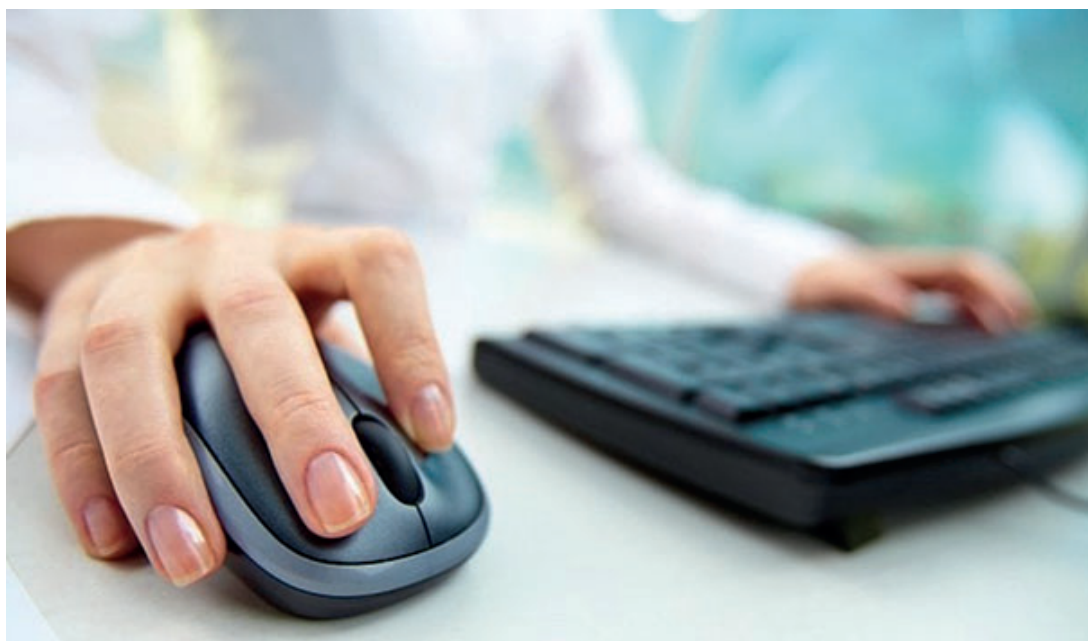




PRACTICUS

pro praktické lékaře zdarma • č.03/2019 • ročník 18



TÉMA:
Syndrom karpálního tunelu

Vzdělávací semináře

v dubnu 2019



SVL ČLS JEP

Hlavní témata

Racionální terapie bolesti v ordinaci PL

| den | datum | čas | město a místo konání |
|---------|--------|---------------|---|
| středa | 3. 4. | 16.00–20.00 | Hotel Theresia, Na Petříně 991, Kolín |
| čtvrtek | 4. 4. | 16.30 – 20.30 | Hotel "U Šimla", Závodní 1, Karlovy Vary |
| sobota | 6. 4. | 9.00–13.00 | Kancelář veřejného ochránce práv, Údolní 39, 602 00 Brno |
| sobota | 6. 4. | 9.00–13.00 | Teoretické ústavy LF UP Olomouc (nová budova TÚ), Hněvotínská 3, Olomouc |
| sobota | 6. 4. | 9.00–13.00 | Šafránkův pavilon, alej Svobody č. 31, Plzeň |
| pondělí | 8. 4. | 16.30 – 20.30 | Aula SZŠ, Příluky 372, Zlín |
| úterý | 9. 4. | 16.00–20.00 | Hotel Imperial, Tyršova č. 6, Ostrava |
| středa | 10. 4. | 17.00–21.00 | presbytář Hotelu Gustav Mahler, Křížová 4, Jihlava |
| středa | 10. 4. | 16.00–20.00 | Hotel Zlatá Hvězda, Smetanovo nám. 84, Litomyšl |
| středa | 10. 4. | 16.00–20.00 | Lék.dům, Sokolská 31, Praha 2 |
| čtvrtek | 11. 4. | 16.00–20.00 | Clarion Grandhotel Zlatý Lev, Gutenbergova 3, Liberec 1 |
| čtvrtek | 11. 4. | 16.00–20.00 | Clarion Congress Hotel, Špitálské náměstí 3517, Ústí nad Labem |
| čtvrtek | 18. 4. | 16.00–20.00 | Nové Adalbertinum, Velké náměstí 32, Hradec Králové |
| čtvrtek | 18. 4. | 16.00–20.00 | Lék.dům, Sokolská 31, Praha 2 |
| středa | 24. 4. | 16.00–20.00 | Clarion Congress Hotel, Pražská třída 2306/14, České Budějovice |

OBSAH

PRACTICUS

odborný časopis SVL ČLS JEP
03/2019, ročník 18

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 Brejník, MUDr. Josef Štolfa, MUDr. Igor Karen, MUDr. Jozef Čupka, MPH, MUDr. David Halata, MUDr. Toman Horáček, MUDr. Kateřina Javorská, MUDr. Stanislav Konštacký, CSc., MUDr. Jan Kovář, MUDr. Dana Moravčíková, MUDr. Cyril Mucha, MUDr. Josef Olšr, MUDr. Bohumil Skála, Ph.D., MUDr. Boris Šťastný, MUDr. Jana Vojtíšková, MUDr. Lenka Bilková, MUDr. Miloš 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 21. 3. 2019 MK
ČR E13477, ISSN 1213-8711.

Vydavatel a redakční rada upozorňují, že za obsah a jazykové zpracování inzerátů a reklam odpovídá výhradně inzerent. Redakce neodpovídá za správnost údajů uvedených autory v odborných článcích. Texty neprochází jazykovými korekturami. Přetisk a jakékoliv šíření je povoleno pouze se souhlasem vydavatele. © SVL ČLS JEP, 2019

EDITORIAL



MUDr. Stanislav Konštacký, CSc.
Šéfredaktor časopisu Practicus

Milé kolegyně, milí kolegové,
na obalu našeho třetího čísla je myš a náš nerozlučný přítel, počítač. Je to díky jednomu z článků uvnitř časopisu, který se zabývá syndromem karpálního tunelu, tedy jedním z tak zvaných úžimových syndromů od dr. Pavla Diviše. Všichni máme na toto onemocnění „zaděláno“ díky pozici pravé ruky a jednostrannému přetěžování. Přesto chci věřit, že právě vy, naši čtenáři, se tomuto onemocnění vyhnete, nebo že ono se vyhne vám.

Důležité upozornění o dohodě mezi praktickými lékaři a diabetology je velmi zajímavé a chci věřit, že kladně se k tomuto stanovisku postaví SÚKL a udělá krok k lepší léčbě našich pacientů s diabetem II. typu.

O zvolení profesora Svačiny za předsedu České lékařské společnosti jsme informovali i v předchozím čísle, a ještě podrobnější informace o tomto význačném českém profesorovi se podařilo získat při rozhovoru zástupkyni šéfredaktora našeho časopisu, doktorce Janě Vojtíškové. Je neuvěřitelné, jak je profesor Svačina všestranný a jak zvládá úkoly, které jsou na něho kladené.

I když žijeme v zemi, kde jsou dostupná a některá i povinná očkování, a to nejen pro dětskou populaci, hladinu veřejného mínění rozvířila informace o zvýšeném výskytu onemocnění spalničkami. Doktorka Limberková se tomuto „dětskému“ onemocnění věnuje ve svém článku, tajům serologického vyšetření a jeho hodnocení.

Dr. Romanko podrobně popisuje diferenciální diagnostiku renální insuficience v první linii

a zmiňuje se o potřebách dietního stravování u takovýchto pacientů. Vyšetření moči a močového sedimentu, glomerulární filtrace, jsou nenahraditelné metody, které nás k diagnóze chronické renální insuficience může přivést a adekvátně reagovat při další medikamentózní léčbě. Dbáme na pitný režim a sledujeme, aby nedocházelo k retenci tekutin. Mezi důležité údaje v tomto článku patří i doporučení, kdy je třeba se obrátit při léčbě na urologa.

Profesorka Haškovcová pokračuje v problematice komunikace s nemocnými lékaři a celá informace je velmi cenná. Rozhodně by mělo platit, že i léčba nemocného lékaře je **plně v kompetenci ošetřujícího lékaře**, a rady, jak komunikovat s nemocným kolegou, jsou v závěru článku.

Další, rovněž zajímavý článek nám zaslala doktorka Andrea Pekárková pracující jako vedoucí ordinace pro chudé v Ostravě pod Armádou spásy. Informuje o skupinách bezdomovectví a o zkušenostech na takovémto pracovišti. Uvádí kazuistiku bezdomovce s omrzlinami nohou.

Dr. Galo vysvětluje, kdo vydává lékařský posudek pro zbrojní pas skupiny D u osob k výkonu zaměstnání nebo povolání. Vztahem pohybové aktivity, kognice a soběstačnosti u seniorů se zabývá článek dr. Gorušové z LDN Nemocnice Třebíč. I další články přináší nové informace, jako třeba systém pro ověřování pravosti léčiv, který si klade za cíl, aby pacient byl léčen správným léčivým přípravkem a nebylo ohroženo jeho zdraví.

Postupně se otepluje a opět nastane sezona klíšťat – jak je to s ohrožením pacientů nad 60 let klíšťovou encefalitidou, se dočtete v převzatém článku dr. Roháčové.

Citujeme doc. Teřla o nedostatečném dodržování optimální léčby u pacientů s astmatem. Jistě to nejsou všechny články, které si můžete v tomto čísle přečíst, další rozšíření vašich informací bude jistě na Jarní interaktivní konferenci, která se koná ve dnech 26. až 28. dubna v Praze.

V Hradci Králové 17. 3. 2019

Společné stanovisko Společnosti všeobecného lékařství (SVL) a České diabetologické společnosti (ČDS)

V České republice dochází ke kontinuálnímu a trvalému nárůstu počtu diabetiků a to zejména 2. typu. Za několik let lze očekávat, že počet diabetiků v naší republice přesáhne 1 milion obyvatel, tj. 10 % populace. Ambulantní péče o diabetiky realizovaná na základech doporučení České diabetologické společnosti a Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP dosahuje zejména v posledním desetiletí významných úspěchů, jak lze dokumentovat i z Národního registru vedeného ÚZISem. Klesá mortalita diabetiků, snižuje se počet amputací dolních končetin, prodlužuje se život pacientů s diabetem, který se vyrovnává se současnou délkou života osob bez diabetu. Výsledky svědčí o zlepšování dlouhodobého stavu kompenzace diabetiků v ČR. Dochází k procentuálnímu poklesu revaskularizačních výkonů na srdci a dále k poklesu podílu i absolutního počtu diabetiků podstupujících laserovou fotokoagulaci sítnice při zachovaném počtu vitrektomií, a to zvyšujícím se počtu léčených diabetiků. Všechny tyto výsledky svědčí o úspěšnosti komplexní terapie diabetiků.

Do budoucna je tudíž zapotřebí, aby se zajistil dosavadní trend vývoje komplexní péče o diabetiky v ČR, jejíž kvalita se promítá do výše zmíněných pozitivních výsledků. Dělná spolupráce mezi praktickými lékaři a diabetology vycházející z požadavků kvalitní péče je předpokladem dalšího příznivého vývoje.

Zástupci SVL a ČDS se shodli, že je vhodné, aby se praktičtí lékaři více zapojili do péče o tyto pacienty, a to i pomocí rozvolnění preskripce moderních perorálních antidiabetik. Obě strany přitom vycházejí z doporučených postupů péče o pacienty s diabetem 2. typu, které mají obě společnosti přijaté a opakovaně doplňované podle nejnovějších poznatků. Obě společnosti proto vyjadřují toto stanovisko o spolupráci a vzájemné podpoře.

Vzhledem k velké rozmanitosti populace diabetiků 2. typu od nekomplikovaných a výborně kompenzovaných až po diabetiky s komplikacemi a komorbiditami navrhuje, následující:

1. Pacienti s prediabetem a diabetici 2. typu, u nichž je terapií perorálními antidiabetiky dosaženo požadované kompenzace dle doporučeného postupu, by měli být dispenzarizováni u praktických lékařů a v případě zhoršení nebo současného výskytu komplikací a nebo komorbidit kdykoli konzultován diabetolog včetně možnosti převzetí do jeho dispenzární péče.

2. Diabetici obtížně kompenzovatelní, s komplikacemi a komorbiditami a dále pacienti léčení injekčními antidiabetiky (především inzulinem a GLP-1 RA) jsou v dispenzární péči v diabetologických ordinacích. Tyto ordinace zároveň zajišťují konzultační služby a jsou garanty edukačních aktivit ve svém regionu.

Zásadní podmínkou takto nastavené péče je úprava ohodnocení péče o komplikované diabetiky. V současnosti je péče o diabetiky hrazena diabetologům tak, že časová náročnost péče o komplikovaného diabetika je kompenzována péčí o nekomplikované pacienty. Pokud se bude zvyšovat podíl komplikovaných, časově podstatně náročnějších diabetiků, je třeba toto zohlednit např. signálním kódem s podstatným bodovým ohodnocením, vykazovaným spolu s kódem příslušného vyšetření. Bez této podmínky nelze realizovat předávání nekomplikovaných a dobře kompenzovaných diabetiků z ordinací diabetologů do ordinací praktických lékařů.

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

Prof. MUDr. Jan Škrha, DrSc.
předseda ČDS ČLS JEP

MUDr. Igor Karen
místopředseda pro profesní záležitosti SVL ČLS JEP
předseda diabetologické sekce SVL ČLS JEP

doc. MUDr. Martin Prázný, CSc.
vědecký sekretář ČDS ČLS JEP

MUDr. Petr Šonka
předseda SPL

MUDr. Marcela Szabó
předsedkyně OSAD

Podepsáno dne 23. 2. 2019
v TOP Hotelu Praha

Profesor Svačina znovu zvolen předsedou ČLS JEP



prof. MUDr. Štěpán Svačina, DrSc, MBA
předseda ČLS JEP

- **Je o tobě známo, že pracuješ od rána do večera, jsi přednostou kliniky, předsedou ČLS, členem poradního sboru pana ministra... a to jsem zdaleka nevyjmenoval všechny tvoje aktivity. Píšeš učebnice, kuchařky a další. Jak to všechno stihneš?**

Stihnout se to dá, jen je třeba decentralizovat práci. Na vedení ČLS JEP se podílí celé předsednictvo, na klinice máme výkonného primáře doc. Štulce a vedení každé ze 7 lůžkových stanic na 3. interní klinice je srovnatelné s funkcí primáře v menší nemocnici. A kuchařky nepíšu, jen jsem pomohl zkoordinovat jejich vydání.

- **Co považuješ za dobré, že se v ti v rámci tvého předsednictví povedlo, co se ti hodně povedlo a co se ti nepovedlo?**

Povedla se významná část rekonstrukce Lékařského domu, podařilo se podepsat a naplnit memorandum o spolupráci s ministerstvem i s VZP. Nechtěl bych vyzdvižovat práci jen některých členů předsednictva, ale největší práce určitě byla s přijetím nového zákona o zdravotních pomůckách. Cení si i záchrany Časopisu lékařů českých, který měl jen 300 odběratelů a dnes ho dostávají všichni členové ČLS elektronicky a tisíce členů ho opravdu otevírou.

Podařilo se dosáhnout toho, že posudky vypracované ČLS pro SÚKL jsou placeny. Úspěch je i to, že se podařilo navázat smlouvy o spolupráci se společnostmi stojícími mimo ČLS. Malý neúspěch je, že se to nepodařilo s Kardiologickou společností, i když dobrá spolupráce třeba v lékové komisi existuje. Největším neúspěchem je, že členové ČLS vykonávají tolik práce zadarmo. Každý

týden přicházejí k vyjádření vyhlášky a zákony a pracují na nich desítky členů ČLS. Bohužel ale převést prostředky státu na organizaci typu zapsané společnosti není jednoduché. Snad budeme úspěšnější.

- **Předsednictvo tě zvolilo podruhé, čeho bys chtěl dosáhnout hodně a čeho nejvíce?**

Chtěl bych, aby byl vyřešen zmíněný problém ohodnocení připomínek ČLS. Rád bych, aby byl úspěšný nový vznikající časopis pro lékaře v praxi. Rád bych přispěl i ukončení sporů mezi pediatry a praktickými pediatry a maximálnímu omezení preskripčních omezení vůbec.

- **Praktici tě vnímají jako specialistu, který ví, co práce praktika obnáší. Přece jen, ale celý život jsi klinikem a přesto máš velmi dobré informace o práci v terénu. Čím to je?**

To má mnoho důvodů. Na interní kliniku odesílají pacienti především praktičtí lékaři a za skoro 40 let práce na klinice tak tuším, co práce praktického lékaře přináší. Praktikům mnoho let přednáším a také jsem čestným členem vaší společnosti.

