



PRACTICUS

pro praktické lékaře zdarma • č.7/2016 • ročník 15



TÉMA:
CHŘIPKA

UPOZORNĚNÍ PRO ATESTANTY !!

Praktická část specializačního kurzu „Lékařská první pomoc“

Vážení kolegové,
dovolujeme si Vám oznámit, že dne 17. 10. 2016 proběhne v novém sídle SVL ČLS JEP, Sokol-
ská 31, Praha 2, 6. patro, praktická část povinného specializačního kurzu „**Lékařská první
pomoc**“ pro lékaře před atestací z všeobecného praktického lékařství.

Kurz začíná jako vždy ve 13.00 hod. vstupním testem.

Podmínkou účasti je splnění teoretické části tohoto kurzu publikovaného na vzdělávacím
portálu EUNI (www.euni.cz), kde můžete najít podmínky a podrobnosti k jeho provedení.
Podrobnější informace Vám poskytne sekretariát SVL, **tel.: 267 184 064, 042**

Vaše přihlášky posílejte prosím na: e-mail: **seminare.svl@cls.cz**

Těšíme se na Vaši účast

za SVL ČLS JEP:
MUDr. Rudolf Červený, Ph.D.
odborný garant

INFO SVL

- 04 EDITORIAL
- 05 WONCA 2016 KODAŇ
- 07 PODPORA VÝBORU SVL ČLS JEP ZÁVĚRŮM JEDNÁNÍ REGIONÁLNÍ RADY A PŘEDSEDNICTVA SPL ČR
- 09 INTERNÍ SYSTÉM HODNOCENÍ KVALITY PRO AMBULANTNÍ SFÉRU
MUDr. Otto Herber, Ing. Bc. Irena Kouřilová

ODBORNÝ ČLÁNEK

- 10 PROJEKT ÚČELNÉ A BEZPEČNÉ FARMAKOTERAPIE V DOMOVECH PRO SENIORY NABÍZÍ PRAKTIKŮM POMOČNÝ POHLED KLINICKÉHO FARMACEUTA PŘI PŘEDEPISOVÁNÍ LÉKŮ SENIORŮM
PharmDr. Milada Halačová, Ph.D., PhDr. Ivana Plechatá
- 12 PRIMÁRNÍ HYPERPARATYREÓZA A PRAKTICKÝ LÉKAŘ
MUDr. Helena Šiprová, prof. MUDr. Květoslav Šipr, CSc.
- 15 KARDIACI A OČKOVÁNÍ PROTI CHŘIPCE
MUDr. Petr Pechl, Ph.D.
- 16 LÉČBA DYSLIPIDEMIE U PACIENTŮ S HYPERTENZÍ
MUDr. Peter Wohlfahrt
- 20 DOMÁCÍ LABORATORNÍ METODY: NOVÁ VÝZVA PRO PRAKTICKÉ LÉKAŘE
doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D.
- 23 ROLE LOKÁLNÍCH ANESTETIK V LÉČBĚ BOLESTI U AKUTNÍ FARYNGITIDY
MUDr. Karol Zeleník, Ph.D.
- 24 PRŮBĚH DIABETU A PORUCHY KOGNICE Z POHLEDU DIABETOLOGA
doc. MUDr. Alena Šmahelová, Ph.D.

AKTUALITY

- 28 LÉKAŘI SE SNAŽÍ VYZRÁT NA EPILEPSII
- 29 LÉKOVÝ ÚSTAV ZAKÁZAL POUŽÍVÁNÍ NEOVĚŘENÉHO LÉKU PROTI RAKOVINĚ
- 29 ŘEŠENÍM VÝPADKŮ LÉKŮ NA TRHU JSOU PODLE VÝROBCŮ LEVNĚJŠÍ GENERIKA
- 30 ZRAK SE PO LEHČÍ A STŘEDNÍ OTRAVĚ METANOLEM MŮŽE NAPRAVIT
- 31 I S CHRONICKÝM ONEMOCNĚNÍM STŘEV LZE ŽÍT PLNOHODNOTNĚ

PC A DOKTOR

- 32 EZPRÁVA – ZÁKLADY A TIPY NA POUŽITÍ V PRAXI
MUDr. Tomáš Nosek, Ph.D.

ZE SVĚTA MLADÝCH PRAKTIKŮ

- 36 KONFERENCE V ITÁLII: MEDICÍNA, PRESSO A VÍNO

Vydavatel:

Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP

Adresa redakce:

Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP
U Hranic 16, 100 00 Praha 10
tel.: 267 184 064
fax: 267 184 041
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. Kamil Běský, MUDr. Pavel Břejník, MUDr. Jiří Burda, doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc., MUDr. Rudolf Červený, Ph.D., MUDr. Eva Grzegorová, MUDr. David Halata, MUDr. Alice Havlová, MUDr. Jiří Havránek, MUDr. Otto Herber, MUDr. Petr Herle, MUDr. Ambrož Homola, Ph.D., MUDr. Toman Horáček, MUDr. Jiří Horký, MUDr. Igor Karen, MUDr. Mgr. Josef Kořenek, CSc., MUDr. Vladimír Marek, MUDr. Petra Mestická, MUDr. Zuzana Miškovská, Ph.D., MUDr. Cyril Mucha, MUDr. Šárka Drbalová, doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D., MUDr. Bohumil Skála, Ph.D., MUDr. Alexandra Sochorová, MUDr. Helena Stárková, MUDr. Jan Šindelář, MUDr. Josef Štolfa

Spolupracovnice časopisu:

Andrea Vrbová, Romana Hlaváčková

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

Pro praktické lékaře v ČR zdarma.

Roční předplatné pro ostatní zájemce

610 Kč. • • • Přihlášky přijímá redakce.

Toto číslo bylo dáno do tisku 15. 9. 2016 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, 2016

EDITORIAL



MUDr. Stanislav Konštacký, CSc.
Šéfredaktor časopisu Practicus

Pro většinu z nás skončila dovolená a Vy dostáváte další číslo Practicusu plného zajímavých článků. Na některé z nich bych Vás rád upozornil. Již v minulém čísle jste byli seznámeni s interním systémem hodnocení kvality v ambulanci sféře (MUDr. Herber, Ing. Kouřilová) a nyní tyto informace doplňujeme. Celý systém hodnocení kvality, přestože se zdá, že je velkou administrativní zátěží mnohé lékaře odrazující, je však pro hodnocení kvality nutný, není samoúčelný a napomáhá zlepšení péče o pacienty a klade důraz na zvyšování bezpečnosti práce.

Výbor SVL projednal na svém zasedání návrh spolupráce na Projektu účelné a bezpečné farmakoterapie v domovech pro seniory a s tímto návrhem Vás seznámí článek PharmDr. Hadačové spolu s PhDr. Plechatou. Nabízejí spolupráci pro lékaře pracující v Domovech pro seniory v oblasti farmakoterapie seniorů a navrhují mezioborovou spolupráci při péči o klienty těchto zařízení. Zajímavý příspěvek jsme rovněž obdrželi od autorů MUDr. Šiprová, prof. MUDr. Šipr zabývající se Primární hyperparathyreosou a rolí praktického lékaře při diagnostice a léčbě tohoto onemocnění. Vedle všeobecných příznaků jako je zvýšená únava, celková nevolnost, poruchy koncentrace a paměti je důležitá hladina kalcémie, její zvýšení je nejčastěji způsobeno primární hyperparathyreosou. Léčbě dyslipidemií u pacientů s hypertenzí se věnuje článek Dr. Wohlfahrta. Tato koincidence výrazně zvyšuje kardiovaskulární riziko jak je všeobecně známé a je tudíž důležité dosažení kontroly u obou výše zmíněných onemocnění, což v praxi často není. Ve sdělení jsou přehledné tabulky, které jsou vhodným doplněním tabulek Skóre

kardiovaskulárního rizika. Doc. Seifert se zamýšlí nad rozšířením POCT metod, které na jedné straně mohou dokládat zvýšený zájem lékaře o pacienta, ale současně mohou lékařskou praxi komplikovat. Přesto je to článek, který stojí za přečtení a zamýšlení. Sdělení Dr. Zeleníka nás informuje o roli lokálních anestetik v léčbě faryngitidy. Tato jsou indikována zejména u virových faryngitid a pacientům výrazně uleví od bolesti. Významná odbornice na léčbu diabetu, doc. Šmahelová ve svém článku popisuje Průběh diabetu a poruchy kognice z pohledu diabetologa a informuje o správné strategii léčby diabetu vzhledem k prevenci kognitivních poškození. Zdůrazňuje významné riziko vzniku demencí v důsledku nesprávně regulované glykémie. Dr. Nosek se zabývá lékařským mailem - jak se k němu přihlásit, registrovat, instalovat a nastavit do vlastního počítače. Je to jistě velmi užitečná informace kvalitně podaná i pro ty z nás, kteří nejsme na slovo vzatí IT specialisté. Přestože je stále kalendářní léto, začíná nejnvhodnější doba příprav na očkování proti chřipce. Přes intenzivní edukaci veřejnosti zůstává proočkovanost u nás stále nízká. I rizikovní pacienti očkování často odmítají, což následně přináší komplikace zejména u pacientů s kardiovaskulární problematikou. O vhodnosti očkování a možných komplikacích upozorňuje rozhovor s Dr. Pelchlem.

Pojišťovny vydaly metodické pokyny týkající se očkování proti chřipce již 1. 7. 2016 a je možné se s nimi seznámit na webových stránkách: (<https://www.vzp.cz/poskytovatele/informace-pro-praxi/ockovani/vykazovani-a-uhrada-ockovani-proti-chripce>; <http://www.cpzp.cz/doc/Metodicky-PostupKVykazovani.pdf>)

Rádi rovněž uveřejňujeme informaci mladých praktiků, tentokrát z konference v Itálii pod názvem Medicína, presso a víno.

Zvláště bych chtěl upozornit na Prohlášení SVL a SPL k situaci ve financování primární péče, čemuž je věnována samostatná informace našich předsedů.

Jak je zřejmé, i v tomto čísle je velké množství informací a každý z vás si může zajímavé téma nalézt.

WONCA 2016 KODAŇ

Za necelý rok, v červnu 2017, přivítá Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP (dále SVL) v Praze své evropské kolegy na 22. konferenci WONCA (World Organization of National Colleges and Academies of Family Physicians/General Practitioners). Po evropském kongresu v roce 1997 a nedávné světové konferenci v roce 2013, to bude již třetí klíčové oborové setkání uskutečněné v Praze a organizované SVL ve spolupráci s agenturou Guarant International.

Letošní Evropská konference praktických a rodinných lékařů se konala v dánské Kodani. Společně ji připravily skandinávské země, a to v supermoderním kongresovém Bella Center na okraji dánské metropole. Design konference byl opravdu ve skandinávském stylu; účelný, jednoduchý a promyšlený. Doprovodný kulturní program byl střídavý a kromě mladých trumpetistů královské gardy Tivoli se představili skandinávští prak-

tici, ať už jako herci nebo hudebníci. Konference byla hrazena jen z příspěvků účastníků a z etických důvodů nepřipustila sponzorskou podporu. Finanční záruku poskytly samy odborné společnosti severských zemí.

Organizátoři zvolili motto setkání Rodinní lékaři s rozumem a srdcem (Family doctors with heads and hearts) a tento námět se jim podařilo promítnout do celé konference. Motiv praktického lékaře stojícího nejbližší pacientovi v systému péče o zdraví ve smyslu hlubokého respektu k pacientům a jejich potřebám, lidské blízkosti při poskytování péče u akutních nebo chronických onemocněních. Zdůrazněna byla role praktického lékaře coby rádce a průvodce pacienta zdravotnickým systémem.

Evropská populace stárne; zatímco dnes je 25 % osob starších 65 let, v roce 2030 to bude 40 %. To se logicky promítne i do služeb primární péče. Primární péče má

největší potenciál řešit geriatrické problémy, péči o multimorbidní pacienty a péči v závěru života lidí. Přesto se zdá, že v mnoha evropských zemích je všeobecné lékařství podceňováno, nedostatečně zapláceno, dokonce jako obor ohroženo. Aby primární péče dostala své roli, musí se změnit a evropské země musí již dnes provést kroky směrem k této změně. Jedná se o podporu komunikačních technologií, integraci složek primární péče a vytváření týmů primární péče, které budou schopny kontinuálně, koordinovaně a komplexně zajišťovat péči v ambulancích i domácnostech.

Také se hledají způsoby zvýšení atraktivity oboru pro studenty medicíny a motivační opatření pro obsazení praxí ve vzdálenějších oblastech. Problémem se v poslední době dle prof. Glasziou stává nadměrná diagnostika („overdiagnostic“) a následná nadměrná léčba („overtreatment“). Posunuly se hranice mezi normálním a abnormálním; například u hypertenze, diabetu, osteopenie a obezity. Malé změny v definicích



posunuly velkou část zdravé populace do populace rizikové. V čem je hlavní problém nadměrné diagnostiky? Podporuje narůstání nerovnosti, kdy jsou často zbytečně testováni zdraví lidé a péče o nemocné je nedostatečná, což poškozuje obě skupiny. Zjevná je například medikalizace projevů normálního stárnutí, která se typicky projevuje v nabídkách komerční medicíny. Jedním z klíčových sdělení byla též problematika zdravotní péče o migranty, což je téma zejména pro Turky, země západní a severní Evropy, ale nás prozatím míjí.

Čeští praktičtí lékaři se v Kodani prezentovali zejména v rámci aktivit mezinárodních odborných a pracovních skupin (EURACT- evropská asociace učitelů ve všeobecném praktickém lékařství, EURIPA - evropská asociace venkovských praktických lékařů, ESPCG - evropská společnost pro gastroenterologii v primární péči a Vasco de Gama - mladí evropské praktičtí lékaři. Delegaci tvořil hlavně tým organizátorů budoucí konference WONCA 2017 v Praze a soustředil se zejména na vlastní organizaci kodaňské konference a marketing budoucí akce v Praze.

Během závěrečného ceremoniálu pozval všechny přítomné lékaře do stověžaté Prahy, přičemž promítl atraktivní film o památkách i současnosti našeho hlavního města. Pozvání do Prahy a představení naší konference WONCA PRAHA 2017 zakončili čeští praktici zpěvem dvou českých lidových písní, za což sklidili v sále bouřlivý aplaus.

MUDr. Jana Vojtíšková,
doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D.



Podpora výboru SVL ČLS JEP závěrům jednání Regionální rady a předsednictva SPL ČR

Výbor SVL ČLS JEP na svém řádném zasedání dne 13. 9. 2016 v Olomouci projednal současnou situaci v primární péči a dosavadní výsledky jednání s představiteli MZ ČR a dalších institucí. Po odborné i profesní stránce vyslovil souhlas a podporu závěrům jednání Regionální rady a předsednictva SPL ČR.

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

Regionální rada a výbor SPL ČR - výstupy

Na svém mimořádném zasedání dne 12. 9. 2016 došli volení zástupci všeobecných praktických lékařů k těmto závěrům:

- zásadně nesouhlasí se zakotvením povinných „vzdělávacích stáží“ pro ambulantní lékaře navrhaných do novely zákona č. 95 ukládající ambulantním lékařům „vzdělávací stáže“ v lůžkových zdravotnických zařízeních (LZZ). De facto se jedná o nucené práce, jejichž pravým účelem je řešení personální situace LZZ.
- upozorňují veřejnost na dlouhodobou stagnaci výše kapitační platby, která představuje cca 75 % hrubého příjmu ordinace VPL a je v ní zahrnuta většina zdravotních výkonů prováděných praktickými lékaři. Do úhrady těchto výkonů nebylo promítnuto ani v platné vyhlášce (Seznam výkonů) uvedené pravidelné zvyšování režijních nákladů ani 10% navýšení ceny práce k 1. 1. 2016. Po zrušení regulačních poplatků počet vyšetřených pacientů u VPL narostl až o desítky procent. Ani tato práce navíc není zaplacená! Průměrná hrubá měsíční úhrada ordinace všeobecného praktického lékaře od zdravotních pojišťoven činí cca. 150 000 Kč a ne 220 000 Kč, jak veřejnosti sdělil ministr zdravotnictví. Tato částka ale není příjmem lékaře, ale jsou z ní hrazeny veškeré provozní náklady ordinace – např. materiál, mzdy personálu, nájemné, daňové odvody. Námi požadované 6% navýšení kapitační platby představuje pro průměrného praktického lékaře částku 80 870 Kč za rok, nikoliv ministrem deklarovaných 160 000 Kč.

- považují za nutné rozšíření kompetencí praktických lékařů (jedná se zejména o možnost předpisu léčivých přípravků svým pacientům) a snížení neúnosné administrativy zatěžující lékaře
- konstatují, že obor všeobecného praktického lékařství, jež tvoří základ primární péče a jehož kvalitu se nám podařilo za posledních 25 let dostat na úroveň vyspělých zemí, je díky dlouhodobému podfinancování a omezeným kompetencím, ohrožen ztrátou zájmu kvalitních absolventů lékařských fakult. Tato skutečnost se v horizontu několika let projeví snížením kvality a dostupnosti primární péče.

Zástupci jednotlivých regionů informovali o značné připravenosti členů účastnit se protestních akcí a byly diskutovány jejich možné varianty.

Regionální rada následně jednohlasně rozhodla o termínu varovné protestní akce formou uzavření ordinací dne 21. 9. 2016.

Regionální rada vzala na vědomí informaci o tom, že se podařilo s ministerstvem dohodnout termín jednání se zástupci Sdružení, a to ve čtvrtek 15. 9. 2016.

Regionální rada SPL ČR dala vedení Sdružení mandát protestní akci odvolat v případě, že dojde k dohodě s ministerstvem.

