



PRACTICUS

pro praktické lékaře zdarma • č.10/2021 • ročník 20



TÉMA:

Sdružené praxe

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

INFO SVL

- 04 EDITORIAL
05 ZPRÁVA Z TISKOVÉ KONFERENCE SVL ČLS JEP

ODBORNÝ ČLÁNEK

- 05 JAKÁ JE OPTIMÁLNÍ HLADINA DRASLÍKU V KRVÍ U PACIENTŮ SE SRDEČNÍM SELHÁNÍM?
prof. MUDr. Radek Pudil, Ph.D.
- 09 PŘÍNOSY KONZULTACE PRAKTICKÉHO LÉKAŘE S KLINICKÝM FARMACEUTEM
Ing. Marcela Alföldi Šperkerová, PharmDr. Milada Halačová, Ph.D., MUDr. Norbert Král
- 12 JAK MŮŽE PACIENT PO TOTÁLNÍ LARYNGEKTOMII MLUVIT? ANEB HLASOVÁ PROTÉZKA MĚNÍ KVALITU ŽIVOTA PACIENTŮ S RAKOVINOU HRTANU
- 15 PITÍ ALKOHOLU A FIBRILACE SÍNÍ: RIZIKO ZVYŠUJÍ UŽ MALÉ DÁVKY ALKOHOLU
MUDr. Karel Nešpor, CSc.

ZPRÁVY Z KONFERENCE

- 18 NOVÝ ČESTNÝ ČLEN SVL ČLS JEP
- 19 ČASNÝ ZÁCHYT CHRONICKÉ OBSTRUKČNÍ PLICNÍ NEMOCI – JAK NA NĚJ?
MUDr. Kristián Brat, Ph.D., PhDr. Karel Hejduk, doc. MUDr. Vladimír Koblížek, Ph.D.
- 21 BEZMANŽETOVÉ MĚŘENÍ TK
doc. MUDr. Jitka Mlíková Seidlerová, Ph.D.
- 22 SPIROMETRIE - NEDÍLNÁ SOUČÁST PRIMÁRNÍ PÉČE
MUDr. Ivo Procházka
- 25 KLÍŠŤOVÁ ENCEFALITIDA POHLEDEM EPIDEMIOLOGA
MUDr. Renata Ciupek
- 26 SDRUŽENÉ PRAXE
MUDr. David Halata, doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D.
- 29 24HODINOVÉ AMBULANTNÍ MONITOROVÁNÍ KREVNIHO TLAKU
doc. MUDr. Ondřej Petrák, Ph.D.

VAŠE NÁZORY

- 31 ZKUŠENOSTI S PANDEMÍÍ
MUDr. Ivo Faflík

TISKOVÁ ZPRÁVA

- 33 OPAKOVANÉ HOSPITALIZACE NEJSOUSTANDARD. ANI U SRDEČNÍHO SELHÁNÍ
- 34 AMBULANTNÍ SPECIALISTÉ JSOU PROTI POVINNÉ SLUŽBĚ V NEMOCNICÍCH: „NEMOCNICÍM POMŮŽEME S AMBULANTNÍMI PACIENTY“

Vydavatel:

Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP

Adresa redakce:

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

Redakce:

Šéfredaktor:

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

Zástupci šéfredaktora:

MUDr. Dana Moravčíková
dana.moravcikova@medicina.cz,

MUDr. Jana Vojtíšková
janav.doktor@volny.cz

Manažerka časopisu:

Hana Čížková
practicus.svl@cls.cz

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

Spolupracovnice časopisu:

Andrea Vrbová

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

Pro praktické lékaře v ČR zdarma. Roční předplatné pro ostatní zájemce **610 Kč.** • • • Přihlášky přijímá redakce. Toto číslo bylo dáno do tisku 19. 12. 2021 MK ČR E13477, ISSN 1213-8711.

Vydavatel a redakční rada upozorňují, že za obsah a jazykové zpracování inzerátů a reklam odpovídá výhradně inzerent. Redakce neodpovídá za správnost údajů uvedených autory v odborných článcích. Texty neprochází jazykovými korekturami. Přetisk a jakékoliv šíření je povoleno pouze se souhlasem vydavatele. © SVL ČLS JEP, 2021

EDITORIAL



MUDr. Stanislav Konštacký, CSc.
Šéfredaktor časopisu Practicus

Milé kolegyně, milí kolegové, věřím, že u vás doma už převládá adventní nálada, jen nevím, kolik z vás peče jako ve staré písničce teta vánočku, protože kdyby se nesnědla, tak by se stala nezdravou potravou pro naše čtyřnohé mazlíčky. Rozhodně bych to nemohl aplikovat doma, protože manželka striktně dbá na vyváženou a správnou stravu pro naše kočky. Když se ohlédneme zpět za uplynulým rokem, určitě ho nebudeme řadit mezi ty nejúspěšnější. Ti z vás, co máte děti školou povinné, jste se kvůli distanční výuce stali alespoň pomocnými učiteli (ještě štěstí, že ty ratolesti si s IT dobře rozumí). Po drastických opatřeních v první polovině roku, zavření restaurací, hotelů, problémech se stravováním, jsme si mysleli, že nastane klid alepší se situace. Velká očkovací centra byla zavřena a začal se klást důraz na očkování praktickými lékaři (nyní se opět otevírají). Jaké jsou s tím problémy, není třeba nikomu říkat. Pozitivem je jistě to, že se podařilo naočkovat více než 80 % našich pacientů, a tudíž by se mohla zlepšit kolektivní imunita.

Ale k aktuálnímu číslu časopisu. Uvádíme několik sdělení z Výroční konference konané v listopadu ve Zlíně: prof. Pudil velmi přehledně informuje o problémech, které může způsobit vysoká nebo nízká hladina draslíku, a o tom, jaká hladina je optimální.

Vzhledem k tomu, že se staráme stále o starší pacienty užívající velké množství léčebných přípravků, je vhodná spolupráce s klinickými farmaceuty, což je námětem sdělení autorů Alfoldi-Šperkerová, Halačová a Král. Článek je doplněn instruktivními kazuistikami.

I když karcinom hrtanu je onemocnění, se kterým se asi tak často nesetkáváme, jistě si vzpomeneme na laryngektomované pacienty, kteří mají problém s komunikací. Že lze i těmto nemocným pomoci hlasovou protézou, se dozvídáme v článku autorek Horáková a Beláková.

Na konferenci byl prezentován program Časný záchyt CHOPN kolektivem Brat, Hejduk, Koblížek a po jeho zavedení se jistělepší vyhledávání osob s tímto závažným onemocněním.

Workshop Spirometrie přilákal velké množství zájemců, protože stále více praktických lékařů má zájem o rozšíření možností diagnostiky o toto vyšetření. Přednášející dr. Procházka prezentoval toto vyšetření s dostupným spirometrem.

Článek dr. Renaty Ciupek uvádí výskyt klíšové encefalidity v letech 2012-2020 pohledem epidemiologa.

Velkou pozornost upoutala přednáška autorů Halačta - Seifert věnující se sdruženým praxím. Já sám jsem již skoro před 25 lety viděl model sdružené praxe ve Švýcarsku a bylo to pro mě překvapením, protože u nás se započínalo s privátními praxemi a o spolupráci nebylo možné ani hovořit. Čas ukázal, že tento systém spolupráce je možný. Jaké jsou toho varianty, o tom nás informují autoři i díky velkým zkušenostem ze zahraničí.

Docent Petrák se pak věnuje 24hodinovému monitoringu krevního tlaku a upřesňuje metodu, kterou již velká část našich ambulancí užívá.

Žijeme v moderní době a bez moderních technologií se neobejdeme ani ve vyšším věku, a protože jsem se zapojil do diskusí ve skupině všeobecných praktických lékařů, zaujalo mě zamyšlení, nebo spíše reakce jednoho z mých bývalých studentů, dr. Faflička, a proto jsme se rozhodli ji otisknout i přes to, že některé části již použil bulvár.

Jak vidíte, i naše letošní desítka je naplněná spoustou informací a nezbyvá mi než vám jménem celé redakční rady popřát krásné a klidné Vánoce a do nového roku zdraví, spokojenost a klid pro práci.

Jaká je optimální hladina draslíku v krvi u pacientů se srdečním selháním?



prof. MUDr. Radek Pudil, Ph.D.

interní kardiologická klinika LFUK
a FN Hradec Králové

Úvod

V posledních pěti letech se objevily práce, které přinesly zajímavá a důležitá data o hladině draslíku a jejím vztahu k mortalitě u pacientů se srdečním selháním. Tato problematika je nanejvýš zajímavá z několika důvodů: a) pacienti se srdečním selháním jsou léčeni léky, které významně ovlivňují hladinu kalia směrem nahoru i dolů, b) tito pacienti mají velmi často řadu komorbidit (např. diabetes), které ovlivňují renální funkce, a tím hladinu kalia, c) nízká nebo naopak vysoká hladina kalémie může být pro pacienta velmi nebezpečná a ohrozit jej na životě, a konečně d) všeobecní praktičtí lékaři jsou tou skupinou lékařů, kteří vidí pacienty se srdečním selháním nejčastěji. Tedy kontrola kalémie i dalších parametrů praktickým lékařem je nejsnáze proveditelná. Na nutnost pravidelných kontrol kalémie upozorňují i poslední evropská doporučení pro diagnostiku a terapii akutního i chronického srdečního selhání.¹

Role draslíku v organismu a potenciální rizika hypo- a hyperkalémie u nemocných se srdečním selháním

O nezbytnosti draslíku pro lidský organismus není pochyb. Draslík je odpovědný za udržování osmotického tlaku, je klíčovým prvkem pro udržování elektrofyziologické stability buněk, kdy ovlivňuje dráždivost a kontraktilitu, má význam pro stabilitu buněčných membrán nervové soustavy, je nezbytný pro správnou funkci řady enzymů (např. pyruvátkinázy), má význam pro růst a dělení buněk, hraje významnou roli v udržování acidobazické rovnováhy, je nezbytný pro metabolismus glukózy a syntézu glykogenu.

Hypokalémie je definovaná snížením hladiny kalia v periferní krvi pod hodnotu 3,5 mmol/l a mezi její hlavní příčiny patří:

- **snížení příjmu kalia:** nedostatečná suplementace, snížený příjem potravy
- **zvýšený přesun do buněk:** např. při alkalóze, zvýše-

né hladině inzulínu, aktivaci β -adrenergických receptorů při stresu, anabolismus, leukémie, hypotermie a další

- **zvýšené ztráty do zažívacího traktu:** např. průjmy, sekrece střevními píštělemi, nadužívání laxativ, při některých nádorech gastrointestinálního traktu
- **zvýšené ztráty ledvinami:** např. používání diuretik, primární hyperaldosteronismus, ztráty zvracením, v důsledku metabolické acidózy v důsledku ketoacidózy či některých vrozených syndromů (Bartterova a Gitelmanova syndromu), polyurie
- **zvýšené ztráty potem**
- **dialýza, hemodialýza či plazmaferéza**

U kardiologických pacientů dochází k hypokalémii především v důsledku používání diuretik, další roli může mít chronicky snížený příjem potravy či chronicky zvýšená hladina katecholaminů. **Klinické příznaky** mohou být často němé, těžší hypokalémie vede k řadě příznaků. Mezi nejzávažnější patří příznaky kardiální, kterými mohou být palpitace, poruchy vědomí až náhlá smrt v důsledku maligních arytmií (komorové tachykardie, fibrilace komor). Mezi ostatní příznaky patří neuromuskulární (svalová slabost až paralýza včetně postižení respiračního svalstva, obstrukce až paralytický ileus, ischemie svalů/rabdomyolýza), metabolické (snížení sekrece inzulínu, snížená glukózová tolerance) a renální (vznik kaliopenické nefropatie, snížení koncentrační schopnosti ledvin provázené vznikem polyurie, polydipsie). Ekg známky svědčící pro hypokalémii ukazují tabulka č. 1.

Tabulka č. 1: EKG známky hypo- a hyperkalémie.

Hladina draslíku	Ekg projevy
hypokalémie	poruchy vedení a rytmu: nízké/invertované vlny T pozitivní vlny U prodloužení QT úseku supraventrikulární arytmie komorové arytmie (včetně torsade de pointes)
hyperkalémie	• nízká voltáž/ absence vlny P prodloužení PR intervalu rozšíření QRS komplexu (obraz bloku Tawarových ramének) zkrácení QT intervalu vysoké, úzké hrotnaté vlny T komorových arytmie (komorové tachykardie a fibrilace komor)

Naopak **hyperkalémie** je nejčastěji způsobena:

- **retencí draslíku:** při zvýšeném přísunu (infuze s K+, transfuze krve, při významně snížené funkci ledvin v důsledku zvýšeného příjmu potravou), při snížení eliminace ledvinami (poruchy funkce ledvin, při

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

hypokortikalismu či neúměrném podávání K⁺ šetřících diuretik)

- **přesunem draslíku z buněk do extracelulární tekutiny:** při rozpadu buněk (crush syndrom, nekrotický rozpad, hemolýza, extrémní zátěž) nebo acidóze (výměna K⁺ za H⁺), katabolismu, deficitu inzulínu, podávání β-blokátorů (antagonizují působení adrenalinu)

Pojem **pseudohyperkalémie** označuje falešné zvýšení hladiny kalia při nesprávném odběru krve při dlouhotrvající venostáze (dlouhé zaškrcení, hemolýza krve) či po delším cvičení. Falešně zvýšené hladiny kalia mohou být také důsledkem nevhodné manipulace se vzorkem odebrané krve či nepřiměřeným transportem. Fragilní erythrocyty pak tuto citlivost na nakládání se vzorkem krve ještě zvyšují.

Klinicky se hyperkalémie projevuje někdy pouze nespecificky svalovou slabostí, únavou, celkovou nevykonností. Často na hyperkalémii upozorní elektrokardiogram (tabulka č. 1). Mezi nejzávažnější komplikace patří korové arytmie a fibrilace komor, které mohou být fatální.

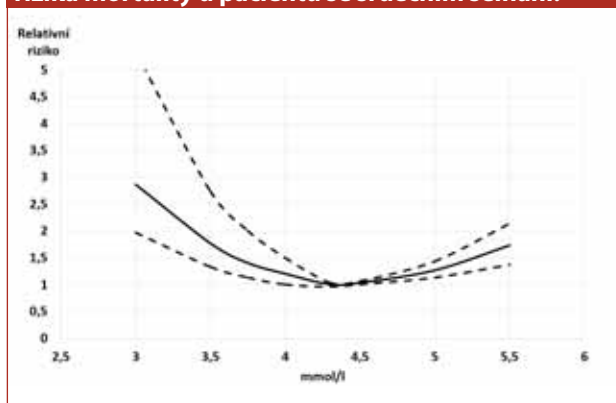
U pacientů se srdečním selháním může vést k hyperkalémii medikace léky zasahujícími do systému renin angiotenzin aldosteron (ACE inhibitory, blokátory receptorů pro angiotenzin II, spironolakton a sakubutril/valsartan). Nedávné studie ukázaly, že u pacientů s normálními funkcemi ledvin je toto riziko velmi nízké, avšak zvyšuje se v případě nemocných s preexistující poruchou renálních funkcí.²

Jaká je tedy optimální hladina draslíku u nemocných se srdečním selháním?

V posledních letech byla prezentována řada studií, které se věnovaly vztahu mortality pacientů se srdečním selháním k hladině draslíku a přinesly velmi užitečné informace. Tyto studie byly rozsáhlé a zahrnovaly často mnohatisícové soubory. Jednou z nich je studie Aldahla, jejíž autoři v souboru 19 549 pacientů se srdečním selháním prokázali nejnižší mortalitu u nemocných s kalémií 4,1-4,8 mmol/l.³ Linde C et al. prokázali, že ve vztahu ke kalémii má křivka mortality tvar písmene „U“ s nejnižší mortalitou při kalémii 4-5 mmol/l.⁴ Asi nejrozsáhlejší analýzu provedli Collins et al., kteří v souboru 911 698 osob se srdečním selháním, diabetem a poškozením ledvin identifikovali optimální kalémii v rozmezí 4-5 mmol/l.⁵ Tato pozorování shrnuje metaanalýza Ferreira et al., která potvrzuje optimální kalémii v rozmezí 4-5 mmol/l. **Tato pozorování tedy naznačují jeden důležitý fakt: že pro prognózu pacientů se srdečním selháním je optimální hladina draslíku 4-5 mmol/l,** a tedy optimální hladina kalemie u srdečního selhání se tedy nekryje s doporučenou hladinou, která začíná

na hodnotě 3,5 mmol/l (viz obrázek č. 1). Analogicky můžeme říci, že tato optimální hladina, resp. rozmezí, odpovídá obecně uznávané normokalémii jen částečně.

Obrázek č.1: U-křivka: vztah kalémie a relativního rizika mortality u pacientů se srdečním selháním.



Plná čára - relativní riziko, přerušované čáry vymezují 95% konfidenční interval. Upraveno podle Ferreira et al.⁶

Co si z toho vzít pro praxi?

Ukazuje se, že nejnižší mortalitu mají pacienti s chronickým srdečním selháním, jejichž kalemie se pohybuje v rozmezí 4,3-4,5, resp. 4-5 mmol/l.

