



PRACTICUS

pro praktické lékaře zdarma • č.1/2024 • ročník 23



TÉMA:

Diabetická retinopatie

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

OBSAH

PRACTICUS

odborný časopis SVL ČLS JEP
1/2024, ročník 23

INFO SVL

- 04 EDITORIAL
- 05 SPECIALIZAČNÍ PŘÍPRAVA V OBORU VŠEOBECNÉ PRAKTICKÉ LÉKAŘSTVÍ: AKTUALITY A NEJČASTĚJŠÍ DOTAZY ŠKOLENCŮ A ŠKOLITELŮ
MUDr. Ludmila Bezdíčková
- 08 INFORMACE K METODICE REZIDENČNÍCH MÍST 2024
- 10 NOVÉ DOTAČNÍ TITULY ÚSTECKÉHO KRAJE PRO PODPORU PRIMÁRNÍ PÉČE V ROCE 2024
MUDr. Martina Pokorná, Ph.D.
- 12 SPOLEČNOST VŠEOBECNÉHO LÉKAŘSTVÍ ČLS JEP V MÉDIÍCH V ROCE 2023.

ODBORNÝ ČLÁNEK

- 14 DIABETICKÁ RETINOPATIE
MUDr. Zdeněk Bombera
- 16 HYPERTENZE NIČÍ MOZEK – JAK TOMU ZABRÁNIT?
MUDr. Eva Kociánová, Ph.D.
- 21 DIAGNOSTIKA A LÉČBA BENIGNÍ HYPERPLÁZIE PROSTATY
MUDr. Jiří Kladenský

ZPRÁVY Z WEBINÁŘE

- 25 DIFERENCIÁLNÍ DIAGNOSTIKA A LÉČBA HEMOROIDÁLNÍHO ONEMOCNĚNÍ V ORDINACI PRAKTICKÉHO LÉKAŘE

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

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 20. 12. 2023 MK
ČR E13477, ISSN 1213-8711.

Vydavatel a redakční rada upozorňují, že za obsah a jazykové zpracování inzerátů a reklam odpovídá výhradně inzerent. Redakce neodpovídá za správnost údajů uvedených autory v odborných člancích. Texty neprochází jazykovými korekturami. Přetisk a jakékoliv šíření je povoleno pouze se souhlasem vydavatele. © SVL ČLS JEP, 2024

EDITORIAL

Editorial k **Doporučenému postupu** Přímá perorální antikoagulancia v léčbě pacientů s fibrilací síní: Úloha všeobecného praktického lékaře

(M. Táborský, S. Býma, P. Šonka)

Milé dámy, vážení pánové,

dovolujeme si vám v příloze aktuálního čísla našeho odborného časopisu Practicus nabídnout nový pohled na přímá perorální antikoagulancia (DOAC), a to ve zcela novém scénáři, kdy všeobecní praktičtí lékaři (VPL) budou moci předepisovat DOAC jako léčbu první volby.

Uplynulo téměř patnáct let od vstupu první molekuly této lékové skupiny na český trh. V tomto poměrně dlouhém časovém úseku jsme se měli možnost jak v teoretické, tak praktické rovině opakovaně setkat s tímto moderním typem antikoagulační léčby a přesvědčili jsme se především o bezpečnosti terapie, minimalizaci rizika krvácení do centrálního nervového systému a dalších nesporných výhodách DOACs. Postupně se přidala antidota, která umožní řešit velmi rychle výkony z vitální indikace u těch nemocných, kde terapie nesnese odkladu. Od roku 2023 jsou obě antidota dostupná v nemocnicích na úrovni urgentního příjmu.

Nastal čas na narovnání cesty pacienta systémem i v této oblasti. V době publikace tohoto editoria-

lu není ještě k dispozici finální rozhodnutí SÚKLu o rozšíření možnosti preskripce také na VPL, nicméně je vysoce pravděpodobné. Rádi bychom i touto cestou poděkovali naprosté většině odborných společností, které nás v tomto úsilí podpořily a zaslaly souhlasné stanovisko.

Navíc do hry vstupuje další faktor, a to je vstup prvních generik těchto osvědčených molekul do České republiky. Výsledkem bude nepochybně výrazné snížení ceny denní/roční dávky, což je určitě ve prospěch našich pacientů a hovoří ve prospěch rozvolnění preskripce. V současné době jsou podány žádosti tří ze čtyř držitelů originálních molekul o rozšíření preskripce také na VPL, což je dobrou zprávou. Tyto molekuly, jež mají originální registrační studie, data z reálného klinického světa, registrů a také data ze studií s antidoty, budou jistě hlavními předepisovanými preparáty v této lékové skupině, nicméně musíme pokorně počkat na závěry správních řízení SÚKLu.

Pevně věříme, že až VPL budou moci předepisovat přímá perorální antikoagulancia jako lék první volby, bude to malou, ale významnou revolucí pro naše pacienty i ambulance.

22.1.2024

Miloš Táborský

Specializační příprava v oboru všeobecné praktické lékařství: aktuality a nejčastější dotazy školenců a školitelů



MUDr. Ludmila Bezdíčková

vedoucí katedry všeobecného praktického lékařství,
IPVZ, Praha

V krátkém sdělení se pokusíme upozornit na některé palčivé otázky okolo specializační přípravy v oboru všeobecné praktické lékařství se zaměřením na nejčastější chyby, kterých se při specializační přípravě a v přihláškách ke zkouškám dopouští školenci i školitelé. Našich školitelů si velmi vážíme a jsme si jako katedra vědomi, že bez jejich soustavné činnosti bychom mladé praktiky neměli. Usilovně pracujeme na zlepšení personální i finanční situace ve školení, zvýšení úrovně kvality školení i metodické podpoře vzdělávání. Postupně se také snažíme posunovat koncept vzdělávání více směrem k moderním trendům aplikovaným v rozvinutých evropských zemích.

Problematika legislativy vzdělávání

Přehled specializační přípravy v oboru všeobecné praktické lékařství (VPL) jsme podrobně rozebrali v článku publikovaném v loňské roce v časopise Medical Tribune (1). Legislativně je vzdělávání lékařů uktoveno v zákoně č. 95/2004 Sb., vyhlášce o zkouškách lékařů, zubních lékařů a farmaceutů č. 282/2019 Sb., vyhlášce o kmenech č. 397/2020 Sb. a Věstníku MZ 3/2018 (2). Bohužel jednotlivé právní úpravy vznikaly postupně, bez přímé návaznosti a novelizovaly se na přeskáčku, některá ustanovení byla vložena jako výhodná jen pro některé obory a ve skutečnosti limitují vzdělávání v jiných. To vedlo katedru všeobecného praktického lékařství k udržení **logbooku** (přehledu studijních povinností), ve kterém je vzdělávací program vysvětlen a uveden přehled všech stáží včetně těch v tzv. malých oborech (malých nikoliv svým charakterem, ale významem a časovou náročností pro osvojení si základních teoretických znalostí a praktických dovedností, které pro spolupráci se sekundární péčí potřebuje praktický lékař). Jedná se o obory: ORL, oftalmologie, dermatovenerologie, rehabilitace a fyzikální medicína, ortopedie, urologie, psychiatrie, neurologie. V rámci praxe v oboru ARO je také realizována 2týdenní stáž na zdravotnické záchrané službě. Vzdělávání probíhá dle zákona č. 95/2004

Sb. v **akreditovaných zařízeních** (vždy musí mít MZČR udělenou akreditaci na základě požadavků kmenové vyhlášky, resp. vzdělávacího programu, platnou k datu stážování školence). Na již zmiňované praxe v malých oborech vysílá školence akreditovaný školitel všeobecný praktický lékař, a ručí tak za ně svou vlastní akreditací (tento výklad je z hlediska právního „na hraně“, nicméně jediným možným řešením k realizaci praxí ve stávající podobě). Z důvodu nejasností pracujeme intenzivně na dohodě s MZČR a úpravě vzdělávacího programu, jako nevyhnutelná se jeví i úprava zákona č. 95/2004 Sb. a kmenové vyhlášky tak, aby bylo dosaženo kýžené provázanosti.

Průběh specializační přípravy, role školitele, akreditace – nejčastější chyby a dotazy

Specializační příprava je ve všech oborech členěna do **30měsíčního základního kmene a vlastního specializovaného výcviku (VSV)**, jehož délka se pro jednotlivé obory liší. Prvním předpokladem pro zahájení školení je **zařazení do oboru**, a to cestou elektronické aplikace MZČR (EZP). V současné době je ale stále nutné žádost poté vytisknout a v listinné podobě zaslat v případě VPL na IPVZ. Při zařazení si školencem volí mezi základním kmenem VPL (od počátku více směřován do oboru VPL) a základním interním kmenem (v případě zařazení do obou VPL se jedná o interní kmen b)). Pro všechny lékaře zařazené do oboru po 1. 7. 2017 platí vzdělávací program 2018. **Postup do VSV je možný po dokončení všech praxí a kurzů povinných ve kmeni** (Ize i ještě před absolvováním kmenové zkoušky, nelze ale stážovat kmen a VSV na přeskáčku). VSV je pro absolventy kmene VPL 6měsíční, pro absolventy základního interního kmene b) 12měsíční. Pro obor VPL definuje VP 2018 ještě 4 další cesty pro lékaře rekvalifikující se: po interním kmeni v oboru vnitřní lékařství (zkrácený VSV dle bodu 2.3 – 17 měsíců), po atestaci z vnitřního lékařství (dle bodu 2.4 – 12 měsíců), po atestaci v oboru ARO/urgentní medicína (dle bodu 2.5 – 14 měsíců) a po atestaci v oboru chirurgie s minimálně 5letou praxí, počítáno od atestace (2.6 – 16 měsíců). Zde je třeba upozornit, že **podrobný obsah praxí u zkrácených VSV je uveden t.č. pouze v logbooku, je proto nutné si jej na studijním oddělení IPVZ vyžádat!** Důležité je také neopomenout nutnost **absolvování všech povinných kurzů**. Platnost kurzů povinných ve kmeni bude dle sdělení MZČR neomezená – v plánu zveřejnění v prvním Věstníku MZ, který vyjde v roce 2024. Změna platnosti kurzů se ale netýká kurzů povinných ve VSV (ta je dána vzdělávacím programem pro daný obor). Navíc dle koncem roku 2023 katedře VPL podaného výkladu zákona č. 95/2004 Sb. MZČR platí, že kurzy i praxe

povinné ve VSV lze absolvovat až po ukončení všech stáží a kurzů ze kmene (složení zkoušky není nutnou podmínkou). V souladu s touto informací IPVZ navýší kapacitu kurzů tak, aby pokryla potřeby všech školenců. Kurzy absolvované dříve (do konce roku 2023) budou-li v době přihlášky platné, budou uznány, uvedený výklad budeme aplikovat pro lékaře absolvující tyto kurzy po 1. 1. 2024.

Pro lékaře, kteří se do oboru VPL rekvalifikují z jiných oborů, než bylo zmíněno výše, je po zařazení do oboru VPL nutné požádat IPVZ o uznání praxe absolvované před zařazením do oboru (žádost č. 16 na webu IPVZ). Lékaři, kteří absolvovali část praxe v zahraničí či na neakreditovaném pracovišti, musí požádat o uznání MZČR (lhůta pro vypořádání žádosti 90 dní). Na základě stanoviska se potom vzdělávají dle individuálně vypracovaného vzdělávacího plánu.

Z pohledu školitele VPL je zásadní udělení **akreditace** pro vzdělávací program, resp. jeho část, ve které se vzdělává školenc a dále uzavření pracovní smlouvy se školencem (vzdělávání probíhá dle zákona č. 95/2004 Sb. v pracovně právním poměru jako celodenní příprava). **Pro nově žádající o akreditaci doporučujeme usilovat o akreditaci pro všechny části vzdělávacího programu:** kmen VPL, interní kmen (celý! – tak aby bylo umožněno i stážování lékařů zařazených v interním kmeni v jiných oborech ve Vaší ordinaci) a VSV v oboru VPL.

Často diskutovaným tématem je **dohled/dozor**. Jedná se o termíny definované v zákoně č. 95/2004 Sb. Lékař před složením zkoušky po kmeni pracuje v režimu dohledu – tzn. atestovaný lékař se specializací VPL musí být trvale přítomen na pracovišti s fyzickou dostupností nejdéle do 15 minut. Po složení kmenové zkoušky v oboru VPL může školenc pracovat v režimu dohledu (fyzická přítomnost atestovaného VPL na pracovišti nejdéle do 30 minut, nepřetržitá telefonická dostupnost atestovaného VPL). Z pohledu ordinace VPL je zdravotnickým zařízením každá jednotlivá ordinace, v souladu se zákonem č. 95 tedy nelze zajistit dozor lékařem, který (byť by byl ve vedlejší ordinaci) ordinuje v jiném zdravotnickém zařízení. Ne zcela jednotný je právní výklad povinnosti dozoru/dohledu u lékařů rekvalifikujících se do oboru VPL bez absolvování kmene v oboru VPL. Striktně vzato by tito lékaři měli až do atestace pracovat pod dozorem (kmen mimo interní a VPL absolvovaný v jiném oboru není pro obor VPL relevantní), na základě § 4 odst. 4 bodu c) zákona 95/2004 Sb. je možné kompetence v režimu dohledu na školence delegovat – je třeba stanovit písemně, nejlépe přímo v pracovní smlouvě (s výjimkou posudkové činnosti, kterou může vykonávat jen lékař se specializovanou způsobilostí).