Za SPL ČR

MUDr. Václav Šmatlák, předseda

MUDr. Dagmar Škrhová, předsedkyně Regionální rady

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

Interní systém hodnocení kvality pro ambulantní sféru



MUDr. Otto Herber
místopředseda SVL ČLS JEP
ordinace PL, Kralupy nad Vltavou

Ing. Bc. Irena Kouřilová
www.auditkouril.cz

Společnost všeobecného lékařství shrnula pro své členy sadu dokumentů, které vycházejí z požadavků na zavedení interního systému hodnocení kvality ambulantní části poskytovatelů zdravotních služeb v souladu se znění Věstníku MZ č. 16/2015.

Pro zopakování podstaty interního systému hodnocení kvality v ordinaci praktického lékaře: Jedná se o definování základních rizik provozu ordinace a nastavení několika zásadních standardů, které pomáhají tato rizika eliminovat. Společnost všeobecného lékařství připravila přehledný soubor souvisejících dokumentů pro tyto účely sebekontroly.

Ordinace, pokud plní podmínky definované Věstníkem Ministerstva zdravotnictví, má zpracované uvedené standardy určené pro **poskytovatele ambulantní péče**:

- 1. Standard: Bezpečnost při používání léčivých přípravků s vyšší mírou rizikovitosti (RBC2)**
- 2. Standard: Zavedení optimálních postupů hygieny rukou při poskytování zdravotní péče (RBC5)**
- 3. Standard: Řešení neodkladných stavů**
- 4. Standard: Zajištění bezpečnosti skladovaných léčivých přípravků**
- 5. Standard: Stanovení zásad správné komunikace s pacientem**
- 6. Standard: Ordinační doba a zastupitelnost**
- 7. Standard: Sledování a vyhodnocování nežádoucích událostí**

Připravené dokumenty tedy vycházejí z podmínek **Věstníku MZ č. 16/2015**, který definuje parametry interního systému kontroly kvality na základě stanovených standardů. Připraveny jsou ve formě vzoru, do kterého si každá ordinace individuálně wpisuje do žlutých políček svůj název a sídlo.

Sada dokumentů, které jsou k dispozici na www.svl.cz jsou ke stažení zdarma jako vzory:

- SM 001 Nakládání s odpady_vzor
- SM 002 Spisový a skartační řád_vzor
- SM 003 Nežádoucí události_vzor
- SM 004 Činnosti při pracovních úrazech_vzor
- SM 005 Interní audit_vzor
- SC 001 Skartační plán_vzor
- FO 002 Karta neshody_vzor
- SOP 001 Hygiena rukou v ordinaci PL_vzor
- Zprava z interního auditu_vzor
- Požární evakuační plán_vzor
- Požární poplachová směrnice_vzor
- ILNO_180101_vzor identifikačního listu odpadu
- ILNO_180103_vzor identifikačního listu odpadu
- Postup přimytí rukou_vzor
- Postup pro dezinfekci rukou_vzor

Je nutné si znovu uvědomit, že pokud si poskytovatel zdravotní péče v ordinaci praktického lékaře **zavede funkční** a efektivní interní systém hodnocení kvality, **nepotřebuje** v podstatě žádný externí systém hodnocení kvality.

Samozřejmě, že při plném provozu ordinace není možné ještě plnit požadavky Věstníku MZ 16/2015. Proto nabízí SVL možnost konzultací a event. provedení sebehodnocení ordinace prostřednictvím externího spolupracovníka.

Co říci závěrem – jedná se o **interní systém hodnocení**, kterým ordinace sama sebe posoudí, zda standardní postupy plní. Nepotřebuje pro tento účel žádné externí posouzení či akreditaci. Prostě a jednoduše si lékař vlastní ordinaci sám provede interní audit a tím provede i sebehodnocení. Má také možnost tímto úkolem pověřit někoho jiného.

Projekt účelné a bezpečné farmakoterapie v domovech pro seniory nabízí praktikům pomocný pohled klinického farmaceuta při předepisování léků seniorům



PharmDr. Milada Halačová, Ph.D.

Vedoucí Oddělení klinické farmacie NNH



PhDr. Ivana Plechatá

ředitelka - Ústav lékového průvodce, z.ú.

Lidé žijící v zařízeních sociální péče (domovech pro seniory) jsou zranitelnou skupinou pacientů z mnoha důvodů. Tím nejzásadnějším je jejich zdravotní stav - polymorbidita, stejně tak jako častá porucha kognitivních funkcí, problémy s pohybem a sebeobsluhou, mnohdy plná závislost na ošetrovatelském personálu. Zdravotní péči zajišťují v domovech pro seniory primárně (a mnohdy fakticky i výlučně) praktičtí lékaři, kteří mají seniora umístěného v DS většinou „na kapitaci“, méně často je praktický lékař v zařízení „na smlouvu“. Obtížné je zajistit pravidelnou, kontinuitní a koordinovanou péči odborných lékařů (psychiatr, kardiolog, urolog, internista, diabetolog apod.). Konzilium se v DS realizuje velmi zřídka (nejčastěji dochází psychiatr) a převážet nepohyblivého seniora na vyšetření je technicky velmi obtížné a návštěvy specialisty se tak redukuje na minimum. Lze tedy konstatovat, že PL, často sám těžko dostupný, plně vytížený „vlastními“ pacienty a stále vzrůstající administrativou, nahrazuje práci odborného lékaře.

Jak ukazují zahraniční i české studie a analýzy, křehký senior je velmi zranitelný také z hlediska užívání léků. V případě léků jde o to, aby farmakoterapie byla účinná, racionální a bezpečná, aby nedocházelo k polypragmázii, zbytečnému užívání léků negativně ovlivňujících kognitivní funkce (včetně rozvoje demence), léků ovlivňujících mobilitu, inkontinenci,

insomnii apod. Na druhé straně je nutné dbát na to, aby nechyběla léčiva s jasně prokázaným pozitivním vlivem na vývoj jejich nemoci či délku přežití. V těchto ohledech je nezbytné pravidelně aktualizovat farmakologickou anamnézu, a to nejen stran účinnosti, ale také v kontextu rizik nežádoucích polékových reakcí a trvajících indikací.

Ústav lékového průvodce, z.ú.se rozhodl zmapovat aktuální situaci farmakoterapie v DpS a nabízí konzultace zkušeného týmu klinických farmaceutů Nemocnice Na Homolce jak vedením sociálních zařízení, tak také pochopitelně praktickým lékařům, kteří v těchto zařízeních poskytují zdravotní služby.

Projekt je realizován v úzké spolupráci se Státním ústavem pro kontrolu léčiv a Nemocnicí Na Homolce. Audit realizuje tým zkušených klinických farmaceutů NNH pod vedením PharmDr. M. Halačové, Ph.D. Odborným garantem je internista-geriater MUDr. Zdeněk Kalvach, člen vědecké rady Ústavu lékového průvodce. Projekt má podporu Společnosti všeobecného lékařství.

Cílem Lékového průvodce je obrátit pozornost jednak na samotnou farmakoterapii, tedy její odbornou medicínskou – farmakologickou a klinickou – stránku a zároveň na systémový rámec, ve kterém jsou léky v DS předepisovány. Těsnější spolupráce s praktickými lékaři, kteří docházejí do domovů, naslouchání jejich zkušenostem a problémům, pomůže k získání argumentů a dat pro možnou změnu.

V letošním roce plánuje Ústav pomoci v pěti DpS, kteří se do projektu přihlásili a konzultovat dokumentaci u více jak 400 klientů. V roce 2015 se šetření Ústavu lékového průvodce účastnilo 8 domovů pro seniory, z nichž 3 následně souhlasily (spolu s předepisujícími PL) s provedením lékového auditu přímo nad dokumentací klientů. Obecná data odrážející prostředí předepisování léků jsou následující.

- Získaná data z anonymního dotazníku popisují situaci 859 klientů
- Průměrný věk klienta je 82 let
- Do všech domovů dochází praktický lékař (avšak velmi různá doba jeho přítomnosti), do všech DD dochází 1x měsíčně také psychiatr (psychofarmaka přítomně užívá 71 % klientů).
- Jeden klient konzumuje v průměru 11 tablet, z toho 6 druhů léků předepsaných lékařem.
- 79% klientů je zcela závislých na pomoci personálu při užívání léků (většinou vlivem demence).

Podrobný lékový audit, tj. posuzování medikace s přístupem do zdravotnické dokumentace a s možností konzultace s ošetřujícím lékařem, probíhal ve třech zmiňovaných zařízeních v průběhu několika dnů (2-3 dny). V úvodu a závěru auditu proběhlo sezení s managementem zařízení, hlavní sestrou a ideálně ošetřujícím lékařem tak, aby byly vzájemně vysvětleny cíle návštěvy a předány informace o výsledcích šetření. Ke každému nálezu obdržel ošetřující lékař krátkou zprávu, která mu umožní s problémem dle svého uvážení dále pracovat.

- Audit probíhal u 161 klientů, kteří podepsali informovaný souhlas /popřípadě souhlas podepíše jejich opatrovníci.
- Celkový počet písemných farmakoterapeutických doporučení byl 378, průměrně na klienta 2,5 doporučení k aktuální medikaci
- **Nejčastější nálezy** Léčiva nevhodná ve stáří (léčiva obecně spojená s vysokým rizikem rozvoje NÚ) 15 %Nevhodná dávka léčiva 14 %
- Nežádoucí účinky léků 14 %
- Nedostatečná laboratorní monitorace potenciálních nežádoucích účinků 11 %
- Zbytečná medikace (nezjištěna indikace pro podání daného léčiva) 11 %
- Chybějící léčivo (léčivo s jasně prokázaným pozitivním vlivem na vývoj nemoci) 8 %
- Lékové interakce 4 %
- Duplicity 2 %

Na základě více jak roční zkušenosti s realizací projektu chceme nabídnout praktickým lékařům, kteří docházejí do těchto zařízení (domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem či domovy pro osoby se zdravotním postižením) konzultace klinických farmaceutů ve dvou možných rovinách. První je možnost telefonicky či přes e-mail konzultovat farmakoterapii konkrétního pacien-

ta (anonymizovaného v dotazu). Druhou možností je požádat o audit farmakoterapie skupiny seniorů v zařízení sociálních služeb, kam lékař dochází.

Závěrem je třeba zdůraznit, že ze strany Lékového průvodce nejde v žádném případě o snahu kritizovat kohokoli preskripci, práci či přístup, ale o pomoc s nastavením účelné a bezpečné farmakoterapie u pacientů. Tímto projektem Ústav kromě jiného, představuje a nabízí model multidisciplinární spolupráce na úrovni farmakoterapie. Zároveň budou zcela anonymizovaná data získaná v rámci auditů a konzultací sloužit jako základ pro další diskusi a nastavení systému pro předepisování a podávání léků v zařízení sociálních služeb.

PharmDr. Milada Halačová, Ph.D.

Vedoucí Oddělení klinické farmacie NNH

e-mail: milada.halacova@homolka.cz

PhDr. Ivana Plechátá

ředitelka - Ústav lékového průvodce, z.ú.

e-mail: ivana.plechata@lekovypruvodce.cz

tel: 605287807



Kontakt na poradnu:

www.lekovypruvodce.cz

e-mail na poradnu: pomoc@lekovypruvodce.cz

Primární hyperparatyreóza a praktický lékař

MUDr. Helena Šiprová

Endokrinologická ambulance II. interní kliniky FN
u sv. Anny v Brně

prof. MUDr. Květoslav Šipr, CSc.

Ústav sociálního lékařství a veřejného zdravotnictví
Lékařské fakulty Univerzity Palackého v Olomouci

Primární hyperparatyreóza je považována za nejčastější příčinu hyperkalcemie nemocných v ambulantní praxi (Pallan 2011), dávno nejde o vzácné onemocnění. Po diabetu mellitu a tyreopatiích je primární hyperparatyreóza třetí nejčastější endokrinní chorobou.

Ještě před dvěma desetiletími byla primární hyperparatyreóza téměř se samozřejmostí spojována s hyperkalcemií, dnes je normokalcemická primární hyperparatyreóza obecně uznávaným pojmem. Pokusili jsme se zjistit, které potíže nemocné s primární hyperparatyreózou nejčastěji trápí a nakolik se přítomnost nebo nepřítomnost hyperkalcemie projeví na klinickém průběhu choroby.

1. Metodika vlastního šetření

Šetření se uskutečnilo na II. interní klinice Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně v době od 1. 1. 2008 do 31. 12. 2014. Byli sledováni nemocní s prokázanou primární hyperparatyreózou, ošetřovaní v endokrinologické ambulanci kliniky od 1. 1. 2008 do 31. 12. 2013, stav nemocných byl sledován do 31. 12. 2014.

Soubor tvořilo 218 osob, z toho bylo 41 mužů (19%) a 177 žen (81%), více než dvě třetiny nemocných patřilo do věkových 51 až 70 let (tabulka 1). Nejmladší nemocný měl 26 let a nejstarší 85 let.

U všech nemocných se hodnotily klinické příznaky a zjišťovala sérová hladina celkového vápníku, fosforu a parathormonu, u většiny také plazmatická hladina ionizovaného vápníku, alkalické fosfatázy a vitamínu D. V souladu s doporučením referenční laboratoře se za nejvyšší fyziologickou hladinu považovala u parathormonu hodnota 7,1 pmol/l, u celkového kalcia 2,60 mmol/l a u ionizovaného kalcia 1,32 mmol/l.

2. Výsledky

Získané nálezy jsme posuzovali především ve vztahu k hladině kalcia zjištěné při prvním vyšetření, terénní lékař se totiž při vyslovení podezření na primární hyperparatyreózu opírá především o zjištění déle trvající hyperkalcemie. Nemocní, u kterých se

při vstupním vyšetření zjistila patologicky zvýšená sérová hladina celkového kalcia, byli označeni jako „hyperkalcemičtí“, nemocní s fyziologickou hladinou celkového kalcia jako „normokalcemičtí“.

2.1 Subjektivní potíže

Při vstupním vyšetření uvádělo potíže 66 pacientů, tedy 30% všech nemocných. Pacienti, u kterých se zjistila hyperkalcemie, udávali subjektivní potíže podstatně častěji než pacienti s normální hladinou sérového kalcia (tabulka 2). K nejčastějším těžkostem patřila nadměrná únavnost, zažívací potíže, psychické problémy a bolesti kostí a svalů.

2.2. Laboratorní nález

Sérová hladina parathormonu

Ve skupině hyperkalcemických nemocných se sérová hladina parathormonu pohybovala od 7,2 do 153,3 pmol/l, průměrná hodnota byla 29,6 pmol/l.

Ve skupině normokalcemických pacientů činila sérová hladina parathormonu 7,2 až 26,9 pmol/l, průměrná hodnota byla 9,6 pmol/l.

Sérová hladina kalcia

Při vstupním vyšetření se prokázala patologicky zvýšená sérová hladina celkového kalcia u 31 nemocných, z toho bylo 5 mužů a 26 žen. Normální sérová hladina kalcia se zjistila u 187 nemocných, z toho bylo 36 mužů a 151 žen (tab. 3).

Tabulka 1. Věk nemocných v době zjištění primární hyperparatyreózy

Věk v počtu let	Muži		Ženy		Všichni	
	N	%	N	%	N	%
< 40	3	7,3	14	7,9	17	7,8
41–50	2	4,9	15	8,5	17	7,8
51–60	13	31,7	45	25,4	58	26,6
61–70	17	41,4	70	39,6	87	39,9
71–80	4	9,8	26	14,7	30	13,8
> 80	2	4,9	7	3,9	9	4,1
Celkem	41	100,0	177	100,0	218	100,0

Tabulka 2. Přítomnost potíží u nemocných s primární hyperparatyreózou

	Nemocní bez potíží		Nemocní s potížemi		Všichni nemocní	
	N	%	N	%	N	%
Normokalcemičtí nemocní	143	77	44	23	187	100
Hyperkalcemičtí nemocní	9	29	22	71	31	100
Celkem	152	70	66	30	218	100

Ve skupině 187 nemocných, u kterých se při vstupním vyšetření zjistila normální sérová hladina kalcia, zůstalo po celou dobu sledování normokalcemickými 151 nemocných (81 %) a k vzestupu kalcemie do patologických hodnot došlo u 36 nemocných (19 %).

V době prvního zjištění přechodu z normokalcemie do hyperkalcemie byly vyšetřeny sérové hladiny celkového i ionizovaného kalcia u 21 nemocných. U 6 osob došlo nejprve ke zvýšení hladiny celkového kalcia (28 %), u 5 nemocných se zvýšila nejprve hladina ionizovaného kalcia (27 %) a u 10 pacientů se zjistil současný vzestup celkového i ionizovaného kalcia (u 48 % nemocných).

2.3 Scintigrafické vyšetření

Ukázalo se, že úspěšnost scintigrafického vyšetření výrazně závisí na rozvoji choroby. Ve skupině 31 nemocných, kteří po dobu sledování byli trvale hyperkalcemickými, se podařilo adenom paratyreoidey lokalizovat u 21 osob (68 %), zatímco ve skupině 89 nemocných trvale normokalcemických pouze u 5 osob (6 %).

Obdobná byla úspěšnost lokalizace adenomu u nemocných, kteří se stali hyperkalcemickými během doby sledování, jestliže se vyšetření uskutečňovalo ve fázi hyperkalcemie: u 11 nemocných z 15 vyšetřených (73 %).

Jestliže se však u obdobné skupiny nemocných prováděla scintigrafie ve stadiu normokalcemie, byla úspěšná podstatně méně často: u 2 nemocných ze 14 vyšetřených (14 %).

2.4 Přítomnost dalších chorob

Téměř každý desátý z nemocných sledovaného souboru trpěl kromě primární hyperparatyreózy také dalším onemocněním, zejména arteriální hypertenzí, osteoporózou, urolitiázou a jiným endokrinním onemocněním, zvláště thyreopatií.

Diabetes mellitus se zjistil u 32 nemocných, přitom u 8 hyperkalcemických nemocných (26 % všech pacientů hyperkalcemických již při vstupním vyšetření) a u 24 původně normokalcemických nemocných (13 %).

