




PRACTICUS

pro praktické lékaře zdarma • č.10/2022 • ročník 21



TÉMA:

Praktický lékař a datová schránka

A festive winter night scene featuring a snow-covered street. On the left, a multi-story building with lit windows stands next to a snow-laden Christmas tree. On the right, a large, brightly lit Christmas tree is decorated with colorful lights and ornaments. A street lamp with a glowing globe is visible in the middle ground. The sky is dark blue with falling snow, creating a magical atmosphere.

*Krásné prožití
vánočních svátků
a šťastný nový rok
2023*

*Vám přeje
SVL ČLS JEP*

INFO SVL

04 EDITORIAL

ODBORNÝ ČLÁNEK

07 PRAKTICKÝ LÉKAŘ A DATOVÁ SCHRÁNKA

Ing. Aleš Kučera

12 BLOKÁTORY PROTONOVÉ PUMPY. KDY ANO? A KDY NE?

MUDr. Jan Štoviček, Ph.D.

16 VÁLKA NA UKRAJINĚ A NEPŘÍMÁ TRAUMATIZACE V ČESKU

MUDr. Karel Nešpor, CSc.

AKTUALITY

17 JAK HOVOŘIT S PACIENTY NA TÉMA ŠEDÝ ZÁKAL – A JAK VYVRÁTIT NEJČASTĚJŠÍ MÝTY A OBAVY S NÍM SPOJENÉ?

18 LÉČBA ANTIBIOTIKY V PRIMÁRNÍ PÉČI: JAK POSTUPOVAT PŘI NEDOSTUPNOSTI FENOXYMETHYLPENICILINU?

MUDr. Ludmila Bezdičková

KAZUISTIKY

22 KAZUISTIKA – REGRESE VÝZNAMNÉHO ORGÁNOVÉHO POSTIŽENÍ U MLADÉHO PACIENTA S HYPERTENZÍ PO DOSAŽENÍ KONTROLY KREVNIHO TLAKU

MUDr. Petra Vysočanová, MUDr. Tomáš Zatočil, MUDr. Svatopluk Richter

Z NAŠICH WEBINÁŘŮ

27 VAZBA CHRONICKÉHO ŽILNÍHO ONEMOCNĚNÍ NA KARDIOVASKULÁRNÍ CHOROBY

doc. MUDr. Debora Karetová CSc.

TISKOVÁ ZPRÁVA

29 PSYCHOSOCIÁLNÍ POMOC PRO ONKOLOGICKY NEMOCNÉ A JEJICH BLÍZKÉ

REPORTÁŽ

30 REPORTÁŽ

MUDr. Jáchym Bednář

ZŮČASTNILI JSME SE

33 DO AUSTRÁLIE ALEŠPOŇ JEDNOU ZA ŽIVOT

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.czMUDr. Jana Vojtíšková
janav.doktor@volny.cz**Manažerka časopisu:**Hana Čížková
practicus.svl@cls.cz**Redakční rada:** doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc., MUDr. Otto Herber, doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D., MUDr. Pavel Brejník, MUDr. Josef Štolfa, MUDr. Igor Karen, MUDr. Jozef Čupka, MPH, MUDr. David Halata, MUDr. Toman Horáček, MUDr. Kateřina Javorská, MUDr. Stanislav Konštacký, CSc., MUDr. Jan Kovář, MUDr. Dana Moravčíková, MUDr. Cyril Mucha, MUDr. Josef Olšr, MUDr. Bohumil Skála, Ph.D., MUDr. Boris Šťastný, MUDr. Jana Vojtíšková, MUDr. Lenka Bilková, MUDr. Miloš Ponižil, MUDr. David Bergmann, MUDr. Rudolf Červený, Ph.D., MUDr. Šárka Drbalová, MUDr. Jiří Havránek, MUDr. Ambrož Homola, Ph.D., MUDr. Jiří Horák, MUDr. Vladimír Marek, MUDr. Petra Mestická, MUDr. Astrid Matějková, MUDr. Helena Stárková, MUDr. Jan Šindelář**Spolupracovnice časopisu:**

Andrea Vrbová, Barbora Kyselová

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

Pro praktické lékaře v ČR zdarma.Roční předplatné pro ostatní zájemce **800 Kč.** • • • Přihlášky přijímá redakce.

Toto číslo bylo dáno do tisku 14. 12. 2022 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, 2022

EDITORIAL



MUDr. Stanislav Konštacký, CSc.
Šéfredaktor časopisu Practicus

Vánoce, Vánoce přicházejí... dál si pamatujeme z písničky; jestli budou šťastné a veselé budeme moci zhodnotit až po jejich uplynutí. Na konci roku se ohlížíme za tím starým a hodnotíme jak klady, tak i zápory – energie, hypotéky, pohonné hmoty a další. Ale je potřeba se podívat i s trochu optimističtějším pohledem na ten 22. v tomto tisíciletí. Já například pozitivně hodnotím to, že jsme se z větší části vyhnuli razantním zákazům a nařízením v souvislosti s covidem-19, a jsem rád, že si lidé začali opět podávat ruce a ne jen zavřenou pěstí do sebe boxovali, aby vyjádřili mezilidský kontakt. (Nedovedu si představit, že bych tímto způsobem poblahopřál úspěšným absolventům po složení atestace z VPL.) No a konečně něco, co nepatří pouze k tomuto roku, je pranostika: Na boží narození o bleší převalení, a pak na Nový rok o slepičí krok, začne se opět prodlužovat den.

I 10. letošní číslo přináší nové články a rádi vám je předkládáme.

Datové schránky – když nám příspěvek k této problematice posílal Ing. Kučera, bylo jejich pořízení stanoveno jako povinné pro všechny občany, a i když se legislativa částečně změnila, zůstává povinností pro soukromě pracující osoby. I pro ostatní je ale jejich založení doporučeno, proč, to se v této informaci dozvíte.

S blokátory protonové pumpy se setkáváme od roku 1988, jak je uvedeno v článku dr. Štovička. Jejich indikace jsou známy a jsou dlouhodobě považovány za bezpečné léčivé přípravky. Kdy a jak

je třeba vysadit jejich podávání, se dozvíme v tomto článku.

Dr. Nešpor uvádí, jak válka na Ukrajině nepřímo traumatizuje i v Česku a informace podávané ve vizuálních mediích mohou tento negativní vliv jen posílit.

O tom, že regrese orgánového postižení u mladých hypertoniků je možná, nás informuje dr. Vysočanová a kolektiv. Je to další podpora myšlenky včasného zahájení intenzivní léčby tohoto onemocnění i u mladých hypertoniků s odpovídajícím anatomickým výsledkem.

Doc. Karetová zmiňuje vazbu chronického žilního onemocnění na kardiovaskulární nemoci, neboť spolu souvisejí a sdílejí některá společná rizika vzniku. Proto intenzivní léčba chronického žilního onemocnění jak nefarmakologickými opatřeními, tak i medikamentózní léčbou, může ovlivnit nejen CVD ale i KVO.

Organizace EURACT (Evropská akademie učitelů ve všeobecném praktickém lékařství) byla založena před 30 lety. Na její počest byl v areálu IPVZ zasažen strom nesoucí pamětní destičku s nápisem „**I touch the future – I teach**“ a o tomto aktu, ale i o organizaci EURACT, nás informuje dr. Bednář.

Velmi aktuálnímu tématu „Jak postupovat v současné době nedostatku některých druhů ATB“ se věnuje vedoucí Katedry všeobecného lékařství IPVZ dr. Bezdíčková.

Závěrem bych rád připomenul, že 26.–29. 10. 2023 se bude konat světová WONCA v Austrálii, ale o něco dříve a podstatně blíže budeme organizovat Jarní interaktivní konferenci 12.–14. 5. 2023 v Praze. Organizační výbor konference již přijímá příspěvky a žádosti o vystoupení.

Co říci závěrem: jménem celé redakční rady bych chtěl poděkovat všem spolupracovníkům při vytváření našeho periodika, popřát klidné Vánoční svátky a hodně zdraví, štěstí a úspěchů do nového roku 2023.

XVII. jarní interaktivní konference

Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP

12.–14. května 2023
Slovanský dům, Praha

Důležitý termín

V případě zájmu o aktivní účast na konferenci zašlete prosím abstrakt přes webové stránky <https://www.target-md.com/jik-2023/abstrakta/>

do 6. března 2023



NOVINKY V ČLENSKÉ EVIDENCI ČLS JEP

www.cls.cz

NOVÁ ON-LINE PŘIHLÁŠKA NA WEBOVÝCH STRÁNKÁCH

- * rychlá registrace pro nové členy
- * propojení s administrátorem organizační složky
- * on-line schvalování nových členů

PŘIHLÁŠENÍ DO PROFILU ČLENA

- * možnost rychlé aktualizace kontaktních údajů člena
- * přehled evidovaných odborných společností
- * možnost rozšíření členství o další společnosti, sekce, spolky
- * přehled uhrazených a neuhrazených členských příspěvků
- * možnost on-line platby prostřednictvím QR kódu
- * doklad o úhradě členského příspěvku ke stažení

Pro přihlášení do profilu člena je nutné znát e-mail člena (zaevidovaný v členské evidenci ČLS JEP) a evidenční číslo (variabilní symbol).

Při potížích s přihlášením vám rádi pomůžeme.

Kontaktujte Centrální evidenci členů ČLS JEP cle@cls.cz

Praktický lékař a datová schránka



Ing. Aleš Kučera
NEWPS.CZ s.r.o.

Denně slyšíme alespoň jednou slovo *digitalizace*. Informační technologie vstoupily do našich životů. Někdy je vítáme, jindy jsme rozpačití, zda je taková intervence přínosem. Od 1. 1. 2023 budou povinně zřízeny datové schránky všem podnikatelům. Tedy i lékařům, kteří jsou v pozici podnikatelů. Následující stať vysvětluje, proč se lékaři této změny nemají bát, ale jak tuto novotu využít ke snížení administrativní náročnosti vlastní práce.

Legislativní rámec

Datové schránky (Informační systém datových schránek – dále ISDS) jsou zřízeny zákonem 300/2008Sb., spuštěny byly 1. 7. 2009, za třináct let existence jimi bylo přepraveno přes jednu miliardu datových zpráv a tři miliardy připojených dokumentů. Využívají je povinně všechny úřady, všechny právnické osoby zapsané do obchodního rejstříku, advokáti, exekutoři, insolvenční správci, daňoví poradci. Použití pro fyzické osoby a podnikající fyzické osoby je dobrovolné.

Využívání ISDS

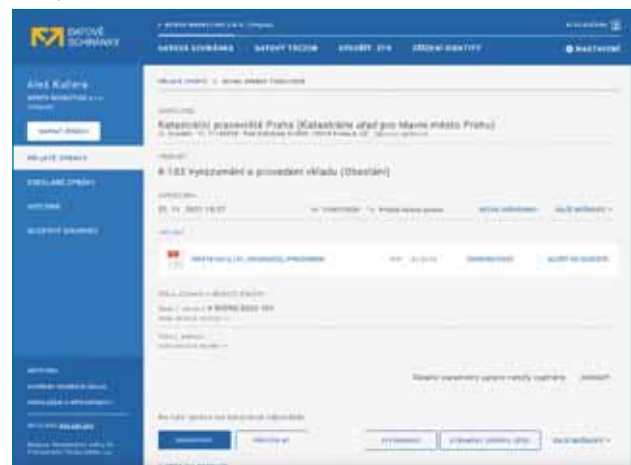
Celkem je zřízeno téměř 1,5 milionu datových schránek. Je to informační systém veřejné správy, bez kterého by se dnes již veřejná správa neobešla. Zejména všeobecné agendy, tedy zejména daňové, sociální, správní, statistické a další dnes zcela spoléhají na ISDS. Během Covidu a s ním spojených omezení došlo k mohutnému nárůstu počtu datových schránek, které si zřizovaly fyzické osoby nebo podnikající fyzické osoby. Úplná tabulka počtu zřízených datových schránek je zde.

Co to je datová zpráva

Datová zpráva není email. Trochu k této myšlence svádí náš zvyk na posílání emailů, ale datová zpráva má charakter dopisu. Obálka s náležitostmi a přílohy, tedy vlastně dokumenty vložené do této obálky. U ISDS jde o architekturu jiného typu, než má e-mailový systém, daleko nejvíce ze všeho připomíná důvěryhodnou úschovnu dokumentů. Výhodou takovéto architektury je mnohem rychlejší doručení zprávy a zcela jiná,

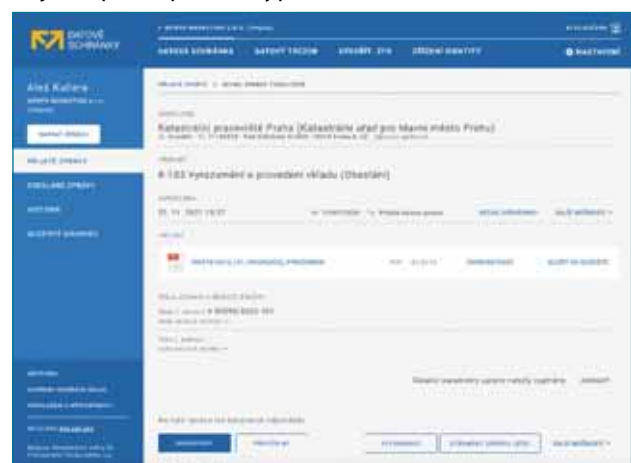
podstatně vyšší, úroveň zabezpečení. Při vytváření datové zprávy jsou připojené soubory důkladně kontrolovány, zda neobsahují viry, a je vyloučeno připojovat samospustitelné soubory. Nikdy neříkej nikdy, ale za třináct let provozu nedošlo k situaci „já jsem kliknul na soubor a něco se asi stalo...“.