Zkoušky v oboru všeobecné praktické lékařství

V oboru VPL absolvuje školenc 2 zkoušky: **po ukončení vzdělávání v základním kmeni** (VPL, nebo interním) a **zkoušku atestační (skládající se z části praktické a části teoretické)**. Podmínky konání zkoušek upřesňuje vyhláška č. 282/2019 Sb. Přihlášku ke kmenové i atestační zkoušce na daný termín (uvádějí se týdny dle termínů vyvěšených vždy v lednu na celý rok na webu MZČR i IPVZ) je třeba vyplnit v aplikaci EZP, opatřit všemi přílohami a **zaslat na IPVZ nejpozději 60 dnů před preferovaným termínem. V těchto 60 dnech již není možné si doplnit žádnou praxi, ani absolvovat povinný kurz, podmínky musí být splněny do data odeslání přihlášky ke zkoušce.** Postup při kontrole přihlášky upřesňuje metodický pokyn uveřejněný na webu IPVZ (3). Do přihlášky k atestační zkoušce již, prosím, nevyplňujte stáže ze kmene, stačí přiložit certifikát po ukončení vzdělávání v základním kmeni. Stejně tak, máte-li vypracované individuální stanovisko IPVZ, či MZ, stáže v něm uznané není třeba znovu vypisovat do řádků v přihlášce. Jednotlivé praxe prosím uvádějte chronologicky tak, aby se nekryly. Celý úvazek 1,0 znamená 40 hodin týdně, bez ohledu na to, zda ordinační doba byla kratší. Je třeba také uvést přehled všech absolvovaných kurzů. Pokud při vyplňování přihlášky uděláte chybu, není nutné vše znovu přepisovat, vytiskněte přihlášku a ručně opravte a opatřete podpisem svým + Vašeho školitele. Pokud je v přihlášce formální chyba, ozve se Vám z katedry zpět, do termínu atestační zkoušky ji můžete napravit a opravené potvrzení zaslat na katedru, nejlépe elektronicky (např. datovou schránkou). Pokud by ale část praxe či povinný kurzy chyběly, budeme Vás též informovat, v tom případě bude nutné si vzdělávání doplnit a poté zaslat novou přihlášku ke zkoušce, ve které již ale doložíte jen chybějící doplněnou praxi či kurz. **Pokud nevoláme, znamená to tedy, že přihláška je v pořádku a nejpozději 30 dnů před termínem kmenové zkoušky či teoretické části atestační zkoušky dostanete pozvánku.** Praktická část atestační zkoušky probíhá před termínem teoretické části v akreditované ordinaci komisaře v oboru VPL (přítomen min. 1 komisař + přísedící). V případě neúspěchu je možné kmenovou zkoušku opakovat maximálně 3x (nejdříve za 6 měsíců), jakoukoliv část atestační zkoušky maximálně 2x (nejdříve za 12 měsíců). V případě úspěšného složení praktické části atestační zkoušky je tato platná po dobu 2 let. Kmenová zkouška je spíše problémově a prakticky orientovaná (řešení konkrétních klinických situací, důraz na diferenciální diagnostiku, **interpretaci EKG křivky** a výsledků laboratorního vyšetření), atestační zkouška pokrývá svým rozsahem vše, čím se praktický lékař ve

své praxi zabývá – jsou zkoušeny jak teoretické znalosti, tak i znalost praktických doporučených postupů a jejich aplikace. Seznam komisařů schválených MZČR a otázek ke zkouškám je uveden na webu MZČR i IPVZ. Omluvu ze zkoušky je třeba zaslat písemně (výjimečně ze závažných důvodů i zpětně, nejpozději do 5 dnů), v tom případě je uchazeč pozván na nejbližší a z organizačních důvodů možný termín. Těsně před konáním zkoušky (ještě před tažením otázek) má uchazeč právo od zkoušky odstoupit, v tom případě se pokus nepočítá jako neúspěšný. Upozorňujeme, že není-li v ordinaci školitele dostupné EKG, je nutné, aby se základní hodnocení a praktické využití naučil žkolenec v jiném zdravotnickém zařízení, kam bude akreditovaným školitelem vyslán.

Financování specializačního vzdělávání

Specializační vzdělávání je od r. 2008 hrazeno pro část žkolenců z dotace MZČR formou tzv. **rezidenčních míst** (RM, cca ½, postupně narůstající podíl se zvyšujícím se počtem vypisovaných RM). Způsob rozdělení dotace a podmínky jejího udělení je každoročně definována Metodikou RM a vyvěšena vždy v lednu na webu MZČR. Pro rok 2023 bylo vypsáno 150 rezidenčních míst pro celé specializační vzdělávání (**dotační program č. 2**, obsazeno bylo celkem 137 míst), pro rok 2024 bylo vypsáno 140 míst (s celkovou výší dotace 1 800 000 Kč/1 RM při 36měsíčním výcviku, při odlišné délce se celková výše relativně krátí). Dále je vypsán **dotační program č. 1 určený pro financování vzdělávání lékařů pouze ve kmeni** (pro rok 2024 schváleno 10 000 Kč/měsíc/žkolenec). Uvedené dotace lze kombinovat s **dotacemi poskytovanými kraji**, doporučujeme se informovat u **krajských konzultantů pro školení** (4). Velmi problematickým je požadavek na celý úvazek zejména u lékařů rekvalifikujících se do oboru VPL z jiných oborů (lékaři se specializovanou způsobilostí nemají nárok na dotaci z RM). Z pohledu školitele VPL lze řešit určitou formou stabilizační dohody (která naopak není povolena u příjemců dotace z RM), ev. fakturováním poplatku za stáže samotnému žkolenci (nad rámec hodin skutečně odpracovaných v ordinaci VPL). Při částečném úvazku (nejméně 0,5, u rodičů dětí předškolního věku nejméně

0,2) se specializační vzdělávání náležitě prodlužuje (2x, resp. 5x). Na situaci dlouhodobě upozorňujeme a hledáme způsoby, jak finančně zatraaktivnit i školení rekvalifikujících se lékařů. Některé krajské dotace jsou poskytovány i rekvalifikujícím se lékařům do oboru VPL.

Cesta k modernímu vzdělávání

O změně ve vzdělávání lékařů se v poslední době bohužel více mluví, než činí. Lze ale konstatovat, že potřebné změny jsou „na spadnutí“, změna legislativy je nutná. Ještě mnohem důležitější se ale jeví změna přístupu ke vzdělávání se zaměřením na tzv. kompetenční vzdělávání, tedy osvojování si praktických dovedností a učení teoretických znalostí se zaměřením na reálné uplatnění v praxi praktického lékaře. Nové metody školení s sebou nesou i nutnou změnu způsobu ověřování znalostí a dovedností budoucích praktických lékařů. V oboru VPL je hlavním cílem vychovat praktického lékaře, který bude schopen samostatně poskytovat péči svým pacientům v plném rozsahu a v souladu s klíčovými hodnotami v oboru VPL definovanými Evropskou organizací všeobecných praktických a rodinných lékařů (WONCA, 5). Držme si na této cestě palce a body pro ty, kteří se vzdělávání aktivně účastní, ať už jako žkolenci, nebo žkolitelé!

Pozvánky

- Kurzy katedry VPL IPVZ: <https://www.ipvz.cz/o-ipvz/kontakty/pedagogicka-pracoviste/vseobecne-prakticke-lekarstvi/vzdelavaci-akce>
- Webinář pro žadatele o rezidenční místa IPVZ – otázky a odpovědi: <https://www.ipvz.cz/vzdelavaci-akce/60780-webinar-odborny-webinar-skolitelu-otazky-a-odpovedi-k-rezidencnim-mistum>
- Seminář pro školitele VPL (WS): Kongres primární péče, 22. 3. 2024, doporučujeme účast všem žkolitelům: <https://mhconsulting.cz/kongres/210-18-kongres-primarni-pecce-2024-22-23-brezna-2024/obecne-informace>

Zdroje:

1. Bezdíčková L, Urbančíková J, Šimůnková M. Specializační příprava v oboru všeobecné praktické lékařství. Medical Tribune: 3/2022
2. Přehled legislativy – vzdělávání v oboru všeobecné praktické lékařství, web katedry VPL IPVZ. <https://www.ipvz.cz/o-ipvz/kontakty/pedagogicka-pracoviste/vseobecne-prakticke-lekarstvi/vzdelavaci-programy>
3. Metodický pokyn upravující postup při zpracování přihlášek ke zkouškám v oboru všeobecné praktické lékařství. <https://www.ipvz.cz/o-ipvz/kontakty/pedagogicka-pracoviste/vseobecne-prakticke-lekarstvi/metodicky-pokyn-upravujici-postup-pri-zpracovani-prihlasek-ke-zkouskam-v-oboru-vseobecne-prakticke-lekarstvi>

4. Krajský konzultant pro školení SVL ČLS JEP. <https://www.svl.cz/konzultanti/kontakty-na-krajske-konzultanty/>
5. WONCA – Core Values and Principles of General Medicine/Family Practice. <https://www.woncaeurope.org/file/6bb0f804-c025-4bf3-b970-0e5bd-4b4872d/ANNEX%203.pdf>

Informace k Metodice rezidenčních míst 2024

Vážení školitelé,
dovolujeme si upozornit, že na webu MZČR byla zveřejněna Výzva a Metodika pro žadatele o dotaci ze státního rozpočtu na rezidenční místo pro rok 2024 a formuláře žádostí o poskytnutí dotace pro rok 2024 – specializační vzdělávání lékařů <https://www.mzcr.cz/vyzva-a-metodika-pro-zadatele-o-dotaci-ze-statniho-rozpoctu-na-rezidencni-misto-pro-rok-2024-a-formulare-zadosti-o-poskytnuti-dotace-pro-rok-2024-specializacni-vzdelavani-lekaru/>.

Letos bude pro VPL vypsáno celkem 140 rezidenčních míst, schválená výše dotace na jedno RM je 1.800.000 Kč při standardní 36měsíční specializační přípravě, viz: <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2023/12/9-Program-c.-2-CSV-Vyse-dotace-na-vybrane-obory-1.pdf>. Pro obor VPL se akreditační komise, SVL ČLS JEP i SPL snaží vyjednat bezplatné stáže ve všech fakultních nemocnicích.

Podmínky rozhodnutí o poskytnutí dotace naleznete zde: <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2023/12/1-VZOR-Podminek-Program-c.-2-CSV-2024-2.pdf>.

Pro obor VPL jsou relevantní následující přílohy, které umožní akreditační komisi pro obor VPL lépe posoudit jednotlivé žádosti:

7a_VPL_Dotaznik-pro-hodnoceni_RM-2024: https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2023/12/7a-VPL-Dotaznik-pro-hodnoceni_RM-2024.pdf

7b_VPL_Hodnoceni_zadosti: <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2023/12/7b-VPL-Hodnoceni.pdf>

7c_VPL_cestne-prohlaseni-uchazece: <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2023/12/7c-VPL-Cestne-prohlaseni-uchazece.pdf>

Manuál k vyplnění žádosti: <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2023/12/8-Manual-k-vyplneni-online-Zadosti-na-CSV-1.pdf>

Formulář pro vyplnění online žádosti: <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2023/12/10-Program-c.-2-CSV-Formulare-pro-online-Zadost.xlsx>.

Termín pro odeslání žádostí je do 15. 3. 2024.

Preferovaným způsobem komunikace je datová schránka: IPVZ (ID datové schránky: cf2uiwg) a MZ (ID datové schránky: pv8aaxd).

MZČR za účelem zvýšení informovanosti organizuje seminář pro žadatele o RM 7. 2. 2024, přihlásit se lze do 1. 2. 2024 (webinář i prezenční účast) - <https://www.mzcr.cz/seminar-pro-zadatele-o-dotace-na-rezidencni-mista-lekaru-2024/>. Přihlášky zasílejte e-mailem na rezidencnimista@mzcr.cz.

Seminář pro školitele v oboru všeobecné praktické lékařství se uskuteční v nejbližším termínu na Kongresu primární péče 22. 3. 2024, webinář katedry VPL pro žadatele o rezidenční místa pořádaný IPVZ 1. 3. 2024 – přihlášení možno zde: <https://www.ipvz.cz/vzdelavaci-akce/60780-webinar-odborny-webinar-skolitelu-otazky-a-odpovedi-k-rezidencnim-mistum>.

Upozorňujeme, že mimo výše uvedený dotační program č. 2 je vypsán ještě dotační program č. 1 <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2023/12/Metodika-RM-2024-Program-c.-1-kmen.pdf> určený pro čerpání dotace na vzdělávání lékařů pouze v základním kmeni – lze požádat kdykoliv během roku pro konkrétního školence, kterého zaměstnáte. Částka na 1 RM je ale celkově nižší (10.000 Kč na 1 rezidenta).

Dotace z rezidenčních míst lze kombinovat s dotacemi některých krajů – prosím, informujte se u krajského zástupce pro školení, viz: <https://www.svl.cz/konzultanti/kontakty-na-krajske-konzultanty/>.

Se srdečným pozdravem, za akreditační komisi v oboru VPL,

MUDr. Ludmila Bezdíčková
Vedoucí katedry všeobecného praktického lékařství,
IPVZ, Praha
Praha, 13. 1. 2024



Výzva – kazuistická sekce na Jarní interaktivní konferenci 2024

Vážení kolegové, zveřejňujeme výzvu k zasílání abstrakt
pro nově naplánovanou **kazuistickou sekci**
na Jarní interaktivní konferenci ČLS JEP (17.-19.5.2024).

1 kazustika = 1 slide 5 minut prezentace + 5 minut diskuze

Abstrakta (doporučeno max. 250 slov) posílejte přes
stránky konference <https://www.jik-svl.cz/abstrakta/>
a na adresu ludmila.bezdickova@ipvz.cz do 4.3. 2024.

Obsahem může být jakákoliv zajímavá kazuistika z praxe všeobecného praktického lékaře.

Těšíme se na Vaši účast!

Vítány jsou i příspěvky školenců a studentů LF se zájmem o obor VPL.

Nové dotační tituly Ústeckého kraje pro podporu primární péče v roce 2024



MUDr. Martina Pokorná, Ph.D.

Krajská zástupkyně pro školení Ústeckého kraje
Ordinace praktického lékaře pro dospělé v Ludvíkovicích

Počátkem ledna 2024 byly vyhlášeny Ústeckým krajem nové dotační tituly na základě 25. zasedání Zastupitelstva Ústeckého kraje, konaného dne 11. 12. 2023, zaměřené na podporu dostupnosti primární péče, podporu akreditace poskytovatelů zdravotních služeb primární péče, podporu rezidenčních míst pro lékařské obory a stipendijní programy pro studenty lékařských a nelékařských zdravotnických oborů.