Osteoporóza se ve skupině 31 hyperkalcemických nemocných prokázala u 14 osob (42 %) a ve skupině 187 normokalcemických pacientů u 56 osob (30 %).

Arteriální hypertenze byla diagnostikována u 21 hyperkalcemických nemocných (68 % z 31 pacientů) a u 88 normokalcemických nemocných (47 % z 187 pacientů).

Nefrolitiáza byla ve skupině 31 hyperkalcemických nemocných přítomna u 7 osob (23 %) a ve skupině 187 normokalcemických nemocných u 8 osob (4 %).

2.5 Terapie

Byla respektována zásada, že definitivním řešením primární hyperparatyreózy je pouze chirurgický zákrok. Ve skupině 31 trvale hyperkalcemických nemocných proběhla chirurgická léčba u 22 nemocných (71 %), dlouhodobá farmakologická léčba se uskutečnila u 5 nemocných (16 %). Sledování postačilo u 4 nemocných (13 %).

Ve skupině 36 nemocných, u kterých se při vstupním vyšetření zjistily normální hodnoty sérového kalcia, ale kteří během sledování přešli do hyperkalcemie, proběhla chirurgická léčba u 9 nemocných (25 %) a farmakologická léčba u 4 nemocných (11 %).

Ve skupině 151 trvale normokalcemických nemocných proběhla chirurgická léčba u 2 nemocných (1 %), k farmakologické léčbě přistoupeno nebylo.

3. Diskuse

Po dlouhou dobu se primární hyperparatyreóza zjišťovala na základě příznaků, byla tedy „symptomatická“. Díky screeningovým biochemickým vyšetřením a zavedení automatických analyzátorů pro vyšetření hladiny kalcia se vytvořily podmínky pro častější a časnější zjišťování primární hyperparatyreózy v bezpříznakovém období, a tím pro účinnou prevenci zvýšeného rizika zlomenin, nefrolitiázy, kardiovaskulárních onemocnění i duševních poruch (Salinas 2013).

Zcela asymptomatická primární hyperparatyreóza není častá, jestliže jsou nemocní pečlivě vyšetřováni anamnesticky, klinicky i pomocí zobrazovacích metod. Cílenými dotazy často odhalíme potíže, o kterých nemocní sami spontánně nehovoří: zvýšenou únavnost, celkovou nevolnost či svalovou slabost, poruchy koncentrace a paměti. Na možnou přítomnost primární hyperparatyreózy je potřeba vždy myslet u nemocných s urolitiázou a sníženou kostní hustotou.

U nemocných s pozdě rozpoznanou primární hyperparatyreózou dochází zbytečně často k závažným komplikacím, nefrolitiáza a osteoporóza se u nemocných s primární hyperparatyreózou se v České republice vyskytují častěji než jinde v Evropě (Broulík, 2015).

Pro rozpoznání primární hyperparatyreózy je důležitá vzájemná spolupráce odborníků mnoha oborů, praktičtí lékaři se v České republice podílejí na zjištění choroby až u 90 procent nemocných (Broulík, 2003). Praktičtí lékaři byli také nejčastějšími odesílateli nemocných na pracoviště, na kterém bylo vypracováno předkládané sdělení.

Příznaky primární hyperparathyreózy jsou nespecifické a většinou nevýrazné (Waas, 2011). K rozpoznání primární hyperparatyreózy vede nejčastěji nález hyperkalcemie, podezření na hyperparatyreózu ovšem potvrdí teprve zjištění zvýšené hladiny parathormonu.

Hyperkalcemie bývá v 90 procentech způsobena primární hyperparatyreózou nebo zhoubným nádorem (Broulík, 2011). Opakované zjištění hyperkalcemie je

Tabulka 3. Nemocní s hyperkalcemickou a normokalcemickou primární hyperparatyreózou

Sérová hladina celkového kalcia	Ženy		Muži		Všichni	
	N	%	N	%	N	%
Hyperkalcemie	26	15	5	12	31	14
Normokalcemie	151	85	36	88	187	86
Celý soubor	177	100	41	100	218	100

charakteristické pro primární hyperparatyreózu, hyperkalcemie trvající teprve krátkou dobu svědčí spíše pro maligní onemocnění. Diferenciálně diagnostické úvahy usnadní vyšetření sérové hladiny parathormonu: je-li zvýšená nebo v horní části normálního rozpětí, jde s velkou pravděpodobností o hyperparatyreózu, snížená hladina podporuje úvahu o zhoubném nádoru.

Normokalcemie nese svědčí proti diagnóze primární hyperparatyreózy (Šiprová, 2016). Výsledky předkládané práce jsou shodné s poznatky jiných autorů: k přeměně „normokalcemických“ nemocných s primární hyperparatyreózou v nemocné „hyperkalcemické“ dochází u 19 až 22 procent pacientů (Bilezikian, 2010).

Přibližně polovina sérového celkového kalcia je vázána na bílkoviny, především albumin, biologicky aktivní je pouze kalcium ionizované. Hypalbuminemie (např. při jaterní cirhóze, proteinové podvýživě nebo ztrátě proteinů v moči či trávicím traktem) může vést ke snížení hladiny celkového kalcia, přestože hladina ionizovaného kalcia je normální nebo i vysoká.

Zvýšení sérové hladiny ionizovaného kalcia je diagnosticky cennější než zvýšení hladiny celkového kalcia (Diaz-Sotto, 2012). Předkládaná studie ovšem ukazuje, že při přechodu normokalcemického pacienta s primární hyperparatyreózou do hyperkalcemie se někdy zjistí nejprve zvýšená hladina ionizovaného kalcia a jindy celkového kalcia.

U starších nemocných je potřeba považovat za závažné také jen mírné zvýšení sérového kalcia i parathormonu, protože za normálních okolností se sérové hladiny v obou případech ve vyšším věku spíše snižují. Primární hyperparatyreózou trpí až 6 procent zdravých postmenopauzálních žen (Press, 2013).

Diagnostika primární hyperparatyreózy není obtížná, pokud lékař na toto onemocnění myslí. Od doby, kdy závažným komplikacím primární hyperparatyreózy dovedeme předcházet účinnou léčbou, snaha o rozpoznání choroby není samoučelná, ale projevem zodpovědného přístupu k nemocným.

Literatura:

- Pallan S, Khan A. Primary hyperparathyroidism. Update on presentation, diagnosis and management in primary care. *Can Fam Physician* 2011;57:184-185.
- Salinas M, Lopéz-Garrigós M, Pomares F. et al. Serum calcium, the forgotten test: Preliminary results of an appropriateness strategy to detect primary hyperparathyroidism. *Bone* 2013; 56: 73-76.
- Broulík P, Adámek S, Libánský P, Kubyní J. Changes in the Pattern of Primary Hyperparathyroidism in the Czech Republic. *Prague Medical Report*. 2015; 116(2): 112-121.
- Broulík P. Poruchy kalciofosfátového metabolismu. Praha: Grada, 2003.
- Broulík P. Hyperkalcemie: na co je třeba myslet a jaká vyšetření provést? *Interní med* 2011; 13 (7 a 8): 314-317.

Závěry pro lékaře primární péče

1. Znalost sérové hladiny celkového vápníku usnadňuje diagnostickou rozvahu terénního lékaře. Pro svůj význam a ekonomickou nenáročnost by vyšetření kalcemie pravděpodobně mělo být indikováno častěji než dosud. Vyšetření ionizovaného kalcia bude praktický lékař indikovat spíše výjimečně.
2. K život ohrožujícím komplikacím dochází především u hyperkalcemické primární hyperparatyreózy. Normokalcemická primární hyperparatyreóza však není bezvýznamnou chorobou. Také u nemocných s normální nebo jen lehce zvýšenou sérovou hladinou kalcia je podstatně vyšší výskyt arteriální hypertenze, hypertrofie levé srdeční komory a srdečních arytmií, ale také zvýšená mortalita na srdeční infarkt a náhlé cévní příhody mozkové. U nemocného s arteriální hypertenzí rezistentní na léčbu by měla být vždy vyloučena přítomnost primární hyperparatyreózy.
3. Nemocné s normokalcemickou primární hyperparatyreózou je potřeba soustavně a dlouhodobě sledovat. Z hlediska nemocného není rozhodující, zda budou v péči praktického lékaře nebo endokrinologa.

Souhrn

Pohled na primární hyperparatyreózu se změnil. V ambulantní praxi jde o nejčastější příčinu hyperkalcemie. Choroba může postihnout nemocné kteréhokoli věku, nejčastěji však se zjišťuje u osob starších 50 let, a zvláště u postmenopauzálních žen. K nadměrné sekreci parathormonu dochází nejčastěji v adenomu jednoho z příštítných tělísek. Definitivní léčbou symptomatické i asymptomatické primární hyperparatyreózy je paratyreoidektomie. Je-li chirurgický zákrok kontraindikován, bývá na místě farmakologická léčba: při snížené kostní denzitě zejména bisfonáty a při výrazné hyperkalcemii kalcimimetika.

Waas J, Stewart P. Oxford textbook of Endocrinology and Diabetes. 2nd edition. Oxford: Oxford University Press, 2011.

Šiprová H, Fryšák Z, Souček M. Primary hyperparathyroidism, with a focus on management of the normocalcemic form: To treat or not to treat? *Endocr Pract* 2016; 22(3): 294-301.

Bilezikian JP, Silverberg SJ. Normocalcemic primary hyperparathyroidism. *Arq Bras Endocrinol Metabol*. 2010; 54(2): 106-109.

Díaz-Soto G, Julian MT, Puig-Domingo M. Normocalcemic primary hyperparathyroidism: A newly emerging disease needing therapeutic intervention. *Hormones*. 2012; 11(4): 390-396.

Press D, Sipperstein AF, Berber E, et al. The prevalence of undiagnosed and unrecognized primary hyperparathyroidism: A population-based analysis from the electronic record. *Surgery* 2013; 154: 1232-1238.

Kardiaci a očkování proti chřipce



MUDr. Petr Peichl, Ph.D.
Klinika kardiologie IKEM v Praze

Odpovídá kardiolog MUDr. Petr Peichl, Ph.D. – pracuje na Klinice kardiologie IKEM v Praze. Specializuje se na intervenční léčbu poruch srdečního rytmu.

1. Proč je chřipková sezóna pro pacienta s kardiovaskulární chorobou nebezpečným obdobím?

Nemoci srdce a cév jsou závažné samy o sobě – v České republice i ostatních ekonomicky vyspělých zemích jsou nejčastější příčinou úmrtí. Jen pro ilustraci, každý rok u nás zemře více než 50 000 lidí trpících kardiovaskulárním onemocněním. Pro tyto pacienty představuje chřipková sezóna rizikové období, kdy jsou ohroženi závažnými respiračními infekcemi, například zánětem plic, či právě chřipkou.

2. Jak konkrétně člověka s kardiovaskulárním onemocněním může chřipka ohrozit?

Kardiovaskulární onemocnění vedou ke změnám cirkulace krve v organismu, která pak městná v plicích nebo v jiných částech těla. Onemocní-li kardiak chřipkou, jeho boj s nemocí je obtížnější, protože větší množství tekutiny v plicích ztěžuje odstraňování chřipkového viru. Vlivem chřipky může dojít ke zhoršení základní nemoci, v horším případě dokonce k úmrtí. Ve srovnání se zdravým člověkem je kardiak chřipkou ohrožen na životě až 52x více. U pacientů, kteří trpí současně kardiovaskulárním a plicním onemocněním, se zvýší riziko úmrtí v důsledku komplikací způsobených chřipkou dokonce až 435x.

3. Existuje účinná prevence, jak se kardiak může v chřipkové sezóně chránit?

Pacienti s kardiovaskulárními chorobami by v chřipkové sezóně měli dbát zvýšené opatrnosti, vyhýbat se místům s velkou koncentrací lidí a především se každoročně nechat očkovat proti chřipce. Kardiaci patří mezi tzv. rizikové skupiny, a jako takoví mají u nás ze zákona vakcínu proti chřipce i její aplikaci hrazenou pojišťovnou.

4. Jaký přínos má očkování proti chřipce pro pacienty s kardiovaskulárními chorobami?

Studie u těchto pacientů prokázaly, že očkování proti chřipce snižuje riziko těžkých, život ohrožujících komplikací chřipky. Je prokázáno, že očkování proti chřipce snižuje u kardiaků výskyt mozkových příhod o 55 % a infarktů myokardu o 67 %. Každý kardiak by měl proto před začátkem chřipkové sezóny, nejlépe hned v září, podstoupit preventivní očkování proti chřipce, aby si tělo stihlo včas vytvořit protilátky.

5. Je spojeno očkování proti chřipce u kardiaků s nějakými riziky?

Vedlejší účinky se velmi vzácně vyskytnout mohou, ale přínos očkování je mnohem vyšší. Například inaktivovaná vakcína, která je indikována u pacientů s kardiovaskulárním onemocněním, lze použít i u imunosuprimovaných nemocných po transplantaci srdce.

6. Doporučujete svým pacientům, aby se u svého praktického lékaře nechali očkovat proti chřipce?

Ano. Na naší klinice se setkáváme s pacienty s velmi závažným onemocněním srdce. Chřipka, s kterou by se mladý zdravý člověk vypořádal snáze, může mít pro kardiaka fatální následky. Každoroční očkování proti chřipce by pro tyto pacienty mělo být samozřejmým preventivním opatřením. Jako riziková pacienta mají navíc vakcínu včetně aplikace zdarma, stačí, aby o ni požádali svého praktického lékaře. Je ale třeba nechat se očkovat včas, ještě před nástupem chřipkové epidemie, tedy ideálně od září do listopadu. Bohužel proočkovanosť obyvatel České republiky proti chřipce je ve srovnání s ostatními vyspělými zeměmi EU stále velmi nízká, a to i u rizikových pacientů.

7. Jak se stavíte k povinnému očkování proti chřipce u zdravotníků?

Zvláště na rizikových odděleních typu JIP, ARO, či odděleních, kde zdravotní personál přichází do kontaktu s rizikovými pacienty, by měli být zdravotníci očkováni. Například v USA je proti chřipce proočkováno přes 63 % zdravotníků, ve zdravotnických zařízeních s povinnou vakcinací je to 98 % a povinné očkování personálu je často součástí akreditačního procesu nemocnic. V EU je v naprosté většině zemí doporučeno očkování všech zdravotnických pracovníků a v některých evropských zemích je již vyžadováno povinně.

Léčba dyslipidemie u pacientů s hypertenzí



MUDr. Peter Wohlfahrt^{1,2,3}

¹Centrum kardiovaskulární prevence 1. LF UK a Thomayerova nemocnice

²Mezinárodní centrum klinického výzkumu, Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně

³Laboratoř pro výzkum aterosklerózy IKEM

Souhrn pro praxi

Hypertenze a dyslipidemie jsou provázané rizikové faktory, které při současném výskytu výrazně akcelerují proces aterosklerózy a násobně zvyšují kardiovaskulární riziko. V České Republice má třetina osob ve věku 40–65 let současně hypertenzi a dyslipidemii, přičemž pouze 10 % z nich dosahuje kontrolu obou rizikových faktorů. Indikace hypolipidemické terapie je závislá jak na hodnotě LDL cholesterolu tak na výši kardiovaskulárního rizika. Vzhledem ke zvýšenému kardiovaskulárnímu riziku pacientů s hypertenzí, hypolipidemická terapie je indikována u více než poloviny. Proto u každého pacienta s hypertenzí je důležité zvážit indikaci hypolipidemické terapie.

Kardiovaskulární onemocnění jsou nejčastější příčinou úmrtí v Česku. Hypertenze je nejvýznamnější a nejčas-

tější rizikový faktor pro rozvoj kardiovaskulárního onemocnění odpovědná za přibližně polovinu ischemických iktů i infarktů myokardu¹. Po hypertenzi a kouření představuje dyslipidemie třetí nejčastější příčinu úmrtí na světě. Hypertenze a dyslipidemie jsou provázané a vzájemně se potencující kardiovaskulární rizikové faktory. Hypertenze více než dvojnásobně zvyšuje pravděpodobnost výskytu dyslipidemie. Přítomnost dyslipidemie až 5násobně zvyšuje riziko infarktu myokardu u pacienta s hypertenzí². Dyslipidemie predikuje riziko vzniku hypertenze³ a závažnost dyslipidemie koreluje se závažností hypertenze.

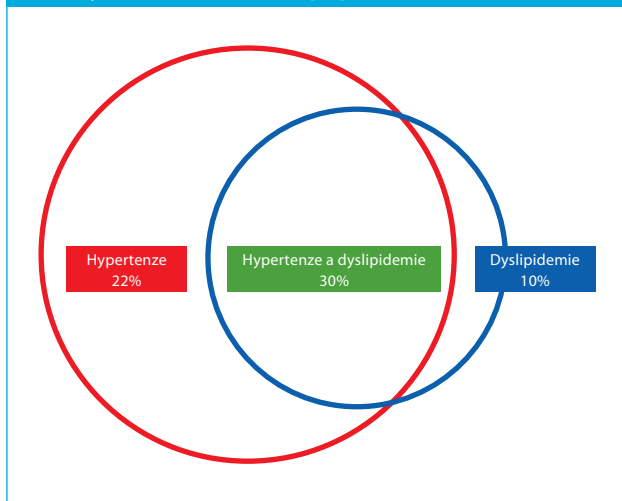
Výskyt hypertenze a dyslipidemie v ČR

Podle studie post-MONICA, ve věkové skupině 40–65 let 52 % osob trpí hypertenzí, 40 % dyslipidemií a 30 % má současně hypertenzi a dyslipidemii (Obrázek 1). U pacientů s hypertenzí je hypolipidemická terapie indikována u více než poloviny, ale dostává ji jenom 39 % z nich. Pouze 42 % léčených pacientů dosahuje cílové hladiny LDL cholesterolu (Obrázek 2).