Zmínili jsme, že optimální hladina draslíku u pacientů se srdečním selháním je velmi úzce spojena s jejich prognózou a má tvar U-závislosti. Odchýlení od optimální hladiny významně zhoršuje prognózu (mortalitu). Jinou interpretací, resp. grafickým vyjádřením optimální kalémie na základě publikovaných důkazů je pak tato ilustrace:



Z toho vyplývá, že všichni lékaři, kteří pečují o pacienty se srdečním selháním, by měli pravidelně kontrolovat kalémii těchto pacientů. Tato skupina lékařů je velmi široká a zahrnuje nejenom kardiology či internisty, ale zejména všeobecné praktické lékaře, u kterých podle dosavadních dat mají tyto pacienti nejvíce kontrol. Data z reálné praxe sledování kalemie u pacientů s kardiovaskulárními chorobami v České republice ukázala, že přibližně 30 % pacientů má hodnotu kalemie pod 4 mmol/l, mezi 4,1 a 4,5 mmol/l mělo kalémii 36 % pacientů, 24 % pacientů mělo kalémii v rozmezí 4,6-5,0 mmol/l, dále 9 % pacientů mělo kalémii mezi 5,1-5,5 mmol/l a 1 % pacientů nad 5,5 mmol/l (data společnosti IQVIA, ref. 5944, 4/2021). Toto ukazuje na určité rezervy v kontrole kalemie v této skupině pacientů.

Kdy kontrolovat kalémii u pacientů se srdečním selháním, připomínají doporučené postupy pro diagnostiku a léčbu srdečního selhání.¹ Jde především o tyto stavy: za hospitalizace:

- iniciálně, v průběhu hospitalizace i před propuštěním do domácí péče
- v průběhu ambulantního sledování:
- před nasazením medikace, která ovlivňuje kalémii/funkce ledvin (medikace ovlivňující RAAS, diuretika)
- při terapii: 1-2 týdny po zahájení terapie a 1-2 týdny po dokončení titrace medikace ovlivňující hladiny kalia
- vždy, pokud dojde ke změně stavu, která je spojena se změnami funkce ledvin (např. progresse diabetické nefropatie, ale také infekty, které mohou funkci ledvin ovlivnit).

Rizikové pro pacienta jsou jak hypo-, tak hyperkalémie. Zatímco hyperkalémie je skutečným rizikem zejména při významném poklesu renálních funkcí (uvádí se, že k retenci draslíku dochází až při poklesu ledvinových funkcí na 20 % fyziologických hodnot, tj. $GF \leq 10-15$ ml/min), hypokalémie ($< 3,5$ mmol/l) a tzv. relativní hypokalémie (3,5-4,0 mmol/l) představuje podstatně častější a také bohužel často opomíjené riziko.

Praktické možnosti korekce kalémie u nemocných se srdečním selháním jsou široké. V případě hypokalémie je nutné pátrat po etiologii a bez odkladu zajistit normalizaci hladiny kalia. V ambulantní praxi se často neobejdeme bez perorální suplementace draslíku. Další možností je úprava medikace zahrnující navýšení dávek

léků zvyšujících hladinu kalémie: jde o léky zasahující do systému renin angiotenzin aldosteron (inhibitorů ACE, antagonistů receptorů pro angiotenzin II – sartanů, spironolaktonu, sakubitrilu/valsartanu) nebo kalium šetřících diuretik. V těchto případech jsou s ohledem na vyšší riziko následné hyperkalémie především u pacientů s preexistujícím poškozením ledvin nutné častější kontroly. V případě sklonu k hyperkalémii je na místě použití látek zvyšujících exkreci kalia (kličkových diuretik) a redukce dávek či přerušení medikace léky zvyšujícími kalium. Těžší případy hypo- i hyperkalémie je vhodné řešit za hospitalizace s ohledem na potenciální závažná rizika.

Poselství pro každodenní praxi

Výsledky řady studií ukázaly, že optimální hladina kalémie s ohledem na mortalitu se u těchto nemocných pohybuje mezi 4-5 mmol/l, v užším slova smyslu jde o rozmezí 4,3-4,5 mmol /l, kde „sedí“ dolní úvrať (tj. nejméně rizik, nejlepší prognóza) publikovaných U-křivek. Korekce hladiny kalia je možné dosáhnout iniciací nebo úpravou suplementace draslíku či konkomitantní medikací těchto pacientů.

Proto sledování hladiny kalia (společně s dalšími biochemickými parametry) patří mezi základní doporučená pravidelná vyšetření nemocných léčených pro srdeční selhání. Toto platí nejenom pro specialisty (kardiology, internisty), ale také pro všeobecné praktické lékaře, u kterých jsou tyto nemocní vyšetřováni nejčastěji.

Literatura:

1. McDonagh TA, Metra M, Adamo M, Gardner RS, Baumbach A, Bohm M, Burri H, Butler J, Celutkiene J, Chioncel O, Cleland JGF, Coats AJS, Crespo-Leiro MG, Farmakis D, Gilard M, Heymans S, Hoes AW, Jaarsma T, Jankowska EA, Lainscak M, Lam CSP, Lyon AR, McMurray JJV, Mebazaa A, Mindham R, Muneretto C, Francesco Piepoli M, Price S, Rosano GMC, Ruschitzka F, Kathrine Skibelund A, Group ESCSD. 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. Eur Heart J. 2021 Sep 21;42(36):3599-3726.
2. Weir MR, Rolfé M. Potassium homeostasis and renin-angiotensin-aldosterone system inhibitors. Clin J Am Soc Nephrol. 2010 Mar;5(3):531-548.
3. Aldahl M, Jensen AC, Davidsen L, Eriksen MA, Moller Hansen S, Nielsen BJ, Krogager ML, Kober L, Torp-Pedersen C, Sogaard P. Associations of serum potassium levels with mortality in chronic heart failure patients. Eur Heart J. 2017 Oct 7;38(38):2890-2896.
4. Linde C, Qin L, Bakhai A, Furuland H, Evans M, Ayoubkhani D, Palaka E, Bennett H, McEwan P. Serum potassium and clinical outcomes in heart failure patients: results of risk calculations in 21 334 patients in the UK. ESC Heart Fail. 2019 Apr;6(2):280-290.
5. Collins AJ, Pitt B, Reaven N et al. Association of Serum Potassium with All-Cause Mortality in Patients with and without Heart Failure, Chronic Kidney Disease, and/or Diabetes Am J Nephrol. 2017 Sep; 46(3): 213-221.
6. Ferreira JP, Butler J, Rossignol P, Pitt B, Anker SD, Kosiborod M, Lund LH, Bakris GL, Weir MR, Zannad F. Abnormalities of Potassium in Heart Failure: JACC State-of-the-Art Review. J Am Coll Cardiol. 2020 Jun 9;75(22):2836-2850.

Přínosy konzultace praktického lékaře s klinickým farmaceutem



Ing. Marcela Alföldi Šperkerová
ředitelka Průvodce pacienta z.ú.



PharmDr. Milada Halačová, Ph.D.
vedoucí Oddělení klinické farmacie
Nemocnice Na Homolce)



MUDr. Norbert Král
(Ústav všeobecného lékařství, 1. lékařská fakulta UK,
praktický lékař Pankrác s.r.o.)

(Závěry pilotního projektu ze spolupráce klinických farmaceutů a praktických lékařů)

Úvod

Lékaři jsou stále více konfrontováni s použitím nových léčivých přípravků ve svých praxích, což může přinášet řadu úskalí. Jedná se nejen o potřebu osvojit si indikace těchto léčiv, ale je nutné myslet i na možné lékové interakce se stávající medikací, adekvátní dávky, nežádoucí účinky, změnu terapeutické hodnoty léčiv ve stáří a další.

Jako problematická se jeví také preskripce velkého množství léků ordinovaných různými ambulantními specialisty, kteří vzájemně o své preskripci neví. Zde je klíčová právě role koordinujícího praktického lékaře, neboť mnohdy je to právě on, kdo má jako jediný ucelený přehled o kompletní medikaci, kterou pacient užívá.

Při nasazení nového léčiva je samozřejmostí zhodnotení jeho přínosu pro pacienta, to znamená posouzení benefitů a rizik.

V případě jakékoliv nejistoty zejména v oblasti rizik mají lékaři i pacienti možnost obrátit se na specialistu v oboru klinická farmacie, jehož úkolem je pomoc s kompletním zhodnocením medikace. Jednou z možností navázání spolupráce s touto odborností je využití platformy lékové ePoradny neziskové organizace Průvodce pacienta, z.s., v níž odpovídají na dotazy zkušení kliničtí farmaceuti z pražské Nemocnice Ha Homolce.

Hypotézy pilotního projektu

Léková ePoradna funguje již několik let, služby poskytuje zdarma přímo pacientům i lékařům. Narůstající množství pacientských dotazů a žádostí o konzultace od ambulantních specialistů i praktických lékařů v ePoradně, prokázalo zájem o tuto službu v ambulantním segmentu. Vzhledem k výše uvedeným faktorům preskripce a s ohledem na stále se rozvíjející medicínu 21. století, je potřeba konzultace klinických farmaceutů lékaři velmi aktuální a bude stále narůstat. To byla další z hypotéz pilotního projektu, který se Průvodce pacienta rozhodl spustit v roce 2020 ve spolupráci PharmDr. Milady Halačové a praktického lékaře MUDr. Norberta Krále.

Cílem bylo zjistit možnosti spolupráce, ověřit fungování a zhodnotit efektivitu takových konzultací.

Zkušenosti z ústavní praxe

Klinicko-farmaceutická péče je v současné době v ČR poskytována zejména v ústavním segmentu. Mnohaleté zkušenosti s její realizací v nemocnicích a podrobná analýza získaných dat jednoznačně ukazují, že klinicko-farmaceutická péče významným způsobem zvyšuje bezpečnost farmakoterapie u hospitalizovaných pacientů a snižuje náklady s ní spojené. Kliničtí farmaceuti aktivně zasahují u 25-30 % hospitalizovaných pacientů (úpravy dávek, prevence a řešení polékových nežádoucích účinků, lékové interakce, lékový perioperační management, kontraindikace, duplicity apod.).

Lze předpokládat, že množství polékových problémů je v ambulantní sféře obdobné. Případně se může, vzhledem k možnostem samoléčby a návštěvě u více specialistů, dokonce zvyšovat. Tento předpoklad byl potvrzen celorepublikovým projektem „SENIOR“ (realizoval tým klinických farmaceutů Nemocnice na Homolce spolu s týmem Průvodce pacienta v letech 2015–2018), který formou lékových auditů prověřoval bezpečnost a účelnost farmakoterapie ve 13 domovech pro seniory a představoval významnou první sondu do ambulantní preskripce.

Průměrný počet léků na lékařský předpis, který klienti domovů užívali, byl 8,2. U 86 % (!) klientů proběhla intervence do lékového režimu (úprava dávky, léková interakce, duplicita, kontraindikace, nejasná indikace, prevence a řešení nežádoucích účinků apod.) a pouze 15 % klientů zůstalo bez jakýchkoli farmakoterapeutických doporučení.

Velkým přínosem pro lékařskou praxi i v ambulantním sektoru bylo spuštění lékového záznamu, v němž si lékař i farmaceut může ověřit medikaci, kterou pacient užívá, resp. která mu byla předepsána. Lékový záznam současně představuje velký posun při sestavování lékových anamnéz při příjmu pacienta k hospitalizaci či do domovů pro seniory.

Metodika

Pilotního projektu se zúčastnilo 11 praktických lékařů (PL). Probíhal na podzim roku 2020. Deset PL konzultovalo farmakoterapii pěti pacientů, jeden PL pouze jednoho pacienta.

PL prostřednictvím on-line formuláře ePoradny vyplnil formulář s těmito daty o svých pacientech:

- Kód pacienta/ky
- Zdravotní pojišťovna
- Ročník narození
- Pohlaví
- Výška, váha
- Diagnózy
- Anamnéza
- Status praesens
- Laboratorní vyšetření (poslední dostupná)
- Chronická medikace včetně doplňků stravy (název, síla, forma léčiva, schéma užívání, poznámka)
- Důvod požadavku:
 - a polypragmzie (8 a více léčiv)
 - b podezření na nežádoucí účinek (konkrétní potíže)
 - c specifické požadavky na způsob podání léků (NGS, PEG)
 - d zhoršení funkce eliminačního orgánu
 - e interpretace lékových hladin
 - f perioperační management léčiv
 - g jiné.

Na závěr projektu proběhlo dotazníkové šetření mezi zúčastněnými PL. Vyjadřovali se k formě a skladbě elektronického formuláře a elektronické poradny, ke kvalitě odpovědi klinických farmaceutů (KF), jaké z odpovědi vyvodili závěry a zda chtějí lékovou ePoradnu využívat i v budoucnu.

Konzultace odhalily závažné lékové problémy a vedly k omezení polypragmzie

Pilotní projekt jednoznačně ukázal, že vzájemné konzultace jsou lékařům a především pacientům velmi užitečné a přínosné. S odpověďmi klinického farmaceuta byli všichni lékaři velmi spokojeni. V průměru se dotázali na případy čtyř svých problematických pacientů a u dvou z nich na základě konzultace následně upravili medikaci. U pětiny pacientů byly řešeny významné lékové interakce.

U všech konzultovaných pacientů lékaři uvítali zpětnou vazbu k vedení léčby.

Ocenili, že díky konzultaci mohli přistoupit k redukcii počtu léků, minimalizovat lékové interakce a rizika farmakoterapie. Rozbor jim pomohl při prevenci polypragmzie, nežádoucích účinků a přispěl k vyšší bezpečnosti léčby.

Zároveň praktičtí lékaři vyzdvihli edukativní charakter konzultací (citace jejich reakcí):

- „Odhalení interakcí včetně dosud neznámých, podrobné vysvětlení fungování léčiv a možných NÚ, doporučení alternativní léčby a následná konzultace.“
- „Zjištění nevhodných léčiv, poučení o farmakodynamice některých léků.“
- „Pochopení souvislostí fungování jednotlivých léků, upozornění na ev. zbytečnost užívání některých léků.“
- „Kontrola veškeré polypragmzie a její omezení díky hlubšímu zamyšlení nad spoluprací se specialisty.“
- „Připomenutí zapomenutých informací.“
- „Možnost konzultace medikace v širších souvislostech, resumé terapie, zamyšlení nad její revizí.“

Všichni lékaři zdůraznili, že chtějí využívat služeb klinického farmaceuta i nadále. Všichni zároveň chtěli s výsledky rozboru seznamovat své pacienty. Na elektronické formě ePoradny lékaři ocenili jednoduchost komunikace („až mám čas“) a dostupnost odkudkoliv.

Kazuistika č. 1 – hepatotoxický potenciál fluconazolu

Pacient s mykotickou infekcí cévní náhrady a těžkým poškozením renálních funkcí (GFR 20 ml/s) je indikován cévním chirurgem k dlouhodobé terapii fluconazolem.

Po několika týdnech terapie přichází s GIT dyskomfortem, žlutým zbarvením kůže a sklér ke svému praktickému lékaři. Pacient byl odeslán k dovyšetření gastroenterologem (sono, CT břicha, kompletní jaterní panel včetně hepatitid). Žádný korelát nebyl nalezen, pouze významná elevace GGT, ALP a bilirubinu. Doporučena byla dieta a hepatoprotektiva.

Po konzultaci s klinickým farmaceutem bylo upozorněno na hepatotoxický potenciál fluconazolu, který je významně umocněn délkou podávání a zejména kumulací léčiva v terénu renální insuficience (léčivo je eliminováno z více jak 80 % renálně, biologický poločas se u renální insuficience prodlužuje z 30 na 100 h). Pro bezpečné dlouhodobé podávání je třeba úprava dávek v kontextu tíže renálního poškození. U pacienta s GFR 20 ml/s je nutno redukovat původní dávku fluconazolu o 50 %.

Dávka byla zredukována a v průběhu 4 týdnů dochází k postupné normalizaci jaterního panelu. Úpravou dávky nedochází ke snižování expozice léčivu, ale k její normalizaci.

Kazuistika č. 2 – bolesti hlavy a vyšší tep při cilostazolu

Pacientka s ICHDK si stěžuje na úporné bolesti hlavy a „rychlé srdce“ (klidová tepová frekvence opakovaně 80-90 tepů/min) trvající přibližně 2 měsíce. Pro prodloužení klauzuračních vzdáleností je dlouhodobě léčena cilostazolem. Cilostazol je inhibitor PDE III s antiagregač-

ním a vasodilatačními vlastnostmi, jehož mechanismus účinku predisponuje k rozvoji jak bolestí hlavy, tak i zvyšování tepové frekvence cca o 10 tepů/min.

Pacientka byla před necelým čtvrt rokem současně indikovaná k léčbě omeprazolem pro bolesti v epigastriu. Při současné terapii je třeba upravovat dávky cilostazolu, protože omeprazol vede ke kumulaci cilostazolu a významné potenciaci výše uvedených nežádoucích účinků. Z těchto důvodů bylo doporučeno při současné terapii omeprazolem redukovat dávku cilostazolu o 50 %, tj. na max. 50 mg á 12 h. Jedná se o standardní řešení tohoto lékového problému (tj. interakce na úrovni izoenzymu CYP 2C19). Po 3 týdnech po intervenci přichází spokojená pacientka s vyřešenými bolestmi hlavy a s tepovou frekvencí 70-75 tepů/min.

Projekt pokračuje i letos

Výsledek pilotního projektu jednoznačně potvrdil, že konzultace praktických lékařů s klinickými farmaceuty vedly ke zvýšení bezpečnosti a účelnosti farmakoterapie

u chronických polymorbidních pacientů v ambulantním sektoru a že je o tuto službu zájem.

Od ledna roku 2022 byl schválen nový kód, který umožní hradit konziliární zhodnocení medikace ambulantního pacienta klinickým farmaceutům. Všichni lékaři v terénu tak budou moci konzultovat farmakoterapii svých pacientů, především se zřetelem k těm polymorbidním a polypragmatickým, s odborníky v této oblasti.