Následující informace se týká nově schválených dotačních titulů Ústeckého kraje:

I. podpora dostupnosti primární péče

Podpora dostupnosti primární péče v Ústeckém kraji: Programové dotace - Regionální podpůrný fond Ústeckého kraje: Ústecký kraj (kr-ustecky.cz)

Cílem programu je zajištění dostupnosti poskytování hrazených zdravotních služeb pro obyvatele Ústeckého kraje v definovaných oborech primární zdravotní péče na předem definovaných místech v Ústeckém kraji.

Předmětem dotace je finanční příspěvek členěný na motivační bonus pro nového lékaře a příspěvek na úhradu nákladů spojených s pořízením a materiálně-technickým vybavením zdravotnického zařízení poskytovatele zdravotních služeb, a jeho provozem.

- Okruh 1 – podpora příchodu lékařů oboru VPL. Motivační bonus pro nového lékaře – maximální výše dotace může dosáhnout včetně motivačního bonusu výše 1.300.000 Kč při poskytování zdravotní služby v příslušném oboru zdravotní péče na území obce do 20 tis. obyvatel (z toho bonus 800.000 Kč), 1.000.000 Kč při poskytování zdravotní služby v příslušném oboru zdravotní péče na území obce nad 20 tis. obyvatel (z toho bonus 600.000 Kč). Příjemci dotace může být v případě, že doloží získání motivačního benefitu ze strany obce v místě poskytování zdravotních služeb (např.: podpory na úhradu nákladů spojených s bydlením, jako jsou hypoteční nebo obdobný úvěr na bydlení, nájmem bytu nebo přímé náklady spojené s užíváním bytu, dále pak zvýhodněného nájmu

v bytových prostorech nebo zvýhodněného nájmu v nebytových prostorech obce určených pro provoz ordinace, dotace na zřízení, vybavení, modernizaci nebo provoz ordinace či jiné podpory), jednorázově navýšena dotace až o 200 tis. Kč, a to formou navýšené bonusové složky dotace.

- Okruh 2 – podpora zvýšení/posílení kapacity stávajícího poskytovatele zdravotních služeb primární ambulantní péče v oboru VPL, na předem definovaném místě na území Ústeckého kraje, ve smyslu zvýšení kapacity registrovaných pacientů. Maximální výše dotace může dosáhnout až 300.000 Kč ročně, po dobu 3 let dle výše nově uzavřeného úvazku, přičemž maximální výše dotace odpovídá úvazku v rozsahu 0,8.
- Okruh 3 – podpora rozšíření místní dostupnosti primární ambulantní péče v oboru VPL, na předem definovaném místě na území Ústeckého kraje, ve smyslu rozšíření počtu míst poskytování zdravotních služeb stávajícího poskytovatele zdravotních služeb. Maximální výše dotace může dosáhnout až 200.000 Kč ročně, po dobu 3 let.

Pro všechny uvedené Okruhy platí, že maximální podíl dotace kraje může dosáhnout až 100 % z celkových uznatelných nákladů zahrnutých v žádosti. Náklady projektu, na které je požadována dotace, nesmí být současně podporovány z jiných finančních zdrojů Ústeckého kraje.

II. podpora akreditace poskytovatelů zdravotních služeb v oblasti primární péče

Podpora akreditace poskytovatelů zdravotních služeb v oblasti primární péče: Programové dotace - Regionální podpůrný fond Ústeckého kraje: Ústecký kraj (kr-ustecky.cz)

Maximální výše dotace na jeden projekt je: a) v případě získání nové akreditace 30.000 Kč, b) v případě prodloužení akreditace 20.000 Kč. Platí od 1. 1. 2024.

III. podpora rezidenčních míst pro lékařské obory

Podpora rezidenčních míst pro lékařské obory: Programové dotace - Regionální podpůrný fond Ústeckého kraje: Ústecký kraj (kr-ustecky.cz)

Neinvestiční dotace určená na úhradu nákladů rezidenta nad rámec dotace z MZ a dalších nákladů souvisejících s jeho vzděláváním a na akreditovaného poskytovatele (školitele). Dotace na úhradu nákladů na rezidenta se dělí na část mzdových nákladů odpovídající výši 80 % a část dotace odpovídající výši 20 %, použitelné na úhradu výdajů nebo nákladů souvisejících s předmětem podpory, která nemusí být prokazována, a bude vyúčtována paušální částkou ze skutečně vyna-

ložených a prokázaných, poskytovatelem stanovených výdajů nebo nákladů. Dotace na úhradu nákladů akreditovaného poskytovatele (školitele) odpovídající částce 5.000 Kč, která nemusí být prokazována, a bude vyúčtována paušální částkou, jako pevná částka pokrývající část výdajů nebo nákladů.

Dotace na rezidenta ve výši 20.000 Kč na každý kalendářní měsíc, po který bude rezident prokazatelně vzděláván jako zaměstnanec akreditovaného poskytovatele. Dotace pro akreditovaného poskytovatele ve výši 5.000 Kč na každý kalendářní měsíc, po který bude rezident prokazatelně vzděláván jako zaměstnanec akreditovaného poskytovatele.

IV. stipendijní program pro studenty lékařských a nelékařských zdravotnických oborů - VYHLÁŠENÍ 2024

[Stipendijní program pro studenty lékařských a nelékařských zdravotnických oborů - VYHLÁŠENÍ 2024: Programové dotace - Regionální podpůrný fond Ústeckého kraje: Ústecký kraj \(kr-ustecky.cz\)](#)

Stipendium je stanoveno na částku 100.000 Kč na studovaný ročník studia. Stipendium lze získat i zpětně na

studium od 2. ročníku studia na lékařské fakultě oboru všeobecné lékařství nebo zubní lékařství v prezenční formě. Plnění závazku bude probíhat po získání specializované způsobilosti, tj. po vykonání atestační zkoušky. Plnění závazku bude probíhat v páteřní síti nemocnic Ústeckého kraje s celkovým souhrnným úvazkem 1,0 nebo u poskytovatele zdravotních služeb primární péče při úvazku 1,0 nebo jako poskytovatel zdravotních služeb primární péče s ordinační dobou minimálně 30 hod./týden. Při maximální částce 500.000 Kč se jedná o závazek při celkovém pracovním úvazku 1,0 na 50 měsíců. V případě lékaře musí být plnění závazku zahájeno do 7 let od ukončení studia.

Zdroj: Zdravotnictví: Programové dotace – Regionální podpůrný fond Ústeckého kraje. Ústecký kraj [online]. Ústí nad Labem: Ústecký kraj, 2024, 08. 01. 2024 [cit. 2024-01-08]. Dostupné z:

[Zdravotnictví: Programové dotace - Regionální podpůrný fond Ústeckého kraje: Ústecký kraj \(kr-ustecky.cz\)](#)

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

Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP v médiích v roce 2023

Rok 2023 přinesl mnohé události, které zasáhly jak lékařský svět, tak i celou společnost. Vyplývala z nich řada témat podstatných pro odborníky i pro širokou veřejnost, a dotkla se i témat důležitých pro praktické lékařství. I proto se Společnost všeobecného lékařství (SVL) ČLS JEP po celý rok snažila upozorňovat na klíčové otázky ohledně primární péče, ať už ve „svých řadách“ na odborných konferencích, nebo směrem k široké veřejnosti prostřednictvím mediálních aktivit.

Zástupci SVL se po celý rok vyjadřovali k aktuálnímu dění týkajícímu se zdravotnictví. Od epidemií respiračních onemocnění, kdy do ordinací praktických lékařů proudili zástupci pacientů s chřipkou, RS viry nebo covidem-19, až po průběžné výpadky některých základních léků, což lékařům značně komplikovalo péči o pacienty. Praktičtí lékaři z řad zástupců SVL přicházeli s návrhy řešení a jednotlivé situace opakovaně komentovali jak v rozhlasu a televizi, tak ve všech důležitých českých zpravodajských médiích, a to tištěných i online.

Na klíčová témata pro primární péči SVL upozornila také například v rámci květnové XVII. Jarní interaktivní konference, jež se konala v pražském Slovanském domě. Na ni se sjely stovky praktických lékařů z celého Česka. Jedním z diskutovaných témat zde bylo zaměstnávání lékařů, kteří uprchli před válkou z Ukrajiny. Média



zaujal tzv. Projekt Ukrajina, který vznikl v reakci na příliv ukrajinských uprchlíků, z nichž řada potřebovala zdravotní péči a mezi nimiž byli zároveň i zdravotníci. Téma v médiích hojně komentoval MUDr. Cyril Mucha, místopředseda SVL ČLS JEP a hlavní koordinátor projektu. Velké pozornosti médií se dostalo také tématu nedostatku praktických lékařů ve venkovských oblastech, na nějž SVL dlouhodobě upozorňuje. Ústy MUDr. Davida Halaty, vedoucího Pracovní skupiny venkovského lékařství SVL ČLS JEP, pak poukázala na to, že přístup, jakým způsobem kraje a další zapojené instituce motivují mladé lékaře k přesunu na venkov, není funkční a je třeba se zamyslet nad jeho úpravou. Své tvrzení podpořil konkrétními daty vycházejícími z průzkumu mezi mladými lékaři. „Podle něj až 54 % mladých praktických lékařů zvažuje práci na venkově, ovšem za správných podmínek pro jejich práci. Současné formy podpory se příliš nepotkávají s tím, co by lékaři považovali za atraktivní. Například místo jednorázového příspěvku na pořízení ordinace by spíše uvítali dlouhodobou podporu ve formě trvalé finanční bonifikace zdravotních pojišťoven za neatraktivitu venkova,“ vysvětlil MUDr. Halata v jedné z tiskových zpráv.

SVL také dlouhodobě upozorňuje na téma žen v medicíně, zejména pak problematiku jejich diskriminace a nedostatečné podpory jejich zaměstnávání. I to bylo jedním z nosných bodů jak Jarní interaktivní konference, tak XLII. Výroční konference Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP, která se konala na podzim v moderním prostředí zlínského Kongresového centra. Podle interního dotazníku SVL, který vyplnilo celkem 216 budoucích či stáva-



jících praktických lékařek, se více než 48 % z nich setkalo s diskriminací kvůli svému pohlaví. Jeho autorku MUDr. Kateřinu Javorskou také zajímalo například to, proč si její kolegyně obor vybraly a s jakými překážkami bojují.

„Překvapilo mě, kolik lékařek se setkalo s diskriminací kvůli svému pohlaví. Vyučující je už při studiích odrazují od určitých oborů, protože prý pro ženy nejsou vhodné. Typicky sem patří například chirurgie,“ komentovala MUDr. Javorská v tiskové zprávě. Celkem 70 % studentů, kteří nastupují na lékařské fakulty, přitom podle údajů Českého statistického úřadu tvoří ženy. Nadpoloviční většinu mají lékařky také v oboru praktického lékařství, kde jich je téměř 65 %, a tento podíl neustále roste. V kariérním růstu je podle MUDr. Javorské kromě diskriminace brzdí také nedostatečně flexibilní pracovní doba, kterou lze obtížně skloubit s rodičovstvím. Jedním z možných řešení, na které SVL upozorňuje, je větší využití částečných úvazků a sdružených praxí, kde se mohou lékařky střídát. V rámci zlínské konference zástupci SVL zvedli také téma psychických potíží žen po porodu a jakým způsobem mohou praktičtí lékaři v tomto ohledu pomoci. O tom na konferenci i v médiích hovořila MUDr. Jana Krzyžánková, praktická lékařka a členka SVL.



Dalším tématem diskutovaným v souvislosti s výroční konferencí byl problém kybernetické bezpečnosti, jenž se ordinací praktických lékařů a jejich pacientů taktéž dotýká. U praktického lékaře totiž běžně končí dokumentace nejen o léčbě, kterou pacienti sami poskytují, ale také záznamy od jiných specialistů, propouštěcí zprávy z nemocnic, výsledky testů a podobně. Tedy data té nejintimnější povahy. *„Ochrana dat v našich ordinacích vyžaduje komplexní soubor opatření, od správného nastavení zálohování přes antivirovou ochranu po školení samotných zaměstnanců, jak k podobným hrozbám přistupovat a jak jim nepodléhat. V dnešní době je to pro nás velmi palčivé a aktuální téma,“* komentoval v tiskové zprávě tuto problematiku doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSC., předseda SVL.

Dalšími důležitými tématy, o kterých v médiích zástupci SVL informovali, bylo například vzdělávání mladých lékařů a jak podpořit

jejich zájem o obor všeobecného lékařství, problematika antibiotické rezistence, důležitost očkování, jako hlavního pilíře prevence infekčních onemocnění, péče o pacienty s demencí v ordinacích praktických lékařů

nebo výhody diagnostických přístrojů (např. ultrazvuku či denzitometru) v ordinacích praktických lékařů. SVL se zapojila taktéž do boje s narůstajícím počtem lidí s nadváhou a obezitou, a to prostřednictvím spolupráce na nově připravovaném Národním programu pro prevenci a léčbu obezity. SVL o tom informovala prostřednictvím tiskové zprávy. Praktičtí lékaři v médiích hovořili i o obecnějších tématech, jako například o tom, jak se mají lidé chovat ve vedrech, která letos zasáhla i Českou republiku, nebo proč je důležitý zdravý životní styl a fyzická aktivita.

Díky těmto tématům a mnoha dalším se problematika primární péče a zástupci SVL v roce 2023 objevili ve stovkách výstupů v online médiích (Blesk.cz, iDNES.cz, Novinky.cz, Aktuálně.cz apod.), na stránkách novin (Hospodářské noviny, Právo, Mladá fronta DNES, Metro apod.), televizních obrazovkách (Česká televize, TV Nova, CNN Prima NEWS) nebo ve vysílání rádiových stanic (Český rozhlas, Impuls, Blaník apod.), stejně tak jako v odborných periodikách typu Medical Tribune či Medicína po promoci.