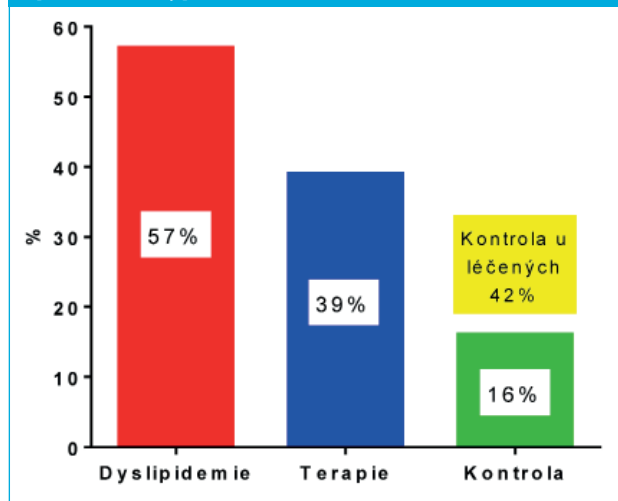
Farmakoterapie dyslipidemie

Podle Evropských doporučení pro léčbu dyslipidemie⁴ je indikace farmakoterapie závislá na hodnotě LDL cholesterolu a kardiovaskulárním riziku. Stanovení kardiovaskulárního rizika ukazuje Tabulka 1. U osob v primární prevenci stanovujeme kardiovaskulární riziko pomocí tabulek SCORE. Postup při léčbě dyslipidemie ukazuje Tabulka 2. Primárním cílem léčby je LDL cholesterol. Výše cílového LDL cholesterolu je závislá od kardiovaskulárního rizika. U pacientů s velmi vysokým rizikem je cílem LDL-C < 1,8 mmol/l nebo alespoň jeho

Obrázek č. 1. Výskyt hypertenze, dyslipidemie a obou rizikových faktorů v České populaci



Obrázek č. 2. Prevalence, léčba a kontrola dyslipidemie u pacientů s hypertenzí v ČR



snížení o 50 % z výchozí hodnoty. Pro osoby ve vysokém riziku je cílem LDL-C < 2,5 mmol/l, u osob ve středním riziku má být zvážen cílový LDL-C < 3,0 mmol/l.

Lékem první volby farmakoterapie dyslipidemie jsou statiny. Metaanalýza statinových studií u pacientů v primární prevenci prokázala redukci kardiovaskulární morbidity i kardiovaskulární a celkové mortality⁵. Vliv terapie statiny na kardiovaskulární riziko u pacientů v primární prevenci s hypertenzí sledovala studie ASCOT (Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial). Atorvastatin v dávce 10 mg vedl k poklesu primárně sledovaného cíle (nefatální infarkt myokardu, fatální kardiovaskulární příhody) o 36 %⁶. Uvedená studie naznačila i synergistický účinek atorvastatinu a antihy-

pertenzní terapie založené na terapii amlodipin/perindopril. Ve srovnání s placebem, atorvastatin snížil riziko primárně sledovaného cíle o 53 % v kombinaci s terapií amlodipin/perindopril, ale jenom o 16 % při kombinaci s terapií atenolol/bendroflumethiazide⁷. V nedávno publikované studii HOPE 3, hypolipidemická terapie statinem u pacientů se středním kardiovaskulárním rizikem bez kardiovaskulárního onemocnění snížila riziko kardiovaskulární morbidity a mortality o 24 %⁸.

Studie u osob s geneticky podmíněnou nízkou hladinou LDL cholesterolu ukazují, že osoby s celoživotně nízkým LDL cholesterolem mají až 3× nižší kardiovaskulární riziko ve srovnání se skupinou osob, u které dosáhneme stejnou hladinu LDL cholesterolu pomocí statinů

Tabulka 1. Stanovení kardiovaskulárního rizika

Velmi vysoké	Vysoké	Střední	Nízké
ICHS	SCORE 5–9%	SCORE 1–4%	SCORE < 1%
Ischemická CMP	DM		
DM s albuminurií	Familiární hyperlipidemie		
SCORE ≥ 10%			
eGFR < 60 ml/min/1,73 m ²			
Subklinická ateroskleróza			

ICHS – ischemická choroba srdeční, CMP – cévní mozková příhoda, DM – diabetes mellitus 1. nebo 2. typu, albuminurie – poměr albumin/kreatinin > 30 mg/g, eGFR – odhadovaná glomerulární filtrace dle CKD EPI

Tabulka 2. Intervence dyslipidemie dle kardiovaskulárního rizika a hodnoty LDL cholesterolu

Kardiovaskulární riziko	LDL cholesterol (mmol/l)				
	< 1,8	1,8–2,5	2,5–4,0	4,0–4,9	> 4,9
Nízké	Žádná intervence	Žádná intervence	Změna životního stylu	Změna životního stylu	Změna životního stylu, farmakoterapie při selhání
Střední	Změna životního stylu	Změna životního stylu	Změna životního stylu, farmakoterapie při selhání	Změna životního stylu, farmakoterapie při selhání	Změna životního stylu, farmakoterapie při selhání
Vysoké	Změna životního stylu, zvážit farmakoterapii	Změna životního stylu, zvážit farmakoterapii	Změna životního stylu a okamžitá farmakoterapie	Změna životního stylu a okamžitá farmakoterapie	Změna životního stylu a okamžitá farmakoterapie
Velmi vysoké	Změna životního stylu, zvážit farmakoterapii	Změna životního stylu a okamžitá farmakoterapie ii	Změna životního stylu a okamžitá farmakoterapie	Změna životního stylu a okamžitá farmakoterapie	Změna životního stylu a okamžitá farmakoterapie

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

až ve středním věku⁹. Uvedený rozdíl v riziku lze vysvětlit rozdílnou délkou expozice kardiovaskulárního systému zvýšeným hladinám lipidů. V iničiálních stadiích aterosklerotického procesu, agresivní snížení LDL cholesterolu vede k regresí aterosklerotických změn a normalizaci funkcí cévní stěny¹⁰. To poukazuje na důležitost včasné iniciace hypolipidemické terapie.

V současné době přichází na český trh moderní fixní kombinace antihypertenziv se statinem, od které lze očekávat zlepšení kompenzace obou rizikových faktorů a snížení kardiovaskulárního rizika. Dle recentní Cochranově metaanalýzy, použití fixní kombinace statinu a antihypertenziva vede k vyšší redukci LDL cholesterolu o 0,8 mmol/l ve srovnání s běžnou terapií¹¹. Přitom redukce LDL cholesterolu o 1 mmol/l snižuje kardiovaskulární riziko o 22 %. Tento benefit lze částečně vysvětlit zlepšením compliance k léčbě, která byla popsána při použití fixní kombinace. Dalším vysvětlením je možný synergický účinek antihypertenzní terapie perindopril/amlodipin s atorvastatinem, který naznačila studie ASCOT.

Často diskutovanou je otázka doby podání statinu. Vzhledem k cirkadiální variabilitě syntézy cholesterolu v játrech a nejvyšší produkci během hladovění v nočních hodinách, podáváme krátkodobě působící statiny (simvastatin, fluvastatin) obyčejně ve večerních hodinách. Dlouhodobě působící statiny (atorvastatin, rosuvastatin) lze naopak podávat v kteroukoliv dobu. To umožňuje podání atorvastatinu ve fixní kombinaci s perindopilem a amlodipinem v ranních hodinách.

Závěr

Hypertenze a dyslipidemie jsou jedny z nejsilnějších kardiovaskulárních rizikových faktorů. Vzhledem k časté koincidenci obou rizikových faktorů je vhodné u každého pacienta s hypertenzí zvážit indikaci hypolipidemické terapie. Léčba a kontrola dyslipidemie je u pacientů s hypertenzí v ČR nedostatečná. Použití nové fixní kombinace Atorvastatin/Perindopril arginin/Amlodipin může zlepšit kontrolu obou vzájemně provázaných rizikových faktorů.

Reference:

1. Lawes CM, Vander Hoorn S, Rodgers A. Global burden of blood-pressure-related disease, 2001. *Lancet*. 2008 May 3;371(9623):1513-1518.
2. Stamler J, Wentworth D, Neaton JD. Prevalence and prognostic significance of hypercholesterolemia in men with hypertension. Prospective data on the primary screenees of the Multiple Risk Factor Intervention Trial. *Am J Med*. 1986 Feb 14;80(2a):33-39.
3. Halperin RO, Sesso HD, Ma J, Buring JE, Stampfer MJ, Gaziano JM. Dyslipidemia and the risk of incident hypertension in men. *Hypertension*. 2006 Jan;47(1):45-50.
4. Catapano AL, Reiner Z, De Backer G, Graham I, Taskinen MR, Wiklund O, Agewall S, Alegria E, Chapman MJ, Durrington P, Erdine S, Halcox J, Hobbs R, Kjekshus J, Perrone Filardi P, Riccardi G, Storey RF, Wood D. ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: the Task Force for the management of dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Atherosclerosis Society (EAS). *Atherosclerosis*. 2011 Jul;217 Suppl 1:S1-44.
5. Taylor F, Huffman MD, Macedo AF, Moore TH, Burke M, Davey Smith G, Ward K, Ebrahim S. Statins for the primary prevention of cardiovascular disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013(1):Cd004816.
6. Sever PS, Dahlof B, Poulter NR, Wedel H, Beevers G, Caulfield M, Collins R, Kjeldsen SE, Kristinsson A, Mclnnes GT, Mehlsen J, Nieminen M, O'Brien E, Ostergren J. Prevention of coronary and stroke events with atorvastatin in hypertensive patients who have average or lower-than-average

- cholesterol concentrations, in the Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial—Lipid Lowering Arm (ASCOT-LLA): a multicentre randomised controlled trial. *Drugs*. 2004;64 Suppl 2:43-60.
7. Sever P, Dahlof B, Poulter N, Wedel H, Beevers G, Caulfield M, Collins R, Kjeldsen S, Kristinsson A, Mclnnes G, Mehlsen J, Nieminen M, O'Brien E, Ostergren J. Potential synergy between lipid-lowering and blood-pressure-lowering in the Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial. *Eur Heart J*. 2006 Dec;27(24):2982-2988.
8. Yusuf S, Bosch J, Dagenais G, Zhu J, Xavier D, Liu L, Pais P, Lopez-Jaramillo P, Leiter LA, Dans A, Avezum A, Piegas LS, Parkhomenko A, Keltai K, Keltai M, Sliwa K, Peters RJ, Held C, Chazova I, Yusoff K, Lewis BS, Jansky P, Khuntti K, Toff WD, Reid CM, Varigos J, Sanchez-Vallejo G, McKelvie R, Pogue J, Jung H, Gao P, Diaz R, Lonn E. Cholesterol Lowering in Intermediate-Risk Persons without Cardiovascular Disease. *N Engl J Med*. 2016 May 26;374(21):2021-2031.
9. Cohen JC, Boerwinkle E, Mosley THJ, Hobbs HH. Sequence Variations in PCSK9, Low LDL, and Protection against Coronary Heart Disease. *New England Journal of Medicine*. 2006;354(12):1264-1272.
10. Robinson JG, Gidding SS. Curing Atherosclerosis Should Be the Next Major Cardiovascular Prevention Goal. *Journal of the American College of Cardiology*. 2014 7/1;/63(25, Part A):2779-2785.
11. de Cates AN, Farr MR, Wright N, Jarvis MC, Rees K, Ebrahim S, Huffman MD. Fixed-dose combination therapy for the prevention of cardiovascular disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014(4):Cd009868.

Domácí laboratorní metody: nová výzva pro praktické lékaře



doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D.

Ordinace PL, Karlín
Ústav všeobecného lékařství 1. LF UK Praha

Laboratorní testy do každé domácnosti

V posledních deseti letech charakterizuje primární péči v České republice rozvoj laboratorních technologií v místě poskytování péče, tzv. POCT metod. Léto 2016 přináší další revoluci v laboratorních metodách, a tou je uvedení celé kolekce domácích laboratorních testů, daleko za hranice našeho portfolia POCT metod. Domácí testy mohou měnit chování pacientů, a to jak ve smyslu rozhodnutí o návštěvě praktického lékaře, tak vyžadování dalších diagnostických nebo terapeutických postupů. Je důležité, aby praktičtí lékaři o testech věděli a byli připraveni.

V obecné rovině se stává domácí laboratorní diagnostika faktem, který nelze ignorovat. Používání domácích testů můžeme chápat jako výraz zvýšeného zájmu a péče pacienta o své zdraví, prostředek k racionalizaci využívání lékařských služeb a k lepší spolupráci pacienta. Na druhou stranu má použití domácích testů svá rizika a může lékařskou péči, zejména ve všeobecné praxi, i komplikovat. Nezbyvá než veřejnost trpělivě edukovat i v tomto smyslu a na možná rizika upozorňovat.

Co by měli pacienti vědět o domácích laboratorní diagnostice: technický a klinický aspekt

Metody, používané v domácí laboratorní diagnostice jsou stejné nebo obdobné a dosahují srovnatelných hodnot senzitivity a specifity jako profesionální vyšetření. Výsledek je obvykle kvalitativní nebo semikvantitativní. Pacienti by měli vědět, že výstupy domácích testů mají orientační charakter a postrádají validitu dat z přístroje, podléhajícího externí kontrole kvality.

Ještě významnější je klinický aspekt. Metody neurčují nemoc, ale jen některý znak, který je třeba vidět v souvislostech ostatních klinických známek a výsledků vyšetření. Laická interpretace výsledků má své limity. Pozitivní výsledek by měl být konzultován s lékařem, ale i toto tvrzení má své pastí, jak vyplývá z popisu jednotlivých metod.

Prodej domácích laboratorních testů

Domácí laboratorní testy budou nabízeny k prodeji v lékárnách, případně na internetu. Výrobce předpokládá proškolení lékárníků. Ceny testů se podle použitých metod pohybují od 200 Kč do 550 Kč.

CRP

Metoda pro domácí použití je k dispozici téměř 2 roky a nejsem si vědom negativní zpětné vazby z praxí všeobecných nebo pediatrických. Test má bezpečnou hladinu pozitivivity (cut-off) 30 mg/l.

Stanovení cholesterolu v krvi

Test z plné krve je založen na principu pevné fáze; metody obdobné té, která se používá v laboratořích. Test je pozitivní při hladině celkového cholesterolu vyšší než 5,2 mmol/l. Test má citlivost 92,4 % a specifitu 81,3 %. Trvá 3 minuty.

Test může být přínosný pro laické zjištění hladiny celkového cholesterolu a orientační hodnocení životního stylu, event. sledování efektivity dietních opatření.

Stanovení železa v krvi

Jedná se o imunochromatografický test ke zjištění hladiny ferritinu, který je pozitivní při hladině nižší než 20 ng/ml, tedy stavu, kdy jsou zásoby železa vyčerpány nebo nedostatečné. Test je vysoce citlivý (97,56 %) a specifický (96,92 %). Na výsledek se čeká 10 minut.

Může být přínosem pro orientační zjištění anemie při různých stavech a následné rozhodnutí o návštěvě lékaře, případně pro domácí sledování hladiny při léčbě.

Zánět močových cest

Metoda testu je zaměřena na detekci tří indikátorů zánětu v moči: bílých krvinek, nitritů a bílkovin. Citlivost testu podle parametru je od 87 do 91 %, specifita od 91 do 99 %. Doba provedení je 1 minuta.

Test může pomoci při obtížích identifikovat zánět a navést pacienta k lékaři, event. posloužit jako domácí kontrola po přeléčení lehké uroinfekce.

Nesnášenlivost lepku

Jedná se o imunochromatografický test, který zjišťuje protilátky proti tkáňové transglutamináze v plné krvi. Výsledek je buď pozitivní nebo negativní. Citlivost je 98 % a specifita 96,7 %. Test trvá 10 minut.

Pacientům je třeba vysvětlovat, že zvýšenou hladinu samu o sobě nelze považovat za prokázání celiakie, že je třeba ji potvrdit biopsií z dvanáctníku. Lze předpokládat, že část pacientů zahájí po stanovení pozitivivity bezpečnou dietu bez konzultace s lékařem.

Alergie

Test detekuje zvýšení protilátek typu IgE v krvi proti třem alergenům: zvířecí srst, roztoči a travní pyly. Vyšetření probíhá ve dvou fázích, celkem zabere 30 minut.

Může pacientům posloužit jako průkaz alergie na jeden ze tří uvedených alergenů jako příčiny obtíží. Vzhledem k prevalenci alergie v populaci může užívání testu přinést větší nároky na konzultace pro alergické stavy.

Borelióza

Testována je přítomnost borelie přímo v odstraněném klíštěti, které se rozdrtí v dodávaném roztoku a ten je pak vyšetřován.

Riziko, že klíště je infikované, je v České republice 5–35 %. Podle názorů odborníků, klíště musí přisát alespoň 24 hodin, aby došlo k přenosu infekce. Riziko přenosu infekce z infikovaného klíštěte je zhruba 5 %. Z uvedeného vyplývá, že pozitivita testu neprokazuje boreliózu u člověka, jen vybízí k větší obezřetnosti při sledování klinických, např. kožních změn. Nicméně, test může přivádět více osob k lékaři a měnit jejich konzultační chování, s důsledkem vyšší nákladovosti. Pro tyto situace, pokud budou časté, bude potřeba zformovat v praxích postoje.

Mužská neplodnost

Test, při kterém je vyšetřováno sperma smíchané se vzorkovacím puřem, je založen na imunochromatografické metodě, která zjišťuje povrchový protein na hlavičce spermií. Test je pozitivní při méně než 20 milionech spermií/1 ml. Jeho citlivost je 97 % a specifita 94,7 %. provedení trvá 7 minut.

