



PRACTICUS

pro praktické lékaře zdarma • č.2/2023 • ročník 22



TÉMA:

Prevence infekce HIV v ordinaci všeobecného praktického lékaře



SVL ČLS JEP

Vzdělávací semináře

v březnu 2023

Hlavní témata

Alergie v ordinaci PL.

Léčba pacientů s depresemi.

den	datum	čas	město a místo konání
středa	1. 3.	16.30–20.30	Hotel „U Šimla“, Závodní 19/1, 360 01 Karlovy Vary
čtvrtek	2. 3.	16.00–20.00	Krajská nemocnice Liberec, přednáškový sál, Husova 10, Liberec
pondělí	6. 3.	16.30–20.30	Aula SZŠ, Příluky 372, 760 01 Zlín
středa	8. 3.	16.00–20.00	Šafránkův pavilon, alej Svobody č. 31, 300 00 Plzeň
středa	8. 3.	16.00–20.00	Penzion Šenk, Chrudimská 1315, 530 02 Pardubice
středa	8. 3.	16.00–20.00	Lék.dům, Sokolská 31 120 26 Praha 2
sobota	11. 3.	9.00–13.00	Kancelář veřejného ochránce práv, Údolní 39, 602 00 Brno
sobota	11. 3.	9.00–13.00	Teoretické ústavy LF UP Olomouc, Hněvotínská 3, 775 15 Olomouc
čtvrtek	16. 3.	16.00–20.00	Clarion Congres Hotel, Špitálské náměstí 3517, 400 01 Ústí nad Labem
čtvrtek	16. 3.	16.00–20.00	Lék.dům, Sokolská 31 120 26 Praha 2
úterý	21. 3.	16.00–20.00	Hotel Imperial, Tyršova č. 6, Ostrava
středa	22. 3.	17.00–21.00	Dělnický dům, Žižkova 1696/15, 586 01 Jihlava
středa	22. 3.	16.00–20.00	Clarion Congress Hotel, Pražská třída 2306/14, České Budějovice
čtvrtek	30. 3.	16.00–20.00	Kongresové centrum ALDIS, Eliščíno nábřeží 375, Hradec Králové

Pozvánky na semináře budou rozesílány e-mailem.

OBSAH

PRACTICUS

odborný časopis SVL ČLS JEP
2/2023, ročník 22

INFO SVL

04 EDITORIAL

INFO SVL

05 SPECIALIZAČNÍ PŘÍPRAVA V OBORU VŠEOBECNÉ PRAKTICKÉ LÉKAŘSTVÍ

MUDr. Ludmila Bezdíčková, MUDr. Jáchym Bednář, MUDr. Jaroslava Urbančíková

ODBORNÝ ČLÁNEK

11 PREVENCE INFEKCE HIV V ORDINACI VŠEOBECNÉHO PRAKTICKÉHO LÉKAŘE

MUDr. Veronika Mičulková, Ph.D., MUDr. Ivo Procházka, CSc.

14 MYELOYDYSPLASTICKÝ SYNDROM: PATOGENEZE, DIAGNOSTIKA, PROGNÓZA

prof. MUDr. Jaroslav Čermák, CSc.

18 PACIENT S EPILEPSIÍ U PRAKTICKÉHO LÉKAŘE II. ČÁST

MUDr. Jana Amlerová, MUDr. Jana Zárubová

21 PERINATÁLNÍ DUŠEVNÍ ZDRAVÍ II

MUDr. Jana Krzyžánková

24 OD JAKÉHO VĚKU POVOLIT POŽÍVÁNÍ ALKOHOLU

MUDr. Karel Nešpor, CSc., PhDr. Ladislav Csémy

KAZUISTIKY

26 DVĚ KAZUISTIKY SE STEJNÝM ZAČÁTKEM A ODLIŠNÝM KONCEM: DOPAD NEKONTROLOVANÉ HYPERTENZE NA CÍLOVÉ ORGÁNY, ANEBO CESTA HYPERTONIKA K NESOBĚSTAČNOSTI

MUDr. Eva Kociánová, Ph.D.

AKTUALITY

30 NEDOSTATEK HOŘČÍKU SE PROJEVUJE U STÁLE VÍCE LIDÍ

31 DOPLŇKY STRAVY U ONKOLOGICKÝCH PACIENTŮ: CO MÁ SMYSL DOPORUČIT A PŘED ČÍM VAROVAT?

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 Konšťacký, CSc.
konstackys@seznam.cz

Zástupci šéfredaktora:

MUDr. Dana Moravčíková
dana.moravcikova@medicina.cz

MUDr. Jana Vojtíšková
janav.doktor@volny.cz

Manažerka časopisu:

Hana Čížková
practicus.svl@cls.cz

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

Spolupracovnice časopisu:

Andrea Vrbová, Barbora Kyselová

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

Pro praktické lékaře v ČR zdarma.

Roční předplatné pro ostatní zájemce **800 Kč.** • • • Přihlášky přijímá redakce.

Toto číslo bylo dáno do tisku 21. 2. 2023 MK ČR E13477, ISSN 1213-8711.

Vydavatel a redakční rada upozorňují, že za obsah a jazykové zpracování inzerátů a reklam odpovídá výhradně inzerent. Redakce neodpovídá za správnost údajů uvedených autory v odborných člancích. Texty neprochází jazykovými korekturami. Přetisk a jakékoliv šíření je povoleno pouze se souhlasem vydavatele. © SVL ČLS JEP, 2023

EDITORIAL



MUDr. Stanislav Konšťacký, CSc.
Šéfredaktor časopisu Practicus

Vážené kolegyně, vážení kolegové,
po měsíci opět přinášíme do vašich ordinací nové číslo Practicusu.

Dříve než se pustím do komentáře k jednotlivým článkům, dovoluji mi, abych oznámil výsledky voleb do Předsednictva České lékařské společnosti J. E. Purkyně. Jako předseda byl opět zvolen prof. MUDr. Štěpán Svačina, DrSc., a naši společnost bude v tomto vrcholném orgánu zastupovat MUDr. Otto Herber. Oběma srdečně blahopřejeme.

V aktuálním čísle časopisu bych rád upozornil na článek dr. Bezdíčkové a kolektivu týkající se širokých informací ohledně vzdělávání, atestací, rezidenčních míst a akreditací. V článku jsou uvedeny veškeré odkazy na webové stránky, které danou problematiku objasňují v celé šíři. Je určen pro všechny z vás, ale zejména pro ty, kteří jsou ochotni školit a vychovávat další generaci budoucích praktických lékařů.

Po předchozím boomu let konce minulého a začátku tohoto tisíciletí se přestalo hovořit o HIV, jako by z populace zmizel. V současné době se

výrazně zlepšuje prognóza a kvalita života, díky dostupné preventivní, ale především kurativní léčbě, jak nás informuje článek dr. Mičulkové a dr. Procházky z České společnosti AIDS, z. s.

Myelodysplastický syndrom, patogeneze, diagnostika a prognóza jsou náplní sdělení profesora Čermáka. I když se jedná o onemocnění s nižším výskytem, vzhledem ke stárnutí populace je dobré na ně myslet, protože u starších pacientů se výskyt MDS zvyšuje.

Jak přistupovat k pacientům s epilepsií, nám již na pokračování doporučují dr. Almerová a dr. Zárubová, a i přesto, že o pacienty s epilepsií se starají neurologové a epileptologové, v terénu je nutností zvládnout záchrannou medikaci, která zabrání rozvoji status epilepticus, poranění pacienta, případně nutnosti transportu do zdravotnického zařízení: a s tím se můžeme rovněž setkat.

I když v našich ordinacích se nesetkáváme s právě narozenými dětmi, informace Jany Křižánkové o perinatálním duševním zdraví může být užitečná.

Hypertenze je náš každodenní chleba: jak to může dopadnout ve dvou odlišných kazuistikách, se dozvíme ve stati dr. Kociánové, která hovoří rovněž o tom, které faktory je třeba kontrolovat, aby nedošlo k poškození pacienta.

Jak vidíte, naše dvojka je opět plná informací, snad některá z nich zaujme i vás, a to vám přeji.

Specializační příprava v oboru všeobecné praktické lékařství



MUDr. Ludmila Bezdíčková

MUDr. Jáchym Bednář, MUDr. Jaroslava Urbančíková

Katedra všeobecného praktického lékařství, IPVZ

V důsledku demografických změn čeká české zdravotnictví a specificky obor všeobecné praktické lékařství v následujícím desetiletí nelehký úkol – pokusit se zvrátit trend poklesu počtu praktických lékařů na počet obyvatel zejména ve venkovských praxích a realizovat generační obměnu. Ministerstvo zdravotnictví ČR za tímto účelem v roce 2023 vyslyšelo naše prosby a bylo vypsané celkem 150 rezidenčních míst (RM) určených k zajištění dotace na celý vzdělávací program pro specializační přípravu všeobecných praktických lékařů v akreditovaných ordinacích školitelů (viz <https://www.mapaskolitelu.cz/>). Současně byla navýšena i celková výše dotace. Podrobný postup, jak žádat o dotaci, naleznou školitelé zde: <https://www.svl.cz/zpravy/informace-pro-lekare-keri-budou-zadat-v-roce-2023-o-dotaci-na-celou-dobu-spec-vzdelavani-oboru-vpl-1.html>. Celá metodika pro žadatele o dotaci je k dispozici zde: <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2022/12/Methodika-RM-2023-Program-c-2-cele-spec-vzdelavani.pdf>.

Cílem specializačního vzdělávání je připravit budoucího všeobecného praktického lékaře, aby dokázal samostatně řešit problémy a situace, před které bude při práci s pacienty postaven. Článek shrnuje požadavky Katedry všeobecného praktického lékařství (KVL) Institutu postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví (IPVZ), které je třeba splnit před specializační atestací v oboru všeobecné praktické lékařství (VPL) z pohledu školení i školitele a aktuální podmínky a možnosti specializačního vzdělávání.

Specializační vzdělávání v oboru VPL probíhá v současné době v souladu se zákonem č. 95/2004 Sb. v platném znění (zákon č. 67/2017 Sb.) a v souladu s prováděcími vyhláškami (Věstník MZ částka 3/2018, vyhláška č. 282/2019 a č. 397/2020) ve dvou na sebe navazujících fázích:

- v základním kmeni (trvajícím 30 měsíců) a
- ve vlastním specializovaném výcviku (VSV).

První krok: zařazení do oboru VPL

Zápis do oboru VPL probíhá v aplikaci EZP (evidence zdravotnických pracovníků) MZČR.

Tato aplikace je přístupná z webu IPVZ:

Žádosti a formuláře – lékaři a zubní lékaři – žádost č. 4 nebo přímo na webových stránkách MZČR na tomto odkazu:

<https://ezp.mzcr.cz/Request/Create?type=SL33ZARA-ZENIDOZO>.

Tuto žádost lékař vyplní, uloží a vytiskne. V listinné podobě pak žádost odešle na studijní odd. IPVZ, Ruská 85, 100 05, Praha 10.

Všichni lékaři zařazení do oboru VPL od 1. 7. 2017 se připravují podle nového vzdělávacího programu, tzv. VP 2018.

Kompletní výše uvedená legislativa, která se týká tohoto VP 2018, je dostupná na webových stránkách IPVZ „pod KVL“ na tomto odkazu:

<https://www.ipvz.cz/o-ipvz/kontakty/pedagogicka-pracoviste/vseobecne-prakticke-lekarstvi/vzdelavaci-programy>.

V případě, že se lékař rekvifikuje do VPL z jiného oboru, ve kterém dosud nedokončil specializační vzdělávání, je možné zůstat zařazen do obou oborů pouze za předpokladu společného kmene, v opačném případě je nutné nejprve požádat příslušnou lékařskou fakultu o zrušení zařazení do dříve zvoleného oboru.

Konkrétní části specializačního vzdělávání platné ve VP 2018 pro obor VPL:

A. Základní kmen

VŠEOBECNÉ PRAKTICKÉ LÉKAŘSTVÍ – ZÁKLADNÍ KMEN 2020

<https://www.ipvz.cz/seznam-souboru/6385-vseobecne-prakticke-lekarstvi-kmen-2020.pdf>

INTERNÍ KMEN – 2020

<https://www.ipvz.cz/seznam-souboru/6564-interni-kmen-2020.pdf>

zde interní kmen b)

B. Vlastní specializovaný výcvik (VSV)

VŠEOBECNÉ PRAKTICKÉ LÉKAŘSTVÍ 2018 – VLASTNÍ SPECIALIZOVANÝ VÝCVIK

<https://www.ipvz.cz/seznam-souboru/3612-vseobecne-prakticke-lekarstvi-2018-vlastni-specializovany-vycvik.pdf>

Uchazeč si může zvolit:

- **kmen VPL v oboru VPL**
nebo
- interní **kmen b) v oboru VPL**.

Školitel v oboru VPL musí mít platnou akreditaci na školencem zvolený základní kmen, školí-li ve kmeni, event. akreditaci na vlastní specializovaný výcvik, školí-li ve VSV. Jedná se o dvě akreditace, první na kmen je v současnosti platná 5 let, druhá na VSV platí 6 let.

Na studijním oddělení IPVZ získá školenc **Specializační index** (průkaz odbornosti), pokud ho již nevlastní, a aktuálně platný logbook (**Logbook 2018**). Tyto dokumenty jsou způsobilé – aktuální ceník naleznete na webu IPVZ:

<https://www.ipvz.cz/seznam-souboru/4814-cenik-praci-a-vydavanych-dokumentu-ipvz-2019-v2.pdf>.

Druhý krok: uzavření pracovní smlouvy s akreditovaným školitelem VPL (v případě vzdělávání v rámci RM po uskutečněném výběrovém řízení u školitele, který je úspěšným příjemcem dotace pro daný rok)

Druhým krokem je pak uzavření řádného **pracovně-právního vztahu** s akreditovaným školitelem v oboru VPL se všemi zákonnými náležitostmi, pod jehož odborným dozorem, resp. dohledem specializační příprava probíhá. Specializační příprava ze zákona předpokládá celodenní výcvik, tedy úvazek 1,0 (tj. **40 hodin týdně**) Nižší úvazek je akceptován min. v rozsahu 0,5 (resp. 0,2 u školence pečujícího o dítě předškolního věku) s tím, že délka povinné praxe se zdvojnásobí (resp. zpětínásobí – pak hovoříme o tzv. rozvolněné přípravě).

Seznam akreditovaných zdravotnických zařízení (ZZ) je veřejně dostupný na webových stránkách MZČR:

<https://akreditace.mzcr.cz/akreditace/index>.

U akreditace na základní kmen zvolíte buďto:

- interní kmen (VPL), nebo
- kmen VPL

U VSV pak:

- VPL

O RM se může školenc ucházet v případě, že dosud nemá žádnou specializovanou způsobilost (tzn., že dosud nesložil žádnou specializační atestaci).

Každoročně jsou na konci června na webových stránkách MZČR zveřejněni úspěšní žadatelé o RM pro daný rok. Přehledné informace i pro lékaře, kteří se chtějí zúčastnit výběrových řízení na tato RM, jsou zveřejňována na webu SVL ČLS JEP i SPL ČR. Žádosti o dotaci

podávají akreditovaní školitelé každý rok obvykle do 15. 3.

Třetí krok: započtení dosavadní absolvované odborné praxe u lékařů requalifikujících se do oboru VPL z jiných specializačních lékařských oborů (lékářů, kteří dosud nemají žádnou absolvovanou odbornou praxi, se třetí krok netýká)

Příslušnou žádost č. 16 nalezne uchazeč na webových stránkách IPVZ pod tímto odkazem:

[https://www.ipvz.cz/seznam-souboru/7040-16-\(zakladni-obory\)-zadost-o-posouzeni-odborne-praxe-pro-lekare-zubni-lekare-a-farmaceuty-v3-2022-1.pdf](https://www.ipvz.cz/seznam-souboru/7040-16-(zakladni-obory)-zadost-o-posouzeni-odborne-praxe-pro-lekare-zubni-lekare-a-farmaceuty-v3-2022-1.pdf).

Žádost školenc vyplní, vytiskne a s požadovanými přílohami a dokladem o zaplacení poplatku odešle na oddělení výuky IPVZ, Ruská 85, 100 05, Praha 10. Následně obdrží rozhodnutí ve strukturované formě o tom, které praxe a v jakém rozsahu byly uznány, a které stáže si v **daném konkrétním případě** do atestace VPL musí doplnit.

POZOR: Praxi v zahraničí (vč. SR) uznává pouze MZČR!

Žádost o uznání této praxe je třeba podat přímo MZČR: <https://ezp.mzcr.cz/VzdelavaniLekari/Formulare?Kod=-ZapocteniPraxe & Nazev=Zapo%C4%8Dte-n%C3%AD%20praxe & misto=MimoCR>.