Do té doby ale i poté je léková ePoradna Průvodce pacienta otevřena všem lékařům (i přímo pacientům), a to zdarma na <https://www.pruvodcepacienta.cz/formular/>. Její provoz je hrazen z grantu ministerstva zdravotnictví.

Na základě připomínek praktických lékařů tým ePoradny také upravil formulář pro lékaře a zřídil pro ně možnost telefonické konzultace od ledna 2022.

Pilotní projekt pokračuje i v letošním roce, účastní se ho 11 praktických lékařů. S jeho výsledky se s vámi rádi podělíme.

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

Jak může pacient po totální laryngektomii mluvit? Aneb hlasová protézka mění kvalitu života pacientů s rakovinou hrtanu

Karcinom hrtanu, jedna z nejčastějších malignit hlavy a krku, představuje závažné zhoubné onemocnění, s vysokou mortalitou i morbiditou. Histologicky převažuje téměř výlučně spinocelulární karcinom. Postihuje především muže (v poměru 5:1 k ženám). Věkové spektrum nejpostiženější skupiny se pohybuje mezi 55-70 lety. Dle statistik ročně přibude v Česku téměř 500 nově zjištěných případů a bezmála 300 pacientů na tuto diagnózu zemře. Klesající trend obou parametrů je v průběhu posledních desetiletí jen velmi pozvolný¹. Etiopatogeneticky nádor velmi souvisí s kouřením, ovšem ani intenzivní protikuřácká kampaň se dosud klesající incidencí neprojevila. K dalším rizikovými faktorům je možno zařadit pití alkoholu, pasivní kouření, prekancerózy hrtanu, gastroezofageální reflux, dlouhodobou expozici v prašném prostředí. Typický je i podprůměrný socioekonomický status těchto pacientů.

Přes veškeré pokroky v onkologické léčbě zůstává i prognóza relativně špatná, zásadně závislá na stádiu onemocnění. Bohužel, více než polovina případů je diagnostikována až v pokročilém stádiu onemocnění, III. nebo IV., pro něž hodnoty předpokládaného pětiletého přežití nepřekračují 50 %.

Za nejúčinnější léčbu se považuje kombinovaná multimodální terapie, chemoradioterapie, nebo radikální chirurgická resekce s adjuvantní radioterapií. Operace, nejčastěji totální laryngektomie, je v obecném povědomí spojena s výrazným zhoršením léčebné kvality života. Proto se už od 90. let minulého století byly preferovány konzervativní nechirurgické terapeutické postupy. Časně výsledky naznačovaly, že tato léčba je v pokročilých stádiích téměř stejně účinná jako totální laryngektomie, navíc s vyšší nadějí na zachování funkce hrtanu^{2,3}. Avšak při hodnocení výsledků s časovým odstupem byl evidován vzestup úmrtnosti u těchto pacientů^{4,5,6}. Proto je nyní znovu celosvětově, především ve stádiu T4, preferována totální laryngektomie (TLE). TLE je navíc indikována i jako záchranný výkon po selhání primární léčby. Při této indikaci, tj. při persistenci či recidivě nádoru po předchozí (chemo)radioterapii, vykazuje TLE již horší prognózu s vyšší frekvencí komplikací hojení ve srovnání s primární operací. Podstatné je, že ani úspěšná nechirurgická léčba s dosažením remise tumoru a zachováním struktury hrtanu zdaleka neznamená i zachování jeho funkce. (Pokud byla funkce hrtanu porušena nádorem již před léčbou, nemůžeme očekávat jeho restituci). V téměř polovině případů - v důsledku kombinace primárního poškození hrtanu nádorem a sekundárně postradiačními změnami - není po ukončené léčbě pacient ani se zachovaným hrtanem schopen fonace. Navíc mohou nově vzniknout i dysfa-

gické potíže, a většinou s vysokým rizikem aspirací. Pacient tak zůstává, někdy i trvale, závislý na tracheostomii a gastrostomii. Indukovaná radiochondronekróza chrupavek hrtanu může být ložiskem trvalé infekce, a tudíž i neonkologickou indikací k laryngektomii.

TLE představuje rozsahem výjimečný chirurgický zákrok, s výbornými onkologickými výsledky, který má ovšem pro pacienta četné nežádoucí následky. Provedená TLE znamená především doživotní tracheostomii a ztrátu přirozeného hlasu, náchylnost k infekcím dýchacích cest při absenci přirozené čistící a zvlhčující funkce nosu. K dalším často opomíjeným následkům patří porucha vnímání chuti a čichu⁷. Pacientům se pro riziko zatečení vody přes tracheostoma do plic zakazuje plavání a koupání a zdůrazňuje se velká opatrnost při sprchování. Na druhou stranu provedená TLE neinterferuje s polykáním a oddělení dýchacích a polykacích cest vylučuje riziko aspirací.

Schopnost mluvit a komunikovat je pro člověka jedinečná. Lidský hlas je zvuk vytvářený pomocí plic, hrtanu, artikulačních a rezonančních prostor. Z plic proudí vzduch hrtanem, hlasivky se vlivem proudu vzduchu rozvlní a vytvářené vibrace generují řeč. Zvuk je dále modulován hrtanem a dutinou ústní (tzv. rezonanční a artikulační trakt). Pacienti, kteří podstoupili totální laryngektomii, mají odstraněny „zdroj vibrací“ – hlasivky, ačkoli plíce a artikulační trakt zůstávají intaktní. Proud vzduchu je odkloněn tracheostomií a neprochází artikulačními prostory, čímž ztrácí schopnost produkovat přirozený hlas⁸. Ztrátu hlasového orgánu, znamenající značný sociální hendikep, se proto snažíme časné a maximálně efektivně kompenzovat. V minulosti mohly být pacientovi nabídnuty dvě možnosti náhrady hlasu: elektrolarynx, nebo rehabilitace k navození jícnového hlasu.

Jícnový hlas – ruktus, neboli řihnutí, je nejpřirozenější náhradní hlasový mechanismus po TLE. Zvuk při něm vzniká na principu vibrací v místě horního jícnového svěrače při aktivním unikání vzduchu z jícnu. Vzduch se do jícnu dostává jícnovou insuflací – polykáním vzduchu, poté je uvolňován z jícnu kontrolovaným způsobem. Vzduchový sloupec je veden přes zbytkový artikulační aparát, kde je upraven tak, aby vytvořil srozumitelný hlas. Výhodou je, že ruktus nezaměstnává ruce pacienta. Jícnový hlas je ale nepřirozeně hluboký, monotónní, neumožňuje plynulou výslovnost víceslabičných slov. Výuka je náročná a dlouhodobá, její úspěšnost je relativně nízká, k uspokojivým výsledkům vede pouze u cca čtvrtiny pacientů^{8,9}.

Elektrolarynx představuje další alternativu náhrady hlasu. Elektromechanický generátor ve tvaru válečku se při řeči přikládá na měkké části krku. Pacient vytváří řeč pouhou artikulací s využitím zvukové energie elektrolaryngu. Manipulace s přístrojem a jeho použití jsou jednoduché, zvládne je většina pacientů. Nevýhodou je nepřirozený strojový zvuk při komunikaci, resp. omezená tolerance společenská, která je důvodem odmítání většiny pacientů⁹.

V posledních letech se velmi rychle prosadila třetí možnost: implantace hlasové protézky (HP). HP představuje v současnosti preferovaný postup pro náhradu hlasu po TLE. Na tvorbu hlasu využívá podobně jako jícnový hlas vibrace sliznice ezofagohypofaryngeálního přechodu. Na rozdíl od ruku ale pacient využívá k vytvoření fonace, podobně jako při přirozené mluvě, tlak a proud vzduchu z plic. HP představuje v podstatě jednocestný ventil přes vytvořenou iatrogenní tracheo-efozofageální píštěl, který umožňuje přesměrovat proud vzduchu z plic opět do horních cest dýchacích, pokud si pacient při výdechu uzavře tracheostomii. Jednocestnost ventilu brání před zatékáním slin a potravy do dolních cest dýchacích. Diskrétní plastový implantát umožňuje okamžité navození velmi přijatelného, srozumitelného hlasu. HP lze zavést i v druhé době, v odstupu po ukončení onkologické léčby, ale v poslední době jednoznačně převažuje snaha o primoimplantaci již během totální laryngektomie. Pacient může promluvit ihned v bezprostředním pooperačním období po zhojení operační rány.

Výhodou HP je jednoduchý nácvik hlasu a téměř stoprocentní úspěšnost hlasové rehabilitace. Ve srovnání s jícnovou řečí je kvalita a srozumitelnost řeči výrazně lepší. K nevýhodám v minulosti patřila nutnost použití ruky k utěsnění tracheostomu při fonaci; což lze nyní řešit použitím pomůcky, tzv. hand free, kdy aplikovaná náplast s jednocestným ventilem, podobně jako u mluvčí kanyly, automaticky přesměruje proud vzduchu do HP. I přes nynější vysokou biokompatibilitu použitých materiálů se stále jedná o cizí materiál v těle a dochází k určitým problémům a komplikacím. HP, tak jako každé cizí těleso, může v okolí vyvolat tvorbu granulací, což je možné snadno ošetřit ambulantně leptáním nebo elektrokauterizací. Vyvoláním chronického zánětu s trvalou mikrobiální kolonizací a biodegradací materiálu může docházet k obtékání a protékání HP s nutností její výměny. (Nepovažujeme za komplikaci, ale za přirozený proces související s limitovanou životností materiálu, kterou lze prodloužit pravidelnou péčí pacienta.) O HP je nutné pečovat denním čištěním (jednoduše pomocí

kartáčku), nároky na pacienta jsou srovnatelné s nezbytnou péčí o tracheostomickou kanylu. HP není trvalá, vyžaduje pravidelné výměny. Předpokládaná životnost je cca 90 dní, ale v praxi může být individuálně i značně překročena. Výměny HP zajišťujeme ambulantně, při běžných dispensárních kontrolách, nejsou náročné, není nutná ani lokální anestezie a jsou plně hrazeny pojišťovnou. Navíc se stále rozšiřuje i nabídka doplňků, např. náplastí, zvlhčujících filtrů a hand free nástavců.

K zavedení HP jsou důležité správné anatomické poměry hypofaryngoezofageální části. Toto omezení nyní řešíme zavedením HP již v první době, současně s laryngektomií. Nepříznivé anatomické poměry, většinou fibrotická stenóza, které by bránily zavedení HP, vznikají během pooperačního jizvení; současně se pacient vyhne i druhé, byť krátké, operaci v celkové anestezii. Navíc pacient může promluvit ihned v bezprostředním pooperačním období. Při primoimplantaci je již operační chirurgická technika TLE přizpůsobena této situaci: plastickou modelací se vytváří tracheostoma příznivé k utěsnění při fonaci, resp. aplikaci fixační náplastí, a ztenčení svalové vrstvy trychtýře hypofaryngu přispívá k přirozenosti hlasu.

Podmínkou implantace HP zůstává mentální schopnost a ochota spolupráce pacienta. Implantace HP lze považovat za průlomové řešení pro kvalitu života pacientů po dříve obávané, potenciálně mutilující totální laryngektomii.

Abstrakt

Karcinom hrtanu je závažné onemocnění, s vysokou mortalitou i morbiditou, v klinicky pokročilém stadiu neúčinněji léčitelné především radikální chirurgickou resekci (totální laryngektomií) s adjuvantní radioterapií. Dopad na kvalitu života se projeví především ztrátou hlasu, kterou se snažíme časně a maximálně efektivně kompenzovat.

K tradičním možnostem: elektrolaryngu, (nebývá ze společenského hlediska dobře tolerován), nebo rehabilitaci k navození jícnového hlasu (k uspokojivým výsledkům vedla pouze u 30-40 % pacientů), se v posledních letech rychle prosadila implantace hlasové protézky jako součást totální laryngektomie, která umožní okamžité navození velmi přijatelného, srozumitelného hlasu. Pacient může promluvit v bezprostředním pooperačním období. Není nutná rehabilitace a nároky na péči jsou srovnatelné s tracheostomickou kanylou. Její pravidelné výměny (cca 3-4x ročně) se provádí ambulantně. Implantaci hlasových protézek lze považovat za

průlomové řešení pro kvalitu života pacientů po dříve obávané, potenciálně mutilující, totální laryngektomii.

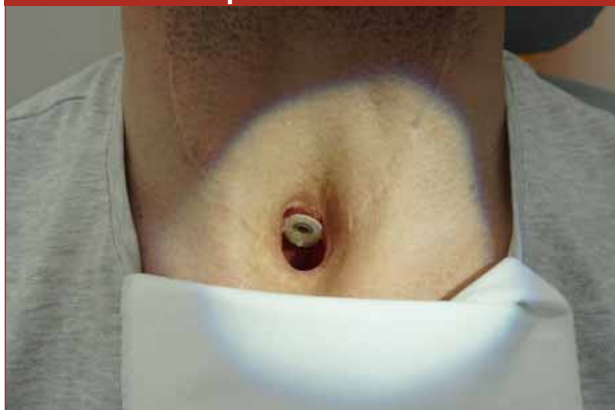
Shrnutí pro praxi

Totální laryngektomie, jako jedna z neúčinnějších možností léčby pacientů v pokročilém stadiu karcinomu hrtanu, je spojena se ztrátou přirozeného hlasu. Aktuálně se jako náhrady využívají jícnová řeč, elektrolarynx nebo nově preferovaná inserce hlasové protézky.

Diskrétní plastový implantát v tracheostomatu umožní okamžité navození velmi přijatelného, srozumitelného hlasu. Protézku lze zavést v druhé době, po ukončení onkologické léčby, nebo již během laryngektomie. Řeč s protézkou nevyžaduje složitý nácvik a péče o ni je srovnatelná s péčí o tracheostomickou kanylu. Její pravidelné výměny (cca 3-4x ročně) se provádí ambulantně.

Dedikace: Podpořeno MZ ČR – RVO (FNOL, 00098892) a interním grantem Univerzity Palackého v Olomouci IGA LF 2021-21.

**Obrázek 1: Pacient po totální laryngektomii s implan-
tovanou hlasovou protézku.**



MUDr. Zuzana Horáková, Ph.D. a MUDr. Petra Beláková

Klinika ORL a chirurgie hlavy a krku, FN Olomouc a LF Univerzity Palackého v Olomouci

Literatura:

1. www.svod.cz
2. Department of Veterans Affairs Laryngeal Cancer Study Group. Induction chemotherapy plus radiation compared with surgery plus radiation in patients with advanced. *N Engl J Med* 1991; 324:1685–1690.
3. Forastiere, A.A., Zhang, Q., Weber, R.S. et al.: Long-term results of RTOG 91-11: A comparison of three nonsurgical treatment strategies to preserve the larynx in patients with locally advanced larynx cancer. *J Clin Oncol* 2013; 31: 845-852
4. Bates, J.E., Amdur, R.J., Morris, C.M. et al.: Curative-dose chemoradiotherapy versus total [Bibliography]laryngectomy for stage T3-T4 squamous cell carcinoma of the larynx: An „apples-to-apples“ analysis of the National Cancer Database. *Am J Clin Oncol Cancer Clin Trials* 2019; 42: 527-533.
5. Chakravarty, P.D., McMurran, A.E.L., Banigo, A. et al.: Primary versus secondary tracheoesophageal puncture: Systematic review and meta-analysis. *J Laryngol Otol* 2018; 132: 14-21.
6. Chen, A.Y., Halpern, M.: Factors predictive of survival in advanced laryngeal cancer. *Arch Otolaryngol - Head Neck Surg* 2007; 133: 1270-1276.
7. Galli, A., Giordano, L., Biafora, M. et al.: Voice prosthesis rehabilitation after total laryngectomy: Are satisfaction and quality of life maintained over time? *Acta Otorhinolaryngol Ital* 2019; 39: 162-168.
8. Kaye, R., Tang, C.G., Sinclair, C.F.: The electrolarynx: voice restoration after total laryngectomy. *Med Devices Evid Res* 2017; 10:133-140
9. Dršata, J. et al.: Foniatrie – Hlas. 1. vydání. Havlíčkův Brod: Nakladatelství Tobiáš, 2011.

Pití alkoholu a fibrilace síní: riziko zvyšují už malé dávky alkoholu



MUDr. Karel Nešpor, CSc.

Psychiatrická nemocnice Bohnice

Fibrilace síní je nejčastější srdeční arytmií. K rizikovým faktorům této poruchy patří pití alkoholu. Abstinence od alkoholu zde naopak působí jako ochranný činitel. Uvedená zjištění ovšem vycházela převážně z dotazníkových šetření, která nemusela být naprosto spolehlivá. Cílem studie autorů Marcus a spol. (2021) bylo zjistit výskyt epizod fibrilace síní krátce po vypití alkoholu. Studie proběhla u 100 ambulantně léčených dospělých osob s paroxysmální síniovou fibrilací. U zkoumaných osob bylo průběžně zaznamenáváno EKG. Zkoumané osoby měly za úkol pokaždé, když se napily alkoholu, stisknout tlačítko na monitoru.