Diabetická retinopatie



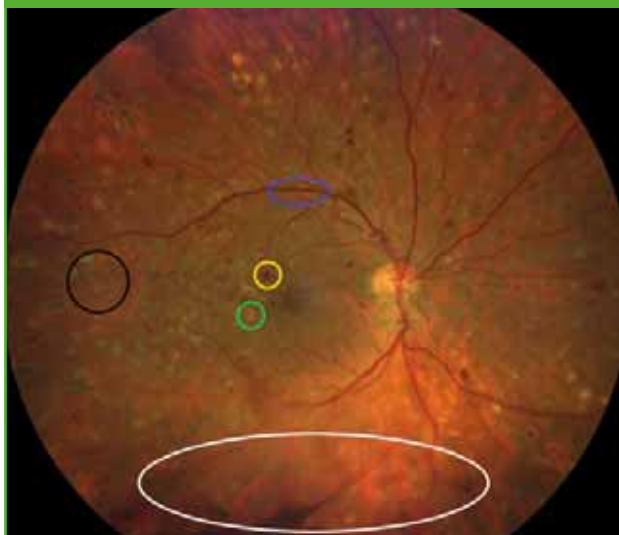
MUDr. Zdeněk Bombera
VISUS, spol s.r.o. Hradec Králové

Diabetická retinopatie (DR) je mikrovaskulární komplikací diabetes mellitus (DM) a řadí se mezi nejčastější komplikace tohoto onemocnění. Vzhledem k vysoké prevalenci DM se s DR setkáváme stále častěji, a celosvětově se proto řadí mezi nejčastější příčiny slepoty¹. Situace v Česku tento trend následuje a je proto nevyhnutelné, že se s pacienty s DM trpící nějakou formou DR setkává každý lékař.

Klinický nálezn a diagnostika

Diagnostika DR patří do rukou oftalmologa, který by měl nálezn vyhodnotit a nastavit a provést odpovídající terapii. Základem je odebrání celkové a oční anamnézy a zhodnocení výsledků laboratorních vyšetření včetně hodnot glykovaného hemoglobinu, kreatininu, celkového cholesterolu, hodnoty krevního tlaku. Oftalmolog vyšetří zrakovou ostrost, nitrooční tlak, přední

Obrázek popis: Proliferativní diabetická retinopatie, modře flebopatie, černě laserové stopy, žlutě intraretinální krvácení, zeleně tvrdé exsudace, bíle parciální hemoftalmustenze u 248 106 osob ze studie UK Biobank sledovaných 12 let⁸



segment oka a především vyšetří zadní segment oka biomikroskopicky v arteficiální mydriáze. Vyšetření v arteficiální mydriáze je nepřekročitelnou podmínkou správného vyšetření sítnice. Nedílnou součástí je dále využití barevné fotografie očního pozadí, provedení optické koherentní tomografie (OCT + OCT angiografie) a dle potřeby fluorescenční angiografie.

Očním nálezn DR dominuje nálezn na očním pozadí, kde nacházíme typický a dobře popsany obraz odpovídající různým stupňům diabetické retinopatie. Nacházíme abnormality odpovídající mikroangiopatickým změnám, a to: mitroaneurysmata, intraretinální krvácení, tvrdé či měkké exsudáty, cévní nepravidelnosti – flebopatii, intraretinální mikrovaskulární abnormality, otok sítnice, může dojít až k uzávěru cév sítnice a možnému výskytu neovaskularizací sítnice i jiných částí oka, které mohou vést až k závažným komplikacím jako je neovaskulární glaukom, hemoftalmus či trakční odchlípení sítnice.

Klasifikace diabetické retinopatie dle International Council of Ophthalmology

Klasifikace DR se historicky vyvíjela, podle toho jakým patologiím se přikládala jaká míra důležitosti, i nyní existuje několik klasifikačních systémů zohledňujících nálezn na očním pozadí. V současné době je nejpožívanější klasifikace dle International Council of Ophthalmology (ICO)², jež hodnotí výskyt neovaskularizací, krvácení, vaskulárních abnormalit, přítomnost makulárního edému. Dle toho rozlišujeme DR proliferativní a neproliferativní, které se dále stupňují dle pokročilosti a množství jednotlivých patologií. Dle klasifikace každého konkrétního nálezn se odvíjí jeho léčba a sledování.

Umělá inteligence

Vzhledem k výše zmíněnému se diagnostika DR jeví ideálním polem pro práci umělé inteligence (AI). Použitím nonmydriatické digitální funduskamery lze rychle a bez použití arteficiální mydriázy zhotovit barevný snímek očního pozadí takové kvality, že je ho možné nechat zpracovat AI, a získat tak velmi rychle u velkého množství pacientů validní data na základě kterých AI vyhodnotí, zda je přítomna DR a orientačně posoudí její tíži. Tento postup se proto jeví jako výhodný v plošném screeningu. Současné komerční systémy jsou schopny nabídnout poměrně vysokou senzitivitu i specifitu přesahující 90 %, která je dle výrobce srovnatelná s vyšetřením oftalmologem. V Česku byl tento systém nastaven tak, aby dané vyšetření mohl provádět ambulantní diabetolog, který je vybaven požadovaným technickým zázemím, výkon je hrazen z veřejného zdravotního pojištění. V praxi se zatím na

našem pracovišti setkáváme s nutností validovat výsledky vyšetření provedené AI v případě jejich pozitivitu. Vzhledem k tomu, že se zatím jedná o nový systém, který je v provozu teprve první rok (2023) je ještě brzy na jeho hodnocení.

Frekvence očních kontrol dle stadia diabetické retinopatie

Dle tíže DR dle ICO je doporučená minimální frekvence kontrol³, viz příložená tabulka. Z toho vyplývá, že každý diabetik by měl být jednou ročně vyšetřen a v případě nálezu jakékoli známky DR by měl být kontrolován alespoň jednou za půl roku, při nepřítomnosti DR by měl být kontrolován jednou ročně.

Tab. Frekvence očních kontrol dle stadia diabetické retinopatie

Klinické stadium DR	Minimální frekvence kontrol
žádná DR	1x ročně
mírná neproliferativní DR	6 měsíců
střední neproliferativní DR	3-4 měsíce
pokročilá neproliferativní DR	3-4 měsíce
proliferativní DR	1-3 měsíce
diabetický makulární edém	dle oftalmologa

Terapie diabetické retinopatie

Základním pilířem terapie DR je terapie základního onemocnění a dobrá compliance pacienta. Teprve na tomto mnohdy obtížně dosažitelném základě můžeme postavit oční terapii. Terapie DR a diabetického makulárního edému má několik základních modalit, kdy každá má své dané místo a indikace a velmi často je žádoucí jednotlivé druhy léčby kombinovat. Základní terapeutické možnosti jsou: laserová fotokoagulace sítnice, farmakologická terapie a chirurgická léčba².

Laserová fotokoagulace sítnice je zlatým standardem terapie DR. Jedná se o destruktivní metodu, při které se laserovým paprskem destrukuje ischemická tkáň sítnice za účelem snížení produkce angiogenních faktorů a zlepšení prokrvení zbylé vitální sítnice. Provádí se zpravidla v několika sezeních a většinou jí předchází vyšetření fluorescenční angiografií. Je to jedna z prvních metod léčby, která ale neztrácí na aktuálnosti a je základem další kombinované terapie.

Farmakologická terapie blokátory růstového faktoru endotelu (anti VEGF) či depotním kortikoidem je nověj-

ší léčebnou metodou v Česku prováděnou v centrech věnujících se této problematice. Většinou se jedná o centra při očních klinikách fakultních nemocnic, síť center se ale rozrůstá i o okresní či soukromá pracoviště. Léčivo se aplikuje intravitreálně za sterilních podmínek a má přesně stanovená indikační kritéria a aplikační schémata. Mezi jednotlivými preparáty se aplikační schéma liší, ale vždy začínáme s kratšími aplikačními intervaly, zpravidla 4 týdny mezi aplikacemi, které můžeme dle aplikačního protokolu a nálezu na sítnici postupně prodlužovat. V případě blokátoru VEGF se můžeme dostat na několikaměsíční aplikační intervaly, u depotního kortikoidu provádíme většinou jednu aplikaci za půl roku. Mezi indikační kritéria pro zahájení anti VEGF terapie u diabetického makulárního edému v současné době patří: hladina glykovaného hemoglobinu (nyní do 70 mmol/mol), TK nižší než 140/90 mmHg, diabetická nefropatie s hladinou sérového kreatininu nižší než 180 mikromol/l a doporučená hladina celkového cholesterolu je nižší než 4,8 mmol/l, vylučujícím kritériem je stav po iktu. Další oční indikační kritéria posuzuje oftalmolog (zraková ostrost, trvání diabetického makulárního edému a další). Začátkem roku 2024 se chystá úprava těchto kritérií, v některých případech dojde k jejich zmírnění – to by se mělo týkat i požadované hladiny glykovaného hemoglobinu.

Chirurgická terapie má své místo v okamžiku, kdy nedostačuje laserová či farmakologická terapie. V těchto případech můžeme indikovat provedení chirurgického ošetření sítnice, a to provedení pars plana vitrektomie (PPV). PPV slouží k řešení komplikovanějších stavů, jako je hemoftalmus, trakční odchlípení sítnice, zároveň zlepšuje přístup kyslíku k sítnici a umožňuje ošetření periferie sítnice endolaserem.

Závěr

Je pravděpodobné, že pacientů s diabetickou retinopatií bude přibývat ruku v ruce s nárůstem prevalence diabetu. Proto je spolupráce oftalmologa s praktickým lékařem a diabetologem nezbytná pro včasnou diagnostiku, a především fungující terapii diabetické retinopatie. DR není možné uspokojivě léčit bez úzké spolupráce a vzájemná komunikace je mnohdy nevyhnutelná. Proto by měl oftalmolog vždy jasně sdělit, co a proč od praktického lékaře požaduje, ať už se jedná o kompenzaci hypertenze, diabetu, či výsledky laboratorních vyšetření, a na druhou stranu je pro pacienta zcela žádoucí a nezbytné, aby praktický lékař využíval možnosti, které moderní oftalmologie nabízí.

Literatura:

1. Yau JW, Rogers SL, Kawasaki R, et al. Global prevalence and major risk factors of diabetic retinopathy. *Diabetes Care*. 2012;35:556-64
2. Studnička J, Němčanský J, Stěpanov A, a kolektiv Sítnice, Komplexní přehled od anatomie k chirurgické léčbě, Grada Publishing, a.s., 2023

3. Wong TY, Sun J, Kawasaki R, Ruamviboonsuk P, et al. Guidelines on Diabetic Eye Care: The International Council of Ophthalmology Recommendations for Screening, Follow-up, Referral, and Treatment Based on Resource Settings. *Ophthalmology*. 2018;125:1608-22

Hypertenze ničí mozek – Jak tomu zabránit?



MUDr. Eva Kociánová, Ph.D.

1. interní klinika – kardiologická FN Olomouc

Hypertenze je významný rizikový faktor ireverzibilního poškození mozku a rozvoje demence

Opomíjeným orgánem ohroženým u pacientů s hypertenzí je mozek. Je dobře známo, že hypertenze je zásadním rizikovým faktorem pro výpočet skóre CHADs-VASc (odhad rizika CMP u osob s fibrilací síní) i HAS-BLED (odhad rizika velkého krvácení u osob s fibrilací síní). Nejen lékaři, ale i pacienti by měli vědět, že 54 % CMP je způsobeno hypertenzí a že přítomnost hypertenze zvyšuje riziko CMP 3–4x.¹ Znalost tohoto faktu by mohla pacienty motivovat k dodržování anti-hypertenzní léčby.

Hypertenzí vyvolané změny mozku jsou obzvláště závažné, protože jsou ireverzibilní. Nejde jen o důsledky ischemických či hemoragických CMP, ale také o subklinické mirkoinfarkty, lakunární léze a změny bílé a šedé hmoty.² V poslední době přibývá důkazů o souvislosti mezi hypertenzí a demencí. Na velkých souborech pacientů bylo doloženo, že hypertenze ve středním věku zvyšuje riziko vzniku demence o 61 %³ a že neléčená mírná až střední hypertenze ve věku 50–60 let zvyšuje riziko lézí bílé hmoty spojených s demencí.⁴ Demencí trpí 3 % dospělých ve věku 65–75 let, 17 % osob starších 75 let a 32 % seniorů nad 85 let. Subjektivní kognitivní poruchu (SCD – časný indikátor demence) uvádí 11,3 % dospělých starších 45 let z obecné populace, tj. s hypertenzí i bez hypertenze. Prevalence SCD stoupá od 4 % mezi dospělými bez rizikových faktorů až na 25 % u těch, kteří uvedli přítomnost více než 4 rizikových faktorů.⁵

Odhaduje se, že do roku 2050 se počet pacientů s demencí v ČR více než zdvojnásobí ze stávajících 180 000 na téměř 400 000. O demenci se proto začíná hovořit jako o epidemii. Bylo identifikováno 12 ovlivnitelných faktorů zvyšujících riziko demence. Zahrnují znečištěné životní prostředí, depresi, sociální izolaci, nízkou úroveň vzdělání, úrazy hlavy, nedoslýchavost, diabetes mellitus, inaktivitu, kouření, konzumaci alkoholu, obezitu a hypertenzi. Společně celosvětově

zapříčiňují 40 % všech případů demence.⁶ Polovina dospělé populace má přitom nejméně 1 z těchto rizikových faktorů.

Vyšší riziko demence hrozí při vzniku hypertenze v mladším věku

Kompenzace hypertenze by vzhledem k její vysoké prevalenci mohla mít významný příznivý vliv na výskyt demence v populaci. Antihypertenziva jsou široce dostupnou a využívanou třídou léků. Nabízí se otázka, zda je v ČR nějaká skupina populace diskriminovaná v přístupu k antihypertenzivům. Touto skupinou jsou zřejmě pacienti mladšího věku, u nichž je léčba hypertenze mnohdy odkládána. Je třeba si uvědomit, že hypertenze v mládí není benigní a její léčba by měla být zahájena hned.