Podobně praxi absolvovanou na neakreditovaném pracovišti může uznat na základě žádosti pouze MZČR: <https://www.mzcr.cz/zapocitani-odborne-praxe-lekare-na-neakreditovanem-pracovisti/>.

V případě tzv. **zkráceného VSV** dle VP 2018 (body 2. 3.–2. 6.) se lékaři zařadí do oboru VPL a vzdělávají dle příslušného bodu VP, **podrobný rozpis stáží je uveden v Logbooku VP 2018**. Pro lékaře, kteří absolvovali základní interní kmen a byli původně zařazení do oboru vnitřní lékařství, trvá VSV minimálně 17 měsíců, pro lékaře s atestací I. či II. stupně v oboru interní lékařství nebo lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru vnitřní lékařství minimálně 12 měsíců, pro lékaře s atestací v oboru urgentní medicína nebo anesteziologie a intenzivní medicína vč. anesteziologie a resuscitace minimálně 14 měsíců a pro lékaře s atestací I. či II. stupně nebo se specializovanou způsobilostí v oboru chirurgie a s praxí v oboru minimálně 5 let potom minimálně 16 měsíců.

Čtvrtý krok: vypracování vzdělávacího plánu zvoleným školitelem VPL

- na specializační vzdělávání v rámci základního **kmene VPL**, nebo
- na specializační vzdělávání v rámci základního **kmene interního b)** v oboru VPL a
- na **příslušný VSV**.

V případě, že rezident má k dispozici Stanovisko IPVZ o zpětném započtení dosavadní absolvované odborné praxe (viz třetí krok), pak školitel ve vzdělávacím plánu vychází z tohoto stanoviska.

Stáže na lůžkových odděleních (tj. na oddělení vnitřního lékařství zajišťujícím příjem pacientů v celém spektru interních onemocnění; na chirurgickém oddělení; na oddělení ARO; na gynekologicko-porodnickém oddělení a na lůžkovém pediatrickém oddělení) musejí probíhat **v akreditovaných** zdravotnických zařízeních **podle vyhlášky č. 397/2020**.

V rámci praxe ve vnitřním lékařství jsou předepsány též praxe v dalších subspecializacích, které přesně specifikuje vyhláška č. 397/2020 o vzdělávání v základních kmenech.

POZOR:

- V rámci kmenové praxe ve vnitřním lékařství je také povinná stáž na neurologickém oddělení v délce jednoho měsíce!
- V rámci předepsaného bloku ARO jsou povinné dva týdny služeb na ZZS (resp. sedm dvanáctihodinových služeb).
- Praxi na psychiatrii, ORL, oftalmologii, dermatologii, v pediatrické ambulanci, ortopedii, urologii, rehabilitaci a ZZS plně garantuje a k jejich absolvování školenec vysílá akreditovaný školitel v oboru VPL.

Nutné je také absolvování všech povinných kurzů s předepsanou platností.

Povinné kurzy pro obor VPL v rámci VP 2018:

Do ukončení kmene:

- Lékařská první pomoc
- Základy zdravotnické legislativy, etiky a komunikace
- Prevence škodlivého užívání návykových látek a léčba závislostí
- Radiační ochrana

Dále do atestační zkoušky:

- Paliativní péče
- Hygiena a epidemiologie

Novinky ve VPL – během celé přípravy 1× ročně (za každých započatých 12 měsíců předepsané specializační přípravy, tedy např. 3x za 36 měsíců). Kurz lze absolvovat 2x v jednom kalendářním roce za podmínky odlišného obsahu kurzu.

POZOR: Platnost kurzů je 5 let, pouze kurz Prevence škodlivého užívání návykových látek a léčba závislostí a kurz Radiační ochrany platí 10 let!

Pátý krok: zkouška po ukončení vzdělávání v základním kmeni

Zkouška po ukončení vzdělávání v základním kmeni je pouze ústní. Uchazeč si losuje triplet otázek obsahujících spíše problémově orientovaná a na diferenciální diagnostiku zaměřená témata. Předmětem zkoušky je i interpretace laboratorních výsledků, zhodnocení EKG křivky či diskuse nad kazuistikou. Ke zkoušce se uchazeč hlásí přihláškou v zákonné lhůtě **minimálně 60 dní** před termínem uvedeným na webových stránkách Katedry všeobecného lékařství (KVL) IPVZ <https://www.ipvz.cz/o-ipvz/kontakty/pedagogicka-pracoviste/vseobecne-prakticke-lekarstvi/terminy-atestaci> a webu MZČR <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2020/11/Terminy-zaverecnych-zkousek-po-ukonceni-zakladniho-kmene-IPVZ.pdf>, pokud má splněny všechny stáže a všechny povinné kurzy předepsané pro příslušný základní kmen (v době podání přihlášky ke zkoušce je nutné mít všechny požadavky splněny).

Zkušební otázky/okruhy a další informace jsou uvedeny na webu IPVZ pod Pedagogickým pracovištěm všeobecné praktické lékařství (VPL) <https://www.ipvz.cz/o-ipvz/kontakty/pedagogicka-pracoviste/vseobecne-prakticke-lekarstvi/zkouska-po-kmeni>.

Formulář „Přihláška ke zkoušce po ukončení vzdělávání v základním kmeni“ se vyplňuje v aplikaci EZP na webu MZČR: <https://ezp.mzcr.cz/Request/Create?type=SL52KMENOVAZKOUSKA>.

Na webu IPVZ najdete také podrobný návod, jak vyplnit přihlášku ke zkoušce: <https://www.ipvz.cz/seznam-souboru/7172-jak-vyplnit-prihlasku-ke-zkousce-v-oboru-vpl.pdf>.

Přihlášku ke zkoušce po kmeni VPL školenec vyplní, vytiskne, opatří příslušnými přílohami a odešle na studijní odd. IPVZ. Přihlášku ke zkoušce po kmeni interním b) v oboru VPL taktéž vyplní, vytiskne, opatří příslušnými přílohami a odešle také na studijní odd. IPVZ nebo na studijní odd. příslušné LF.

POZOR: Absolventi, kteří ukončí vzdělávání ve všech interních kmenech (a, b, c), jsou zkoušeni komisí slože-

nou výhradně z lékařů interních specializací podle zkušebních otázek/okruhů platných opět pro všechny interní kmeny (a, b, c), buď na LF, nebo na Katedře vnitřního lékařství IPVZ!

Odkaz na zkušební otázky platné pro všechny interní kmeny na webu MZČR:

<https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2020/11/06.-Z%C3%A1kladn%C3%AD-kmen-intern%C3%AD.pdf>.

Šestý krok: atestační zkouška v oboru VPL

Celé specializační vzdělávání je zakončeno **specializační atestační zkouškou**, která se skládá ze dvou částí:

- **praktické** části atestační zkoušky v oboru VPL,
- **teoretické** části atestační zkoušky v oboru VPL.

K atestační zkoušce **jako celku** zasílá uchazeč přihlášku v zákonné lhůtě **minimálně 60 dní** před termínem uvedeným pro každý semestr na webu IPVZ:

<https://www.ipvz.cz/o-ipvz/kontakty/pedagogicka-pracoviste/vseobecne-prakticke-lekarstvi/atestacni-zkouska>.

Předpokladem k přihlášení se k atestační zkoušce je splnění všech stáží i povinných kurzů předepsaných příslušným vzdělávacím programem a úspěšné složení zkoušky po ukončení vzdělávání v základním kmeni.

Praktická část atestační zkoušky předchází teoretické části atestační zkoušky a koná se v akreditované ordinaci VPL zpravidla v kraji, kde se uchazeč školí (v závislosti na logistických možnostech katedry se ale může konat výjimečně i v jiném kraji).

Pozvánku na praktickou zkoušku obdrží uchazeč na e-mailovou adresu uvedenou v přihlášce spolu s dalšími informacemi, zejména kontaktem na akreditovaného VPL – předsedu zkušební komise praktické atestační zkoušky a informací o datu a místě praktické zkoušky.

Praktická část zkoušky se koná v ordinaci VPL. Komise hodnotí komunikaci s pacienty, odebírání anamnézy, fyzikální vyšetření a využití pomocných vyšetřovacích metod dostupných v ordinaci VPL, vyhodnocení vyšetření, diferenciálně diagnostickou rozvahu, stanovení pracovní diagnózy, indikaci dalších vyšetření a navrženou terapii včetně posudkového závěru, popř. návrhu sociální intervence.

Teoretická část atestační zkoušky probíhá vždy v Praze na KVL IPVZ, Ruská 85, před tříčlennou komisí složenou z komisařů jmenovaných MZČR.

K teoretické části atestační zkoušky je uchazeč pozván nejpozději 30 dní před konkrétním stanoveným termínem zkoušky. Pro zaslání přihlášky jsou využívány kontakty uvedené v přihlášce – adresa, e-mail.

Není-li možné z organizačních důvodů vyhovět žadateli v přesném termínu atestace, je po konzultaci s ním volen nejbližší možný termín (např. v případě, že se hlásí na daný termín pouze jeden uchazeč).

Tato část zkoušky se skládá z kombinace tří otázek z různých oborů specializační přípravy.

Seznam otázek/okruhů je uveden na webových stránkách IPVZ pod Pedagogickým pracovištěm VPL, podobně jako doporučená literatura:

<https://www.ipvz.cz/o-ipvz/kontakty/pedagogicka-pracoviste/vseobecne-prakticke-lekarstvi/atestacni-zkouska>.

Závěrečné komisionální hodnocení prospěchu kandidáta je ve třech stupních:

- prospěl s pochvalou,
- prospěl,
- neprospěl.

Povinnosti školitele

Mezi základní povinnosti školitele v oboru všeobecné praktické lékařství patří uzavřít s vybraným školencem pracovní právní vztah se všemi zákonnými náležitostmi a vyplácet mu minimálně tzv. zaručenou mzdu dle aktuálně platného zákoníku práce (v roce 2023 je to 29 400 Kč) a prováděcích předpisů bez ohledu na to, zda se školencem vzdělává v rámci RM nebo nikoliv. Specializační vzdělávání se uskutečňuje v základním pracovní právním vztahu nebo ve služebním poměru formou celodenní průpravy (viz zákon č. 95/2004 Sb.) při úvazku 40 hod. týdně podle ustanovení § 83 z. č. 262/2006 Sb., zákoníku práce ve znění pozd. předpisů (v rámci tzv. rozvolněné přípravy je možný nižší pracovní úvazek, ale **min. 0,5**; v tomto případě je celková doba předepsaných stáží dvojnásobná, resp. 0,2 u školenců pečujících o dítě předškolního věku – pětinásobná doba předepsaných stáží). Školitel vypracuje pro školence individuální vzdělávací plán v rozsahu daném příslušným vzdělávacím programem.

V rámci RM se školitel během celého procesu vzdělávání školence řídí platnou metodikou MZČR; v roce 2023 je platná v této verzi: https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2022/12/Metodika-RM-2023_Program-c.-2_cele-spec.-vzdelavani-1.pdf.

V roce 2023 činí výše dotace pro vzdělávání v rámci RM na celý vzdělávací program 55 000 Kč/měsíc při 36měsíčním programu, z toho minimálně 80 % je určeno na pokrytí mzdy školence (hrubá mzda a odvody) a maximálně 10 % na odměnu pro školitele.

Dále zpracuje i finanční plán čerpání dotace s rozdělením celkové částky ne jednotlivé roky. Školitel od MZČR po zpracování plánu obdrží tzv. „Rozhodnutí

o poskytnutí dotace“ s podrobným popisem celkové výše dotace a rozpisem čerpání finančních prostředků z dotace v průběhu let, který odpovídá navrženému finančnímu plánu. Při změnách ve vzdělávacím a finančním plánu tyto změny školitel obvykle nejpozději do 15. 11. každoročně písemně oznamuje na příslušném formuláři nazvaném „Žádost o schválení změny v rámci dotačního programu MZČR Rezidenční místa pro rok...“. MZČR žádost zpracuje a vydá nové, upravené „Rozhodnutí o poskytnutí dotace“.

Školitel vede odborně a komplexně předatestační přípravu školence, umožňuje mu praxi ve svém akreditovaném zdravotnickém zařízení, případně mu zajišťuje potřebnou praxi ve smluvním zařízení a pak zodpovídá za akreditaci tohoto zařízení (zajištěno smlouvou akreditované ordinace VPL s tímto zařízením), vysílá ho na povinné vzdělávací aktivity, pravidelně nabyté znalosti školence ověřuje a potvrzuje absolvované stáže a výkony v logbooku (stačí sumárně). Povinností školitele je i úhrada stáží za školence na jiných, než „vlastních“ pracovištích, podobně jako úhrada povinných kurzů. Školitel potvrzuje lékaři v přípravě po splnění všech požadovaných stáží a povinných kurzů i přihlášku k atestaci, za jejíž správnost, úplnost a pravdivost zodpovídá společně se svým školencem. Školitel zajišťuje v souladu se zákonem č. 95/2004 Sb. **dozor** (do zkoušky po kmeni = přítomnost atestovaného lékaře v ZZ, schopnost osobně se dostavit do 15 minut) anebo **dohled** (po úspěšně složené zkoušce po kmeni = atestovaný lékař je dostupný nepřetržitě na zavolání, schopnost osobně se dostavit do 30 minut do ZZ) nad svým školencem. Lékař, zajišťující dohled/dozor musí být v pracovněprávním či služebním poměru k poskytovateli zdravotních služeb, kde školenec působí.

K administrativním povinnostem školitele jako příjemce finančních prostředků na specializační vzdělávání lékařských povolání poskytnuté Ministerstvem zdravotnictví patří vyhotovení dokumentu „Finanční vypořádání dotací ze státního rozpočtu“ pro všechny programy a rezidenty, na které ten který rok obdržel školitel finanční dotaci. Tento dokument se zasílá na MZČR, event. nevyčerpané finanční prostředky za daný rok musí příjemce dotace vrátit do 15. 2.

Dalšími povinnostmi jsou sepsání dokumentu „Průběžná zpráva“ za daný rok, ve kterém probíhá dotované vzdělávání, a „Závěrečná zpráva“, která se sepisuje po

ukončení specializačního vzdělávání. Obojí je třeba zaslat na IPVZ do 31. 1. každoročně.

V případě, že má školitel několik rezidentů z různých ročníků, zpracovává za každý ročník „Průběžnou zprávu“ zvlášť. Jen v případě, že má např. dva rezidenty uvedené v jednom rozhodnutí, kteří začali specializační vzdělávání v jednom roce, odevzdá pouze jednu průběžnou (event. závěrečnou) zprávu.

Po ukončení dotovaného vzdělávání (atestací, ukončením pracovního poměru) je školitel povinen nechat provést kontrolu hospodaření a zápis o kontrole zaslat do stanovených termínů na IPVZ.

(viz bod č. 11 platné Metodiky RM).

Povinnosti školence

Základní povinností školence je absolvovat celodenní praxi v předepsaném rozsahu daném příslušným vzdělávacím programem na akreditovaných pracovištích, kam je vyslán dle vzdělávacího plánu svým školitelem (akreditovaným VPL) a absolvovat během předatestační přípravy požadované povinné kurzy. Vše mít řádně zapsáno a potvrzeno v indexu, v logbooku. Při výkonu práce se řídí pracovní smlouvou uzavřenou se zaměstnavatelem a platnou legislativou, zejména z. č. 95/2004 Sb.

Závěr

V roce 2021, resp. 2022 bylo do oboru VPL zařazeno 254/229 lékařů a 182/166 lékařů úspěšně odatestovalo. Věříme a doufáme, že letošní navýšená nabídka rezidenčních míst bude školiteli i školenci využita. Katedra VPL IPVZ si plně uvědomuje aktuální nedocenenost práce školitelů a je naší prvořadou prioritou, aby se povolání školitele stalo nejen prestižním, ale i adekvátně finančně ohodnoceným. Zároveň hledáme způsoby, jak odlehčit administrativě, a to nejen (opravdovou) elektronizací, ale i zajištěním administrativních sil na pomoc zejména školitelům v našem oboru a motivací krajů k participaci na specializačním vzdělávání VPL. Na jaře 2023 se uskuteční pravidelně pořádaný seminář pro školitele v oboru všeobecné praktické lékařství připravený KVL IPVZ (1. 4. 2023) <https://www.ipvz.cz/vzdelavaci-akce/58792-odborny-seminar-skolitelu> a dále kurz Leonardo Level 1 v Bratislavě s mezinárodní účastí. V následujících letech plánujeme zorganizovat kurz Leonardo Level 1 v ČR v gesci IPVZ a SVL ČLS JEP.

inzerce

Hledáme do ordinace v Praze 4 – Chodov lékaře/ku v oboru psychiatrie s atestací, možno i v předatestační přípravě, i na částečný úvazek. Mzdové ohodnocení dohodou.
Tel. 732 222 222, **e-mail:** boris.stastny@respimed.cz

Do Národního centra onkologické prevence hledáme lékaře/ku v oboru interna, možno i na částečný úvazek. Mzdové ohodnocení dohodou.
Tel. 732 222 222, **e-mail:** boris.stastny@respimed.cz

Do Polikliniky IPP přijmeme Všeobecného praktického lékaře/ku, na úvazek 1,0.
Požadujeme: atestovaného lékaře/ku, spolehlivost a vstřícné vystupování, trestní bezúhonnost.
Nabízíme: Náborový příspěvek 40 000 Kč, motivační finanční ohodnocení, příspěvek na vzdělávání a řadu firemních benefitů: MultiSport karta, stravenkový paušál, příspěvek za doporučení aj.
Kontakt: Mgr. Adéla Vobořilová, HR ředitelka
Tel.: +420 605 495 898, **e-mail:** voborilova@poliklinikaipp.cz

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

Prevence infekce HIV v ordinaci všeobecného praktického lékaře



MUDr. Veronika Mičulková, Ph.D.
Česká společnost AIDS pomoc, z.s.