- **Naše OS se přestěhovala do LD a je na jednom patře s ČIS. Jsme rádi, že nám to ČLS umožnila. Jsme si tudíž hodně blízko a leccos se vykomunikuje „mezi dveřmi“. Ale ačkoli se oba obory hodně prolínají, víme o třecích plochách týkající se kompetencí. Jak vnímáš současnou diskuzi mezi těmito obory, a jsou tyto obory jediné, které mají své sekretariáty v LD?**

V LD ještě místo je, potěšilo by mne, kdyby se sem přestěhovaly další sekretariáty. Třecích ploch mezi internou a praktickým lékařstvím mnoho nevidím. Kauza služeb na centrálních příjmech v nemocnici bude nyní vyřešena. Internista se dnes snadno může stát praktičtím. Chce to ještě určité uvolnění preskripce praktikům, ale vidím třecí plochy kvůli farmakoterapii spíše s některými podobory interny než s velkou internou.

rozhovor vedla:
MUDr. Jana Vojtíšková

Spalničky



MUDr. Radomíra Limberková

Národní referenční laboratoř pro zarděnky, spalničky, příušnice a parvovirus B19, Státní zdravotní ústav, Praha

Přes nezpochybnitelné úspěchy eliminačního programu je současná situace ve výskytu spalniček nepříznivá. V posledních letech opakovaně probíhají v evropských zemích, včetně České republiky, epidemie spalniček různého rozsahu. Změněná epidemiologická situace vede ke zvýšenému zájmu o toto onemocnění a přináší celou řadu otázek, které se týkají vnímavosti k nákaze, možnosti ochrany před onemocněním, vhodnosti použití jednotlivých laboratorních metod a následné interpretace jejich výsledků. Laboratorní vyšetření spalniček je indikováno pro potvrzení klinické diagnózy či pro zjištění vnímavosti k nákaze virem spalniček. Kritéria laboratorního průkazu onemocnění stanovená současnou legislativou plně platí pro primárně infikované osoby. Jedná se o:

- izolaci viru,
- detekci nukleové kyseliny viru,
- specifickou pozitivitu IgM protilátek,
- sérokonverzi či několikanásobný vzestup IgG protilátek v párovém séru

Laboratorní nálezy u nemocných vakcinovaných osob, které tvoří podstatnou část nemocných, těmto kritériím nemusí odpovídat – IgM protilátky mohou být negativní díky rychle stoupajícím hodnotám IgG protilátek. Ze stejného důvodu nemusí být prokazatelný ani několikanásobný vzestup IgG protilátek v párovém séru a ani přítomnost virové RNA, neboť virus je rychle neutralizován. Z uvedeného plyne, že případ onemocnění spalničkami u vakcinované osoby může zůstat laboratorně nerozpoznán, zejména pokud je diagnostika opřena o sérologické vyšetření. Na druhou stranu ani specifická IgM pozitivita nemusí být projevem probíhajícího onemocnění, neboť se vyskytuje také po vakcinaci, ale i při boosteru preexistujících IgG protilátek – sérologický průkaz onemocnění probíhajícího bez klinické manifestace. Současně je nutné vyloučit zkříženou reaktivitu s IgM protilátkami proti viru zarděnek, parvoviru B19, EBV, HHV6 a horečce dengue nebo chicungunia. Za adekvátní sérologický vzorek je pova-

žováno sérum odebrané od 4. do 28. dne po výsevu exantému, což je poměrně pozdě s ohledem na včasná protiepidemická opatření. Významně efektivnější vyšetření nazofaryngeálního výtěru nebo moči metodou PCR se běžně neindikuje, přestože poskytuje jednoznačný průkaz onemocnění v jeho počátku. Detekce virové RNA je možná do 9. dne po výsevu exantému, ale nejvyšší záchytnost je od počátku klinické manifestace do 3. dne po výsevu. Přes všechny nevýhody testování protilátek je sérologie nezastupitelná při hodnocení odolnosti k nákaze virem spalniček. Stanovení vnímavosti k nákaze je založeno na testování IgG protilátek. Nepřítomnost IgG protilátek či jejich hraniční hodnota svědčí pro vnímavost k nákaze virem spalniček, zatímco pozitivita IgG protilátek je považována za důkaz imunity vůči onemocnění. Pro posouzení vnímavosti k nákaze tedy není důležitá dosažená hodnota IgG protilátek, ale závěr laboratoře uvádějící, zda se jedná o pozitivní, hraniční či negativní hodnotu IgG protilátek. S ohledem na problematickou sérologickou diagnostiku spalniček ve vysoce proočkované populaci nemusí být interpretace výsledků zcela jednoznačná a bez znalosti **epidemiologické souvislosti, klinického obrazu, data počátku onemocnění (výsevu exantému) a vakcinačního stavu** je prakticky nemožná, což dokladuje níže uvedený přehled.

IgM neg, IgG neg

1. vnímavost k nákaze (je možná i po dřívější vakcinaci díky vyvanutí imunity)
2. probíhající onemocnění s časným odběrem (do 4. dne po výsevu exantému)

IgM neg, IgG poz

1. anamnestické protilátky po přirozené infekci či vakcinaci (postinfekční hladiny protilátek jsou mnohem vyšší než postvakcinační)
2. probíhající onemocnění u vakcinovaných osob (tzv. reinfekce)

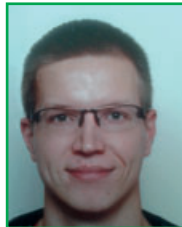
IgM neg/hraniční/poz, IgG vysoce pozitivní

1. booster protilátek u vakcinovaných či přirozeně promořených osob
2. probíhající onemocnění u vakcinovaných osob

IgM hraniční/poz, IgG neg/hraniční/poz

1. onemocnění u primoinfikovaných
2. recentní vakcinace MMR

Diferenciální diagnostika renální insuficience v první linii a dietní opatření



MUDr. Igor Romanko

Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny
1. LF UK a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze

MUDr. Katarína Ročínová

Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny
1. LF UK a Všeobecné fakultní nemocnice
v Praze, Společný příjem interně nemocných
Dialyzační středisko Braun medical Praha

Úvod

Renální insuficience znamená pokles glomerulární filtrace pod 90 ml/min/1,73m² (1). Rozdělujeme ji podle rychlosti vzniku na akutní a chronickou. U chronické rozlišujeme 5 stádií podle míry poklesu glomerulární filtrace (GF) (viz tabulka 1). Chronické onemocnění ledvin (CKD – chronic kidney disease) je definováno jako

abnormality ledvinné struktury nebo funkce přítomné déle než 3 měsíce a ovlivňující zdraví. Je přítomný pokles GF, nebo známky poškození ledvin (albuminurie; erytrocytární, leukocytyární nebo granulované válce v sedimentu; poruchy vnitřního prostředí; bioptický nále; transplantace ledvin; nále; nefropatie na zobrazovacích metodách). Z hlediska GF mluvíme o CKD při hodnotách pod 60 ml/min/1,73 m² a hodnota pod 15 ml/min/1,73 m² značí selhání ledvin¹. Počáteční stadia chronické insuficience bývají asymptomatická a jediným projevem může být laboratorní nále; zvýšené hladiny sérového kreatininu. Akutní insuficience může mít různé projevy od asymptomatické po renální selhání s urémií.

Na urgentním příjmu se s nálezem zvýšené hodnoty kreatininu setkáváme poměrně často. Prevalence CKD ve stádiích III–V se odhaduje na 10–15 % v populaci⁴. V první linii je důležité zhodnotit klinický stav pacienta a vyloučit, zda se nejedná o postrenální etiologii. Na základě našeho zjištění a základních pomocných vyšetření pak stanovujeme další postup.

Etiologie

Nejčastěji se u akutní renální insuficience lze setkat s toxickým účinkem léčiv nebo jiných látek, infek-

Tabulka 1: Klasifikace renální insuficience (podle 1,2,3)

| Akutní renální insuficience (Acute kidney injury– AKI) | | Chronická renální insuficience ke klasifikaci se přidává také stupeň albuminurie, rozlišují se 3 stupně: A1 (albumin/kreatinín méně než 3mg/mmol) A2 (poměr 3–30 mg/mmol) A3 (poměr nad 30 mg/mmol) | |
|--|--|---|---|
| I. stupeň | <ul style="list-style-type: none"> vzestup kreatininu o 1,5–2x oproti chronickým hodnotám akutní vzestup o více než 25 µmol/l (během 1–7 dnů) pokles glomerulární filtrace o více než 25 % během 1–7 dnů diuréza méně než 0,5 ml/kg/h minimálně během 6 hodin, nebo diuréza zachována | Stádium 1 (G1) | vypočtená glomerulární filtrace více než 90 ml/min/1,73m ² |
| II. stupeň | <ul style="list-style-type: none"> vzestup kreatininu 2–3x oproti chronickým hodnotám pokles glomerulární filtrace o více než 50 % diuréza méně než 0,5ml/kg/hod během 12 hod, nebo diuréza zachována | Stádium 2 (G2) | vypočtená glomerulární filtrace 60–89 ml/min/1,73m ² |
| III. stupeň | <ul style="list-style-type: none"> vzestup kreatininu více než 3x oproti chronickým hodnotám hladina kreatininu více než 350 µmol/l při vzestupu o více než 50 µmol/l pokles glomerulární filtrace o více než 75 % diuréza méně než 0,3 ml/kg/hod během 24 hod, nebo anurie minimálně 12 hod | Stádium 3 (G3) | G3a – vypočtená glomerulární filtrace 45–59 ml/min/1,73m ² |
| | | | G3b – vypočtená glomerulární filtrace 30–44 ml/min/1,73m ² |
| | | Stádium 4 (G4) | vypočtená glomerulární filtrace 15–29 ml/min/1,73m ² |
| | | Stádium 5 (G5) | vypočtená glomerulární filtrace méně než 15 ml/min/1,73m ² |

cí, ischemií (souvisí s prerenální etiologií), dále pak s dehydratací a obstrukcí. Renální etiologie tvoří až 70% případů^{5,6}. Ischemie ledvin je často způsobená hypovolémií.

U chronické renální insuficience to bývá diabetes, hypertenze a ateroskleróza⁴.

Přehled možné etiologie schematicky shrnuje Tabulka 2.

Diferenciální diagnostika

Pokles renálních funkcí určíme z vyšetření hladin urei a kreatininu. Podle stanovených hodnot a věku je možné vypočítat aktuální hodnotu clearance kreatininu, která se používá k odhadu GF. V současnosti se doporučuje používat k výpočtu rovnici CKD-EPI^{1,4}.

Při záchytu renální insuficience je na místě ultrazvukové vyšetření břicha se zaměřením na ledviny. Shodnotí se tak echostruktura parenchymu, velikost ledvin a také přítomnost měštnání. Postrenální příčinu bychom měli vyloučit vždy při klinickém podezření, výrazné progresi renální insuficience a také při primozáchytu výrazné insuficience, protože tento stav vyžaduje vyšetření urologem.

Na prerenální příčinu renální insuficience nás navede anamnéza nynějšího onemocnění a klinické vyšetření. Důležitý je stav hydratace, možnost ztrát tekutin (pocení, zvracení, průjem) a další interkuretní onemocnění (kardiorenální syndrom, hepatorenální syndrom, sepse). Analýza moči a sedimentu poukáže na případnou proteinurii, leukocyturii a hematurii. Může se jednat o akutních infekci (nemusí se jednat pouze o infekci močových cest) a po залечení infektu by mělo dojít k úpravě^{7,8}. Po vyloučení infekce nás může pozitivní nález směřovat k renálnímu onemocnění. V takovém

případě je na místě doplnit vyšetření poměru bílkovina/kreatinin nebo poměru albumin/kreatinin z nativní moči¹. Tomuto vyšetření se dává v poslední době přednost před kvantitativním stanovením proteinurie ve sbírané moči (sběr má ale pořád své místo při kvantifikování nefrotické proteinurie). Prokázaná albuminurie svědčí o postižení ledvin, (nejčastěji hypertenze, diabetes). Dominující proteinurie svědčí pro glomerulární postižení⁷. Pro nefrotický syndrom je typická vysoká proteinurie (nad 3,5 g/den). Proteinurie do 3,0 g/den, často doprovázená erytrocyturií, ukazuje na nefritický syndrom⁸. Těžká proteinurie znamená poměr bílkovina/kreatinin v moči nad 100 mg/mmol. Nejlepší je vzorek z druhé ranní mikce, při jeho nedostupnosti se ale dá použít i nativní vzorek⁹.

Důležité jsou také další doprovodné klinické známky, jako např. otoky, hypertenze a laboratorní, jako např. hypoproteinémie, hypoalbuminémie, hyperlipidémie (hypercholesterolemie, hypertriacylglycerolemie). Kvantitativní stanovení proteinurie nebo vyšetření poměru albumin/kreatinin na akutním příjmu běžně nestanovujeme, toto vyšetření patří do ambulantní sféry. Podezření na renální původ insuficience neinfekční etiologie je pak dále doménou nefrologa. Ten může případně indikovat renální biopsii ke stanovení definitivní diagnózy. Diagnostický algoritmus shrnuje obrázek 1.

Poznámky pro praxi

V praxi nejčastěji vidáme zhoršení renálních funkcí prerenální etiologie. Nejvíce ohrožení jsou starší pacienti a nemocní s chronickým onemocněním ledvin. Vlivem nedostatečné hydratace může dojít ke snížení GF do takové míry, že kromě akutní urémie je nemocný ohro-

Tabulka 2: Přehled etiologie renální insuficience

| | | |
|---|--|--|
| prerenální etiologie | hypovolémie | <ul style="list-style-type: none"> dehydratace krevní ztráty |
| | hypoperfuze | <ul style="list-style-type: none"> nízký srdeční výdej (šok, kardiorenální syndrom) hepatorenální syndrom ateroskleróza renálních tepen tepenné embolizace, trombóza |
| renální etiologie (u řady onemocnění definitivní diagnózu stanoví až renální biopsie) | tubulointersticiální nefritidy | <ul style="list-style-type: none"> infekční polékové (nefrotoxické léky, analgetika) intoxikace (těžké kovy, psychotropní látky) |
| | primární glomerulonefritidy proliferativní | <ul style="list-style-type: none"> IgA nefropatie Goodpasturov syndrom (nejzávažnější prognóza) poststreptokoková |
| | primární glomerulonefritidy neproliferativní | <ul style="list-style-type: none"> nemoc minimálních změn fokální segmentální glomeruloskleróza membranózní nefropatie |
| | sekundární postižení ledviny | <ul style="list-style-type: none"> hypertenze diabetes mellitus sarkoidóza, amyloidóza mnohočetný myelom monoklonální gamopatie systémové vaskulitidy revmatologická onemocnění |
| postrenální etiologie | obstrukce | <ul style="list-style-type: none"> supravesikální obstrukce (lithiáza, anatomická překážka, tumor) subvezikální obstrukce (striktury uretry, hyperplázie prostaty) |

žen komplikacemi vycházejícími z prodloužení účinku užívaných léků (např. hypoglykémie při terapii PAD, hyperkalémie, pokles srdeční frekvence při bradykardiujícím medikaci, hypotenze při užívání antihypertenziv, nefrotoxicita nesteroidních antiflogistik). Pak je u některých léků nutná úprava dávky nebo jejich vysazení.

Z vlastní zkušenosti víme, že kritické jsou v tomto ohledu zejména letní měsíce s tropickými teplotami. Velmi často to může být dáno také dehydratací při probíhajícím průjmovitým nebo horečnatým onemocněním. Řada starších nebo polymorbidních pacientů vyžaduje parenterální léčbu na lůžku. Je to dáno častou neschopností adekvátního perorálního příjmu tekutin, který je základem rehydratační terapie.

Pacient se závažnou akutní renální insuficiencí (AKI III. stupně) by měl být vyšetřen v zařízení s možností poskytnout v případě potřeby lůžkovou péči. U pacientů s AKI I.–II. stupně postup závisí na klinickém stavu, komorbiditách a předpokládané příčině. Tabulka 3 shrnuje indikace, kdy by měl být pacient odeslán k nefrologickému vyšetření.

Nález zvýšené hladiny kreatininu v séru je vhodné kontrolovat s odstupem. Tím posoudíme, jestli se jednalo o přechodný nález (nejčastěji prerenální etiologie při snížené hydrataci), nebo o setrvalý, případně progredující. Při přetrvávání nálezu je potřeba zamyslet se nad možnou etiologií a podle toho cílit další vyšetření (moč chemicky + sediment, bílkovina/kreatinin, albumin/kreatinin, ultrazvuk břicha). Právě nález v močovém sedimentu nám napoví, jestli postačuje pacienta častěji ambulantně sledovat, nebo je potřeba zajistit nefrologické vyšetření.

Záchyt renální insuficience bez nálezu v močovém sedimentu (negativní proteinurie, erytrocyturie i leukocyturie) je potřeba kontrolovat s odstupem, zpočátku nejlépe po týdnu, jestli nedochází ke zhoršení v čase. Pokud ne, frekvenci kontrol prodlužujeme a pravidelně vyšetřujeme také močový sediment. Doporučená frekvence se pohybuje v rozmezí 1–4 kontroly za rok v závislosti na stádiu chronického onemocnění ledvin a albuminurie. Přehled lze nalézt ve volně dostupných doporučených postupech¹. Na poškození ledvin upozorní zejména přítomnost erytrocytárních, leukocytárních nebo granulovaných válců¹. Pacient s CKD III. stupně by měl být pravidelně sledovaný nefrologem. Pokud se jedná o mladého nebo jinak zdravého člověka, u kterého renální insuficienci neumíme vysvětlit přítomnými komorbiditami (hypertenze, diabetes, jiné onemocnění

postihující ledviny), je na místě časně vyšetření nefrologem i když je normální nález v sedimentu.

Pokud v sedimentu prokážeme proteinurii, případně leukocyturii a eryrocyturii, je na místě nefrologická konzultace. V případě prokázané progresie v poklesu glomerulární filtrace s pozitivním nálezem sedimentu je vhodné vyšetření v nefrologické ambulanci předem vyjednat, nebo konzultovat, aby se předešlo dlouhé čekací době. Pokud zachytíme rychlou progresi renální insuficience (jakýkoliv stupeň dle AKI klasifikace), pozitivní močový nález, případně další příznak, jako např. hypertenzi, je na místě akutní vyšetření v lůžkovém zařízení, protože se může jednat o rychle progredující glomerulonefritidu s nutností časně léčby.