Příkladem budiž screenshoty, takto vypadá přijatá datová zpráva:



Zde je vidět obálka (tedy jméno Odesílatele, jméno Příjemce, Předmět, Doručenka, Příloha (tedy samotné sdělení), Čísla jednací).

Přijatá zpráva potom vypadá takto:



Zde je vidět obálka (tedy jméno Odesílatele, jméno Příjemce, Předmět, Doručenka, Příloha (tedy samotné sdělení), Čísla jednací).

Přijatá zpráva potom vypadá takto:



A ještě si ukážeme detail doručanky:



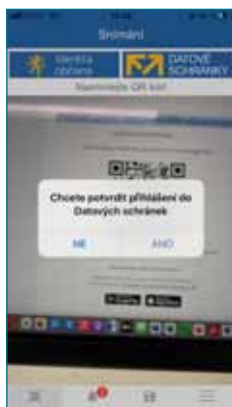
Ve střední části je vidět, jaké informace se o zprávě může dozvědět jak příjemce, tak odesílatel.

Jak se uživatel přihlašuje

Uživatel se může k datové schránce přihlásit mnoha způsoby. Na počátku, po tom, co je uživateli schránka zřízena, je možno se přihlásit jménem a heslem (to se uživatel dozví obvykle z doporučeného dopisu, který mu doručí Česká pošta).

Po prvním přihlášení je uživatel vyzván, aby si heslo změnil. Heslo je potom nutno změnit po každých devadesáti dnech, ale je možno si nastavit, aby se heslo po této lhůtě měnit nemuselo.

Praktické je stáhnout si Mobilní klíč eGovernmentu jako aplikaci do mobilního telefonu a využívat tento druh přihlášení.



Další možností je přihlašovat se s využitím internetového bankovníctví, tedy pomocí tzv. BankID. Možností je celá řada.

Výhodou přihlašování mobilním klíčem je například i to, že si uživatel může přiřadit tento mobilní klíč k více schránkám, pokud je má. Zde je zobrazena tato situace v případě autora článku.



Identifikátory jsou zakryty úmyslně.

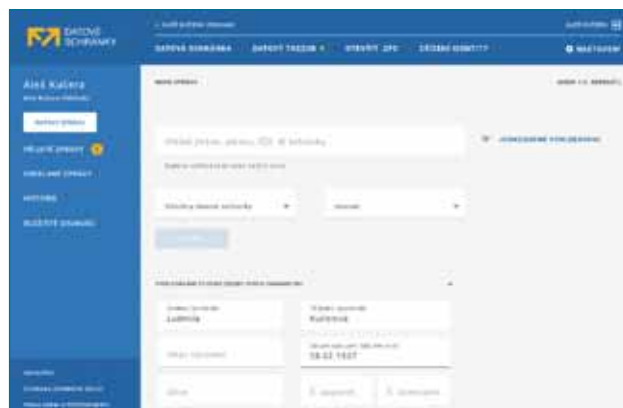
Jak vytvořit zprávu

Jak tedy napsat zprávu? Obvykle se uživatel po přihlášení dívá na toto rozhraní:



Poté, co vybere tlačítkem „Napsat zprávu“, se nejprve dostane k výběru adresáta a po volbě „Pokročilé vyhledávání“ může vybrat například pacienta podle osobních údajů ve volbě „Vyhledávání fyzické osoby podle parametrů“:

Zde je vybrána autorova matka:

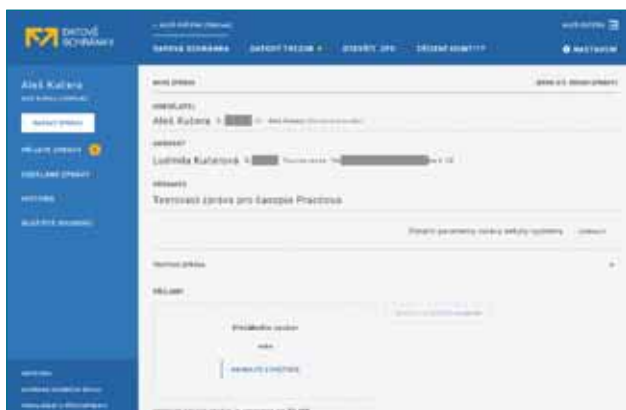


A takto vypadá výsledek vyhledání:

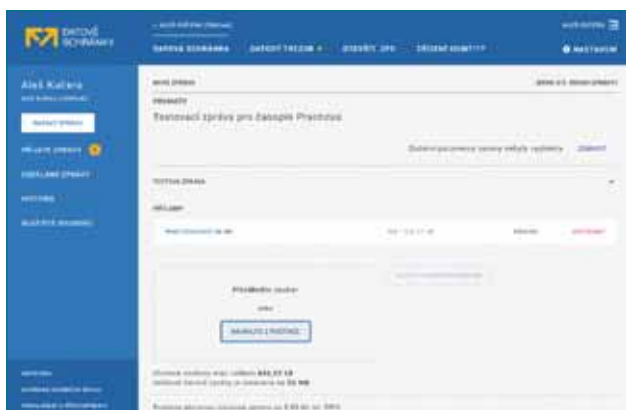


Adresa je úmyslně skryta.

Adresáta potom jednoduše uživatel vybere. Následně může uživatel vyplnit obálku. Tedy přidat čísla jednací, různé identifikátory a podobně. Zároveň může uživatel přidat vlastní osobní údaje. (Je trochu na jinou diskusi proč to dělat a jak. Autor poznamenává, že pokud uživatel neví, nebyl instruován typicky přijímací stranou, co je nutno vyplnit, není potřeba vyplňovat nic.) Toto je situace před přidání přílohy, tedy vlastně vložením vlastního dopisu do obálky.



Dobré je si všimnout, že velikost přílohy je omezena na 20 MB. A také toho, že jde o placenou datovou zprávu. (K vysvětlení placení zpráv dojde později.)



Autor se často setkává s nářky na velikost přiložené zprávy. Zde je možno nahlédnout, že přiložena byla elektronická verze celého čísla 8/2022 ctěného časopisu Practicus. Bez problému. Zprávu je následně možno odeslat.

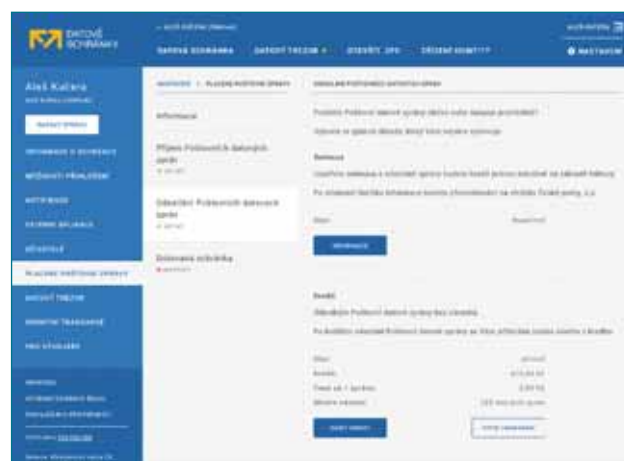
Komu lze poslat datovou zprávu bezplatně, koho je možno adresovat na poplatek

Platí obecně, že je-li alespoň jednou stranou komunikace (příjemce nebo odesílatel) orgán veřejné moci (tedy úřad), zpráva se posílá bezplatně. Jinak je zpráva zpoplatněna, v současné době částkou 5 Kč. Zatím nebyla stanovena cena po 1. 1. 2023.

Podstatné pro lékaře zřejmě bude, jak je to se zdravotními pojišťovnami. Dobrou zprávou jistě je, že zdravotní pojišťovny jsou považovány za orgány veřejné moci, tedy je možno jim posílat bezplatné zprávy.

Pokud by lékař chtěl adresovat někoho, jako je třeba pacient, tedy fyzická osoba, je nutno mít způsob, jak poplatek uhradit. To lze udělat následujícím způsobem:

V „Nastavení“ si uživatel zobrazí níže zobrazenou volbu:



... zvolí (například) možnost „Dobít kredit“. Dostane se do systému „Kreditní systém datových schránek“. (Úmyslně nabráno i s odkazem, pro pozorné uživatele.) Zde je standardní platební brána, kde uživatel nabije kredit své datové schránky.

Jak archiovat přijaté zprávy

ISDS archivuje přijaté zprávy po dobu devadesáti dnů. Potom jsou ze systému mazány. Toto je předmětem časté kritiky, nicméně je-li něco zdarma, platí to daňoví poplatníci všichni.

Uživatel může zprávy archiovat sám. Prostě si zprávu uloží volbou „Stáhnout zprávu (ZFO)“. To je případně potřeba učinit jak u zpráv přijatých, tak u zpráv odeslaných. Je potom na uživateli, jak takovou zprávu uchová (disk, CD, cloud). Zprávu potom otevře s využitím ISDS volbou „Otevřít.ZFO“ v hlavním menu.

Jinou variantou je využít placenou službu České pošty nazvanou „Datový trezor“. K detailům o této službě se dostane uživatel v „Nastavení“.

Jak využívat autorizovanou konverzi

Autorizovaná konverze, v zákoně uvádění pouze jako „Konverze“ je jedním z nejdůležitějších pilířů českého eGovernmentu. Je o postup, kterým je dokument v listinné formě převáděn do dokumentu v elektronické formě a naopak, přitom je zachována právní síla dokumentu. Pro ne-úředníka zdánlivě až příliš důklad-

ný postup je mostem mezi světem v listinné podobě a světem v elektronické podobě. „Bridging the Digital Divide“, tedy most přes digitální propast, tyto dva světy propojuje bez ztráty legální síly dokumentu.

Kontaktní místa veřejné správy Czech POINT provedla na 13 let existence ISDS (a platnosti zákona 300/2008Sb. přes 7 milionů konverzí dokumentů na žádost a přes 74 milionů konverzí z moci úřední (tedy v rámci práce úřadu).

Je třeba říci toto: uživatel by si měl dobře rozmyslet, proč konvertuje dokument. Má-li uživatel dokument v listinné formě s ověřeným podpisem (který ověřil úředník nebo notář) a chce-li s tímto dokumentem dál pracovat v elektronické podobě jako s ověřeným dokumentem, potom je potřeba takový dokument konvertovat. Stejně tak obráceně: má-li uživatel dokument v elektronické podobě typicky elektronicky podepsaný nějakým úřadem a potřebuje ho v listinné formě opět jako ověřený dokument, potom je potřeba takový dokument konvertovat. Jinak ne. A rozhodně ne pro účely archívu. Viz výše Jak archivovat datové zprávy. Konverzi provádí Kontaktní místa veřejné správy Czech POINT, cena je 30 Kč za jednu stranu dokumentu.

Dobré způsoby při využívání datových schránek

Uživatel by měl pracovat s ISDS uvážlivě, nikoli s obavou, nikoli lehkomyšlně.

Po technické stránce, pokud je uživatel schopen používat počítač pro komunikaci se zdravotní pojišťovnou, umí si objednat jídlo na Woltu, dovolenou na Bookingu a prášek na praní na Mallu, nebude mít problém s ovládním Informačního systému datových schránek.

Pokud si doporučené dopisy nenosí uživatel ke čtení na toaletu a pokud neplatí seriózní částky z mobilu v tramvaji, potom jistě nebude mít problém s Informačním systémem datových schránek, se kterým uživatelem dostává a odesílá červenopruhové a modropruhové dopisy.

Rozhodně se doporučuje nastavit si notifikace. Opět v „Nastavení“ najde uživatel možnosti zde:



V mobilním klíči potom vypadají notifikace takto

Elektronické podpisy

Jednu z velkých výhod při komunikaci datovou schránkou najde uživatel v § 18 z. 300/2008Sb. Toto ustanovení si dovolí autor citovat:

„§ 18

Provádění úkonů vůči orgánům veřejné moci prostřednictvím datové schránky

(1) Fyzická osoba, podnikající fyzická osoba a právnická osoba může provádět úkon vůči orgánu veřejné moci, má-li zpřístupněnu svou datovou schránku a umožňuje-li to povaha tohoto úkonu, prostřednictvím datové schránky.

(2) Úkon učiněný osobou uvedenou v § 8 odst. 1 až 4 nebo pověřenou osobou, pokud k tomu byla pověřena, prostřednictvím datové schránky má stejné účinky jako úkon učiněný písemně a podepsaný, ledaže jiný právní předpis nebo vnitřní předpis požaduje společný úkon více z uvedených osob.“

Tedy uživateli autor doporučuje: „Úřadům pište. Nemohou to odmítnout.“ (1) A dále, pokud je uživatel oprávněnou osobou, a to v tomto případě praktický lékař bude, nemusí tento uživatel přílohy dokumentů podepisovat elektronicky. (2)

Závěrem

Datové schránky jsou dobrá věc, která šetří čas. Pokud uživatel rád chodí na úřad, jistě tak dál může činit. Pokud nechce chodit na úřad, s datovými schránkami se tomu může vyhnout, a to skoro v každé situaci.

A snad ještě jednu citaci ze zmíněného zákona 300/2008Sb.

„§ 17

Doručování dokumentů orgánů veřejné moci prostřednictvím datové schránky

(1) Umožňuje-li to povaha dokumentu, orgán veřejné moci jej doručuje jinému orgánu veřejné moci prostřednictvím datové schránky, pokud se nedoručuje na místě. Umožňuje-li to povaha dokumentu a má-li fyzická osoba, podnikající fyzická osoba nebo právnická osoba zpřístupněnu svou datovou schránku, orgán veřejné moci doručuje dokument této osobě prostřednictvím datové schránky, pokud se nedoručuje veřejnou vyhláškou nebo na místě. Doručuje-li se způsobem podle tohoto zákona, ustanovení jiných právních předpisů upravující způsob doručení se nepoužijí.“

Jinými slovy, uživatel má právo na to, aby ho úřad netrápil dopisy, pro které si potom nebohý uživatel musí dojít na poštu.