V České republice je zhruba jedna šestina párů neplodných, přičemž ve 30 % je příčinou mužská neplodnost. Kromě počtu spermií, kterou hodnotí test, hrají roli ještě další parametry; pohyblivost a tvar spermií. Spermatogram lze do určité míry ovlivnit dobrou životosprávou. Používání testu nejspíše neovlivní naše praxe.

Infekce Helicobacter pylori

Test s pomocí imunochromatografické metody detekuje IgG protilátky proti Helicobacter pylori v plné krvi. Lze předpokládat laické využití testu při trávicích obtížích, zejména v souvislosti s uváděním souvislosti infekce Helicobacter pylori s peptickým vředem a rakovinou žaludku.

Prevalence infekce Helicobacter pylori v ČR během posledních let klesla z 41,7 % (2001), na 23,5 % (2011). Zároveň v populaci významně poklesl výskyt peptického vředu a rakoviny žaludku. Víme, že infekce Helicobacter pylori u většiny osob potíže nevyvolává. Eradikace je doporučena jen v určitých indikacích, které jsou zmíněny v DP SVL ČLS JEP Gastroenterologie a in extenso v DP České gastroenterologické společnosti ČLS JEP Infekce Helicobacter pylori (<http://www.cgs-cls.cz/wp-content/uploads/2015/04/guidelines-infekce-helicobacter-pylori.pdf>). V konzultacích s pacienty je třeba vycházet z těchto doporučení. Je třeba také mít na paměti, že serologická pozitivita přetrvává i po eradikaci a test se nehodí ke kontrole úspěšnosti eradikace.

Test na okultní krvácení ve stolici

Test využívá imunochromatografickou reakci specificky na lidský hemoglobin, podobně jako námi používané testy. Má vysokou citlivost 97,1 % a specifitu 98 %. Detekční limit je nastaven na 40 ng/ml. Výsledek je ve tvaru pozitivní, negativní, případně neplatný test.

Laiky může být využíván při neurčitých trávicích obtížích, obav z rodinné zátěže, při zjištění krvácení do stolice, atd. Test by mohl teoreticky přivést více osob ke screeningu, ale zároveň představuje určitá rizika pro komunikaci s pacienty. Práh citlivosti (cut-off) je nastaven na zhruba poloviční hladině oproti screeningovému programu, což bude mít za následek vyšší míru falešné positivity a následný tlak na praktické lékaře a další vyšetření. Pacienti nebudou nikdy dostatečně poučeni o tom, že při jasných projevech krvácení testování nemá smysl nebo naopak, že negativita testu nevylučuje závažné onemocnění. Problémy může dělat používání citlivého testu u populace mladší 50 let, případně používání testu v bezpečných intervalech po normální kolonoskopii.

Závěrem

Zavedení domácích laboratorních testů v tomto měřítku představuje neznámou v podmínkách českého zdravotnictví. Profesionální skupinou, která bude nejvíce vnímat případné důsledky, ať už pozitivní nebo negativní, budou praktičtí lékaři. Formování postojů praktických lékařů k těmto metodám je otázkou dalších měsíců a let.

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

Role lokálních anestetik v léčbě bolesti u akutní faryngitidy



MUDr. Karol Zeleník, Ph.D.

Klinika otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku,
FN Ostrava a Lékařská fakulta,
Ostravská univerzita v Ostravě

Akutní bolest v krku, která doprovází akutní záněty hltanu (faryngitidy), je velmi nepříjemným symptomem, který výrazně obtěžuje, zhoršuje nutrici, zhoršuje kvalitu spánku, prodlužuje hojení a výrazně tak zhoršuje kvalitu života. Nejčastější příčinou akutní bolesti v krku je běžné nachlazení. Toto je ve více než v 90 % způsobeno virovou infekcí. Léčba antibiotiky je tedy ve většině případů neúčinná a měla by být rezervována pro pacienty se známkami bakteriální infekce (nejčastěji streptokoková angína). V případě virových zánětů bývá léčba symptomatická, zaměřená zejména na podporu imunitního systému, rehydrataci, lokální dezinfekci dutiny ústní a léčbu bolesti.

Bolest u virových zánětů bývá často výraznější než u bakteriálních zánětů. Viry pronikají do hlubších vrstev sliznice, způsobují zánět a dráždí receptory bolesti. Odstranění bolesti v krku je v léčbě akutních zánětů hltanu podstatnou součástí léčby. Vede ke zlepšení nutrice, podporuje hydrataci a zlepšuje spánek a všemi těmito mechanismy výrazně pomáhá imunitnímu systému infekci co nejrychleji zvládnout. V současnosti lze v léčbě bolesti v krku u akutních faryngitid využít několik skupin léčiv: celková analgetika, lokální analgetika a antiseptika a lokální anestetika. Některé z preparátů jsou kombinací více léčiv.

Obrázek č. 1. Akutní virová tonzilo-faryngitida



Místem působení lokálních anestetik (lidokain, benzokain a další) jsou přímo nervová zakončení v sliznici dutiny ústní a hltanu. Lokální anestetika blokuji Na⁺ kanály a brání tak vzniku akčního potenciálu a vedení informace o bolesti do CNS. Jedná se o vratný děj trvajících obvykle několik desítek minut. Výhodou lokálních anestetik je, že nepůsobí centrálně, neovlivňují vědomí a nedráždí žaludeční sliznici. Ovlivňují bolest přímo v místě vzniku bolesti na nervových zakončeních v sliznici dutiny ústní a hltanu. Jejich účinnost byla opakovaně prokázána v studiích. Kromě toho jsou lokální anestetika dobře tolerována a mají minimální nežádoucí účinky.

Účinek lokálních anestetik v léčbě akutní faryngitidy demonstruje i následující kazuistika. 36-letý pacient přichází na ORL pohotovost se silnými bolestmi v krku při polykání, které trvají 3 dny. Cítí se slabý, málo pije, je dehydratovaný, již 3 dny skoro nic nesnědl. V noci se opakovaně budí pro bolesti v krku. První 2 dny byl subfebrilní, nyní již není teplota zvýšená. Denně užívá 3–4 tablety celkových analgetik (paracetamol, ibuprofen), kloktá si roztokem soli. Včera byl u svého praktického lékaře a dostal ATB (cefuroxim axetil). Dnes přichází protože bolesti jsou stejné. Na vizuální analogové škále (VAS 0–10) značí 6–7, což jsou výrazné bolesti. ATB dle něj nezabírají, přichází se zeptat, jestli nemůže dostat lepší ATB. Při klinickém vyšetření byla enorálně patrná výrazně zarudlá sliznice (Obrázek 1), mandle byly bez povláčků, patrové oblouky byly symetrické a nebyly přítomné známky peritonzilárního ani retrofaryngeálního abscesu. Laryngoskopické vyšetření neprokázalo patologii v oblasti hrtanu, epiglottis byla konturovaná, bledá. Nález byl uzavřený jako katarální tonzilo-faryngitida. Pacient byl poučen o tom, že se nejedná o bakteriální infekci a že ke stávající léčbě jsou vhodná lokální anestetika, doporučen byl lidokain 8 mg co 2–3 hodiny, dostatek tekutin, vitamíny. Pacient na kontrole po 3 dnech udával výrazné zmírnění bolesti na VAS 2–3 poté co začal užívat lokální anestetika.

Tento krátký příspěvek a kazuistika měli poukázat na to, že v léčbě bolesti při polykání, která je způsobena akutní katarální faryngitidou lze s výhodou využít lokální anestetika, a to jak v monoterapii, tak v kombinaci s dalšími lokálně či celkově působícími léky.

Literatura:

1. McNally D, Shephard A, Field E. Randomised, Double-Blind, Placebo-Controlled Study of a Single Dose of an Amylmetacresol/2,4-dichlorobenzyl Alcohol Plus Lidocaine Lozenge or a Hexylresorcinol Lozenge for the Treatment of Acute Sore Throat Due to Upper Respiratory Tract Infection. *J Pharm Pharmaceut Sc.* 2012; 15(2): 281 - 294
2. Klimek L, Sperl A. Pharmacy based sore throat therapy according to current guidelines. *Med Monatsschr Pharm.* 2015; 38(12): 503-8.
3. Pelucchi C, Grigoryan L, Galeone C, Esposito S, Huovinen P, Little P, Verheij T. Guideline for the management of acute sore throat. *Clin Microbiol Infect.* 2012; 18 (Suppl 1):1-28.

Průběh diabetu a poruchy kognice z pohledu diabetologa



doc. MUDr. Alena Šmahelová, Ph.D.

Vedoucí lékař Centra a subkatedry diabetologie, III. Interní gerontometabolická klinika Fakultní nemocnice a Lékařské fakulty UK Hradec Králové

Úvod

Hlavní příčinou morbidit a mortality diabetiků jsou pozdní diabetické komplikace, postihující oči, ledviny, periferní nervy, srdce a cévy. Diabetes může postihovat také strukturu a funkci tkání mozku, tedy tkáně, která není typicky spojována s diabetem. Důsledkem je poškození kognitivních funkcí a demence, což významně ovlivňuje kvalitu života diabetika 1. i 2. typu.

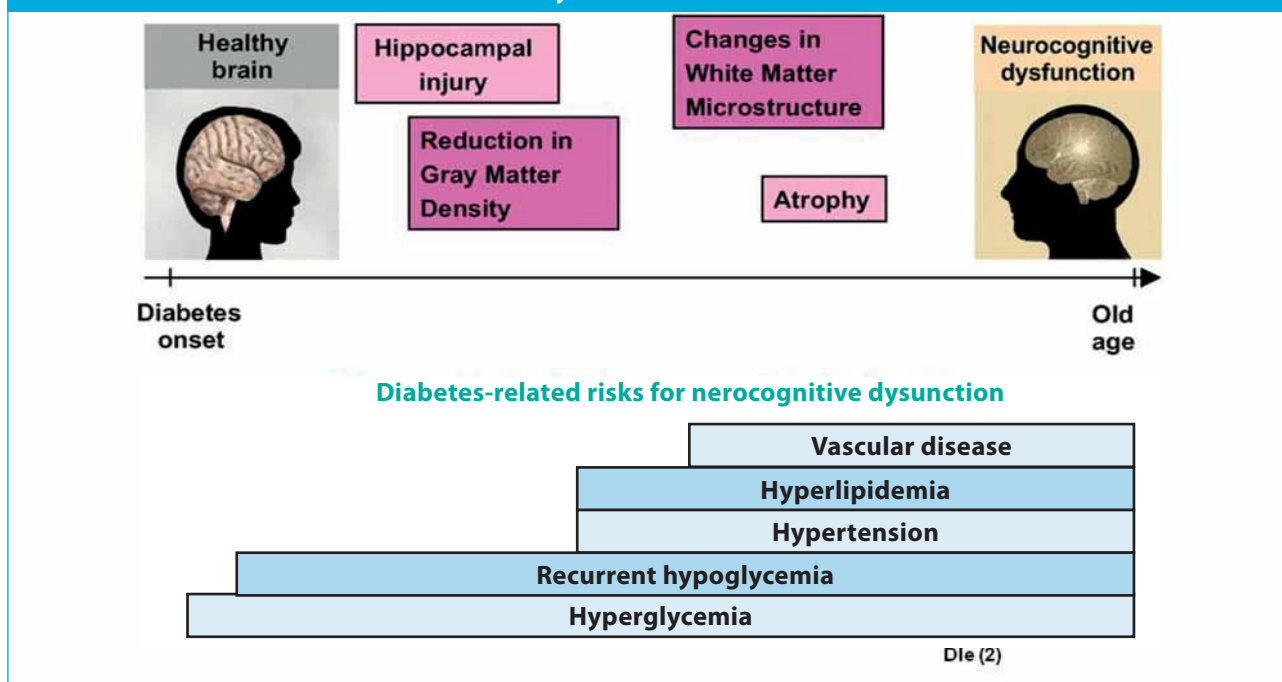
Diabetes mellitus je spojen s kognitivním poškozením, které může přecházet do vaskulární nebo neurodegenerativní demence a často je provázen depresí. Současně je u starších diabetiků významně vyšší riziko omezení pohyblivosti, malnutrice a pádů. Funkční kognitivní i autonomní poruchy, sociální status a současná další onemocnění spolu s polypragmasií mohou ovlivnit rozhodování při volbě strategie léčby diabetu. Riziko

ko rozvoje poškození kognitivních funkcí je vyšší zejména u starších diabetiků 2. typu. Je potencováno řadou cévních, metabolických a psychosociálních faktorů. Řada z nich je přítomna u diabetiků častěji než u nediabetiků podobné věkové kategorie. Mohou být jednak součástí patogenetického procesu nebo ukazateli cerebrovaskulárního poškození. Patří sem zejména špatná kompenzace diabetu, hypoglykemie, mikrovaskulární komplikace, zánět a deprese¹.

Kognitivní deficit u diabetu 1. a 2. typu

Významným rizikovým faktorem rozvoje kognitivní poruchy u diabetika je věk, ale i délka trvání diabetu². Diabetes ovlivňuje vývoj struktur i funkcí mozku již od dětství (hypoglykemie i hyperglykemie). V průběhu života diabetika dochází k strukturálním změnám mozkové tkáně (viz obrázek č. 1). Nejdříve je poškozena oblast hipokampu, postupně dochází k redukci šedé hmoty, změnám v mikrostruktuře bílé hmoty a atrofii. U diabetiků 1. typu častěji dominuje porucha exekutivních funkcí, u diabetiků 2. typu je to porucha kognitivních funkcí, často progredující do demence. Kognitivní deficit se tedy u diabetiků 1. typu projevuje poruchami exekutivních funkcí, zhoršuje se psychomotorické tempo, pozornost, paměť i schopnost učení. Bývá obvykle mírný. U diabetiků 2. typu je horší verbální paměť i učení, rovněž exekutivní funkce a defekt bývá středně těžký s vyšším rizikem rozvoje demence. Víme, že diabetes je onemocnění s vysokými nároky na aktivní úlohu pacienta při jeho léčbě. Jakýkoliv kognitiv-

Obrázek č. 1. Průběh diabetu a strukturální změny mozkové tkáně



ní deficit znamená menší flexibilitu a schopnost využití nových poznatků v nové situaci a významně narušuje compliance pacienta, kterou léčba diabetu vyžaduje.

Velké epidemiologické studie (např. Rotterdamská) již dříve ukázaly, že u diabetiků 2. typu je častější cévní, Alzheimerova i smíšená forma demence³. Diabetici 2. typu mají sice více rizikových faktorů (hypertenze, dyslipidemie), ale vyšší riziko přetrvává i při správné léčbě těchto rizikových faktorů. Míra participace těchto rizikových faktorů a samotného diabetu v rozvoji kognitivní dysfunkce a demence není dosud jasná. V patogenezi funkčních mozkových poruch hraje roli komplex faktorů (hyperglykemie, hypoglykemie, hyperinzulinemie, periferní inzulinová rezistence, metabolismus inzulinu, imunitní faktory, genetické dispozice a další. Diabetes zaujímá pravděpodobně významné místo v rozvoji Alzheimerovy nemoci (snížená hladina inzulinu a porucha metabolismu glukózy v mozku, inzulinová rezistence, vznik pozdních glykačních produktů, zánětlivé cytokiny, rekurentní hypoglykemie).

Hyperglykemie, hypoglykemie a kognitivní funkce

Hyperglykemie, vyjádřené vyšší hodnotou glykovaného hemoglobinu (HbA_{1c}), koreluje dle analýz studie ACCORD MIND⁴ u diabetiků 2. typu se snížením kognitivních funkcí (hodnoceno 2977 diabetiků 2. typu s průměrným věkem 65 let s dalšími kardiovaskulárními rizikovými faktory). V této studii nebyl zjištěn významný rozdíl v kognitivních funkcích u intenzivně a standardně léčených diabetiků. Vyšetření magnetické rezonance ale prokázalo větší úbytek celkového objemu mozkové tkáně u intenzivně léčených pacientů.

Rovněž hypoglykemie, které přispívají ke špatné kompenzaci diabetu, poruchám kognice a vyšší morbiditě a mortalitě diabetiků, ovlivňují kognitivní funkce^{5,6}. U starších diabetiků 2. typu převažuje neuroglykopenická manifestace hypoglykemie. I mírná hypoglykemie zvyšuje riziko jejích závažných důsledků (například slabost zvyšuje riziko pádu, úrazu, invalidizace a nutnosti trvalé ústavní péče. Whitmerová prokázala v dlouhodobém, 27 let trvajícím sledování, u takřka 17 tisíc diabetiků 2. typu s průměrným věkem 65 let výrazně vyšší riziko demence⁷. Riziko přitom výrazně stoupá s počtem prodělaných závažných hypoglykemií (od 1.6 krát u jedné až po čtyřnásobné u tří a více epizod). Hypoglykemie tedy může negativně ovlivnit kognici, obráceně ale porucha kognice může vést k hypoglykemii. U pacientů s demencí je dvojnásobné riziko hypoglykemie. I malé odlišnosti v kognitivních funkcích mohou mít významný dopad pro stanovení únosné intenzifikace léčby. Proto je u rizikových nemocných vhodné vyšetřit kognitivní funkce. Základem je anamnéza (pracovní a sociální funkce, paměť, úsudek, emoce, soběstačnost). Jednoduchým a validním vyšetřením je zhodnocení mentálního stavu pomocí dotazníku, např. MMS Mini Mental State Examination). Užitečné je i neuropsychologické testování, které provádí klinický psycholog. Hledají se další jednoduché způsoby predikce rizika hypoglykemie. Při prospektivním sledování takřka 4000 ambulantně léčených diabetiků v Německu s intenzifikací dosavadní antidiabetické

léčby z jednoho nebo dvou antidiabetik byla nalezena souvislost s vyšší mírou rizika hypoglykemie u pacientů s hypoglykemií v anamnéze, diabetickou retinopatií, léčených inzulinem a s depresí. Méně hypoglykemií se vyskytlo u pacientů léčených thiazolidiny, inhibitory DPP4 (gliptiny) a analogy GLP1 hormonu (inkretinová mimetika).