MUDr. Ivo Procházka, CSc.
Česká společnost AIDS pomoc, z.s.
Sexuologický ústav VFN, 1. lékařská fakulta Praha

V tomto článku bychom chtěli přiblížit aktuální informace o problematice HIV/AIDS, zejména s ohledem na prevenci, která se v posledních letech dynamicky vyvíjí.

Epidemiologie

V porovnání se státy v Evropě a ve světě patří Česká republika k zemím s relativně nízkou úrovní infekce HIV/AIDS. Za rok 2021 bylo nově diagnostikováno 233 nových případů, vloni o něco více (249 osob k poslednímu říjnovému dni 2022). V ČR se dlouhodobě přenáší infekce HIV sexuální cestou (83,1 % případů v deseti měsících roku 2022), z čehož 130 (52,2 %) nových případů tvoří muži majících sex s muži. Kumulativně bylo od zahájení sledování infekce HIV k datu 31. 10. 2022 v ČR evidováno 4 323 případů.

V souvislosti s válkou na Ukrajině bylo mezi válečnými uprchlíky hlášeno celkem 537 osob žijících s HIV (353 žen, 166 mužů a 18 dětí do 15 let věku), přičemž nad 90 % o své pozitivitě vědělo. Dle hrubého odhadu je v ČR celkem 1 562 HIV+ uprchlíků. Léčba je uprchlíkům poskytována zdarma.¹

Profylaxe

V oblasti primární prevence, čili při předcházení vzniku vlastního onemocnění, se kromě stálíce v podobě kondomu, lubrikantu a bezpečnějšího sexu uplatňuje využití antiretrovirových léků v prevenci. Již v polovině

90. let minulého století se zavedlo užívání perinatální profylaxe, kdy HIV pozitivní těhotná žena užívala protivirové léky k omezení rizika přenosu HIV na plod/novorozence. Nejmodernějším využitím antiretrovirových léků v prevenci je dnes pre-expoziční profylaxe (PrEP). Jedná se o užívání kombinace antiretrovirových léků emtricitabinu a tenofoviru v jedné tabletě v situacích, kdy je jedinec vystaven riziku nákazy. Dle amerických Center pro kontrolu nemocí a prevenci dosahuje účinnost při sexuálním přenosu 99 %, pokud je PrEP užívána dle předpisu.² Využívá se zejména při nekonzistentním používání kondomu z jakéhokoli důvodu. PrEP je vhodná zejména pro

- muže mající sex s muži, kteří mají více sexuálních partnerů s neznámým HIV stavem (zejména ti, kteří užívají tzv. chemsex – drogy ke zlepšení sexuálního prožitku), nebo muži mající sex s muži, kteří mají problém s dodržováním pravidel bezpečnějšího sexu
- muži mající sex s muži s anamnézou sexuálně přenosné infekce (PrEP dostanou až po vyléčení)
- osoby mající sexuálního partnera s HIV infekcí, u kterého není zatím dosaženo léčbou virové suprese, ev. virová nálož není známa;
- osoby, jimž byla recentně indikována či v minulosti opakovaně indikována postexpoziční profylaxe HIV (PEP)
- osoby o PrEP aktivně žádající.

Ke kontraindikacím PrEP patří HIV pozitivita, clearance kreatininu pod 60 ml/min, příznaky akutní HIV infekce při nedávné expozici riziku a alergie na některou ze složek léku.³

PrEP je vázán na lékařský předpis a je možné o něj požádat v některém z PrEP pointů, jejichž přehled najdete na <https://www.chciprep.cz/>.

V oblasti HIV již delší dobu funguje post-expoziční profylaxe (PEP), která spočívá v užívání antiretrovirových léků po ojedinělé rizikové situaci (profesionální poranění, protržení kondomu při análním sexu). Její užívání je nutné zahájit nejlépe do 48 hodin od rizika, ale platí, že čím dříve ji nasadíme, tím vyšší má účinnost. Při indikování PEP se zohledňuje biologický materiál, jeho množství, povaha zranění a zdravotní stav zdrojové osoby. PEP se užívá 28 dní.⁴

Testovat, testovat, testovat

V rámci sekundární prevence, tedy včasného zachytu onemocnění, hraje nejdůležitější roli testování. V tomto případě může PL test indikovat na základě příznaků a epidemiologické anamnézy nebo pacienta odeslat na pracoviště, které testy rutinně provádí. Přehled testovacích míst v ČR naleznete na <https://tadyted.com/>.

Při testování mějte na paměti, že je zapotřebí dodržet nejlépe 3měsíční odstup od rizikové situace (diagnostické okénko) a že v naprosté většině případů potřebujete souhlas pacienta k provedení testu.

Testování bychom měli provést při pozitivní epidemiologické anamnéze a při příznacích primoinfekce, což je stav připomínající chřipku nebo mononukleózu s odstupem 2 až 6 týdnů po přenosu infekce. Může zahrnovat vysoké teploty, zvětšení mízních uzlin, nasopharyngitidy, exantémy (hlavně na hrudi), afty a bělavé povlaky připomínající soor. Tyto příznaky však nemusí být vůbec vyjádřeny.

V dalších fázích onemocnění máme podezření na infekci HIV při výskytu nemocí podmíněných deficitem buněčné imunity – opakované záněty dýchacích cest včetně pneumonie, recidivující pásový opar, projevy mykóz. V posledním stádiu infekce HIV se pak setkáváme s oportunními infekcemi (pneumocystová pneumonie, mozková toxoplazmóza, ezofageální kandidóza, generalizovaná infekce CMV a herpes zoster, TBC, kryptokokóza aj.) a nádorovými onemocněními (Kaposiho sarkom, maligní lymfomy).⁵

Kromě klasického testování v kamenných poradnách existuje mobilní testování, které se maximálně přibližuje klientovi. Testování probíhá v sanitním voze, klient absoluuje orientační rychlotest a při jeho reaktivitě se odebírá vzorek venózní krve ke konfirmaci Národní referenční laboratoří pro HIV/ADS ve Státním zdravotním ústavu. Přehled aktuálních termínů plánovaného testování prováděného Českou společností AIDS pomoc naleznete na <https://www.hiv-testovani.cz/mobilni-testy>.

V případě, že se klient obává prozrazení své identity, je možné využít orientační testy určené pro sebetestování. Jak uvádí studie Státního zdravotního ústavu: jsou testy pro sebetestování alternativou k aktuálně dostupným metodám laboratorního screeningu infekce HIV. Mějme na paměti, že testy jsou orientační, kvalitativní hodnocení provádí laik (nezdravotník). Reaktivní výsledek je třeba vždy ověřit. Testy pro sebetestování jsou založeny na detekci protilátek, a pokud k rizikovému chování došlo před méně než 3 měsíci, nelze vyloučit falešně negativní výsledek.⁶

U této možnosti nabízí Česká společnost AIDS pomoc bezplatné zaslání orientačního testu po vyplnění kontaktních údajů na webu <https://www.hiv-pomoc.cz/domaci-test-dotaznik>.

Léčba jako prevence

Kombinace jednotlivých léků, léčebný režim, laboratorní monitoring aj. aspekty léčby jsou přehledně popsány v českých Doporučených postupech péče o dospělé infikované HIV a postexpoziční profylaxe infekce HIV.⁴

Tyto doporučené postupy reflektují aktuální celosvětový trend zahájit farmakoterapii HIV pozitivních osob co nejdříve od zjištění nákazy, tj. bez ohledu na parametry imunitního systému nebo klinické projevy infekce. Díky tomuto přístupu mají osoby žijící s HIV srovnatelnou délku života s HIV negativními jedinci (pokud je jejich infekce včas zachycena).

Nízká virémie (množství viru kolujícího v krvi) nepřináší prospěch pouze danému jedinci, ale je významná také z epidemiologického hlediska, neboť infekčnost takového člověka se výrazně snižuje. Hovoříme pak o léčbě jako prevenci (TasP – Treatment as Prevention).

Infekčnost se v případě nedetekovatelné virové nálože (tj. virémie, která není běžnými postupy zjištělná) stává při nechráněném pohlavním styku nulová. V tomto případě se jedná o N=N, čili nedetekovatelný = neinfekční, anglicky U = U (Undetectable = Untransmittable).

Jak se uvádí v dokumentu Informace pro člověka infikovaného lidským virem imunodeficiencie (HIV): „Nechráněný pohlavní styk (bez kondomu) může osoba nakažená virem HIV provozovat výhradně za podmínky, že je nejméně šest měsíců na účinné protivirové léčbě s opakovaně doloženou nedetekovatelnou přítomností viru v krvi. Pokud se pro tento postup rozhodnete, je vhodné, aby to bylo v monogamním vztahu a s vědomím partnera.“⁷

Stigma

Hlavní překážkou ve spokojeném životě HIV pozitivních často nepředstavuje zdravotní stav, ale stigmatizace od blízkých osob a okolí, které nejsou o HIV dostatečně informovány. Stigma zahrnuje negativní přesvědčení, pocity a postoje vůči osobám žijícím s HIV, jejich rodinám a dalším skupinám ve zvýšeném riziku infekce HIV, jako jsou například osoby užívající injekčně drogy, sexuální pracovníci, muži mající sex s muži a transgender osoby.⁸

Stigma vytváří bariéru, která přináší osobám žijícím s HIV dyskomfort, potenciální násilí, vede k větším obavám z prozrazení HIV stavu nebo z příslušnosti k osobám ve větším riziku HIV. Stigma vede k sociální izolaci, která může vyústit až v poruchu duševního zdraví, zhoršenému přístupu k léčbě a dodržování léčebného režimu. Stigma na úrovni skupin ohrožených HIV odrazuje od hledání informací a preventivních služeb. V konečném důsledku to může způsobovat nižší pravděpodobnost testování na HIV a ostatní sexuálně přenosné choroby, podceňování reálného rizika, a naopak nadhodnocování rizik hypotetických, méně časté používání kondomu, spoléhání na zjišťování HIV statusu u sexuálních partnerů spíše než na preventivní chování a opomíjení přístupů k moderní biomedicínské

prevenci jako je PrEP.⁹

Osoby žijící s HIV jsou v naší zemi stále povinni oznamovat ošetřujícímu lékaři svůj HIV pozitivní stav. Lékař by měl znát kompletní anamnézu svých pacientů, ale na rozdíl od ostatních chorob, jen v případě neznámého HIV stavu (a dalších tří infekcí) by mohl pacient čelit sankci za porušení zákona.

Shrnutí pro praxi

Infekce HIV se díky moderní léčbě zahájené co nejdříve po zjištění diagnózy stává chronickým léčitelným onemocněním, což výrazně prodlužuje život osob žijících s HIV. Podmínkou je včasný záchyt onemocnění, proto je kladen důraz na testování, které může být mimo kamennou poradnu a ordinaci provedeno např.

v sanitním voze anebo v pohodlí domova při samotestu. Při expozici riziku nás chrání profylaxe, která spočívá v preventivním užívání antiretrovirových léků za účelem zabránění nákaze HIV. Pokud je podána po riziku, jedná se o post-expoziční profylaxi (PEP), při podání před rizikem hovoříme o pre-expoziční profylaxi (PrEP). Úspěšně vedená léčba nejenže zkvalitňuje život HIV pozitivních, ale má vliv na jejich infekčnost, která klesá na tzv. nulu (N=N, U=U).

Nicméně i v prevenci je třeba věnovat pozornost sociálním problémům osob žijících s HIV a lidem, kteří jsou touto nemocí více ohroženi. Hlavním problémem ovlivňujícím kvalitu života osob žijících s HIV se tak stává stigmatizace.

Přehled literatury:

1. NĚMEČEK, Vratislav, Marek MALÝ, Andrea PAVLÍKOVÁ, Marta MAREŠOVÁ a Hana ZÁKOUČKÁ. Trendy výskytu HIV v ČR a vliv migrace z Ukrajiny [online]. In: Praha: Státní zdravotní ústav, 2022 [cit. 2023-01-09]. Dostupné z: http://www.szu.cz/uploads/documents/szu/aktual/tiskova_zprava/Tisk_ZPR_2022_HIV_finfin.pdf
2. (PrEP Effectiveness. Centers for Disease Control and Prevention [online]. [cit. 2023-01-03]. Dostupné z: <https://www.cdc.gov/hiv/basics/prep/prep-effectiveness.html>)
3. DLOUHÝ, Pavel. Pracovní postup pro poskytování preexpoziční profylaxe (PrEP) infekce lidským virem imunodeficiencie (HIV): Dokument pracovní skupiny lékařů HIV center České republiky [online]. 2018 [cit. 2023-01-03]. Dostupné z: <https://infektologie.cz/PPPrEP18.htm>
4. SNOPOKOVÁ, S., H. ROZSYPAL, V. ASTER, et al. Doporučený postup péče o dospělé infikované HIV a postexpoziční profylaxe infekce HIV [online]. 2019, 25. 6. 2019 [cit. 2023-01-03]. Dostupné z: <https://infektologie.cz/DPHIV19.htm>
5. JILICH, David. Klinický obraz a průběh onemocnění. In: JILICH, David a Veronika KULÍŘOVÁ. HIV infekce: Současné trendy v diagnostice, léčbě a ošetřovatelství. Praha: Mladá fronta, 2014, s. 59-67. ISBN 978-80-204-3325-1
6. ČECH, Tomáš, Miloslav KODL, Anna KUBÁTOVÁ, et al. Pilotní studie využití testů určených pro sebetestování infekce HIV [online]. 2020, 2020, 18 [cit. 2023-01-03]. Dostupné z: <https://www.prevencehiv.cz/wp-content/uploads/2021/05/studie-sebetestovani.pdf>
7. Informace pro člověka infikovaného lidským virem imunodeficiencie (HIV) [online]. In: 2019, s. 1-2 [cit. 2023-01-12]. Dostupné z: <https://infektologie.cz/Standardy/InformaceHIV19.pdf>
8. Introduction. In: Reduction of HIV-related stigma and discrimination [online]. Geneva: UNAIDS, 2014, s. 2 [cit. 2023-01-06]. Dostupné z: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2014unaidsguidancenote_stigma_en.pdf
9. DECARLO, Pamela a Maria EKSTRAND. How does stigma affect HIV prevention and treatment? [online]. [cit. 2023-01-06]. Dostupné z: https://prevention.ucsf.edu/sites/prevention.ucsf.edu/files/StigmaFSUupdatefinal_20161020.pdf

Myelodysplastický syndrom: patogeneze, diagnostika, prognóza



prof. MUDr. Jaroslav Čermák, CSc.

Ústav hematologie a krevní transfuze, Praha

tzv. dysplastickými morfoloickými změnami, jež jsou výrazem poruchy proliferace a diferenciaci kmenové buňky. Takovýto obraz je charakteristický pro časné formy MDS. Kvůli nestabilitě mutovaného genomu dochází k nárůstu počtu nových mutací a důležitou roli hrají důležité mutace genů regulujících proliferaci, diferenciaci a apoptózu (tzv. „driver“ genů). Výsledkem je proliferace časných precursorů krvetvorby patologického klonu s omezenou diferenciací a poruchou apoptózy a rozvoj tzv. pozdní, pokročilé formy MDS s tendencí k leukemizaci procesu. Na Obr. 1 je znázorněna první

Již od roku 1953 se v odborné literatuře objevovaly zprávy, že cca u 20 % nemocných nevzniká akutní myeloidní leukémie náhle z plného zdraví, ale po různě dlouhém období cytopenie různě vyjádřené v jednotlivých krevních řadách s odpovídajícími klinickými příznaky, tj. únava, infekce, krvácení. Tato onemocnění byla označována jako preleukémie či doutnající leukémie. V roce 1982 pak byla publikována první souhrnná charakteristika a klasifikace preleukemických stavů, jež byly nazvány myelodysplastickými syndromy (MDS).