O autorovi

Ing. Aleš Kučera

Absolvent Fakulty elektrotechnické ČVUT v Praze. Jeden z autorů architektury českého eGovernmentu. Většinu své profesní dráhy působí v oblasti informačních a komunikačních technologií. Problematice eGovernmentu se aktivně věnuje od roku 2001. Prošel projekty Internet mění svět či eStát. Je spoluautorem projektů Kontaktní místa veřejné správy Czech POINT a Informační systém datových schránek.

Literatura:

1. § 1 1) a) z.300/2008Sb., zdravotní pojišťovny jsou vnímány jako osoby, kterým byl svěřen výkon veřejné správy.
2. Konverze, § 22-26 z. 300/2008Sb.

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

Blokátory protonové pumpy. Kdy ano? A kdy ne?



MUDr. Jan Štoviček, Ph.D.

Interní klinika 2. LF UK a FN Motol Praha

Inhibitory protonové pumpy (PPI) jsou k dispozici pro léčbu acidopeptických onemocnění již dlouhou dobu a jsou hojně využívány. První z nich, omeprazol, je k dispozici již od roku 1988. Jejich zavedení do praxe přineslo zásadní změnu v úspěšnosti a strategii léčby vředové choroby gastroduodenální a refluxní choroby jícnu. Postupně téměř nahradily blokátory H₂ histaminových receptorů a další léky.

PPI inhibují kovalentní vazbou funkci H⁺/K⁺-ATPázy parietálních buněk sliznice žaludku, čímž zamezují přechodu H⁺ iontů do lumen žaludku a suprimují tak vznik kyseliny chlorovodíkové. (Obrázek č. 1) Výsledkem je dramatický pokles acidity v žaludečním prostředí. K dispozici v této skupině léků je omeprazol, esomeprazol, pantoprazol, lansoprazol a rabeprazol. Jednotlivé látky se mezi sebou liší farmakokinetickými a farmakodynamickými vlastnostmi, v reálné praxi ovšem rozdíly mezi těmito léky nejsou pro pacienty zásadní. Dávkování preparátů se liší, ekvipotentní dávky omeprazolu 20 mg jsou lansoprazol 30 mg, pantoprazol 40 mg, esomeprazol 40 mg a rabeprazol 20 mg. PPI jsou doporučena užívat nalačno, 30-60 minut před jídlem. Plného účinku je dosaženo po několika dnech užívání.¹

PPI jsou indikovány k použití v těchto situacích:

- Vředová choroba gastroduodenální
- Eradikace *Helicobacter pylori*
- Prevence gastrointestinálních

komplikací NSAID

- Syndrom Zollinger–Ellison
- Refluxní choroba gastroesofageální
- Funkční dyspepsie

Vředová choroba gastroduodenální

Zavedení PPI do léčebné praxe vedlo k zlepšení prognózy pacientů, k zlepšení kontroly symptomů a poklesu chirurgických výkonů pro komplikace žaludečního či duodenálního vředu, ať již jde o krvácení do GIT, perforaci, penetraci či poruchy pasáže v důsledku stenóz. Přesto celková mortalita pacientů s krvácením do zažívacího traktu neklesá, což lze vysvětlit jednak vyšším věkem a dalšími komorbiditami nemocných a rozšířeným užíváním acetylsalicylové kyseliny a NSAID.^{2,3}

V úvodu léčby nasazujeme obvykle PPI v terapeutických dávkách odpovídajících 2x20 mg omeprazolu denně. V případě komplikovaného průběhu (krvácení,

Obrázek č. 1: Mechanismus účinku inhibitorů protonové pumpy

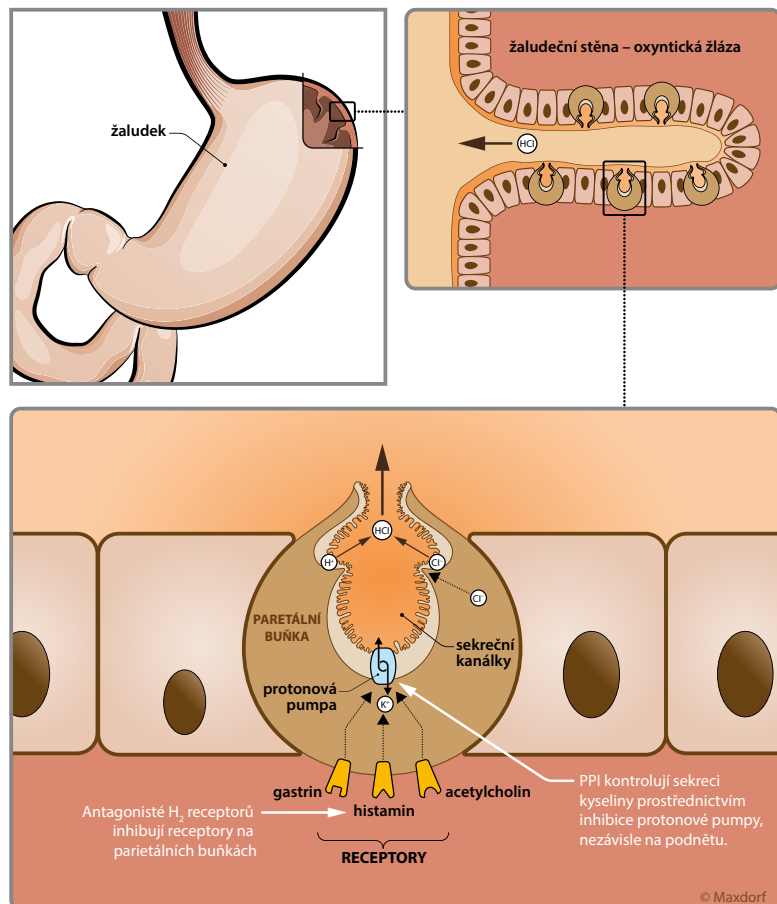


Schéma znázorňující protonovou pumpu parietální buňky, která je posledním krokem při vylučování kyseliny.

penetrace) vyžadujícího hospitalizaci je plně indikováno nitrožilní podání (například u krvácení z vředu žaludku či duodena 80 mg omeprazolu bolusově a následně kontinuálně 8 mg/hod.). Délka léčby je ovlivněna etiologií vředové choroby – pacientů s pozitivním *Helicobacter pylori* může být ukončena po eradikaci, u pacientů na dlouhodobé léčbě NSAID je vhodné pokračovat v profylaktické léčbě PPI dlouhodobě.⁴

Eradikace *Helicobacter pylori*

Objev *Helicobacter pylori* a jeho vztahu k vředové chorobě gastroduodenální a chronické gastritidě byl dalším zásadním průlomem v péči o pacienty s acidopéptickými onemocněními žaludku.

Infekci *Helicobacter pylori* je možné diagnostikovat různými metodami, nejčastěji stanovením ze vzorku odebrané tkáně z antra a těla žaludku ureázovým testem nebo histologicky. Alternativou je dechový test nebo stanovení antigenu *Helicobacter pylori* ve stolici. Serologické markery *Helicobacter pylori* nejsou pro stanovení této infekce s event. rozhodnutím o eradikaci vhodné.⁵

PPI jsou součástí všech terapeutických schémat. Léčbou volby přes narůstající rezistenci *Helicobacter pylori* k makrolidovým antibiotikům nadále zůstává kombinace PPI v terapeutické dávce, amoxicilin 1000 mg a claritromycin 500 mg po 12 hodinách s délkou léčby 7-14 dní. V případě alergie či selhání léčby je možné přistoupit k variantám léčby s metronidazolem. Alternativní schémata s bismutem nejsou v České republice nyní dostupná. Na některých pracovištích je možná i kultivace *Helicobacter pylori* z biopticky odebraného vzorku tkáně a stanovení citlivosti na antibiotika s následnou volbou vhodné léčby.⁶

Prevence gastrointestinálních komplikací NSAID

Nežádoucí účinky nesteroidních antirevmatik (NSAID) v gastrointestinálním traktu jsou podmíněny především

jejich systémovým účinkem – inhibicí cyklooxygenázy COX1, v důsledku čehož dochází k snížení tvorby prostaglandinů s protektivní funkcí pro buňky sliznice GIT. Postiženy mohou být různé etáže trávicího traktu, vedle žaludku a jícnu, pak i tenké střevo (NSAID enteropathie) a tlusté střevo (NSAID kolopatie). Nejčastěji postiženým orgánem je z klinického pohledu žaludek – hovoříme o obrazu NSAID gastroopathie. (Obrázek č. 2)

Obrázek č. 2: Endoskopický obraz NSAID gastroopathie

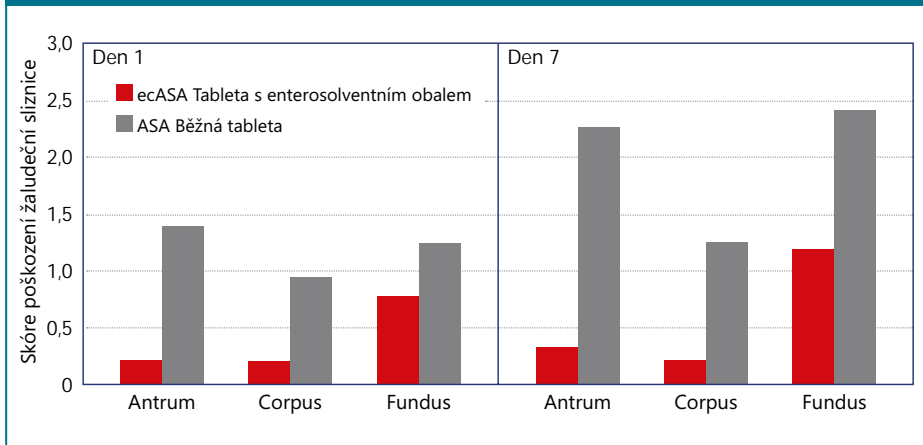


Riziko komplikací klesá s mírou selektivity NSAID ke COX2 podtypu cyklooxygenázy. Jednou ze strategií ke snížení rizika NSAID komplikací může být tedy volba více COX2 selektivního preparátu. Další možností je snaha o náhradu jinými non-NSAID analgetiky. Z farmakologických variant se nabízí profylaktické podávání PPI v dávce odpovídající 20 mg omeprazolu. Tento postup je doporučován u rizikových pacientů při dlouhou léčbě NSAID. (Tabulka č. 1) Za rizikové jsou považováni pacienti s vředovou chorobou gastroduodenální v anamnéze, na konkomitantní antiagregační nebo antikoagulační terapii, ve věku nad 60 let, s příznaky dyspepsie horního typu nebo na současné terapii kortikoidy.

ACCF/ACG/AHA guidelines 2008 ¹⁴	ACG guidelines 2009 ¹⁵
<ul style="list-style-type: none"> • Vředová choroba v anam. • Duální antiagregace • Antikoagulační terapie • Dva ze tří z následujících: Věk nad 60 let Glukokortikoidy Příznaky dyspepsie/GERD 	<p>Vysoké riziko: 4 komplikovaná vředová choroba v anamn. nebo 3 rizikové faktory</p> <p>Střední riziko: 1-2 rizikové faktory</p> <p>Nízké riziko: žádný rizikový faktor</p> <p>Rizikové faktory:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nekomplikovaný vřed v anamn. • Věk nad 65 let • Vysoká dávka NSAID • Současná terapie ASA, kortikoidy, antikoagulační léčba

Acetylsalicylová kyselina (ASA) je stran možných gastrointestinálních komplikací obdobně riziková jako NSAID. Přerušování léčby ASA je ovšem zatíženo vyšším rizikem kardiovaskulárních příhod a vyšší mortalitou. Neměla by proto být přerušována na dlouhou dobu. Možným profylaktickým přístupem je volba preparátu s enterosolventními tabletami ASA, kdy je léčba spojena s nižším rizikem slizničního poškození jícnu a žaludku.⁷ (Obrázek č. 3)

Obrázek č. 3: Porovnání endoskopických nálezů u pacientů léčených běžnou formou ASA a enterosolventní formou ASA⁷



Refluxní choroba jícnu

Klasickými symptomy refluxní choroby gastroesofageální jsou pyróza, regurgitace žaludečního obsahu, dysfagie a další. Vedle těchto typických jícnových příznaků nelze opomenout příznaky mimojícnové – například chronický kašel, pocit zahlednění, exacerbace asthma bronchiale. V spektru pacientů indikovaných dnes především otorinolaryngology a pneumology k podrobnějšímu gastroenterologickému vyšetření, například k pH metrii či jícnové manometrii, pacienti s mimojícnovými příznaky převažují.

V léčbě refluxní choroby gastroesofageální se vedle režimových a dietních opatření uplatňuje farmakoterapie a chirurgická léčba. Moderním trendem v terapii je zapojení fyzioterapie zaměřené na správné dýchání a správnou funkci dýchacího a posturálního svalstva. Tento přístup vychází z klíčové role bránice v antireflexním mechanismu.

Základem farmakologické léčby jsou inhibitory protonové pumpy. Efekt terapie u pacienta s klasickými jícnovými symptomy je obvykle patrný během několika dnů. U pacientů s mimojícnovými příznaky se ovšem zmírnění příznaků může dostavit výrazně později

a v případě terapeutického pokusu je vhodné vyčkat s hodnocením efektu léčby 5-6 týdnů po nasazení.

Pokud léčba PPI u pacientů s GERD selhává, může to být z různých důvodů:

- Nedostatečná adherence pacienta k léčbě – léky neužívá, nebo užívá nesprávně, například s jídlem
- Nedostatečná dávka léku
- Nedostatečná délka působení léku – například u pacientů s GERD s nočním breakthrough fenoménem
- Některé symptomy pacienta terapie zaměřená nasnížení produkce HCl není schopná ovlivnit – například pocit časně plnosti po jídle u některých pacientů se zpomalenou evakuací žaludku

Funkční dyspepsie

PPI jsou indikovány k léčbě pacientů s funkční dyspepsií s tzv. ulcerosním fenotypem podle římské klasifikace funkčních gastrointestinálních poruch tzv. epigastric pain syndrom. U této podskupiny

pacientů může přinést symptomatickou úlevu antisekrecní léčba. Pokud nasazení PPI nevede k úlevě, není ovšem důvod v terapii dlouhodobě pokračovat.⁸

Bezpečnost léčby

PPI jsou považovány dlouhodobě za bezpečné léky, nežádoucí účinky jsou vzácné a mnohdy klinicky méně významné.

