnech života tímto symptomem trpí 70% pacientů s onkologickým onemocněním a 95% pacientů s chronickou obstrukční plicní nemocí (CHOPN)¹. Dušnost zhoršuje celkový psychický stav pacienta, stresuje pečující osoby, a může tak silně ovlivnit celý průběh léčebného a podpůrného plánu. U pacientů s pokročilým onemocněním může být dušnost častým důvodem hospitalizace na akutním lůžku či na jednotkách intenzivní péče². Další intenzifikace péče včetně přístrojové podpory je pak nezřídka v rozporu s vyřčenými či nevyřčenými preferencemi pacienta. Pozice praktického lékaře je v systému ambulantních specialistů a lůžkových zařízení klíčová. Praktický lékař může zachytit pacienta, který se nachází tzv. ve „vzduchoprázdnu“, tedy již s vyčerpanou péčí specialisty, ale bez nastavené podpůrné a symptomatické péče³.

Právě časná identifikace pacienta a nastavení individuálního a přiměřeného **plánu péče v souladu s jeho hodnotami a preferencemi a opakované revize tohoto plánu s pacientem a jeho blízkými pečujícími** mohou výrazně ovlivnit kvalitu života pacienta i celé rodiny.

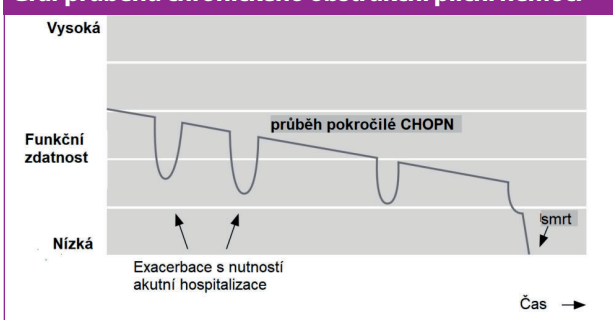
Kazuistika

70letá pacientka, původním povoláním zdravotní sestra s profesionálním těžkým perzistujícím asthma bronchiale způsobeným primární přecitlivělostí na chypsin byla přijata do naší péče v lednu 2013. V posledních 15 letech dramatický průběh v souvislosti s polyvalentní alergií u nekuřáčky s postupným rozvojem CHOPN. V posledním

roce obtížně zvládá základní běžné činnosti v bytě, kde žije sama, rodina dochází. Pravidelná dispenzarizace u ambulantního pneumologa, na plicním oddělení, u praktického lékaře a v ústavu pracovního lékařství.

Terapie: Symbicort 200/6 2-0-2, Daxas 1-0-0, Spiriva 1-0-0, Berodual 2xd, DDOT (domácí dechová oxygenoterapie).

Graf průběhu chronické obstrukční plicní nemoci⁴



Komplexní plán péče, který integruje paliativní a podpůrný přístup, zahrnuje několik kroků: 1. orientace v situaci a stanovení realistických cílů péče společně s pacientem
2. farmakologické i nefarmakologické postupy léčby
3. časná identifikace komplikací a plán pro zhoršení.

Kontext exacerbací

Pacientka většinou vyhledá lékařskou pomoc až při značně pokročilém stavu: „Do nemocnice už raději nechci.“ Při rozhovoru zjišťujeme velké obavy a úzkost z dalších exacerbací, z progresu dušnosti a z toho plynoucích hospitalizací na spádovém plicním oddělení, které pacientka psychicky špatně snáší. Ve spolupráci s ambulantním psychiatrem přidáváme do medikace anxiolytika a SSRI, která mohou snížit dušnost u pacientů s depresivně-úzkostným syndromem⁵ (alprazolam – Neuro 0,5 mg dle potřeby max. 1-1-1 a citalopram – Citalec 10 mg 1-0-0). Přímý efekt benzodiazepinů na dušnost nebyl u pacientů s CHOPN prokázán⁶.