Dietní opatření

U pacientů s pokročilou renální insuficiencí jakékoliv etiologie se zaměřujeme na pitný režim a obsah draslíku, fosforu a bílkovin ve stravě.

Celkový příjem tekutin je nutné hlídat, aby nedocházelo k retenci tekutin a převodňování organismu. Tento aspekt musíme u každého pacienta titrovat individuálně.

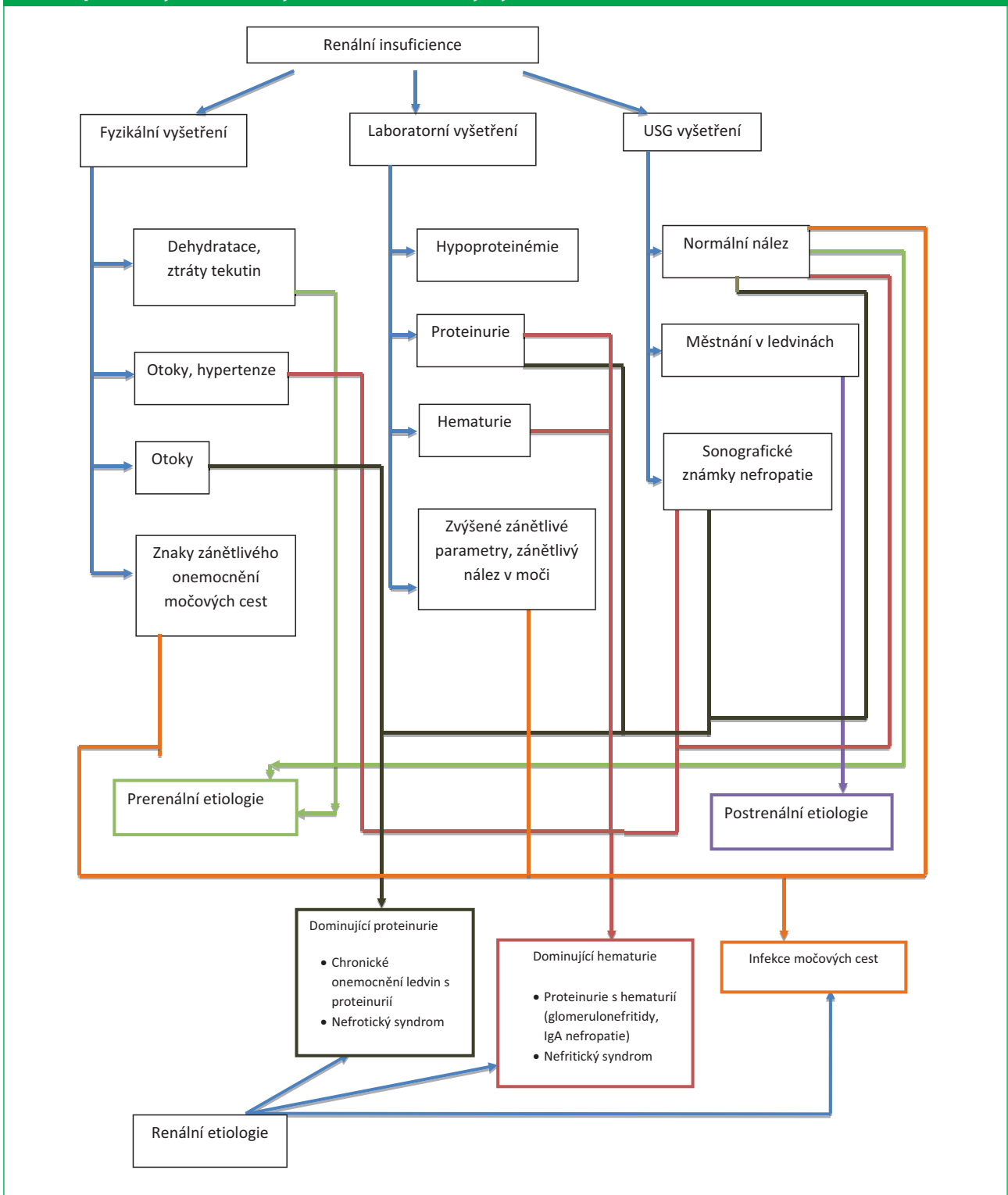
Je vhodné dodržovat doporučený příjem soli, maximálně 5–6 gramů^{10,11,12}. Do tohoto množství se počítá také sůl obsažená v hotových potravinách (polotovary, pečivo, mléčné výrobky a pod.). Toto opatření zároveň pomáhá udržovat optimální krevní tlak, který by měl být u pacientů s renální insuficiencí v rozmezí 130–139/80 mmHg^{11,12}. U pacientů, kteří užívají diuretika, není nutná výrazná restrikce soli, předejde se tak případné těžké hyponatrémii.

Stran draslíku je potřeba pravidelně monitorovat jeho hladiny dle příslušných doporučení a tito pacienti by měli být poučeni o dietních opatřeních. Je potřeba dávat pozor na luštěniny (zejména fazole, hrách, sója, čočka), ovoce (sušené, meruňky, banány,) ořechy (doporučená porce 30 g na den znamená přísun zhruba 230 mg draslíku), semena, kakao a čokoláda, z obilovin na oves a pšeničné klíčky^{12,13}. Tyto potraviny by se neměly vyskytovat v jídelníčku denně ve velkých porcích. Platí to zejména u pacientů ve IV.–V. fázi renální insuficience a také pro pacienty s vyššími hodnotami kalémie. U pacientů s III. stupněm renální insuficience dokonce existují důkazy o tom, že tito pacienti mohou naopak profitovat z diety založené na rostlinných produktech (i z vyššího příjmu draslíku), díky jejímu příznivému efektu na kardiovaskulární riziko (restrikce soli, omezení živočišných produktů, snížení zátěže sacharidy a nasy-

Tabulka 3: Indikace k nefrologickému vyšetření

- Primozáchyt AKI u pacienta s chronickým onemocněním ledvin, po vyloučení prerenální a postrenální příčiny
- Chronická renální insuficience stadia G4–G5
- Přetrvávající nález albuminurie (albumin/kreatinin nad 30 mg/mmol), proteinurie nad 0,5 g/den
- Progresivní forma chronického onemocnění ledvin
- Jinak nevysvětlitelná erytrocyturie
- Hypertenze u nemocného s chronickým onemocněním ledvin, vyžadující terapii 4 a více antihypertenziv
- Opakovaná nebo velká nefrolithiáza
- Hereditární onemocnění ledvin

Obrázek 1: Schéma diferenciální diagnostiky renální insuficience
 Pozn.: v počátečních fázích řady onemocnění může být fyzikální nález normální



cenými tuky). Konzumace na draslík bohatých potravin zvyšuje kalémii v průměru o 0,6 mmol/l¹⁴.

Z hlediska bílkovin je vhodné omezení celkového množství na 0,6–0,8 g/kg/den u pacientů CKD III. stupně, v predialýze se již větší restrikce bílkovin nedoporučuje¹⁵. Přísná nízkoproteinová dieta (0,3 g/l) vede zbytečně ke katabolismu, který také není žádoucí¹⁰. Na druhé straně je takovou dietou možné zpomalit progresi renální insuficience, je ale nutné zabezpečit přísun ketolátka a esenciálních aminokyselin¹⁶. To může být v běžné stravě obtížné. V případě omezení příjmu bílkovin je důležité zajistit přísun biologicky dostatečně hodnotné bílkoviny. To lze dosáhnout například kombinací brambor s vejcem, nebo obilovin s mléčnou bílkovinou (například tvaroh, kefirové mléko)¹⁰. Obecně lze říct, že je vhodnější upřednostňovat rostlinné zdroje bílkovin^{14,17}. Díky nižšímu obsahu sirných aminokyselin ve srovnání se živočišnými produkty dochází k menšímu poklesu pH vnitřního prostředí^{10,14}. Obiloviny mají ve srovnání s luštěninami nižší obsah draslíku, jako příklad lze uvést například amarant (vysoký obsah bílkoviny) nebo pohanku. Ta je vhodná i vzhledem k obsahu antioxidantů, které jsou u pacientů s renální insuficiencí výhodné vzhledem ke zvýšenému kardiovaskulárnímu

riziku (působí proti aterogenním dějům). Z dalších obilovin lze uvést např. čirok, jáhly, slzovku, rýži.

Preferencí rostlinných zdrojů bílkovin lze dosáhnout i snížení příjmu fosforu, který je obsažen zejména v živočišných produktech (uzeniny, mléčné výrobky)¹⁸. Dále se fosfor vyskytuje ve zvýšeném obsahu v semenech a potravinách, které jsme uvedli u zvýšeného obsahu draslíku¹³. Lze ho najít také v sycených nápojích, řadě polotovarů a hotových jídel, kde se vyskytuje jako aditivum. Právě anorganická fosfátová aditiva nejvíc přispívají ke zvyšování hladiny fosforu v séru¹⁸.

Shrnutí pro praxi

Renální insuficience je častým laboratorním nálezem u pacientů. Diferenciální diagnostika etiologie je široká a zahrnuje prerenální, renální i postrenální příčiny. V diagnostice se uplatní fyzikální vyšetření, vyšetření moči a sedimentu, vyšetření séra a sonografie. Jedním ze základních terapeutických přístupů k renální insuficienci je dieta. Její úpravy závisí na tom, jestli se jedná o akutní, nebo chronické onemocnění. Řada pacientů s chronickým onemocněním ledvin má řadu dalších komorbidit, a je proto vhodné konzultovat nutričního terapeuta.

Literatura:

- Zima T., Racek J., Tesař V., et al. Doporučení k diagnostice chronického onemocnění ledvin (odhad glomerulární filtrace a vyšetřování proteinurie) České nefrologické společnosti ČLS JEP a České společnosti klinické biochemie ČLS JEP. *Klin. Biochem. Metab.*, 22 (43), 2014, No. 3, p. 138–152.
- Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Acute Kidney Injury Work Group. KDIGO Clinical Practice Guideline for Acute Kidney Injury. *Kidney inter., Suppl.* 2012; 2: 1–138.
- Pelikánová T., Viklický O., Rychlík I. et al. DOPORUČENÉ POSTUPY PŘI DIABETICKÉM ONEMOCNĚNÍ LEDVIN. online: http://www.diab.cz/dokumenty/standard_dmev_ledviny.pdf
- Vachek J., Zakiyanov O., Tesař V., Chronické onemocnění ledvin. *Int Med praxi*, 2010
- Safari S1, Hashemi B1, Forouzanfar MM1, et al. Epidemiology and Outcome of Patients with Acute Kidney Injury in Emergency Department; a Cross-Sectional Study. *Emerg (Tehran)*. 2018;6(1):e30. Epub 2018 May 5.
- Krejčí K., Zdražil J., Sadek A. et al. Akutní selhání ledvin. *Interní Med.* 2007;2: 84–87
- Tesař V. Glomerulonefritida. Doporučené postupy pro všeobecné praktické lékaře. 2001. online: www.cls.cz/dp
- Matoušovic K. Glomerulární proteinurie a hematurie. Doporučené postupy pro všeobecné praktické lékaře. 2002. online: www.cls.cz/dp
- Zima T., et al. Doporučení České nefrologické společnosti a České společnosti klinické biochemie ČLS JEP k vyšetřování proteinurie. *Klin. Biochem. Metab.*, 19 (40), 2010, No. 1, p. 28–35.
- Heinrich Kasper, *Výživa v medicíně a dietetika*. Grada Publishing 2015
- Williams B., et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *European Heart Journal*, Volume 39, Issue 33, 1 September 2018, Pages 3021–3104
- Piepoli M.F., et al. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *European Heart Journal* (2016) 37, 2315–2381. doi:10.1093/eurheart/ehw106
- Online potravinová databáze. Dostupné online: www.pbd-online.sk
- Clegg D.J., Gallant K. M. H. Plant-Based Diets in CKD. *Clin J Am Soc Nephrol* 14: 141–143, 2019
- EFSA NDA Panel (EFSA Panel on Dietetic Products, Nutrition and Allergies), 2012. Scientific Opinion on Dietary Reference Values for protein. *EFSA Journal* 2012;10(2):2557, 66 pp
- Satirapoj B, Vongwattana P, Supasynhdh O. Very low protein diet plus ketoacid analogs of essential amino acids supplement to retard chronic kidney disease progression. *Kidney Res Clin Pract.* 2018 Dec;37(4):384–392. doi: 10.23876/j.krcp.18.0055. Epub 2018 Dec 31.
- Sunwold D. Diet and Risk for Developing Kidney Disease. *Clin J Am Soc Nephrol* 14: 1–2, 2019.
- Shimada M., et. Al. Lack of Awareness of Dietary Sources of Phosphorus Is a Clinical Concern. *in vivo* 33: 11–16 (2019)

Vydávání lékařského posudku o zdravotní způsobilosti držitele nebo žadatele o vydání zbrojního průkazu skupiny D – k výkonu zaměstnání nebo povolání



JUDr. Dušan Gašo, Ph.D.

Ministerstvo vnitra, odbor bezpečnostní politiky

I.

Vydávání zbrojních průkazů, ale i obecně jakékoli nakládání se střelnými zbraněmi, patří mezi ty oblasti společenských vztahů, kterým je věnována z důvodu jejich možných dopadů na společnost a na životy a zdraví jejích členů zvýšená pozornost, a to i v oblasti zdravotní péče. Za účelem zajištění toho, aby se zbraněmi nakládaly pouze k tomu po všech stránkách způsobilé osoby, přímo *zákon o zbraních č. 119/2002 Sb.* stanovuje, že vydání i tzv. prodloužení zbrojního průkazu je podmíněno mj. zdravotní způsobilostí žadatele doloženou lékařským posudkem. Ministerstvo vnitra, které je gestorem oblasti zbraní a střeliva se tak v rámci své činnosti pravidelně setkává i s dotazy na aplikaci uvedeného zákona ve věcech posuzování zdravotní způsobilosti držitelů nebo žadatelů o vydání zbrojního průkazu.

Uvedená problematika vzbuzuje pozornost mj. u poskytovatelů zdravotních služeb, kteří jsou požádáni o vydání lékařského posudku o zdravotní způsobilosti k vydání *zbrojního průkazu skupiny D*¹, ač ve vztahu k žadateli nevykonávají pracovnělékařskou péči. Anebo mohou naopak určité nejasnosti vyvstat v případech, kdy je poskytovatel zdravotních služeb požádán v rámci poskytování pracovnělékařské péče o vydání posudku o zdravotní způsobilosti též pro jiné skupiny zbrojního průkazu než pouze pro skupinu D. V těchto situacích můžou vznikat jisté pochybnosti o tom, zda nebo který lékař je k vydání takového zdravotního posudku příslušný.

Literatura:

1. K výkonu zaměstnání nebo povolání
2. Mezi takovéto okolnosti lze zahrnout kupř. způsob úhrady za vydání takového lékařského posudku a případnou ochotu zaměstnavatele (držitele zbrojní licence) hradit za zaměstnance vydání lékařského posudku též v rozsahu jiných skupin zbrojního průkazu.

Ministerstvo vnitra tak vzhledem k důležitosti posuzování zdravotní způsobilosti držitelů a žadatelů o vydání zbrojního průkazu v systému zajišťování vnitřního pořádku a bezpečnosti považuje za vhodné a žádoucí předmětnou otázku ozřejmit a poskytnout tak jednoznačné závěry použitelné v praxi.

II.

K předmětné otázce – příslušnosti k vydání lékařského posudku o zdravotní způsobilosti držitele nebo žadatele o vydání zbrojního průkazu skupiny D – je třeba říct, že je explicitně upravena toliko v ustanovení § 20 odst. 1 písm. b) zákona o zbraních, jehož výkladu se bude tento text dále věnovat.

Předmětné ustanovení zákona o zbraních stanoví, že zdravotní způsobilost držitele nebo žadatele o vydání zbrojního průkazu skupiny D, který je zaměstnancem držitele zbrojní licence, posuzuje podle zákona upravujícího poskytování specifických zdravotnických služeb poskytovatel pracovnělékařských služeb. Žádá-li tento žadatel také o vydání zbrojního průkazu jiných skupin, je poskytovatel pracovnělékařských služeb oprávněn (v závislosti na dalších okolnostech nikoliv však povinen²) posoudit zdravotní způsobilost žadatele také v rozsahu jiných skupin zbrojního průkazu.

Ve srovnání se starší právní úpravou platnou do 5. srpna 2016 tak lze ze znění předmětného ustanovení jednoznačně dospět k závěru, že poskytovatel pracovnělékařských služeb je příslušný k posouzení zdravotní způsobilosti žadatele o vydání zbrojního průkazu skupiny D pouze v případě, kdy je tento zaměstnancem držitele zbrojní licence. V jiných případech, např. u osoby, která není aktuálně v žádném zaměstnaneckém poměru, u osob, které jsou v oblasti zbraní a střeliva toliko osobami samostatně výdělečně činnými nebo u studentů technických škol s obory typu puškař (zde poskytovatel pracovnělékařských služeb k poskytnutí posudkové péče sice může, ale nemusí být příslušný, srov. § 51 zákona o specifických zdravotních službách), tak bude k vydání lékařského posudku příslušný registrující poskytovatel zdravotních služeb v oboru všeobecné praktické lékařství podle § 20 odst. 1 písm. a) zákona o zbraních.

Nemocní lékaři – jak s nimi máme komunikovat?



Prof. PhDr. RNDr. Haškovcová Helena, CSc.
Fakulta humanitních studií, UK Praha

Část II.