Terapie PPI vede k hypergastrinémii a achlorhydrii. Hypotetický proneoplastický efekt PPI se nepotvrdil, léčba PPI není spojena s vyšším rizikem karcinomu žaludku nebo gastrinomu. Výrazně častěji než v běžné populaci u pacientů na léčbě PPI nacházíme vícečetné polypy fundálních žlázek v těle a forniku žaludku. Tento nález je spojen jen s velmi malým rizikem vzniku adenomu, respektive karcinomu žaludku, a ve většině případů nevyžaduje dispenzarizaci.^{9,10}

Nejčastějším důvodem přerušování léčby PPI pro nežádoucí účinky je průjem. Je potřeba počítat s rizikem častějších střevních infekcí, včetně clostridiové kolitidy, s rizikem osteoporózy a s ní spojenou častější frekvencí fraktur u postmenopauzálních žen. K dalším nežádoucím účinkům patří zhoršení vstřebávání železa (klinicky většinou nesignifikantní) a vzácně hypomagnésemie.

Při léčbě P11PI je nutné počítat i s možnou interakcí s jinými léky – například s warfarinem, clopidogrelem apod. Potenciální snížení efektu clopidogrelu při terapii PPI vedlo k obavám z vyšší mortality pacientů v důsledku kardiovaskulárních příhod. Data ze studií jsou rozporuplná, přesto je vhodné zvážit u pacientů na terapii clopidogrelem volbu jiného PPI než omeprazolu.^{11,12}

Kdy a jak vysadit terapii

Možná rizika nežádoucích účinků u pacientů užívajících PPI je potřeba hodnotit v kontextu zhodnocení poměru rizik a přínosů léčby PPI. Pacienti, kteří nemají důvod PPI užívat, by je jistě užívat neměli.

Inhibitory protonové pumpy jsou předepisovány velmi často a v některých případech i tehdy, kdy indikace

k jejich podávání již pominula nebo nebyl prokázán jejich efekt (například při léčbě ulcerosního typu funkční dyspepsie či u symptomatické léčby možných extraesofageálních příznaků reflexní choroby jícnu).

Dlouhodobě je podávání inhibitorů PPI odůvodněné u pacientů s refluxní chorobou jícnu závislých na léčbě, pacientů s Barretovým jícnem, rizikových pacientů dlouhodobě užívajících NSAID a pacientů s recidivující vředovou chorobou gastroduodenální, většinou po opakovaném krvácení do GIT bez prokázané příčiny – tedy bez průkazu *Helicobacter pylori*.

Pokud léčba PPI není nadále indikována, lze zvážit vysazení – a to buď okamžitě, nebo postupně s pomalým snižováním dávky, v obou případech s následnou kontrolou stavu pacienta po 4 a 12 týdnech.¹³

Literatura:

- Der, G. An Overview of Proton Pump Inhibitors. *Gastroenterol. Nurs.* 26, 182–190 (2003).
- Peura, D. A., Lanza, F. L., Gostout, C. J. & Foutch, P. G. The American College of Gastroenterology Bleeding Registry: preliminary findings. *Am. J. Gastroenterol.* 92, 924–928 (1997).
- Rockall, T. A., Logan, R. F., Devlin, H. B. & Northfield, T. C. Risk assessment after acute upper gastrointestinal haemorrhage. *Gut* 38, 316–321 (1996).
- Bianchi Porro, G. & Parente, F. Long term treatment of duodenal ulcer. A review of management options. *Drugs* 41, 38–51 (1991).
- Heaney, A., Collins, J. S., Watson, R. G., McFarland, R. J. & Bamford, K. B. Rapid serological diagnosis of *Helicobacter pylori*: a need for caution and re-evaluation. *Ir. J. Med. Sci.* 167, 152–154 (1998).
- Zagari, R. M., Frazzoni, L., Marasco, G., Fuccio, L. & Bazzoli, F. Treatment of *Helicobacter pylori* infection: a clinical practice update. *Minerva Med.* 112, 281–287 (2021).
- Dammann, H. G., Burkhardt, F. & Wolf, N. Enteric coating of aspirin significantly decreases gastroduodenal mucosal lesions. *Aliment. Pharmacol. Ther.* 13, 1109–1114 (1999).
- Harer, K. N. & Hasler, W. L. Functional Dyspepsia: A Review of the Symptoms, Evaluation, and Treatment Options. *Gastroenterol. Hepatol.* 16, 66–74 (2020).
- Thomson, A. B., Sauve, M. D., Kassam, N. & Kamitakahara, H. Safety of the long-term use of proton pump inhibitors. *World J. Gastroenterol. WJG* 16, 2323–2330 (2010).
- Safety of Proton Pump Inhibitors: Hazardous Interpretation of Administrative Data? (2022).
- Goodman, S. G. et al. Association of proton pump inhibitor use on cardiovascular outcomes with clopidogrel and ticagrelor: insights from the platelet inhibition and patient outcomes trial. *Circulation* 125, 978–986 (2012).
- Bhatt, D. L. et al. Clopidogrel with or without Omeprazole in Coronary Artery Disease. *N. Engl. J. Med.* 363, 1909–1917 (2010).
- Farrell, B. et al. Deprescribing proton pump inhibitors: Evidence-based clinical practice guideline. *Can. Fam. Physician Med. Fam. Can.* 63, 354–364 (2017).
- ACCF/ACG/AHA 2010 Expert Consensus Document on the Concomitant Use of Proton Pump Inhibitors and Thienopyridines: A Focused Update of the ACCF/ACG/AHA 2008 Expert Consensus Document on Reducing the Gastrointestinal Risks of Antiplatelet Therapy and NSAID Use | *Circulation*. <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIR.0b013e318202f701>.
- Guidelines for Prevention of NSAID-Related Ulcer Complications: Official journal of the American College of Gastroenterology | ACG. https://journals.lww.com/ajg/fulltext/2009/03000/guidelines_for_prevention_of_nsaid_related_ulcer.35.aspx.

Válka na Ukrajině a nepřímá traumatizace v Česku



MUDr. Karel Nešpor, CSc.
Psychiatrická léčebna Praha

Posttraumatická stresová porucha

Výskyt posttraumatické stresové poruchy (PTSD) je u válečných veteránů vyšší než v běžné populaci. K rizikovým faktorům PTSD patří kromě faktorů, které se přímo týkají bojů a katastrof, také traumata v dětství, ženské pohlaví, příslušnost k etnické menšině, stigmatizace a zátěžové životní události v nedávné minulosti (Inoue et al. 2022). K projevům PTSD patří opakující se vzpomínky na příslušnou událost, vyhýbání se tomu, co ji připomíná, podceňování se, pocity bezmoci a viny, depresivní příznaky, poruchy paměti a emoční i vztahové problémy. Objevují se také poruchy spánku, strach, zvýšená dráždivost, příznaky stresu, suicidální tendence, autoagresivní jednání, zneužívání alkoholu nebo drog atd.

Nepřímá traumatizace

PTSD a další psychické poruchy se mohou vlivem audiovizuálních médií objevit i v oblastech, do nichž válečné události, přírodní katastrofy apod. přímo nezasáhly (Ahern et al. 2004, Lee et al., 2016, Hall et al., 2019, Pe,er a Slone, 2022). To se přirozeně týká i války na Ukrajině a české populace.

Prevence nepřímé traumatizace

– Logickou strategií je omezit čas věnovaný stresujícímu mediálnímu obsahu. Nejrizikovější jsou v tomto směru audiovizuální média. Autor tohoto sdělení nepoužívá televizi a na preferovaném zpravodajském webu si vypnul zobrazování ilustrací. Hall et al. (2019) uvádě-

jí, že zvláště negativně působí informace o obětech a emoční reakce postižených.

- V prevenci druhotné traumatizace doporučují Pe,er a Slone (2022), nácvik dovedností, které se týkají autorregulace. Sem patří např. relaxační techniky (nahrávky volně na www.drnespor.eu), práce s dechem nebo schopnost se svěřit a požádat o pomoc.
- Užitečná je také podpora ze strany okolí a fungující sítě sociálních vztahů.
- Nespecifickou odolnost zvyšuje i přiměřeně dlouhý a kvalitní spánek. Zejména je třeba varovat před sledováním stresujícího mediálního obsahu v noci a krátce před spaním. Kvalitu spánku podstatně zhoršují alkohol a jiné návykové látky.
- Vyhýbat se alkoholu, drogám a hazardním hrám je ovšem důležité samo o sobě, protože bývají provázeny stresem, snižují nespecifickou odolnost, a navíc bývají příčinou zátěžových životních událostí.
- V prevenci PTSD je vhodné odvádět pozornost od katastrofických fantazií k realitě, reálnému okolí, své situaci a běžným povinnostem.
- Lze také doporučit další způsoby používané k prevenci a zvládnutí stresu, o nichž jsme podrobněji pojednali jinde (Nešpor 2016, 2019). K nim patří mimo jiné přiměřená fyzická aktivita (chůze, jóga, čchi-kung atd.), pravidelnost a dobrá organizace času, spiritualita, smích a humor nebo zdravé emoce.

Literatura

- Ahern J, Galea S, Resnick H, Vlahov D. Television images and probable post-traumatic stress disorder after September 11: The role of background characteristics, event exposures, and prevent panic. *J. Nerv. Ment. Dis.* 2004; 192:217–226.
- Inoue C, Shawler E, Jordan CH, Jackson CA. Veteran and Military Mental Health Issues. 2022 May 23. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan.
- Hall BJ, Xiong YX, Yip PSY et al. The association between disaster exposure and media use on post-traumatic stress disorder following Typhoon Hato in Macao, China. *Eur J Psychotraumatol.* 2019; 10(1):1558709.
- Lee H.P, Choi Y.K., Lee J.H., Lee H.S. The psychological consequences of indirect trauma exposure through the news on the Sewol ferry disaster. *Korean J. Cult. Soc. Iss.* 2016; 22:411–430.
- Nešpor K. Kudy do pohody. Praha, Portál 2016; 168.
- Nešpor K. Přirozené způsoby zvládnutí stresu. Praha: Dr Raabe 2019; 141
- Pe,er A, Slone M. Media Exposure to Armed Conflict: Dispositional Optimism and Self-Mastery Moderate Distress and Post-Traumatic Symptoms among Adolescents. *Int J Environ Res Public Health.* 2022; 19(18):11216.

Jak hovořit s pacienty na téma šedý zákal – a jak vyvrátit nejčastější mýty a obavy s ním spojené?

Setkáváte se s pacienty, kteří trpí šedým zákalem a přemýšlejí o operaci? Mají strach ze zákroku, nemají dostatek informací...? Někde jsem viděla větu, že mýty pramení z našich strachů. Pojďme si tedy stručně projít pojmenovat jak tyto mýty, a tak i s nimi spojené strachy. Nabízíme krátký sumář jak s pacienty na toto téma případně hovořit.

Nejčastější mýty o šedém zákalu

Šedý zákal mají staří lidé, já ještě tak stará/starý nejsem

S trochou odlehčení se nabízí odpověď: *Tato operace už není jen „pro starý“.* V současné době již není výjimkou, že k operaci přicházejí i lidé ve věku kolem 50 let. Přesná etiologie vzniku a rychlosti progresu šedého zákalu není známa. Pravděpodobně je multifaktoriální a určité se zde projevuje náš životní styl. Vyšší expozice světlu od elektronických zařízení, více pobytu na přímém slunci (dost často jsou v této skupině stavební dělníci). A i náročnost dnešního světa na ostré a přesné vidění – dříve si tím pádem všimneme, že vidíme hůře.

Nemám svou nemoc přece ještě dost „zralou“

Ano, dříve tomu tak bylo. S tím, jak doba pokročila a lékaři mají k dispozici modernější technologie a nové operační postupy, se opravdu nevyplatí čekat. Operace se dnes provádí mnohem šetrněji, a navíc díky různým nitroočním implantátům oční lékaři dokáží odstranit i několik očních vad zároveň.

Dokud aspoň trochu vidím, nemusím si nechávat operovat „zdravé“ oko

Už i počínající šedý zákal může značně ovlivňovat kontrast a vidění, zvláště u řidičů a u řízení v noci. Citace jedné spokojené pacientky (58 let) pár dní po operaci při řízení v noci: „Super, vidím jak ostříž, já jsem vlastně řídila přisleplá.“ (Dodejme, že předtím měla na řízení multifokální brýle.)

Nejčastější obavy spojené s operací šedého zákalu

Oko mi rozříznou vejpůl a toho se bojím, bojím se bolesti, soused/sousedka byl a nepovedlo se to, operaci se dělá málo, není to ještě vychytané, řezání do oka je něco, co si nedovedu představit...

Samotný výkon trvá asi 10 minut, přípravná fáze 30 minut. Je prováděn ambulantní formou v lokální anestezii pomocí kapek. Následuje takzvaná fakoemulzifikace, což je metoda spočívající v rozdrčení původní čočky ultrazvukem a odsátí jejích částí pomocí kanyly.

Velkou předností této metody je provedení celé operace miniinvasivně, což snižuje riziko pooperačních komplikací na absolutní minimum, urychluje obnovu zraku a zkracuje délku výkonu. Díky miniinvasivnímu přístupu odpadá nutnost šití, jelikož u rohovkové ranky dojde k samouzavření.