Obavy pacientky

Povolání bývalého zdravotníka využíváme v rozhovorech, kdy pacientka sama klade přímé otázky týkající se „scénářů smrti“. Lékaři se často obávají, že takový rozhovor může strach, obavy a úzkosti pacienta zvýšit a většinou v takové situaci odvádějí řeč jinam („ale jděte, nebudeme přivolávat to nejhorší“ nebo „nebojte, zase se to zlepší“ apod.). Výzkumy však prokazují opak: otevřenost v rozhovoru o diagnóze a předpokládaném vývoji onemocnění (pokud se na ně pacient ptá), antici-

pace jednotlivých scénářů a příprava plánu pro zhoršení přináší lepší orientaci pacienta v nemoci, snižuje úzkost a umožňuje lepší plánování⁷. „Přejeme si, aby se stav vyvíjel dobře, bez zásadních náhlých zhoršení stavu, ale připravme se i na to, pokud tomu tak nebude.“ Důležité je dát pacientovi prostor („slyším, že vás trápí, jak se to bude vyvíjet dál – chtěl byste si o tom povídat?“).

Cíle a přání pacientky

Pacientka chce být co nejvíce a nejdéle soběstačná doma, ví, že to bude náročné a pomoc bude potřeba, ale vždy si věci uměla zařídit sama, jako to jen šlo. Nemá ráda „to sterilní nemocniční prostředí“. Ráda by byla co nejvíce s rodinou. Bojí se však zhoršení dušnosti a nechce být „na přístrojích“.

Farmakologické a nefarmakologické postupy u pacientů s dušností

Při terapeutické rozvaze se ptáme, jak efektivně zjistit a kauzálně řešit možnou příčinu dušnosti. Pokud není možné kauzální řešení, je nutný symptomatický postup. U pacientů s dušností při pokročilém onemocnění je důležité včas myslet na nefarmakologické postupy, jako jsou **rehabilitační a psychoterapeutické techniky** včetně úlevové polohy pacienta v kombinaci s dostatečnou **nutriční a psychosociální podporou**. Z těchto technik profitují pacienti s CHOPN, ale i s onkologickým onemocněním², rehabilitační techniky navíc snižují riziko tromboembolismu. Snižování dušnosti jak u hypoxemických, tak u nehypoxemických pacientů je popisováno při používání oxygenoterapie např. cestou **koncentrátoru kyslíku**⁸, který je možné zapůjčit domů. Specifickou pozici má **DDOT (domácí dechová oxygenoterapie)**, která je indikována u plicních onemocnění s hypoxémií a indikuje ji pneumolog. U pacientů s onkologickým onemocněním mohou hrát zásadní roli v léčbě dušnosti vhodně indikované **chirurgické postupy**, včetně tracheostomie či zavedení stentu, ale také **cílená onkologická léčba** (systémová chemoterapie, radioterapie). Tyto postupy je vhodné konzultovat na specializovaném pracovišti.

Dominantní postavení v symptomatické léčbě dušnosti u pacientů s pokročilým plicním onemocněním mají **opioidní analgetika**⁹, nejčastěji morfin, fentanyl či hydromorfon. Snižují nadměrné respirační úsilí, ventilační reakce na hypoxii a hyperkapnii a také úzkost. Léčbu zahajujeme dávkou 2,5 mg morfinu p. o. nebo s.c. po 4–6 hodinách a dávku postupně titrujeme do efektu. Následně přecházíme na dlouhodobě působící preparát (transdermální fentanyl či buprenorfin, nebo perorální oxykodon či morfin s prodlouženým uvolňováním). I při dobře nastavené dávce dlouhodobě působícího léku je

třeba nemocné vybavit rychle působícím preparátem pro případ náhlého zhoršení, tzv. „záchrannou medikací“. **Kortikosteroidy** využíváme tam, kde předpokládáme podíl edému či bronchokonstrikce. **Bronchodilatoria** jako methyloxantiny, beta2-sympatomimetika či anticholinergika využíváme při CHOPN, bronchiálním asthmatu, akutní bronchitidě. **Diuretika** mají své místo při dušnosti s podílem retencí tekutin a **mukolytika** při nadměrné produkci hlenu a obtížích s vykašláváním.