Už v roce 1937 citoval praktický lékař a spisovatel Zdeněk Krčmář slova významného internisty MUDr. Jana Semeráda (od r. 1919 byl ředitelem nynější Fakultní nemocnice Královské Vinohrady), že „doktoři a ošetřovatelky jsou nejhoršími pacienty. Jsou neklidní, příliš se pozorují, špatně poslouchají a v každé maličkosti, kterou jinde přehlížejí – hned vidí příznaky vážné nemoci“ (8, s. 6), a uvádí, že to platí i v případě, že lékař onemocní „jenom“ anginou, neboť, „hned mu v hlavě víří představa dalších následků anginy. V sugesci už pociťuje bolesti v kloubech, jako počátek kloubového rheumatismu a má-li horečky a rychlý tep – uvažuje, nejde-li již o sepsi po angině se zánětem chlopní srdečních. (8, s. 6). Na uvedené skutečnosti se dodnes příliš mnoho nezměnilo. Když cca o 50 let později onemocněl lékař Oliver Sacks, analogicky poznamenal, že nemocný lékař „se od jiného člověka – pacienta v podstatě neliší: má pouze k dispozici větší arzenál hrůz, nežli si do zdravotnického zařízení přinášejí jeho laičtí spolustrpitelé“. (9, s. 222) Radkin Honzák ještě dodává, že „zdravotníci v roli pacientů daleko citlivěji detekují a reflektují všechny (někdy zásadní, někdy i neskutečné) nedostatky, které se během jejich léčby objeví“. (4) To vše dobře znají nejen ošetřující lékaři, ale i rodinní příslušníci všech lékařů. Podrobně a s vtipem o tom píše např. Mary Bardová (sestra Betty MacDonaldové, jejíž úspěšná kniha *Co život dal a vzal* se stala v roce 2008 bestsellerem i u nás), když konstatovala, že lékaři „nemyslí na radost, nemyslí na spánek, osud jim přidělil lékařský verpánek“. (1, s. 12) V tom se autorka jistě nemýlí a dodejme, že lékaři, kteří neustále pomáhají svým pacientům a nezřídka jsou o pomoc žádáni i mimo pracovní dobu si při takovém vysokém angažmá přehlížejí příznaky vlastních „běžných“ nemocí, protože na stonání nemají čas. K tomu Rajko Doleček uvedl známý fakt, že „mnoho lékařů si myslí, že se jim nemůže nic stát, nejednou svou nemoc bagatelizují, podceňují“. (2, s. 7) Neřídí se ani radami, které opakovaně a správně poskytují svým pacientům v analogických situacích.

Když ale příznaky nemizí, pomyslí i oni na to, že se

patrně jedná o nemoc, kterou nezvládnou samoléčbou a začnou přemýšlet o tom, že by měli zajít k „nějakému“ lékaři s prosbou o konzultaci. **Nemocní lékaři obvykle „přeskočí“ praktického lékaře** a zajdou si rovnou ke specialistovi. Takový postup přináší jistá pozitiva, ale také rizika mnohých komplikací.

Rozhodně lze souhlasit s Felixem Irmíšem v tom, že nespornou výhodou je, že se nemocný lékař umí pohybovat ve zdravotnickém systému a má všude známé kolegy, kteří mu vyjdou vstříc a kteří s ním pochopitelně jednají jinak, než s „obyčejným“ pacientem. Patrně nelze mít námitky proti osobnější a výhradně společenské komunikaci, která by se ale neměla týkat návrhů potřebných vyšetření a léčby. Potíž je, nemocný lékař má na své obtíže odborný názor (často si stanoví i diagnózu), který se může lišit od názoru ošetřujícího lékaře, kterého si vybral a uplatňuje ho v komunikaci s ním. Dochází tak k rozvoji tzv. **psychologie kolegiality**. F. Irmíš uvádí, „že z určitých ohledů se neprovede bolestivé vyšetření“ (6), nebo se naopak provede vyšetření, které navrhne nemocný lékař, a to i přesto, že v analogické situaci by jej ošetřující lékař běžnému pacientovi nedoporučil. Zasaňování nemocného lékaře do navrhované léčby ošetřujícího lékaře je politováníhodné a komplikuje úspěšnou léčbu, která nakonec neprobíhá ani podle návrhu nemocného, ani podle ošetřujícího lékaře. Návrh léčby je plně v kompetenci ošetřujícího a nemocný lékař by jej neměl výrazně ovlivňovat, i když jeho mírná a opodstatněná korekce je jistě možná. I když paternalistický přístup k pacientům je dnes razantně odmítán, jeho jisté prvky jsou zcela na místě v přístupu k nemocným lékařům a dalším zdravotníkům. Nemocný lékař totiž někdy disimuluje některé své potíže v naději, že se tak vyhne diagnóze, které se obává a nepříjemným konotacím s předpokládanými riziky, které mnohdy zveličuje. Ošetřující kolega se nezřídka dostává do nezáviděníhodné situace, je nejistý a svým způsobem nešťastný. Ta eskaluje v případech, kdy je nemocný lékař ve svém oboru špičkovým a obecně známým odborníkem.

Problematika nejistoty lékařů obecně i ve vztahu k péči o nemocné lékaře je závažná a ke škodě věci málo reflektovaná. Zajímavým a ojedinelým příspěvkem B. Seiferta, J. Vojtíškové a R. Honzáka je stať nazvaná **Nejistota jako součást lékařské praxe**, která je zaměřena především na praktické lékaře. (10) Jisté ale je, že právě specifické profesní postavení nemocného lékaře je třeba brát v úvahu a věnovat mu pozornost v terapeutickém vztahovém rámci, který sice očekává každý pacient, ale nemocný lékař „víc než obyčejní pacient“. (4) Britský lékař Oliver Sacks na základě zkušenosti ze své nemoci konstatoval, že „**oba jsme museli hrát**

svou roli – on roli Vševědoucího specialisty, já roli Pacienta, který nic neví“. (9, s. 88) Takovou strategii lze v mírných modifikacích jistě doporučit. Vzhledem k vysoké specializaci medicíny nemůže nemocný lékař znát do podrobností ten obor, ve kterém se ocitl vzhledem ke své nemoci a který je vzdálený jeho specializaci. Je nutné připomenout i nezbytnou důvěru. Nemocný lékař musí věřit svému ošetřujícímu lékaři, kterého si ostatně vybral právě proto, že si vysoce váží jeho odbornosti. Jiné je to ovšem v případech, kdy je lékař stížen náhlou příhodou, úrazem apod. a je převezen do nemocnice a svěřen do péče právě sloužících a pro něj anonymních lékařů. O zkušenostech z takové situace píše Oliver Sacks i český lékař Jiří Dostál. (9,3)

Ve zdravotnictví **nepochybně existuje „tichá pošta“**, které se jen málo dotkla pravidla ochrany osobních dat, i když ta jsou dobře uplatňována vůči laické veřejnosti. Nemocní a zejména odborné veřejnosti známí lékaři pravidelně vzbuzují zvědavý zájem kolegů a dalších zdravotníků. Také nemocní lékaři mají právo na ochranu svého soukromí, a proto je třeba vůči nim obzvláště potřebné dodržovat pravidla povinné mlčenlivosti. Felix Irmiš popsal „informace a šum v interakci lékař–pacient“ a konstatoval, že „lékař–pacient se může častěji dostat do různých interpersonálních propletených emocionálních postojů lékařů a klinik“, což může následně „ovlivnit postoj ošetřujícího lékaře“. (6) Připomíná i nejrůznější intervence od výše postavených nebo známých kolegů a také „intervence zvenku“, nejčastěji od příbuzných. Dále však nejrůznější formy šumu pojednává v souvislostech se všemi pacienty, nikoliv ke specifické skupině nemocných lékařů.

Literatura:

1. Bardová M. Slasti a strasti života s doktorem. Praha: Vyšehrad, Odeon 1999.
2. Doleček R. Dopisy z Pontu. Praha: Scientia Medica 1991.
3. Dostál J. Jaké to je umřít? Víím to, už jsem „umřel“. www.nasezdravotnictvi.cz, 16. 10. 2018.
4. Honzák R. Přenos a protipřenos v každodenní praxi lékaře. *Prakt. Lék.* 77, 1997, Supp. 2, s. 14–15.
5. Haškovcová H. Jak komunikovat s nemocným lékařem. V: Ptáček R., Bartůněk P. a kol. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada 2011.

Praktické rady jak komunikovat s nemocnými lékaři jsou obsahem jiného pojednání (5, s. 323–330). Zde **stručně uvedme:**

1. Nadstandardní komunikace s nemocným lékařem je vítaná (je to kolega) a vhodná výhradně ve společenské rovině.
2. Diagnostický proces i návrh léčby by měl být probrán s nemocným lékařem stejně jako s každým jiným pacientem. „Přeskakovat“ určité pasáže informací není rozumné, protože nemocný lékař má také své obavy a strach, a proto může některé „přeslechnout“ nebo dokonce „zapomenout“.
3. Ošetřující lékař ví, že nemocný lékař také ví, nebo má jistou představu o své nemoci, což vede k jeho zvýšené nejistotě. Tu lze zeslabit, nebo dokonce odstranit, když nemocný lékař nebude významným způsobem zasahovat do diagnostického procesu a návrhu léčby a s důvěrou se podřídí rozhodnutím ošetřujícího lékaře, kterého si vybral také proto, že ví, že platí „co lékař, to názor“.
4. Ošetřující lékaři i další zdravotníci, kteří se podílejí na léčbě nemocného lékaře, by měli mimořádně pečlivě dodržovat povinnou mlčenlivost a vyhnout se jakémukoliv šumu, který by nemocnému kolegovi mohl ublížit.

6. Irmiš F. Lékař pacientem – informace a šum v komunikaci lékař a pacient. *Prakt. Lék.* 72, 1992, 12, 463–465.
7. Irmiš F. Stresové situace lékaře jako pacienta: komunikace, vyšetření, zkušenost, etika. *Prakt. Lék.* 92, 2012, 2, s. 101–104.
8. Krčmář Z. Několik poznámek lékařových. Praha: v.l.náklad. 1937.
9. Sacks O. Na čem si stojím. Praha: Makropulos 2018, 217 s.
10. Seifert B., Vojíšková J., Honzák R. Nejistota jako součást lékařské praxe. *Prakt. Lék.* 82, 2007, 6, s. 343–6.

Ordinace pro chudé



Por. MUDr. Andrea Pekárková

vedoucí Ordinace pro chudé Ostrava, Armáda spásy

Úvod

V lednu roku 2018 byla Armádou spásy otevřena Ordinace pro chudé v Ostravě. Jedná se o ordinaci prototypu krajských chudinských ordinací, jejichž vznik byl navržen v dokumentu Konceptce prevence a vypořádání se s bezdomovectvím v České republice do roku 2020. Bezdomovectví se v naší zemi ve zjevné podobě masově projevilo počátkem 90. let, a to zejména v moravskoslezském regionu po utlumení provozu velkých podniků s podnikovými ubytovnami. Mnoho samostatně žijících mužů přišlo o práci i ubytování zároveň. Dnes je bezdomovectví rozšířeno po všech velkých městech v ČR. S rostoucím počtem osob bez domova začaly vznikat sociální služby, jejichž hlavními poskytovateli jsou organizace Naděje, Armáda spásy, Charita. Během sociální práce bylo záhy zjištěno, že sociální a zdravotní problematika bezdomovectví spolu úzce souvisí, a je proto zapotřebí usilovat o zpřístupnění zdravotní péče takto postiženým osobám. Naděje otevřela první ordinaci praktického lékaře pro bezdomovce již v 90. letech a s většími či menšími problémy zejména v oblasti personálního zajištění funguje dodnes. Jejimi pacienti jsou v naprosté většině zjevné bezdomovci žijící v pražských ulicích. Ordinace se zaměřuje zejména na řešení akutních zdravotních potíží. Další ordinaci PL pro bezdomovce provozuje v Olomouci Charita.

Cílové skupiny

Ordinace pro chudé v Ostravě se zaměřuje na všechny sociálně vyloučené skupiny obyvatel na území města Ostravy a garantuje základní zdravotní péči i nepojištěným pacientům. Našimi pacienty jsou zjevné bezdomovci, bezdomovci užívající noclehárny, azylové domy, lidé s nejistým bydlením – zejména osamělí senioři v nevyhovujících ubytovnách, uživatelé domovů se zvláštním režimem (DZR) pro bývalé bezdomovce, národnostní menšiny z vyloučených lokalit.

Důvody vzniku zvláštního zdravotnického zařízení pro sociálně vyloučené osoby

Bezdomovectví s sebou přináší rizika zhoršující zdravotní stav. Jedná se o nedostatečnou hygienu, neuspokojivý nutriční stav a hygienicky závadné stravování, pobyt venku v nepříznivém počasí, nedostatek pitné vody, ohrožení kriminalitou, nekvalitní spánek, úrazy při provizorním vytápění příbytků, užívání návykových látek a omezený přístup k zdravotní péči. Ten je způsoben bariérami na straně jak pacientů bez domova (odpudivý vzhled, absence dokladů, nedostatek komunikačních schopností, nemožnost dodržovat léčebný režim atd.), tak na straně zdravotnických zařízení (nízká vzdělanost zdravotnického personálu v oblasti sociálně-zdravotní problematiky bezdomovectví, předsudky, absence hygienických boxů na pracovištích, nízký počet sociálních pracovníků v nemocnicích, absence doporučených postupů pro léčbu osob bez domova). Tyto důvody a zároveň již nabyté zkušenosti z ČR i ze zahraničí dosvědčují potřebnost specializované ordinace praktického lékaře pro chudé.

Provoz

Ordinace je v provozu každý všední den, jednou týdně je poskytována návštěvní služba pacientům v terénu a jednou týdně pacientům v domovech Přístav (DZR). V současné době se tým ordinace skládá ze tří lékařů a dvou zdravotních sester. Ordinace má smlouvu se čtyřmi zdravotními pojišťovnami a péče je hrazena kapitační platbou. Příjmy od pojišťoven nepokrývají provozní náklady, provoz je dotován městem Ostrava, Moravskoslezským krajem, firemními (pro zajímavost firmy Jablotron a Arcelor Mittal) a individuálními dárči. Od zahájení provozu ordinaci navštívilo 980 různých pacientů, většina z nich odpovídá cílové skupině. Ordinace kromě povinného vybavení disponuje přístroji na stanovení CRP, INR, EKG, ultrazvuk, otoskop, vybavení na ošetření ran a drobnou chirurgii, dvě lůžka (vyšetřovací a zákrokové). V ordinaci se zaměřujeme na kvalitní primární péči včetně preventivních prohlídek, posudky a potvrzení vystavujeme pacientům bezplatně. U seniorů bezdomovců dbáme na řešení sociální situace a zlepšení nutričního stavu. Zajišťujeme léčbu akutních i chronických ran, kožních abscesů. K méně častým výkonům patří i extrakce zubu či sonografické ověření gravidity. Provádíme důkladnou intervenci v oblasti závislosti na návykových látkách. Několik pacientů jsme úspěšně odeslali k ústavní léčbě závislosti na alkoholu. U intravenózních narkomanů provádíme testy na virové hepatitidy. Léčíme pacienty s parazitárními onemocněními. Myslíme na možný výskyt TBC.

Kazuistika

Pan Mirek (37 let) přišel do ordinace poprvé v únoru 2018 s omrzlými prsty na nohou. Prsty DK byly lividní, chladné, kapilární návrat zpomalený. Pro těžkou závislost na alkoholu odmítl hospitalizaci. Rozhodli jsme se

V Průběhu léčby



pro ambulantní léčbu. Nasadili jsme Dalacin, Tanakan

V závěru léčby



a Fraxiparin. Pacient se první tři týdny dostavoval na pravidelné kontroly a spolupracoval na léčbě. Na distálních článkách prstů se postupně začaly ohraničovat nekrózy. Aplikovali jsme Betadine roztok a pokračovali s celkovou terapií. Poté se pacient neukázal 14 dní. Dostavil se celkově zanedbaný, na nohou měl původní obvazy z poslední kontroly. Po odstranění krytí jsme překvapivě zjistili, že nekrotická tkáň se sama začala odlučovat a pod ní byla již zdravá kůže (viz foto). Pacient začal znovu spolupracovat a došlo k úplnému zhojení bez jakékoliv ztráty. V září přichází pacient do ordinace s propouštěcí zprávou z interního oddělení, kde hospitalizován pro fibrilaci síní a jaterní cirhózu. Propuštěn bez intervence pro noncompliance s nízkou dávkou betablokátoru. Po několika dnech po propuštění se u pacienta rozvinula anasarka kombinované etiologie (kromě výše jmenovaných diagnóz byla přítomna hypoalbuminemie). Pacientovi jsme nasadili Verospiron a zahájili nutriční podporu. Opakovaně jsme intervenovali stran závislosti na alkoholu. Pacient začal velmi dobře spolupracovat, začal postupně abstinovat, ubytoval se na azylovém domě. Jeho zdravotní stav se výrazně zlepšil (otoky ustoupily, akce srdeční pravidelná), začal docházet na kontroly ke specialistům. Nyní čeká na nástup ústavní léčby závislosti. Pan Mirek je jedním z příkladů našich pacientů, kdy v léčbě hraje zásadní roli bezpodmínečný vztah lékaře a pacienta.

Závěr

Ordinace pro chudé je místem, kde se střetává sociální a zdravotní problematika bezdomovectví. Je také místem, kde ošetření a přijetí najdou i ti nejméně přizpůsobiví občané. Je také místem, kde praktický lékař může rozvinout svoje dovednosti a uplatnit se jako ten, který přináší viditelnou změnu nejen zdravotního stavu. Více než v běžných ordinacích je zde patrné, že součástí pracovní náplně praktického lékaře je i zájem a účast na řešení sociální situace nemocného.