Obnova vidění je velmi rychlá, již druhý den po operaci vidí většina pacientů dobře, ostatním se zrak vyjasní během několika dní. Ke stabilizaci zraku dochází většinou do 1 měsíce od operace. V případě, že jste si nevybrali čočku odstraňující nutnost nošení brýlí, předepisují se cca po 3 měsících od zákroku nové brýle.

Odstranění šedého zákalu je nejčastěji prováděný chirurgický výkon na světě, v Česku se ročně provádí přes 100 000 zákroků.

Budu na dlouho dobu vyřazen/a z provozu

Dá se použít mix všech výše zmíněných odpovědí. Existují už i studie zabývající se výrazným zlepšením kvality života po operaci šedého zákalu. Větší samostatnost, chuť znovu číst, cestovat, aktivně se věnovat koníčkům, vnoučatům... Co víc si přát?

Oči jako rys – projekt pro zdravý zrak

Smyslem projektu Oči jako rys bylo propojit různé oční specialisty, kliniky a firmy zabývající se technologiemi a produkty pro zlepšení vidění. Cíl je jasný. Pomoci každému, kdo hledá informace o očních vadách a jejich řešení.

Oči jsou nejdůležitějším ze všech smyslů. To, jak vidíme, přímo úměrně ovlivňuje kvalitu našeho života. Většina populace však má nebo měla nějakou oční vadu. A pokud ne, dá se počítat s tím, že dříve či později se nějaká projeví.

Pro další informace mohou pacienti zajít na rovněž na web: www.ocijakorys.cz

Mgr. Martina Novotná

oční klinika TANA

<https://www.prolekare.cz/novinky/jak-hovorit-s-pacienty-na-tema-sedy-zakal-a-jak-yyvratit-nejcastejsi-myty-a-obavy-s-nim-spojene-132748>

Léčba antibiotiky v primární péči: jak postupovat při nedostupnosti fenoxymethylpenicilinu?



MUDr. Ludmila Bezdíčková
IPVZ, Praha 10

Vážené kolegyně, vážení kolegové, dovoluujeme si vám předložit doporučení pro postup při náhradě fenoxymethylpenicilinu v případě jeho nedostupnosti z důvodu výpadku vytvořené na základě konzultace s kolektivem odborníků z oborů klinické mikrobiologie, infektologie, farmacie, klinické farmakologie a všeobecného praktického lékařství. Nejedná se o náhradu penicilinu z důvodu alergie, při správné volbě antibiotika i dávky je vždy nutné přihlížet k indikaci a konkrétnímu pacientovi.

Doporučení vychází z evidence – viz odkazy na konci dokumentu. Cílem bylo především nalézt vodítko pro náročnou situaci v praxi tak, aby byl zachován maximální benefit pro pacienta bez navýšení rizik, ať již pro jedince nebo populaci (nežádoucí účinky, narůst antibiotické rezistence).

Snad vám bude k užtku!

Se srdečným pozdravem, za kolektiv autorů
MUDr. Ludmila Bezdíčková

Vypracovali:

MUDr. Ludmila Bezdíčková, praktická lékařka, MUDr. Marek Štefan, MBA, infektolog, MUDr. Pavel Dryák, klinický mikrobiolog, PharmDr. Michal Kočí, nemocniční farmaceut, MUDr. Jan Strojil, Ph.D., klinický farmakolog, infektolog

Je antibioterapie na místě? Není dostupné generikum?

- Zvažte prosím, zda je léčba antibiotiky opravdu indikovaná, případně využijte odložené preskripce.
- V případě nejistoty pozvěte pacienta na včasnou kontrolu, zvažte použití point-of-care metod a laboratorního vyšetření.
- **Zejména v případech, kdy nelze vyloučit infekční mononukleózu (děti, mladší dospělí), nezačínajte terapii amoxicilinem nebo amoxicilinem/klavulanátem! (riziko vzniku imunopatologického exantému)**
- **Pro léčbu bakteriálních respiračních infekcí nedoporučujeme jako první volbu amoxicilin s klavulanátem, azitromycin, klaritromycin, ani cefalosporiny 2. generace!**
- K datu vydání je v některých lékárnách dostupné generikum: V-penicilin BBP (1,2 MIU a 0,8 MIU v 1 tbl.), ověřte prosím u Vašich lékárníků.
 - Aktuální přehled obchodovaných přípravků s obsahem V-penicilinu lze nalézt na webu SÚKL: [Státní ústav pro kontrolu léčiv \(sukl.cz\)](https://www.sukl.cz)
 - Po rozkliknutí konkrétního léku lze na záložce Dostupnost zobrazit aktuální stav dodávek do ČR:

OSPEN

1,5MIU TBL FLM 30

Základní Doprovodné texty Ceny a úhrady **Dostupnost** Dovoz ve zvláštním režimu Kontakty

Informace z hlášení o zahájení, přerušení a ukončení uvádění léčivého přípravku na trh

Typ oznámení	Platnost od	Nahrazující LP ?	Důvod přerušení / ukončení	Předpokládaný termín obnovení
Přerušení	30.06.2022	0057779	Kapacitní/distribuční důvody	30.11.2022
Obnovení	14.04.2020			
Přerušení	06.04.2020	0001881 , 0208790 , 0233172 , 0233173 , 0045996 , 0045997 Lék obtížně nahraditelný (lék v jiné síle, nutná úprava dávkování)	Kapacitní/distribuční důvody	18. týden

- doporučené dávkování a indikace viz <https://www.antibiotickarezistence.cz/taxonomy/doporuceni/>
- **Preferujte vždy šetrná antibiotika s co nejužším spektrem účinku s ohledem na možné nežádoucí účinky a riziko vzniku bakteriální rezistence, konkrétní alternativní antibiotikum volte dle typu infekce a pacienta.**
- Informace o výpadcích léků naleznete na webu Státního ústavu pro kontrolu léčiv <https://www.sukl.cz/vypadky-leku>.

Léčba fenoxymethylpenicilinem je indikovaná, lék není k dispozici – injekční penicilinová ATB

- intramuskulární peniciliny: vhodné např. na LSPP
- prokain penicilin, dostupný je přípravek prokain penicilin G 1,5 MIU, dávkování 1x/24 hod. i.m., použití předpokládá ochotu pacienta docházet jednou denně na aplikaci injekce
- spíše výjimečně lze použít jednorázovou aplikaci benzathin-benzylpenicilinu, t.č. dostupný přípravek Lentocilin S 2400 (2,4 MIU), v dávce 1,2 - 2,4 MIU, jednorázová aplikace benzathin-benzylpenicilinu nemusí být účinná u těžších infekcí

Alternativní antibiotika jiných skupin v p.o. formě (při nepřítomnosti alergie na penicilinová ATB)

- cefalosporin 1. generace – cefadroxil 500 mg po 8–12 hod. (dospělí) (Duracef)
- flukloxacilin 500 mg po 8 hod. (dospělí a děti nad 30 kg) (Flucloxacilina Azevedos 500 mg) - jde o protistafylokokové antibiotikum, ale má účinek i na streptokoky
- amoxicilin 0,5–1,5 g po 8 hod. dle hmotnosti pacienta (Duomox, Ospamox), CAVE infekční mononukleóza!
- u dětí do 40 kg t.h. je možno využít Ospamox 250 mg/5 ml prášek pro perorální suspenzi v odpovídajícím dávkování, CAVE infekční mononukleóza!
- v případě potřeby použití cefadroxilu u dětí do 40 kg je možné zvážit magistraliter rozvážení dávky do kapslí (25 mg/kg/den až 50 mg/kg/den rozdělené do 2 dávek), avšak náročnost přípravy je vysoká

Alternativní antibiotika při alergii na penicilin

- spiramycin 3 MIU po 12 hod. (dospělí a děti nad 40 kg), přípravek Rovamycine (méně interakcí a NÚ oproti klaritromycinu)
- při nedostupnosti spiramycinu lze použít klaritromycin (u dospělých v dávce 500 mg po 12 hod.), CAVE interakce!
- v případě potřeby použití makrolidu u menších dětí je k dispozici klaritromycin v perorální suspenzi (od 6 měsíců věku)

Jaká antibiotika volit v graviditě jako alternativu fenoxymethylpenicilinu?

- v nepřítomnosti alergie na penicilinová ATB: amoxicilin, flukloxacilin nebo cefadroxil
- v případě alergie na penicilinová ATB: spiramycin nebo klindamycin (Dalacin 300 mg po 6 hod., nebo 600 mg po 8 hod)

Zdroje:

1. Nová klinická doporučení pro antibiotickou terapii v ambulanci praxi. Subkomise pro antibiotickou politiku ČLS JEP, Státní zdravotní ústav. <https://www.antibiotickarezistence.cz/taxonomy/doporuceni/>
2. Antibiotika racionálně. Podcast Praktici, 2. díl. <https://www.buzzsprout.com/2001816/10889766-2-antibiotika-racionalne-milan-trojanek>
3. Klinické doporučené postupy britského Národního institutu pro zdraví a klinickou kvalitu (NICE) <https://www.nice.org.uk/guidance/health-protection/communicable-diseases/antimicrobial-stewardship>
4. Štefan M. Antibiotika v klinické praxi. Galén 2022.
5. AWaRe klasifikace antibiotik s ohledem na riziko vyvolání bakteriální rezistence. <https://aware.essentialmeds.org/groups>
6. Databáze léků SÚKL <https://www.sukl.cz/modules/medication/search.php>

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

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

Kazuistika – Regrese významného orgánového postižení u mladého pacienta s hypertenzí po dosažení kontroly krevního tlaku



MUDr. Petra Vysočanová
MUDr. Tomáš Zatočil

Interní kardiologická klinika, FN Brno, MU FN Brno

MUDr. Svatopluk Richter

Klinika radiologie a nukleární medicíny, FN Brno

Souhrn

Arteriální hypertenze, pokud není včas diagnostikována, vede k subklinickému postižení orgánů (tzv. HMOD), které výrazně zvyšuje kardiovaskulární riziko pacienta. Při nově zjištěné hypertenzi je nutné nejen kontrolovat krevní tlak, ale aktivně nepátrat pouze po možné sekundární hypertenzi, ale hlavně po přítomnosti známek poškození cílových orgánů způsobených hypertenzí (např. výskyt hypertrofie levé srdeční komory, albuminurie a albumin/kreatinin poměr, hodnota kreatininu v séru, snížení glomerulární filtrace a změna stavu cév na očním pozadí).

Na případu mladého pacienta s dlouhodobě neléčenou hypertenzí přijatého do nemocnice s akcelerovanou hypertenzí dokumentujeme nejen diagnostiku a vyšetření pacienta, ale také rychlou a dobře tolerovanou kontrolu krevního tlaku při použití vhodné fixní kombinace hned v úvodu léčby a odeznívání známek poškození cílových orgánů již během 12 měsíců léčby.

Úvod

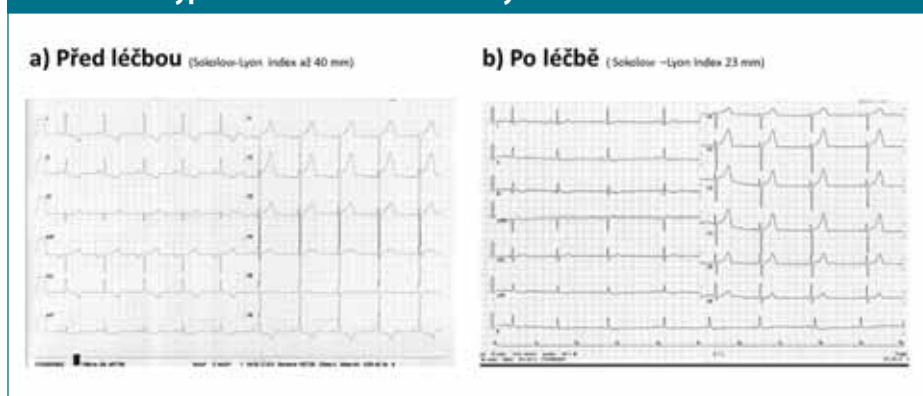
Arteriální hypertenze je velmi snadno diagnostikova-

ným kardiovaskulárním onemocněním, které je vzhledem k vysoké prevalenci přítomno asi u 2,5 milionu dospělých lidí v ČR. Většina pacientů s vysokým krevním tlakem je dlouho asymptomatická, a pokud nejsou zachyceni při náhodném měření nebo při preventivní prohlídce, bývá hypertenze diagnostikována se zpožděním. Díky tomu dochází při neléčené vysokém krevním tlaku (TK) k postupnému rozvoji orgánových změn a komplikací. Orgány, které bývají při hypertenzi postiženy nejčastěji, jsou cévy, srdce, mozek a ledviny. Pokud nedojde k úpravě TK, může následně vzniknout i manifestní kardiovaskulární onemocnění, jako je např. cévní mozková příhoda, akutní koronární příhoda, selhání srdce nebo ledvin, které může být v některých případech první známkou do té doby skrytě probíhající hypertenze. Orgánové komplikace způsobují, že pacienti s hypertenzí přežívají průměrně o pět let méně než pacienti s normotenzí. Je proto důležité orgánové postižení včas odhalit a pacienty vhodným způsobem léčit, neboť tím můžeme oddálit nebo i zabránit vzniku pozdější kardiovaskulární příhody. U některých, zvláště mladších nemocných, může při důsledné kontrole krevního tlaku k cílovým hodnotám a při použití kvalitní antihypertenzní léčby dojít k úplné regresi již vzniklých orgánových změn.

Hypertenzi lze diagnostikovat již na základě měření krevního tlaku při návštěvě lékaře, pokud proběhlo technicky správně, za standardizovaných podmínek, vhodným přístrojem a adekvátně velkou manžetou. V hraničních nebo nejasných případech je vhodné k upřesnění diagnózy doplnit ještě ambulantní monitorování krevního tlaku (AMTK) nebo domácí měření TK (DMTK).