Incidence MDS se pohybuje mezi 4-5/100 000 obyvatel, přičemž výskyt MDS poměrně výrazně stoupá po 60. roce věku a u nemocných starších 80 let činí téměř 50/100 000 obyvatel. V současnosti je nahlíženo na MDS jako na vícestupňový proces rozvoje mutace kmenové krvetvorné buňky. Noxou vyvolávající poškození kmenové krvetvorné buňky může být chemická látka, záření a zřejmě i viry a další činitelé. Vzniklá mutace vede ke vzniku patologického klonu dělením poškozené buňky. Porucha proliferace a alterace imunitní odpovědi podporuje rozvoj klonální proliferace mutovaných buněk a vede ke zvýšenému zániku zralějších forem residuální normální krvetvorby. Klinickým obrazem je různý stupeň cytopenie v periferní krvi kontrastující s nálezem většinou buněčně bohaté kostní dřeně

Obrázek č. 1: První klasifikace MDS z roku 1982 (FAB klasifikace)

FAB subtyp	% blastů ve dřeni	% prstěncitých sideroblastů	další kritéria
RA (refrakterní anémie)	< 5	< 15	< 1 % blastů v periferní krvi
RAS refrakterní anémie se zmnžením prstěncitých sideroblastů	< 5	> 15	< 1 % blastů v periferní krvi
RAEB (refrakterní anémie s nadbytkem blastů)	5 - 20	různé	< 5 % blastů v periferní krvi
CMML (chronická myelomonocytární leukémie)	1 - 20	různé	monocyty v periferní krvi > $1 \times 10^9 / l$, zvýšené % monocytů ve dřeni
RAEB-T (refrakterní anémie s nadbytkem blastů v transformaci)	21 - 30	různé	> 5 % blastů v periferní krvi a < 30% blastů ve dřeni

ČASNÝ MDS
POZDNÍ MDS

FAB klasifikace myelodysplastického syndromu (dle Bennetta et al. Br J Haematol, 51, s. 139, 1982)

klasifikace MDS (tzv. FAB klasifikace z roku 1982), jež rozdělila onemocnění do pěti podskupin podle procenta mladých buněk – blastů v kostní dřeni, přítomnosti tzv. prstěncitých sideroblastů a některých dalších kritérií a umožnila základní rozdělení na časné prognosticky příznivější formy a pokročilé nepříznivé formy s vysokou pravděpodobností leukemizace.

V diagnostice MDS (Obr.2) se stále jako základní vyšetření uplatňuje morfoloické vyšetření kostní dřeně získané punkcí nebo trepanobiopsií hodnotící charakter a rozsah dysplastických změn v jednotlivých krvetvorných řadách. Součástí morfoloického vyšetření dřeně je i barvení na přítomnost železa, zejména ve formě tzv. prstěncitých sideroblastů, jež jsou výrazem poruchy mechanismů utilizace Fe v mitochondriích. Některé základní morfoloické dysplastické změny u MDS jsou

Obrázek č. 2: Metody užívané v diagnostice MDS

MYELOUDYPLASTICKÝ SYNDROM - DIAGNOSTIKA

1. **Periferní krevní obraz** : cytopenie (různě vyjádřená v jednotlivých krevních řadách), nezralé formy
2. **Sternální punkce** :
 - morfologie** - dysplastické změny (korelát poruchy proliferace a diferenciací) atypie jádra, nesouběh zráni jádra a cytoplasmy, poruchy granulací a barvitelnosti cytoplasmy, megaloidie), buněčnost, procento blastů
 - cytochemie** - barvení na Fe (PAS,PE)
 - cytogenetika** - počet a charakter abnormit karyotypu
 - nejčastěji abnormity 5,7,8 chromosomu, mnohotné aberace.
 - průtoková cytometrie** - počet CD34+ nezralých prekursorů
 - molekulární genetika** - mutace genů s rolí v klonální proliferaci

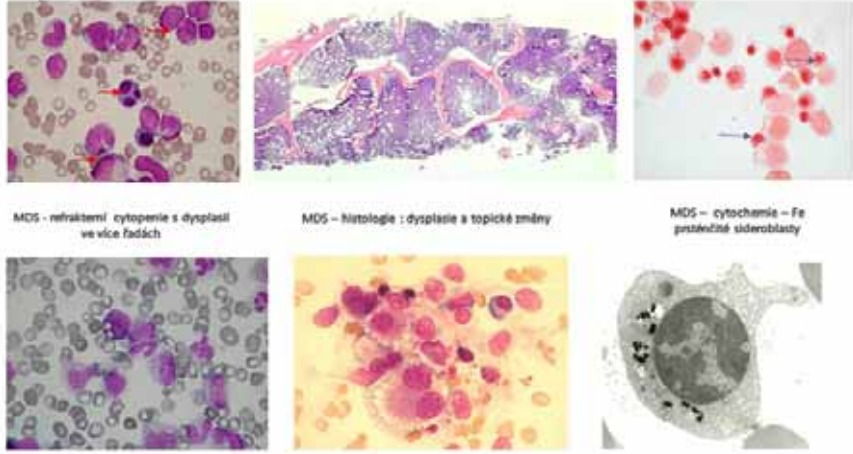




Během let se postupně ukázalo, že samotné morfologické vyšetření kostní dřeně a periferní krve neumožňuje dostatečně přesně oddělit nemocné s příznivou a nepříznivou prognózou, což má zásadní význam pro typ léčby. Cytogenetické vyšetření (nejprve pomocí klasických metod pruhování a poté pomocí molekulárních metod) se uplatňuje jak v diagnostice, tak zejména ve vytvoření cytogenetických podskupin s prognostickým významem. Prognosticky příznivá je přítomnost izolované delece dlouhého raménka 5. chromosomu – del5q, jež podkladem zvláštní podskupiny MDS, tzv. 5q-syndromu. Naopak, komplexní změny karyotypu a změny na 7. chromosomu jsou prognosticky nepříznivé. Během posledních 10 let prošlo zásadním vývojem molekulárně genetické vyšetření genové exprese a genových mutací, jež hraje důležitou roli jednak při objasnění patogeneze, jednak pro prognózu onemocnění. Přínosem bylo zejména zavedení sekvenčních technik nové generace – masivní paralelní sekvenace (NGS) a celogenomové sekvenace s velkou citlivostí a možností stanovení frekvence variantní-mutované alely.

Obrázek č. 3: Některé základní morfologické nálezy dysplázie u MDS

MDS -MORFOLOGIE A CYTOCHEMIE



MDS - refrakterní cytopenie s dysplasií ve více řadách

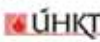
MDS - histologie : dysplázie s topické změny

MDS - cytochemie - Fe přístřežité sideroblasty

MDS s nadbytkem blastů

MDS - dysplastická megakaryopoéza

MDS - přístřežitý sideroblast



shrnuty na Obr. 3. Průtoková cytometrie může pomoci při hodnocení počtu CD34+ nezralých prekursorů ve dření. Histologické vyšetření pomocí trepanobiopsie umožňuje posouzení buněčnosti a topických změn na rozsáhlejší vzorku kostní dřeně a odhalit přítomnost a stupeň event. fibrózy dřeně.

(IPSS). Systém zahrnoval jako parametry počet cytopenií v periferním krevním obraze, procento myeloblastů v kostní dření a přítomnost změn karyotypu, jež byly rozděleny do 3 prognostických podskupin. Byly vytvořeny 4 rizikové skupiny, přičemž skupina nemocných s nízkým a středním-1 rizikem měla významně lepší prognózu, méně komplikací, delší dobu přežití a nižší

Obrázek č. 4: Revidovaný Mezinárodní prognostický systém pro MDS (IPSS-R)

MYELODYSPLASTICKÝ SYNDROM revidovaný prognostický skórovací systém – IPSS-R

Prognostický faktor / hodnota	0	0.5	1	1.5	2	3	4
Cytogenetika	Velmi dobrá		dobrá		střední	nepříznivá	velmi nepříznivá
% blastů ve dřeni	≤ 2 %		>2- <5 %		5-10%	>10%	
Hb g/l	≥ 10		8 - <10	< 8			
Trombocyty (x10 ⁹ /l)	≥ 100	50 - < 100	< 50				
Neutrofily (x10 ⁹ /l)	≥ 0.8	< 0.8					

Prognostické parametry

RIZIKO (KATEGORIE)	RIZIKOVÉ FAKTORY
velmi nízké	≤ 1.5
nízké	>1.5 - 3
střední	>3 - 4.5
vysoké	> 4.5 - 6
velmi vysoké	> 6

riziko leukemizace a byla indikována spíše ke konzervativní léčbě na rozdíl od skupin se středním-2 a vysokým rizikem, jež byly prognosticky nepříznivé. Nemocní měli

ale zohledňuje hloubku cytopenie v periferní krvi, provádí detailnější hodnocení významu procenta blastů v kostní dřeni a přesnější reklasifikaci prognostického

krátkou dobu přežití, vysoké riziko rozvoje akutní leukémie a komplikací. Tito nemocní byli indikováni k intenzivní léčbě včetně transplantace krvetvorných buněk (SCT), jež je doposud jediným kurativním přístupem k léčbě MDS. IPSS byl v roce 2012 revidován na skupině 7012 neléčených nemocných ve studii zahrnující pracoviště z celého světa (včetně ÚHKT v ČR). Výsledkem byl tzv. Revidovaný mezinárodní prognostický systém (IPSS-R) (Obr. 4), jež vychází z hodnocení stejných parametrů jako IPSS,

významu jednotlivých chromosomálních aberací. IPSS-R rozděluje nemocné do pěti rizikových podskupin s odlišnou délkou přežití a rizikem leukemizace. Obecně je přijímáno, že nemocní s velmi nízkým a nízkým rizikem jsou indikováni ke konzervativnímu přístupu k léčbě, nemocní s vysokým a velmi vysokým rizikem pak k intenzivní léčbě včetně SCT. Není plná shoda v přístupu k nemocným se středním rizikem, většinou se udává, že do skóre 3.5 jde o méně rizikové nemocné, nemocní se skóre vyšším než

Obrázek č. 5: WHO klasifikace MDS z roku 2022

jednotka	počet blastů	cytogenetika	mutace
MDS s definovanou genetickou abnormalitou			
MDS s nízkým počtem blastů a izolovanou delecí 5q (MDS 5q-)	< 5% blastů ve dřeni < 2% blastů v PK	solitární delece 5q či s 1 další abnormalitou kromě -7 či del7q	
MDS s nízkým počtem blastů a mutací SF3B1 (MDS SF3B1)		absence delece 5q, monosomie 7, či komplexních změn	SF3B1 /nebo ≥ 15% anulár. sideroblastů/
MDS s bitaleleickou inaktivací TP53 (MDS bi-TP53)	< 20% blastů v PK a ve dřeni	obvykle komplexní změny	2 či více mutací TP53 nebo 1 mutace se ztrátou počtu kopií či kopie neutr. ztrátou heterozygoty
MDS morfologicky definovaný			
MDS s nízkým počtem blastů (MDS-LB)	< 5% blastů ve dřeni < 2% blastů v PK		
MDS hypoplastický (MDS-h) (< 25% celularity dřene)			
MDS s nadbytkem blastů (MDS-IB)			
MDS - IB1	5-9% blastů ve dřeni nebo 2-4% v PK		
MDS – IB2	10-19% blastů ve dřeni nebo 5-19% v PK či Auerovy tyče		
MDS s fibrózou (MDS-F)	5-19% blastů ve dřeni 2-19% blastů v PK		

3.5 jsou již pacienti s vysokým rizikem. Uvedené nejistoty v prognóze jednotlivých skupin nemocných s MDS (zejména se středním rizikem) vedly k výzkumu dalších parametrů, jež by dále upřesnily prognózu nemocných, a tato cesta logicky vedla ke studiu prognostického významu četnosti a typu mutací genomu.

V letech 2015-2021 byla provedena Mezinárodní pracovní skupinou pro MDS rozsáhlá analýza somatických mutací u skupiny 2957 neléčených nemocných s MDS (včetně nemocných z ÚHKT v ČR) a na základě výsledků byl publikován tzv. Revidovaný mezinárodní prognostický systém molekulární (IPSSR-M), jenž přidává ke stávajícím prognostickým parametrům kalkulaci rizika vypočteného z panelu 21 prediktivních a 17 dalších vyšetřených genů somatického genomu. Vzniká tak 6 prognostických kategorií a při srovnání s IPSS-R tento systém přesunuje určitou část nemocných na základě přítomnosti nepříznivých mutací do skupin s vyšším rizikem, a tedy indikovaných k intenzivní léčbě.

V souvislosti se získáváním poznatků o prognostických faktorech u nemocných s MDS se též změnila klasifikace choroby. WHO revize z let 2001, 2008 a 2016 postupně převedly nemocné s $\geq 20\%$ blastů v kostní dřeni do skupiny akutních leukemií, CMML byla přeřazena do skupiny smíšených myelodysplasticko-myeloproliferativních onemocnění, byla provedeno podrobnější rozdělení časných forem choroby na MDS s dysplasií v jedné či více řadách a jako samostatná jednotka byl vyčleněn tzv. 5q-syndrom (viz výše). Nejnovější WHO klasifikace z roku 2022 již vyčleňuje jako samostatné některé jednotky s přítomností prognosticky příznivých (mutace SF3B1) či nepříznivých (bialelická mutace TP53) genových mutací a ze skupiny časných forem MDS vyřazuje jako samostatné jednotky s méně příznivou prognózou hypoplastickou formu MDS a MDS s fibrózou (Obr. 5).

DOPORUČENÁ LITERATURA

Bennett J, Catovsky D, Daniel MT, et al. Proposals for the classification of the myelodysplastic syndromes. *Br J Haematol* 1982, 51: 189-199.
 Greenberg P, Cox C, LeBeau MM, Fenaux P, Morel P, Sanz G, et al. International scoring system for evaluating prognosis in myelodysplastic syndromes. *Blood* 1997; 89: 2079-88.
 Greenberg PL, Tuechler H, Schanz J, Sanz G et al.: Revised International Prognostic Scoring System for Myelodysplastic Syndromes. *Blood* 2012, 120: 2454-2465.
 Malcovati L, Hellstrom Lindberg E, Bowen D, Ades L, Cermak J et al.: Diagnosis and treatment of primary myelodysplastic syndromes in adults: recommen-

dations from European LeukemiaNet. *Blood* 2013, 122: 2943-2964.
 Khoury JD, Solary E, Abla O, Akkari J et al.: The 5th edition of WHO classification of Haematolymphoid tumours: Myeloid and Histiocyte/Dendritic Neoplasms. S 1-17. In: *The WHO Classification of Haematolymphoid Tumours, 5th Edition*. Springer Nature Leukemia 2022. www.nature.com/leu
 Bernard E, Tuechler H, Greenberg P, Hasserjian RP et al.: Molecular International Prognostic Scoring System for Myelodysplastic Syndromes. *New Engl J Med Evid* 2022, 1: 1-14.

Pacient s epilepsií u praktického lékaře II. část



MUDr. Jana Amlerová

Neurologická klinika 2. LF UK a FN Motol



MUDr. Jana Zárubová

Neurologická klinika 2. LF UK a FN Motol
Neurologie, Medicon, a.s., Praha

Úvod

Druhý článek věnovaný problematice epilepsie je zaměřen na popis systému diferencované péče o pacienty s epilepsií a současné možnosti léčby, včetně tzv. záchranné medikace.

V České republice žije téměř 100 000 nemocných s aktivní epilepsií. Nejméně dalších 160 000 osob se pro epilepsii v průběhu života léčilo nebo stále léčí, ale jsou více než 5 let v remisi. Epilepsie a epileptické syndromy různého typu se vyskytují ve všech věkových kategoriích. Jsou to chronická, heterogenní, často vzácná onemocnění, která vyžadují diferencovanou a často vysoce specializovanou péči. Zdravotní péči zajišťují pacientům obory neurologie nebo dětské neurologie v úzké spolupráci s ostatními klinickými a diagnostickými obory, včetně praktických lékařů.

Systém neurologické péče o pacienty s epilepsií

Dle rozsáhlých metaanalýz lze při správně strukturované péči plně kompenzovat 70-80 % pacientů s epilepsií. Zbývajících 20-30 % pacientů je farmakorezistentních, tedy i přes optimální farmakologickou léčbu nejsou bez záchvatů. V těchto případech se jedná často o vzácná onemocnění a o situace, které vyžadují komplexní mezioborovou a vysoce specializovanou péči. Tyto pacienty je třeba koncentrovat k poskytovatelům zdravotních služeb, kteří jsou schopni takovou péči poskytnout.

Epileptologická péče je zajišťována sítí poskytovatelů ve formě lůžkové a ambulantní zdravotní péče a probíhá na čtyřech úrovních. **Na úrovni 1** je poskytována lékaři se specializovanou způsobilostí v oboru **neurologie (nebo dětská neurologie)** a **na úrovních 2 až 4** lékaři se specializovanou způsobilostí v oboru neurologie (nebo dětská neurologie), kteří absolvovali školící pobyt na pracovišti poskytujícím komplexní epileptologickou péči včetně chirurgické léčby, ukončený testem a kladným závěrečným hodnocením garanta, dále **epileptolog**. Seznam epileptologů je dostupný na webu České ligy proti epilepsii ČLS JEP, <https://www.clpe.cz/seznam-epileptologu>.