Strategie léčby diabetu a kognitivní poruchy

Z výše uvedeného vyplývá, že strategie léčby musí být individuální tak, aby byl minimalizován výskyt jak hyperglykemií, tak i hypoglykemií. Léčba musí být tedy nejen efektivní, ale i bezpečná. Efektivitu antidiabetické léčby (normalizaci glykemií) je nutné stále zvyšovat, jak známo, značná část diabetiků 2. typu stále nedosahuje cílových hodnot HbA_{1c}. Evopské studie CODE-2 (1998–1999) a PANORAMA (2009) odhalily, že 61 % diabetiků 2. typu nedosáhlo hodnoty HbA_{1c} pod 6,5 % dle DCCT a podíl diabetiků s HbA_{1c} pod 7 % DCCT nedosahuje ani celých 40 %⁸. Strategie léčby a cílové hodnoty HbA_{1c} jsou vzhledem k heterogenitě diabetu individuální a ovlivněné řadou faktorů (míra rizika hypoglykemie, délka trvání diabetu, přítomnost kardiovaskulárních komplikací, komorbidit, životní prognóza a compliance pacienta. (Obrázek č. 2)⁹ Jak už bylo zmíněno, adheřenci k léčbě, kvalitě života a optimální kompenzaci diabetu navíc významně komplikuje riziko a obava z hypoglykemií.

Antidiabetika a mozkové funkce

Současná nabídka antidiabetik včetně možností jejich kombinací je poměrně široká. Z hlediska potvrzené bezpečnosti, zahrnujícího i minimální riziko hypoglykemie, jednoznačně vítězí (kromě základního léku diabetu 2. typu, metforminu) nové lékové skupiny. Sem patří inkretinové léky (gliptiny, inkretinová mimetika) a inhibitory GLT2 (glifloziny).

Klinické hodnocení přímého vlivu jednotlivých antidiabetik na mozkové funkce je dnes z hlediska metody velmi složité a výsledky nejsou dostatečně robustní. V experimentu je hodnocení jednodušší a zdá se, že některá antidiabetika mohou kognici příznivě ovlivnit¹⁰. Metformin proniká hematoencefalickou bariérou a u myši a krys brání tvorbě amyloidu beta a hyperfosforylaci proteinu tau, podporuje neurogenezi, zlepšuje prostorovou paměť, snižuje proliferaci buněk a diferenciaci neuroblastu v oblasti hipokampu. Pioglitazon u krys se streptozocinovým diabetem zlepšuje kognici tím, že snižuje oxidační stres. U inkretinových léků jsou u zvířat zaznamenány neurotrofické a neuroprotektivní účinky. Liraglutid a lixisenatid (zástupci agonistů GLP1 receptorů) aktivují cAMP a indukují neurogenezi v mozku. Liraglutid navíc zlepšuje tau hyperfosforylaci, brání poškozování paměti, redukuje amyloidové plaky v kůře a potlačuje zánětlivé procesy. Sitagliptin a vildagliptin (zástupci inhibitorů DPP4) brání rozvoji dysfunkce mitochondrií v mozku, zvláště v hipokampu a zlepšují chování u krys s inzulinovou rezistencí. Rovněž snižují oxidační stres. Vildagliptin mírní poškození kognitivních funkcí a zlepšuje inzulinovou signalizaci v mozku. Zajímavé jsou i účinky intranasálně podaného inzulinu, který rychle proniká podél čichového a trojklané-

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

ho nervu do mozku a zlepšuje signální procesy inzulínu v mozku. Předpokládá se, že nízká hladina inzulínu v mozku a mozková inzulinorezistence poškozuje metabolismus v neuronech a signální cesty inzulínu k inzulínovému receptoru. Nasálně podaný inzulín v neuronálních buňkách snižuje komplexním mechanismem neuronální inzulinovou rezistenci, zaviněnou beta amyloidem. Zdá se tedy, že nová antidiabetika by kromě antidiabetického efektu mohla příznivě ovlivnit zvláštním mechanismem i mozkové funkce.

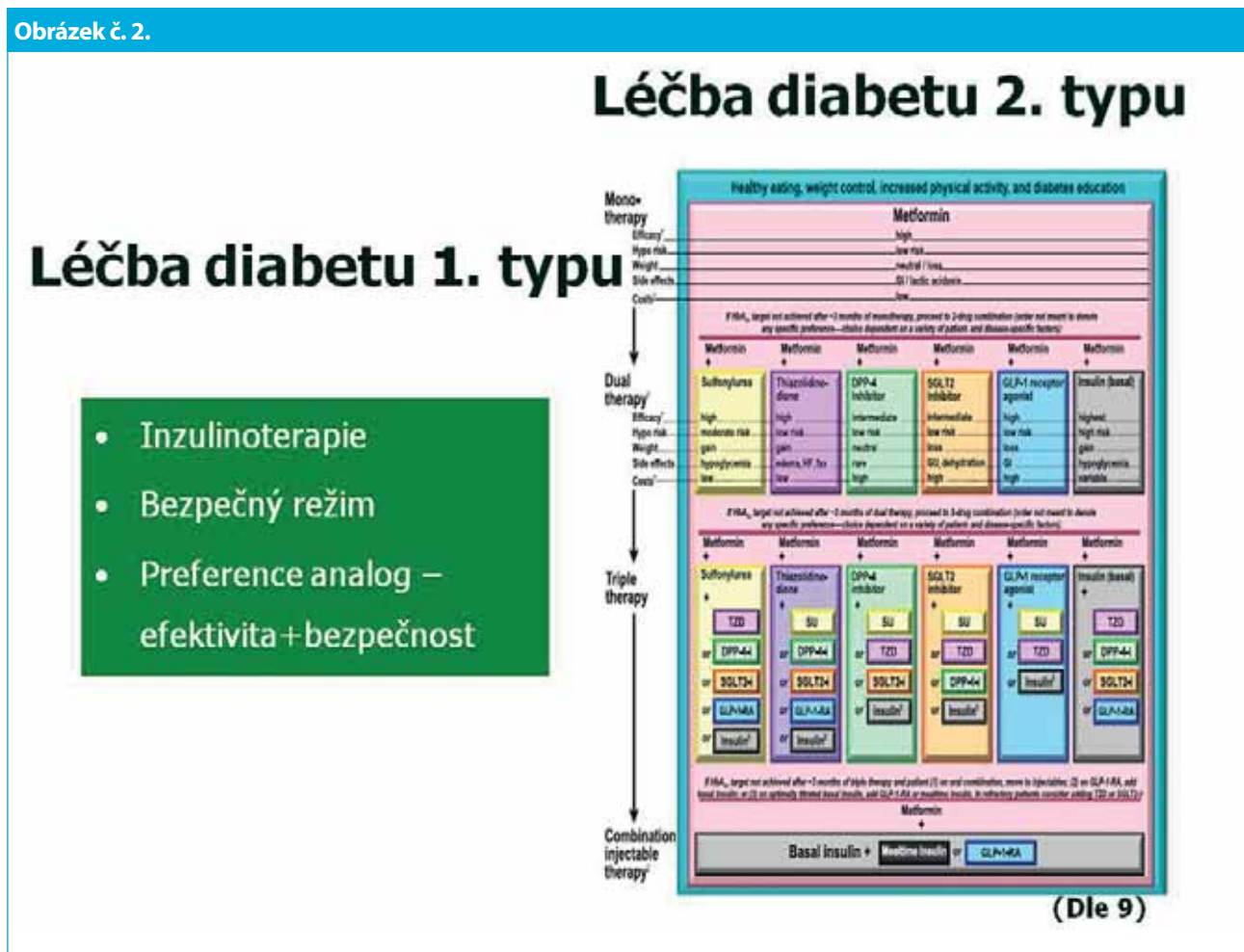
Shrnutí pro praxi

- Diabetes mellitus je pravděpodobně nezávislý faktor pro mírné poškození kognice a Alzheimerovu nemoc.
- Inzulín ovlivňuje CNS a může modulovat kognitivní funkce.

ce. Mozková inzulinová rezistence je důležitá pro patogenezi Alzheimerovy nemoci. Vztahy inzulinové rezistence, genetických a biochemických změn při vývoji Alzheimerovy nemoci jsou intenzivně studovány.

- Nedostatečná kompenzace diabetu (hyperglykemie) může vést ke kognitivnímu deficitu a jeho progresi. Hypoglykemie zvyšují riziko kognitivního defektu.
- Některá antidiabetika mohou zlepšit kognici u diabetiků s mírnou poruchou kognice a Alzheimerovy nemoci (metformin, inretinové léky).
- Při terapii diabetu je nutné vybírat antidiabetika s minimálním rizikem hypoglykemie. Není jasné, zda a jak optimální léčba diabetu sníží incidenci poruch kognice a Alzheimerovy nemoci, avšak je prokázáno, že může zlepšit kognitivní funkce.

Obrázek č. 2.



Přehled literatury:

1. Feinkohl I, Price JF, Strachan M, Frier M. The impact of diabetes on cognitive decline: potential vascular, metabolic, and psychosocial risk factors. *Alzheimer's Research & Therapy* (2015) 7:46
2. Seaquist E. The Final Frontier: How Does Diabetes Affect the Brain? *DIABETES*, VOL. 59, JANUARY 2010
3. Kawamura T, Umamura T, Hotta N. Cognitive impairment in diabetic patients: Can diabetic control prevent cognitive decline? *J Diabetes Investig.* 2012 Oct 18; 3(5): 413–423.
4. Cukierman-Yaffe T, Gerstein HC, Williamson JD et al. Relationship Between Baseline Glycemic Control and Cognitive Function in Individuals With Type 2 Diabetes and Other Cardiovascular Risk Factors. *Diabetes Care*, Vol 32, 2, Febr 2009
5. A Diabetes Outcome Progression Trial (ADOPT) An international multicenter study of the comparative efficacy of rosiglitazone, glyburide, and

- metformin in recently diagnosed type 2 diabetes. *Diabetes Care*, Vol 25, Number 10, October 2002
6. The ADVANCE Collaborative Group. Intensive Blood Glucose Control and Vascular Outcomes in Patients with Type 2 Diabetes. *N Engl J Med* 2008; 358:2560–2572).
7. Whitmer
8. De Pablos-Velasco P, et al. *Diabetologia* 2010;53(Suppl.1):1012–P).
9. Inzucchi S, Bergenstal R, Buse J, Management of Hyperglycemia in Type 2 Diabetes, 2015: A Patient-Centered Approach: Update to a Position Statement of the American Diabetes Association and the European Association for the Study of Diabetes. *Diabetes Care* 2015 Jan; 38(1): 140–149.
10. Alagiakrishnan K, Sankaralingam S, Ghosh M et al. Antidiabetic Drugs and Their Potential Role in Treating Mild Cognitive Impairment and Alzheimer's Disease. *Discovery Medicine*; ISSN 1539-6509; *Discov Med* 16(90):277–286, December 2013.

Lékaři se snaží vyzrát na epilepsii

Česká republika poprvé hostí evropské epileptologické špičky. Je možné ovlivnit spojení nově vznikajících mozkových buněk dospělého člověka tak, aby vymizely epileptické záchvaty? Dostávají všichni epileptici nejlepší péči? A jak využít mobilní aplikace pro lepší kontrolu epilepsie? Otázky si položí v tomto týdnu více než 2 tisíce špiček v oboru epileptologie, které se letos sjedou do české metropole. Na akci plynule naváže Národní den epilepsie, který připadá na 30. září.

„V Evropě trpí epilepsií přibližně 6 milionů lidí, v tuzemsku máme kolem 75 tisíc epileptiků. Epilepsie patří mezi nejčastější mozková onemocnění a u dětí je nejčastější chronickou chorobou mozku vůbec. Ještě před 50 lety jsme uměli pomoci asi polovině nemocných, nyní až 90 % z nich,“ říká profesor Milan Brázdil, přednosta 1. Neurologické kliniky LF MU a FN U sv. Anny v Brně.

Přestože je česká epileptologie na světové úrovni, stále se podle prof. Brázdila nedostanou všichni pacienti k léčbě, jež by jim mohla pomoci. Celkem 30 % epileptiků nereaguje na léky. „Pro ně je vhodný operační zákrok, který může s vysokou pravděpodobností zcela zásadně změnit jejich kvalitu žití. Kromě operace mozku provádíme stimulace bloudivého nervu a nověji hlubokou mozkovou stimulaci prostřednictvím elektrod zavedených do hlubokých mozkových struktur. O možnostech operační léčby se však řada pacientů, především z menších měst a obcí, vůbec nedozví,“ říká Milan Brázdil. Náklady spojené s takovými výkony jsou přitom srovnatelné s náklady na další zdravotní péči, kterou epileptik čerpá, například při úrazech hlavy způsobených pádem při záchvatu, či léčbou deprese, kterou nemocní často trpí.

Podle doc. Petra Marusiče, přednosta Neurologické kliniky 2. LF UK a FN Motol a předsedy České ligy proti epilepsii, se neurologové v posledních letech setkávají se změnou příčin epilepsie – objevují se častěji epilepsie na podkladě vývojových vad ve stavbě mozku. Se stárnutím populace přibývá ale také případů epilepsie po cévních příhodách mozkových, zcela novou příčinou je např. epilepsie autoimunitní.

Proč se tělo obrátí proti sobě a napadne zrovna nervovou soustavu, lékaři, stejně jako u dalších autoimunitních chorob, zcela přesně nedokáží zodpovědět. Významně narůstá v posledních letech také množství nově odhalených genů, jejichž poruchy se podílejí na vzniku některých epilepsií. Vědecké kapacity na epilepsii se budou v Praze bavit také o nové léčbě, která by do tuzemska měla přijít v příštím roce a čeští neurologové

si od ní hodně slibují. Poprvé se také na takovém fóru budou bavit o společných mezinárodních výzkumných projektech v oblasti epilepsie. Dalším tématem budou moderní technologie používané při diagnostice a léčbě epilepsií. „Už nyní existuje několik aplikací, které například registrují pohyb lůžka při záchvatech, případně lze jimi sledovat třes rukou a vyhodnocovat tak například efekt změn v medikaci. Díky sociálním sítím se zase lépe propojují a sdílejí se pacienti, kteří kvůli nemoci mnohdy trpí sociální izolací,“ jmenuje prof. Brázdil z Centra pro epilepsie Brno.

Evropský epileptologický kongres, spoluorganizovaný Českou ligou proti epilepsii, začíná 11. a končí 15. září. Neurologové jej však nemusí prosedět celý na místě, 14. září vyrazí do Stromovky podpořit pacienty Během pro epilepsii. K běhu vyzývají i širokou veřejnost, akce je zdarma a účastníci mohou volit ze dvou délek tratí: 2,5 nebo 4,5 kilometru. Jedinou podmínkou je přítomnost fialové barvy na oblečení – barvy epilepsie.

O epilepsii

Epilepsie je neurologické onemocnění, charakterizované opakovaným výskytem neprovokovaných epileptických záchvatů. Ke stanovení diagnózy epilepsie zpravidla dochází při výskytu dvou a více epileptických záchvatů, výjimečně již po jednom takovém záchvatu. Druhů epilepsie je nyní již určeno více než 100. I typů záchvatů je několik a u jednoho pacienta se jich může vyskytovat i více než jen jeden. Záchvaty se mohou projevat např. pouhým zahleděním, brněním, výpadkem paměti nebo pak známými křečemi končetin se ztrátou vědomí. Vyskytují se jak v průběhu dne, tak v noci během spánku. Přestože se epilepsie může objevit v kterémkoliv věku, jsou životní období, ve kterých je nový výskyt epileptických záchvatů častější než v jiných – hlavními vrcholy jsou první rok života a období stáří.

O ČLPE

Česká liga proti epilepsii (ČLPE) je odbornou společností České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně a zároveň národní „pobočkou Mezinárodní ligy proti epilepsii – International League Against Epilepsy (ILAE). Je dobrovolným sdružením lékařů, farmaceutů a ostatních pracovníků ve zdravotnictví a příbuzných oborech. Více informací na www.clpe.cz.

zdroj:

<http://www.amreview.cz/zpravodajstvi/medicinska-review/lekaři-se-snaží-vyzrát-na-epilepsii>

Lékový ústav zakázal používání neověřeného léku proti rakovině

Praha – Státní ústav pro kontrolu léčiv (SÚKL) zakázal používání neověřeného léku Viaskor cíleného na pacienty s nádorovými onemocněními. Kromě toho, že se tento lék používá k neověřené a neschválené léčbě, také Viaskor obsahoval nepovolené látky a nižší koncentraci léčiv, než uváděl obal. Ústav to oznámil na svém webu. Léčba Viaskorem a podobnými přípravky může podle ústavu poškodit funkce ledvin.

SÚKL odhalil neschválený přípravek při kontrolách zacházení s léky ve zdravotnických zařízeních. „Viaskor není v České republice registrován. Nesmí být používán při poskytování zdravotních služeb a nesmí být nadále uváděn do oběhu v ČR,“ sdělil ústav. Léčba byla také distribuována firmou, která k tomu nemá oprávnění. „Bylo zahájeno správní řízení o stažení přípravku z trhu v ČR,“ doplnil SÚKL.

Viaskor je používán k léčbě vysokými dávkami vitamínu C. Taková léčba je cílena na onkologické pacienty a její propagátoři ji označují za „netoxickou chemoterapii“. SÚKL ale již dříve oznámil v souvislosti s jinými podobnými léky, že podávání velmi vysokých dávek vitamínu C nemá zatím ověřené výsledky ani bezpečnost. Na trhu je však podle Moniky Knobové z tiskového oddělení SÚKL dostupná i registrovaná a bezpečná

alternativa této léčby prostřednictvím přípravku, jehož účinnou látkou je kyselina askorbová.