Studie CARDIA, do které bylo zařazeno 2680 osob ve věku 18–30 let, sledovala poškození cílových orgánů (hypertrofie levé komory, kalcifikace v koronárním řečišti, albuminurie, diastolická dysfunkce levé komory) v závislosti na věku vzniku hypertenze. Pacienti byli sledováni 30 let (od roku 1985/1986) a podstoupili nejméně 8 měření krevního tlaku. Ve věku 50 let měla polovina jedinců s hypertenzí poškozen nejméně 1 cílový orgán. Čím byl nástup hypertenze časnější, tím byl průměrný počet poškozených cílových orgánů vyšší, což lze vysvětlit dobou expozice cév vysokému krevnímu tlaku. Tato studie také ukázala, že výkon v kognitivních testech je v 55 letech nepřímo úměrný délce trvání hypertenze.

Studie UK Biobank zahrnující přes 22 000 jedinců ukázala, že hypertenze v mládí urychluje atrofii mozku a zvyšuje riziko demence ve stáří.⁸ U osob, u nichž se rozvinula hypertenze před 35. rokem nebo mezi 35.–45. rokem věku, bylo zjištěno větší riziko demence v stáří, zejm. vaskulárního typu.⁸ Nedávná studie také ukázala, že již krevní tlak >120/80 mm Hg ve věku 19–40 let je spojen s redukcí objemu šedé hmoty v oblasti frontálního laloku, parietálního laloku, thalamu, hipocampu a amygdaly.⁹

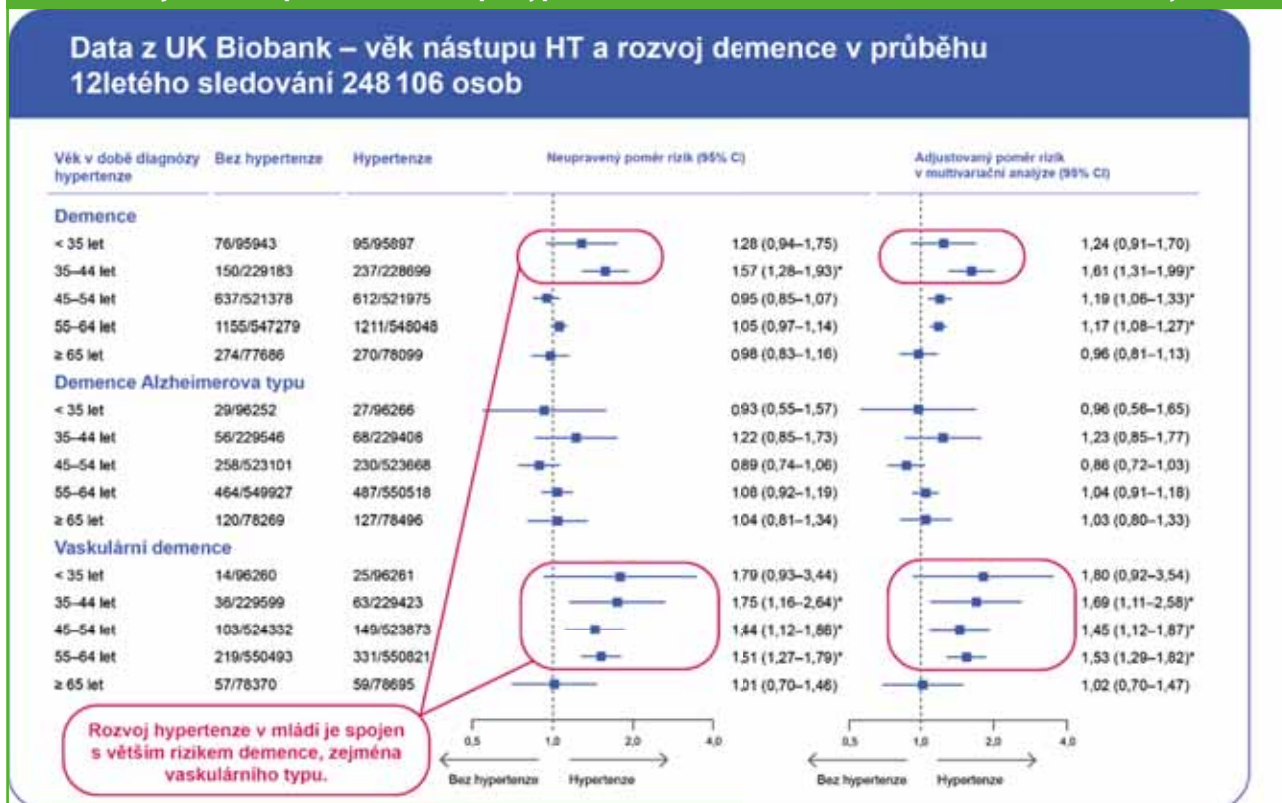
Léčba hypertenze snižuje riziko demence

Hypotéza, že farmakologická kompenzace hypertenze může snižovat riziko rozvoje demence byla již široce doložena. Metaanalýza 14 randomizovaných kontrolovaných studií zahrnujících 96 158 pacientů s délkou sledování 49 měsíců prokázala, že antihypertenziva snižují u pacientů s hypertenzí riziko kognitivního deficitu a demence až o 20 %.¹⁰ Největší přínos byl prokázán u pacientů s lehkou hypertenzí před 60. rokem věku.¹¹

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

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

Obr. 1. Rozvoj demence podle věku nástupu hypertenze u 248 106 osob ze studie UK Biobank sledovaných 12 let⁸



Mezi lékaři existují obavy o poškození mozku hypoperfuzí při přílišném snížení krevního tlaku. Důkazy ale svědčí pro pravý opak a ukazují, že intenzivní kompenzace TK je spojena s lepšími výsledky než standardní kompenzace TK. U 449 pacientů s hypertenzí ve studii SPRINT, kteří byli randomizováni k intenzivní (cílová hodnota STK <120 mm Hg) nebo standardní (cílová hodnota STK <140 mm Hg) kompenzaci TK a sledování 3,5 roku, byla zjištěna významně menší progresse změn bílé hmoty ve skupině s intenzivní kompenzací TK. Riziko demence se progresivně snižuje až k dosažení STK 100 mm Hg.¹¹ Proto není třeba se nadměrného snížení TK obávat.

Doporučení pro léčbu hypertenze nabádají k intenzivní a rychlé kompenzaci krevního tlaku

Tomu odpovídají i současné doporučené cílové hodnoty TK u pacientů s hypertenzí, kteří dobře tolerují léčbu: 120–129/70–79 mm Hg do 79 let věku, 130–139/70–79 mm Hg u starších pacientů. Při 24hodinovém monitorování TK je doporučenou průměrnou hodnotou STK 120 mm Hg.¹³ Tato doporučení Evropské společnosti pro léčbu hypertenze (ESH) by se měla promítnout do klinické praxe.

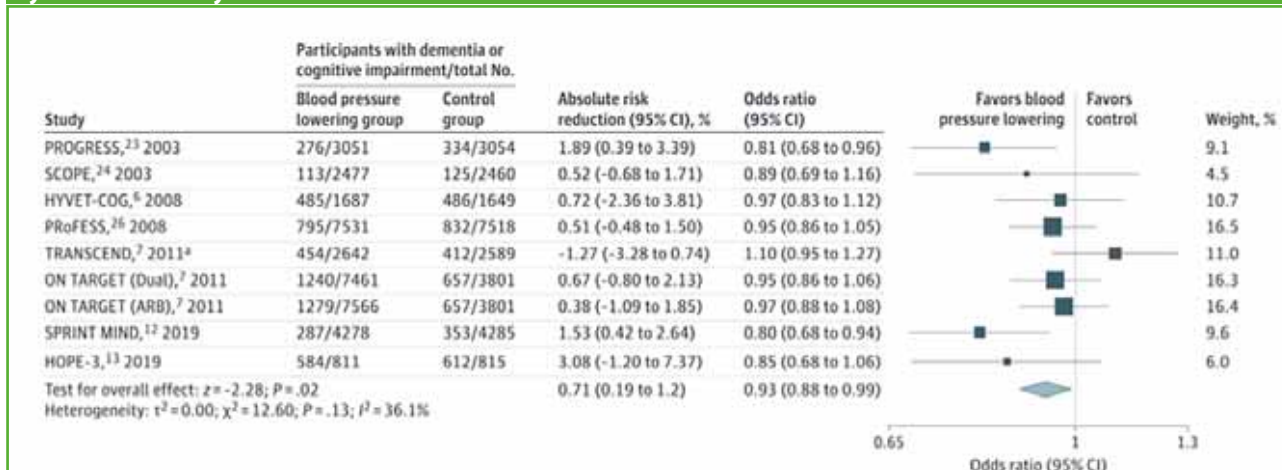
Z výše uvedených 12 rizikových faktorů demence představuje kompenzace hypertenze jedinou známou a prokazatelně účinnou medikamentózní prevencí demence.

WHO s výhledem epidemie demence vydala dokument obsahující doporučené intervence v prevenci demence na úrovni populace a jednotlivců. Tři body se týkají kompenzace TK:

- je třeba uplatňovat co nejučinnější zdravotně preventivní opatření k redukci rizika hypertenze,
- dosáhnout TK pod 130 mm Hg u všech dospělých osob, zvláště u osob ve středním a mladším věku a
- dosáhnout cílové hodnoty TK do 3 měsíců od stanovení diagnózy hypertenze, zvláště u mladých osob.⁶

Algoritmus léčby hypertenze podle doporučení ESH z roku 2023 zůstává nezměněn. V 1. kroku je u většiny pacientů doporučena dvojkombinace antihypertenziv (inhibitor RAAS + blokátor Ca kanálu nebo diuretikum) s titrací k plné dávce podle tolerance. S touto léčbou je dosahováno kompenzace TK u 60 % léčených. Ve 2. kroku je doporučena trojkombinace inhibitor RAAS + blokátor Ca kanálu + diuretikum, opět s titrací k nejvyšší tolerované dávce, přičemž podíl kompenzovaných pacientů

Obr. 2. Pokles rizika demence při léčbě antihypertenzivy u pacientů s hypertenzí – metaanalýza 14 randomizovaných kontrolovaných studií.¹⁰



s touto léčbou dosahuje 90 %. Pouze asi 5 % pacientů má skutečně farmakorezistentní hypertenzi a je třeba je odeslat do centra ke specializované péči.¹³ V multicentrické observační studii TRICOLOR zahrnující 1247 ambulantních pacientů s nekompenzovanou hypertenzí v běžné klinické praxi bylo cílového TK <140/90 mm Hg dosaženo po 3 měsících u 93,3 % pacientů léčených fixní trojkombinací amlodipin/indapamid/perindopril.¹⁴

Závěr

Nepříznivý dopad hypertenze na mozek je nevratný a začíná se vznikem hypertenze již v mladém věku. Čas nástupu hypertenze je pro zdraví mozku zásadní. Hypertenze, která vzniká v mládí, je spojena s horší prognózou z hlediska rizika demence, než hypertenze s nástupem v pozdním věku. Je to dáno delší dobou expozice cév nepříznivému působení vysokého TK. Včasná a intenzivní léčba hypertenze může vznik a progresi nepříznivých změn v mozkové tkáni zastavit, zvláště u pacientů do 70 let věku.

Literatura:

- Madsen TE, Howard G, Kleindorfer DO, et al. Sex Differences in Hypertension and Stroke Risk in the REGARDS Study: A Longitudinal Cohort Study. *Hypertension*. 2019 Oct; 74(4): 749-755.
- Wohlfahrt P. Časná kompenzace hypertenze aneb jak se dostat tam, odkud není cesty zpět. *Med. praxi* 2022;19(5): 385-390.
- Barnes DE, Yaffe K. The projected effect of risk factor reduction on Alzheimer's disease prevalence. *Lancet Neurol*. 2011 Sep; 10(9): 819-828.
- Melgarejo J, Vernooij MW, Ikram MA, et al. Intracranial carotid arteriosclerosis mediates the association between blood pressure and cerebral small vessel disease: the Rotterdam Study. Prezentováno na kongresu ESC 2022 v Barceloně.
- Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS). Dostupné na: <https://www.cdc.gov/brfss/index.html>
- Livingston G, Huntley J, Sommerlad A, et al. Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. *Lancet*. 2020 Aug 8; 396(10248): 413-446.
- Suvila K, McCabe EL, Lehtonen A, et al. Early Onset Hypertension Is Associated With Hypertensive End-Organ Damage Already by MidLife. *Hypertension*. 2019 Aug; 74(2): 305-312.
- Shang X, Hill E, Zhu Z, et al. The Association of Age at Diagnosis of Hypertension With Brain Structure and Incident Dementia in the UK Biobank. *Hypertension*. 2021 Nov; 78(5): 1463-1474.
- Schaare HL, Kharabian Masouleh S, Beyer F, et al. Association of peripheral blood pressure with gray matter volume in 19- to 40-year-old adults. *Neurology*. 2019 Feb 19; 92(8): e758-e773.
- Hughes D, Judge C, Murphy R, et al. Association of Blood Pressure Lowering With Incident Dementia or Cognitive Impairment: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA*. 2020 May 19; 323(19): 1934-1944.
- Peters R, Xu Y, Fitzgerald O, et al; Dementia risk REduCTion (DIRECT) collaboration. Blood pressure lowering and prevention of dementia: an individual patient data meta-analysis. *Eur Heart J*. 2022 Dec 21; 43(48): 4980-4990.
- SPRINT MIND Investigators for the SPRINT Research Group. Association of Intensive vs Standard Blood Pressure Control With Cerebral White Matter Lesions. *JAMA*. 2019 Aug 13; 322(6): 524-534.
- Mancia G, Kreutz R, Brunström M, et al. 2023 ESH Guidelines for the management of arterial hypertension The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension: Endorsed by the International Society of Hypertension (ISH) and the European Renal Association (ERA). *J Hypertens*. 2023 Dec 1; 41(12): 1874-2071.
- Logunova N, Khomitskaya Y, Karpov Y, et al. Antihypertensive effectiveness and tolerability of perindopril/indapamide/amlodipine triple single-pill combination in the treatment of patients with arterial hypertension (TRICOLOR). *J Hypertens*. 2021; 39: e373.