Časná identifikace komplikací a plán pro zhoršení

Nastavená spolupráce vede k tomu, že pacientka časněji kontaktuje praktického lékaře, který tak může ve spolupráci s pneumologem lépe diagnostikovat a léčit počínající exacerbace. POCT ambulantním stanovením CRP je možné časněji rozpoznat počínající infekční komplikace, zintenzivnit terapii v domácím prostředí, přechodně navýšit kortikoterapii či racionálně nasadit antibiotika. Podrobný rozhovor s pacientkou a rodinou je však stěžejním bodem. Jako nutná se ukazuje také péče o dutinu ústní, kde se často objevuje soor. S efektem využíváme antimykotický gel – magistraliter, viz BOX1¹⁰.

Pokračování kazuistiky

*S pacientkou a rodinou vedeme podrobné rozhovory o dalším možném průběhu onemocnění, nastavení **terapeutického plánu**, zveme si je do časů pro objednané pacienty a věnujeme jim čas jako při preventivní prohlídce. Po domluvě nastavujeme intenzivní sociální a ošetrovatelskou péči a podporu pacientky v domácím prostředí. V průběhu následujících 2 let se však opakují hospitalizace pro exacerbaci základního onemocnění ve spádové nemocnici (2–3x ročně na 7 dní), ve které se pacientka necítí dobře. Kontaktujeme plicní oddělení menší nemocnice okresního typu nabízející odlehčovací pobyty se zaměřením na pacienty s danou diagnózou a navazujeme těsnou spolupráci. V ordinaci praktického lékaře pacientku poučujeme a sepisujeme **dříve vyslovené přání**¹¹. Nepřeje si přístrojovou podporu při dalších exacerbacích, ale neodmítá kauzální farmakologické řešení, např. infekčních komplikací, srdečního selhání či možnou punkci výpotku, kdyby se objevil. O tom jsou na přání pacientky informovány všechny pečující osoby včetně pneumologa a sociální pracovnice.*

Plán péče u pacientů s CHOPN v terminálním stadiu onemocnění

Četnější exacerbace onemocnění, častější hospitalizace, snížení výkonu pacientky nás mohou upozornit na přechod do terminální fáze onemocnění.

Komplexní plán péče zahrnuje znovu několik kroků: orientace v situaci terminálního onemocnění a stanovení

realistických cílů péče společně s pacientem/pečovateli, farmakologické i nefarmakologické postupy léčby, plán pro závěr života.

S ohledem na postupnou progresi onemocnění, které postupně bere další síly, je indikována **domácí zdravotní péče**, jejíž zaměstnanci jsou informováni o **terapeutickém plánu**. V kritickém období, kdy hrozí exacerbace, domlouváme odlehčovací hospitalizaci na plicním oddělení menší okresní nemocnice. Pacientka i rodina hodnotí takto nastavený postup kladně, jsou nastaveny komunikační kanály mezi jednotlivými účastníky, a přestože se exacerbace s hospitalizacemi opakují, nejsou tak dramatické a pacientka se cítí v tomto nastavení bezpečněji.

Pokračování:

*I přes všechna dostupná preventivní očkování je stav v roce 2016 komplikován bronchopneumonií s hospitalizací a počínajícím syndromem akutní dechové tísně ARDS. S ohledem k dříve vyslovenému přání je pacientka léčena i.v. antibiotiky, navýšením symptomatické léčby (kortikoidy, bronchodilatacia). Hlavním symptomatickým lékem se však stávají **opioidy** – morfin v úvodní dávce 2,5 mg á 4 h s.c. Časnou intervencí se infekci daří zvládnout, ale kapacita i dušnost je trvale zhoršena. Pacientka si přeje návrat domů, proto s ní, blízkými a spolupracujícími specialisty revidujeme **terapeutický plán**. Aktualizujeme dříve vyslovené přání, ve kterém si pacientka nepřeje jakoukoliv přístrojovou podporu a nechce být resuscitována. Nastavujeme **SOS medikaci**.*

*Terapie: **Transtec 35 mcg/h á 3 dny**, Symbicort 200/6 2–0–2, Daxas 1–0–0, Spiriva 1–0–0, Berodual 2xd, Citalec 10mg 1–0–0, Neurol 0,5mg 1 tbl 1–1–1–1, Nutridrink 1xd, DDOT.*

***SOS medikace:** Morfin subkutánně (Morfin 5–10 mg s.c.) u záchvatové či akutní dušnosti či perorálně (Sevredol 10–20 mg tbl.)*