Seznam použité literatury:

Bezdomovectví v kontextu ambulantních sociálních služeb; Marek J., Strnad A., Hotovcová L., Portál, s.r.o., Praha 2012
 Dostupnost zdravotní péče aneb Bezdomovec pacientem; Pekárková A., periodikum Sociální služby XV. Říjen 2013, str. 14–15
 Koncepce prevence a vypořádání se s bezdomovectvím v České republice do r. 2020; MPSV, Praha 2014
 Koncepce zdravotní péče pro lidi bez domova; Pekárková A., periodikum Sociální služby XV. Listopad 2013, str. 24–25

Syndrom karpálního kanálu v ambulanci praktického lékaře



pplk. MUDr. Pavel Diviš
neurologické oddělení ÚVN Praha

Syndrom karpálního kanálu je zdaleka nejčastějším izolovaným postižením periferního nervu (mono-neuropatií) vůbec. Incidence bývá udávána mezi 180 až 346 případy na 100 tisíc obyvatel za rok se zhruba 2–3x větším postižením žen. Je tedy velmi častou příčinou návštěvy nejen přímo ambulance neurologa, ale zejména praktického lékaře, a proto je vhodné se jím zde podrobněji zabývat. Jedná se o klasický případ úžinového syndromu, v tomto případě je nervus medianus tísněn v oblasti tzv. karpálního kanálu ohraničeném ze 3 stran karpálními kůstkami přemostěnými ligamentum carpi transversum (retinaculum flexorum). Ke kompresi nervu dochází z mechanických příčin přímo opakovaným útlakem kmene nervu, postižením cév nerv vyživujících (vasa nervorum) či dlouhodobou expozicí vibracím. Prvotně dochází k poruše myelinové pochvy, až později i k úbytku počtu axonálních vláken. Za rizikové faktory považujeme ženské pohlaví, onemocnění štítné žlázy, diabetes mellitus, revmatologická onemocnění, hormonální dysbalance v průběhu těhotenství či hormonální substituční léčby, proběhlé úrazy v oblasti zápěstí a dist. části předloktí, a chronické přetěžování ve smyslu chronické flexe zápěstí, silného úchopu předmětů, užívání hole a dlouhodobé expozice vibrujícím nástrojům. Klinicky se SKT projevuje zpočátku iritačními projevy, jako je brnění, pálení, mravenčení či pocit otoku nejčastěji I.–III. prstu, někdy i části IV. nebo dokonce všech prstů ruky. Obtíže pacienty trápí nejprve typicky v noci či nad ránem, probouzejí je ze spánku a nutí postiženou končetinu protřepávat. Někdy se tyto obtíže projeví jen při specifické činnosti, jako je jízda na kole či motocyklu, nebo manuální pracovní zátěži. Později bývají obtíže i klidové během dne. Někdy udávají pacienti šíření obtíží až k lokti, vyjimečně i k rameni, což může občas zkomplikovat správnou diagnózu. Při delším trvání komprese nervu nalézáme i zánikové senzitivní symptomy — hypestezii volárních stran I.–III. a radiální poloviny plochy IV. prstu a zánikové motorické symptomy spočívající v hypotrofii thenaru bez výraznějšího ovlivnění hybnosti palce.

Těžší hypestezie prstů však způsobuje velmi nepříjemné obtíže omezením jemné manipulace s drobnými předměty typicky při šití, manipulaci s mincemi, zapínání knoflíků, dokonce někdy vede i k náhlému vypadnutí předmětu z ruky. Diagnostika je založena na pečlivém odběru anamnézy a orientačním neurologickým vyšetření, kdy srovnáváme taktilní citlivost V. prstu s I.–III. prstem a pátráme po případné hypestezii, dále hodnotíme trofiku thenarů. Z provokačních testů můžeme užít Tinnelův příznak, kdy poklep prstů či neurologického kladívka na oblast ligamenta při extenzi ruky vyvolá typicky lokalizované parestezie. Dále můžeme použít Phallenův příznak, kdy pacient přiloží k sobě hřbety obou rukou při flektovaných zápěstích, nebo naopak obrácený Phallenův příznak, kdy přikládá k sobě dlaně rukou flektovaných v zápěstí. V obou případech by při pozitivě manévru mělo dojít do 60 sekund k typickým paresteziím prstů. Při jasně vyjádřené klinice je indikováno odeslání do EMG laboratoře, kde elektromyografista provede objektivizaci a kvantifikaci tíže postižení. Záleží na zvyklostech konkrétní EMG laboratoře, všeobecně se doporučují kondukční studie motorických a senzitivních vláken n. medianus a n. ulnaris, případně ještě senzitivních vláken n. radialis, vyšetření m. adductor pollicis brevis jehlovou elektrodou se pro jeho invazivitu a bolestivost používá spíše vyjimečně při dif. dg. rozpacích či z pracovní lékařského hlediska. SKT patří totiž mezi nejčastěji uznanou nemoc z povolání. V roce 2017 bylo dle výroční zprávy Státního zdravotního ústavu uznáno 330 případů SKT jako následek jednostranného nadměrného přetěžování a 142 případů jako následek dlouhodobé expozice vibracím. Při suspekci na profesionální etiologii SKT je při rozsahu a technice EMG vyšetření nutno přísně dodržet Věstník MZ ČR z r. 2003. Při stanovení alespoň středně těžkého stupně SKT by měl prakt. lékař či neurolog uvažující o možnosti profesionálního postižení zdraví pacienta odeslat na místně příslušné pracoviště pracovního lékařství, kde jedině může být s ohledem na charakter vykonávané práce výše uvedené zhodnoceno a případná nemoc z povolání i uznána.

V diferenciální diagnostice je potřeba odlišit zejména radikulopatie C6 a C7, kdy však většinou dominují cervikalgie a bolest se šíří do akra centrifugálně pásovitě. Nežádka se ale mohou obě diagnózy kombinovat. V praxi je však častější poddiagnostikování SKT; obtíže bývají mylně považovány za vertebrogenní, což zdánlivě podporuje nález spondylodegenerativních změn při RTG zobrazení, který je však u starších pacientů pravidlem. U jiných typů postižení n. medianus, jako je např. vzácný syndrom pronátorového tunelu, pomůže EMG vyšetření a jiný typ klinického postižení s oslabe-

ním flexorů prstů. Spíše vzácně můžou být senzitivní a motorické příznaky zaměněny s cervikální myelopatií nebo polyneuropatií, kdy však bývají typicky nejprve postižena dlouhá nervová vlákna na dolních končetinách. Parestezie často atypické distribuce může působit také neurologická forma lymeské borreliózy. Raynaudův syndrom může SKT napodobovat přítomností dysestezií při probíhajícím záchvatu vasokonstrikce či následné vasodilatace. Zde je vhodné zeptat se pacienta na případné výrazné změny teploty a zbarvení prstů při expozici chladu. Dalším dif. dg. problémem mohou být ortopedická či revmatologická onemocnění kloubů, šlach a svalových úponů postihující tuto oblast.

Terapii dělíme na konzervativní a operační. I přes vysokou četnost SKT, a tedy závažné ekonomické důsledky onemocnění, dosud neproběhly velké randomizované studie a existují různé názory na volbu terapie a následnou dobu rekonvalescence. Konzervativní léčbu volíme zpočátku většinou u lehkých SKT nebo pokud předpokládáme odstranění působící noxy — typicky například v těhotenství, kdy SKT často vzniká ve 3. trimestru těhotenství a po porodu většinou do několika týdnů spontánně odeznívá. Doporučujeme snížit zátěž horní končetiny, snažíme se o střední postavení ruky v zápěstí s nočním užíváním měkké zápěstní ortézy a krátkodobě můžeme vyzkoušet užívání vitaminů sk. B, vazodilancií (Aescin) a antirevmatik. Určitý efekt může někdy přinést i fyzikální terapie a fyzioterapie. K místní aplikaci lokálních anestetik či kortikosteroidů nejlépe pod UZ kontrolou přistupujeme spíše vyjimečně zejména u starších pacientů s výraznými bolestmi, kteří si nemohou operační řešení pro ztíženou sebeobsluhu po dobu rekonvalescence dovolit. Opakovaná aplikace kortikosteroidů není však pro riziko bakteriální infekce a možné poškození šlach extenzorů doporučována. Klinická praxe ukazuje, že efekt konzervativní terapie je často jen dočasný.

K operačnímu řešení přistupujeme po konzultaci s pacientem u středně těžkých a těžkých SKT, nebo i u lehčích stupňů s výrazně obtěžujícími dysestezie-

mi, které nereagují na konzervativní léčbu. Provádí se na ortopedických a neurochirurgických pracovištích protětím ligamentum carpi transversum buď klasickou, nebo endoskopickou metodou. Klasickou metodu je možno použít u všech nemocných, ale má své nevýhody – častější výskyt pooperačních bolestí způsobených tvorbou tuhé jizvy v dlani, která může drážděním nervu působit trvalou přecitlivělost operované oblasti, dále vyšší výskyt tzv. pilířových bolestí v oblasti thenaru i hypothenaru, které vznikají změnou postavení karpálních kústek po protětí ligamentum carpi transversum (ztráta funkčně výhodného uspořádání kústek do oblouku), a konečně je u klasické operační techniky delší doba pracovní neschopnosti. Endoskopická operace je metodou výrazně šetřící měkké tkáně, netvoří se nepříjemné a bolestivé jizvy a nebývají tak výrazné pooperační bolesti. Existuje však teoreticky zvýšené riziko poranění měkkých struktur v karpálním tunelu (cév, nervových větví, šlach) i nedostatečného protětí tísničového vazy s nutností pozdější revize.

Výhodou endoskopické techniky je zkrácení doby rekonvalescence, která v případně klasické operační techniky vyžaduje úplný klid ruky 10 dnů po operaci (do odstranění stehů) a následně se dle charakteru vykonávané práce doporučuje končetinu 4–10 týdnů fyzicky šetřit a probíhá ambulantní fyzioterapie. U endoskopické techniky je udávaná doba klidu ruky 5–7 dnů a šetření ruky s probíhající fyzioterapií v trvání do 4 týdnů. Úspěšnost operačního řešení bývá obecně udávána až 90 %. Příčinou recidivy obtíží je většinou nedostatečné protětí vazy či jizvení a vznik srůstů. Nezřídka v ambulanci narazíme na starší pacienty většinou užívající dlouhodobě hole se „zanedbaným“ SKT, kteří jsou již bez dysestezií, mají vyvinuté atrofie thenarů a hypestezii, zde již nemá operační řešení význam. Při časně diagnostice je však SKT velmi dobře kurabilním onemocněním a pro jeho vysokou četnost je na něj třeba u pacientů udávajících obtíže s akry horních končetin v klinické praxi lékařů prvního kontaktu stále myslet.

Literatura:

1. Smrčka M, Vybíhal V, Němec M. Syndrom karpálního tunelu. *Neurol. praxi* 2007; 8: 243–246.
2. Ehler E, Ambler Z. Mononeuropatie – trendy soudobé neurologie a neurochirurgie. Svazek 3. Praha: Galén 2002.
3. Minks E, Minksová A, Brhel P, Babicová V. Profesionální syndrom karpálního kanálu. *Neurol. praxi* 2014; 15(5): 234–239
4. Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky, částka 10, říjen 2003. Stanovení nejméně středního stupně závažnosti izolovaného syndromu karpálního tunelu. Metodické opatření. 3–4.
5. Fenclová Z, Urban P, Žofka J. Nemoci z povolání v České republice. Praha: Státní zdravotní ústav 2017. Dostupný na <http://www.szu.cz/publikace/>

- data/nemoci-z-povolani-a-ohrozeni-nemoci-z-povolani-v-ceske-republice.
6. Peetrans PA, Derbali W. Carpal tunnel syndrome. *Semin.Musculoskelet. Radiol.* 2013; 17: 28–33.
7. Wipperman J, Potter L. Carpal tunnel syndrome—try these diagnostic maneuvers. *J. Fam. Pract.* 2012; 61: 726–732.
8. Kanta M, Ehler E, Kremláček J, Laštovička D, Adamkov J, Řehák S, Habalová J, Bartoš M. Efekt endoskopické a klasické operace pro syndrom karpálního tunelu. *Cesk Slov Neurol N* 2008; 71/104(2): 173–179.
9. Kanta M, Ehler E, Laštovička D, Daňková C, Adamkov J, Řehák S. Možnosti chirurgické léčby syndromu karpálního tunelu. *Neurol pro praxi* 2006; 3: 153–157.

Vztah pohybové aktivity, kognice a soběstačnosti u seniorů



MUDr. Jana Gorušová
LDN Nemocnice Třebíč

prof. MUDr. Hana Matějovská Kubešová, CSc.
přednostka kliniky – Klinika interní, geriatry
a praktického lékařství FN Brno Bohunice

Úvod

Střední délka života se stále prodlužuje. Znamená to, že 30 letý člověk narozený v roce 1920 se pravděpodobně dožil 65 let, zatímco 30 letý muž narozený v roce 2017 se pravděpodobně dožije 76 let, žena 82 let. [1] Z pohledu jednotlivce, ale i celé společnosti je ovšem zásadní, aby toto prodloužování kalendářního věku bylo doprovázeno i udržením náležité kvality života. Tu v současné době vnímáme jako komplex naplněných bio–psycho–sociálních a spirituálních potřeb člověka. V mladších věkových kategoriích je každý jedinec přirozeně schopen kvalitu svého života udržovat sám. Se zvyšujícím se věkem je pro udržení kvality života zásadní zachování soběstačnosti. Podle našeho názoru jsou dvěma nejvýznamnějšími faktory ovlivňujícími soběstačnost schopnost samostatného pohybu a zachovalé kognitivní funkce. Věk samotný znamená zvyšující se riziko vzniku demence, na druhé straně mnohé studie prokazují, že pohybová aktivita vede ke zlepšení kognitivních funkcí. Současný životní styl mladších věkových kategorií však spíše vzbuzuje obavy, v jaké kondici fyzické i psychické se ocitnou na prahu vlastního stáří a jak úspěšně bude jejich proces stárnutí probíhat. Cílem tohoto sdělení je poskytnout přehled o současném stavu vědění o vztahu pohybové aktivity a kognitivního výkonu v horizontální i vertikální časové linii.

Morfologické stárnutí mozku a kognitivní funkce

I když morfologické projevy mozkové atrofie jsou interindividuálně variabilní a nastávají s různou intenzitou v různých oblastech mozku téhož jedince, všeobecně lze říct, že hmotnost i objem mozku se s přibývajícím věkem snižují. Ubývá neuronů i gliových buněk. Dochází ke strukturálním změnám neuritů, ubývá myelinu, zmenšují se jádérka neuronů a dochází k hromadění lipofuscinu v cytoplazmě. Svůj podíl na degenerativ-

ních změnách má i ateroskleróza mozkových cév. [2,3] I když podle Duškové [2] je „souvislost mozkové atrofie s funkčními projevy oboustranně nekonstantní“, a tedy ne vždy jsou morfologické projevy mozkové atrofie spojeny s poklesem intelektuálního výkonu, věk je rizikový faktor pro úbytek kognitivních funkcí. [4,5] Výskyt demence s věkem stoupá. Nad 65 let je postiženo 3–7 % populace, po 80. roce věku 20–40 % osob. V ČR je 70 % osob s demencí starších 80 let. [6] Předpokládá se, že počet nemocných s demencí se bude rychle zvyšovat, pokud nebudou zavedena účinná preventivní opatření. [5]

Vztah kognitivních funkcí a pohybové aktivity

„Kognitivní funkce jsou všechny myšlenkové procesy, které nám umožňují rozpoznávat, pamatovat si, učit se a přizpůsobovat se neustále se měnícím podmínkám prostředí. Patří sem paměť, koncentrace, pozornost, rychlost myšlení a porozumění informacím. Dále sem zahrnujeme vyšší kognitivní tzv. exekutivní funkce – schopnost řešit problémy, plánovat, organizovat, náhled a úsudek. Jednotlivé kognitivní funkce jsou umístěny v různých částech mozku.“ [7] Různé studie se pak zaměřují na různé složky kognitivních funkcí. Stejně tak používají různé metody k měření fyzické aktivity nebo kondice. Výzkum je obvykle zaměřen na seniory v různých situacích – v zařízeních sociální péče, nemocnicích, v ambulantní péči či ve vlastním prostředí.

Aktuální fyzická kondice ve stáří a kognitivní funkce

Naderi et al. zkoumali efekt odporového cvičení s nízkou a střední intenzitou (40 % a 70 % svého maxima) na 40 dobrovolníků rozdělených na 2 skupiny, skupinu vystavenou akutní zátěži a kontrolní. Z jejich výsledků vyplývá, že cvičení zlepšuje, přinejmenším přechodně, exekutivní funkce. [8]

Bootsman et al. zjišťovali aktuální fyzickou kondici u 44 osob ze zařízení pro stárnoucí obyvatele v Queenslandu. Testovali rovnováhu, schopnost vykonávat 2 úkoly současně, reakční dobu, koordinaci, rychlost chůze, sílu stisku a sílu dolních končetin. U fyzicky aktivních obyvatel domova byla oproti ostatním zaznamenána sice pouze vyšší schopnost rovnováhy a dvojího úkolu, ty jsou však klíčovými dovednostmi v předcházení pádům. [9] Pády a seniorů často vedou při vysokém výskytu osteoporózy k frakturám skeletu, zejména krčku femuru, ale také k poraněním krania s rizikem intrakraniálního krvácení. Mírnějším důsledkem může být uroinfekce nebo pneumonie z dlouhého pobytu na chladné zemi, když se postižený nedovolá pomoci. Uvedená situace

vede v lepším případě k dočasné snížené soběstačnosti, v horším případě k řetězení dalších komplikací až úmrtí.