S odstupem u nich byl porovnáván počet epizod fibrilace síní, kterým předcházelo pití alkoholu, a počet epizod, kterým pití alkoholu nepředcházelo. To omezilo vliv dalších proměnných, jako jsou např. věk, jiná onemocnění nebo medikace. U 56 zkoumaných osob se objevila epizoda fibrilace síní. U těch, kdo měly epizodu fibrilace síní, bylo přibližně dvakrát pravděpodobnější, že pily alkohol čtyři hodiny před epizodou fibrilace síní. Toto riziko ještě vzrostlo, jestliže se bral v úvahu šestihodinový interval a jestliže se jednalo o vyšší dávku než 14 g 100% alkoholu (tj. asi více než 150 ml vína nebo 375 ml 12° piva). Souvislost mezi dávkou alkoholu a rizikem srdečních arytmií byla podle autorů lineární, tj. vyšší dávka alkoholu byla spojena s vyšším rizikem arytmií. Za jedinečný přínos této práce lze považovat

zjištění, že riziko fibrilace síní zvyšuje už i malá dávka alkoholu. Autoři uzavírají, že epizody fibrilace síní jsou u disponovaných osob často vyvolány pitím alkoholu, tedy chováním, které lze relativně snadno ovlivnit. To je důležité s ohledem na rozšířenost této srdeční poruchy a na to, že podstatně ovlivňuje kvalitu života postižených osob.

Ve stejném čísle časopisu *Annals of Internal Medicine* se objevil na stejné téma editorial (Piano a Hwang 2021). Jeho autoři oceňují význam uvedené práce a její důležitost pro klinickou praxi.



Literatura

Marcus GM, Vittinghoff E, Whitman IR et al. Acute Consumption of Alcohol and Discrete Atrial Fibrillation Events. *Ann Intern Med.* 2021 Aug 31. Epub ahead of print.

Piano MR, Hwang Ch. Editorial: Holiday Heart Confirmed: Alcohol-Associated Atrial Fibrillation. *Ann Intern Med.* Aug. 31. Epub ahead of print.

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

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

Nový čestný člen SVL ČLS JEP

Laureátem čestného členství SVL na rok 2021 se stal, vedle Dr. Alexandry Sochorové a Dr. Aleny Šimurdové, kolega **MUDr. Josef Štolfa**. Ocenění mu bylo předáno na XL. výroční konferenci SVL ČLS JEP ve Zlíně.

MUDr. Josef Štolfa působí již více než 30 let jako praktický lékař v Praze 8. Jeho moudrost a rozvážnost byly nepřehlédnutelné již v 90. letech, a tak si brzy získal respekt kolegů, a to i za hranicemi naší odbornosti. Proto byl zvolen předsedou Okresního sdružení ČLK v Praze 8. Jako skvělý školitel neunikl pozornosti Dr. Libuše Válkové, která ho po roce 2000 pozvala k působení na Katedře všeobecného lékařství IPVZ. Stal se později jejím nástupcem a věnoval práci na tomto, pro nás tak důležitém postu, velkou část svého nejproduktivnějšího životního období. Prožil na IPVZ všechny administra-

tivní bouře. Také jeho zásluhou si všeobecné lékařství udrželo svou jedinečnost v postgraduálním vzdělávání a na dotační program navázal program rezidenční, který de facto zachránil náš obor. Našel oporu v odborné společnosti, stal se členem výboru SVL a v současném volebním období je místopředsedou pro vzdělávání. Je předsedou akreditační komise MZ ČR pro náš obor.

Jeho přehled, moudrost, trpělivost a hlavně schopnost odolávat tlakům ze všech stran je obdivuhodná. Zasloužil se o rozvoj oboru i odborné společnosti a čestné členství si skutečně odpracoval.

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



Časný záchyt chronické obstrukční plicní nemoci – jak na něj?



MUDr. Kristián Brat, Ph.D.^{1,2,3}

PhDr. Karel Hejduk^{2,3}

doc. MUDr. Vladimír Koblížek, Ph.D.^{2,4,5}

¹ Klinika nemocí plicních a tuberkulózy, FN Brno a LF MU

² Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR

³ Lékařská fakulta Masarykovy univerzity, Brno

⁴ Plicní klinika, Fakultní nemocnice Hradec Králové

⁵ Lékařská fakulta v Hradci Králové Karlovy Univerzity

Úvod

Chronická obstrukční plicní nemoc (CHOPN) je jednou z nejčastějších chronických nemocí vůbec. V České republice je prevalence CHOPN odhadována na 710 tisíc pacientů¹, přičemž ale v trvalé péči pneumologů, praktických lékařů či ostatních specialistů je pouze kolem 250 tisíc pacientů s touto nemocí. CHOPN je dle definice *preventabilní a léčitelná nemoc charakterizovaná perzistujícími respiračními symptomy, bronchiální obstrukcí a abnormitami dolních cest dýchacích a plicních alveolů, obvykle důsledkem expozice inhalačním noxám. Uplatňují se i genetické faktory či alterovaný prenatalní vývoj. Nejčastějšími symptomy jsou dušnost, kašel a expektorace sputa*². CHOPN je obvykle diagnostikována až v pokročilejších stádiích a je asociována se signifikantní morbiditou, mortalitou a ekonomickou zátěží. Současná medikamentózní i nefarmakologická léčba umožňuje „pouze“ zmírnit symptomy, snížit riziko výskytu exacerbací a zlepšit kvalitu života a tolerance fyzické zátěže, ale prakticky nemá vliv na dlouhodobé riziko mortality. Prakticky jediným plošně použitelným terapeutickým opatřením, které má signifikantní vliv na mortalitu, je zanechání kouření (či omezení jiných inhalačních expozic); platí to však pouze u pacientů s časnými stádii nemoci. Záchyt časných stádií CHOPN je tak klíčem ke zlepšení celkového stavu v naší populaci. Jak ale na něj?

Projekt „Časný záchyt chronické obstrukční plicní nemoci v rizikové populaci“

Výše zmíněný pilotní projekt je realizován od roku 2017 v gesci Národního screeningového centra ÚZIS ČR

za spolupráce odborníků z České pneumologické a ftizeologické společnosti ČLS JEP a Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP. Finální vyhodnocení projektu je v plánu na konci roku 2022.

Pacienti (tzv. rizikové osoby) jsou osloveni praktickým lékařem (provádějícím tzv. pre-screening) a prostřednictvím informační kampaně cílené na laickou veřejnost. Riziková osoba je definována jako člověk věku 40-69 let, s cigaretovou zátěží více než 10 krabičkoroků a s dušností při námaze bez jiné zjevné příčiny. Praktický lékař odesílá rizikové osoby k plicnímu lékaři zapojenému do projektu, který ověří vstupní kritéria a zařadí pacienta do projektu a pacienta vyšetří. Alternativní cestou pacienta k pneumologovi je již zmíněná informační kampaň, na základě které pacient sám kontaktuje spolupracujícího pneumologa, pro vstup do projektu ale musí splňovat výše uvedená kritéria „rizikové osoby“.

Pneumolog u pacienta provádí dotazníkové šetření zaměřené na symptomy CHOPN (mMRC a CAT), klinické vyšetření a podrobné funkční vyšetření plic (spirometrie, bodypletyzmografie a vyšetření transferfaktoru). U osob, kde se prokáže CHOPN, je zahájena léčebná intervence a eliminace rizik (zejména kouření). Získaná data jsou sbírána do centrálního systému a jsou průběžně vyhodnocována pracovníky ÚZIS ČR.

Průběžné výsledky projektu

V srpnu 2021 bylo pre-screenováno 1562 subjektů; 741 z nich vstoupilo do screeningového programu. U pneumologů bylo vyřazeno 63 pacientů kvůli nesplnění inkluzních kritérií. Zbývajících 678 pacientů bylo vyšetřeno pneumologem, z nich 239 bylo doporučeno praktickým lékařem a 439 bylo z veřejného programu. Podíl pacientů s CHOPN byl 35,7 %. Ve stádiích GOLD I a II bylo diagnostikováno 83 % pacientů a ve skupině GOLD A 64 %. Z pacientů indikovaných praktickým lékařem mělo záchyt nové CHOPN 24,7 % vyšetřených, tato subpopulace byla mírně starší (58 let), zatížena vyšší kuřáckou náloží (33 krabičkoroků) a měla méně komorbidit. Pacienti s veřejného programu byli v průměru mladší (55 let), měli víc komorbidit, nižší kuřáckou nálož (31 krabičkoroků) a záchyt nové CHOPN byl rovněž vyšší (43,1 %).

Diskuze

Dle našich pilotních výsledků byl záchyt CHOPN 15,5% ze všech prescreenovaných osob a až 35,7 % u osob vyšetřených pneumologem. Naše výsledky překonávají i dosud publikované práce referující o projektech časného vyhledávání CHOPN. Například v práci dánských autorů byl záchyt CHOPN v podobně definované rizikové populaci 11 %³. V jiné práci italských

autorů byl záchyt nových diagnóz CHOPN 9,8 % z vyšetřených osob⁴. Ve španělské práci z Barcelony byl záchyt pacientů s novou CHOPN dokonce 19,8 % z předem definované rizikové populace⁵. Když tyto výsledky srovnáme s jinými screeningovými programy (např. screening karcinomu prostaty, kde je záchyt pacientů s novou diagnózou cca 1,3-1,9 % screenovaných osob), je záchyt pacientů s CHOPN mnohem vyšší, dokonce až řádově⁶. Tyto výsledky naznačují dvě zásadní věci. Za prvé, v populaci existuje značné množství dosud nediaagnostikovaných pacientů s CHOPN. Za druhé, vstupní

kritéria by s ohledem na vysoké procento záchytů mohla být zmírněna a bylo by tak možné zachytit celkově větší počet pacientů.

Závěr

Průběžné výsledky projektu Časného záchytu chronické obstrukční plicní nemoci naznačují, že program je vysoce efektivní a pomáhá zachytávat nové pacienty převážně v nízkých stádiích CHOPN.

Použitá literatura:

1. Koblizek V, Jarkovsky J, Dusek L, Benesova K, Svoboda M, Brat K. The Czechia COPD mortality rate declining, but total deaths increasing. *Eur Respir J* 2020;56(suppl 64):434.
2. Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. 2021 Report. [Naposledy navštíveno: 26. 11. 2021]. Dostupné z: https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2020/11/GOLD-REPORT-2021-v1.1-25Nov20_WMV.pdf
3. Çolak Y, Afzal S, Nordestgaard BG, Vestbo J, Lange P. Prognosis of asymptomatic and symptomatic, undiagnosed COPD in the general population in Denmark: a prospective cohort study. *Lancet Respir Med*. 2017;5(5):426-434.
4. Capozzolo A, Castellana G, Dragonieri S, Carratù P, Liotino V, Vulpi MR, Marra L, Resta E, Intiglietta P, Resta O. Voluntary lung function screening to reveal new COPD cases in southern Italy. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2017;12:2035-2042.
5. Castillo D, Burgos F, Guayta R, Giner J, Lozano P, Estrada M, Soriano JB, Flor X, Barau M, Casan P; FARMAEPOC group. Airflow obstruction case finding in community-pharmacies: a novel strategy to reduce COPD underdiagnosis. *Respir Med*. 2015;109(4):475-82.
6. Patasius A, Krilaviciute A, Smailyte G. Prostate Cancer Screening with PSA: Ten Years' Experience of Population Based Early Prostate Cancer Detection Programme in Lithuania. *J Clin Med*. 2020;9(12):3826.

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

Bezmanžetové měření TK



doc. MUDr. Jitka Mlíková Seidlerová, Ph.D.

II. interní klinika LF a FN Plzeň

S bezmanžetovým měřením krevního tlaku (TK) se setkáváme stále častěji. Na trhu je již celá řada výrobků nebo aplikací. Naši pacienti tak mohou přicházet na kontroly do ambulancí s hodnotami TK, které byly zjištěny pomocí mobilního telefonu, fitness náramku, chytrých hodinek, hrudního pásu, brýlí, prstenu atd. Dosud však žádná z těchto aplikací není podpořena validační studií, která by zaručovala dostatečnou přesnost měření, a tedy opravňovala jejich použití v diagnostice hypertenze či k domácí monitoraci TK. Některé z těchto výrobků jsou proto distribuovány s poznámkou „for recreational use only“. Část z těchto aplikací doporučují vstupní a poté pravidelnou (obvykle každý měsíc) kalibraci s klasicky měřeným TK.

Většina aplikací pracuje na principu stanovení pulse transit time, tedy času, který je nutný k přesunutí pulzové vlny z jednoho místa tepenného řečité na druhé. Tato hodnota negativně koreluje s hodnotou TK, a lze z ní tedy hodnotu TK vyvodit. Pulzová vlna bývá registrována simultánně na dvou místech (vzdálenost mezi nimi je známá), nebo na jednom místě s tím, že začátek systoly je určen pomocí zároveň registrovaného EKG, či méně často seismokardiografie nebo fonokardiografie. Pro registra-

ci pulzové vlny je využívána obvykle reflektanční pulzní oxymetrie (například pomocí kamery mobilního telefonu) či méně často registrace radiofrekvenčních vln.

Další možností je zcela bezkontaktní stanovení TK - natočením 30vteřinového selfie videa pomocí mobilního telefonu. Tento způsob pracuje na principu vytvoření mapy prokrvení obličeje (videopletysmografie; různé tkáně odrážejí rozdílné vlnové délky světla) a znalosti toho, jak parasympatická a sympatická vlákna inervují jednotlivé části obličeje.

Poslední možností je stanovení TK pomocí analýzy 1svodové křivky EKG. Tato metoda registruje a za pomoci umělé inteligence vyhodnocuje diskrétní změny EKG křivky, které mohou odrážet náplň srdečních síní, dobu a intenzitu kontrakce levé komory srdeční atd. Práce, které využívají tuto metodu, jsou obvykle korelovány z invazivně intraarteriálně registrovaným TK a jejich výsledky jsou slibné.

Na závěr chci připomenout, že naše pacienty musíme upozornit, že v současné době nelze TK stanovený pomocí těchto nových metod považovat za směrodatný a nelze podle něj upravovat léčbu. Při analýze přesnosti se nelze spokojit s údajem pouze průměrné chyby měření. Ta může být velmi malá, i když jsou přítomny systematické chyby měření (TK v hodnotám hypotenze nebo hypertenze je výrazně nadhodnocen či podhodnocen). Pro zhodnocení přesnosti je nutné posoudit průměrnou chybu měření a směrodatnou odchylku, Bland-Altmanův graf a procento měření s chybou do 5, 10 a 15 mm Hg. Při výběru tonometru do své klinické praxe či pro domácí monitoraci TK lze využít webové stránky iniciativy STRIDE BP (<https://www.stridebp.org>), která poskytuje informace o tonometrech s prokázanou přesností (mají platnou validační studii).

Bezmanžetové měření TK

Princip metody

- reflektanční pulzní oxymetrie
- radiofrekvenční senzory
- pulse transit time
- oscilometrie
- videopletysmografie
- metody umělé inteligence
- aplikace pro chytré telefony

Spirometrie - nedílná součást primární péče

(Workshop - XL. výroční konference SVL, Zlín, 12. 11. 2021)



MUDr. Ivo Procházka
praktický lékař Jedovnice

Pro rok 2022 a léta další se do portfolia diagnostických a preventivních úkonů v primární péči dostává hned několik nových výkonů asociovaných se závažnými onemocněními respiračního traktu. Kromě managementu časně diagnostiky bronchogenního karcinomu u kuřáků, související objektivizace anamnestických údajů kouření a závislosti na nikotinu přístrojovou analýzou oxidu uhelnatého v rámci cílené intervence závislosti na nikotinu, je velkým úspěchem odborné a profesní organizace kultivace výkonu spirometrického vyšetření v ambulanci praktika.

Za cca ¼ úmrtí na onemocnění dýchacích cest, které se nachází na čtvrtém místě četnosti mezi příčinami úmrtí v ČR, odpovídají chronická obstrukční plicní nemoc a pneumonie. Podle predikce WHO by se celosvětově úmrtnost na CHOPN měla v roce 2030 zařadit dokonce na třetí místo. Zdravotní a ekonomické aspekty tohoto léčitelného, ale nevléčitelného onemocnění jsou nevyčísitelné. Na prognóze se nepříznivě podílí i známý fakt poddiagnostikování a množství nepoznaných onemocnění, hlavně mírného a středního stadia (prevalence je u nás odhadována na 7,7 %, tedy bezmála 800.000 nemocných, pravidelně dispenzarizováno je však cca jen 300.000 pacientů). Od rozšíření spirometrie v primární péči si slibujeme časnější záchyt plicního onemocnění, jeho diagnostiku, klasifikaci a případnou dispenzarizaci.

Základními funkcemi plic jsou funkce **ventilační** (výměna vzduchu mezi zevním prostředím a plicemi) a **respirační** (výměna kyslíku a CO₂ mezi plicemi/zevním prostředím a krví). Funkční vyšetření plic posuzují obě tyto funkce. Diagnózu však nemohou stanovit samy o sobě, ale jen ve spojení s anamnestickými údaji a dalšími vyšetřovacími metodami.

V praxích VPL provádíme funkční plicní vyšetření nejčastěji za účelem odhalení ventilační poruchy, jejího typu a tíže, stanovení správné diagnózy, její reverzibility, diferencially diagnostické rozvahy u symptomů jako

dušnost, kašel nebo laboratorní anomálie, stanovení průběhu a prognózy onemocnění (i mimoplicních), pro monitoring průběhu onemocnění v čase, posuzování efektu léčby či nežádoucích účinků medikace, posouzení aptibility v rámci předoperačních vyšetření, pro posudkové účely atd. Nejen v případě CHOPN je důležité, aby byla nemoc odhalena co nejdříve. A ve všech těchto případech je **spirometrie metodou volby!** První projevy CHOPN je schopna odhalit řádově o 10 i více let dříve než ostatní konvenční diagnostické metody, jako je RTG plic či saturace krevních plynů.