Navíc zjistili kontrolaři u Viaskoru několik dalších problémů. K přípravě léku byly použity látky neodpovídající předpisům a u některých vzorků léku byla odhalena nižší koncentrace účinné látky, než bylo uvedeno na obalu. Viaskor rovněž připravují lékárny mimo Česko, které nemají oprávnění k zacházení s léčivými přípravky v tuzemsku, a příprava léku neodpovídá zákonům a lékárenské praxi. Nelze tedy podle SÚKL zaručit účinnost ani bezpečnost přípravku.

Česká televize uvedla, že distributor výhrady SÚKL odmítá. „Z našeho pohledu se rozhodně jedná o kvalitní přípravek. Proti rozhodnutí SÚKL se odvoláme k ministerstvu zdravotnictví,“ řekl televizi jednatel společnosti Edukafarm Zdeněk Procházka. „Klinický výzkum je třeba dotáhnout a dočkáme se určitě i průkazu protinádorového účinku,“ dodal. Podle distributora podává nyní v Česku vitaminové infuze asi 150 lékařů a za jednu aplikaci platí lidé až 1500 korun.

zdroj:

<http://www.ceskenoviny.cz/zpravy/lekovy-ustav-zakazal-pouzivani-neovereného-leku-proti-rakovine/1351697>

Řešením výpadků léků na trhu jsou podle výrobců levnější generika

Praha – Řešením výpadků léků na českém trhu jsou podle firem generika, tedy levnější náhrady drahých originálů. Lékárenská komora využití generik podporuje, v případě nedostupnosti originálního léku nabízí lékárník běžně pacientovi levnější náhradu. Podle lékárenských řetězců lze řešit výpadky některých léků také individuální přípravou v lékárnách.

Výpadky jsou vedle přerušení výroby někdy způsobeny i reexportem, tedy prodejem originálních léků určených pro české pacienty do zahraničí. Distributoři na tom vydělají, protože v Česku koupí lék levněji, než ho pak v cizině prodají. Ročně se v Česku distribuují léky za 70 miliard korun, z toho přípravky až za pět miliard končí v cizině. Generika ale mají podíl na těchto reexportech jen pět procent.

Novela schválená vládou, kterou nyní projednávají sněmovní výbory, zavádí sankce až 20 milionů korun nebo zákaz činnosti pro distributory až na dva roky. Ministerstvu zdravotnictví umožní reagovat neprodleně už na hrozící výpadek, dosavadní úprava umož-

ňuje zakročit až při skutečných výpadcích. Nedostupnost léků řešilo ministerstvo několikrát, vydalo například zákaz reexportu léků Antabus, Actilyse a Novomix Flexpen.

„Pokud vypadne originální přípravek, lékárník pacientovi vysvětlí a lék zamění,“ řekl ČTK prezident České lékárenské komory Lubomír Chudoba. Díky tomu na pacienty podle něj velká část reexportů nedopadá. Záměna není možná například u epileptiků či parkinsoniků, u nich musí lék i dávkování vždy určit lékař.

Problém podle Chudoby je ale v tom, že lékaři a lékárníci se dozvídají o výpadcích pozdě nebo vůbec. Kdyby lékaři dostali informaci o výpadku i dříve, které na trhu jsou. Lékový ústav chystá nový systém rychlého a přehledného informování.

zdroj:

<http://www.ceskenoviny.cz/zpravy/resenim-vypadku-leku-na-trhu-jsou-podle-vyrobcu-levnejsi-generika/1348786>

Zrak se po lehčí a střední otravě metanolem může napravit

Sledování zdravotního stavu pěti desítek lidí, kteří se otrávil při tzv. metanolové aféře v letech 2012 a 2013, provádí výzkumný tým pod vedením MUDr. Sergeje Zacharova. Vědci zjistili, že zrak lidí, kteří přežili mírně a středně těžkou otravu metanolem, se postupem času zlepšuje...



„Ukázalo se, že se námi měřené parametry zrakových funkcí u většiny pacientů po roce a půl od otravy vrátily k normálním hodnotám. Lidé subjektivně pociťovali, že vidí lépe než brzy po propuštění z nemocnice,“ uvedl MUDr. Sergej Zacharov z Kliniky pracovního lékařství 1. LF UK a VFN v Praze. Průměrný věk pacientů byl v době otravy 46 let.

„U těžce postižených pacientů, jichž byla zhruba pětina, jsme však žádné zlepšení zrakových funkcí nezaznamenali, naopak u některých z nich došlo ke zhoršení,“ doplnil lékař.

Paměť, motorika a intelekt.

Kyselina mravenčí vznikající při otravě metanolem poškodila téměř u poloviny pacientů i neurony v hlubokých strukturách mozku (bazální ganglia). Z dlouhodobého hlediska to může vést k určitému poklesu intelektuálních schopností, paměti, poruchy jemné motoriky aj. Chronický neurodegenerativní proces je příznačný zejména pro civilizační nemoci – Parkinsonovu a Alzheimerovu chorobu, jež postihují čím dál mladší lidi.

Vědci nyní zkoumají, zda regenerativní a neurodegenerativní procesy podobné těm, co probíhají v zrakovém nervu v letech následujících po otravě metanolem, jsou přítomny i v hlubokých strukturách mozku. Metanol je často přítomen v malých koncentracích v ovzdušší pracovišť – v potravinářství, chemickém, farmaceutickém průmyslu atd. Používá se například jako rozpouštědlo, součást barviv, či nemrznoucích směsí.

Dlouhodobé zkoumání následků akutní otravy může dát mimo jiné odpověď na otázku, zda vystavení člověka působení tohoto jedu, byť v malých koncentracích, ale po delší dobu, může mít vliv na vznik neurodegenerativních onemocnění (Parkinsonova choroba, Alzheimerova choroba) nebo polyneuropatii (poškození periferních nervů).

„Ve zkoumání neurodegenerativních procesů u pacientů po akutní otravě metanolem bude tým pokračovat i v příštích letech, protože uspěl ve veřejné soutěži o grant z ministerstva zdravotnictví na roky 2016–2019,“ uvedl děkan 1. LF UK prof. Aleksi Šedo.

Na studii se kromě Kliniky pracovního lékařství podílejí lékaři z dalších klinik 1. LF UK a VFN, a to Neurologické, Radiodiagnostické a Oční kliniky a Kliniky adiktologie. Na výzkumu spolupracují i vědci z IKEM a Vysoké školy chemicko-technologické v Praze.

V období hromadných otrav metanolem v letech 2012 a 2013 bylo ve zdravotnických zařízeních v ČR hospitalizováno více než 100 pacientů po akutní otravě, z nichž přibližně 80 procent přežilo.

zdroj:

<http://zdravotnickyweb.cz/2016/03/zrak-se-po-lehci-a-stredni-otrave-metanolem-muze-napravit/>



OMLUVA

V čísle 6/2016 byla nesprávně uvedena fotografie autorky Mgr. Kateřiny Neumannové, Ph.D. u článku: Proč je důležité indikovat ambulantní rehabilitační léčbu nemocným s CHOPN? Uvádíme správnou fotografii a autorce se omlouváme.

Redakce časopisu Practicus

Mgr. Kateřina Neumannová, Ph.D.

Katedra fyzioterapie, Fakulta tělesné kultury,
Univerzita Palackého, Olomouc

I s chronickým onemocněním střev lze žít plnohodnotně

V České republice žije přes 42 tisíc lidí s diagnózou idiopatických střevních zánětů. S nemocí, která zpravidla propukne u lidí v rané dospělosti, musí pacienti bojovat většinou celý život...

Crohnovu chorobu ani ulcerózní kolitidu totiž v současné době není možné úplně vyléčit, ale díky včasné diagnóze a odpovídající léčbě mohou pacienti prožít relativně kvalitní život. Velkou roli v rámci terapie hraje také psychika. Tedy to, jak se člověk s nemocí dokáže vyrovnat a naučit se s ní žít.

Na tuto problematiku chce upozornit patientská organizace Pacienti IBD zveřejněním příběhů konkrétních lidí, kteří se snaží žít naplno, IBD navzdory. Jedním z nich je i herec **Igor Bareš**.

Igor Bareš je ve svých padesáti letech jednou z nejvýraznějších osobností české divadelní i filmové scény. Kromě jeho nejbližších by nikdo na první pohled nepoznal, že ho trápí Crohnova choroba, kterou herci diagnostikovali v roce 1998.

Od té doby uplynulo 18 let a Igor Bareš strávil v nemocnici hodně času. Musel podstoupit několik operací. Nepřestal být ale aktivní, odmítl si nechat chorobou řídit život. Nakonec mu byla v roce 2012 nasazena biologická léčba a i díky ní má nemoc pod kontrolou a může se věnovat profesi i rodině naplno.

IBD – diagnóza na celý život

Idiopatické střevní záněty (tzv. IBD – Inflammatory Bowel Diseases), mezi něž patří Crohnova choroba a ulcerózní kolitida, jsou chronická imunitně podmíněná onemocnění, která postihují různé části trávicí trubice.

„Jde o onemocnění na celý život. Klíčovou roli pro vývoj nemoci však hraje včasná diagnóza a zahájení odpovídající léčby, díky které se dá předejít nevratnému poškození střevního traktu. Naším cílem je co nejdříve dostat pacienta z aktivní fáze nemoci (relapsu) do jejího útlumu (remise) a v této fázi jej co nejdéle udržet,“ vysvětluje gastroenterolog **MUDr. Martin Bortlík** z pražské kliniky ISCARÉ.

Pomocí moderních léčebných metod je možné tato onemocnění léčit, byť nikoliv zcela vyléčit. I to ale znamená pro nemocné zásadní změnu k lepšímu a možnost žít kvalitnější život.

Psychická pohoda ovlivňuje léčbu

Chronické onemocnění v podobě Crohnovy choroby či ulcerózní kolitidy vždy znamená velký zásah do života.

Ovlivňuje studijní možnosti nemocných, jejich pracovní uplatnění, ale také záliby nebo soukromý život. Řada pacientů se také musí vyrovnávat s psychickými problémy, které s sebou nemoc přináší.

„Chronické onemocnění, které nelze zcela vyléčit, pro pacienta představuje velkou psychickou zátěž. Myšlenky na nemoc spolu s obavami o vlastní zdraví jsou všudypřítomné a není snadné se od nich odpoutat, i když se nemocný cítí relativně dobře. Může tak dojít k rozvoji poruch nálad, úzkostí nebo deprese, které bohužel mnohdy bývají okolím přehlíženy,“ popisuje **doc. Laura Janáčková**, psycholožka Sexuologického ústavu VFN v Praze.

Nadměrný stres se také může stát spouštěčem aktivní fáze nemoci a negativně se projevit na celkovém stavu nemocného. Naopak psychická pohoda příznivě ovlivňuje efekt léčby. Důležitým faktorem psychické stability pacienta je také opora v jeho nejbližším okolí. Rodina i přátelé často prožívají nemoc s pacientem, cítí strach a zároveň hledají způsob, jak svému blízkému člověku pomoci. Řešením může být oslovení patientské organizace, která může se zvládnutím nemoci pomoci jak nemocnému, tak jeho okolí.

Proč se přestat stydět

Je přirozené, že člověk cítí ostych, když má mluvit o projevech Crohnovy choroby a ulcerózní kolitidy. Stud ale bohužel ovlivňuje i to, zda lidé, kteří trpí projevy idiopatických střevních zánětů, vyhledají odbornou pomoc. Poprvé se příznaky mohou objevit už v mladém věku a je třeba jim věnovat pozornost, aby byla nemoc odhalena včas a také byla včas zahájena odpovídající léčba.

„Pokud chodíte na toaletu příliš často, hubnete, máte teplotu a bolesti břicha, je dobré neodkládat návštěvu odborného lékaře – gastroenterologa,“ shrnuje **MUDr. Bortlík**. Součástí péče gastroenterologa je několik vyšetření, kdy se zhodnotí rodinná anamnéza a klinické projevy, provedou se laboratorní testy a udělá se endoskopie, ultrazvuk či magnetická rezonance trávicího traktu.

Pokud je u pacienta chronický zánět střev potvrzen, zahajuje se léčba po jednotlivých krocích. Začíná se od běžných léků v podobě amino-salicylátů, při vysoké aktivitě nemoci se podávají antibiotika, kortikosteroidy a imunosupresiva. U nejtěžších případů je nasazena biologická léčba. *„Ta dokáže střevní zánět efektivně utlumit, ale musí se, stejně jako ostatní léky, podávat dlouhodobě,“* uzavírá **MUDr. Bortlík**.

zdroj:

<http://zdravotnickyyweb.cz/2016/05/i-s-chronicky-m-onemocnenim-strev-lze-zit-plnohodnotne/>

eZpráva – základy a tipy na použití v praxi



MUDr. Tomáš Nosek, Ph.D.

Ústav lékařské biofyziky LFHK UK,
Všeobecný praktický lékař, Telč

Úvod

O lékařském emailu, eZprávě (eZ), bylo již v rámci odborných časopisů mnohokrát psáno. Byť se v podstatě jedná o volně implementovatelnou otevřenou technickou specifikaci řešení elektronické komunikace ve zdravotnictví vyvíjenou ve spolupráci se SPL, představí si pod tímto názvem většina spíše referenční implementaci této specifikace, prvotního klienta eZprávy. Ačkoli existují implementace přímo do lékařského software, dnes se zde budeme věnovat právě zmíněné referenční implementaci, protože co se týče nabídky funkcí, převyšuje mnohdy tento klient řešení implementovaná přímo do lékařského software. Cílem následujícího textu není podat komplexní popis funkcí, ale spíše vypíchnout ty zajímavé či velmi užitečné z pohledu běžné praxe.

Registrace, instalace a nastavení

Bezpochyby nejde o žádnou složitou operaci a měl by ji zvládnout bez problémů i méně zkušený IT technik či lékař s kladným vztahem k výpočetní technice. Navíc je dnes možno celou registraci, instalaci i nastavení programu bez problému dohledat na Youtube, pokud se zadá heslo „lékařský email“. Alternativně použijte níže uvedený odkaz:

<https://www.youtube.com/channel/UCD-Tvl6Br-Ux8VjhoSDBhQ>

Od podzimu roku 2015 je v případě, že lékař vlastní **kvalifikovaný elektronický podpis** dle zákona, umožněna **registrace s podepsáním smlouvy v 1 kroku** bez nutnosti tisku a odeslání smlouvy v papírové podobě.

Rychlé seznámení s referenčním klientem eZ

Hlavní okno klienta eZ nabízí náhled na kartotéku pacientů, spolu-komunikující lékaře u vybraného pacienta,

přijaté zprávy s možností filtrování a řazení dle kritérií v záhlaví a náhled na konkrétní vybranou zprávu včetně příloh.

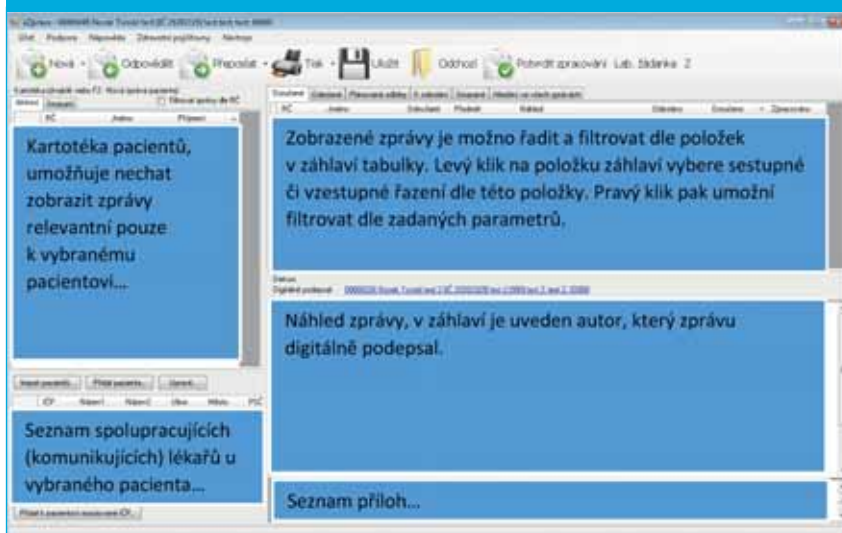
Okno zprávy je děleno velmi podobně klasickému emailu. Pokud je při tvorbě nové zprávy vybrána volba „Neformální nová zpráva“, tak se od klasického emailu v podstatě neliší. Rozdíl je pouze v tom, že tato zpráva je standardně šifrována a může být elektronicky podepsána.

Pokud nejde o zprávu neformální, je zde předpoklad, že jde o zprávu lékařskou a vždy má vztah k nějakému pacientovi. Standardně je možno vybrat jako příjemce lékaře, se kterými již bylo v případě daného pacienta komunikováno a rovněž registrujícího lékaře (pokud má odesílatel přístup k B2B službám pojišťovny). Jinak je možno vybrat z adresáře všech připojených pracovišť (uživatelů), kde je možno vyhledat dle jména lékaře (uživatele), názvu zařízení či města (adresy).

K lékařské zprávě je možno přiložit libovolná vyšetření a výsledky pacienta obsažené v archivu zpráv ve formátu DASTA. Běžně jde především o elektronicky zasílané laboratorní výsledky. Dále je možno přiložit i jakoukoli jinou přílohu. Optimálně by velikost příloh neměla přesáhnout 10 MB.

Zprávu je možno opatřit kvalifikovaným elektronickým podpisem a vytvořit tak elektronickou lékařskou zprávu odpovídající požadavkům současné legislativy a tedy není teoreticky nutné zasílat zprávu papírovou. Je však třeba mít na paměti, že **lékařské zprávy předávané pouze elektronicky je třeba archivovat jako elektronickou dokumentaci dle zákona**. Jelikož v současné době není pro ambulantní praxi rutinně dostupný snadno použitelný komplexní archivační systém pro elektro-

Obrázek č. 1: hlavní okno klienta eZ



nickou dokumentaci, nelze doporučit předávání lékařských zpráv pouze v elektronické podobě, protože lze předpokládat, že příjemce nebude schopen s touto zprávou z dlouhodobého hlediska nakládat dle požadavků zákona.