U všech nových hypertoniců by kromě změření TK mělo být vstupně provedeno mimo základních odběrů ještě vyšetření EKG, vyšetření albuminurie a ACR v ranní moči, hodnota kreatininu v séru a odhad GFR a zhodnocení celkového kardiovaskulárního (KV) riziko pomocí tabulky SCORE. Individuálně ještě zvážit doplnění echokardiografického vyšetření, ultrazvukové vyšetření karotid a vyšetření očního pozadí. V přítomnosti orgánového postižení nebo zvýšeného KV rizika je doporučeno ihned nasadit antihypertenzní medikaci a nečekat na efekt samotných režimových opatření, a zvážit volbu vhodného

Obr. 1: EKG a hypertrofie levé srdeční komory

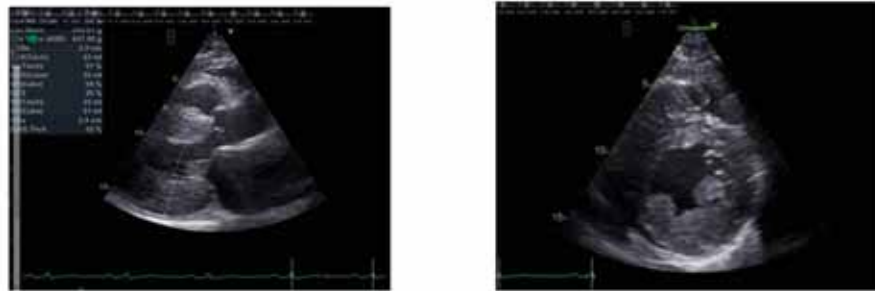


antihypertenziva, které nejen pomůže dosáhnout regrese již vzniklých orgánových změn, ale bude také příznivě ovlivňovat prognózu nemocného.

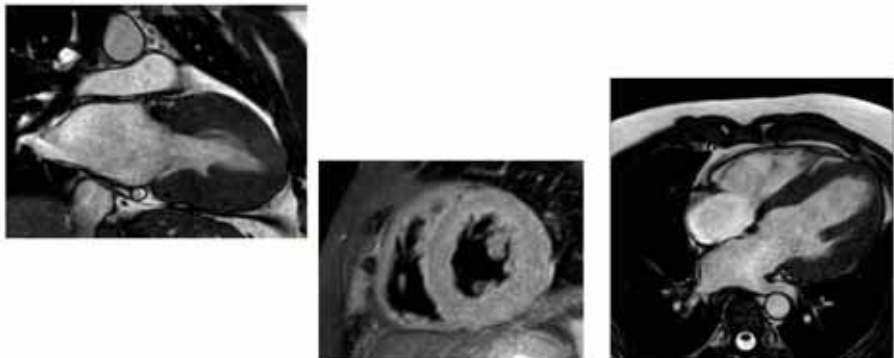
Popis případu

Dosud zdravý 42letý muž s mírnou obezitou byl odeslán v září 2020 na kardiologické oddělení pro nově vzniklé klidové bolesti na hrudi, vysoký krevní tlak, změny na EKG a mírnou elevaci tropoinu (27 ng/l). Krevní tlak při přijetí dosahoval až 250/150 mmHg. Vzhledem k přetrvávajícím potížím i změnám na EKG (negativní T ve svodu I, II aVL, V5,6, bifázické T v III, aVF) byl v úvodu zaléčen intravenózním nitrátem a bylo provedeno katetrizační vyšetření koronárních cév, kde nebylo nalezeno viditelné aterosklerotické postižení. Na EKG byly patrné známky hypertrofie a přetížení levé srdeční komory – Sokolow-Lyonův index až 40 mm (norma do 35), McPhie index 45 (norma do 40), negativní T V5,6. Na echokardiografickém vyšetření byla významná koncentrická hypertrofie levé srdeční komory (tloušťka mezikomorového septa až 22 mm) se zachovanou systolickou funkcí, bez známek obstrukce ve výtokovém traktu. Dále přítomna těžší diastolická dysfunkce typu restrikce. Na základě tohoto nálezu bylo vysloveno podezření na stádavé onemocnění nebo hypertrofickou kardiomyopatii. Proto indikováno provedení magnetické rezonance srdce, které potvrdilo významnou hypertrofii levé srdeční komory (šíře septa až 19 mm), ale stádavé onemocnění myokardu neprokázalo. Ještě za těže hospitalizace bylo rovněž provedeno kompletní vyšetření k vyloučení možné sekundární příčiny hypertenze. Ultrazvukové vyšetření ledvin a Doppler renálních cév byly bez zachycené významné patologie. Vyšetření Apnea-linkem vyloučilo obstrukční spánkovou apnoii. Rozbor krve (hladina kortizolu, aldosteronu, reninu, parathormonu a hormony štítné žlázy) vyloučil přítomnou endokrinoopatii. Jediným patologickým nálezem v provedených vyšetření byla hodnota kreatininu v krvi 142 umol/l,

Obr. 2: ECHO srdce – hypertrofie levé srdeční komory



Obr. 3: NMR myokardu (obraz hypertrofie levé komory, bez patrného patologického pozdního syčení – bez průkazu střídavého onemocnění)



CKD-EPI 0,87 ml/s a albuminu v moči 98 a hodnota ACR 3,07. Pacient byl postupně převeden na perorální léčbu hypertenze, se stabilizací TK během 48 hodin na hodnoty mezi 150-160/90-100. Při propuštění užíval kombinaci 4 antihypertenziv – perindopril 2x 5 mg, amlodipin 2x 5 mg, indapamid 2,5 mg a bisoprolol 5 mg. Diagnóza byla uzavřena jako dosud neléčená esenciální hypertenze s přítomným orgánovým postižením.

První kontrola proběhla za 4 týdny po propuštění. Při vyšetření v ambulanci měl TK 150/100 mmHg a frekvenci 58/min. Při domácím měření se jeho TK pohyboval v rozmezí 135-145/85-95, s průměrnou hodnotou z posledních 5 dnů 141,2/92,1 mmHg. Vzhledem k úplnému odeznění obtíží, dobré toleranci zavedené léčby a již patrnému poklesu TK ponechána použitá antihypertenziva, ale upravena forma podávání – pacient převeden na fixní trojkombinaci perindopril/indapamid/amlodipin v dávce 10/2,5/10 a bisoprolol byl ponechán v dávce 5 mg. Byla ukončena pracovní neschopnost (manuální, fyzicky namáhavá práce). Pacient byl dále pravidelně kontrolován v 3měsíčních intervalech.

Kontrolní vyšetření proběhlo po roce léčby v listopadu 2021. Při vyšetření v ambulanci měl pacient TK

Tab.: Porovnání hodnot před a po roce užívání antihypertenziv

	30.9.2020	5.11.2021
TK (mmHg)	185/110	120/80
EKG (Sokolow Lyon index)	40	23
ECHO srdce (síla IVS v mm)	22	13
Kreatinin v séru (umol/l)	142	114
CKD EPI (ml/s)	0,87	1,15
Albuminurie (mg/l)	98	3,2
ACR (mg/mmol)	3,7	0,25

120/80, TF 50/min a zhubnul v průběhu roku 6 kilogramů. Při domácím měření dosáhl průměrné hodnoty 135,4/87,2 mmHg a na provedení ambulantním monitorování krevního tlaku byla průměrná hodnota 128/76 mmHg, fr. 52/min, nondipping, s TKS zátěží za 24 hodin 30%. Na EKG prakticky vymizely známky hypertrofie LK (Sokolow-Lyonův index z původních 40 mm na současných 23 mm), na ECHO srdce významně regredovala tloušťka mezikomorového septa z původních 22 na 13 mm a známky postižení diastolické funkce nebyly téměř patrné. V laboratoři došlo k normalizaci CKD EPI (1,15 ml/s), albuminurie (3,2 mg/l) i ACR, přetrvávalo jen mírné zvýšení kreatininu v séru (114 umol/l). Na základě provedených vyšetření byla snížena dávkování bisoprololu na 2,5 mg 1x denně a ponechána zavedená dávka fixní trojkombinace perindopril/indapamid/amlodipin 10/2,5/10 mg. Zavedenou medikací (celkem 1 a půl tablety 1x denně) pacient velmi dobře toleruje a spolupráce s ním je ukázková i v dalším sledování. Pacient je pravidelně informován o vývoji nálezů na provedených

Literatura:

Williams B, Mancia G., Spiering W., et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Society of Hypertension (ESH). *European Heart Journal*, Volume 39, Issue 33, 01 September 2018, Pages 3021–3104.

Widimský J., Filipovský J., Ceral J., et al. Diagnostické a léčebné postupy u arteriální hypertenze – verze 2017. *Doporučení České společnosti pro hypertenzi*, *Vnitřní Léč* 2018; 64(7-8): 771-796.

Suvila K, McCabe EL, Lehtonen A, et al. Early Onset Hypertension Is Associated With Hypertensive End-Organ Damage Already by MidLife. *Hypertension*. 2019 Jul 1; HYPERTENSIONAHA11913069. Epub ahead of print.

Izzo R, Losi MA, Stabile E, et al. Development of Left Ventricular Hypertrophy in Treated Hypertensive Outpatients: The Campania Salute Network. *Hypertension*. 2017 Jan;69(1):136-142.

vyšetření i EKG změn a výrazné zlepšení, viditelné graficky i pro laika, jsou pro něj výrazně motivující při spolupráci a adherenci k léčbě.

Závěr

Cílem léčby hypertenze je nejen dosažení cílové hodnoty krevního tlaku, ale také předejít orgánovému poškození a v souladu s tím

edukovat pacienty. Vhodnou terapii volíme dle výše krevního tlaku, zhodnocení KV rizika a výskytu známek HMOD. U všech nově diagnostikovaných pacientů s arteriální hypertenzí je doporučena kontrola krevního tlaku k cílovým hodnotám do tří měsíců, a to u většiny za pomoci fixní kombinace dvou antihypertenziv s rychlou intenzifikací na fixní trojkombinaci, pokud do jednoho měsíce nedojde k dosažení cílového krevního tlaku. V případě přítomnosti závažných komplikací hypertenze nebo přítomnosti přidružených onemocnění je nutné postup individualizovat. Vhodné a opakované poučení nemocného o důležitosti léčby do té doby možná i asymptomatického onemocnění je zásadní pro dlouhodobou kvalitní spolupráci pacienta. Dobře tolerovaná léčba, jednoduché dávkovací schéma, co nejnížší počet tablet, rychlé dosažení cílové hodnoty TK, viditelné zlepšování laboratorních výsledků a dalších nálezů např. na EKG nebo ECHO srdce může motivaci pacienta k léčbě a jeho kompliance výrazně zvyšovat.

Roush GC, Abdelfattah R, Song S, et al. Hydrochlorothiazide vs chlorthalidone, indapamide, and potassium-sparing/hydrochlorothiazide diuretics for reducing left ventricular hypertrophy: A systematic review and meta-analysis. *J Clin Hypertens (Greenwich)*. 2018 Oct;20(10):1507-1515. Epub 2018 Sep 24.

Madkour H, Gadallah M, Riveline B, et al. Comparison between the effects of indapamide and hydrochlorothiazide on creatinine clearance in patients with impaired renal function and hypertension. *Am J Nephrol*. 1995;15(3):251-5.

Acchiardo SR, Skoutakis VA. Clinical efficacy, safety, and pharmacokinetics of indapamide in renal impairment. *Am Heart J*. 1983 Jul;106(1 Pt 2):237-44.

inzerce

Akreditované pracoviště v Liberci v oboru všeobecného lékařství hledá rezidenta,
možné i z ciziny. Jsme zavedená, plně vybavená ordinace.
Informace na tel. 485107172 nebo e-mail kotranyiova@seznam.cz.

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

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

Vazba chronického žilního onemocnění na kardiovaskulární choroby



doc. MUDr. Debora Karetová CSc.

II. interní klinika - klinika kardiologie a angiologie VFN

*Pravidelný webinář Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP, který se konal 6. října 2022, se tentokrát zaměřil na problematiku chronického žilního onemocnění. S přednáškou **Chronická žilní choroba je jako okno do srdce** vystoupila doc. MUDr. Debora Karetová, Ph.D., z II. interní kliniky – kliniky kardiologie a angiologie 1. LF UK a VFN Praha.*

Ukazuje se, že onemocnění srdce, tepen a žil spolu souvisejí více, než se dříve předpokládalo. Jedná se nejen o společné rizikové faktory, ale i o obdobné patofyziologické děje, které tato onemocnění spojují. Vzájemnou souvislost naznačily již velké populační studie provedené u jedinců s varixy. Například Framinghamská studie (n = 3 822) potvrdila u nemocných s varixy končetin vyšší incidenci KV chorob, Tchajwanská studie (n > 200 000) obdobně vyšší incidenci tromboembolické nemoci a ischemické choroby dolních končetin (ICHDK) a Finská studie (n = 4 903) upozornila na dvakrát vyšší incidenci ICHS, ICHDK i CMP u jedinců s varikozitou. Je také zřejmé, že nehojící se kožní defekt nemusí být jen žilní, a proto je nutné pátrat i po dalších příčinách a rizicích – až 26 procent má smíšenou etiologii.

Společným průnikem chorob by mohl být abnormálně fungující endotel jako stěžejní orgán přítomný v tepnách i žilách. Kromě toho, že reguluje cévní tonus, snižuje adhezi trombocytů a leukocytů, inhibuje migraci a proliferaci buněk hladké svaloviny, má i antitrombotický účinek.