Při spirometrickém vyšetření měříme 3 základní fyzikální veličiny: **objem, čas a průtok**, které přístroj zaznamenává, graficky znázorňuje a numericky vyhodnocuje. Může být prováděna prakticky kdekoli a s potřebnými znalostmi a adekvátním výcvikem ji může provádět každý praktický lékař, resp. erudovaná všeobecná sestra. Jako základní a nejdostupnější diagnostická metoda bude přesto objektivní a vysoce senzitivní. Indikace, provedení a vyhodnocení by měly patřit k bazálním dovednostem praktika. Pro získání objektivních výsledků je nutná aktivní spolupráce vyšetřovaného a patřičná erudice a zkušenosti vyšetřujícího personálu. Abychom dosáhli komparovatelnosti výsledků, musí být vyšetření prováděna standardizovanými přístroji a postupy za standardizovaných podmínek. Doporučenými postupy deklarované **standardsy provádění spirometrie** vč. přístrojového vybavení vycházejí z doporučení Americké hrudní společnosti a Evropské respirační společnosti ATS/ERS. Striktně definována je nejen technika provádění, ale i jednotné podmínky přípravy pacienta, jako volný oděv, vysazená medikace (po dohodě s lékařem), před vyšetřením nelze kouřit, pít alkohol, přijímat objemné jídlo a provádět větší fyzickou aktivitu. Před samotným vyšetřením je pacient v klidu, je změřen a zvážen. Vyšetření se provádí vsedě, vyšetřovaný klidně dýchá, na úvod provede 3x technicky dobrý nádech a výdech, následuje výdech, hluboký nádech a usilovný monitorovaný 6tisekundový výdech. Poté pacient opět normálně dýchá. Vyšetření provádíme s pauzou, maximálně 8x po sobě. Akceptovatelná variabilita dílčích výsledků je max. do 150 ml.

Výstupem spirometrického vyšetření je dvourozměrné grafické znázornění, kde odečítáme přímo měřitelné statické a dynamické objemy a kapacity. Naměřené parametry jsou zaznamenány do tzv. spirometrické křivky (spirogramu). Nejvýznamnějším základním vyšetřením plicních funkcí je **křivka průtok objem**. Její záznam v souřadnicovém systému vyjadřuje vztah mezi průtokem vzduchu dýchacími cestami

a objemem usilovně vydechnutého a nadechnutého vzduchu. Na základě obdrženého výsledku pak rozlišujeme tři základní typy ventilačních poruch – **obstrukční, restriční a smíšenou**.

Obstrukční ventilační porucha (OVP) představuje poruchu ventilační schopnosti plic v důsledku zúžení dýchacích cest (AB, CHOPN, bronchiolotida). Je prováděna poklesem hodnoty FEV1 a Tiffeneova indexu FEV1/FVC při normální nebo zvýšené hodnotě FVC (TLC).

Restriční ventilační porucha (RVP) představuje poruchu ventilační schopnosti plic v důsledku úbytku funkčního plicního parenchymu. Vyskytuje se u intersticiálních plicních procesů, pneumotoraxu, pleurálního výpotku, atelektázy, rozsáhlých pneumonií, po chirurgických resekcích, při poruchách dýchacího svalstva, u onemocnění hrudní stěny či bránice, páteře, při obezitě. Na spirometrických křivkách ji charakterizuje pokles hodnot TLC a FVC s poměrným snížením hodnoty FEV1, tedy s normální hodnotou indexu FEV1/FVC. Přesné určení je možné pouze při znalosti hodnoty TLC, bez ní je možné pouze vyslovit podezření na tuto poruchu. Ventilační porucha smíšená je kombinací obou.

Spirometrie je po klinickém vyšetření základní **neinvasivní** vyšetřovací metodou v pneumologii a má zásadní význam v diagnostice plicních onemocnění. Diagnózu však nemůže stanovit samo o sobě, ale v rukou erudovaného lékaře ve spojení s anamnestickými údaji a dalšími vyšetřovacími metodami. Podmínkou objektivních, validních a v neposlední řadě komparovatelných výsledků je nutná absolutní spolupráce vyšetřovaného a teoretické a praktické zkušenosti vyšetřujícího personálu. **Prakticky neexistuje plicní onemocnění, u kterého by funkční vyšetření nemělo význam.** Cílem našich vzdělávacích akcí je přispět k rozšíření této univerzální plicní vyšetřovací metody, dostat ji do povědomí praktiků a zejména pak jejich ambulancí, abychom záchyt patologie realizovali v léčitelných stadiích a díky následné dispenzární péči byli schopni prodloužit život pacienta a zlepšit jeho kvalitu.

Při koupi nového spirometru se zaměřte především na tyto body:

1) Bezúdržbovost

... v pravém slova smyslu. Jednoznačně doporučujeme používat systém s jednorázovými, ideálně ergonomicky řešenými náustky. Časově náročná dezinfekce spirometrického přístroje je při personálních možnostech našich praxí neakceptovatelná (provádí se po každém pacientovi, nutno počítat minimálně 30 minut na kompletní vysušení přístroje).

2) Guidelines

Provádění spirometrických vyšetření musí respektovat platná doporučení a doporučené postupy České pneumologické a fteologické společnosti. Zejména jde o zohlednění okolních podmínek při vyšetření, tj. pracovat s aktuálně naměřenými hodnotami veličin jako barometrický tlak, teplota a vlhkost okolního vzduchu. Tyto požadavky splňuje zabudovaná AMBI jednotka, která okolí kontinuálně monitoruje, v reálném čase hodnoty zaznamenává a software s nimi při vyhodnocení automaticky pracuje. Nevyžaduje tak vaše každodenní odečítání a zaznamenávání, ani neobsadí další port vašeho PC v případě externích čidel.

3) Ergonomické náustky

Pro získání validních dat je nutný maximální komfort pacienta při vyšetření. Náustky Medikro mají oválný tvar a produkt je opatřen reliéfním povrchem pro správný a plnohodnotný úchop zuby a rty pacienta.

4) Automatická kalibrace

Starší systémy se kalibrovaly za pomoci kalibrační pumpy pouze manuálně. Novější systémy disponují automatickou kalibrací číselnými kódy. U vyšších modelů Medikro lze kromě automatické kalibrace provést pro vaši jistotu i manuální ověření pumpou.

5) Uživatelsky příznivý software

Vizuálně příjemné, přehledné, jednoduše ovladatelné a snadno zapamatovatelné grafické rozhraní je důležitým kritériem zejména pro naše sestřičky. Samozřejmostí je software v češtině.

6) Komunikace s vaším ambulantním softwarem

Kvalitní produkt by měl splňovat podmínku plnohodnotného propojení s vaším ambulantním programem a přenos dat přímo do karty pacienty. Samozřejmě ale v závislosti na dostupnosti komunikačních protokolů u výrobce ambulantního softwaru! Na lékaři je pak jen popis křivky a konečné vyhodnocení případné poruchy.

7) Pravidelné kontroly

Jako všechny POCT přístroje i spirometr podléhá pravidelné bezpečnostně technické kontrole (BTK). Zodpovědný prodejce vám nabídne v ceně prohlídky též monitoring termínu BTK s aktivním upozorněním, svoz do servisního centra i následný odvoz prověřeného přístroje zpět do vaší ambulance, samozřejmě včetně protokolu.

MUDr. Ivo Procházka (PL, Jedovnice)

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

Klíšťová encefalitida pohledem epidemiologa



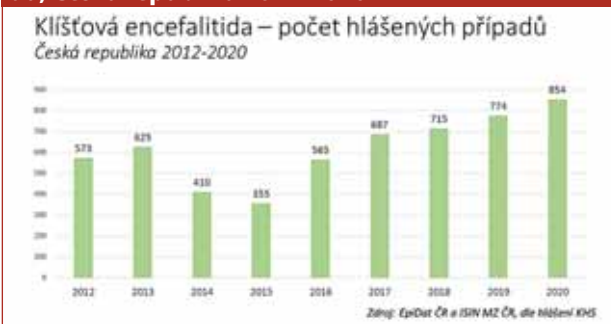
MUDr. Renata Ciupek

Krajská hygienická stanice Jihomoravského kraje se sídlem v Brně

Klíšťová encefalitida patří mezi závažné virové nákazy nervového systému a je typickou transmisivní nákazou s přírodní ohniskovostí. Česká republika je endemickou oblastí a s incidencí převyšující 5 případů na 100 000 obyvatel se řadí k oblastem s vysokým rizikem nákazy dle kritérií Světové zdravotnické organizace. Původcem je virus z čeledi Flaviviridae. Rod Flavivirus má tři subtypy, a to evropský (dříve označovaný jako středoevropský), sibiřský (dříve označovaný jako záposibiřský) a dálnévýchodní (dříve označovaný jako původce tzv. ruské jaro-letní encefalitidy). Antigenní analýzy a porovnání sekvence aminokyselin těchto virů ukázaly, že evropský typ je homogenní ve všech endemických oblastech Evropy. Z hlediska prevence vakcinací je důležité, že i u obou dalších subtypů, tj. sibiřského i dálnévýchodního, byla zjištěna až 96% identita. Virus je stálý při pokojové teplotě a dobře snáší i nízké pH, spolehlivě ho ničí teplota nad 60 °C. Existence přírodních ohnisek je dána přírodními podmínkami a aktuálně vždy bohatostí zemědělské úrody předešlého roku a s ní souvisejícím přemnožením drobných myšovitých hlodavců i hmyzožravců, kteří jsou zdrojem a současně rezervoárem viru. Virus klíšťové encefalitidy cirkuluje mezi těmito teplokrevnými obratlovci a také mezi klíšťaty. Vektorem v Evropě je klíště obecné *Ixodes ricinus* (na Dálném Východě *Ixodes persulcatus*). Klíšťata přenášejí virus klíšťové encefalitidy ve všech svých vývojových fázích, méně často dochází k přenosu nákazy také po požití tepelně neošetřeného mléka z infikovaných zvířat. Míra proměnlivosti klíšťat virem klíšťové encefalitidy je proměnlivá geograficky i v čase. Dle recentních dat se u *Ixodes ricinus* pohybuje v rozmezí od 0,1 % až po 5 %. Nedávné studie prováděné u divokých i domestikovaných zvířat ukazují, že virus klíšťové encefalitidy je rozšířen více, než se dříve předpokládalo. K šíření viru na velké vzdálenosti dochází zřejmě prostřednictvím ptáků. Dochází jak k teritoriálnímu rozšiřování ohnisek nákazy, tak i k posunu rizikových oblastí do nadmořských výšek nad 700 metrů n. m., kde ještě donedávna nebyla pozorována. Typickou lokalitou s rizikem četnějšího výskytu klíšťat jsou okraje listnatých a smíšených lesů s křovinatými

podrosty, kde se klíšťata vyskytují na travinách a křovinách až do výšky 50-70 cm od země. Případy onemocnění jsou každoročně hlášeny ze všech krajů České republiky. Dvoufázový průběh onemocnění se vyskytuje u přibližně dvou třetin pacientů. Incidence a závažnost onemocnění stoupá s věkem. V posledních letech registrujeme zvyšující se počty hlášených případů v populaci a jejich vyšší podíl u osob nad 50 let věku. Přibližně 40-50 % pacientů trpí následky onemocnění, které mají negativní dopad na jejich kvalitu života. V ojedinělých případech může onemocnění skončit fatálně. Klíšťová encefalitida je rovněž prověřována a následně odškodňována jako nemoc z povolání u profesí spojených s pobytem v přírodě, tedy u pracovníků lesního a vodního hospodářství nebo pedagogů zúčastňujících se škol v přírodě.

Graf 1: Klíšťová encefalitida – počet hlášených případů, Česká republika 2012-2020



Graf 2: Klíšťová encefalitida – počet hlášených případů dle věku, Česká republika 2018-2020



Dosud není k dispozici kauzální terapie, avšak klíšťová encefalitida je úspěšně preventabilní očkováním. Očkování je jedinou skutečně účinnou metodou, jak předcházet vzniku onemocnění. Vývoj v posledních letech ukazuje, že počet očkovaných u nás je zcela nedostatečný k tomu, aby nemoci dále nepřibývalo. Klíšťová encefalitida se stala celospolečenským i ekonomickým problémem. Vzhledem k nárůstu počtu nemocných v České republice je namísto podpora očkování proti klíšťové encefalitidě zdravotními pojišťovnami, od ledna 2022 s úhradou pro rizikovou skupinu nad 50 let věku.

Sdružené praxe

XL. výroční konference 13. 11. 2021



MUDr. David Halata

Společnost všeobecného praktického lékařství, Pracovní skupina pro ultrazvuk v primární péči
Ústav preventivního lékařství, Lékařská fakulta v Hradci Králové, Univerzita Karlova



doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D.

Vědecký sekretář Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP
Ústav všeobecného lékařství 1. LF UK

Sobotní program výroční konference zahájil blok, věnovaný týmům primární péče a sdruženým praxím. Pokusili jsme se otevřít téma, které v posledních měsících hýbe naším oborem a nejdříve z nás si položil otázku, zdali neorganizovat svou praxi jinak.

Doc. Seifert shrnul své evropské zkušenosti se sdruženými praxemi. Popsal prostředí primární péče v ČR. To tvoří zejména praxe, založené na individuálních kontraktech lékařů působících na poliklinikách (více jednotlivých VPL + lékaři dalších specializací + komplement), v jednotlivých praxích (1 lékař + 1 sestra), ve zdravotním středisku (lékaři odborností primární péče). Dále zde působí řetězce (jednotlivé praxe jako součást řetězce) a spontánně vznikající skupinové praxe, a to formou partnerství mezi lékaři nebo na principu vedoucího lékaře a zaměstnanců.

Proč o sdružených praxích mluvíme

V ČR převažují jednotlivé praxe personálně zajištěné jedním lékařem a jednou sestrou, pracujících ve 2-3 místnostech. Přestože poskytují dobré, osobní, na pacienta zaměřené služby, obtížně se vyrovnávají s nároky na zajištění kvality, právními požadavky a s rostoucí administrativou, což zvýraznila současná covidová

pandemie. Tyto praxe mají také menší potenciál k využití nových kompetencí v oboru, které přináší a dále může přinést reforma primární péče. Lékaři a sestry jsou přetížení a přitom méně efektivní, jak vyplývá ze srovnání s dalšími zeměmi EU. Mají hendikep v kompetitivním prostředí poskytování péče a obtížně budou do budoucna plnit rostoucí nároky s ohledem na stárnutí populace a péči o pacienty s chronickými nemocemi.

Dalším problémem je, že mladí lékaři vnímají negativně zátěž v souvislosti s přebíráním jednotlivých praxí a raději se nechávají zaměstnat. V daleko větší míře kladou důraz na tzv. work – life balance. Jednotlivé praxe jsou pak lehce nakupovány řetězci. Sdružené praxe jsou tedy přirozenou součástí reformy primární péče a modelem pro růst oboru.

*Single-handed practices exist, but as you mention **they struggle to meet the demands**, also young doctors don't want to work alone. Consequently, these doctors are **encouraged to create group practices**. There are few **incentives** besides the possibility of getting refunds for some of the expenses related to this process.*

(Knut-Arne Vensaas, Bergen, Norsko)

*We have the same problem – **single-handed practices can't find successor doctors**, right in my neighbourhood 3 practices were now sold to a company that is now seeking for medical staff... that's why I became part of a group of approximately 30 young GP's that do workshops for non-medical matters like billing, organisation.*

(Dr. Christian Rechtenwald, Boxberg, Německo)

Kde se vzaly sdružené praxe

V Evropě lze nalézt sdružené praxe založené na partnerství více lékařů například ve Velké Británii, Irsku nebo Dánsku. Naopak jako zaměstnanci působí praktičtí lékaři ve velkých zdravotních centrech v Portugalsku, Španělsku a Švédsku. V zemích, které nám jsou bližší svým pojištěnským systémem, jako například Holandsko, Belgie nebo Norsko, pak převažují právě sdružené praxe.

This process of bringing GP practices together has started a long time ago, actually, now, the minority of practices in Holland is single handed. I think in the present health care landscape with all the quality, legal and administrative requirements, it is virtually impossible to run a practice on your own.

(Niek de Wit, Utrecht, Nizozemí)

Pro nás velmi dobrým příkladem může být Švýcarsko, Rakousko, Německo, kde je trend ke skupinovým praxím. A pokud je, zejména na venkově, lékař samostatný, je obklopen týmem nelékařských zdravotních pracovníků.

- 1) 1 GP + 1 – 3 additional health professionals including the desk assistant, employed by GP (~80% in AT).
- 2) **Group practices**, several doctors = 1 contract with social health insurance companies. Organizational form is GmbH or OG. Group practices can also employ other physicians and are allowed in Austria since **several years only**.
- 3) **Since 2020: Primary Care centers/Networks**. Minimum of 3 GP share one special Primary Care contract with the social health insurance companies (Organizational form is GmbH or OG). Other GPs can be employed, a nurse and a desk assistant are compulsory, other voluntary: e.g., dieticians or social workers. For the employment of the other PC professionals there is a financial support from the regional health administration available.
(Dr. Kathryn Hoffmann, Rakousko)

Zabývat se právě rakouským modelem by mohlo být pro ČR velmi do budoucna přínosné.

Před lety probíhal v Evropě výzkum co je optimální model praxí VPL v Evropě. Jako ideální počet se jeví **3–6 VPL**.

Less makes the centre vulnerable, more would easily create tension and a risk of division of the group.
(Knut-Arne Vensaas, Bergen, Norsko)

Jedinou postsovětskou zemí, která zavedla systém rodinných lékařů je Estonsko, které používá systém zdravotních center.