Farmakorezistentní epilepsie

Farmakorezistentní epilepsie je Mezinárodní ligou proti epilepsii definována jako selhání dvou adekvátně zvolených, dostatečně dávkovaných a tolerovaných protizáchvatových léčiv, antiseizure medication (ASM), v monoterapii či kombinované terapii. Mezi rizika farmakorezistentní epilepsie patří: vyšší úmrtnost (např. riziko náhlého úmrtí u pacientů s epilepsií – sudden death in epilepsy, SUDEP), častější úrazy, kognitivní a psychiatrické poruchy, zátěž plynoucí z nutnosti opakovaných hospitalizací, nežádoucích účinků podávané léčby, ale i vyčlenění z kolektivu (stigmatizace). S ohledem na zmíněná rizika farmakorezistentní epilepsie je nutné věnovat pozornost i pacientům s rizikem farmakorezistence, tedy nedostatečnou nebo chybějící odpovědí na léčbu jedním antiepileptikem v maximální tolerované dávce. Tito nemocní musí být vyšetřeni ambulantním epileptologem. V případě, že se epileptologovi nedaří dostat záchvaty pod kontrolu dvěma ASM a/nebo do 2 let od začátku onemocnění, musí být pacient co nejdříve odeslán do specializovaného centra pro epilepsie, které nabízí komplexní diagnostiku a posouzení včasné indikace některé z alternativ farmakologické léčby epilepsie (např. resekční epileptochirurgie, neurostimulační léčba, ketogenní dieta).

Léčba epilepsie

Léčbu je důležité volit individuálně, „šít na míru“, holisticky. Významnou součástí léčby epilepsií jsou režimová opatření (např. dostatečný spánek), racionální strava či dostatek pohybu. Spojení střevního mikrobiomu a zdravého životního stylu s průběhem vlastního onemocnění a rozvojem rezistence na podávané léky jsou aktuální témata v experimentální i klinické epileptologii. Omezení známých provokačních faktorů (např. spánkové deprivace, fotostimulace) umožňuje u některých typů epilepsií farmakologickou léčbu minimalizovat, a ve

Tabulka č. 1: Epileptologická péče v ČR

Úroveň péče		Typ zdravotnického zařízení	Poskytované služby
1	Neurolog Dětský neurolog	Ambulantní a lůžková péče v oboru neurologie	Základní diagnostika. Zahájení léčby. Sledování pacientů s kompenzovanou epilepsií.
2	+ Epileptolog	Ambulantní a lůžková péče v oboru neurologie	Péče o pacienty s obtížně kompenzovatelnou epilepsií, s diagnostickými problémy.
3	+ Epileptolog	Ambulantní a lůžková péče v oboru neurologie disponující video-EEG vyšetřením	Péče o pacienty s farmakorezistentní epilepsií nebo s nevyřešenými diferenciálně-diagnostickými problémy. „Referují“ pacienta v případě potvrzené farmakorezistence do CVSP k posouzení možnosti resekčního nebo neurostimulačního operačního řešení
4	+ Epileptolog	Centra vysoce specializované péče (CVSP) Ambulantní a lůžková péče v oboru neurologie, disponující invazivním video-EEG	Komplexní diagnostická, léčebná, včetně operační, psychologická, rehabilitační a psychosociální péče, péče o vzácné epilepsie, včetně konzultací v systému Evropské referenční sítě

vzácných případech dokonce ASM nenasadit či stávající léčbu postupně vysadit.

Zahájení léčby protizáchvatovou medikací je nezbytné v případech, kdy je riziko opakování záchvatu vysoké, případně jde-li o rizikové jedince (např. seniory, pacienti s komorbiditami). Cílem léčby je kontrola ohrožujících záchvatů lékem s minimem nežádoucích účinků tak, aby byla zachována vysoká kvalita života pacientů.

Po nasazení prvního léku se podaří dosáhnout bezzáchvatovosti u téměř poloviny pacientů. Pokud i nadále záchvaty přetrvávají, vybíráme jiné ASM pokud možno v alternativní monoterapii, to vede k remisi u dalších 13 % pacientů. Při neúspěchu je nutná kombinovaná terapie. Polyterapie má být racionální, ideálně s využitím kombinace ASM s odlišným mechanismem účinku.

Výběr vhodné ASM pro konkrétního pacienta je ovlivněn celou řadou faktorů. V první řadě je to typ záchvatů či epilepsie, která se u daného člověka vyskytuje. S narůstajícím významem genetického vyšetření se nejen v dětské epileptologii podařilo identifikovat geneticky podmíněné syndromy, pro které jsou vhodná specifická ASM (např. syndrom Dravetové a stiripentol). Dále je třeba zohlednit věk pacienta, pohlaví (některá ASM jsou nevhodná pro ženy ve fertilním věku) a také komorbidity a konkomitanti medikaci. Podávání ASM je ve většině případů dlouhodobé, pro řadu pacientů celoživotní, a je proto vhodné vybírat léky s vysokým potenciálem setrvání na léčbě (tzv. retention rate) bez chronické toxicity.

V posledních letech do klinické praxe vstoupilo několik nových ASM se slibným terapeutickým potenciálem

a dobrou snášenlivostí např. cenobamát, perampnel nebo brivaracetam.

Dobrá kontrola záchvatů je spojena s menším výskytem přidružených komplikací, jako jsou psychiatrické komorbidity (deprese, úzkost), může zabránit narušení kognitivních funkcí a umožnit lidem s epilepsií zachovat si svůj společenský status.

Monitorování efektu léčby probíhá zejména na základě informací od pacienta nebo jeho okolí (aplikace Helpilepsy, záchvatové deníky).

Záchranná medikace pro pacienty s epilepsií

Záchranná neboli „rescue“ medikace má v některých situacích nezastupitelnou roli. Ukončení protražovaného tonicko-klonického záchvatu krátkodobě působícím lékem 1) snižuje riziko vzniku epileptického statusu, který je život ohrožujícím stavem, 2) umožňuje vyhnout se transportu do nemocnice, čímž snižuje celkové náklady na péči 3) výrazně snižuje mortalitu i morbiditu pacientů s epilepsiemi 4) je žádoucí ve specifických situacích jakou je např. gravidita. Jinou situací, kdy lze využít záchrannou medikaci, jsou pacienti s dlouho trvající auroou, kdy podáním lze zabránit rozvoji záchvatu s poruchou vědomí.

Využití záchranného léčivého přípravku v přednemocniční péči předpokládá jeho jednoduchou aplikaci, kterou mohou provádět i laici. Po dlouhá léta byl takovým lékem pouze rektální diazepam. V současné době je k dispozici midazolam aplikovaný buďálně, jehož farmakologický profil je výhodnější (rychlejší nástup účinku) a forma aplikace je pro pacienta i přítomné svědky méně

stigmatizující. Jediným registrovaným léčivým přípravkem v České republice je Buccolam®, který je dle SPC indikován k léčbě dlouhotrvajících, akutních, konvulzivních záchvatů u kojenců, batolat, dětí a dospívajících (od 3 měsíců do <18 let). U dospělých ho lze předepsat, pokud nelze použít nebo nebyl při předchozím použití dostatečně účinný rektální diazepam a pacient s postupem souhlasí.

Další možnosti léčby epilepsie

U pacientů s potvrzenou farmakorezistencí má přijít na řadu úvaha o dalších léčebných možnostech. Epileptochirurgický výkon, při kterém je odstraněna oblast mozku, ze které vycházejí záchvaty, je možný v případě fokálních epilepsií, u kterých se podaří identifikovat epileptogenní zónu. Čím dříve se pacient dostane k chirurgické léčbě, tím větší je pravděpodobnost, že

pooperační průběh bude z hlediska záchvatů příznivý. Další možností pro pacienty, kteří nejsou vhodnými kandidáty k resekční léčbě, je léčba stimulační. Nejčastěji jde o stimulaci vagového nervu tzv. vagovým stimulatorem, který využívá dráždění levého bloudivého nervu pomocí implantované elektrody a generátoru. Aktuálně je možná i neinvazivní stimulace vagového nervu přes levý ušní boltec – aurikulární stimulator. Tato metoda má pro pacienty atraktivní spojení s mobilní aplikací, díky které se mohou aktivně podílet na managementu své nemoci a sami si mohou regulovat intenzitu stimulace. Výjimečně lze uvažovat i o hluboké mozkové stimulaci. U vzácných, geneticky podmíněných epilepsií je léčba specifická, často léčivý z tzv. orphan drugs nebo ketogenní dietou.

Literatura:

1. Věstník MZ ČR, roč. 2020, č. 13. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2020/12/Vestnik-MZ_13-2020.pdf.
2. Kolektiv autorů. Soubor minimálních diagnostických a terapeutických standardů u pacientů epilepsií. EpiStop 2021.

3. Zárubová J, Marušíč P. Novinky v léčbě epilepsie. Neurol. praxi 2021; 22(3): 176–181.
4. Brázdil M. Léčba epilepsie – update. Med. praxi 2011; 8(11): 478–480.

6.

LÉKAŘSKÁ KONFERENCE

2. - 3. června 2023
Hotel Olšanka,
Táboritská 23/1000, Praha 3

Přednášející:

- doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D.
- MUDr. Ludmila Bezdíčková
- MUDr. Ladislava Buková a další osobnosti

VŠEOBECNÝ
LÉKÁŘ



Přednášky:

- Současné trendy v diagnostice a léčbě pacientů s NAFLD/NASH v ordinaci VPL
- Očkování v ordinaci VPL
- Spolupráce VPL a úřadu práce a další zajímavá témata



Program konference:
www.vseobecnylekar.cz/lekarskakonference/

Perinatální duševní zdraví II



MUDr. Jana Krzyžánková

VPL Zlín, zlínská krajská koordinátorka Úsměvu mámy

Opět po roce se 11. 11. 2022 konala konference řešící psychiku maminek. Na perinatální období se psychiatrie dívá jako na dobu těhotenství a rok po porodu, na rozdíl od ostatních oborů. Ačkoli je to pro VPL okrajové téma, díky „prohlídce na těhotenskou průkazku“ máme možnost preventivně zasáhnout, a tím zlepšit dlouhodobě nejen psychické zdraví nastávajících maminky, ale i zdraví společnosti v následujících letech. Novinky se dočtete následujících odstavcích.

Prevalence perinatálních duševních poruch v ČR a jejich příznaky

MUDr. Antonín Šebela, Ph.D.

Stále platí, že se téměř u 20 % čerstvých matek do roku po porodu dítěte nebo už během těhotenství vyvine psychický stav, který splňuje kritéria psychiatrického onemocnění. To se většinou vyvíjí postupně. Nejčastěji jsou to deprese, úzkosti a OCD. V médiích často skloňovaná poporodní psychóza je vzácná (a většinou nasedá na předchozí psychiatrickou chorobu - bipolární afektivní poruchu 80 %, schizofrenii 10 %, těžkou depresi 4 %).

Podle posledních výzkumů je 75 % psychicky nestabilních maminek bez léčby. V Británii bylo vyčísleno, že následná péče o matku a dítě (o které se jeho matka nedokáže postarat) stojí společnost ročně cca 8,1 bilionu liber (Bauer, 2014).

V posledních dvou letech pilotní screeninový program odhalil 487 žen (z 2249), které byly následně randomizovány do intervenční fáze a rozděleny do intervenční a kontrolní skupiny. Následný follow-up po 6 týdnech prokázal, že ženy z intervenční skupiny (peer podpora) měly **dvakrát větší šanci**, že se u nich v 6. týdnu po porodu **nebudou vyskytovat** klinicky významné příznaky deprese (OR = 2,25; 95 % CI: 1,01 – 5,02; p = 0,048).

Poslední výzkumy ukazují, že estrogenové receptory jsou i v amygdale a účastní se v serotoninové kaskádě. Ženy s premenstruační dysforickou poruchou a ženy, které měly psych. potíže při užívání HAK mají vyšší riziko poporodní deprese. Zde máme jako VPL skvělou možnost intervence (při prohlídce na těhotenskou průkazku můžeme o možnosti selhání psychiky maminám říct, nebo přímo odkázat na Úsměv mámy).

Perinatální duševní zdraví a jeho vliv na strukturu mozku v mladé dospělosti

Klára Marečková, Ph.D., M.Sc.

Paní doktorka nám představila výsledky svého výzkumu vycházejícího z dlouhodobé evropské studie těhotenství a dětství, které začalo sledováním psychického zdraví nastávajících matek v letech 1991–1992.

Během perinatálního období probíhá turbulentní rozvoj mozku. Podle teorie perinatálního programování mohou i drobné změny prostředí mít zásadní dopad na vývoj mozku, který ale pokračuje dál až do mladé dospělosti. Podle MR se stanovoval brainAGE (odchylka mezi věkem mozku a chronol. věkem). Ukázalo se, že stres matky souvisí se sníženým množstvím šedé hmoty mozkové v celém mozku i v oblastech, které s depresí souvisí. Děti depresivních matek mají častěji deprese a mnohem „starší“ mozek než odpovídá chronologickému věku. Zrychlené stárnutí mozku vysvětluje vztah mezi depresivními symptomy matek během těhotenství a jejich potomků mladé dospělosti.

Prevence a léčba depresivních stavů těhotných může mít zásadní vliv na duševní zdraví jejich potomků v budoucnosti (Marečková et al., Biological psychiatry, CNI, 2022).



Otcovství jako životní projekt

PhDr. Martin Jára přinesl pohled na rodičovství z mužského pohledu. Představil ligu otevřených mužů a témata, kterými se zabývají – rozvoj mužského zdraví (suchej únor, mužské truchlení, prevence sebevražd), osobní rozvoj (práce s agresí, zvládnání vzteku, výchova bez násilí) a podporu aktivního otcovství (Den otců, Rodičovská na férovku, Rozchodem rodina nekončí, Mužská cesta otce + dětí, Muž u porodu). Spokojený otec potřebuje s dětmi alespoň jednu expertní aktivitu. Poznamenal, že například rozvod je psychická zátěž srovnatelná s úmrtím bližního a jednoznačně vede k poklesu výkonnosti a je to doba riziková k dekompenzaci psychické (deprese/závislosti).

Zmíněná organizace nabízí i individuální psychologické konzultace více z mužského pohledu.



Psychiatrické léky a těhotenství

MUDr. Patrik Švancer

Porovnávají se rizika léčby pro plod proti riziku neléčené nemoci matky, a tedy zhoršené schopnosti dodržovat správnou životosprávu (kouření, drogy, diabetes) (Kornfield SL et al. J Womens Health, Larchmt, 2017;26:662–9; Zhao L et al. Midwifery. 2017; 54:81–8) a také dopady neléčené nemoci na dítě: malformace, potrat, předčasná poroda, nízká porodní hmotnost, operační porod, přijetí na NJIP (Hansen D et al. Lancet, 2000; 356:875–80; Grote NK et al. Arch Gen Psychiatry, 2010; 67:1012–24). Neléčená deprese a úzkost v těhotenství je nejsilnějším prediktorem poporodní deprese (Robertson E et al. Gen Hosp Psychiatry, 2004; 26:289–95).

Nicméně v SPC se stále píše: „nedoporučuje se“ nebo „zvážit přínos a rizika“. Do roku 2015 fungovala FDA

klasifikace, ale nyní už máme nová data díky přehledovým článkům, meta-analýzám a kohortovým studiím.

Neléčená psych. nemoc je často větším rizikem než léčba.

Riziko relapsu deprese po vysazení medikace je 68 % / s medikací 26 % (Cohen LS et al, JAMA, 2006; 295:499–507; Erratum in: JAMA 2006; 296:170).

U bipolární afektivní poruchy po vysazení je relaps 2x častější, medián doby do relapsu 4x kratší (Viguera AC, et al. Am J Psychiatry, 2007; 164:1817–24).

Vždy se snažíme léčit účinně co nejkratší dobu a nejmenší účinnou dávkou, pokud možno monoterapií, a kde stav umožňuje, i nefarmakologicky.

Na co si dát pozor:

- **Vrozené vady:** mírně zvýšené riziko malformací (TCA), zejména srdečních vad; existuje podezření u paroxetinu (srdeční vady) a fluoxetinu (malformace obecně)
- **Gynekologické komplikace:** riziko spontánního potratu (paroxetin, venlafaxin), riziko předčasného porodu (všechna AD, ale také neléčená psych. nemoc), nadměrné krvácení a anemie po porodu (zejména SSRI); **Novorozenecké komplikace:** cca u ¼ exponovaných dětí v prvních dnech svalový třes, poruchy motoriky, dechová tíseň (zejména fluoxetin, venlafaxin, paroxetin)
- **Výběr antidepressiv:** léky volby jsou sertralin, escitalopram, ev. i mirtazapin – riziko zhoršené poporodní adaptace se snižuje při kojení; potenciálně rizikové jsou venlafaxin, fluoxetin, TCA.