Myslet je vždy potřeba na rizikové faktory aterosklerózy, z nichž nejvýznamnější jsou dyslipidémie, kouření, arteriální hypertenze, diabetes mellitus, obezita, pozitivní rodinná anamnéza, nedostatek pohybu, stres, nezdravá strava a chronická zánětlivá onemocnění. Z těch, které neumíme ovlivnit, je to věk a mužské pohlaví. K rizikovým faktorům chronických žilních chorob (CVD) se řadí především pozitivní rodinná anamnéza, dlouhodobá statická zátěž, nedostatek pohybu, obezita, zvýšený abdominální tlak (sedavé zaměstnání, obstipace), hormonální vlivy, žilní trom-

bóza v anamnéze, případně těsný oděv nebo kouření. „Zhodnotíme-li průnik tepenných a žilních rizik, máme zde společné momenty, jako je kouření, obezita, chronický zánět endotelu a zvýšený shear stress,“ popisuje doc. Karetová s tím, že aterosklerotické pláty vznikají zejména v místech větvení tepen, kde je abnormální proudění, a otázkou je, jak je tomu u žil. I způsob krevního toku se zdá být důležitý. Kardiovaskulární (KV) systém srdce-tepny-žil je tedy nepochybně provázanou jednotkou.

Zřejmá je podle doc. Karetové i souvislost plicní hypertenze a žilní hypertenze. Pacienti při postižení levého srdce, při plicních onemocněních (typicky při hypoxémii) nebo chronické tromboembolické plicní hypertenzi mají jistý stupeň plicní hypertenze, což má negativní dopad na funkci celé žilní soustavy končetin. Příznaky plicní hypertenze, jako je slabost, únava, nevykonnost, dušnost, závratě, mdloby, namodralé zbarvení rtů a kůže, mohou být, zejména u starších polymorbidních pacientů, velmi vážné. Typičtější příznakem je pak otok kotníků nebo celých dolních končetin. „To jsou okolnosti, které jednoznačně souvisejí. Jakmile je tlak zvýšený v pravé síni, vznikají otoky a zvýšená náplň krčních žil, což se projevuje na celkovém (ne)prospívání jedince, dochází k otokům končetin, kongesci jater a kongesci v GIT. Nízký srdeční výdej opět vede k orgánové hypoperfuzi a dochází k časté únavě, intoleranci námahy, dušnosti, cyanóze až kachexii,“ vysvětlila doc. Karetová. Tato souvztažnost mezi funkcí srdce a navozenou plicní hypertenzí může vést i k žilní hypertenzi, často se zhoršením preexistující žilní choroby.

Proč zkoumat chronické žilní onemocnění ve vazbě na kardiovaskulární onemocnění (KVO)?

„Chronická žilní nemoc, zejména nedostatečnost (CVI), je kombinací abnormit anatomických a funkčních, které ústí v žilní hypertenzi s následnou makro- a mikrocirkulační patologickou hemodynamikou a vaskulárními změnami. Nedávné studie podporují hypotézu, podle níž patofyziologie žilních a arteriálních vaskulárních onemocnění vykazují určité společné znaky a je mezi nimi vzájemná souvislost. Zatím však není dostatek dat, která by se zabývala vzájemnou interakcí mezi žilním a arteriálním KV onemocněním. Před Gutenberg Health Study nebyla žádná populační studie, která by zkoumala vztah mezi oběma cévními systémy a následným rizikem úmrtí, a to v celém spektru žilní nedostatečnosti,“ připomíná doc. Karetová. Jak dodává, Gutenberg Health Study vznikla na Johannes Gutenberg University v německém Mainzu v roce 2007. Jedná se o populační prospektivní studii cílenou na KV choro-

by, nádorová onemocnění, metabolické nemoci, oční choroby, imunologické a metabolické poruchy a duševní zdraví. V rámci ní bylo vyšetřeno na 15 000 osob ve věku 35–74 let (s telefonickou mezikontrolou po 2,5 letech a velkou závěrečnou kontrolou stavu sledovaných po pěti letech).

Smyslem této studie bylo získat data o prevalenci jednotlivých forem CVD dle věku a pohlaví, zmapování zátěže KV rizikovými faktory a komorbiditami v celém spektru žilních onemocnění (C1–C6) a vyhodnocení významu žilní nedostatečnosti pro prognózu v obecné populaci. K hodnocení rizika KV onemocnění podle klinické závažnosti CVD bylo použito 10leté Framinghamské skóre rizika KVO, které bylo definováno souhrnně: fibrilace síní, městnavé srdeční selhání, onemocnění koronárních a periferních tepen, iktus nebo žilní tromboembolismus. Ze všech vyšetřených, kterých bylo v závěru studie 12 423 (40–80 let), bylo jen 906 lidí bez žilního postižení (C0). Varixy byly přítomny u celé třetiny vyšetřených (C1). Nejběžnější formou byl současný výskyt varixů a edému (n = 3 361).

Výsledky studie uvádějí:

- prevalence retikulárních varixů a teleangiektazií – 36,5 procenta (u žen 55 %),
- prevalence kmenových varixů – 13,3 procenta,
- prevalence všech forem CVI – 40,8 procenta,
- z toho nejrozšířenější fenotyp (varixy + edém) – 30,1 procenta.

CVD a přítomnost KVO ukázalo statisticky signifikantní souvislost. Pro CVD a celkovou predikci prognózy proběhla analýza na vzorku 9 923 vyšetřených bez KVO (FS, CHSS, stav po IM, ICHS, ICHDK, CMP, VTE). Predikované 10leté KV riziko dle Framinghamského rizikového skóre ukázalo, že čím větší byly změny na končetinách, tím vyšší bylo KV riziko.

Pokud jde o vztah CVD a celkové mortality, hlavní nezávislé prediktory vzniku CVD v dané studii reprezentuje věk a ženské pohlaví, dále pak DM, arteriální hypertenze, obezita, kouření a chronická KV onemocnění. Klíčovým zjištěním studie je, že rozsah CVD (zejména od C4) má vazbu na KV onemocnění a je prediktorem zvýšeného rizika celkové mortality. Kumulativní incidence celkové mortality během průměrné doby sledování ($5,2 \pm 1,6$ roku) dle klasifikace CEAP potvrdila, že čím větší je žilní poškození, tím vyšší je riziko celkové mortality. „Chronická žilní nedostatečnost je vysoce prevalentní nemoc narůstající s věkem, a ne vždy jde o benigní onemocnění,“ zdůraznila doc. Karetová.

Důležitost včasné léčby

Základní léčba CVD začíná od nefarmakologických opatření, kam patří zejména chůze a cvičení, polohování dolních končetin, péče o kůži a snížení hmotnosti. Nedílnou součástí terapie by mělo být používání kompresních pomůcek a v neposlední řadě farmakologická léčba venofarmaky. V doporučeních stále vede MPFF (mikro-

nizovaná purifikovaná flavonoidní frakce), která zlepšuje symptomy a brání progresi onemocnění. Aktuálně jsou k dispozici dvě nové práce, které dosavadní poznatky o účinku MPFF podporují.

Jeden z projektů zkoumajících funkčnost mikroskopických žilních chlopní sledoval stav refluxu před léčbou MPFF a po ní. Práce potvrdila, že časná léčba MPFF má výrazný hemodynamický účinek na úrovni mikrochlopní. Ukázalo se, že MPFF významně redukuje reflux v mikrochlopních již od raných stadií C0–C1, a to o 48 procent po třech měsících léčby a o 65 procent po půlroční terapii. Se zmenšujícím se refluxem pak ubývalo i symptomů. Další práce, která byla provedena na zvířatech, posuzovala kinetiku vyjádřeného zánětu, opět na mikrochlopních. Zde autoři došli k závěru, že MPFF snižuje adherenci leukocytů k endotelu, tím redukuje žilní zánět. I zde tedy včasná léčba MPFF zlepšuje stav mikrocirkulace a zamezuje progresi CVD či ji oddaluje.

„Tato experimentální data podporují myšlenku, že jakmile nacházíme varixy, edém, kožní změny, jde zřejmě o chronický zánět, který destruuje intersticiu. Nejedná se tedy jen o změny vlastní povrchové žíly, ale může jít o systémové postižení, minimálně v oblasti podkoží. Z tohoto aspektu se velice vyplácí, abychom se vždy důkladně zaměřili na prohlídku končetin pacientů, protože odhalení změn (pigmentací, otoků apod.) má být podnětem k hledání příčiny a zahájení léčby – ať u srdečních problémů, plicních obtíží, ale samozřejmě jde i o správné zařazení žilního onemocnění do kontextu a nastolení léčby,“ zdůraznila doc. Karetová.

Lze tedy uzavřít, že prvotní orientaci o rozsahu CVD přináší fyzikální vyšetření, tedy zařazení do správné „C“ kategorie (C1–C6), které je důležité nejen z hlediska posouzení stavu samotné končetiny. Gutenberg Health Study ověřila vysokou prevalenci CVD v praxi. KVO a CVD souvisejí – u kardiaků je vyšší výskyt CVD (zejména při plicní hypertenzi, srdeční nedostatečnosti) a tyto nemoci také sdílejí některá společná rizika vzniku. Známá je zejména vazba CVD a tromboembolické nemoci. CVD je do jisté míry překvapivě prediktorem vyšší celkové mortality v obecné populaci, a to i po adjustaci na klasické rizikové faktory KV onemocnění. „Společným jmenovatelem propojení žilních a tepenných chorob by mohl být alterovaný endotel. Léčba rizik vzniku a progresu aterosklerózy a léčba žilní hypertenze účinnou farmakoterapií je kromě životosprávy a někdy i chirurgické léčby jedinou strategií prevence progresu obou nemocí,“ uzavřela doc. Karetová.

Zprávu zpracoval kol. autorů

Mikronizovaná purifikovaná flavonoidní frakce/DetraleX s bohatě klinicky doloženou účinností získala nejsilnější doporučení č. 1 pro léčbu všech stadií chronického žilního onemocnění (C0–C6) jak v mezinárodních, tak v českých doporučených postupech.

Psychosociální pomoc pro onkologicky nemocné a jejich blízké

„Můžu pro sebe udělat něco víc?“

Praha 6. 10. 2022 Když si člověk vyslechne, že má rakovinu, zaskočí ho to. Po čase, ale začne hledat informace a zaměří se na zvládnutí nemoci. Léčba je prvním stupněm, co ale může dělat člověk sám? Na to se ptají jak onkologicky nemocní, tak jejich blízcí, kteří spolu s nimi životem s nemocí procházejí. Možností péče o sebe a další odborné podpory je mnoho, měly by však vytvářet jeden smysluplný celek.

„Člověk by v nemoci neměl plýtvat časem a energií na mnoha frontách, ale cíleně jít za tím, co je efektivní a ověřené,“ vysvětluje metodička Center Amelie Michaela Čadková Svejková. „Někdy se stává, že se nedržíme jedné strategie, ale jakoby zkoušíme vše. Zatím běží čas a výsledky se nemají šanci projevit a my se cítíme frustrovaní. I proto vznikla Centra Amelie, aby člověk našel na jednom místě vše, co je funkční,“ doplňuje.

Co jako onkologicky nemocný nebo jeho blízký mohou pro svou podporu kromě léčby využít:

- Podporu psychologa nebo psychoterapeuta
- Podporu sociálního pracovníka
- Sdílet svou situaci se stejně nemocnými při skupinových aktivitách či on-line
- Věnovat se aktivně výživě a pohybu, myslet na svůj spánek
- Vyhledávat a kriticky třídit informace, které mi jsou k užítku
- V krizi využívat nabídku služeb po telefonu a e-mailu, nebýt na ni sám
- Dbát na svou psychickou a fyzickou kondici a cíleně nad sebou nelámat hůl. Když mi je špatně, odpočívat, když pro sebe opět mohu aktivně něco dělat, pak být aktivní a dělat vše, co mi má omezení dovolit.

Paní Helena z Liberce přibližuje svou praxi života s rakovinou a podporou v nemoci takto: „*Já i moje nemocná dcera jsme v roce 2017 využily sociální poradenství Amelie a od té doby navštěvujeme i jejich další aktivity - trénink paměti, vycházky či plavání. Dává nám smysl setkávání se s lidmi s podobnou zkušeností, kteří mají chuť dělat něco pro sebe a díky Amelii se tak zapojovat do běžného života. Udržuje nás to v dobrém stavu, obohacuje nás to a pomáhá zvládat různá úskalí, která jsou s nemocí spojená.*“

Komplexní podpora v nemoci, tzv. psychosociální péče, by měla být nedílnou součástí léčby. Mnoho lidí až teprve s odstupem času zjišťuje, co vše by pro ně bylo v nemoci, ale i po ní, dobré a přínosné. „Pro mnoho z nás

je velmi důležité mít život pod kontrolou, ve svých rukou, a v nemoci to často ztrácíme. Dělat pro sebe něco navíc je smysluplné i v tom, že si bereme svůj díl odpovědnosti, plánujeme a jsme aktivní i v tom málu, co je možné,“ říká Čadková Svejková.

Pro více informací kontaktujte:
Michaela Čadková Svejková
amelie@amelie-zs.cz
tel.: +420 608 458 282

Kdo jsme:

Amelie se již od roku 2006 věnuje psychosociální pomoci onkologicky nemocným a jejich blízkým. Vizí Amelie je, aby rakovina byla vnímána „jen“ jako součást života a své poslání vidí v tom, že pomáhá žít život s rakovinou. Více informací o aktivitách a neziskové organizaci Amelie, z.s., lze najít na oficiálních webových stránkách www.amelie-zs.cz.



Centra Amelie jsou dlouhodobou, odbornou aktivitou Amelie, která nabízí komplexní podporu v nemoci a léčbě všem dospělým, onkologicky nemocným a jejich blízkým a to bez rozdílu diagnózy, stádia onemocnění či pohlaví. Služby Center Amelie jsou bezplatné a soustředí se jak na individuální, tak skupinové aktivity a nabídku informační podpory (přednášky, workshopy, podpůrné tištěné materiály). Centra Amelie jsou v Praze, Olomouci, Liberci, Rakovníku a pro zbytek republiky nabízejí aktivity on-line.

Reportáž



MUDr. Jáchym Bednář
pedagogický pracovník
IPVZ, Praha 10

Reportáž ze zasazení stromu u příležitosti výročí 30 let existence Euractu, Evropské akademie učitelů ve všeobecném praktickém lékařství

V parku před budovou IPVZ v Praze 10 jsme dne 18. 11. 2022 slavnostně zasadili strom u příležitosti 30. výročí založení EURACTu (European Academy of Teachers in General Practice/Family Medicine).