... there is **government strategy to support primary health care centres**. (PHCC) It was started with using European funds money to build new buildings for family doctors starting to work together. At least 4 doctors must join, they can hire more nurses, midwives, physiotherapists and other specialists if needed. **PHCC has different contract with health insurance fund and special payment to be PHCC**. All regulation of those centres included into law, there are also definition of PHCC. PHCCs are located in bigger towns

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

and now almost more than 10 s PHCC are ready and started. (Prof. Heidi Maaros, Tartu, Estonsko)

Kdo by mohl se sdružených praxí těžit

Pacienti získávají lepší dostupnost péče, přicházejí do praxí, které jsou lépe organizovány, praxe mohou mít větší kompetence, čímž stoupá kvalita poskytované péče. Negativem může být odosobnění péče, pacient nemůže mít jistotu, že vždy narazí na svého lékaře. Negativem taktéž může být nedostupnost lékaře v každé vesnici. V Evropě ale dnes již převládá jasný konsensus, že je lepší mít jednu plně vybavenou praxi s více lékaři na jednom místě, než jednotlivé lékaře v jednotlivých vesnicích.

Lékaři získávají ve sdružené praxi především vyšší úroveň profesionality (týká se i sester), profesionální uspokojení, méně stresu. Sdružené praxe většinou lépe přenášejí kompetence na nelékařský personál. Lékaři však částečně ztrácejí svou vlastní autonomii. Pohled pojišťoven prozatím neznáme.

It is very much supported by insurance companies as well, because it strengthens the GP organisation. (Niek de Wit, Utrecht, Holandsko)

Our government sees this PC structures as the future, there will be financial founding support and a mentoring. By now 29 Primary Care Centres were founded. (Dr. Kathryn Hoffmann, Rakousko)

Zahraniční zkušenosti taktéž odpovídají na otázku, zda-li podpora sdružených praxí nenahrává rozvoji řetězců.

Commercial chains are not much successful with group practices. (Niek de Wit, Utrecht, Holandsko)

Jak by sdružená praxe mohla vypadat

Určitě ne jako poliklinika, ani zdravotní středisko z 80. let. Zřejmě pracoviště na jedné adrese, sdružující nejméně 2 kvalifikované VPL a pokrývající nejméně 2 úvazky. Způsob sdružení může být různý: 1 IČZ + zaměstnanci, více IČZ, smluvně provázané činnosti, partnerství společné vlastnictví ordinace, obchodní společnosti.

In some rural areas the municipality run the health care center and employ GPs in a group practice, but in most of the country, and in all cities, GPs are selfemployed with a personal contract with the municipality. For instance, I work in Bergen and we are 5 colleagues on individual contracts, but we run the centre as a firm with shared responsibility.

(Knut-Arne Vensaas, Bergen, Norsko)

Sdružená praxe vede k optimalizaci dostupnosti, jak v otázce rozsahu ordinačních hodin a poskytovaných služeb, objednávání, tak s ohledem na komunikaci s pacienty. Sdružené praxe využívají sdílení dokumentace, IT

propojení, sdílení přístrojové a POCT techniky, administrativní podporu praxe (která může vyřešit řadu obtíží praxe), sdílení obchodních a dodavatelských činností.

Přesně definované sdružené praxe má možná překvapivě Chorvatsko. **2 a více lékařů s cílem zlepšit kvalitu péče v dané komunitě, zajistit vyšší dostupnost péče pro pacienty, kvalifikace jednotlivých lékařů, zajistit dostupnost po dobu dovolených, vzdělávacích akcí a nemoci, reorganizace práce sester s redukcí administrativní zátěže, odborné konzultace a vyhodnocování práce praxe, implementace systému interního hodnocení kvality, vyhodnocování indikátorů kvality od pojišťoven, možné dělení kompetencí/zájmových oblastí zdravotníků v rámci praxe, pracovní setkání jednou týdně, spolupráce s domácí péčí a komunitou, poskytování poradenství.**

In Croatia group practices have been implemented in the healthcare law.

(Jelena Rakič, Zagreb, Chorvatsko)

Virtuální sdružená praxe může být alternativou pro venkov, smluvně upravené vztahy dvou a více nezávislých praxí, optimalizace rozložení ordinační doby k co největšímu pokrytí služeb v regionu, sdílení elektronické dokumentace, racionální sdílení diagnostické, event. terapeutické techniky, sdílení některých administrativních a dodavatelských služeb (zajištění kvality, nákupy materiálu a zdravotnických potřeb, IT podpora).

V následujícím panelovém bloku představilo 5 našich kolegů své sdružené praxe s různými organizačními modely reagujícími na specifické potřeby daných komunit. Dr. Bláha z Prahy představil model založený na třech rovnocenných společnicích s třetinovým podílem. Praxe zaměstnává 6 zdravotních sester a jednu administrativní sílu. Praxe poskytuje péči denně od 8 do 20 hod., lékařská směna je 8hodinová, lékař v průměru pracuje 3,5 dne v týdnu. Dr. Mucha z Prahy představil jednu z prvních sdružených praxí v zemi zakládanou v roce 1998. V současnosti působí na 2 adresách v týmu 10 lékařů (2 rezidenti), 6 sester, 2 administrativní síly a 1-2 medicí. Dr. Sobotka představil nově vznikající sdruženou praxi v Praze, sestávající ze dvou společniců, 2 poboček, 2 rezidentů a 2 sester. Dr. Vychytil představil venkovskou sdruženou praxi v Letohradu sestávající z 1 lékaře majitele, 1 lékaře zaměstnance na zkrácený úvazek a 4 sester (sestra manažer, telefonistka, zdravotní sestra, manažer testování). Dr. Zhoř představil tým primární péče z Kyjova ve složení jeden lékař + 2 sestry.

Sdružené praxe jsou tématem, o kterém potřebujeme především mluvit. Hledat především v sobě motivace a následně tlačít na plátce péče k nastavení adekvátních podmínek.

24hodinové ambulantní monitorování krevního tlaku



doc. MUDr. Ondřej Petrák, Ph.D.

Centrum pro výzkum, diagnostiku a léčbu arteriální hypertenze III. IK VFN a 1. LFUK

24hodinové monitorování krevního tlaku patří mezi důležité pomocné metody v diagnostice a sledování efektu terapie u nemocných s arteriální hypertenzí. Workshop byl zaměřen na některé podstatné aspekty v hodnocení záznamů z měření tlaku.

Postup při nastavení a nasazení přístroje na měření 24h krevního tlaku

1. **Frekvence měření krevního tlaku.** Za ideální je považováno nastavení **měření po 20 minutách v aktivní části dne a po 30 minutách v noci.** Nejnižší doporučená frekvence je po 30 minutách celých 24 hodin. Pokud zvolíme příliš dlouhý interval měření (např. po 1 hodině) získáme velmi málo hodnot, zejména pokud dojde k výpadku jednoho či více měření. Takový záznam se stává nehodnotitelný.

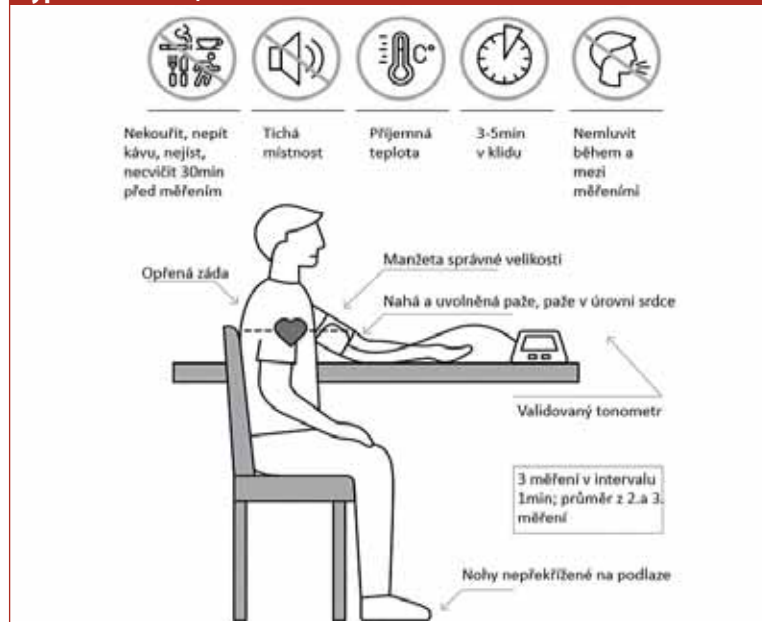
2. Před nasazením přístroje nutno **změřit krevní tlak na obou pažích** (správný postup uveden na obrázku 1). Pokud je rozdíl menší než 10 mm Hg systolického tlaku, volíme nedominantní paži. Při rozdílu větším než 10 mm Hg měříme na končetině s naměřeným vyšším tlakem. Pokud volíme automatické přístroje k měření klinického krevního tlaku, je vhodné preferovat validované přístroje (www.stridebp.org).
3. Volit správnou **šířku manžety** na měření tlaku. Příliš velká manžeta krevní tlak podhodnocuje a naopak příliš malá nadhodnocuje.
4. **U anxiózních osob raději vypneme displej přístroje,** neboť sledování změřených hodnot krevního tlaku může pacienta rozrušovat.
5. Poučíme pacienta o správném **vedení deníku aktivit.** Zejména podstatné jsou informace o fyzické aktivitě, psychickém rozrušení, spánku (čas spánku a jeho kvalita) a času užití antihypertenzní terapie.
6. Pro lepší posouzení nočního a denního tlaku je výhodné po stažení záznamu upravit **skutečné časy spánku** udané pacientem v deníku.

Co nezapomínat hodnotit v záznamu z měření?

1. Průměrný krevní tlak a tepovou frekvenci.

Průměrný TK za 24 hodin	Průměrný denní TK	Průměrný noční TK
< 130 / 80	< 135 / 85	< 120 / 70
Normy pro 24hodinové monitorování krevního tlaku (mmHg)		

Obr. 1. Správný postup měření krevního tlaku v ordinaci (www.hypertension.cz)



Normy pro 24hodinové monitorování krevního tlaku (mmHg)

2. Zhodnocení **diurnální variability krevního tlaku.** Diurnální variabilita je nezávislým rizikovým faktorem kardiovaskulární či cerebrovaskulární příhody. Sleduje dvě důležité základní složky diurnálního rytmu, a to noční pokles krevního tlaku (tzv. dipping) a ranní vzestup tlaku (tzv. morning surge). K nejrizikovějším patří pacienti s paradoxním nočním vzestupem krevního tlaku (reverzní dipper), a to zejména z hlediska hemoragických CMP. Tento fenomén bývá častěji pozorován u sekundární hypertenze (feochromocytom, syndrom spánkové apnoe, hyperkortizolismus) nebo u pacientů s diabetickou či autonomní neuropatií a renální insuficiencí. Pro správné hodnocení nočního vzestupu tlaku je podstatná kvalita spánku (špatný spánek při častém probouzení přístro-

jem či neuvedená noční práce ve směnném provozu může vést k chybné interpretaci).

Tabulka 2. Hodnocení nočního poklesu TK

	Procento poklesu nočního tlaku
Dipping	10-20
Non-dipping	1-9
Reverzní dipping (raiser)	< 0
Extrémní dipping	> 20

Ranní vzestup krevního tlaku je sice fyziologický děj, ale u pacientů s arteriální hypertenzí může být extrémně vystupňován, což označujeme jako morning surge. Za

abnormální vzestup ranního tlaku považujeme hodnoty vyšší než 50 mm Hg systolického tlaku a/nebo 22 mm Hg diastolického tlaku v ranní hodině (6-10. hodina) ve srovnání s průměrným nočním tlakem. U starších pacientů je tento vzestup spojen s rizikem mozkové příhody.

3. Zhodnocení **variability krevního tlaku**. Zejména přítomnost fenoménu bílého pláště, maskované hypertenze, prudké vzestupy a poklesy tlaku a jejich případnou spojitost s vykonávanou činností či jen odpolední siestou apod.

4. **Nezapomenout na doporučení** pro další terapeutický postup.

Co sledujeme při popisu křivky z 24hodinového měření krevního tlaku

Posouzení fenoménu bílého pláště či maskované hypertenze

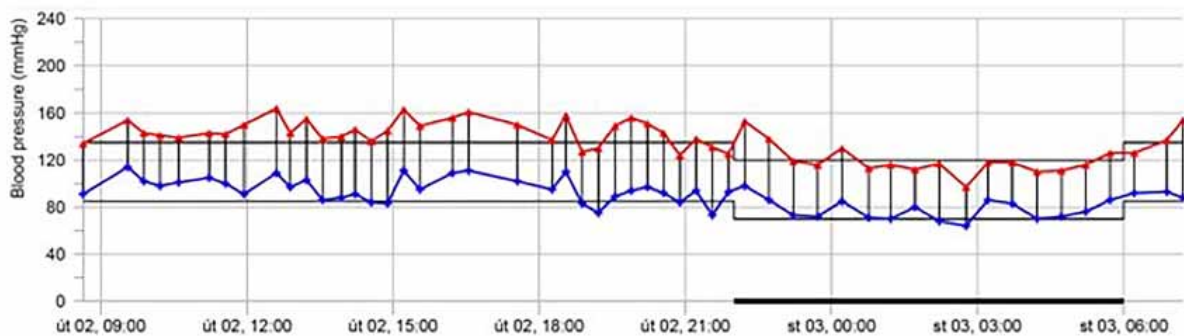
- Zhodnocení hodnot v době nasazení a sundání přístroje v ordinaci

Variabilita krevního tlaku

- Posouzení vzestupů a poklesů jednotlivých hodnot a jejich spojitost s vykonávanou činností včetně případné polední siesty

Diurnální variabilita

- Noční pokles TK (dipping)
- Ranní vzestup krevního tlaku (morning surge)



Zkušenosti s pandemií



MUDr. Ivo Faflík

praktický lékař FAF-MEDIC s. r. o., České Budějovice

Na popud skupiny praktických lékařů jsem se rozhodl také vyjádřit k očkování alespoň tady na FB a osvětlit svůj osobní názor na některé protiargumenty a některá vyjádření o PL uvést na pravou míru. Budu rád, když si to přečtete, když už s tím strávím tolik času. Pokud bude někdo chtít sdílet, za svůj názor se nestydím.

- 1) Moje osobní zkušenost i statistiky mluví jasně. Očkování má smysl. V současné době mám 2100 pacientů, z nichž bude cca 70 procent očkovaných. Ani jeden z těchto pacientů neměl žádnou závažnou nežádoucí reakci. To bohužel nemůžu říct u lidí, kteří covid prodělali - někteří z nich už tady nejsou. Drtivá většina lidí ve vážném stavu jsou nyní neočkovaní (mám potvrzeno z několika nemocnic od lidí, kteří tam pracují). Očkování lidí, kteří tam přesto skončí, bývají průměrně cca o 30 let starší.
- 2) Bohužel jsme se v dnešní době dostali do situace, že kdokoli si něco vycucá z prstu a pošle to na sociální síť, je to považované za fakt. Aneb jak vznikají hoaxy a nepodložené nesmysly, které vyvolávají pouze nepodložené obavy. Kdybych to měl brát vážně, tak všemocná vakcína je plná těžkých kovů, čipů (při ředění vakcíny se nemusíte bát, že byste o nějaký přišli), zrychluje stárnutí, způsobuje neplodnost (ale ne hned, až po pár letech, aby to nebylo hned vidět) a spoustu dalších věcí. Pokud bych si teď vymyslel, že způsobuje i impotenci a poslal to poutavě na internet, tak se vsadíte, že se to uchytlí.
- 3) Panický strach z nežádoucích reakcí a věta „nechci do sebe cpát chemii“, jsou v dnešní době, kdy do sebe každý druhý sype ibalgin jak lentilky a všechno je ošetřeno různými konzervanty a už neřeší, že to způsobuje např. vředy a ničí ledviny, mi připadají úsměvné. Závažných nežádoucích reakcí je potvrzeno minimum, přesto nějaké samozřejmě můžou vzniknout - jako u všeho. Ale riziko závažného průběhu onemocnění je vyšší v řádech. Můj vzorek pacientů to plně potvrzuje.

Žádná závažná nežádoucí reakce očkování vs. několik mrtvých na Covid.