Postup při refrakterní dušnosti v závěru života

Terapeutický plán: Vychází z přání pacientky „minimalizovat dušnost, nebýt na přístrojové podpoře“. Z daného vyplývá nutnost péče 24/7. V dané lokalitě máme dostupný: mobilní hospic dle kapacity, kamenný hospic je dostupný složitě pro blízkou rodinu, lůžka následné péče s lékařem 24/7 v předatestační přípravě z paliativní medicíny, domácí zdravotní péči a praktického lékaře s dostupností v pracovní době, lůžko plicního oddělení menší okresní nemocnice a také lůžko spádové plicní kliniky či interního oddělení. Domov seniorů i z důvodu personální krize nepřichází v úvahu. Pacientka preferuje zkusit to nyní doma a pokračovat ve spolupráci s domá-

cí péčí a praktickým lékařem. Když to nepůjde, řekne si a domluvíme lůžko na již známém plicním oddělení malé okresní nemocnice: „Ráda bych umřela doma nebo tam, kde to znám.“

Již za týden je zřejmé, že nastavený postup ohrožuje splnění přání, návštěvy praktickým lékařem probíhají denně v pracovních dnech a s ohledem na dvě dopolední urgencye je po domluvě s pacientkou žádáno lůžko na plicním oddělení menší okresní nemocnice. Mobilní hospicová péče by zde byla také vhodnou, ale pacientka nemá k dispozici 24 hodin pečující blízkou osobu, což je nezbytná podmínka přijetí do péče většiny mobilních hospiců.

Pokračování:

*V pátek 4. 1. 2017 je pacientka přijata na lůžko plicního oddělení okresní nemocnice. Postupně je navyšována symptomatická terapie s dobrým efektem – morfin 5 mg již pravidelně á 6 hod, Transtec 35 mcg/h ponechán. Pacientka většinu dne spává, ale při návštěvě blízkých se budí a komunikuje bez klidové dušnosti. V tomto nastavení se cítí bezpečně. Je **znovu revidován terapeutický plán**, včetně nabídky **paliativní sedace** při další progresi, kterou pacientka preferuje. a aktualizuje dříve vyslovené přání o tuto intervenci. Po dvou dnech je z důvodu další progresse stavu (klidová dušnost) přistoupeno na přání pacientky k paliativní sedaci, ze které se dle domluvy pacientka odpoledne budí při návštěvě rodiny. Pacientka umírá v klidu v ranních hodinách 8. 1. 2017.*

Paliativní farmakologická sedace je záměrně navozená sedace pacienta do somnolence až kómatu, nejčastěji kontinuální infúzí krátkodobě působícím benzodiazepinem (midazolam) či neuroleptikem v sedativní dávce (haloperidol, levomepromazin), v případě bolesti a dušnosti s kombinací se silným opioidem. Jedná se o krajní řešení při refrakterních obtížích u velmi pokročilého onemocnění s prognózou v řádu hodin či dnů. Správně indikovaná a vedená sedace nevede u těchto pacientů ke zkrácení života (12). Farmakologickou sedací zvažujeme vždy v týmu kolektivně, indikujeme velmi uvážlivě a je velmi žádoucí, aby se na rozhodnutí podílel sám pacient a jeho rodina.

Praktický lékař může zásadně pozitivně ovlivnit průběh a snížit symptomy u pacientů s pokročilým respiračním onemocněním v závěru života díky včasné identifikaci a nastavení terapeutického plánu dle přání pacienta. Výběr spolupracujících subjektů na péči v závěru života o pacienta je vysoce individuální, podléhá přáním pacienta, lokální dostupnosti služeb, a tím je pozice praktického lékaře jedineč-

ná. Základním lékem v léčbě dušnosti u pokročilých onemocnění jsou opioidy, u kterých má zásadní pozici morfin obyčejně v nižších dávkách než v léčbě bolesti.

Tento text vzniká v rámci projektu Paliativní praktik ve spolupráci Centra paliativní péče, Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP, Mladých praktiků a Nadace Komerční banky, a.s. – Jistota.

BOX1 (10): Recept magistraliter na nystatinový gel k léčbě orální kandidózy

Nystatini 5 000 000 IU
Metylcellulosi 2,1
Glyceroli 85% 1,5
Aq. purif. ad 50,0
M. f. gelat.
D. S. 1 čajová lžička (5 ml) 3–6× denně.