Diagnostika a léčba benigní hyperplázie prostaty



MUDr. Jiří Kladenský
UROINTEGRITAS s.r.o., Brno

Benigní hyperplazie prostaty (BPH) je onemocnění, které souvisí se stárnutím muže. Ačkoli toto onemocnění bezprostředně neohrožuje život pacienta, jeho klinická manifestace ve formě **symptomů dolních močových cest (LUTS – lower urinary tract symptoms)** výrazně snižuje kvalitu jeho života. Nárůst incidence se odhaduje ze 40 % u mužů ve věku mezi 50 a 60 lety na 90 % u mužů starších 80 let.

Etiologie

Histologicky je BPH definována jako zmnožení epiteliálních a stromálních buněk prostatické žlázy. Tato hyperplazie obvykle postihuje tzv. přechodnou zónu prostaty, která obepíná močovou trubici v hrdle a pod hrdlem močového měchýře. Zvětšení žlázy tak může snadno vyvolat benigní prostatickou obstrukci (BPO). Hyperplazie je stimulována zejména dihydrotestosteronem, který je prostřednictvím enzymu 5-alfa reduktázy konvertován z testosteronu (na principu inhibice této konverze je dnes založena řada léků na BPH).

Přesná příčina vzniku BPH není známa. Jedinými faktory, které skutečně souvisejí se vznikem onemocnění, jsou věk a hormonální stav pacienta (např. u eunuchů event. u mužů s agenezí varlat ke vzniku BPH nedojde ani ve vysokém věku). V současné době neexistuje žádný důkaz o tom, že by nadměrná sexuální aktivita nebo naopak její abstinence, kouření, nadměrná konzumace alkoholu, různé dietní návyky a zlovyky, vazektomie, obezita či jiné komorbidity (diabetes, hypertenze apod.) představovaly rizikové faktory pro vznik samotné BPH.

Klinické projevy,

kteří pacient vnímá nejčastěji, jsou mikční **symptomy dolních cest močových (LUTS)**, které je možno rozdělit na dvě skupiny: **obstrukční** (vyprazdňovací) a **iritační** (jímací). Mezi obstrukční příznaky patří opožděný nástup mikce, přerušovaný a slabý močový proud, prodloužená doba mikce a pocit nedokonalé vyprázdněného močového měchýře, což může v dalším průběhu vést až k močové retenci. Pro muže bývají

však větší zátěží iritační symptomy, mezi které patří: častá frekvence mikce, urgencye, které mohou vést až k urgentní inkontinenci a zejména nykturie (časté vstávání v noci z důvodu potřeby mikce). Prevalence LUTS narůstá úměrně s věkem. Nutno podotknout, že velikost potíží není úměrná velikosti prostatické žlázy, neboť je řada mužů s velkým objemem prostaty a minimálními potížemi a na druhé straně jsou muži, kteří mají menší velikost prostaty, ale subjektivní potíže mají velké (je to dáno mimo jiné tím, že velká prostata, která roste více do periferie a nekomprimuje prostatickou uretru, nepůsobí obstrukci, a naopak menší žláza může výrazně vytvářet obstrukci v hrdle močového měchýře). Dále pro úplnost je třeba uvést, že LUTS mohou mít i jiné příčiny než BPH. Např. hyperaktivitu detruzoru (OAB – overactive bladder), či naopak hypoaktivitu detruzoru, event. strukturální změny močového traktu (strikтура uretry, nádor moč. měchýře, neurogenní dysfunkce moč. měchýře aj.) Pro hodnocení závažnosti symptomů je pravděpodobně nejlepším způsobem užití validovaného skórovacího dotazníku. Dnes je v urologii nejvíce zažitý a používaný dotazník IPSS (International Prostate Symptom Score), jenž se stal mezinárodním standardem. Dotazník obsahuje 7 otázek, které jsou cíleně zaměřeny jak na obstrukční, tak iritační příznaky. Maximální skóre je 35 bodů, což znamená nejtěžší potíže, skóre 0-7 bodů pak naopak pouze lehké potíže. Hodnocení závažnosti symptomů pomocí **dotazníku IPSS** představuje důležitou součást úvodního vyšetření muže. Pomáhá při volbě vhodné léčby a při předpovědi a sledování efektu léčby.

Diagnostika

Základem diagnostiky BPH je jako u jiných onemocnění pečlivý odběr anamnézy, získání informací ohledně celkového zdravotního stavu pacienta, komorbiditách a užívané medicaci (řada léků, např. z oblasti psychiatrie, může negativně ovlivňovat mikční symptomy). Cílem diagnostiky je vyloučit jiné příčiny LUTS (strikтура uretry, karcinom moč. měchýře, cystolitiáza, hyperaktivní či hypoaktivní moč. měchýř apod.), posoudit závažnost onemocnění a zhodnotit riziko jeho progresu tak, aby byla zajištěna optimální léčba.

K základním vyšetřením patří **vyšetření moče chemicky a močového sedimentu**, zejména za účelem vyloučení uroinfekce, neboť LUTS se nevyskytuje pouze u pacientů s BPH, ale také u mužů s infekcí moč. cest (ať již mají souvislost s BPH nebo nikoliv) a dále minimálně u 25 % mužů s karcinomem moč. měchýře.

Z laboratorních metod je dále nezbytné **stanovení hladiny PSA** (u mužů nad 45-50 let) a **kreatininu v séru**. Pravděpodobnost výskytu karcinomu prosta-

ty úzce souvisí s hodnotou PSA v séru, při vyšších hodnotách je potřeba zvážit provedení biopsie prostaty k vyloučení event. přítomnosti karcinomu. Řadu let byla za horní hranici normální hladiny PSA považována hodnota 4 ng/ml, v poslední době však bylo zjištěno, že snížení prahové hodnoty PSA, při níž se doporučuje provedení biopsie prostaty u mladších mužů, mělo za následek vyšší záchyt karcinomů.

Stanovení hodnoty kreatininu v séru nám dodá informaci o funkci ledvin, neboť je známým faktem, že obstrukce výtoku z moč. měchýře způsobená BPH může vést ke vzniku hydronefrózy a následnému selhání ledvin.

Digitální rektální vyšetření (DRE): u pacientů s LUTS je provedení DRE důležité ze dvou důvodů. Za prvé může pomoci detekovat současně se vyskytující karcinom prostaty (je řada pacientů, u kterých hladina PSA je „v normě“, avšak DRE vyšetření může upozornit na suspektní karcinom), za druhé toto vyšetření zvyšuje schopnost odhadnout objem prostaty (i když v tomto ohledu je přesnější provedení ultrasonografie prostatické žlázy).

Sonografické vyšetření močového systému: zobrazení celých moč. cest včetně ledvin představuje nedílnou součást diagnostického vyšetření starších mužů s LUTS způsobenými BPH. Sonografie posuzuje stav ledvin a močového měchýře (jedná se o vyloučení nádorů, litiázy, divertiklů apod.), dále nám zobrazí velikost prostaty, tvar a ohraničení a zejména stanoví velikost postmikčního residua, které je u řady mužů s BPH přítomno. Pravidelné měření **postmikčního residua** u mužů s BPH, kteří podstupují medikamentózní léčbu, monitoruje efekt této léčby (progredující postmikční residuum u mužů s BPH často bývá předehrou k močové retenci, ze které mají tito muži oprávněně největší obavy). Přitom měření postmikčního residua představuje snadnou, rychlou, přesnou a zejména neinvazivní metodu vyšetření.

Měření průtoku moče: uroflowmetrie se doporučuje jako diagnostický test pro vyšetření pacientů s LUTS a představuje povinné vyšetření před operačním zákrokem. Jedná se o snadné neinvazivní vyšetření, které nás informuje o síle a intenzitě moč. proudu.

Nízký průtok moče však nemusí způsobovat pouze BPH, ale také striktura moč. trubice nebo hypoaktivní moč. měchýř, na což je potřeba myslet v dalším diagnostickém algoritmu.

Urodynamické vyšetření: toto již vysoce specializované vyšetření nám při nízké UFM a postmikčním residuu pomáhá identifikovat pacienty, u nichž může být malá

rychlost průtoku způsobena nízkým tlakem kontrakce detruzoru (tzv. hypoaktivní moč. měchýř)

Uretrocystoskopie: uretrocystoskopie představuje v urologii standardní diagnostickou metodu pro vyšetření dolních moč. cest (močová trubice, prostata, hrdlo moč. měchýře a moč. měchýř). Toto vyšetření umožňuje potvrdit obstrukci hrdla u BPH a zároveň vyloučit přítomnost jiných uropatií (striktura uretry, nádor, divertikl či trabekulizace moč. m., cystolitiáza, ureterokéla aj.)

Léčba

Cíl léčby BPH by měl spočívat ve zmírnění symptomů, zlepšení kvality života pacientů, prevenci progresu onemocnění a vzniku komplikací. Benefit léčby je třeba zvážit v kontextu potenciálních vedlejších účinků této léčby. V současné době lze dostupné terapie rozdělit do tří kategorií: **pozorné vyčkávání, medikamentózní terapie, operační léčba včetně minimálně invazivních technik.**

Pozorné sledování (watchful waiting)

jako způsob léčby v současné době uplatňujeme u řady pacientů s mírnými symptomy, u nichž je kvalita života ovlivněna jen minimálně nebo vůbec, a nepotřebují tedy farmakologickou léčbu. Součástí toho postupu je edukace pacienta, úprava životního stylu (snížení příjmu tekutin v určitou dobu - např. na noc, snížení příjmu alkoholu, kofeinu, dráždivých pokrmů) a zejména pokračování v dalším pravidelném sledování. U řady pacientů zůstanou symptomy stabilní řadu let, u některých se mohou potíže dokonce spontánně zlepšit, u některých dojde k progresi potíží, a u těch již zahájíme léčbu.

Medikamentózní terapie

V medikamentózní léčbě potíží spojených s BPH použijeme léčiva z několika farmakoterapeutických skupin s rozdílným mechanismem účinku, rozdílným farmakologickým profilem a mechanismem vzniku možných nežádoucích účinků. Při výběru vhodného léčiva je proto vždy třeba zhodnotit jak celkový stav pacienta, tak i další léky, které užívá, aby bylo minimalizováno riziko rozvoje možných nežádoucích účinků.

Fytopreparáty jsou léky první volby u nemocných s lehkým stupněm potíží LUTS. Jsou poměrně rozsáhlou skupinou medikamentů, užívanou již po staletí k léčbě BPH. Jsou definovány jako skupina léčiv, které pocházejí z extraktů rostlin. Jejich efekt byl zjištěn většinou na podkladě empirického pozorování a zkušeností a dodnes není jednoznačně prokázán přesný mechanismus jejich účinku. Fytopreparáty používané k léčbě BPH obsahují rostlinné extrakty, jichž je celá řada a ne

všechny doposud jsou přesně známy a definovány. Mezi prokázané patří triterpeny (zejména **beta-sitosterol**, lipozin a tokoferol), flavonoidy, fytoestrogeny, volné mastné kyseliny a rostlinné oleje. I když z medicínského pohledu nebyl zcela spolehlivě prokázán terapeutický efekt na BPH, obliba těchto preparátů jak v Evropě, tak v USA stoupá, jelikož tyto preparáty jsou volně prodejné, lehce dostupné a vzhledem k rostlinnému původu nemají prakticky žádné vedlejší účinky. Navíc v médiích je veřejnost prakticky nepřetržitě ovlivňována masivní reklamou (v USA se každoročně těchto preparátů prodá za více než 1,5 miliardy dolarů!).

Mezi hlavní rostliny, ze kterých se tato fytofarmaka vyrábí, patří:

Serenoa repens (Serenoa plazivá, Saw Palmetto Berry). Jedná se o druh trpasličí palmy rostoucí především na jihovýchodě USA. Plody této palmy užívaly již před 200 lety američtí indiáni při mikčních potížích. *Serenoa repens* obsahuje především fytoosteroly a flavonoidy.

Za nejúčinnější látku se považuje již zmíněný beta-sitosterol. Dle některých studií dochází při užívání této látky ke zlepšení průtoku moči a ústupu nykturií.

Pygeum africanum (africká slivoň). Botanicky se jedná o druh africké trpasličí palmy. Některé studie prokázaly při dlouhodobém užívání této látky zlepšení průtoku moče, snížení počtu nykturií a navíc se prokázalo zlepšení kontraktility detruzoru.

Z dalších tradičně užívaných a oblíbených rostlin při mikčních potížích způsobených BPH, které se používají k výrobě prostatických fytofarmak, možno ještě jmenovat: **Epilobium parviflorum** (vrbovka malokvětá) a **Urtica dioica** (kopřiva dvoudomá), **Cucurbita pepo** (semena tykve), **Echinacea purpurea** (třapatka nachová).

Antagonisté alfa-adrenergických receptorů

Aktivace alfa-adrenergických receptorů způsobuje kontrakci hladké svaloviny prostatické žlázy. Inhibice těchto receptorů proto vyvolá relaxaci hladké svaloviny v prostatě a zmenšení odporu výtoku (obstrukce). Účinek alfa-antagonistů nastupuje velmi rychle a pacientům přináší výraznou úlevu. V urologii máme celou řadu alfa-antagonistů, všechny mají srovnatelný účinek, vedlejší účinky (zejm. hypotenze) jsou však lépe snášeny u preparátů s postupným uvolňováním (Tamsulosin, Alfuzosin).

Tamsulosin – dnes ve světové urologii nejčastěji užívaný preparát pro léčbu BPH. Užívá se v dávce 0,4 mg denně, současné užívání antihypertenziv je bezpečné, u skupiny pacientů může způsobovat ejakulační dysfunkci (retrográdní ejakulaci). Vzhledem k tomu, že tamsulosin je spojen s nejnižší mírou výskytu kardio-

vaskulárních komplikací, představuje pro léčbu BPH lék první volby.

Alfuzosin – podává se v dávce 10 mg denně ve formě s postupným uvolňováním. Účinek je zcela srovnatelný s tamsulosinem.