Pohybová aktivita v středním věku a kognice ve stáří

Pohybová aktivita ve středním věku může přispět k udržení kognitivních funkcí a snížit nebo oddálit riziko demence v pozdním věku, uvádí Chang et al. na základě výsledků výzkumu, ve kterém byly provedeny u kohorty téměř pěti tisíc mužů a žen seniorského věku neuro-psychologické testy posuzující rychlost zpracování informací, paměť, exekutivní funkce a testy na demenci, a ty byly následně srovnány s jejich pohybovou aktivitou před 26 lety. [10]

Pohybová aktivita v adolescentním věku a kognice ve stáří

Jedna z průřezových studií v Americe zahrnuje do svého výzkumu 9 344 žen nad 65 let, které v dotazníku uvedly svoji fyzickou aktivitu v době dospívání, ve věku kolem 30 a 50 let a v pozdějším věku, tedy aktuální fyzickou aktivitu. Úroveň kognice byla posuzována na základě použití MMSE (Mini Mental State Examination). Z výsledků vyplynulo, že ženy, které byly celoživotně fyzicky aktivní, vykazovaly nižší výskyt kognitivních poruch ve vyšším věku oproti ženám fyzicky neaktivním. Nejvýrazněji byla spojena s nižší pravděpodobností kognitivního poškození ve vyšším věku tělesná aktivita v období dospívání. Avšak i ženy, které byly fyzicky neaktivní jako teenagerky a staly se aktivními v pozdějším životě, vykazovaly nižší riziko vzniku kognitivního deficitu než ženy, které zůstaly celoživotně neaktivními. [11]

Mechanismus působení fyzické aktivity na kognitivní funkce

Mechanismy, jakými fyzická aktivita zlepšuje kognici, nejsou dostatečně prozkoumány. Je známo, že s věkem se rozvíjí chronický prozánětlivý stav s lehkou elevací cytokinů a proteinů akutní fáze, který je spojován s řadou onemocnění vyššího věku. Kromě kardiovaskulárních onemocnění a diabetu také s neurodegenerativními změnami. Studie poukazují na významnou souvislost mezi vyšší úrovní fyzické aktivity a nižší úrovní zánětlivých markerů u starších dospělých. [12] Pravidelné cvičení stimuluje tvorbu protizánětlivých cytokinů a inhibuje produkci TNF- α , který působí prozánětlivě. [13]

Pro zachování neurogeneze a nervové plasticity jsou nezbytné růstové faktory. Jejich hladina se stoupajícím věkem klesá. Bylo prokázáno, že fyzická aktivita reguluje jejich uvolňování a v některých případech dostupnost receptoru. Cvičení také zvyšuje synaptickou plasticitu tím, že přímo ovlivňuje synaptickou strukturu a posiluje základní systémy, které podporují plasticitu včetně neurogeneze, metabolismu a vaskulárních funkcí. [14] Dochází ke zvýšenému uvolňování adrenalinu, noradrenalinu, serotoninu. Prostřednictvím zobrazovacích metod bylo potvrzeno, že cvičení zvyšuje průtok krve mozkiem, a tím zvyšuje dodávku potřebných živin. Byly

prokázány i strukturální změny mozku ve prospěch cvičení. [15] Prostřednictvím regulace neurogeneze a imunitní aktivity mozku se cvičení podílí na zpomalení rozvoje Alzheimerovy demence. [16]

Kyslíkové radikály jsou považovány za toxické vedlejší produkty buněčného metabolismu, oxidační stres se podílí na fyziologickém stárnutí. U Alzheimerovy nemoci dochází k zvýšené tvorbě volných radikálů a klesá výkonnost antioxidantních enzymů. [17] Pravidelná fyzická aktivita vede k zmírnění oxidačního stresu tím, že napomáhá udržovat účinnost antioxidantních enzymů. [18]

Stresová hypotéza naznačuje, že chronický stres může zhoršit kognitivní deficit, zatímco fyzická aktivita zmírňuje větší část následků stresu. Tento vliv je vysvětlován změnami v sekreci kortizolu, nejen jeho hladinou v daném okamžiku, ale v celkové cirkadiální sekreci. Není však zatím jasné, který z vlivů je nejvíce spojen s kognitivní funkcí. [19]

Souvislost byla nalezena i mezi fyzickou aktivitou a poruchami nálady ve smyslu deprese a poruchami spánku. Při snížené kvalitě spánku je mozek citlivější k neurotoxickému působení odpadních látek vznikajících při mozkové činnosti. Tyndall ve své studii prokázala, že pravidelná fyzická aktivita snižuje napětí, depresivní příznaky a únavu. Současně zlepšuje kvalitu spánku. [12] Minimálně 2 studie poukazují na spojitost mezi vyšším BMI a horším kognitivním výkonem. [20,21] Podobně metabolický syndrom je spojený s horšími kognitivními funkcemi a je u něj zvýšena pravděpodobnost vývoje demence. [22] Fyzická aktivita může být tedy prospěšná na několika úrovních – při redukci nadváhy, v léčbě metabolického syndromu, zpomalení rozvoje aterosklerózy, a tím i při podpoře zachování kognitivních funkcí z hlediska krevního zásobení.

Intenzita, frekvence a forma cvičení

Názory na intenzitu cvičení, která bude mít potřebný efekt, se různí. Obvykle se uvádí, že dostačuje mírná intenzita cvičení, s frekvencí několikrát týdně. Jsou ale studie, které prokazují kýžený efekt dokonce s minimální frekvencí pohybové aktivity – několikrát za měsíc. Zátěž by měla být ale dlouhodobá, aspoň 6 měsíců. Naopak nadměrná fyzická aktivita, s maximální zátěží, může mít opačný efekt vlivem produkce stresových hormonů, ale i vlivem snížení krevního zásobení kraniálního svalové práce. My se přikláníme k názoru, že je vhodná fyzická aktivita alespoň 3x týdně po 45 minutách, se střední intenzitou, tedy 40–60 % maximální spotřeby kyslíku. Je vhodné kombinovat aerobní a anaerobní cvičení. [23,24,25] Každý by si měl vybrat formu cvičení, která je mu nejbližší – rychlá chůze, běhání, práce na zahradě, jóga, tai-či, tanec, plavání. Způsoby, jak do svého života zařadit více pohybu jsou známé a obvykle velmi jednoduché – používat místo výtahu schody, kratší vzdálenosti projít spíše pěšky než ujet autem, vystoupit o jednu zastávku dříve a zbytek dojít pěšky a podobně.

Specifická doporučení pro cvičení ve vyšším věku

Každá cvičební jednotka by měla obsahovat rozcvičení v délce 5–10 minut. Intenzita je vhodná střední, tedy 50–80 % maximální spotřeby kyslíku. Na začátku pohybových programů může být i nižší, stejně tak u začátečníků, kde je intenzitu potřeba zvyšovat postupně. Jednoduchým vzorcem na určení střední intenzity se spočítá 60–70 procent maximální frekvence, která je 208 – (0,7 x věk). Výsledek se pak vynásobí ještě 0,6 – 0,7 pro výpočet střední intenzity. Je potřeba myslet i na ovlivnění tepové frekvence medikací, zejména beta-blokátory. Trvání cvičební jednotky je minimálně 30 minut, u začátečníků ji rozdělit na 3 x 10 minut, alespoň 3–4x týdně. Nejvhodnější pohybová aktivita je chůze, důležité je cvičení rovnováhy a nácvik vstávání ze země pro případ pádu. U osob velmi vysokého věku se zaměříme alespoň na cvičení vedoucí k schopnosti se postavit, chodit do schodů. [26]

Závěr

Podle statistik se naděje na dožití zvyšuje a do popředí se dostává otázka kvality života ve vysokém věku. K jejímu zachování je potřebné zavést preventivní

opatření vedoucí k udržení soběstačnosti. Ta je podmíněna fyzickou i mentální zdatností. Bylo mnohokrát prokázáno, že pohybová aktivita působí proti poklesu kognitivních funkcí. Účinek se vysvětluje jejím vlivem na neuroplasticitu, neurogenezi i prokrvení mozku, protizánětlivé a antioxidační působení, redukcí stresových reakcí, deprese, nespavosti, ale také metabolického syndromu a nadváhy, tedy proti faktorům běžně spojovaných s úbytkem kognitivních funkcí. Nejvyšší efekt je dosažený při zahájení pohybové aktivity již v dospívání, kladné účinky cvičení na kognici však byly pozorovány i u osob, které začaly cvičit až v pozdním věku. Vhodná je střední intenzita cvičení s frekvencí alespoň 3x týdně v délce 30 minut, uspokojivé výsledky byly pozorovány již při nižší intenzitě a frekvenci pohybové aktivity. Každý by si měl najít pro sebe nejpříjemnější formu pohybové aktivity a zařadit ji do svého života. Nejjednodušší, ale stále účinná, je prostá chůze. Pravidelnou pohybovou aktivitou v každém věku zlepšujeme nejenom svoji kondici, ale také kognitivní schopnosti a zvyšujeme svoji naději na dožití se bez zhoršené kvality života.

Citace:

1. Úmrtnostní tabulky za ČR: Naděje dožití podle pohlaví a věku – časová řada [online]. Český statistický úřad, aktualizováno 2018 [vid 22. 10. 2018]. Dostupné z: https://www.czso.cz/csu/czso/umrtnostni_tabulky.
2. Dušková J. Involution mozku. In: Kalvach Z, Zadák Z, Jiráček J (eds) et al. Geriatrie a gerontologie. Grada Publishing: Praha 2004: 517–520. ISBN 80–247–0548–6.
3. Koukolík F. Strukturální změny při normálním stárnutí mozku. Čas. Lék. čes. 1989; 128 (25): 773–776.
4. Jiráček J. Kognitivní funkce. In: Kalvach Z, Zadák Z, Jiráček J (eds) et al. Geriatrické syndromy a geriatrický pacient. Grada Publishing: Praha 2008: 232. ISBN 978–80–247–2490–4.
5. Bayer A. Demence. In: Hegyi L, Krajčík Š. (eds). Geriatria. Herba: Bratislava 2010: 464. ISBN 978–80–89171–73–6.
6. Topinková E. Demence. In: Topinková E. Geriatrie pro praxi. Galén: Praha 2010: 137. ISBN 978–80–7262–365–5.
7. Kognitivní funkce [online]. Poraněnmozku.cz. CEREBRUM 2013. [vid 22. 10. 2018]. Dostupné z: <http://www.poranenimozku.cz/nasledky-a-rehabilitace/kognitivni-funkce/>.
8. Naderi A, Shaabani F, Esmaeili A et al. Effects of low and moderate acute resistance exercise on executive function in community-living older adults (Abstract). Sport, Exercise, and Performance Psychology. Oct 2018. Dostupné z DOI: <https://doi.org/10.1037/spy0000135>
9. Bootsman NJM, Skinner TL, Ravin L et al. The relationship between physical activity, and physical performance and psycho-cognitive functioning in older adults living in residential aged care facilities. Journal of Science and Medicine in Sport 2018; 21(2): 173–178. Dostupné z DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jsams.2017.07.006>
10. Chang M, Jonsson PV, Snaedal J et al. The effect of midlife physical activity on cognitive function among older adults: AGES—Reykjavik Study. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2010; 65A(12):1369–1374. Dostupné z DOI: [10.1093/gerona/gdq152](https://doi.org/10.1093/gerona/gdq152)
11. Middleton LE, Barnes DE, Lui LY et al. Physical activity over the life course and its association with cognitive performance and impairment in old age. J Am Geriatr Soc 2010; 58 (7):1322–1326. Dostupné z DOI: [10.1111/j.1532-5415.2010.02903.x](https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2010.02903.x)
12. Tyndall AV, Clark CM, Anderson TJ et al. Protective effects of exercise on cognition and brain health in older adults. Exerc. Sport Sci. Rev. 2018; 46(4): 215–223. Dostupné z DOI: [10.1249/JES.0000000000000161](https://doi.org/10.1249/JES.0000000000000161)
13. Pedersen BK. The anti-inflammatory effect of exercise: its role in diabetes and cardiovascular disease control (Abstract). Essays In Biochemistry 2006; 42: 105–117. Dostupné z DOI: [10.1042/bse0420105](https://doi.org/10.1042/bse0420105)
14. Cotman CW, Berchtold NC, Christie LA. Exercise builds brain health: key roles of growth factor cascades and inflammation. Trends Neurosci. 2007; 30(9):464–472. Dostupné z DOI: <https://doi.org/10.1016/j.tins.2007.06.011>
15. Gligoroska JP. The effect of physical activity on cognition – physiological mechanisms. Mat Soc Med. 2012; 24(3): 198–202. Dostupné z DOI: [10.5455/msm.2012.24.198-202](https://doi.org/10.5455/msm.2012.24.198-202)
16. Sun L, Qui J, Gao R. Physical exercise reserved amyloid-beta induced brain dysfunctions by regulating hippocampal neurogenesis and inflammatory response via MAPK signaling. Brain Research 2018; 1697: 1–9. Dostupné z DOI: <https://doi.org/10.1016/j.brainres.2018.04.040>.
17. Jiráček R, Manukyan A. Hledání farmakoterapie Alzheimerovy choroby. Čes a slov Psychiat 2017; 113(2): 79–83. Dostupné z: http://www.csppsychiatr.cz/dwnld/CSP_2017_2_79_83.pdf
18. Pialoux V, Brown AD, Leigh R et al. Effect of cardiorespiratory fitness on vascular regulation and oxidative stress in postmenopausal women. Hypertension. 2009; 54(5):1014–1020. Dostupné z DOI: [10.1161/HYPERTENSIONAHA.109.138917](https://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.109.138917)
19. Tortosa-Martínez J, Manchado C, Cortell-Tormo JM et al. Exercise, the diurnal cycle of cortisol and cognitive impairment in older adults. Neurobiology of Stress 2018; 9: 40–47. Dostupné z DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ynstr.2018.08.004>
20. Cohen A, Ardern CI, Baker J. Inter-relationships between physical activity, body mass index, sedentary time, and cognitive functioning in younger and older adults: cross-sectional analysis of the Canadian Community Health Survey. Public Health 2017; 151: 98–105. Dostupné z DOI: <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2017.06.019>
21. Lojko D, Palys W, Czajkowska A et al. Association of cognitive performance with the physical activity and body mass index in middle-aged and older rural inhabitants (Abstract). Eur Rev Med Pharmacol Sci 2014; 18 (23): 3645–3652. Dostupné z: <https://www.europeanreview.org/article/8165>
22. Ng TP, Feng L, Nyunt MS, et al. Metabolic syndrome and the risk of mild cognitive impairment and progression to dementia: Follow-up of the Singapore longitudinal ageing study cohort. JAMA Neurol. 2016; 73(4):456–463. Dostupné z DOI: [10.1001/jamaneurol.2015.4899](https://doi.org/10.1001/jamaneurol.2015.4899)
23. Barreto PS, Delrieu J, Andrieu S et al. Physical activity and cognitive function in middle-aged and older adults: An analysis of 104,909 people from 20 countries. Mayo Clin Proc. 2016;91(11):1515–1524. Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.1016/j.mayocp.2016.06.032>
24. Johnson LG, Butson ML, Polman RC et al. Light physical activity is positively associated with cognitive performance in older community dwelling adults. Journal of Science and Medicine in Sport 2016; 19 (11): 877–882. Dostupné z DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsams.2016.02.002>
25. Vařeková J, Daďová K. Pohybová aktivita a kognitivní funkce. Med Sport Boh Slov 2014; 23(4):210–215. Dostupné z: <file:///C:/Users/HP/Downloads/Varekova.pdf>
26. Máček M. Pohybová aktivita ve vyšším věku. In: Máček M, Radvanský J (eds) et al. Fyziologie a klinické aspekty pohybové aktivity. Galén: Praha 2011: 141–150. ISBN 978–8–7262–695–3

Zdravotní rizika hazardních her



MUDr. Karel Nešpor, CSc.
Psychiatrická nemocnice Bohnice

Úvod

Epidemiologické studie svědčí o rozšířenosti hazardních her v Česku. To zvyšuje riziko řady zdravotních problémů, jak se o tom podrobněji zmiňujeme dále. Uvedená rizika se týkají celé populace a ve zvýšené míře zranitelných skupin, jako jsou dospívající, osoby vyššího věku (Parke a spol., 2018), nemocní s kardiovaskulárními chorobami (Karlsson a Håkansson, 2018) atd.

Rizika pro duševní zdraví

Problémy působené hazardem často vedou k depresivním stavům, úzkosti, dalším negativním emocím a impulzivnímu jednání. Dochází také k somatizaci psychických problémů (Poteza a spol., 2002). To se netýká pouze patologických hráčů, ale i těch, kdo jsou tímto problémem ohroženi. Hazardní hry mohou působit posttraumatickou stresovou poruchu (Green a spol., 2017). Časté jsou sebevražedné tendence, jejich výskyt koreluje se závažností problémů s hazardem a mírou negativních emocí. Ronzitti a spol. (2017) uvádějí výskyt sebevražedných ideací u 64 % patologických hráčů, kteří vyhledali léčbu. Zvláště riziková v tomto směru jsou elektronická zařízení v barech a kasinech (Bischof a spol., 2016). Jiní autoři považují za nejnebezpečnější hraní pokeru (Moreau a spol., 2016). To je spojeno se stresem, silnými negativními emocemi, úzkostí, impulzivitou a iracionálními názory a jednáním. Na základně našich zkušeností se nedomníváme, že je mezi následky různých forem hazardu velký rozdíl, za stejně nebezpečné považujeme i sázky. Kromě toho jedna forma hazardu často přechází v jinou, při léčbě proto doporučujeme abstinenci od veškerého hazardu.