Literatura:

1. Bausewein, Claudia, et al. „Individual breathlessness trajectories do not match summary trajectories in advanced cancer and chronic obstructive pulmonary disease: results from a longitudinal study.“ *Palliative Medicine* 24.8 (2010): 777–786.
2. Ng, Kai, and Charles F. von Gunten. „Symptoms and attitudes of 100 consecutive patients admitted to an acute hospice/palliative care unit.“ *Journal of Pain and Symptom Management* 16.5 (1998): 307–316.
3. Thoosen, Bregje, et al. „Early identification of and proactive palliative care for patients in general practice, incentive and methods of a randomized controlled trial.“ *BMC family practice* 12.1 (2011): 123.
4. Lynn, Joanne, and David M. Adamson. *Living well at the end of life. Adapting health care to serious chronic illness in old age.* RAND CORP SANTA MONICA CA, 2003.
5. Kamal, Arif H., et al. „Dyspnea review for the palliative care professional: treatment goals and therapeutic options.“ *Journal of palliative medicine* 15.1 (2012): 106–114.
6. Barnes, Hayley, et al. „Opioids for the palliation of refractory breathlessness in adults with advanced disease and terminal illness.“ *The Cochrane Library* (2016).
7. Childers, Julie W., et al. „REMAP: A framework for goals of care conversations.“ *Journal of oncology practice* 13.10 (2017): e844–e850.
8. Abernethy, Amy P, et al. „Effect of palliative oxygen versus room air in relief of breathlessness in patients with refractory dyspnoea: a double-blind, randomised controlled trial.“ *The Lancet* 376.9743 (2010): 784–793.
9. Currow, David C., et al. „Once-daily opioids for chronic dyspnea: a dose increment and pharmacovigilance study.“ *Journal of pain and symptom management* 42.3 (2011): 388–399.
10. Sklenář, Zbyněk, and Hašek, Jan. „Nové léčivé látky v magistraliter receptuře I–Nystatin.“ *Praktické lékařství* 6.1 (2010): 30–35.
11. Umírání. Nejnovější data o postojích veřejnosti a zdravotníků k umírání a smrti. 2016 [online] [Umírání.cz](http://umirani.cz) [citováno 29. 8. 2018] Dostupné z: www.umirani.cz/data.
12. Maltoni, Marco, et al. „Palliative sedation in end-of-life care and survival: a systematic review.“ *Journal of Clinical Oncology* 30.12 (2012): 1378–1383.
13. Sláma, Ondřej a Pochop, Lukáš. *Doporučený postup paliativní péče v MOÚ aktualizace 2017.* [online] Masarykův onkologický ústav. [citováno 25. 11. 2018] Dostupné z: <https://www.mou.cz/13-9-doporuceny-postup-paliativni-pece-v-mou/f2012>

Vážení čtenáři a řešitelé testů,

dle nového Stavovského předpisu České lékařské komory č. 16, podle § 5 přílohy č. 1, jsou od 1. 7. 2012 všechny znalostní testy v odborných časopisech hodnoceny jednotně, a to 2 kredity. Za správné vyřešení testu budou řešitelům přiděleny **2 kredity ČLK**. Podmínkou ČLK pro přidělení kreditů je zaslání odpovědí v písemné podobě na odpovědním lístku nebo elektronicky na www.svl.cz, a to **nejpozději do 20. 1. 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 9/2018: 1bc, 2b, 3c, 4b, 5a, 6abc, 7abc, 8abc, 9c, 10a

ZNALOSTNÍ TEST JE HODNOCEN 2 KREDITY ČLK

1. V jakém režimu je poskytovaná služba Tísňové péče?

- a) 7 dní v týdnu, 24 hodin denně
- b) jen ve všední den
- c) jen o víkendu

2. Jaké jsou některé z cílů služby Tísňové péče?

- a) umožnit seniorům žít ve vlastním sociálním prostředí
- b) snížit počet hospitalizací ze sociálních důvodů
- c) udržet co největší soběstačnost a nezávislost seniorům