Léčba psychiatrických těhotných patří psychiatrovi, ale při prohlídce na těhotenskou průkazku můžeme upozornit na rizika alibistického vysazení léčby nebo doporučit aspoň zvýšený dohled.

Psychiatrické léky a kojení

P. Švancer

Kojení je nenahraditelné z pohledu dítěte jako zdroj dokonalé na míru připravené výživy, i zdroj protilátek, pocitu bezpečí, snižuje výskyt obezity a KV nemocí v dospělosti a také je prevencí špatné poporodní adaptace/ syndromu z vysazení: např. u mirtazapinu kojení novorozenci 18.6 % vs. nekojení novorozenci 54.5 % (p = 0.024) (Smit et al. Journal of Clinical Psychopharmacology, Vol 35, No 2, April 2015). Zastavení kojení může

vést ke zhoršené psychice maminky a samo o sobě není efektivní profylaxií poporodní psych. epizody.

Perzistující poporodní deprese matky má zásadní vliv na dítě: 5x častější poruchy chování v 3,5 letech, horší známky z matematiky v 16 letech, až 7,5x častější deprese v 18 letech věku (Netsi et al., JAMA Psychiatri, 2018). Samozřejmě nesmíme zapomenout na nebezpečí relapsu původní nemoci, která může vést až k nejhoršímu scénáři – rozšířené sebevraždě. Např. riziko relapsu po porodu pro bipolární pacientky je bez medikace (66 %, 95 % CI = 57, 75) a s medikací (23 %) (Wesseloo R et al. Risk of Postpartum Relapse in Bipolar Disorder and Postpartum Psychosis: A Systematic Review and Meta-Analysis, Am J Psychiatry 2016; 173:117–127).

Dnes jsou již bezpečnostní data pro olanzapin, haloperidol, risperidon, se kterými je kojení možné, nevhodné je užívání lithia, není-li jiná možnost. Z bezpečných anxiolytik lze jmenovat midazolam, alprazolam, ev. lorazepam, z hypnotik má nejlepší data zopiclon, ačkoli do mléka nejméně přechází zolpidem. Z antidepresiv je nejbezpečnější sertralin, následuje paroxetin a citalopram. Tedy v každé lékové skupině existují léky s kojením slučitelné, a není tedy důvod nechat maminku psychicky nestabilní, naopak je zde velké potenciální zlepšení kvality péče o dítě a vývoj normální vztahové vazby.

V případě pochybností můžete své pacientky konzultovat s Poradnou pro těhotné a kojící v NUDZ (J. Hanka, A. Šebela, P. Švancer), Topolová 748, Klecany, tel.: 283 088 244, e-mail: ambulance@nudz.cz.

Trauma v kontextu mateřství

Mgr. Sylvie Zemanová

Psychické trauma vzniká často nečekaně v náročné situaci, která vyčerpá všechny kompenzační mechanismy a dostane ženu do situace absolutní bezmoci, strachu a ztráty kontroly. Toto může nastat při komplikovaných porodech, akutních cisařských řezech, které nejsou dobře vykomunikovány; opakované nešetrné a boles-

tivé vyšetřování, pohrdlivé chování členů rodiny nebo zdravotníků pocit bezmoci ještě prohlubují. Mohou se objevit poruchy spánku, noční můry, flashbacks, omezená schopnost projevovat a kontrolovat emoce (např. neschopnost milovat). Může docházet k opakované traumatizaci - nové spouštěče v nové roli. Někdy negativní vzpomínky následované paralýzou může vyvolávat i dítě. V akutní fázi může pomoci krizová linka a následně na tělo zaměřená terapie. V kontaktu se zdravotníky se potřebuje traumatizovaná žena cítit v bezpečí. Psychické trauma je vyléčitelné psychoterapií.

Take home message/ shrnutí

1. Každá 5. žena po porodu má psychické potíže, které splňují kritéria psychiatrické diagnózy. Přesto je stále 75 % maminek bez léčby.
2. Vysazení psychiatrické medikace v průběhu těhotenství vede k relapsu u 1/2 neléčené bipolární poruchy a 1/4 neléčené schizofrenie.
3. Neléčené úzkosti a deprese matky v 1. polovině těhotenství vedou ke zrychlenému stárnutí mozku se sklonem k psych. obtížím u jejich dětí.
4. SSRI (zejména sertralin) jsou v těhotenství i kojení bezpečné. Stejně jako nízké dávky alprazolamu. Z hypnotik nejbezpečněji vychází zopiclon.
5. Kojení snižuje riziko syndromu z vysazení u psychiatricky léčených matek.
6. Poporodní psychóze se dá předejít (i farmakologickým) zajištěním spánku maminky.
7. Trauma se může zhojit, je-li adekvátní podpora maminek.
8. Praktický lékař má mimořádnou příležitost vytipovat rizikové maminky (OA: psych. nemoc, dysforická premenstruační porucha, deprese při braní HAK, plánovaný S.C.) a objednat je po porodu na psychologii, ev. odkázat na Úsměv mámy, a tím zlepšit nejen zdraví matky, ale i jejího potomka.

Od jakého věku povolit požívání alkoholu



MUDr. Karel Nešpor, CSc.
Psychiatrická léčebna Praha

PhDr. Ladislav Csémy

Úvod

Bezprostředním podnětem k napsání této práce byl návrh národního protidrogového koordinátora, aby byl povolen prodej některých alkoholických nápojů osobám od 16 let. Doufáme, že k tomu nedojde, protože by to dospívající podstatným způsobem poškodilo.

Druh alkoholického nápoje

S jistotou mírou zjednodušení lze říci, že 2 dcl vína, půl litru piva nebo 0,5 dcl destilátu obsahují přibližně stejné množství alkoholu. Rizika různých druhů alkoholických nápojů jsou velmi podobná. Snížení věku pro povolené pití alkoholu určitého nápoje by vedlo k jeho podstatně snazší dostupnosti a k jeho vyšší spotřebě. To by s sebou přineslo četná rizika, o nichž se zmiňujeme dále. Např. snížení povoleného věku pro pití alkoholu na 16 let bylo spojeno s jeho vyšší spotřebou v příslušné věkové skupině a k tomu, že častěji docházelo k hospitalizacím kvůli otravám alkoholem (Ahammer et al., 2022).

Vliv alkoholu na dospívající mozek

Dospívání mozku je dovršeno až ve 25. roce věku (Arain et al., 2013). Alkohol dospívající mozek poškozuje podstatně více než mozek dospělého (Squeglia et al., 2015; Pfeifferbaum et al., 2018). Jedná se o škody, které se týkají struktury mozku i jeho fungování (Lees et al., 2020). To pak souvisí s dále zmiňovaným neprospěchem a rychlejším rozvojem závislosti na alkoholu. Svého času jsme odhadli, že pití alkoholu vedlo v Česku k tomu, že u téměř 50 tisíc dospívajících narozených v letech 1994 a 1995 byl nepříznivě ovlivněn neurokognitivní vývoj (Csémy a Nešpor, 2013).

Nejčastější příčiny úmrtnosti dospívajících a mladých dospělých

- Materiály americké vládní instituce NIAAA uvádějí, že alkohol se podstatně podílí na mortalitě a úrazech

dospívajících a mladých dospělých, konkrétně jde o dopravní nehody, násilné jednání, sebevraždy, otravy alkoholem, pády, popáleniny a utonutí. Jedná se tedy o nejčastější příčiny smrti v této věkové kategorii. Dospívající mají velkou tendenci riskovat a alkohol to umocňuje. O souvislostech mezi alkoholem a úrazy u dospívajících svědčí např. práce autorů Sindelar et al. (2004).

- Zvýšení věkové hranice povoleného pití alkoholu, vedlo v USA ke snížení počtu smrtelných dopravních nehod u dospívajících (DeJong et al., 2014; McCart et al., 2010).

Nechtěná těhotenství a sexuálně přenosné nemoci

Dospívající intoxikovaný alkoholem se spíše stává obětí sexuální agrese nebo se jí spíše dopustí (např. Borowsky et al., 1997).



Další rizika

- Sem patří neprospěch, selhávání ve škole nebo horší studijní výsledky.
- Rozvoj závislosti na alkoholu. Ta vzniká v dospívání podstatně rychleji než v pozdějších letech.
- Alkoholické nápoje u dospívajících zvyšují riziko agresivního jednání a násilných konfliktů (Taniguchi et al., 2022). Lze také poukázat na souvislost mezi pitím alkoholu u dospívajících a násilnou trestnou činností (Carpenter et al., 2015).
- U dospívajících pijících alkoholické nápoje se častěji objevují vztahové problémy.
- U dospívajících, kteří zneužívají alkohol, bylo zjištěno vyšší riziko sebevražedných pokusů (Sher et al., 2006).
- U dospívajících dochází často k pití alkoholických nápojů v tazích. To je zvláště nebezpečné vzhledem k dalším komplikacím včetně poškození mozku

(Obroy et al., 2022).

- Romelsjö et al. (2012) zjistili, že většina problémů, které alkohol působí dospívajícím, je vyvolána relativně umírněným pitím. Důvodem je skutečnost, že takových dospívajících je podstatně více než těch, kdo pijí masivně nebo jsou závislí.
- Zvýšení věkové hranice pro pití alkoholu snižuje mortalitu na chronické nemoci působené alkoholem v průběhu dalšího života (Plunk et al., 2016).

Souhrn a závěr

Pití alkoholu ohrožuje zdravý vývoj dospívajících v mnoha směrech. Ze zdravotního hlediska by bylo vhodné zvýšit věkovou hranici pro pití alkoholu na

21 let, jako je tomu v USA. Pro zajímavost dodáváme, že ke zvýšení věkového limitu z 18 na 20 let došlo i v Litvě. Návrhy, aby se věková hranice pro pití alkoholu snížila z 18 na 16 let, považujeme za krajně nevhodné. Oslabuje se tak autorita rodičů a školy při prevenci škod působených alkoholem u dospívajících. V Česku není alkohol ve vínu a pivu zdaněn. To přispívá k nízké ceně alkoholických nápojů a jejich vysoké spotřebě. Alkohol ve zmíněných nápojích je třeba zdanit a věkovou hranici pro pití alkoholu zvýšit, nebo alespoň zachovat.

Literatura

Ahammer A, Bauerschuster S, Halla M, Lachenmaier H. Minimum legal drinking age and the social gradient in binge drinking. *J Health Econ.* 2022; 81:102571.

Arain M, Haque M, Johal L et al. Maturation of the adolescent brain. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2013; 9:449-61.

Borowsky IW, Hogan M, Ireland M. Adolescent sexual aggression: risk and protective factors. *Pediatrics.* 1997; 100(6): E7.

Carpenter C, Dobkin C. The Minimum Legal Drinking Age and Crime. *Rev Econ Stat.* 2015; 97(2):521-524.

Csémy L, Nešpor K. Kolik dospívajících je v Česku ohroženo postižením mozku při zneužívání alkoholu? *Čes-slov Pediatr* 2013; 68 (6): 380-384.

DeJong W, Blanchette J. Case closed: research evidence on the positive public health impact of the age 21 minimum legal drinking age in the United States. *J Stud Alcohol Drugs Suppl.* 2014; 75 Suppl 17:108-15.

Lees B, Meredith LR, Kirkland AE et al. Effect of alcohol use on the adolescent brain and behavior. *Pharmacol Biochem Behav.* 2020; 192:172906.

McCartt AT, Hellinga LA, Kirley BB. The effects of minimum legal drinking age 21 laws on alcohol-related driving in the United States. *J Safety Res.* 2010; 41(2):173-81.

NIAAA: Underage Drinking. Dostupné z: www.niaaa.nih.gov, cit. 29. 1. 2023.

Obroy JD, Landin JD, Vaughan DT et al. Adolescent alcohol exposure reduces dopamine 1 receptor modulation of prefrontal neurons projecting to the

nucleus accumbens and basolateral amygdala. *Addict Neurosci.* 2022; 4:100044.

Pfefferbaum A, Kwon D, Brumback T et al. Altered Brain Developmental Trajectories in Adolescents After Initiating Drinking. *Am J Psychiatry.* 2018; 175(4):370-380.

Plunk AD, Krauss MJ, Syed-Mohammed H et al. The Impact of the Minimum Legal Drinking Age on Alcohol-Related Chronic Disease Mortality. *Alcohol Clin Exp Res.* 2016; 40(8):1761-8.

Romelsjö A, Danielsson AK. Does the prevention paradox apply to various alcohol habits and problems among Swedish adolescents? *Eur J Public Health.* 2012; 22(6):899-903.

Sher L, Sperling D, Zalsman G et al. Alcohol and suicidal behavior in adolescents. *Minerva Pediatr.* 2006; 58(4):333-9.

Sindelar HA, Barnett NP, Spirito A. Adolescent alcohol use and injury. A summary and critical review of the literature. *Minerva Pediatr.* 2004; 56(3):291-309.

Squeglia LM, Tapert SF, Sullivan EV et al. Brain development in heavy-drinking adolescents. *Am J Psychiatry.* 2015; 172(6):531-42.

Taniguchi H, Shaikh MA. Prevalence and correlates of physical fighting among adolescents in Paraguay: Findings from the 2017 national school-based health survey. *PLoS One.* 2022; 17(12): e0279402.

Dvě kazuistiky se stejným začátkem a odlišným koncem: Dopad nekontrolované hypertenze na cílové orgány, aneb cesta hypertonika k nesoběstačnosti



MUDr. Eva Kociánová, Ph.D.

I. interní klinika – kardiologická FN a LF UP, Olomouc

Při léčbě hypertenze je třeba se více opírat o měření TK mimo ordinaci a screening poškození cílových orgánů (HMOD). Pro snížení KV morbidit a mortality je třeba začít léčit hypertenzi hned při jejím zjištění a dosáhnout cílových hodnot < 130/80 mm Hg u naprosté většiny pacientů, a to včetně mladších.

Pečlivé vyšetření krevního tlaku a přítomnosti poškození cílových orgánů i u mladších osob umožňuje včas nasadit léčbu hypertenze a předejít invalidizujícím důsledkům.

Dva 48letí muži s TK v ordinaci 138/88 mmHg
Mírná hypertrofie levé komory
Další postup

Pacient A: Doporučená úprava životního stylu –
do 5 let CMP

Pacient B: Došetření ABMP a výpočet KV rizika
– včasné nasazení antihypertenzní léčby
– nutná trojkombinace antihypertenziv
Pravidelné kontroly, motivace a zodpovědný přístup pacienta zajistily dobrou prognózu a ovlivní kvalitu života pacienta v následujících letech.

Dvě kazuistiky

Dva 48letí muži, nekuřáci, bez předchozí interní anamnézy, u nichž byl při předoperačním vyšetření naměřen TK v ordinaci 138/88 mm Hg, byli odesláni na echokardiografické vyšetření. Subjektivně byli oba bez příznaků, pouze uváděli mírný pokles výkonnosti.¹

Pacient A

U prvního pacienta byla ve výsledném v echokardiografickém nálezů uvedena normální ejekční frakce levé komory (EF LK) 60 %, absence chlopenní vady, mírná hypertrofie LK, předozadní průměr

levé síně 40 mm a normální E/A poměr (poměr rychlosti proudění krve mitrální chlopní při pasivním (E) a aktivním (A) plnění levé komory). Kardiolog při vyšetření žádnou významnou patologii neshledal, ponechal tohoto muže zatím bez intervence a doporučil mu úpravu životního stylu. K razantnější změně životního stylu po delší časové období nedošlo a zdravotní stav pacienta se po pěti letech zkomplikoval první ischemickou cévní mozkovou příhodou. V 53 letech má tak značně sníženou kvalitu života a sníženou soběstačnost.¹

Nositelům zdravotních rizik je u pacientů s hypertenzí HMOD. Projevuje se jako zvýšená arteriální tuhost, hypertrofie levé komory, poškození renálních funkcí, ischemická choroba dolních končetin a nebo retinopatie. HMOD se vyskytuje u všech kategorií vysokého krevního tlaku a podle dostupné literatury 2–3násobně zvyšuje riziko KV příhod. Pro screening HMOD vhodný pro každého pacienta s podezřením nebo diagnózou arteriální hypertenze jsou nejužitečnější eGFR a hladina kreatininu, poměr albumin: kreatinin v moči (ACR) a detekce hypertrofie levé komory.¹

Vzhledem k tomu, že je HMOD v časných stádiích reverzibilní, je důležitý jeho opakovaný skrining. Detekci HMOD a stanovení KV rizika je třeba provést u každého hypertonika na začátku léčby a poté u pacientů bez HMOD minimálně 1x za 2 roky a u pacientů s HMOD nejméně 1x ročně (obr. 1).¹

Klíčem k prevenci HMOD je konzistentní kontrola TK. Významným parametrem kompenzace je procento času stráveného s cílovou hodnotou TK, tzv. time at target. Vysoký podíl času s cílovou hodnotou TK je spojen s nižším rizikem infarktu myokardu, CMP nebo úmrtí z KV příčin a nižší celkovou mortalitou.¹

Pro zlepšení prognózy pacientů je třeba začít léčit hypertenzi hned při jejím zjištění, a to včetně mladších pacientů, čtyřicátníků. Ponechat muže s vysokým normálním TK v ordinaci a mírnou hypertrofií LK bez došetření ABMP, dalších potenciálních HMOD a bez výpočtu KV rizika brání včasnému nasazení indikované antihypertenzní léčby a nedává pacientovi motivaci k potřebné úpravě životního stylu.