- 4) Praktičtí lékaři tlačí do očkování, protože za to mají peníze. Ano, potvrzuji, že za očkování proti Covidu (jako každé jiné očkování a jiné zdravotní úkony) máme peníze. Ale upřímně, ty peníze, co za to máme, se absolutně nevyplatí vzhledem k času, který tím trávíme. Ten čas pak nemůžeme věnovat jiné péči, za kterou jsme, světe, div se, také placeni. Na měsíčním vyúčtování absolutně finančně nepoznám, který měsíc jsme očkovali a který ne - na vyčerpané sestře to poznám jednoduše.
- 5) Svoboda lidí se rozhodnout. Moje svoboda končí tam, kde začíná svoboda někoho jiného. Zase jsme se dostali do situace, kdy rozhodnutí některých lidí se neočkovat zaplnilo nemocnice a donutilo omezit zdravotní péči pouze na akutní. Takže opět budu mít pacienty, kteří budou čekat víc než rok na operaci. Opět se omezí vyšetřování neakutních věcí, ze kterých se postupem času stanou akutní - a některé bohužel nedopadnou dobře. Opět začíná lockdown i pro lidi, kteří byli ochotni se s určitou dávkou nejistoty nechat naočkovat - a to omezování není?
- 6) Je zvláštní, že tito samozvaní hrdinové „bojující za poslední zbytky naší svobody“, když skončí ve vážném stavu, nejdou se schovat a umřít někam do sklepa, ale ochotně leží na JIP a nechají o sebe pečovat. Argument, že si celý život platí zdravotní pojištění, je úsměvný. Dva týdny na JIP ho vypotřebují za celý jejich pracovní život i s rezervou. A kde je pak ostatní péče během zbytku života - léky na tlak, úrazy, bolesti zad atd. Na čí úkor ji budou čerpat?
- 7) Ve vážném stavu jsou hlavně obézní a nemocní lidé - je to hlavně o zdravém organismu. Ano, to je pravda - z většiny jsou, ale jen z většiny (máme tu i spoustu čtyřicátníků i třicátníků, kteří se s ničím neléčili). Osobně podporuji, aby lidé primárně pracovali se svým životním stylem. Kdo z vás nemá nějakého nemocného a obézního kamaráda? A teď mu řekněte, že byste ho klidně nechali umřít, že si za to může sám. Pořád to nemění nic na faktu, že když vezmeme očkovaného člověka vs. neočkovaného ve srovnatelném zdravotním stavu, očkovaný má mnohem menší pravděpodobnost úmrtí v souvislosti s Covidem, i když započítám možné nežádoucí účinky vakcíny.
- 8) Jsem mladý a zdravý, mně to nic neudělá. To si myslela část těch, kteří jsou nyní na JIP s plicní

ventilací. Spousta z nich to nepřežije. Spousta z nich bude mít doživotní následky na plicích. Stále tu platí bod 5 a 6. Kolega z odd. ARO mi zrovna vyprávěl o takové slečně, ročník 1988, zatím není jisté, jestli přežije.

9) Prodělal jsem Covid před rokem a mám XX protilátek. Nepotřebuji to, mělo by se to začít uznávat.

Co je mi známo, v současné době neexistuje seriózní studie, která by určila dostatečné množství protilátek, které vás ochrání. Dokonce ani nevíme, jestli je nějaká spojitost - pokud jich mám víc, jsem na tom lépe než člověk, který jich má méně. Respektive hodnocení protilátek se nyní dostalo do rukou lidových imunologů, kteří si to vlastně bez jakýchkoli dat cucají z prstů. Dle mého názoru je to v současné době pouze továrna na peníze... Můžete si tak se sousedem honit ego čísly, která vlastně zatím nikdo neumí reálně hodnotit.

10) I očkování přenášejí Covid a nemusí se testovat.

Není to úplně pravda. Pokud mám podezření na Covid, posílám na testy očkovaného i neočkovaného. Jediný rozdíl je, že bezpříznakový kontakt nemusí jít do karantény. Jakmile začnou příznaky, vše se mění. Teoreticky by měl očkovaný být méně infekční, ale to není podstatné. Pro mě už není dávno podstatné (stran nebezpečnosti celé nemoci a pandemie), kdo je a kdo není pozitivní, ale kolik lidí končí ve vážném stavu. Pokud budeme všichni naočkovaní a budeme si tu předávat Covid, který se bude projevovat jako běžná viróza - tak ať. Takhle nám bohužel neočkovaní opět zahltali nemocnice a odnesou to všichni, jak na svobodě, tak na zdraví.

11) PL by se měli vrátit k původnímu poslání a začít léčit.

V současné době jsou možnosti léčby Covidu v ambulanci sféře hodně omezené. Spousta léků na internetu (např. isoprinosine a jiné léčebné metody, které si zase někdo bez jakýchkoli dat vycucal z prstu),

nejsou léčba lege artis. Nejen, že hodně pravděpodobně nebudou fungovat, ale také vám můžou dost výrazně ublížit. A zodpovědný za to bude samozřejmě lékař, který neindikovaný lék předepsal. Monoklonální protilátky mají nyní dobré výsledky, ale jsou daná přísná indikační kritéria, komu je můžeme podat. O ceně léku a kapacit podávání ani nemluvíme. Dále bych rád poukázal na fakt, že ke covidové pandemii musíme současně léčit i pacienty s jinými zdravotními problémy. Se sestrou toho máme plné zuby, 2x tolik práce za stejné peníze. To jsme na tom stále výrazně lépe než kolegové v nemocnicích. Samozřejmě nikoho nezajímá, že zdravotníci třeba mají i svůj osobní život. Zajímalo by mě, v jaké jiné profesi byste si ochotně vzali dvojnásobek práce jen tak. I poslání má své hranice! V počátcích pandemie, kdy v podstatě nebylo žádné řešení, se to dalo mnohem snáz skousnout. Nyní, když už jsme dostali pod nos alespoň nějakou cestu ven, opět jsme se na to vykašlali. Kouše se to s mnohem více hořkou příchutí. A jako třešnička na dortu jsou urážlivé poznámky na internetu na účet zdravotníků! Od lidí, kteří akorát sedí doma na zadku a nemusí hnout prstem.

12) Je to o politice a o penězích pro farmaceutické firmy.

Ano, určitě to bude hodně o penězích. Priority jsou podle mě v současné době jasné, stačí se podívat na data v nemocnicích. Jakýmkoli bojem proti systému nyní neublížíte korporátům, ale akorát svým spoluobčanům. Zase nás zavírají, adekvátní zdravotní péči teď u neakutních věcí nedostaneme, odnese to i spousta malých podnikatelů.

Neříkám, že očkování je zázrak a zaručí vám stoprocentní spásu, ale jinou cestu ven nemáme, data jsou jasná, realita v nemocnicích také.

Opakované hospitalizace nejsou standard. Ani u srdečního selhání

Praha 2. 12. 2021 – Opakované pobyty v nemocnici jsou pro pacienty se srdečním selháním častým problémem. Téměř polovina pacientů se srdečním selháním je v průběhu dvou let po první hospitalizaci znovu přijata do nemocnice pro akutní stav, nebo dokonce zemře.¹ Počty hospitalizací se srdečním selháním navíc nyní rostou i následkem zanedbání infarktů v období pandemie koronaviru.² Přesto lze počet hospitalizací pro chronické srdeční selhání významně snížit správnou léčbou a dodržováním režimových opatření.³

Křivka opakovaných hospitalizací se srdečním selháním roste spolu s evidovaným nárůstem onemocnění. Zvláště v této době, kdy každý pobyt v nemocnici znamenal koronavirové riziko, stoupá důležitost správné léčby, která zbytečné hospitalizaci brání. „Chronické srdeční selhání způsobuje po celém světě víc hospitalizací u lidí nad 65 let než pneumonie a infarkty, proto je důležité ho neopomíjet. Informovat pacienty o důležitosti dodržování režimových opatření a správné léčbě je pro snížení těchto statistik klíčové,” zdůrazňuje prof. MUDr. Richard Češka, předseda České internistické společnosti.

Již nyní je v Česku evidováno 300 tisíc pacientů se srdečním selháním, před deseti lety bylo toto číslo odhadováno na 200 tisíc.⁴ „Podle aktuálních predikcí českých kardiologů stoupne počet lidí se srdečním selháním do roku 2030 přibližně na 450 tisíc,” dodává profesor Češka. Problém se netýká pouze České republiky, podle aktuálních dat jsou po celém světě každou minutu diagnostikováni dva pacienti se srdečním selháním.⁵

Cesta bez opakované hospitalizace

Je nutné vědět dobře, kdy které léky brát a jaká režimová opatření je třeba pozorně dodržovat. Kromě pravidelného měření tlaku a pulsu k tomu patří i kontroly hladiny cholesterolu, abstinence kouření a alkoholu, přiměřený pohyb, pravidelný odpočinek a zdravá strava.³ „Správně nastavená léčba je klíčovým krokem pro omezení hospitalizací. Důležité je nezůstávat u medicíny, která vám dostatečně nepomáhá, ale posunout se ke

správné léčbě, protože ta vás může udržet mimo nemocnici. Klíčové je nepovažovat svůj režim za neměnný, naopak hledat dál co nejlepší možnosti řešení. Medicína se stále posouvá a je velká šance, že nové metody ještě zlepší léčbu srdečního selhání. Podstatné je komunikovat o nich se svým lékařem a pravidelně kontroly nevynechávat,” říká prof. MUDr. Richard Češka.

Častá hospitalizace ovlivňuje i blízké

Časté pobyty v nemocnici kvůli náhle zhoršenému stavu nejsou náročné pouze pro pacienty, ale také pro jejich příbuzné. Ti zažívají vzhledem k situaci úzkosti a stres ze strachu o život svých blízkých.⁶ „Opakované hospitalizace se promítají do mnoha aspektů života a ovlivňují jeho celkovou kvalitu, také vyvolávají starosti příbuzných o pacienta samotného. Není ničím výjimečným, že lidé pečující o pacienta se srdečním selháním trpí depesemi a úzkostmi, které úzce souvisejí se strachem ze ztráty milované osoby. Správná léčba tedy nepomáhá jen srdci, ale s nadsázkou můžeme říct, že pomáhá i všem pacientovým blízkým, aby se znovu cítili v klidu,” říká prof. MUDr. Richard Češka.

Po diagnóze chronického srdečního selhání a nastavení první léčby cesta teprve začíná. Pokud se pacientovi léčba neukazuje jako ideální, neměl by rezignovat, ale měl by se dále pokusit hledat správnou cestu pro své srdce. Komunikace s lékařem je v tomto ohledu opravdu klíčová.

Více informací, jak zvládat život se srdečním selháním, na www.rukunasrdce.cz.

Kontakt pro média:

Lucie Strnadová, PR Director, Havas, 724 639 097,
lucie.strnadova@havas.com
Petr Kubíček, PR Manager, Havas, 602 388 970,
petr.kubicek@havaspr.com

Češka prof. MUDr. Richard Češka, CSc.

Seznam zdrojů:

1. PAVLUŠOVÁ, M., KLIMEŠ, J. et al. Chronické srdeční selhání – dopad onemocnění na pacienty a zdravotní systém v České republice: retrospektivní analýza typu cost-of-illness. 2018 [cit. červenec 2021].
2. CHARMAN, S. et al. Insights into heart failure hospitalizations, management, and services during and beyond COVID-19. 2020 [cit. říjen 2021].
3. PONIKOWSKI, P. et al. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *European Heart Journal* [online]. 2016, 37(27): 2129–2200 [cit. červenec 2021]. Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.1093/eurheartj/ehw128>.
4. Všeobecná fakultní nemocnice v Praze. Téměř 300 tisíc lidí v Česku trpí

srdečním selháním [online]. 25. 1. 2021 [cit. 24. 8. 2021]. Dostupné z: https://www.vfn.cz/wp-content/uploads/2021/03/TZ_Temer_300_tisic_lidi_v_Cesku_trpi_srdecnim_selhanim.pdf.

5. AMBROSIO, A. et al. The global health and economic burden of hospitalizations for heart failure: lessons learned from hospitalized heart failure registries. *J Am Coll Cardiol*. 2014 Apr 1; 63(12): 1123–1133.
6. PONIKOWSKI, P. et al. 2014. Heart failure – Preventing disease and death worldwide [online]. 2014 [cit. červenec 2021]. Dostupné z: <https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Subspecialty/HFA/WHFA-whitepaper-15-May-14.pdf>.

Ambulantní specialisté jsou proti povinné službě v nemocnicích: „Nemocnicím pomůžeme s ambulantními pacienty“

Praha, 1. 12. 2021, Sdružení ambulantních specialistů nesouhlasí s povinností stanovenou nařízením vlády z 25. listopadu zavést kvůli pandemické situaci povinnou službu ambulantních lékařů v nemocnicích, či dokonce na jejich jednotkách intenzivní péče. Znamenalo by to pro ně zvýšené zdravotní riziko, neboť většina z nich je skoro v důchodovém věku, nebo se k němu blíží. Kromě toho specialistům v některých případech chybí potřebná kvalifikace. Kvůli nasazení v nemocnicích by se ordinace zároveň nemohly věnovat svým pacientům a riskovaly by prohloubení již tak významných finančních potíží. Jako alternativu SAS ČR navrhuje, aby se nemocnice soustředily čistě a jen na lůžkovou péči a mimo nemocniční ambulance převzaly všechny pacienty, kteří nepotřebují hospitalizaci.

Vláda ČR svým nařízením dne 25. 11. 2021 rozhodla o povinné službě v nemocnicích všem ambulantním specialistům. Ti se proti rozhodnutí ostře vymezují s odvoláním na svůj vyšší průměrný věk. „*Jsmo připraveni pomoci tam, kde to bude potřeba. Závažnost situace chápeme. Je ovšem nutné si uvědomit, že více než třetina našich lékařů je v důchodovém věku,*“ zdůrazňuje předseda Sdružení ambulantních specialistů **MUDr. Zorjan Jojko**. Podle posledních zveřejněných dat ÚZIS je průměrný věk ambulantních lékařů 53 let.

Ohrožení zdraví ambulantních specialistů ovšem není jediným z problémů potenciálního opatření. Podle **MUDr. Jojka** jim chybí také potřebné kvalifikace: „*Máme znalosti a praxi pro vysoce specializovanou práci v ambulancích. Jen malá část z nás někdy pracovala na jednotkách intenzivní péče, a ještě menší zná jejich současná pravidla a umí obsluhovat například ventilátory.*“

V neposlední řadě současný návrh nezohledňuje kvalitní a dostatečně rychlé finanční kompenzace ambulantním lékařům. Jejich ambulance by se díky tomuto opatření dostaly do složité finanční situace pod tíhou výdajů na nájem, energie, splátky půjček nebo režijní náklady. Postaráno musí být také o jejich současné pacienty, mezi nimiž je řada těch, kteří prodělávají COVID, ale do nemocnice

nemusí, mají postcovidové komplikace a také těch, kteří kvůli pandemii příznaky jiných nemocí přehlíželi a mají teď komplikace. „*Nezpochybujeme nutnost se kvalitně postarat o cca 6 tisíc covidových pacientů v nemocnicích, není ale možné kvůli nim ignorovat další statisíce, které chodí k nám,*“ dodává **MUDr. Jojko**. Stejně nařízení vlády ČR se podle něj ukázalo jako špatné již v březnu 2021. „*Naštěstí tehdy všichni hejtmani i primátor Prahy zareagovali tak, že žádali jen dobrovolnou pomoc. Ukázalo se, že ochota pomoci nejen ambulantních specialistů v rozsahu, který jim dovolil zachovat péči o jejich pacienty významně přesahovala potřebu těch krajů.*“

Podle SAS by namísto povinného nasazení v nemocnicích měli specialisté nabídnout svou pomoc ambulantním pacientům nyní docházejícím do nemocnic, čímž by došlo k uvolnění kapacity pro nemocné koronavirem a stažení lékařů z ostatních nemocničních oddělení ke covid-lůžkům. Své kapacity již ostatně řada ambulantních lékařů nemocnicím sama nabídla. Dle názoru SAS ČR je na místě využít i větší podpory armády – včetně vojenských lékařů. Pomoc ambulantních specialistů prohlášení nevyklučuje zcela, dává podle něj smysl především na individuální bázi. „*Jakákoli forma pomoci by měla být především dobrovolná. V omezenějším časovém rozsahu jsme schopni pracovat i mimo naše ambulance. Nesmí ale kvůli tomu dojít k výpadku péče o naše pacienty ani k finanční smrti ambulance,*“ dodává **Zorjan Jojko**.

Kontakt pro média:

Jan Kroupa, Insighters
jan.kroupa@insighters.cz
+420 774 992 274



**Sdružení
Ambulantních
Specialistů ČR, o. s.**

pokračovatel Spolku
pokladenských lékařů,
založeného v prosinci 1906.

Na uvolnění NOACs pro 1. linii lékaři rychle zareagovali

Nová perorální antikoagulancia (NOACs) již vůbec nová nejsou. Naopak se stávají velmi spolehlivými léky, jejichž používání je podpořeno jak rozsáhlou evidencí z klinických studií, tak daty z reálné klinické praxe. Relativní novinkou od listopadu 2020 je nicméně schválená úhrada v indikaci profylaxe ischemické cévní mozkové příhody (iCMP) při nevalvulární fibrilaci síní (FiS) již v 1. linii, nikoliv až po selhání warfarinu. Inovativním konceptem je rovněž vaskuloprotektivní podávání nízké dávky antikoagulans s kyselinou acetylsalicylovou (ASA) u pacientů ve velmi vysokém atherotrombotickém riziku.

„Výhody NOACs oproti warfarinu jsou zjevné, v době pandemie onemocnění COVID-19 se však ukazují ještě více. Kromě toho, že jejich použití znamená méně nežádoucích příhod, které by dále zatěžovaly zdravotní systém, také nevyžadují monitorování INR a s tím spojenou nutnost návštěvy zdravotnického zařízení. O to důležitější je to u nově indikovaných nemocných,“ upozornil na letošním kongresu České internistické společnosti ČLS JEP přednosta II. interní kliniky LF MU a FN u sv. Anny v Brně prof. MUDr. Miroslav Souček, CSc. Tuto část programu podpořila společnost Bayer.

Prospěch prakticky pro každého

Uvolnění úhradových omezení mělo podle profesora Součka okamžitý vliv na míru preskripce NOACs. Z hlášení distributorů je totiž zřejmé, že počet léčebných pacientů ihned stoupl. *„Je tak evidentní, že lékaři vidí NOACs jako variantu s výrazně lepším poměrem účinnosti a rizika oproti warfarinu a možnosti předepsat tyto léky v první linii se záhy chytili. Profitovat z toho budou především pacienti, u kterých je obtížné dosáhnout INR v terapeutickém rozmezí, jsou imobilní nebo je pro ně těžké chodit na časté kontroly, případně by pro ně byly nežádoucí účinky warfarinu příliš významné. Vzhledem k příznivému farmakologickému profilu NOACs ovšem budou mít z jejich okamžitého nasazení prospěch v podstatě všichni,“* dodal.