3. Při spirometrickém vyšetření zaznamenáváme následující tělesné údaje vyšetřovaného

- a) tělesná teplota
- b) výška a váha
- c) krevní tlak a tepová frekvence

4. Obstrukční ventilační porucha (OVP) je při spirometrickém vyšetření charakterizována

- a) poklesem usilovného 1sekundového výdechového objemu
- b) poklesem usilovné vitální kapacity
- c) vzestupem Tiffeneova indexu

5. Restrikční ventilační porucha (RVP) se vyskytuje při následujících onemocněních

- a) moribundní obezita
- b) atelektatické změny plicního parenchymu po úplné obstrukci bronchu
- c) kontrakcí parenchymu při plicní fibróze

6. O výskytu nádorů trávicího traktu platí tvrzení

- a) Incidence kolorektálního karcinomu klesá
- b) Narůstá výskyt nádorů jícnu, jater a pankreatu
- c) Mortalita na nádor žaludku roste.

7. Poměr aminotransferáz AST v. ALT v laboratorním vyšetření

- a) je obvykle vyšší než 1 u alkoholického postižení jater
- b) je obvykle nižší než 1 u nealkoholického postižení jater
- c) není spolehlivým znakem pro rozhodnutí o alkoholu jako příčině jaterního poškození (pozitivní prediktivní hodnota nepřesahuje 50 %)

8. Hepatoprotektiva

- a) mají zásadní postavení v algoritmu léčby chronických virových hepatitid
- b) se vyznačují výbornou tolerancí a bezpečnostním profilem
- c) mají potenciálně protektivní a regenerační efekt na jaterní buňku

9. Jaké léky mají dominantní postavení v symptomové léčbě dušnosti u pokročilých respiračních onemocnění?

- a) opioidní analgetika
- b) beta-mimetika
- c) kortikosteroidy

10. Jak můžeme nejvíce pomoci pacientovi s pokročilým onemocněním s vyčerpanou kauzální léčbou?

- a) odešleme ho za ambulantním specialistou
- b) nastavíme plán a ozřejmíme cíle péče v souladu s hodnotami a preferencemi pacienta
- c) odešleme ho do spádové nemocnice

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

ODPOVĚDNÍ LÍSTEK – TEST Č. 10/2018

Jméno a příjmení _____

Adresa pracoviště _____

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

Zakroužkujte 1–3
správné odpovědi:

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

Vzdělávací semináře

v lednu 2019



SVL ČLS JEP

Hlavní témata

Očkování rizikových skupin pacientů v ordinaci PL
Jak lépe předcházet CMP u pacientů s FIS
Prevence neuroinfekcí (meningokoky a klíšťová encefalitida)

den	datum	čas	město a místo konání
čtvrtek	3. 1.	16.30–20.30	Hotel "U Šimla", Závodní 1, Karlovy Vary
čtvrtek	3. 1.	16.00–20.00	Clarion Grandhotel Zlatý Lev, Gutenbergova 3, Liberec 1
sobota	5. 1.	9.00–13.00	Kancelář veřejného ochránce práv, Údolní 39, Brno
sobota	5. 1.	9.00–13.00	Teoretické ústavy LF UP Olomouc, Hněvotínská 3, Olomouc
pondělí	7. 1.	16.30 – 20.30	Aula SZŠ, Příluky 372, Zlín
úterý	8. 1.	16.00–20.00	Hotel Zlatá Štika, Štrosova 127, Pardubice
čtvrtek	10. 1.	16.00–20.00	Nové Adalbertinum, Velké náměstí 32, Hradec Králové
čtvrtek	10. 1.	16.00–20.00	Clarion Congres Hotel, Špitálské náměstí 3517, Ústí nad Labem
středa	16. 1.	17.00–21.00	presbytář Hotelu Gustav Mahler, Křížová 4, Jihlava
středa	16. 1.	16.00–20.00	Lék.dům, Sokolská 31, Praha 2
sobota	19. 1.	9.00–13.00	Šafránkuv pavilon, alej Svobody č. 31, Plzeň
středa	23. 1.	16.00–20.00	Clarion Congress Hotel, Pražská třída 2306/14, České Budějovice
čtvrtek	24. 1.	16.00–20.00	Hotel Imperial, Tyršova č. 6, Ostrava
čtvrtek	24. 1.	16.00–20.00	Lék.dům, Sokolská 31, Praha 2

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