Zasazení stromu se za IPVZ zúčastnila ředitelka MUDr. Irena Maříková, MBA, náměstkyně ředitelky pro vzdělávání Soňa Hrdličková a vedoucí katedry VPL IPVZ MUDr. Ludmila Bezdíčková.

SVL ČLS JEP zastupoval prezident docent Svatopluk Býma, Euract zastupil MUDr. Jáchym Bednář, reprezentant ČR v Radě Euractu. Akce se dále zúčastnili další představitelé českého všeobecného praktického lékařství a zaměstnanci IPVZ.

Strom, který je opatřen cedulkou s nápisem „I touch the future – I teach“ nese symbolické poselství o tom, že vyučováním a předáváním dovedností našich studentům ovlivňujeme budoucnost.

Tato iniciativa, členy Rady Euractu jednomyslně schválená a podporovaná, probíhá od podzimu 2022 v každé členské zemi, která má v Euractu své zastoupení, první strom byl zasazen v září 2022 ve Slovinsku u příležitosti pravidelného mezinárodního setkání učitelů v všeobecném praktickém lékařství u jezera Bled na již 32. Janko Kersnik EURACT Bled



kurzu a postupně se zapojují další členské země, některé mají v plánu zasazení stromu i během roku 2023. Na Slovensku by měla slavnost zasazení stromu proběhnout v Bratislavě u příležitosti konání česko-slovenského Leonardo kurzu LEVEL 1 určeného českým a slovenským školitelům (11.–13. 5. 2023). Tento kurz nabídne lekce





od zkušených portugalských lékařů- školitelů Euractu pojednávající o tom, jak správně a efektivně učit a předávat znalosti v našem oboru VPL. Leonardo kurz byl vytvořen již před 25 lety a v podobě, která se příliš obsahově nemění, jej v úrovni LEVEL 1 absolvovali tisíce lékařů – školitelů po celém světě. Kurz má i následující



moduly LEVEL 2,3. První uvedení Leonardo kurzu LEVEL 1 v ČR proběhlo v květnu 2019 v Praze. Ve spolupráci Euractu, SVL ČLS JEP a katedry VPL IPVZ <https://www.ipvz.cz/o-ipvz/kontakty/pedagogicka-pracoviste/vseobecne-prakticke-lekarstvi/kontakty-pracoviste> máme v plánu tento kurz LEVEL 1 v České republice pořádat pravidelně s ideou pomoci českým školitelům kvalitněji a vědoměji vzdělávat své žkolence a tím přispět k zvyšování kvality poskytované péče vnašem oboru.

V České Republice jsme v areálu IPVZ zasadili jablň, odrůdu Rajka, která se vyznačuje odolností proti škůdcům a dává své plody v pozdním září. Jiní kolegové z dalších zemí lípy, buky, olivy, v Turecku zasadili odrůdu stromu, nazvanou Jacaranda.



Euract - <https://euract.woncaeurope.org/> je respektovaná organizace, existující v rámci evropské organizace praktických a rodinných lékařů WONCA Europe <https://www.woncaeurope.org/>.

Úkolem Euractu je tvořit a předávat standardy vyučování v našem oboru na úrovni pregraduální (BME – basic medical education), postgraduální (ST – specialty training) a celoživotní (CME – continual medical education). Euract pravidelně pořádá výukové konference pro praktické a rodinné lékaře. Nadcházející Euract konference se bude konat v říjnu 2023 ve Slovinsku.

Do Austrálie alespoň jednou za život



Koncem října jsem se zúčastnil, ve službách organizace WONCA, inspekční cesty do Sydney, kde se bude konat ve dnech 26.–29. října 2023 světová konference praktických lékařů. Náklady hradila australská strana, jak vyplývá z kontraktu s pořadatelem konferencí WONCA.

Cestou do Austrálie jsem si promítal zkušenosti, které jsem získal během 9 let po pražském kongresu WONCA, při spolupráci s organizátory konferencí z různých částí světa.

V roli „experta“ jsem poprvé vystupoval v **Rio de Janeiro**, před konferencí v roce 2016. A hned to byla zajímavá zkušenost. Brazilský kolega v čele tamního organizačního výboru byl sebevědomý, málo spolupracující a místy arogantní. Tehdejšího sekretáře (CEO) WONCA, Dr. Manninga, dováděl na hranu šílenství např. tím, že půl roku před konferencí ještě nepředložil rozpočet a neposkytl žádné principiální záruky. Uklidňoval nás slovy: „Nestarejte se, my to vyřešíme po brazilsku.“ Později se ukázalo, že měl silné politické konexe a od města Rio de Janeiro, tehdy zainvestovaného z důvodu olympiády, měl příslib placení účasti až 2000 brazilských lékařů. Na mezinárodní účasti mu tudíž tolik nezáleželo. Nicméně kongres se až na drobnosti vydařil a mohou to potvrdit i početní čeští účastníci.

Jihokorejští organizátoři konference v **Soulu v roce 2018** představovali pravý opak. Lékaři i organizátoři byli mimořádně uctíváni, pracovití, až nudně precizní. Navíc se zázemím asi největšího kongresového centra na světě a jistotou fungující jihokorejské infrastruktury. I Jihokorejci více spoléhali na účast asijských lékařů, a tak ohledy na Evropany a Američany, anglicky i španělsky mluvící, jsme museli připomínat. Kongres měl nicméně vysokou úroveň, společenskou i odbornou.

Konferencí století měla být WONCA 2020 v **Abú Dhabí**. Ve stejné době se měla na okruhu prohánět auta Formule 1 a v Dubaji měla vrcholit světová výstava. Pýchu šejků z výboru odborné společnosti praktických lékařů Spojených arabských emirátů už jsem znal z dřívějších let. Stejně mne ale zaskočilo, že během úvodní komunikace i první návštěvy v Emirátech jsme jednali jen s organizační agenturou (PCO) a zástupci výboru pořádací odborné společnosti se neobtěžovali. Nicméně PCO byla velmi profesionální a zkušená. Konferenční centrum v Abú Dhabí

mne přímo nadchlo. Pak ale přišel a vše zkomplikoval covid a jednání byla spíše depresivní. Organizátoři se museli uchýlit k tehdy ještě nevyzkoušené hybridní formě konference. Registrováno bylo jen 600 účastníků. Ke cti organizátorů je třeba uvést, že odvedli organizaci WONCA 25 000 dolarů, přestože na konferenci určitě nezbohatli.

Australský tým **WONCA 2023 v Sydney** je skvělý a konference bude zážitek. Pořadatelé dlouhodobě spolupracují s Královskou australskou společností praktických lékařů (RACGP) a má zkušenost s národními kongresy, kterých se účastní až 2000 lékařů. Součástí týmu jsou moudří muži, praktici z australských univerzit, ale dominují různé ženy, jak z výboru RACGP, tak z agentury. Konferenci plánují australské praktiky jako oslavu 50. výročí prvního světového kongresu WONCA, který se v roce 1972 uskutečnil právě v Austrálii, pro změnu v Melbourne.

Během dvou nabitých dnů jsme prošli kongresové centrum, konferenční prostory, hotel, kde bude probíhat zasedání rady WONCA, i hotel pro jednání exekutivy. Zrevidovali jsme návrh programu a jeho témata, prezentační formáty, proces hodnocení abstrakt a mezinárodní reklamu kongresu. S WONCA CEO Harrisem Lygidakisem, který byl mimochodem jako mladý praktik klíčovým řečníkem v Praze v roce 2013 a kterého znají hlavně naši mladí kolegové, jsme odjížděli spokojeni.

RACGP (racgp.org.au) je respektovaná a vlivná organizace. Má dnes 40 000 členů, kteří zastupují zhruba 35 000 aktivních praktiků v Austrálii. Roční členský poplatek společnosti činí 1508 australských dolarů, což je o něco méně než 25 000 Kč. Za tuto cenu mají členové plný edukační servis včetně tvorby a aktualizace odborných

Konferenční centrum v Darling Harbor



doporučení, právní ochranu a silné zastupování. Karen Price, současnou prezidentku RACGP, během večere volal ministr zdravotnictví. Bylo to v den, kdy se řešil rozpočet a on se chtěl ujistit, že ho druhý den v mediích neshodí.

Kromě peněz na úhradu zdravotních služeb poskytuje australská vláda RACGP tučné granty na výzkum v primární péči, podporu rozvoje vzdělávání a služeb, poskytovaných v primární péči. Význam primární péče v Austrálii je zcela zásadní, zejména s ohledem na rurální oblasti. V minulosti tvořili praktičtí lékaři až polovinu všech lékařů, nyní je to zhruba třetina. RACGP má cíl, aby 50 % mediků mířilo do primární péče, ale v současnosti je to jen 25 %. Existuje obava, že v roce 2030 bude chybět až třetina praktických lékařů.

V sólo praxích působí jen asi 10 % praktických lékařů. Zbytek kolegů působí ve skupinových praxích, buď řízených formou partnerství, nebo vlastněných korporacemi. V Austrálii není předmětem obchodu „good will“, tedy u nás ceněný registr pacientů. Pacienti mohou praxe střídat. Dominuje platba za výkon, event. provázená bonusy za vybrané výkony a splněné cíle. Zavedení kapitální platby je předmětem debat v parlamentu.

Pár vět si zaslouží město **Sydney**. Moderní kongresové centrum (ICC) je krásně umístěné v Darling Harbor, tedy přímo v centru města. Tomu se tady neříká downtown, ale CBD, Central Business District. Kávu o přestávce na balkóně ICC pijete přímo nad zátokou. V pěší vzdálenosti jsou desítky hotelů, ovšem v cenové kategorii tak

od 4 000 Kč. za noc. Výhodou v Sydney je skvěle fungující a turisticky přátelská městská doprava, takže se dá bydlet i ve větší vzdálenosti a levněji a snadno dojíždět. Neznám jiné velké město (a Sydney má přes 4 miliony obyvatel), kde by bylo například jednodušší, rychlejší a levnější spojení z letiště.

Navíc tu skvěle a často jezdí levné trajekty, kterými se dá mnoho míst dosáhnout, a ještě si užít mořeplavby. Za půl hodiny jste z centra v přírodě a z útesů můžete vyhlížet oceán. Teplota koncem října bude tak 25 stupňů. Viděl jsem lidi na pláži Bondi plavat, ale voda měla 17 stupňů.

V Sydney se prostě budete cítit dobře. Dáte mi za pravdu hned ráno, když se v centru nadechnete. Dobře se tu chodí, běhá, spí i jí. Chutná tady steak, kebab, pizza, fish and chips i asijská kuchyně. Pravda, není to zadarmo, ale nemyslím si, že by tu bylo draž než v Paříži nebo Londýně.

Pokud budete plánovat cestu do Austrálie, tak taky promyslete, kam se ještě podíváte, když už poletíte tak daleko. Plno zajímavých míst k exploraci naleznete v Austrálii, ale nabízí se také Nový Zéland nebo Oceánie. Mohou vám pomoci nabídky na webové stránce konference wonca.racgp.org.au. Jet alespoň jednou za život do Austrálie je dobrý nápad. Pro praktického lékaře pak nejlépe příští rok.

Organizační výbor konference: zleva Karen Flegg, budoucí prezidentka WONCA World, Harris Lygidakis, WONCA CEO, Mark Morgan, předseda výboru RACGP pro kvalitu, Karen Price, prezidentka RACGP, Bohumil Seifert, Nicole Higgins, nově zvolená prezidentka RACGP.



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 20. 1. 2023**. Písemné odpovědi zasílejte na adresu: Oddělení vzdělávání SVL ČLS JEP, Sokolská 31, 120 00 Praha 2.

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

Správné odpovědi z čísla 9/2022: 1a, 2b, 3a, 4a, 5b, 6abc, 7c, 8b, 9a, 10a

ZNALOSTNÍ TEST JE HODNOCEN 2 KREDITY ČLK

1. Jak praktický lékař pozná, že mu byla vytvořena datová schránka?

- a) přijde mu doporučený dopis do vlastních rukou v obálce se žlutým pruhem, tam najde přístupové údaje
- b) musí si dojít na nejbližší pobočku VZP pro přístupové údaje
- c) musí si dojít na svůj spádový úřad, doložit originálem diplomu, že je lékař, a dostane kartičku (jako stírací los) s přihlašovacími údaji

2. Jak dlouho zůstává datová zpráva v datové schránce?

- a) 30 dní
- b) 60 dní
- c) 90 dní

3. Kde se provádí autorizovaná konverze dokumentů?

- a) na místech označených logem Czech POINT
- b) pouze na úřadech
- c) pouze na poště

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

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

5. Mezi metody pro stanovení přítomnosti HMOD nepatří:

- a) ultrazvukové vyšetření karotid
- b) vyšetření poměru albumin/kreatinin (ACR)
- c) ultrazvukové vyšetření břicha

6. Podle platných guidelines jsou u mladších pacientů (do 65 let) cílové hodnoty systolického krevního tlaku:

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

7. Mezi indikace podání PPI nepatří:

- a) eradikace *Helicobacter pylori*
- b) prevence žaludečního vředu u všech pacientů léčených NSAID
- c) refluxní choroba jícnu

8. Mechanismus účinku PPI spočívá:

- a) v blokádě H2 receptorů parietálních buněk žaludku
- b) v inhibici tvorby gastrinu
- c) v inhibici účinku H+/K+ APTázy

9. Z rizikových faktorů aterosklerózy neumíme ovlivnit:

- a) věk a mužské pohlaví
- b) nedostatek pohybu spojený s obezitou
- c) stres

10. K příznakům plicní hypertenze patří:

- a) slabost a nevykonnost
- b) závratě
- c) pocení

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. 10/2022

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