„Už jen samotná obtížnost dosažení INR v terapeutickém rozmezí se týká velké části až většiny pacientů. Ukazují to například data ze studie ORBIT-AF. V terapeutickém rozmezí v ní bylo jen 59 procent měření INR, 25 procent výsledků bylo nižších než 2,0 a 17 procent vyšších než 3,0. To může být na první pohled interpretováno, že je téměř 60 procent pacientů na warfarinu antikoagulováno správně. Při bližší analýze se ale ukázalo, že během relativně dlouhého období 6 měsíců měl všechny měřené hodnoty v terapeutickém rozmezí jen 1 z 10 nemocných, a 90 procent pacientů více či méně kolísalo. Ukazuje se tak, že skutečnou výzvou při

léčbě warfarinem není ani tak dosáhnout INR v terapeutickém rozmezí, ale spíše INR v tomto rozmezí udržet,“ zdůraznil přednášející.

Výhodné vlastnosti nejen v pandemických časech

Profesor Souček rovněž upozornil, že ani NOACs nejsou všechna stejná. *„I v tak jasné indikaci, jako je profylaxe iCMP při nevalvulární FiS, se dostáváme do situace, kdy je třeba léčbu nastavit na míru konkrétnímu nemocnému. Zejména u pacientů, kteří již warfarin užívají, je výhodou použít rivaroxaban, který lze nasadit při INR 3,0 a nižším. Pokud tak pacient není warfarinem předávkován, není třeba čekat na jeho pokles jako u ostatních látek. Rivaroxaban se stejně jako warfarin užívá jen 1× denně, přičemž z mnoha studií je zřejmé, že čím více tablet má nemocný užívat, tím rychleji klesá jeho compliance. Pro nastavení dávkování rivaroxabanu je nutné znát pouze jediný údaj – míru kreatininové clearance (CrCl) – při hodnotě nad 50 ml/min se podává 20 mg, pokud je to méně, potom 15 mg denně. Pro zvolení dávky tak odpadá nutnost zvážení řady parametrů, jako je stáří nemocného, jeho nutriční stav nebo lékové interakce. Opět se jedná o vlastnosti, které lze s výhodou využít v pandemické době. Záměnu warfarinu za rivaroxaban lze provést i telefonicky s odesláním eReceptu, lékař potřebuje znát jen CrCl a jednu hodnotu INR pod 3,0, další monitorování není nutné. Také rivaroxaban přitom z klinických studií disponuje průkazem snížení rizika iCMP a systémové embolizace se současným snížením rizika závažného krvácení, včetně fatálního krvácení do CNS. Jeho podávání bylo prověřeno i u vysoce rizikových pacientů s komorbiditou diabetu nebo renální insuficience,“* doplnil autor sdělení.

Účinnost a bezpečnost rivaroxabanu v primární prevenci iCMP

Účinnost a bezpečnost rivaroxabanu v primární prevenci iCMP byla popsána již v roce 2011 v klinické studii ROCKET-AF. Celkem 14 264 pacientů s nevalvulární FiS v ní bylo randomizováno buď k rivaroxabanu v dávce 20 mg 1× denně, nebo k warfarinu. Příhoda v rámci primárního sledovaného parametru (CMP nebo systémová embolizace) nastala u 1,7 vs. 2,2 % studijní populace ročně, rivaroxaban tak redukoval relativní riziko těchto příhod o 21 % ($p < 0,001$ pro noninferioritu). Zároveň se ukázal jako bezpečnější varianta z hlediska krvácení, s relativní redukcí rizika 31 % pro symptomatické krvácení do kritické oblasti nebo orgánu, 33 % pro intrakraniální krvácení, a dokonce 50 % v případě krvácení fatálního.

Pro které skupiny pacientů je tato léčba

obzvlášť vhodná?

Škála nemocných zejména vhodných pro léčbu rivaroxabanem, u nichž by měla být záměna aktivně zvažována, je poměrně široká: osoby starší 75 let, pacienti s diabetem (a především špatně kompenzovaným), pacienti po CMP nebo tranzitorní ischemické atace (TIA) v sekundární prevenci, nemocní se středně závažnou chronickou renální insuficiencí, polymorbidní pacienti s polypragmazií a další. „Paradoxně se dále jedná o pacienty na odlišných pólech výkonnostního spektra. Na jedné straně z rivaroxabanu profitují obézní, málo aktivní nemocní, pro které je nejen obtížné navštěvovat časté kontroly, ale také nemohou dodržovat dietní opatření při léčbě warfarinem, jako je dieta bez přísunu zeleniny, nebo se na tuto nemožnost alespoň odvolávají jako na důvod, proč nemohou zhubnout. Na straně druhé jsou potom aktivní sportovci v riziku úrazu a krvácení, respektive osoby vynávající racionální vyváženou dietu,“ přidal svůj komentář profesor Souček.

„Šíří kandidátů pro léčbu rivaroxabanem navíc doplňuje nová indikace, kterou je prevence venózního tromboembolismu (VTE) u pediatrických pacientů. Nasazení rivaroxabanu v této skupině musí předcházet úvodní pětidenní parenterální podávání antikoagulačních, poté je dostupná léková forma v podobě tablet či suspenze. Srovnatelná účinnost a příznivý bezpečnostní profil oproti dosavadnímu standardu léčby byl u dětských pacientů v riziku VTE popsán klinickou studií EINSTEIN-JUNIOR. V této práci se navíc neobjevil žádný případ závažného krvácení,“ uzavřel přednášející.

Prevence aterotrombotických příhod u rizikových nemocných s ICHS

O prevenci aterotrombotických příhod u rizikových nemocných s ischemickou chorobou srdeční (ICHS) a přidruženými komorbiditami hovořil na setkání MUDr. Tomáš Hauer z Cévního centra České Budějovice. „Lékaři mají tendenci vnímat všechny pacienty s aterosklerózou jako uniformní masu polymorbidních nemocných s nezdravým životním stylem, často obézních, s diabetem, hypertenzí a poruchou lipidového metabolismu. I v případě aterotrombotického postižení, respektive jeho kardiální manifestace jako ICHS, se však jedná o pestré onemocnění s různými klinickými fenotypy. Namísto je tak i určitá individualizace léčby na míru konkrétnímu nemocnému. U výše zmiňovaných vysoce rizikových nemocných s povšechnou aterosklerózou a dalšími komorbiditami je to relativně nově dostupná dlouhodobá intenzifikovaná kombinovaná antitrombotická léčba, která využívá v sekundární prevenci – většinou po krátkém období duální antiagregace (DAPT) – kombinaci nízké dávkovaného antikoagulans (například rivaroxaban 2,5 mg 2× denně) s protideštičkovou látkou, nejčastěji ASA. Tento režim bez úvodní DAPT lze nasadit i v primární prevenci jen na základě přítomnosti rizikových faktorů, kdy není třeba čekat, až proběhne závažná kardiovaskulární příhoda, a cílem je rovnou zabránit jejímu vzniku,“ vysvětlil MUDr. Hauer na úvod.

Poté se podrobněji věnoval patofyziologii aterotrombo-

tických komplikací. „Důležitým znakem aterotrombotických příhod je, že jsou jak aterosklerotické, tak trombotické. Na obě tyto osy by tak měla cílit i jejich terapie. Klasická ateroskleróza se léčí zejména statiny a kontrolou dalších rizikových faktorů, jako je diabetes mellitus nebo hypertenze. Teprve trombotické příhody na aterosklerotickém plátu v terénu chronického zánětu však vedou k akutní dekompenzaci a infarktu myokardu (IM), CMP nebo třeba končetinové ischemii. Právě ovlivnění trombotických dějů antikoagulačně a antiagregačně působícími látkami je tak v prevenci závažných kardiovaskulárních příhod klíčové. Týká se to zejména nemocných s komplexním a mnohočetným postižením více tepen, solitární léze je možné ošetřit například stentem,“ upozornil.

Použití rivaroxabanu ve vaskuloprotektivní indikaci

Použití rivaroxabanu ve vaskuloprotektivní indikaci popsala dvojitě zaslepená randomizovaná klinická studie COMPASS z roku 2017. Celkem 27 395 nemocných se stabilním aterosklerotickým postižením v ní bylo rozděleno do celkem 3 větví: první skupina dostávala samotný rivaroxaban v dávce 5 mg 2× denně, druhá samotnou ASA v dávce 100 mg denně a třetí potom kombinaci obou látek – 2,5 mg rivaroxabanu 2× denně a 100 mg ASA. Primárním sledovaným parametrem byl kompozit kardiovaskulární mortality, CMP a IM.

Studie byla předčasně ukončena pro zjevnou superioritu kombinovaného režimu po mediánu sledování 23 měsíců. Události primárního sledovaného parametru totiž nastaly u 4,1 % pacientů na kombinaci, ve srovnání s 5,4 % nemocných pouze na ASA (poměr rizik [HR] 0,76; 95% interval spolehlivosti [CI] 0,66–0,86; $p < 0,001$). Z hlediska nežádoucích příhod sice významné krvácení nastalo v kombinované větvi častěji (3,1 vs. 1,9 %), rozdíl v riziku intrakraniálního nebo fatálního krvácení ovšem nebyl statisticky signifikantní.

„Do studie COMPASS byla zařazena většinou polymorbidní populace, která vykazovala kromě aterosklerotického postižení další rizikové faktory včetně vyššího věku, kouření, diabetu, renální insuficience či srdečního selhání. Právě tito riziková nemocní budou pravděpodobně z dlouhodobé kombinované antitrombotické léčby profitovat,“ okomentoval výsledné poznatky MUDr. Hauer.

Dvojice ilustrativních kazuistik

Přednášející ilustroval své sdělení také krátkými kazuistikami dvou 55letých mužů, dosud bez manifestních zdravotních potíží. „U obou těchto pacientů došlo k náhlé bolesti na hrudi, kardiopulmonální zástavě a museli být resuscitováni. Po převozu do nemocnice jim byla provedena akutní koronarografie. Zatímco u prvního se demonstrovala významná stenóza proximální RIA bez dalších lézí, druhý měl polytopní difúzní postižení koronárního řečiště s indikací k provedení trojitého aortokoronárního bypassu. Také etologie byla odlišná – první pacient byl skutečně až na těžkou dyslipidémii zdravý, druhému byly teprve za této

hospitalizace diagnostikovány vedle dyslipidémie také arteriální hypertenze, diabetes, periferní onemocnění tepen a nefropatie. Úvodní projev nemoci tak byl sice shodný, ve skutečnosti se však jedná z hlediska dlouhodobého managementu o zcela odlišné pacienty. První by měl být léčen vysoce dávkovaným statinem, DAPT po aplikaci stentu a dále převodem na antiagregační monoterapii. Druhý je kromě nutnosti kontroly rizikových faktorů kandidátem právě pro intenzifikovanou dlouhodobou kombinovanou antitrombotickou léčbu. Vzhledem k polytopnímu postižení je u něj cílem záchrana co nejvíce tepenných řečišť, protože každá další uzávěra i v jinak méně významné oblasti pro něj může mít fatální následky," přiblížil.

Zaostřeno na diabetiky a pacienty s chronickým onemocněním ledvin

Skupinou pacientů, u které je nutnost komplexního managementu nutno obzvláště akcentovat, jsou podle MUDr. Hauera diabetici. Ti jsou jednak ve výrazně zvýšeném kardiovaskulárním riziku, kromě toho však u nich mohou i vážné příhody jako IM probíhat němě, bez prožívání bolesti a vyhledání adekvátní pomoci. „Na rizikovém

stavu se podílí také nefropatie diabetiků kombinované etiologie, která zvyšuje riziko aterosklerózy a dalšího poškození ledvin. Nemocní se tak dostávají do jakéhosi začarovaného kruhu, který by vaskuloprotektivní léčba mohla pomoci alespoň částečně rozetnout. Účinnost vaskuloprotektivní kombinované antitrombotické terapie s rivaroxabanem podporují také data ze zmíněné studie COMPASS. U diabetiků totiž došlo ještě k robustnější relativní redukci nežádoucích příhod než u obecné populace," upozornil autor sdělení.

„Další velkou skupinou, která může z kombinace ASA a nízce dávkovaného rivaroxabanu velmi profitovat, jsou právě pacienti s chronickým onemocněním ledvin. V praxi se sice často s diabetiky překrývají, ale i izolované onemocnění ledvin vede samo o sobě k výrazně zvýšenému kardiovaskulárnímu riziku. U pacientů s aterosklerózou a porušenou CrCl nebo albuminurií by tak vaskuloprotektivní léčba měla být rovněž zvážena. I v tomto případě byla data ze studie COMPASS konzistentní a kombinace ASA a rivaroxabanu přinášela nemocným benefit," uzavřel své sdělení MUDr. Hauer.



*Hodně zdraví a pohody v novém roce přeje
Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP
a redakce časopisu Practicus.*

Vážení čtenáři a řešitelé testů,

dle nového Stavovského předpisu České lékařské komory č. 16, podle § 5 přílohy č. 1, jsou od 1. 7. 2012 všechny znalostní testy v odborných časopisech hodnoceny jednotně, a to 2 kredity. Za správné vyřešení testu budou řešitelům přiděleny **2 kredity ČLK**. Podmínkou ČLK pro přidělení kreditů je zaslání odpovědi v písemné podobě na odpovědním lístku nebo elektronicky na www.svl.cz, a to **nejpozději do 21. 1. 2022**. Písemné odpovědi zasílejte na adresu: Oddělení vzdělávání SVL ČLS JEP, Sokolská 31, 120 00 Praha 2.

Získané kredity budou úspěšným řešitelům připočítány k ročnímu souhrnnému certifikátu člena SVL ČLS JEP. Lékařům, kteří se nemohou prokázat číslem člena SVL ČLS JEP, kredity bohužel přiděleny nebudou.

Správné odpovědi z čísla 09/2021: 1 b, 2b, 3a, 4ac, 5a, 6c, 7c, 8abc, 9bc, 10b

ZNALOSTNÍ TEST JE HODNOCEN 2 KREDITY ČLK

1. Jaká je optimální hladina draslíku u nemocných se srdečním selháním pro prognózu pacientů?

- a) 3,5–4,8 mmol/l
- b) 4–5 mmol/l
- c) 5,1–5,5 mmol/l

2. Pojem pseudohyperkalémie označuje:

- a) falešné zvýšení hladiny kalia při nesprávném odběru krve při dlouhotrvající venostáze (dlouhé zaškrvení, hemolýza krve)
- b) falešné zvýšení hladiny kalia po delším cvičení
- c) falešné zvýšení hladiny kalia, které je důsledkem nevhodné manipulace se vzorkem odebrané krve či nepřiměřeným transportem

3. Jak může komunikovat pacient po totální laryngektomii?

- a) jícnovým hlasem
- b) hlasovou protézku
- c) elektrolaryngem

4. Jaká je trvanlivost hlasové protézky a péče o ni?

- a) pravidelné čištění je vhodné denně
- b) hlasová protézka je zavedena jednou a natrvalo, bez nutnosti další péče
- c) výměna hlasové protézky je nutná cca po 3 měsících

5. Jaký je nácvik mluvy s hlasovou protézku?

- a) srovnatelný s nácvikem jícnového hlasu
- b) hlas je navozen téměř bez nácviku
- c) podmínkou fonace je utěsnění stomatu (prstem, nebo nalepením k tomu určené náplastí)

6. Časný záchyt CHOPN – preventivní program

- a) do programu zařazují praktičtí lékaři, pokud pacient má 49-69 roků s 10 krabičkoroky
- b) do programu zařazují pneumologové, pokud pacient má 49-69 roků s 10 krabičkoroky
- c) do programu se mohou přihlásit i sami pacienti, pokud pacient má 49-69 roků s 10 krabičkoroky

7. Spirometrie

- a) je výkonem pouze pro pneumoftizeology a také hrazen ze zdravotního pojištění
- b) obstrukční ventilační porucha (OVP) je provázena poklesem hodnoty FEV1 a Tiffeneova indexu FEV1/FVC při normální nebo zvýšené hodnotě FVC (TLC)
- c) restriktivní ventilační porucha (RVP) je v důsledku úbytku funkčního plicního parenchymu, vyskytuje se u intersticiálních plicních procesů, pneumotoraxu, pleurálního výpotku, atelektázy, rozsáhlých pneumonií, po chirurgických resekcích

8. 24 hodinový monitoring TK

- a) složky diurnálního rytmu jsou noční pokles krevního tlaku (tzv. dipping) a ranní vzestup tlaku (tzv. morning surge)
- b) optimální je měření každých 30 minut
- c) rizikovi pacienti jsou s nočním vzestupem krevního tlaku (reverzní dipper), a to zejména z hlediska hemoragických CMP

9. Co významným způsobem ovlivňuje klinicko-farmaceutická péče?

- a) zvyšuje bezpečnost farmakoterapie u hospitalizovaných pacientů
- b) snižuje náklady na léčbu pacientů
- c) kromě lékových interakcí řeší nežádoucí účinky léčby, kontraindikace a duplicitu léčby

10. Pacienti ve sdružených praxích mohou získat:

- a) lepší dostupnost péče
- b) vyšší kvalitu poskytované péče
- c) výrazně lepší organizaci praxe

Správné mohou být 1–3 možnosti.

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

ODPOVĚDNÍ LÍSTEK – TEST Č. 10/2021

Jméno a příjmení _____

Adresa pracoviště _____

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

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

Zakroužkujte 1–3
správné odpovědi:

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

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

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