Obrázek č. 1

Základní screening HMOD	Frekvence vyšetření HMOD
12svodové EKG Poměr albumin : kreatinin v moči (ACR) Sérový kreatinin a eGFR Funduskopie u hypertenze 2./3. stupně	<ul style="list-style-type: none"> • U všech jedinců s vysokým normálním krevním tlakem • Při záchytu hypertenze • V průběhu léčby hypertenze 1x za 2 roky • U pacientů s HMOD / neuspokojivou kompenzací / rezistentní hypertenzí častěji • Echokardiografie racionálně s odstupem nejméně 1 roku • Albuminurie nejlépe při každém vyšetření

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

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

Pacient B

Druhý muž měl rovněž EF LK 60 % a mírnou hypertrofií LK. Jeho kardiolog dopočítal indexovaný objem levé síně (LAVi) 36 ml/m², který byl nad normálním rozmezím. Pečlivější analýza stupně diastolické dysfunkce pomocí tkáňových dopplerovských rychlostí a výsledná klasifikace tvaru diastolického plnění přes mitrální chlopeč jako pseudonormální ho vedlo k odhadu zvýšených plnicích tlaků levých srdečních oddílů. Podle doporučených postupů je v případě vysokého normálního TK (130–139/85–89 mm Hg) vhodné provést ambulantní nebo domácí monitorování TK z důvodu možné maskované hypertenze. Kardiolog provedl ABPM, doplnil skrining orgánového poškození a vypočítal KV riziko. ABMP ukázalo lehkou celodenní systolicko-diastolickou hypertenzi, eGFR (1,43 ml/s), kreatinin (83 mmol/l) a kalium (4,1 mmol/l) byly v normě, zjištěn byl ale zvýšený ACR (2,6 mg/mmol). KV riziko pro následujících 10 let činilo 3,6 %, což u muže mladšího 50 let znamená vysoké KV riziko.

Kardiolog nasadil dvojkombinaci antihypertenziv perindopril 5 mg a amlodipin 5 mg. Po měsíci proběhla kontrola TK pomocí ABMP, která ukázala hodnoty >130/85 mm Hg. Proto byla léčba akcentována na trojkombinaci: perindopril 5 mg, indapamid 1,25 mg a amlodipin 5 mg, kterou máme k dispozici ve formě fixní kombinace např. v přípravku Triplixam. Další kontroly TK cestou ABPM nebo HBPM probíhaly každý měsíc a po roce bylo provedeno kontrolní stanovení ACR a echokardiografie.

Prognóza tohoto pacienta je nejen z důvodu změny životního stylu, ale také aktivního a pečlivého přístupu kardiologa velmi příznivá, zvláště v případě normalizace ACR a regrese hypertrofie levé komory srdeční. Zatímco první popsaný pacient má za sebou CMP s neurologickými následky, druhý muž se těší plnohodnotnému životu.¹

Podle současných doporučení je parametrem s vysokou výpovědní hodnotou o přítomnosti HMOD s nejnižší intra-individuální variabilitou ACR (>3,4 mg/mmol v ranním vzorku moči). Je vhodný i pro plošný screening HMOD. Odráží rychlé změny v kompenzaci TK, v řádu týdnů a měsíců. Hypertrofie LK, která předchází hypertenznímu onemocnění srdce, je odrazem kumulativní zátěže krevním tlakem a projevuje se v průběhu měsíců až let a hodí se k predikci prognózy pacienta.¹

Prevenčí rozvoje HMOD je rychlé a dlouhodobé dosažení cílové hodnoty TK 120–130/70–80 mm Hg. Podle stávajících doporučení je třeba dosáhnout kontroly TK do 3 měsíců, ideálně s využitím fixních kombinací.² Jak bylo doloženo, na každých 5 mm Hg záleží.³ Pro dlouhodobé dodržování léčby je nutná edukace a motivace nemocného a ideálně i nácvik samostatného kontroly krevního tlaku v domácích podmínkách. Vypočtené KV riziko a nález poškození cílových orgánů těsně souvisí s konkrétními důsledky neoptimálně léčené hypertenze – infarkt myokardu, cévní mozková příhoda, selhání ledvin, zhoršení zraku, erektilní dysfunkce či demence.

Závěr

Při prevenci HMOD je třeba si uvědomit, že nebezpečí hypertenze nezačíná od hodnoty TK 140/90 mm Hg. HMOD se může rozvinout ve všech kategoriích vysokého krevního tlaku a vždy 2–3násobně zvyšuje riziko KV příhod. Nese tak důležitou prognostickou informaci. Výskyt HMOD navíc závisí více na délce trvání elevace TK než na jeho hodnotě. Časnější nástup hypertenze je tak spojen s vyšším rizikem HMOD, a odkládání zahájení farmakologické léčby u mladých osob s lehkou hypertenzí proto není vhodnou strategií. Může vést až ke ztrátě soběstačnosti.

Literatura:

1. Hypertenze v mládí není benigní onemocnění. Medical tribune, roč. XIX č. 1, 17. ledna 2023.
2. Williams B, Mancia G, Spiering W, et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Society of Hypertension (ESH). European heart journal. 2018; 39(33): 3021–3104.
3. Rahimi K, Bidel Z, Nazarzadeh M, et al. Age-stratified and blood-pressure-stratified effects of blood-pressure-lowering pharmacotherapy for the prevention of cardiovascular disease and death: an individual participant-level data meta-analysis. The Lancet. 2021; 398(10305): 1053–1064.

Studujte téma:

Jak se vyvarovat poškození cílových orgánů souvisejícího s hypertenzí?

3
kreditní
body



NOVÝ e-kurz

přináší odpovědi na následující otázky:

Proč je důležité hypertenzi zachytit včas?

Proč neoddalovat zahájení terapie ani u mladých pacientů?

Jaké dopady může mít nekontrolovaná hypertenze na cílové orgány?

Jaké dopady má hypertenze na mozek a rozvoj demence?

Více naleznete na



www.euni.cz

Nedostatek hořčíku se projevuje u stále více lidí

Nedostatek hořčíku se projevuje u stále více lidí. Je způsoben převážně zevními vlivy, chronickým stresem, zvýšenou fyzickou námahou, působením některých léků a samozřejmě i nedostatečným příjmem tohoto minerálu.

Nedostatek hořčíku se projevuje u stále více lidí. Je způsoben převážně zevními vlivy, chronickým stresem, zvýšenou fyzickou námahou, působením některých léků a samozřejmě i nedostatečným příjmem tohoto minerálu. Vyskytuje se u kardiaků, diabetiků, těhotných a kojících žen a lidí pravidelně konzumujících vyšší dávky alkoholu nebo kofeinu. Projevy nedostatku hořčíku jsou s ohledem na důležitost tohoto prvku v organismu velice pestré.

Mezi nejčastější patří mravenčení, svědění, pálení na jazyku, brnění v oblasti rtů, brnění nebo mravenčení prstů, chodidel, svírání na hrudníku až pocit nedostatku vzduchu, pocity bušení, nepravidelné srdeční akce, stavy celkové slabosti, únavy, vyčerpání, bolesti hlavy, zad, závratě až různé křečovitě stavy. Hovoříme již o tzv. manifestní tetanii, projevuje se tzv. porodnickou rukou, kdy prsty jsou křečovitě natažené, palec a malíček jsou pod prostředními třemi prsty (ruka tvoří „špetku“) nebo karpopedálními spasmy (křečovitými ohnutími zápěstí a nataženími nohou), stažením svalstva kolem úst (rybí ústa) či tzv. laryngeálním spasmem – pocitem stažení hrdla (globus hystericus) a potíže při polykání. Nízký obsah hořčíku v organismu je často doprovázen i nízkou hladinou serotoninu, v důsledku čehož se přidružují potíže psychické – sklony ke zvýšené plačtivosti, pocity strachu, úzkosti i deprese nebo psychosomatická onemocnění.

Jak již bylo zmíněno, projevem nedostatku hořčíku jsou i bolesti hlavy. Dnešní uspěchaná doba, nedostatek odpočinku, stresy, přemíra pracovního vytížení a nepravdivá a nesprávná životospráva se podepisují na zdravotním stavu i u mladé generace. Kromě častých projevů tetanie jsou to právě i tenzní až migrenózní bolesti hlavy. Tenzní bolest bývá častější, objevuje se většinou odpoledne, v podvečer a po práci. Lokalizuje se do oblasti spánků a čela, úlevu přináší klid, nejlépe ulehnutí se zavřenýma očima, tlak na spánky a kořen nosu, doplnění chybějících tekutin a hořčíku a nejvíce relaxace v podobě spánku.

Migréna je ještě intenzivnější bolest hlavy postihující i jen polovinu hlavy, mívá často pulzující charakter, bývá spojena s pocity nevolnosti až se zvracením, zhoršuje se při hluku, světelných impulzech, trvá až 3 dny a může být i příčinou pracovní neschopnosti. U některých pacientů se objevuje tzv. aura, většinou světelná, kdy se před nástupem samotných bolestí hlavy objevují různé světelné efekty až po výpadky zorného pole, podle charakteru aury se rozeznávají i aury jiné, motorické, senzitivní nebo řečové. Podkladem těchto projevů jsou cévní změny, zúžení a následně rozšíření průsvitu mozkových cév. Dostatečným přísunem hořčíku do těla snížíme riziko změn v krevních cévách a můžeme tak jednoduše a „levně“ odstranit bolesti hlavy. Studiemi bylo prokázáno, že lidé trpící těmito bolestmi mají i nedostatek hořčíku v organismu. Nelze se vůbec spoléhat na vyšetření hořčíku v krvi, protože hladina sérového Mg je v plazmě většinou zcela normální a nemá vypovídající hodnotu o obsahu tohoto minerálu v našem těle. V profylaxi bolestí hlavy se užívají mnohdy zbytečně nákladné léky, nejčastěji antiepileptika, a přitom stačí tak málo a dostatečnou saturací organismu magnéziem můžeme významně zlepšit kvalitu života našich pacientů.

V ambulanci praxi používám v léčbě pro jeho mimořádně dobrý klinický efekt granulát Magnosolv. Tento lék je navíc možné podávat v době těhotenství a kojení, kdy je užívání mnoha jiných léčiv kontraindikováno. Přípravek Magnosolv obsahuje 365 mg (15 mmol) ionizovaného (tudíž vstřebatelného) hořčíku a ve srovnání s jinými perorálními preparáty obsahujícími Mg představuje jeho nejúčinnější formu perorální suplementace. Moje letité zkušenosti s jeho podáváním zcela korelují s již dostatečnou evidencí pro užívání magnézia v profylaktické terapii migrenózních bolestí hlavy, která je založená na výsledcích několika randomizovaných kontrolovaných studií.

MUDr. Juraj Serafin
neurologická klinika

Zdroj: <https://www.prolekare.cz/tema/metabolismus/detail/nedostatek-horciku-se-projevuje-u-stale-vice-lidi-6708>

Doplňky stravy u onkologických pacientů: Co má smysl doporučit a před čím varovat?

Mnozí onkologičtí pacienti se snaží aktivně zapojit do své léčby, často proto vyhledávají doplňky stravy, které by zmírnily nežádoucí účinky chemoterapie, podpořily jejich imunitu, případně přinesly i další benefity. Sestavili jsme v tomto kontextu stručný přehled s popisem a charakteristikou některých přípravků, které jsou na trhu k dispozici a pacienti se na ně mohou ptát na onkologických pracovištích nebo přímo v lékárnách. Jsou mezi nimi nejen ty, jež jim mohou být v rámci jejich léčby prospěšné, ale i ty, před kterými je lepší varovat.

Co můžeme čekat od doplňků stravy?

Je dobré si občas připomenout, co se skrývá pod pojmem doplněk stravy (DS): Zákon č. 110/1997 Sb., o potravinách a tabákových výrobcích, jej definuje jako potravinu, jejímž účelem je doplňovat běžnou stravu a která je koncentrovaným zdrojem vitaminů a minerálních látek nebo dalších látek s nutričním nebo fyziologickým účinkem. Při uvádění nového DS na trh zákon stanovuje pouze povinnost sdělit Ministerstvu zemědělství ČR označení a informace uvedené na obalu daného přípravku. O jeho účinnosti či bezpečnosti výrobce není povinen se přesvědčit v klinických studiích. Proto nejsou ve většině případů známy ani základní informace, jako je např. absorpce potenciálních účinných látek. Výživová či zdravotní označení se mohou u DS uvádět pouze za určitých podmínek daných evropským nařízením.

Doporučit, nebo ne?

Obecně je vhodné doporučovat pouze přípravky, které mají pevný podklad v kontrolovaných klinických studiích. Taková kvalitní data však většinou nejsou k dispozici. V řadě případů není u DS prozkoumána farmakokinetika účinných látek, a nelze proto vyloučit případné nežádoucí interakce. Užívání DS může zkreslit výsledky léčby (pozitivně i negativně) a pro lékaře je potom obtížné rozlišit, co je příčinou a jak situaci řešit. Ani snaha posílit imunitu nemusí být ve všech případech žádoucí, nevhodná může být např. při užívání léčiv ze skupiny inhibitorů imunitních kontrolních bodů. Z těchto důvodů je vhodné se při probíhající onkologické léčbě potenciálně potentním doplňkům stravy spíše vyhnout.

Ideální je pokusit se nasměřovat pozornost onkologicky nemocného na celkový stav jeho výživy. V některých fázích léčby mohou mukositivity, nauzea, těžká imunosuprese či další komplikace omezovat pacientův jídelníček a na místě je potom cílená nutriční podpora. V lékárnách k ní lze přispět doporučením přípravků tzv.

sippingu k doplnění makronutrientů a energie, bílkovin či vlákniny. Nutriční stav pacienta zásadně ovlivňuje jeho prognózu a dovede daleko významněji ovlivnit snášenlivost protinádorové léčby než jakýkoliv jednotlivý DS.

Vybrané přípravky dostupné na našem trhu

„Vitamin B₁₇“

Vitamin B₁₇ je „vynálezem“ samozvaného amerického vědce z 20. století, který prohlásil, že kyanogenní glykosid amygdalin selektivně zabíjí nádorové buňky a předchází malignitám. V rámci marketingu jej označil jako vitamin B₁₇. Po částečné hydrolyze amygdalin patentoval pro léčbu nádorových onemocnění pod názvem laetрил. Žádná z uvedených forem látky však nikdy nebyla hodnocena v kontrolované klinické studii a teorie jejího protinádorového působení byla vyvrácena v experimentech *in vivo*. V gastrointestinálním traktu (GIT) z amygdalinu vzniká kromě benzaldehydu také kyanid, který ve vyšších dávkách nevratně poškozuje nervovou soustavu.

Medicinální houby

Z medicinálních hub patří mezi oblíbené outkovka pestrá (*Coriolus versicolor*), lesklokorka lesklá (reishi, *Ganoderma lucidum*), housenice čínská (*Cordyceps sinensis*) nebo rezavec šikmý (chaga/čaga, *Inonotus obliquus*). Jsou součástí tradiční čínské medicíny coby podpůrné prostředky k podpoře vitality, obranyschopnosti a také k léčbě nádorových onemocnění. Mezi účinné látky těchto hub patří polysacharidy betaglukany, dále terpenické látky, analoga nukleosidů (např. kordycepin, který *in vitro* působí cytotoxicky) či adaptogeny. Betaglukany mají klinicky prokázaný imunostimulační účinek. Při onkologickém onemocnění mohou pomoci zlepšit snášenlivost chemo- a radioterapie a dále mohou pomáhat při infekčních onemocněních.

ImunoBran, BioBran

Původně japonský přípravek obsahuje arabinoxylanový polysacharid MGN-3 získaný z houby houževnatce jedlého (šitake; *Lentinus edodes*) a rýžových otrub. Hemicelulózy se v organismu dokážou vstřebat přes tenké střevo a mají imunomodulační účinky – vyvolávají změny v produkci různých cytokinů (např. interleukinu IL-12), aktivaci NK buněk, dendritických buněk a B a T lymfocytů. Jak shrnuje systematický přehled preklinického testování i klinických zkušeností, přípravek svými účinky může konvenční onkologickou terapii doplnit. V rámci prováděných klinických studií nebyly pozorovány žádné významné nežádoucí příhody.