Terazosin – podává se v dávce 5 nebo 10 mg denně, jeho medikace ve srovnání s tamsulosinem vede častěji k hypotenzi a závratím, zejména u starších mužů. Jeho preskripce v urologické praxi postupně klesá.

Doxazosin – podává se v dávce 4 nebo 8 mg denně, v léčbě BPH účinek srovnatelný s tamsulosinem, ale může výrazněji snižovat krevní tlak, zejména v kombinaci s užívanými dalšími antihypertenzivy. V samotné kardiologii se používá jako antihypertenzivum.

Silodosin – doporučená denní dávka činí 8 mg denně, jedná se o vysoce selektivního antagonistu adreno-receptoru alfa 1 A. Účinek nastupuje rychle, užívání silodosinu je spojeno poměrně častěji s ejakulační dysfunkcí.

Inhibitory 5-alfa reduktázy

Testosteron je v buňkách prostaty prostřednictvím enzymu 5-alfa reduktázy konvertován na **dihydrotestosteron** (DHT), který působením na prostatickou tkáň vyvolává BPH. Inhibitory 5-alfa reduktázy byly vyvinuty s cílem potlačit tvorbu DHT a tedy zastavit hyperplazii. V současné době jsou v urologii k dispozici dva preparáty: **finasterid**, který se užívá 5 mg denně, a **dutasterid** v užívání 0,5 mg denně. Při dlouhodobém užívání finasteridu i **dutasteridu** dochází k poklesu prostatické koncentrace DHT v prostatických buňkách a tento stav vede postupně k atrofii glandulárně-epiteliální komponenty tkáně prostaty, a tím ke zmenšování jejího objemu. Na rozdíl od antagonistů alfa-adrenergických receptorů, které přinášejí pacientům prakticky okamžitou úlevu, účinek inhibitorů 5-alfa reduktázy se projeví až za delší dobu.

V současné době jsou k dispozici pro léčbu BPH i tzv. kombinované preparáty, kdy jedna tableta obsahuje jak alfa-adrenergního antagonistu (Tamsulosin), tak inhibitor 5-alfa reduktázy (Dutasterid či Finasterid). Tím se účinnost léčby zvyšuje, neboť kombinace obou těchto přípravků vede k synergnímu ovlivnění rozvoje symptomů.

Z tzv. kombinovaných preparátů pro léčbu BPH možno ještě uvést fixní kombinaci alfa-adrenergního antagonisty (Tamsulosin) a solifenacinu v jedné tabletě, kdy **solifenacin** sice žádným způsobem nepůsobí na prostatickou tkáň, ale působí inhibičně na detruzor moč. měchýře, čímž snižuje frekvenci močení, zejména přes noc. Proto se tato kombinace používá u mužů s BPH, kteří trpí častějšími nykturiemi.

Operační léčba

Vzhledem k tomu, že medikamentózní léčba BPH u většiny pacientů představuje standardní způsob léčby, je dnes operační léčba indikována mnohem méně často. Operační přístup by měl být vyhrazen pro pacienty se závažnými symptomy - např. po opakované močové retenci, dále pro pacienty, kde selhala dosavadní medikamentózní léčba, nebo pro ty, kteří tento způsob léčby preferují.

Nejčastější a doposud nejvíce prováděnou operační metodou je monopolární nebo bipolární **transuretrální resekcce prostaty (TURP)**. K dalším metodám patří: transuretrální radiofrekvenční ablace pomocí jehly (TUNA), transuretrální termoterapie pomocí mikrovlkn (TUMT), fokusovaná ultrazvuková terapie o vysoké intenzitě (HIFU), operační metoda pomocí laseru – Holmium laser (HoLAP) nebo YAG laseru. V posledním období nabývá na oblibě novější minimálně invazivní metoda – tzv. technologie „Rezum“, která je založena na použití sterilní vodní páry, která je pod vysokým tlakem aplikována do prostatických laloků, kde působí ohraničené termické léze a výsledně potom zmenšení objemu prostatické tkáně.

I přes výčet výše uvedených technik a možností, jejichž výsledky jsou srovnatelné, zůstává nadále v operační léčbě BPH zlatým standardem transuretrální resekcce prostaty, dnes rutinně prováděná prakticky na všech lůžkových urologických pracovištích.

U prostaty velkého objemu (nad 80 gramů) zůstává metodou volby klasická otevřená prostatektomie, buď z transvezikálního nebo retropubického přístupu.

Závěr

BPH s provázejícími symptomy dolních močových cest je přirozeným průvodním jevem stárnoucí mužské populace. K zahájení terapie dochází, jakmile potíže pacienta, obstrukční či iritační, začnou ovlivňovat kvalitu života pacienta. Vzhledem k tomu, že karcinom prostaty je v současné době nejčastějším maligním onemocněním u starších mužů, je vhodné, aby muži nad 50 let podstoupili preventivní urologická vyšetření, kdy úkolem urologa by mělo být pokud možno vyloučit toto maligní onemocnění a při potížích ze strany BPH načasovat ve správný čas příslušnou léčbu.

HLEDÁME LÉKAŘE L2 - L3 PRO ORDINACI VPL

na částečný úvazek / flexibilní volba ordinačních hod.

DO ZRUČE NAD SÁZAVOU

KONTAKT:



+420 773 545 225



kariera@vseobecnylekar.cz



- **finanční odměna až 45 000 Kč** čistého/měsíc při částečném úvazku (15 hod/týden)
- **podpora** od silného **administrativního týmu** (kódování, provoz ordinace)
- **příspěvek na vzdělávací** akce až do výše 20 000 Kč/ročně
- **lze domluvit i 5 - 15 hod/týden**, hodinová sazba až 583 Kč
- vhodné i pro lékaře jiných oborů či před atestací VPL, dohled zkušeného školitele zajištěn
- **moderně vybavená ordinace** (EKG, CRP, INR, TK Holter, ABI)
- možnost **služebního bytu**

WWW.VSEOBEKNYLEKAR.CZ

Diferenciální diagnostika a léčba hemoroidálního onemocnění v ordinaci praktického lékaře

Onemocnění v oblasti řitního otvoru, která subjektivně imitují hemoroidální onemocnění

U pacientů, kteří přicházejí k praktickému lékaři s cílem řešit hemoroidální onemocnění (HD), je třeba nejprve jeho přítomnost objektivizovat. Mnohdy se jedná o jiné onemocnění, které hemoroidální obtíže pouze imituje.^{1,2}

Nejčastěji jde o **řitní výčnělky** (marisques). Tyto kožní uzlíky nebo řasy jsou nebolestivé a bezpříznakové. Vznikají po lokálním otoku nebo po perianálních trombózách, často u žen po porodu. Jde o hygienicko-estetický problém, který lze řešit pouze excízi vazivového útvaru se sešitím v lokální nebo celkové anestezii. K odlišení od HD se používá Valsalvův manévr, při kterém se řitní výčnělky neplní a neposouvají).



Druhou nejčastější patologií, kterou pacienti mylně označují za HD, je **fisura ani**. Projevuje se výraznou bolestí při defekaci i po ní a přítomností čerstvé krve na stolici/toaletním papíře. HD imituje přítomnost tzv. strážního hrbolku, což je místo vytažené otokem při okraji trhliny. Často není pro bolest anebo hypertonus svěrače možná indagace. Terapeuticky se dříve prováděla divulse (uvolnění svěrače prsty chirurga) v celkové anestezii. Dnes se využívá autodilatace se speciálními pomůckami. Možností je i aplikace nitrátové masti nebo injekční aplikace botulotoxinu do oblasti svěrače. Všechny metody vedou k povolení svěrače, které je podmínkou vyhojení trhliny. Potřebné je udržovat vhodnou konzistenci stolice.



Častý je také **perianální ekzém**. Je dobře odlišitelný pohledem – patrný je zhrubělý, vybělený, edematózní mokvající anoderm, přítomny mohou být i ragády a krev na toaletním papíře. Pacient popisuje svědění a vlhnutí. Často bývá přítomna mykóza. Terapeuticky se aplikují lokální kortikosteroidy, antimykotika a antibiotika. Pokud je terapie neúčinná, je třeba odeslat pacienta s dermatologovi.



Závažnější je **perianální absces**. Projevuje se jako bolest a vyklenutí v oblasti anu, často jsou přítomny celkové příznaky (zvýšená teplota). Při aspekci je patrná perianální rezistence se zarudnutím anidermu, pohmatově fluktuující a teplejší. Absces může být perforovaný na kůži či do anu. Indagace je pro bolest většinou nemožná. Léčba je vždy chirurgická. Provádí se incize, evakuace, revize, laváž a drenáž, většinou v celkové anestezii.



HD může imitovat také **perianální píštěl** po předchozím abscesu. Projevuje se vlhnutím, špiněním, svěděním a mokváním. Při aspekci je viditelné zevní ústí píštěle. Terapie je vždy chirurgická v celkové anestezii, kdy se po nasondování nekomplikované píštěle provádí její extirpace nebo discize.



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

U některých pacientů, kteří popisují hemoroidy, může jít o **prolaps anu nebo rekta**. Jsou odlišitelné pouhým pohledem. U prolapsu anu sliznice při uvolněném svěrači vyhřezává navenek, ale nejsou patrné varikózně změněné hemoroidální plexy. Pacienti popisují přítomnost hleny či krve při defekaci, někdy inkontinenci. Při indagaci je zjevný hypotonus svěrače. Léčba je chirurgická a spočívá ve fixaci sliznice na vrchol řitního kanálu. Prolaps rekta má vizuálně charakter úlu pro včely pleterného ze slámy. Vyžaduje operační léčbu s přístupem z dutiny břišní a fixací rekta do malé pánve.



Další onemocnění, které je charakterizováno přítomností hmatných útvarů v okolí řitního kanálu, svěděním, mokváním a lehkým krvácením, jsou **condylomata cuminata perianalia**. Jde o infekci HPV. Rozsáhlé postižení může být prekancerózou. Viditelné jsou přisedlé nebo stopkaté bradavičky, často bělavé a zavlhlé, na pohmat drsné až krvácející. Terapeuticky lze lokálně aplikovat podophylotoxin nebo imiquimod (hrazený při preskripci dermatologem). Onemocnění ale často recidivuje. Efektivnější je proto chirurgické snesení.



Pro domnělé HD může být vyšetřen i pacient se spinocelulárním karcinomem anu. Projevuje se jako odchod krve

a hleny z anu, změnou kůže, anální bolestí, výtokem, pocitem cizího tělesa a lze někdy i nahmatat zvětšené lymfatické uzliny v tříslích. Při vyšetření je zjištěn tuhý při kontaktu krvácející útvar charakteru vředu. Terapie je primárně onkologická. Používá se radiochemoterapie s velmi dobrými výsledky. Chirurgická excize se provádí pouze u tumorů menších než 2 cm aborálně od linea dentata.

Pro odlišení těchto stavů stačí většinou aspekce, na základě které může praktický lékař rozhodnout o léčbě nebo odeslat pacienta k příslušnému specialistovi.

Příčiny krvácení z konečníku¹⁻²

Krvácení z konečníku je nejčastěji projevem hemoroidálního onemocnění. Přesto je třeba toto krvácení objektivizovat anoskopickým nebo endoskopickým vyšetřením pro vyloučení jiných příčin, zejména tumorů a polypů. U nádorů je ve stolici kromě krve přítomen i hlen. U mladších jedinců může být krvácení z konečníku příznakem nespecifického střevního zánětu, u starších pacientů divertikulární choroby, u jedinců po radioterapii angiodysplazie.

Hemoroidální onemocnění³⁻⁵

Hemoroidy jsou žilní pleteny tvořící přirozenou součást konečníku. Mají fyziologickou funkci, která spočívá v dotěsnění řitního otvoru. Pokud zbytní a vyvolávají obtíže, hovoříme o HD. To potká alespoň jednou za život polovinu populace. HD rozdělujeme do **4 stadií**. V 1. stadiu hemoroidy respektují původní anatomickou polohu a mohou se projevovat občasným drobným krvácením nebo diskomfortem. Ve 2. stadiu (nejčastější) se hemoroidy přechodně objevují vně řitního otvoru při zatlačení a poté se spontánně vrací. Většina případů je asymptomatických, případné příznaky zahrnují krev na toaletním papíře po vyprázdnění, svědění, pocit vlhkosti a výtok. Ve 3. stadiu dochází k výhřezu při vyprazdňování a uzly je nutné mechanicky zatlačit zpět. Sliznice často zůstává vyhřezlá a z důvodu mechanického dráždění zbytní a méně krvácí. Za komplikaci HD lze označit 4. stadium. Je charakterizované trvalým ireponibilním



výhřezem uzlů. Uskřinutý uzel propadá otoku, flegmózně, tromboflebitidě až nekróze, což je provázeno silnou bolestivostí. Často je nutná hospitalizace s podáváním venotonik a kortikosteroidů, chirurgické řešení přichází na řadu po odeznění akutních obtíží.

Pokud pacient popisuje náhlý vznik HD, jedná se nejspíše o **perianální trombózu**. Příčinou je ruptura zevní hemoroidální pleteně. Vzniká náhle po usilovné defekaci, průjmu nebo těžké fyzické námaze jako bulka na okraji anu, která je bolestivá, nekrvácí a nelze reponovat. Při poškození jemné kůže anu v oblasti trombózy může dojít i ke krvácení. Pokud má trombus velikost hrášku, může stav řešit praktický lékař, při velikosti třešně je lepší pacienta odeslat k chirurgovi/proktologovi. Menší nález lze léčit konzervativně podáváním venotonik lokálně i systémově v dostatečném dávkování, větší trombózy se řeší chirurgickou extirpací v lokální anestezii ještě v akutním stadiu. I zde jsou indikovány venotonika, která rychle zmírní bolest a otok.



Léčba hemoroidálního onemocnění

V roce 2021 vyšla poslední česká doporučení pro léčbu HD pro praktické lékaře⁶. Vycházejí z doporučení Evropské koloproktologické společnosti z roku 2019.⁷ Jak uvádějí, základním pilířem léčby HD jsou venotonika aplikovaná lokálně i systémově. Po zklidnění akutního stavu (hemoroidální ataky) je možné chirurgické ošetření.