Ekholm a spol. (2018) zjistili, že hazardní hraní bylo spojeno s horším duševním zdravím, vyšším stresem, bolestmi hlavy, únavou a poruchami spánku. Duševní stav patologických hráčů ještě zhoršují zátěžové životní události jako propuštění ze zaměstnání, rozvod, exekuce nebo uvěznění.

Problémy související se stresem a náhlé srdeční příhody

Hazardní hraní je provázáno objektivními a měřitelnými příznaky stresu (Meyer a spol., 2000). To zvyšuje riziko onemocnění souvisejících se stresem, např. kardiovaskulárních (Germain a spol., 2011). Stres navíc zhoršuje schopnost se správně rozhodovat (Wemm a Wulfert, 2017) a přispívá k pokračujícímu hazardnímu hraní a rostoucím prohrám a dluhům. Podle jedné studie došlo v Atlantě za čtyři roky k 398 úmrtím v souvislosti s hazardem v kasinu. Příčinou náhlé smrti byly v 83 % případů náhlé srdeční příhody (Jason a spol., 1990).

Úrazy a onemocnění pohybového systému

Bhatti a spol. (2018) zjistili u patologických hráčů vyšší riziko dopravní nehody. To nepřekvapuje, uvažíme-li působení stresu, bažení, negativních emocí a chaotického životního stylu, které s hazardem souvisí.

S uvedeným zjištěním koresponduje zkušenost jednoho našeho pacienta. Jednalo se o muže středního věku a zkušeného řidiče. V době, kdy hazardně hrál, vjel omylem osobním autem do podchodu metra.

Ekholm a spol. (2018) i další autoři zjistili u problémových hráčů častější bolesti ramen, zad, krku, končetin a kloubů. To často vedlo k nadužívání léků proti bolesti, což přinášelo další rizika jako krvácení do trávicí trubice nebo poškození jater.

Zneužívání alkoholu, tabáku a pervitinu

U patologických a problémových hazardních hráčů se lze častěji setkat se zneužíváním budivých látek, nejčastěji pervitinu. Tato skupina drog zvyšuje riziko hazardního hraní, a naopak hazardní hry zvyšují riziko zneužívání této skupiny drog (Pavarin a spol., 2018). Hazardní hry jsou také spojeny s častějším kouřením a zneužíváním alkoholu (Peters a spol., 2015). Z výše uvedeného i na základě klinických zkušeností je zřejmé, že negativní vliv návykových látek a hazardu se navzájem potencují. I nekuřáci jsou v kasinech z řad hráčů a zaměstnanců vystaveni pasivnímu kouření. To spolu se stresem zvyšuje riziko řady zdravotních problémů.

Rizika pro okolí

Osoby ve společné domácnosti s patologickými hráči bývají vystaveny nadměrnému a dlouhodobému stresu. V těchto rodinách také častěji dochází k domácímu násilí (Dowling a spol., 2018). Problémové nebo patologické hráčství zhoršuje komunikaci a působí stres i v širší rodině a na pracovištích.

Hazardní hry a zdravotní stav pracovníků kasin

Touto problematikou se zabýval práce autorů Shaffer a spol. (1999). Citovaní autoři zjistili u této skupiny častější hazardní hraní, zneužívají alkoholu, kouření tabáku a příznaky deprese. To je v souladu i s našimi zkušenostmi. Počet osob, které byly zaměstnány v kasínech, mezi našimi pacienty podstatně převyšoval jejich zastoupení v populaci. K rizikovým zaměstnáním ve vztahu k hazardu i alkoholu bychom přiřadili také číšníky nebo barmany.

Mortalita

U patologických hráčů byla popsána vyšší mortalita než v obecné populaci. K příčinám patří zejména depresivními stavy, sebevražedné tendence a onemocněními srdce (Karlsson a Håkansson, 2018).

Literatura:

Bhatti JA, Thiruchelvam D, Redelmeier DA. Gambling and Subsequent Road Traffic Injuries: A Longitudinal Cohort Analysis. *J Addict Med.* 2018 Oct 30. [Epub ahead of print]

Bischof A, Meyer C, Bischof G a spol. Type of gambling as an independent risk factor for suicidal events in pathological gamblers. *Psychol Addict Behav.* 2016; 30(2):263–9.

Dowling NA, Ewin C, Youssef GJ a spol. Problem gambling and family violence: Findings from a population–representative study. *J Behav Addict.* 2018; 7(3):806–813.

Ekholm O, Davidsen M, Larsen CVL, Juel K. A nationwide study of health–related quality of life, stress, pain or discomfort and the use of medicine among problem gamblers. *Scand J Public Health.* 2018; 46(5):514–521.

Germain C, Vahanian A, Basquin A a spol. Brief report: coronary heart disease: an unknown association to pathological gambling. *Front Psychiatry.* 2011; 2:11.

Green CL, Nahhasi RW, Scoglio AA. a spol. Post–traumatic stress symptoms in pathological gambling: Potential evidence of anti–reward processes. *Journal of Behavioral Addictions* 2017; 6(1):98–101.

Jason DR, Taff ML, Boglioli LR. Casino–related deaths in Atlantic City, New Jersey 1982–1986. *Am J Forensic Med Pathol.* 1990; 11(2):112–23.

Karlsson A, Håkansson A. Gambling disorder, increased mortality, suicidality, and associated comorbidity: A longitudinal nationwide register study. *J Behav Addict.* 2018;7(4):1091–1099.

Meyer G, Hauffa BP, Schedlowski M a spol. Casino gambling increases heart rate and salivary cortisol in regular gamblers. *Biol Psychiatry.* 2000;

Souhrn a závěr

Potenza a spol. (2002) zjistili, že patologičtí hráči obvykle přicházejí za praktickým lékařem nebo psychiatrem pro onemocnění související s hazardním hraním. O svém hazardním hraní ale lékaře většinou neinformují. Důvodem může být stud, navíc si mnozí z nich souvislost mezi svými nemocemi a hazardem neuvědomují. Často se jedná o duševní poruchy, nespavost, nejrůznější bolestivé obtíže, ale i např. kardiovaskulární onemocnění nebo onemocnění pohybového systému. Z tohoto důvodu by měli lékaři klinických oborů pamatovat na možné problémy s hazardem. Měli by také provádět krátkou intervenci (Nešpor, 2011). Jednoduchý svěpomocný návod pro patologické hráče je volně k dispozici na adrese www.drnespor.eu.

48(9):948–53.

Moreau A, Chabrol H, Chauchard E. Psychopathology of Online Poker Players: Review of Literature. *J Behav Addict.* 2016; 5(2):155–68.

Nešpor K. Jak překonat hazard. Praha: Portál 2011; 160.

Parke A1, Griffiths M, Pattinson J, Keatley D. Age–related physical and psychological vulnerability as pathways to problem gambling in older adults. *J Behav Addict.* 2018; 7(1):137–145.

Pavarin RM, Fioritti A, Marani S a spol. Who Are the Subjects with Gambling–Related Problems Requiring Treatment? A Study in Northern Italy. *J Clin Med.* 2018; 7(4).

Peters EN, Nordeck C, Zanetti G. a spol. Relationship of gambling with tobacco, alcohol, and illicit drug use among adolescents in the USA: Review of the literature 2000–2014. *Am J Addict.* 2015; 24(3):206–16.

Potenza MN, Fiellin DA, Heninger GR a spol. Gambling: an addictive behavior with health and primary care implications. *J Gen Intern Med.* 2002; 17(9):721–32.

Ronzitti S, Soldini E, Smith N a spol. Current suicidal ideation in treatment–seeking individuals in the United Kingdom with gambling problems. *Addict Behav.* 2017; 74:33–40.

Shaffer HJ, Vander Bilt J, Hall MN. Gambling, drinking, smoking and other health risk activities among casino employees. *Am J Ind Med.* 1999; 36(3):365–78.

Wemm SE, Wulfert E. Effects of Acute Stress on Decision Making. *Appl Psychophysiol Biofeedback.* 2017; 42(1):1–12.

Léčba nespavosti u starších dospělých: Jaké máme možnosti?

V posledních dekáдах stoupá výskyt insomnie. U starších pacientů, kterých se nespavost obvykle týká, je třeba dbát při výběru vhodné léčby zvýšené opatrnosti. Jaké možnosti léčby nespavosti u pacientů ve vyšších věkových kategoriích současná medicína přináší?

Insomnie – onemocnění starších dospělých

Insomnie je neschopnost navodit či udržet spánek. Chronickou nespavostí trpí minimálně třetina populace. Incidence stoupá s narůstajícím věkem. Hlavní zlom nastává ve středním věku, další nárůst přichází po 60. roce života. Až polovina populace starší 65 let udává stesky na nespavost. V posledních několika letech byl popsán přibližně 10% vzestup nespavosti. To souvisí jednak se zvyšujícím se věkem populace, na vině je však i nepravidelný režim spánku a bdění a zrychlující se životní tempo.

Kognitivně-behaviorální terapie a spánková hygiena

Nefarmakologická léčba by měla být při léčbě nespavosti první volbou. Zaměřuje se zejména na zpevnění spánkové hygieny. Důležitá je pravidelná doba spánku a bdění s pravidelným časem ulehnutí ke spánku. Vhodná je eliminace látek narušujících spánek (kofein, alkohol, kouření). Pomoci může i pravidelné ranní nebo dopolední cvičení a zajištění vhodného komfortu ložnice (nízká teplota v místnosti, vhodné lůžko).

Komplexní kognitivně-behaviorální terapie (KBT) je jednou z nejefektivnějších metod léčby primárních insomnií. Při léčbě pomocí nekombinované kognitivně-behaviorální terapie dochází ke zlepšení u 60–70 % pacientů, přičemž efekt bývá dlouhodobý, zpravidla delší než 1 rok. Mezi metody KBT patří například edukace, sestavení (zmapování) bludného kruhu nespavosti, práce s myšlenkami a tělesnými projevy úzkosti nebo spánková restrikce.

Farmakoterapie Benzodiazepiny

Benzodiazepiny patří mezi nejdéle známé léky užívané v terapii nespavosti. Prodlužují celkovou dobu spánku, urychlují usínání a snižují počet nočních probuzení. Hlavním problémem benzodiazepinových hypnotik je riziko vzniku závislosti již při terapeutických dávkách. Dále mohou narušovat kognitivní funkce včetně pamě-

ti. Proto je lepší se jejich podávání u starších pacientů vyhnout, případně upřednostnit co nejmenší dávku na co nejkratší dobu. Vysazení by mělo být postupné.

Nebenzodiazepinová hypnotika

Nebenzodiazepinová hypnotika (zolpidem, zopiklon) působí specificky pouze na centrální benzodiazepinové receptory. Zkracují usínání, snižují počet a délku nočních probouzení a prodlužují celkovou délku spánku. Pro rychlý nástup účinku je vhodné je užít až po ulehnutí ke spánku a hodí se zejména pro léčbu problémů s usínáním. Riziko vzniku závislosti je nižší než u benzodiazepinů. Nežádoucí účinky se u zolpidemu odvíjejí od dávkování. V dávce 5 mg denně je zolpidem staršími pacienty obecně dobře snášen.

Melatonin

Melatonin má dva podstatné vlivy na spánek: nepřímý vliv přes posilování cirkadiálních rytmů a přímý hypnotický účinek. Doplnění melatoninu může zlepšovat kvalitu spánku u pacientů s primární insomnií, zejména ve věku nad 55 let.

Jiné léky

Antidepresiva se sedativním efektem by měla být využívána pouze u pacientů trpících současně depresí. Antipsychotika, pramipexol a tiagabin nebyly testovány u populace starších dospělých. Gabapentin je možné využít u pacientů s přidruženým syndromem neklidných nohou nebo chronickou neuropatickou bolestí. U starších pacientů je třeba se vyvarovat difenhydraminu.

Závěr

Základem léčby insomnie je důkladná diagnostika a léčba příčiny. Je nutné si uvědomit, jaký typ nespavosti chceme ovlivnit, a rovněž zohlednit věk pacienta. Farmakoterapie by měla následovat až po vyčerpání nefarmakologických možností.

Zdroj:

<https://www.prolekare.cz/tema/geriatricky-pacient/detail/lecba-nespavosti-u-starsich-dospelych-jake-mame-moznosti-108146>

Diagnostika a načasování léčby hypotyreózy ve stáří

Ve věku nad 65 let přirozeně stoupá sérová hladina tyreotropního hormonu (TSH). Relativně často se ve starším věku vyskytuje také snížená funkce štítné žlázy – hypotyreóza. Ovšem rozlišení nemoci od přirozených změn souvisejících s věkem není snadné.

Subklinická hypotyreóza

Hypotyreóza je charakterizována snížením sérové hladiny volných hormonů štítné žlázy, trijodthyroninu (fT3) a thyroxinu (fT4), současně je zvýšená hladina tyreotropního hormonu adenohypofýzy (TSH). Subklinická hypotyreóza se vyznačuje elevací TSH při normální hladině hormonů štítné žlázy v séru.

Příčiny hypotyreózy ve stáří

Autoimunitní (Hashimotova) tyreoiditida je nejčastější příčinou snížení funkce štítné žlázy. Až v 90 % případů subklinické hypotyreózy lze identifikovat protilátky proti tyreoglobulinu (TgAb) a proti tyreoidální peroxidáze (TPOAb). Především hladina TPOAb je senzitivním ukazatelem autoimunity. Elevace TPOAb naznačuje pravděpodobnou budoucí progresi od subklinické hypotyreózy ke klinicky vyjádřeným příznakům.

Další častá příčina hypotyreózy ve stáří je iatrogenní, ke snížení funkce štítné žlázy totiž mohou přispět některé léky:

- amiodaron
- betablokátory
- interferon α , interleukin 2
- inhibitory tyrosinkináz
- lithium
- tyreostatika (thiamazol, propylthiouracil)

Změny na ose hypothalamus – hypofýza – štítná žláza

S přibývajícím věkem vážne absorpce jódu, jeho vychytávání a organifikace. Snižuje se citlivost tyreocytů vůči TSH. Klesá produkce hormonů štítné žlázy i jejich bioaktivita. Vytrácí se přirozený noční vzestup hladin hormonů.

Několik populačních studií ukazuje posun k vyšším hodnotám TSH ve stáří. 14 % osob starších 85 let má hladinu TSH > 4,5 mIU/l. Ve věku nad 80 let je horní limit 95% intervalu spolehlivosti posunut k 6 mIU/l, u osob starších 90 let dosahuje až 8 mIU/l.

Dopady subklinické hypotyreózy

- Metabolický syndrom, srdeční selhání, ischemická choroba srdeční, fibrilace síní. Tyto konsekvence jsou zpravidla dobře prokázány u mladších osob, méně u seniorů. Kardiovaskulární riziko je spojováno s hladinou TSH v séru > 10 mIU/l.
- Zhoršení kognitivních funkcí, eventuálně výskyt demence jsou zaznamenány rovněž spíše v mladších věkových skupinách a při vysokých hodnotách TSH. Přestože je dobře známa role hormonů štítné žlázy ve vývoji struktury a funkcí mozku, u osob ve věku nad 60 let není souvislost subklinické hypotyreózy s narušením kognitivních funkcí spolehlivě prokázána. Nicméně klinické studie limituje právě skutečnost, že hranice subklinické hypotyreózy nemusí ve starším věku odpovídat obecně přijímanému limitu.

Kdy léčit subklinickou hypotyreózu

- Přirozený vzestup TSH ani v osmém či devátém dekádu typicky nepřesahuje 8 mIU/l. Akceptovatelná je proto obecně přijímaná indikace léčby při sérové hladině TSH > 10 mIU/l.
- Elevace TSH by měla být potvrzena alespoň jedním dalším vyšetřením s odstupem 3–6 měsíců.
- **TSH > 10 mIU/l:** U všech pacientů ve věku 65–75 let a v uspokojivém zdravotním stavu je vhodné zahájit léčbu. Ve věku nad 75 let je možno zahájit léčbu nebo monitorovat další vývoj TSH v čase. U polymorbidních seniorů nemusí očekávaný přínos léčby vyvážit možné nežádoucí účinky, proto je spíše doporučena observace.
- **TSH 6–10 mIU/l:** Je vhodné zvážit léčbu u pacientů s vyšším rizikem progresu, tzn. u žen a při vysokých hodnotách autoprotilátek. Alternativně je možno sledovat dynamiku TSH a indikovat medikaci až při jeho vzestupu nad 10 mIU/l. U polymorbidních nemocných se doporučuje zvláště opatrná terapie jen v případě progresu hladiny TSH, při pozitivitě autoprotilátek, popřípadě při vyjádřených známkách hypotyreózy.
- **TSH 4,5–6,0 mIU/l:** Tyto hodnoty jsou indikací k dalšímu sledování. U jinak zdravých pacientů ve věku do 75 let je možno uvažovat o zahájení léčby opět při přítomnosti symptomů hypotyreózy a pozitivitě autoprotilátek.

Medikace při hypotyreóze

Terapie spočívá v substituční léčbě, a to zdaleka nejčastěji levothyroxinem, který patří celosvětově mezi 10 nejpředepisovanějších účinných látek. Dávkování má začínat na 0,4–0,5 $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{den}$, se zvyšováním o 10–15 %

s odstupy 6–8 týdnů do dosažení cílové hodnoty TSH kolem 2,5–3,5 mIU/l. Zejména u nejstarších nemocných je nezbytné další monitorování i v průběhu terapie.

Podávání levothyroxinu 1× denně do značné míry eliminuje riziko non-compliance. Nicméně absorpce levothyroxinu z jejunu a ilea může být ovlivněna stravou, léky, infekcí *Helicobacter pylori* či intolerancí laktózy. Tyto skutečnosti je třeba vzít v úvahu, není-li dosaženo efektu i při dostatečné dávce levothyroxinu.