Graviola

Láhevnik ostnitý (graviola, *Annona muricata*) je peruánský strom, jehož plody, kůra, listy i kořeny se v tradičním léčitelství používají jako sedativum, proti křečím, k úpravě krevního tlaku i glykémie, podpoře trávení a imunitního systému. Extrakty z gravioly vykazaly protinádorové působení v *in vitro* experimentech na různých lidských nádorových buněčných liniích a u zvířecích modelů nádorových onemocnění. Acetogeniny čeledě *Annonaceae* pravděpodobně zasahují do dýchacího řetězce a blokují produkci ATP, což by mělo přednostně ničit nádorové buňky, jež mají výrazně vyšší energetickou spotřebu než zdravé buňky. Klinický průkaz protinádorové účinnosti zatím chybí. Bylo však popsáno, že dlouhodobé užívání gravioly s sebou nese riziko neurotoxicity a poškození jater a ledvin.

Lapacho

Čaj původem z Jižní Ameriky se připravuje z vnitřní kůry stromu *Tabebuia impetiginosa* (červené lapacho). Přisuzuje se mu řada pozitivních účinků včetně inhibičního efektu na růst nádorových buněčných linií. Většina studií byla však provedena pouze *in vitro* nebo na myších modelech a mechanismy účinků zůstávají nejasné. Kvůli potenciálně genotoxickým naftochinonům je od 1. 11. 2018 v Česku zakázáno lapacho (druh *T. impetiginosa*) používat k výrobě potravin včetně čaje, nicméně stále je běžně k dostání *T. serratifolia* (žluté lapacho). Tyto stromy se těží v oblasti Amazonie mnohdy nelegálně, protože jejich dřevo je vyhledávané a drahé. Předpokládá se, že většina přípravků s lapachem jsou pouze vedlejšími produkty dřevozpracujícího (nikoliv potravinářského) průmyslu, a jejich kvalita je proto nejistá. Kvůli podobnosti se pod názvem lapacho prodávají někdy i zbytky mahagonového dřeva.

Ovosan

Údajně účinnou složkou českého přípravku Ovosan jsou specifické vaječné fosfolipidy (PNAE) z ischemizovaných kuřecích embryí. Podle výrobce nemají nádorové buňky enzym ke štěpení PNAE, které se pak hromadí v

biomembránách, ovlivňují jejich permeabilitu a působí cytolyticky. Zdravé buňky jsou naopak schopné PNAE metabolizovat a využít vzniklé látky k syntéze lipidů a fosfolipidů. Čeští výzkumníci publikovali v průběhu 90. let 20. století o PNAE několik článků, které prezentují výsledky *in vitro* a *in vivo* testování. V současnosti se výrobce se omezuje na zveřejňování klinických kauzistik na svých webových stránkách, nikoliv ale v recenzované medicínské literatuře. Recentní a nezávislé zahraniční zdroje nejsou k dispozici.

Penoxal

Penoxal je také původní český výrobek. Obsahuje látku ze skupiny antrachinonů, která je produktem metabolismu houby *Talaromyces purpurogenus*. Dále přípravek obsahuje betaglukany a vitamin C. Výrobce uvádí, že přípravek podporuje imunitu stimulací B a T lymfocytů, usnadňuje zvládnání nežádoucích účinků chemo- a radioterapie, podporuje řádnou funkci GIT, ledvin a jater, přispívá k detoxikaci organismu, nemá nežádoucí účinky (pouze výjimečně průjem) a neinteraguje s jinými preparáty. Stejně jako u Ovosanu nejsou k dispozici nezávislé práce hodnotící Penoxal ani jeho hlavní složku. Objektivně lze pouze konstatovat, že betaglukany a vitamin C mají příznivý vliv na imunitu.

Varumin

Dříve byl mezi pacienty poměrně oblíbený přípravek Varumin z Makedonie, kde byl registrovaný jako léčivo. V Česku je momentálně považován za nelegální, neboť neprošel žádným procesem registrace, a tak nespĺňuje předepsané požadavky na bezpečnost. Jelikož je přípravek dostupný na Slovensku, je vhodné případné zájemce upozornit na stanovisko SÚKL.

Zdroj:

<https://www.prolekare.cz/novinky/doplňky-stravy-u-onkologicky-pacientu-co-ma-smysl-doporucit-a-pred-cim-varovat-133377>

Možnosti registrace:

1. Přes internetové stránky: www.olomouc-svl.cz
2. E-mailem: sekretariat@target-md.com

X kongres
praktických
lékařů

Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP

31. března–1. dubna 2023

Clarion Congress Hotel

Olomouc

- 8.30–9.00 Zahájení**
MUDr. Dana Moravčíková, MUDr. Helena Stárková, MUDr. Otto Herber
- 9.00–10.00 Pneumologie pro praxi**
Odborný garant: MUDr. Petr Jakubec, Ph.D., MUDr. Dana Moravčíková
Vyšetření statických a dynamických plicních funkcí
MUDr. Petr Jakubec, Ph.D.
Vyšetření plicních funkcí v ordinaci praktického lékaře
MUDr. Petr Jakubec, Ph.D.
Poruchy spánku
- 10.00–10.45 Novinky v angiologii**
Odborný garant: doc. MUDr. Debora Karetová, CSc., MUDr. Dana Moravčíková
Nové doporučené postupy České angiologické společnosti ČLS JEP
doc. MUDr. Debora Karetová, CSc.
Domácí vs. nemocniční léčba akutní TEN
doc. MUDr. Dalibor Musil, Ph.D.
- 10.45–11.00** Přestávka na kávu
- 11.00–12.00 Novelizace vyhlášky o pracovnělékařských službách od 1.1. 2023**
Odborný garant: MUDr. Jana Malinová, Ph.D., MBA, MUDr. Otto Herber
Poskytování pracovnělékařských služeb, pracovnělékařské prohlídky a úskalí při posuzování zdravotní způsobilosti k práci
MUDr. Jana Malinová, Ph.D., MBA, MUDr. Otto Herber
Otázky a odpovědi
MUDr. Jana Malinová, Ph.D., MBA
- 12.00–13.00** Polední přestávka
- 13.00–14.00 Neurologie**
Odborný garant: prim. MUDr. Pavel Otruba, MBA, MUDr. Dana Moravčíková
Novinky v léčbě migrény – indikační kritéria léčby preparáty CGRP
MUDr. Petr Polidar
Neurodegenerativní onemocnění v ordinaci PL
doc. MUDr. Kateřina Menšíková, Ph.D., MUDr. Martin Nevrlý, Ph.D.
Demyelinizační onemocnění v ordinaci PL
prof. MUDr. Jan Mareš, Ph.D., MUDr. Mgr. Matouš Rous
Tremor v ordinaci PL/Klinická klasifikace třesu
MUDr. Sandra Kurčová
- 14.00–15.00 Gynekologie – porodnictví pro negynekologii – doporučení pro praxi**
Odborný garant: prof. MUDr. Radovan Pilka, Ph.D., MUDr. Dana Moravčíková
Akutní břicho v těhotenství
prof. MUDr. Radovan Pilka, Ph.D.
Porod mimo porodnici
MUDr. Petr Dzvinčuk, Ph.D.
Předgravidní péče – vyšetření sterilního páru
MUDr. Jan Vodička
- 15.00–16.00 Psychiatrie**
Odborný garant: prof. MUDr. Klára Látalová, Ph.D., MUDr. Dana Moravčíková
Naléhavé psychiatrické stavy v ordinaci PL
prof. MUDr. Klára Látalová, Ph.D.
Současná koncepce léčby nespavosti
MUDr. Jakub Vaněk
Co je úzkost a lze ji léčit?
doc. MUDr. Dana Končelíková, Ph.D.
- 16.00–16.15** Přestávka na kávu
- 16.15–17.00 Varia**
Odborný garant: MUDr. Dana Moravčíková, MUDr. Helena Stárková
Poranění v oblasti hlezna a nohy – od „distorse“ k závažným stavům
MUDr. Martin Pompach, Ph.D.

- 9.00–9.30 Varia**
Odborný garant: MUDr. Helena Stárková, MUDr. Dana Moravčíková
Horečnaté stavy v revmatologii
prof. MUDr. Pavel Horák, CSc.
- 9.30–11.00 Traumatologie – pro praktické lékaře a ambulantní specialisty**
Odborný garant: MUDr. Radim Vinter, MUDr. Dana Moravčíková
Multioborová spolupráce
Poranění horní a dolní končetiny – nejčastější dg
Poranění osového skeletu
Traumatologové + praktici – společní pacienti
- 11.00–11.15** Přestávka na kávu
- 11.15–12.15 Kardiologie pro praxi**
Odborný garant: prof. MUDr. Miloš Táborský, CSc., FESC, MBA, MUDr. Dana Moravčíková
Přímá perorální antikoagulanci v ambulancích VLP: Jak na to?
prof. MUDr. Miloš Táborský, CSc., FESC, MBA
PL a problematika chronického srdečního selhání: diagnostika, léčba, spolupráce se specialisty
MUDr. Květoslava Aiglová, Ph.D.
Nové možnosti hypolipidemické léčby v sekundární prevenci po IM
prof. MUDr. Martin Hutýra, Ph.D., FESC
- 12.15–13.00** Polední přestávka
- 13.00–14.00 Infektologie**
Odborný garant: prim. MUDr. Jana Kleinerová, Ph.D., MUDr. Dana Moravčíková
Interpretace sérologických nálezů
Infekce nervového systému (meningitidy, encefalitidy, obrna lícního nervu)
Kdy indikovat nirmatrelvir?
prim. MUDr. Jana Kleinerová, Ph.D.
- 14.00–14.40 Kouření a možnosti snižování rizika**
Odborný garant: MUDr. Helena Stárková, MUDr. Dana Moravčíková
Alternativy kouření – přehled a možnosti snižování rizika
MUDr. Jana Unar Vinklerová, Ph.D., MBA
Pohled praktického lékaře
MUDr. Miroslava Petroušová, Ph.D.
- 14.40–15.00** Přestávka na kávu
- 15.00–16.00 Chirurgie**
Odborný garant: doc. MUDr. JUDr. Dušan Klos, Ph.D., LL.M., MUDr. Dana Moravčíková
Předoperační vyšetření a péče po propuštění z hospitalizace pohledem chirurga
doc. MUDr. JUDr. Dušan Klos, Ph.D., LL.M.
Karcinom pankreatu – onemocnění, u kterého čas hraje skutečně podstatnou roli
doc. MUDr. Martin Loveček, Ph.D.
Karcinom prsu – od mutilujících výkonů k výkonům zachovným a onkoplastickým
MUDr. Nora Zlámalová
- 16.00–17.00 Co vše lze nasmlouvat a realizovat v ordinaci VPL**
Odborný garant: MUDr. Petr Šonka, MUDr. Dana Moravčíková
Jaké nové kódy lze nasmlouvat s plátcí zdravotní péče
MUDr. Petr Šonka
Vývoj úhrad – srovnání 2021 vs. 2023 jednotlivých výkonů mimokapitační produkce
MUDr. Michal Bábíček

Workshopy – pátek 31. března

- | | | |
|---|--|--|
| 12.00–13.00
Poskytování pracovnělékařských služeb, pracovnělékařské prohlídky a úskalí při posuzování zdravotní způsobilosti k práci
MUDr. Jana Malinová, Ph.D.
MUDr. Otto Herber | 15.00–16.00
Management a ekonomika v ordinaci praktického lékaře
MUDr. Tomáš Maškulík | 16.15–17.15
Intoxikace, nové psychoaktivní látky na scéně – kratom, ketamin.
Je tatoo ještě patologie?
Co je to fluidní gender?
Zbrojní průkazy, ŘP – odebírání a možnosti vrácení
prof. MUDr. Klára Látalová, Ph.D.
MUDr. Dana Moravčíková |
|---|--|--|

Workshopy – sobota 1. dubna

- | | | |
|--|---|---|
| 12.30–13.30
EKG v kazuistikách – 10 nejčastějších případů, se kterými se PL setkává v praxi
MUDr. Jan Přeček, Ph.D. | 15.00–16.00
Bonusové programy plátců zdravotní péče v roce 2023
MUDr. Tomáš Maškulík | 16.15–17.15
Hnisavý zánět měkkých tkání prstu a možnosti léčby v ordinaci PL
doc. MUDr. JUDr. Dušan Klos, Ph.D., LL.M. |
|--|---|---|

Možnosti registrace:

1. Přes internetové stránky: www.olomouc-svl.cz
2. E-mailem: sekretariat@target-md.com

Vážení čtenáři a řešitelé testů,

dle nového Stavovského předpisu České lékařské komory č. 16, podle § 5 přílohy č. 1, jsou od 1. 7. 2012 všechny znalostní testy v odborných časopisech hodnoceny jednotně, a to 2 kredity. Za správné vyřešení testu budou řešitelům přiděleny **2 kredity ČLK**. Podmínkou ČLK pro přidělení kreditů je zadání odpovědí elektronicky na stránkách www.svl.cz, a to **nejpozději do 20. 3. 2023**.

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 1/2023: 1bc, 2c, 3b, 4abc, 5b, 6a, 7b, 8a, 9bc, 10c

ZNALOSTNÍ TEST JE HODNOCEN 2 KREDITY ČLK

1. HIV pozitivní pacient:

- a) nepřenáší HIV při souloži bez kondomu, pokud dosáhl nedetekovatelné virové nálože a udržel si ji alespoň 6 měsíců
- b) představuje vždy riziko pro svého sexuálního partnera
- c) musí sexuálně abstinovat

2. Vyberte nepravdivé tvrzení o pre-expoziční profylaxi:

- a) je vázána na lékařský předpis
- b) užívá se nejpozději 72 hodin od rizikové situace
- c) chrání před přenosem pohlavní cestou při sexu bez kondomu až v 99 %

3. Vyberte správné/správná tvrzení o testování na infekci HIV:

- a) respektuje imunologické okénko a musí být prováděno se souhlasem pacienta
- b) může být prováděno v kamenné poradně nebo v terénu v sanitním voze
- c) výsledek sebetestu odečítá laik

4. Přítomnost HMOD (hypertenzí mediovaneho orgánové poškození) nemocného automaticky řadí z hlediska kardiovaskulárního rizika:

- a) do skupiny s nízkým rizikem
- b) do skupiny se středním rizikem
- c) do skupiny s vysokým, případně velmi vysokým rizikem

5. Mezi metody pro stanovení přítomnosti HMOD nepatří:

- a) ultrazvukové vyšetření karotid
- b) dvanáctisvodové EKG
- c) ultrazvukové vyšetření břicha

6. Cílové hodnoty systolického krevního tlaku podle platných guidelines jsou u mladších pacientů do 65 let:

- a) 120–130 mmHg
- b) 90–110 mmHg
- c) 140–150 mmHg

7. Farmakorezistentní epilepsie je definována:

- a) jako selhání dvou adekvátně zvolených, dostatečně dávkovaných a tolerovaných protizáchvatových léčiv, antiseizure medication (ASM), v monoterapii či kombinované terapii
- b) jako epilepsie podmíněná mozkovým nádorem
- c) jako nedostatečná odpověď na první správně zvolenou a dostatečně dávkovanou protizáchvatovou medikaci

8. Pokud se nepodaří dostat epileptické záchvaty pod kontrolu v průběhu 2 let od začátku onemocnění, má být pacient:

- a) považován za farmakorezistentního, už pro něj nelze více udělat, vysvětlíme mu, že se musí se záchvaty smířit
- b) odeslán do specializovaného centra pro epilepsie, které nabízí komplexní diagnostiku a posouzení včasné indikace některé z alternativ farmakologické léčby epilepsie (např. resekční epileptochirurgie, neurostimulační léčba, ketogenní dieta)
- c) v péči epileptologa

9. Záchraná medikace u pacientů s epilepsiemi:

- a) nepoužívá se, protože není schválená
- b) používá se, zejména u epileptochirurgických pacientů
- c) snižuje riziko vzniku epileptického stavu, a umožňuje vyhnout se transportu do nemocnice

10. Neléčené psychické potíže těhotné ženy:

- a) zvyšují pravděpodobnost zrychleného stárnutí mozku a rozvoj psychických potíží u jejího potomka v mladém věku
- b) zhoršují schopnost nastávající matky dodržovat adekvátní životosprávu a zvyšují pravděpodobnost předčasného porodu a nízké porodní hmotnosti dítěte
- c) jsou největším prediktorem poporodní deprese

Správné mohou být 1–3 možnosti.

Využijte tři platné pokusy o vyřešení tohoto testu elektronickou cestou na adrese www.svl.cz.

ODPOVĚDI – TEST Č. 2/2023

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

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