Konzervativní léčba má 3 složky: 1) **režimová opatření**, jejichž cílem je navodit správnou konzistenci stolice, 2) lokální léčbu (anestetikum, venotonikum, lubrikans) pro zmírnění příznaků a 3) systémovou léčbu venotoniky, která posílí žilní stěnu, zmírní otok a zastaví probíhající zánět.

V rámci systémové léčby má nejrozsáhlejší důkazy z kontrolovaných klinických studií o účinném a rychlém zmírnění příznaků při hemoroidální atace **mikronizovaná purifikovaná flavonoidní frakce (MPFF, Detralex®)**. U hemoroidální ataky se podává v dávce 6 tablet po

dobu 4 dnů a 4 tablety po dobu 3 dnů. Randomizovaná dvojité zaslepená placebem kontrolovaná studie ukázala, že MPFF® od 2. dne léčby přináší významně větší celkové zmírnění proktitidy, análního diskomfortu, krvácení z konečníku, bolesti a výtoků (obr.).⁸ Pacienti léčení MPFF® popisovali výrazné snížení trvání a závažnosti současných hemoroidálních atak v porovnání s předchozími atakami. Následné chronické užívání MPFF® v udržovací dávce 2 tablety denně brání recidivě hemoroidálních atak a snižuje jejich závažnost. U 120 pacientů snížilo užívání MPFF® po dobu 2 měsíců v porovnání s placebem počet atak o 71 %, trvání epizody o 43 % a skóre závažnosti HD o 31 %.⁹ Bylo také doloženo, že MPFF® potencuje účinnost lokální léčby hemoroidální ataky. Přidání MPFF® k topickým přípravkům bylo spojeno s významným snížením krvácení a zlepšením kvality života.¹⁰

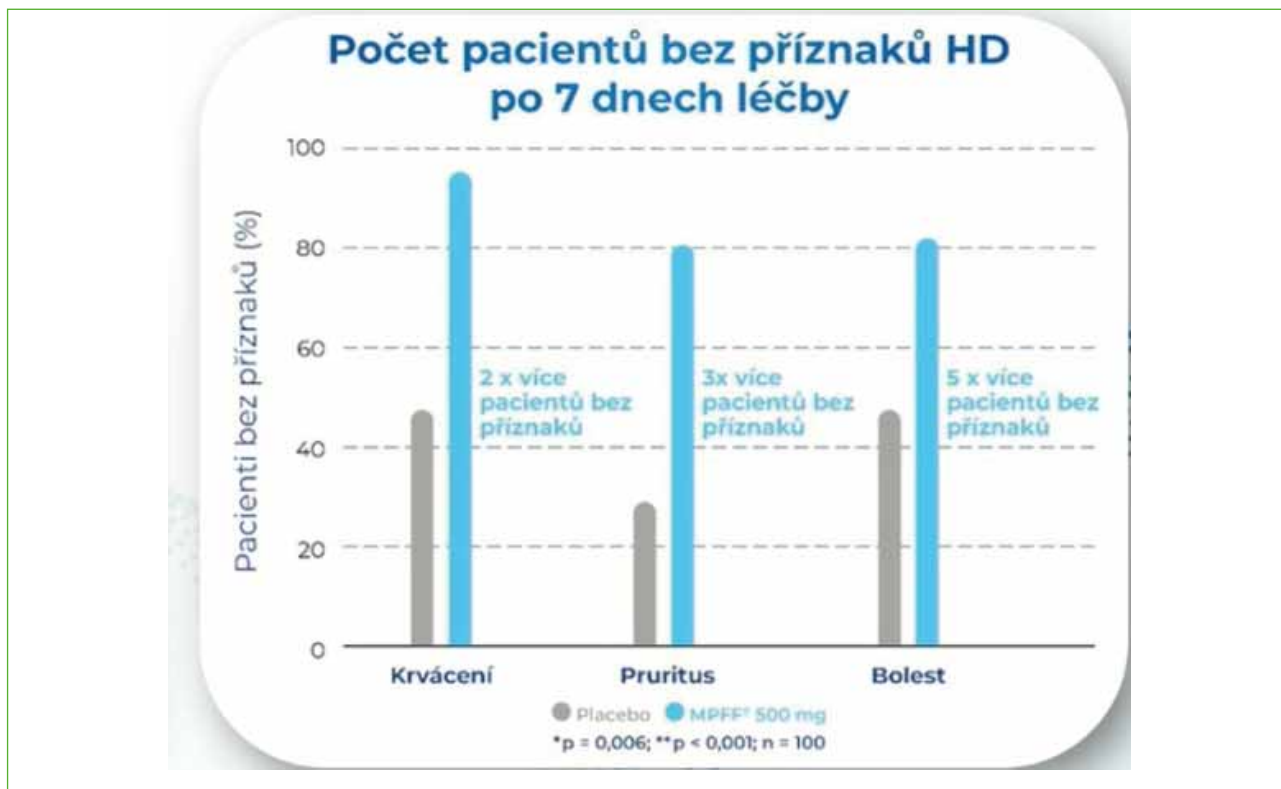
Lokální terapie HD zahrnuje anestetika, kortikosteroidy, hemostyptika, protizánětlivé přípravky a sukralfát. Sukralfát byl dříve podáván v léčbě vředové choroby žaludku pro své hojivé účinky. Tvoří také jednu ze složek lokálního přípravku pro léčbu HD **Alfalexu®**, který zmírňuje příznaky díky trojímu efektu – vytváří ochrannou vrstvu na pokožce, podporuje hojení a snižuje riziko vzniku prasklin.¹¹⁻¹⁴ Potencuje tak účinek systémových venofarmak. Důležitá je správná aplikace lokální terapie. Čípek je třeba zavádět vleže na boku, a to pouze částečně s následným úplným zasunutím. Mast je třeba aplikovat pomocí aplikátoru na vnitřní hemoroidy.

V terapii HD lze využít **chirurgické techniky** semiinvasivní (sklerotizace, aplikace unipolárního nízkovoltážního proudu, ligatura gumovým elastickým kroužkem, infračervený paprsek na přívodné a odvodné cévy, podvaz nebo laserové ošetření přívodných tepen vyhledaných ultrazvukem) a invazivní (klasické chirurgické odstranění uzlu, staplerová hemoroidopexie dle Longa).

Souhrn

Při vyšetření pacienta se suspektním HD je třeba vyloučit jiná onemocnění s podobnými příznaky a při potvrzení HD okamžitě zahájit komplexní konzervativní léčbu zahrnující režimová opatření, venotonika a lokální terapii. Pacientům s těžším stadiem HD by měl praktický lékař doporučit návštěvu proktologa po zvládnutí akutní ataky.

Podle přednášky MUDr. Martina Koudu (CHIMARE clinic a Chirurgická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha) na webinaru Společnosti všeobecného lékařství 2. 11. 2023 připravila MUDr. Zuzana Zafarová



Literatura

- Beynon J, Harris DA, Davies M, Evans M. Coloproctology: A Practical Guide. Springer 2017, 319 s.
- Anděl P, Škrovina MDucháč V. Základy praktické proktologie. Galén 2012, 220 s.
- Godeberge P, Sheikh P, Zagriadskii E, Lohsiriwat V, Montaño AJ, Košorok P, De Schepper H. Hemorrhoidal disease and chronic venous insufficiency: Concomitance or coincidence; results of the CHORUS study (Chronic venous and HemORrhoidal diseases evalUation and Scientific research). J Gastroenterol Hepatol. 2020 Apr;35(4):577-585.
- Orhalmi J. Hemoroidy – konzervativní či chirurgický přístup. Med. praxi 2012; 9(6–7): 269–273.
- Vlček P, Korbička J, Diviš P, et al. Co nového v léčbě hemoroidů? Med. Pro Praxi 2010; 7(1): 9–13.
- Seifert B, Hoch J, Zimolová P, et al. HEMOROIDÁLNÍ NEMOC. Doporučený diagnostický a terapeutický postup pro všeobecné praktické lékaře 2021. Dostupné na: <https://www.svl.cz/files/files/Doporucene-postupy/2020/DP-Hemoroidalni.pdf>
- van Tol RR, Kleijnen J, Watson AJM, et al. European Society of ColoProctology: guideline for haemorrhoidal disease. Colorectal disease. 2020;22 (6): 650–662. Dostupné na: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/codi.14975>.
- Cospite M. Double-blind, placebo-controlled evaluation of clinical activity and safety of Daflon 500 mg in the treatment of acute hemorrhoids. Angiology. 1994 Jun;45(6 Pt 2):566-73.
- Godeberge P. Daflon 500 mg is significantly more effective than placebo in the treatment of hemorrhoids. Phlebology. 1992; 7(suppl 2): 61-63.
- Mokhtare M, Pakravan R, Rafieemanesh M, et al. The Efficacy of Adding Daflon to the Conventional Treatment on the Improvement of Symptoms and Health Related Quality of Life in Patients with Acute Hemorrhoids: A Randomized Clinical Trial. EC Gastroenterology and digestive systém. 2019; 6(11): 44–51.
- Davis BR, Lee-Kong SA, Migaly J, Feingold DL, Steele SR. The American Society of Colon and Rectal Surgeons Clinical Practice Guidelines for the Management of Hemorrhoids. Dis Colon Rectum. 2018 Mar;61(3):284-292.
- Johanson JF. Nonsurgical treatment of hemorrhoids. J Gastrointest Surg. 2002 May-Jun;6(3):290-4.
- Lohsiriwat V. Hemorrhoids: from basic pathophysiology to clinical management. World J Gastroenterol. 2012 May 7;18(17):2009-17.
- Madoff RD, Fleshman JW; Clinical Practice Committee, American Gastroenterological Association. American Gastroenterological Association technical review on the diagnosis and treatment of hemorrhoids. Gastroenterology. 2004 May;126(5):1463-73.

HLEDÁME LÉKAŘE L2 - L3 PRO ORDINACI VPL

na částečný úvazek

KAPLICE (okres Český Krumlov)

KONTAKT:

+420 773 545 225

kariera@vseobecnylekar.cz

VŠEOBECNÝ
LÉKAŘ

- **finanční odměna až 45 000 Kč** čistého/měsíc při částečném úvazku (10-15 hodin/týdně)

- **flexibilní volba** ordinačních hodin

WWW.VSEOBECCNYLEKAR.CZ

- **podpora** od silného **administrativního týmu** (kódování, provoz ordinace)

- **příspěvek na vzdělávání** akce až do výše 20 000 Kč/ročně

- vhodné i pro lékaře jiných oborů či před atestací VPL, dohled zkušeného školitele zajištěn

- **moderně vybavená ordinace** (EKG, CRP, INR, TK Holter, ABI)

Vážení čtenáři a řešitelé testů,

dle nového Stavovského předpisu České lékařské komory č. 16, podle § 5 přílohy č. 1, jsou od 1. 7. 2012 všechny znalostní testy v odborných časopisech hodnoceny jednotně, a to 2 kredity. Za správné vyřešení testu budou řešitelům přiděleny **2 kredity ČLK**. Podmínkou ČLK pro přidělení kreditů je zadání odpovědí elektronicky na stránkách **www.svl.cz**, a to **nejpozději do 20. 2. 2024**.

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

ZNALOSTNÍ TEST JE HODNOCEN 2 KREDITY ČLK

1. Indikací pro provedení biopsie prostaty je:

- a) zvýšená hodnota PSA
- b) zobrazené suspektní ložisko na provedené MR prostaty
- c) suspektní nález při digitálním rektálním vyšetření prostaty

2. Inhibitory 5-alfa reduktázy používané pro léčbu BPH:

- a) zmenšují objem prostaty, nástup účinku se projeví ve velmi krátké době
- b) na objem prostaty nemají vliv, zlepšují však průtokové parametry
- c) zmenšují objem prostaty, jejich účinek se projeví až za delší dobu

3. Výkon 55letých jedinců v kognitivních testech je:

- a) přímo úměrný délce trvání hypertenze
- b) nepřímo úměrný délce trvání hypertenze
- c) nesoúvisí s délkou trvání hypertenze

4. Antihypertenziva snižují u pacientů s hypertenzí riziko kognitivního deficitu:

- a) až o polovinu
- b) až o 20 %
- c) pouze u jedinců starších 60 let

5. U pacientů s hypertenzí do 80 let, kteří dobře tolerují léčbu, je cílová hodnota krevního tlaku:

- a) pod 140/90 mmHg
- b) 120–129/70–79 mm Hg
- c) < 120/80 mmHg k zabránění poškození mozku

6. Condylomata acuminata perianalia jsou onemocnění:

- a) virová
- b) bakteriální
- c) parazitární

7. Hemoroidální onemocnění 2. stupně je charakterizováno tak, že:

- a) hemoroidální uzly jsou po defekaci prolabovány mimo řitní kanál a je nutná jejich manuální repozice (tzv. digitace)
- b) hemoroidální uzly se při defekaci přibližují k okraji řitního otvoru a po dokončení vyprázdnění se samy spontánně reponují zpět
- c) hemoroidální uzly jsou jen nepatrně zvětšeny, uloženy trvale uvnitř řitního kanálu a jsou viditelná pouze anoskopem

8. Jak často by měl mít každý diabetik vyšetřené oční pozadí:

- a) jednou za pět let
- b) jednou ročně
- c) dle uvážení praktického lékaře

9. Diabetická retinopatie:

- a) je jednou z nejčastějších příčin slepoty
- b) její terapie jde ruku v ruce s terapií diabetu
- c) je mikroangiopatickou komplikací diabetu

10. Mezi léčebné možnosti diabetické retinopatie patří:

- a) laserová fotokoagulace sítnice
- b) perforující keratoplastika
- c) chirurgická terapie, pars plana vitrektomie

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

ODPOVĚDI – TEST Č. 10/2023

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

XVIII. jarní interaktivní konference

Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP

17.–19. května 2024
Slovanský dům, Praha

Registrace je možná na webových stránkách www.jik-svl.cz

E-mail: sekretariat@target-md.com

Pořadatel: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP • Organizátor: TARGET-MD s.r.o.

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