Závěr

Při rozhodování o zahájení léčby subklinické hypotyreózy v seniorském věku je nutno přihlídnout ke komorbiditám a k další chronické medikaci. Rozhodnutí by mělo být přísně individualizované. Časnější indikace je vhodná u pacientů s kardiovaskulárními riziky nebo u osob vykazujících některé symptomy hypotyreózy.

Zdroj:

<https://www.prolekare.cz/tema/poruchy-stitne-zlazy/detail/diagnostika-a-nacasovani-lecby-hypotyreozy-ve-stari-107249>

50 % pacientů nedodrží optimální léčbu astmatu

Teoreticky je léčba astmatu bronchiale v České republice na velmi vysoké úrovni. Z mezinárodních srovnávacích studií totiž vyplývá, že zatímco v evropských státech a v Kanadě v průměru užívá preventivní protizánětlivou léčbu tohoto onemocnění 52 % pacientů, u nás jde o 91 – 94 % nemocných. Jde o vynikající výsledek, protože základem moderního pojetí terapie astmatu by měla být právě dennodenní inhalace protizánětlivých léků. Ty mají udržet nemoc pod kontrolou, zabránit exacerbacím a umožnit pacientům plnohodnotný život. Naopak tzv. úlevové léky určené k rozšíření průdušek by měly být spotřebovány co nejméně a pouze v případech akutního zhoršení nemoci.

Jenže paradoxně navzdory vysoké spotřebě preventivních farmak, 50 % českých astmatiků každodenně užívá i úlevovou léčbu. Lékaři jsou přesvědčeni, že je to kvůli tzv. non-compliance, kdy pacienti neužívají léky podle doporučení lékaře. To může být dáno několika důvody. Léčba astmatu je dlouhodobá a každodenní, podobně jako u ostatních chronických nemocí. Jakmile zabere, pacient je bez příznaků, a tedy i potřeby farmaka užívat. Navíc jak uvedl MUDr. Tomáš Kočí, alergolog a imunolog z České Lípy, 72 % rodičů astmatiků není dostatečně edukováno, které léky jsou které. „Je potřeba pacientům vysvětlit, co jim hrozí, pokud nebudou preventivní léky dlouhodobě užívat. Teprve když získáme jejich důvěru, máme velkou šanci, že budou dodržovat naše doporučení,“ uvedl.

Až 150 zbytečných úmrtí ročně

Mezi non-adherentní pacienty dlouho patřila i vrcholová plavkyně dvaatřicetiletá Petra Weber (Chocová), dvojnásobná mistryně Evropy a mnohonásobná česká

rekordmanka.

Zhruba v 19 letech, kdy začala dvoufázově trénovat, začala mít výrazné problémy s dechem.

„Připadalo mi, že mám knedlík v krku, nemohla jsem se pořádně nadechnout, začala jsem sýpat,“ vzpomíná pacientka. Alergolog jí diagnostikoval astma a předepsal léčbu, plavkyně se však omezila především jen na úlevové léky v akutních případech. Její zdravotní stav se proto téměř nelepšil. Svůj přístup změnila až na základě podrobného vysvětlení nemoci od MUDr. Kočího. „Teď se mi daří mnohem lépe, protože jsme s panem doktorem zahájili léčbu, kterou se snažím dodržovat,“ uvedla vrcholová plavkyně.

Jak doplňuje doc. MUDr. Milan Teř z Plicní kliniky FN Plzeň, v České republice vlivem popsané non-adherence ročně umře v důsledku astmatu 100 až 150 lidí, což je naprosto zbytečně vzhledem k relativně snadné léčitelnosti onemocnění.

Astma je chronické onemocnění, primární příčinou obtíží s dechem jsou zánětlivé a strukturální změny dýchacích cest. V České republice se s nemocí potýká zhruba 8 % dospělé populace, přibližně 800 000 osob. U dětí je choroba ještě častější, týká se přibližně 10 – 12 % z nich, tedy okolo 200 000. Asi u poloviny dětí a přibližně u 20 % dospělých nemoc spontánně odezní.

Zdroj:

<http://terapie.digital/terapie/medicina/50-pacientu-nedodrzuje-optimalni-lecby-astmatu.html>

Radost ze snahy o dobro

K životnímu jubileu – 75. narozeninám našeho kolegy, praktického lékaře MUDr. Mgr. Josefa Kořenka, CSc., vydalo nakladatelství Sursum v loňském roce knihu *Radost ze snahy o dobro*. První, co mě při listování knihou napadlo, bylo: „To je vskutku důstojný narozeninový dárek“ a „Nikdy bych nedokázala vedle práce v ordinaci vytvořit tolik a tak různorodého navíc.“ MUDr. Josef Kořenek dokázal souběžně s každodenním ordinováním napsat a vydat osm básnických sbírek, neboť, jak se vyznává: „...poezie křísí krásu slova“. Básnické sbírky *Hloubení, Situace, Pohledy, Na cestě, Duhové kódy, Rozpůlený hurikán, Stabilní kolotoč* a *Červené palmy* jsou, včetně erudovaných doslovů a něžných ilustrací, součástí jubilejní knižky.

Jaké jsou básně Josefa Kořenka? S nemnoha rýmy, zato však s ohňostrojem emocí. Emocí provázejících život a práci lékaře, zvědavého obdivovatele medicíny, etika, otce, manžela, především však citlivého pozorovatele lidského snažení. Snažení vítězíciho i prohrávajícího. Pozorovatele, jenž „...chce rukama obejmout“ a „srdcem milovat“. Lékaře, jenž předepisuje k vyzvednutí v „...lékárně U Dobrého slova...“ recept na „...zastavit se, rozhlédnout se, pohladit...“. Člověka, jenž ví, že „...molekuly radosti nás nestačí uživit...“ a jenž se setkává i s tím, že „...můžeš být čistý, ušpiní tě celé, můžeš být vzdělaný, jsi pro ně hlupák, můžeš být lidský, jsi slabochem...“. I proto bývá občas „...přiotráven zklamáním...“, stále však žasne „...nad možnostmi lidského slova...“, nechce ovšem, aby „...v přílivu slov nepozorovaně unikl odliv citů...“. U mnoha básní člověk se životní zkušeností podobnou té Kořenkově prožívá dominantní emoci dne, v němž báseň vznikla. Dokáže tuto emoci přiřadit k pravděpodobné události toho dne. Události v ordinaci, doma či při blíže neurčené společenské akci. Jsou to básně, v nichž je dobré číst si po těžkém dni.

Součástí recenzované knihy je též stručný životopis autora, výběr a ukázky z ohlasů na jeho poezii, rozsáhlá stať *Potenciál lékařských stavovských ctností v moderní*

medicině, soupis odborných publikací a mnohé další písemnosti.

Za lékařské stavovské ctnosti, „civilně“, bych řekla, žádoucí vlastnosti, pokládá Kořenek: lásku k nemocnému, odpovědnost, pokoru, trpělivost, obětavost, vlídnost, sociální citění, nezištnost, velkorysost, taktnost, ohleduplnost, diskrétnost, poctivost, spolehlivost, ochotu, optimismus, sebeovládání, tvořivost, soustředěnost, otužilost, disciplinovanost a moudrost. Každou z těchto vlastností autor stručně definuje a vysvětluje, jak zkvalitňuje práci lékaře a jak přispívá ke konání dobra. MUDr. Kořenek zdůrazňuje, že člověk, jenž má k tomu předpoklady, si může učením a tréninkem lékařské ctnosti vypěstovat natolik, že se stanou jeho „druhou přirozeností“. Toto optimistické přesvědčení je podloženo současnými znalostmi o vysoké plasticitě mozkové kůry.

Soupis odborných publikací MUDr. Kořenka je obdivuhodný. Obsahuje 308 položek. Je mezi nimi i monografie – vysokoškolská učebnice *Lékařská etika* vydaná v roce 2002 a ve druhém doplněném vydání v roce 2004, vysokoškolská skripta, původní vědecké práce, mnoho kazuistik, přehledové články a množství populárně-vědeckých a zdravotně-výchovných publikací.

Recenzovaná kniha představuje lékaře, jenž chce trvale co nejlépe léčit své pacienty, lékaře toužícího po co nejhlubším poznání moderní medicíny, lékaře nesmírně tvořivého a pracovitého. Ukazuje také, že praxe všeobecného praktického lékaře může přinášet osobní uspokojení a je podnětná i pro činnost vědeckou, publikační a pro uměleckou tvorbu.

Recenzi zpracovala:
MUDr. Jozefa Kuntscherová
Lhotecká 485
Kamenice nad Lipou

Aktuální informace o evropském a českém systému pro ověřování pravosti léčiv

Evropský systém pro ověřování pravosti léčiv je komplexní a velmi složitý projekt, jehož implementace do denní praxe držitelů registračních rozhodnutí (výrobců), distributorů a lékáren (koncových uživatelů) je nesmírně náročná. První týdny prokázaly, že systém je funkční, ale je nutné dořešit dílčí drobné problémy, které souvisejí s odlišností používaných systémů IT na národní i evropské úrovni. Celou situaci sleduje a koordinuje Evropská organizace pro ověřování pravosti léčiv (EMVO), která za účelem poskytnutí informací ohledně fungování a zjištěných problémů celoevropského systému vytvořila speciální informační platformu (EVI, European Medicines Verification System Information).

V současné době jde naprostá většina neúspěšných ověření v ČR na vrub technické chyby – nesprávného uložení dat (Unikátního identifikátoru a dalších nezbytných údajů) do systému, technického řešení systémů Arvato v případě multimarket balení nebo jejich nepřesnému načtení v důsledku chybně nastaveného čtečícího zařízení. Většina lékáren ověřuje léky úspěšně. Počet alertů záleží i na systému software a jeho nastavení IT dodavatelem. Počet alertů v čase klesá s tím, jak se odstraňují dílčí problémy, které jsou spíše komunikačního charakteru nebo jde o upravení nastavení systémů různých dodavatelů.

Aby pro doladování systému nebylo ohroženo zdraví pacientů, bylo stanoveno přechodné období (stabilizační, „soft launch of alerts“) do 1. 1. 2020, kdy smí lékárník (koncový uživatel) vydat léčivý přípravek i v případě, že se v systému lék nepodařilo ověřit. NOOL nemá informaci o tom, že by nedošlo k vydání léku koncovému uživateli.

Se spuštěním projektu NOOL registruje chybová hlášení (alerty) a jednotliví držitelé registračního rozhodnutí se již alerty intenzivně zabývají spolu s centrem správy alertů NOOL. Zároveň jsou všechny typy problémů a skupiny alertů řešeny v rámci celé Evropy (koordinuje EMVO) a systémové příčiny analyzují týmy dodavatelů jednotlivých systémů, kteří spolupracují na odstranění příčin. Věříme, že během několika měsíců klesne počet alertů na minimum.

Mezi nejčastější příčiny alertů, na které NOOL upozorňuje, patří: záměna písmen „Y“ a „Z“ nebo malých a velkých písmen. K chybovému hlášení často dojde v průběhu skenování zboží z důvodu chybně nastaveného snímače 2D kódů. Před zahájením skenování je nutné ověřit správné nastavení např. načtením mimo systém (word, wordpad, note, apod.). Tím lze zabránit zbytečné tvorbě alertních situací. Podrobnější informace týkající se správného nastavení systémů a čteček komunikuje NOOL přímo se zástupci IT SW firem. Aktuální informace na www.czmvo.cz

Doporučení Ministra zdravotnictví

Z otevřeného dopisu ministra zdravotnictví Mgr. et Mgr. Adama Vojtěch, MHA citujeme:

„Pokud se nepodaří provést ověření pravosti jedinečného identifikátoru v systému úložišť, může být důvodem buď: skutečnost, že 2D kód není ochranným prvkem podle nařízení EU, neboť systém úložišť vůbec nenalezne v 2D kódu jedinečný identifikátor, resp. zakódovaná data nebudou ve formátu naznačujícím, že by vůbec mělo jít o jedinečný identifikátor. V takovém případě může lékárník, je-li v dobré víře ohledně pravosti léčivého přípravku, vydat takový léčivý přípravek stejně tak, jako by jej vydával před 9. 2. 2019,

nebo skutečnost, že 2D kód sice je ochranným prvkem podle nařízení EU, avšak jedinečný identifikátor, resp. datová sada, která má povahu jedinečného identifikátoru není nahaná v systému úložišť nebo není nahaná zcela bezchybně, systém úložišť nedokázal ověřit pravost takového léčivého přípravku, přičemž vygeneroval alert, který se automaticky odeslal správci datového úložiště (Národní organizaci pro ověřování pravosti léčiv), který zajistí vyšetření alertu ve spolupráci s držitelem rozhodnutí o registraci. V takovém případě by lékárník měl odeslat alert také Státnímu ústavu pro kontrolu léčiv (za účelem toho, aby SÚKL mohl účinně dohlédnout na nápravu a zejména vymáhal po výrobci daného léku bezodkladné přijetí příslušných opatření); to však není nutné v situaci, kdy dochází k systémové chybě zasahující celou šarži léčivého přípravku a je tedy zjevné, že opakovaný pokus o ověření jiných balení téže šarže ve stejném dni nepřinese úspěch.

Nicméně je-li lékárník v dobré víře ohledně pravosti léčivého přípravku, může jej vydat stejně tak, jako by jej vydával před 9. 2. 2019. Jak je patrné z výše uvedeného rozboru nejčastějších, v úvahu přicházejících situací, je-li lékárník v dobré víře, že u vydávaných léků nemá pochyby o jejich pravosti zejména odebral-li jej od stálých a prověřených partnerů–distributorů, měly by úkony lékárníka i po 9. únoru 2019 směřovat k výdeji léčivého přípravku pacientovi.

Analogicky i u distributorů by primárním cílem mělo být dodání léčiv lékárnám, a to i pokud na vstupu nebude distributor schopen při namátkové kontrole ověřit pravost jedinečného identifikátoru z důvodu chyby dotýkající se celé šarže. Opačný přístup by totiž mohl v krajním případě vést k sekundární nedostupnosti léčiv na českém trhu. Pokud distributoři odebírají od stále stejných dodavatelů prověřených v souladu s dosavadními právními předpisy a mohou v dobré víře počítat s tím, že nedošlo k přerušení legitimního dodavatelského řetězce, lze očekávat, že případná neschopnost ověření pravosti léčiv je způsobena čistě technickými příčinami.“

Za NOOL Mgr. Jakub Dvořáček, MHA

MUDr. Marta Šimůnková, konzultantka NOOL
marta.simunkova@czmvo.cz
 +420 602 226 726

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

ZNALOSTNÍ TEST JE HODNOCEN 2 KREDITY ČLK

- V určení stupně postižení syndromu karpálního kanálu na lehký, středně těžký a těžký je zásadním:**
 - šíře n. medianus při UZ zobrazení (B-mód) v oblasti karpu
 - MR neurografie n. medianus s verifikací tíže edému či průkazem demyelinizačních změn
 - kondukční studie motorického a senzitivního vedení n. medianus a ulnaris v rámci EMG vyšetření
- Mezi symptomatiku pokročilého syndromu karpálního kanálu nepatří:**
 - tzv. syndrom labutí šije s parézou extenzorů zápěstí a prstů ruky
 - hypotrofie svalstva thenaru
 - hypestezie volárních ploch IV.-V. prstu a malíkové hrany ruky
- Mezi výhody endoskopického řešení syndromu karpálního kanálu oproti klasické operační technice patří:**
 - lepší přehlednost operačního pole
 - kratší doba rekonvalescence
 - nižší výskyt tzv. pilířových bolestí
- Nejčastější etiologií akutní renální insuficience je onemocnění:**
 - prerenální
 - renální
 - postrenální
- Pacienti s CKD 3. a vyššího stupně by měli mít příjem bílkovin:**
 - 0,6–0,8 g/kg/den
 - 1,5 g/kg/den
 - 0,3 g/kg/den
- Kde a které organizace otevřely Ordinace praktického lékaře pro bezdomovce?**
 - Naděje v Praze
 - Charita v Olomouci
 - Armáda spásy v Ostravě
- Lékařský posudek o zdravotní způsobilosti držitele nebo žadatele skupiny D vystavuje:**
 - lékař vykonávající pracovní lékařskou péči
 - vystavují všichni praktičtí lékaři
 - vystavují psychiatři a lékaři posudkové služby
- Jak se doporučuje počítat střední hodnotu srdeční frekvence (tedy 70 % maximální srdeční frekvence) ve vyšším věku?**
 - 220 – věk
 - 208 – (0,7 x věk)
 - (208 – (0,7 x věk)) x 0,7
- V jakém věku je vhodné provozovat pravidelnou fyzickou aktivitu, aby měla pozitivní vliv na kognitivní funkce ve stáří?**
 - do 30 let
 - 30 – 50 let
 - nad 50 let
- 80 letá pacientka poslána z hygienické stanice pro údajný kontakt se spalničkami. Výsledek odběru je: IgM +, IgG +++. Výsledek svědčí pro:**
 - v minulosti prodělala onemocnění
 - možná zkřížená reakce
 - počínající onemocnění spalničkami

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. 03/2019

Jméno a příjmení _____

Adresa pracoviště _____

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

Zakroužkujte 1–3
správné odpovědi:

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

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



Devět skal

24.–26. května 2019

Víkendový vzdělávací seminář

Kontakt:

TARGET–MD, Na Štáhlavce 7, 160 00 Praha 6, tel.: 777 871 024, e-mail: sekretariat@target-md.com

www.vvs2019.cz