Nastane-li potřeba sdělit příjemci informace, jejichž výskyt není žádoucím obsahem oficiální lékařské zprávy, je možno využít pole poznámka pro příjemce.

Vyžaduje-li to situace, je možno obsah zprávy přijímacímu lékaři zpřístupnit až po zadání PINu, který bude předán pacientovi.

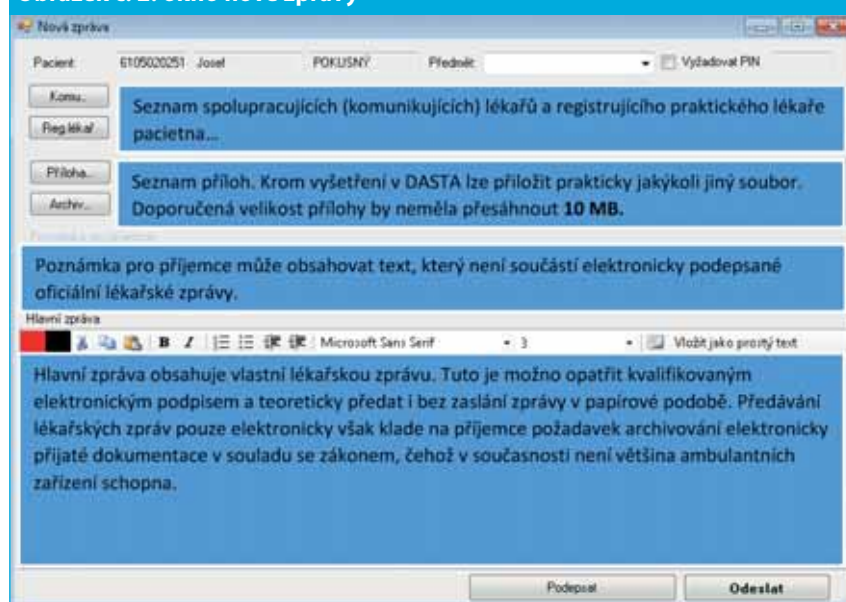
Tipy pro využití v praxi

Využití archivu výsledků v datovém standardu

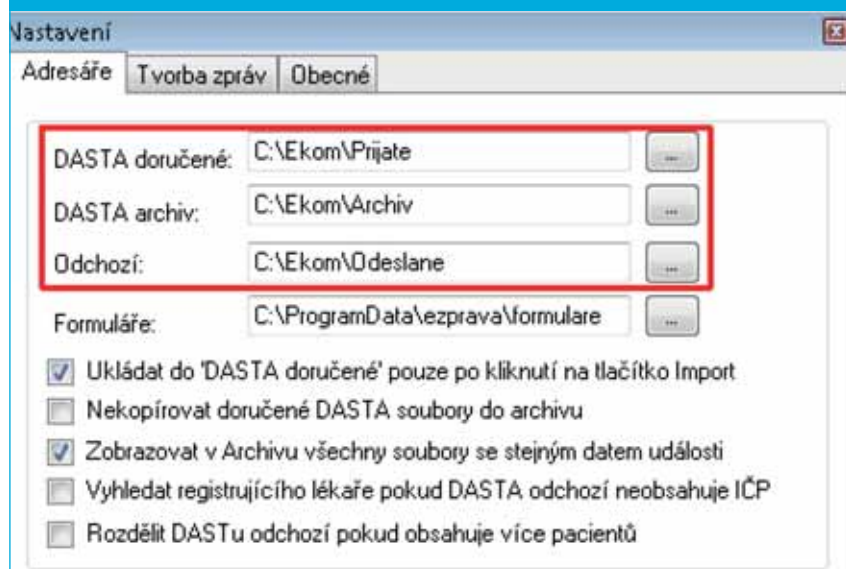
Jestliže užíváte ve svém lékařském software elektronickou komunikaci s laboratoří, dostáváte do svého počítače výsledky laboratorních i jiných vyšetření velmi pravděpodobně v datovém standardu Ministerstva zdravotnictví a s největší pravděpodobností jsou tyto výsledky ve Vašem počítači někde archivovány. V případě, že nastavíte umístění tohoto archivu do eZ, umí s těmito výsledky eZ pracovat, je schopna z nich složit kartotéku pacientů a máte je dostupné k jednoduchému

přeposlání. **Výhodou zaslání výsledků v datovém standardu je, že je ve většině případů umí zpracovat software přijímacího lékaře a adekvátně je přiřadit.**

Obrázek č. 2: okno nové zprávy



Obrázek č. 3: nastavení umístění archivu DATového STandardu



Obrázek 3: nastavení umístění archivu DATového STandardu

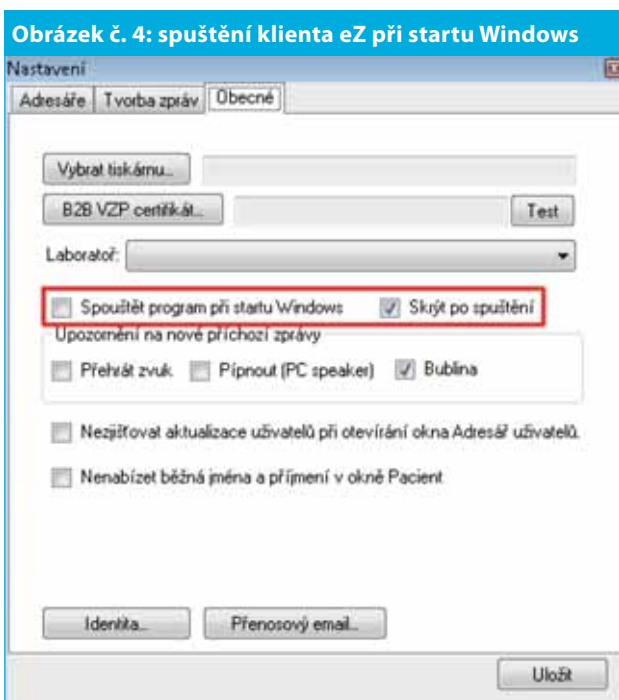
Pokud nechcete mít zapnutý automatický export zpráv z klienta eZ do adresáře „DASTA doručené“, který slouží většinou pro import laboratorních výsledků a jiných zpráv do lékařského software, jinými slovy nechcete, aby se vám příchozí zprávy v eZ automaticky načítaly do Vašeho lékařského programu, zaškrtněte v menu „Účet/Nastavení...“ v záložce „Adresáře“ volbu „Ukládat do 'DASTA doručené' pouze po kliknutí na tlačítko Import“ (Obrázek 3).

V případě, že chcete eZ zaslat výsledek, který by měl být v archivu, ale on se nezobrazuje, zkuste vybrat v nastavení v záložce „Adresáře“ volbu „Zobrazovat v Archivu všechny soubory se stejným datem události“ (Obrázek 3).

Automatické odeslání zprávy vytvořené lékařským software v DASTA

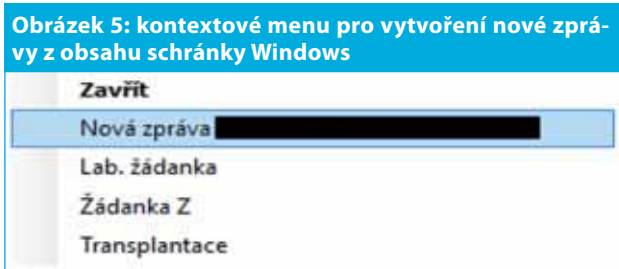
Některé lékařské programy umožňují vytvářet a načítat zprávy přímo v datovém standardu. Pokud toto váš software umí, stačí v eZ nastavit adresáře, kam software ukládá v DASTA vytvořené zprávy a odkud je načítá. Jde opět o nastavení umístění

příslušných adresářů v menu „Účet/Nastavení...“ v záložce „Adresáře“ (Obrázek 3). Klienta eZ je možno spustit se startem systému. Následně běží na pozadí a veškerá komunikace může probíhat pouze prostřednictvím lékařského programu.



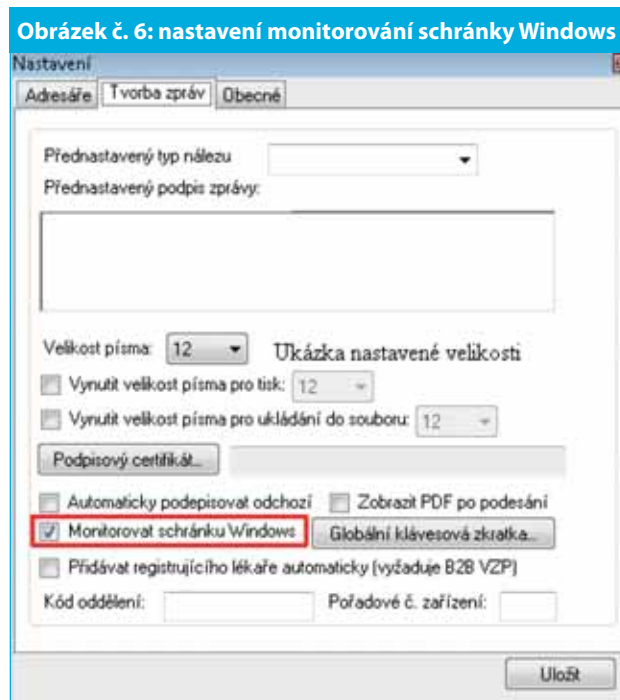
Automatické vytvoření zprávy z obsahu schránky Windows

Velmi zajímavou funkcí klienta eZ je i vytvoření zprávy z obsahu schránky Windows. Pokud kdekoli ve Vašem software označíte text a přenesete jej do schránky, tedy stisknete Ctrl+C, eZ analyzuje obsah schránky a pokud obsahuje rodné číslo, objeví se menu umožňující okamžité vytvoření zprávy z obsahu schránky pro toto rodné číslo.



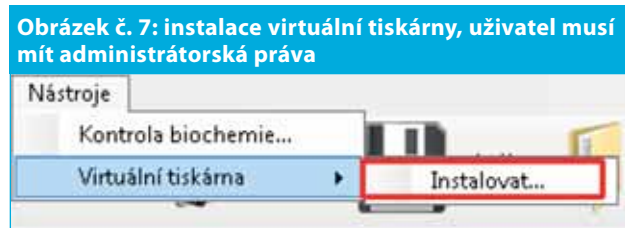
Funkce lze zapnout v menu „Účet/Nastavení...“ v záložce „Tvorba Zpráv“, volba „Monitorovat schránku Windows“. Alternativně lze místo automatického monitorování nastavit pro funkci analýzy obsahu schránky kláveso-

vou zkratku. Standardně je nastavena klávesa win+C, ale v některých verzích Windows vyvolává tato zkratka zobrazení hodin a je třeba ji změnit v menu „Účet/Nastavení...“ v záložce „Tvorba Zpráv“, tlačítko „Globální klávesová zkratka...“ (Obrázek 6)



Elektronické odesílání zpráv při tisku z lékařského programu

Velmi zajímavou a mnohdy opomíjenou vlastností klienta eZ je možnost instalovat virtuální tiskárnu. Virtuální tiskárna se instaluje z menu „Nástroje/Virtuální tiskárna/Instalovat...“. Instalaci musí provést uživatel s administrátorskými právy. Po instalaci se tiskárna objeví mezi ostatními tiskárnami instalovanými na počítači.



Pokud tuto tiskárnu vyberete při tisku z Vašeho lékařského programu, eZ vytvoří z tiskového výstupu PDF, které automaticky přiloží k nové zprávě. Text, který je součástí tisku, se stane vlastním obsahem zprávy. Zprávu je před odesláním možné upravit a doplnit o další přílohy.

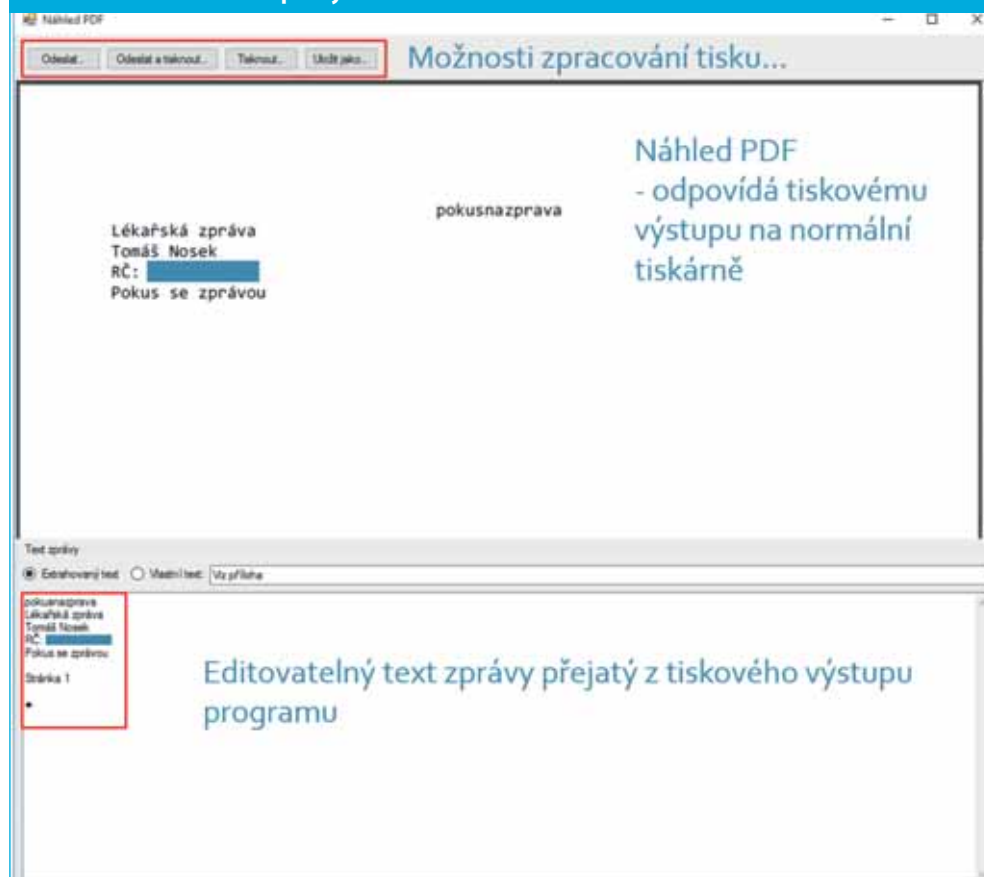
Nezanedbatelnou výhodou tohoto postupu je, že elektronické odeslání zprávy má pouze minimální náročnost a provede se téměř automaticky s tiskem zprávy pro pacienta. V praxi to znamená mnohdy pouze 3–5 kliknutí myší navíc. Rovněž **nezáleží na použití lékařském software a jeho další schopnosti s eZ spolupracovat.**

Z pohledu praktického registrujícího lékaře má **automatizace odesílání elektronické zprávy při tisku** obrov-

ský přínos v případě, že jej rutinně využijí odborní lékaři. eZ totiž umožňuje jako příjemce zprávy automaticky vybrat registrujícího lékaře, čímž se **minimalizuje možnost nepředání zásadní informace o zdravotním stavu pacienta** registrujícímu lékaři. Příslušené nastavení se provede v menu „Účet/Nastavení...“ v záložce „Tvorba Zpráv“, volbou „Přidávat registrujícího lékaře automaticky“ (Obrázek 6). Pro tuto volbu je však třeba mít funkční službu B2B VZP. B2B VZP certifikát je možno nastavit v menu „Účet/Nastavení...“ v záložce „Obecné“

tlačítkem „B2B VZP Certifikát...“ (Obrázek 4).

Obrázek č. 8: odesílání zprávy virtuální tiskárnou referenčního klienta eZ



Závěr

Podaný výčet tipů určitě může usnadnit vstup do vod elektronické komunikace za použití eZ, ale jistě není kompletní. Další zajímavé funkce jsou např. automatická kontrola a přeposílání laboratorních výsledků, možnost odesílání laboratorních žádanek, což lze vidět jako zajímavou bezpapírovou alternativu obzvláště v případě, že má laboratoř odběrové místo či práce se strukturovanými formuláři. K tomu, aby ale bylo možno eleganci a výhody komunikace eZ objevit, je praktickým lékařům třeba mít osvědčené kolegy odborníky, kteří jsou ochotni přijmout inovaci v zaběhlé rutině...

Konference v Itálii: Medicína, presso a víno

V rámci sdružení mladých praktiků jsme na počátku května tohoto roku dostali vzácnou možnost navštívit mezinárodní konferenci, organizovanou společností Vasco da Gama Movement, s podtitulem „The global perspective in primary care“ (Globální perspektiva v primární péči). Samotná konference se konala v nádherném italském městě Verona, známém nejen světově proslaveným Juliiným balkónem Shakespeara dramatu, ale také podmanivou historickou architekturou dvou tisíciletí! Tato „akce“ byla vyvrcholením našeho týdenního kulturně vzdělávacího pobytu v Itálii, na které se mimo jiné sešli a odborně diskutovali mladí praktičtí z osmi zemí EU a rovněž lékaři z Izraele a Turecka. V průběhu pracovního týdne jsme měli možnost zúčastnit se prekonference ve městě Treviso. Tady vlastně proběhlo první seznámení s mnoha účastníky konference a také byla zahájena diskuze v rámci srovnávání zdravotnických systémů, primární péče a přípravy na atestace mladých lékařů v jednotlivých účastnických zemích.

Velkorysé nabídky - odborných stáží pod vedením italských školitelů v Trevisu a Valeggio sul Mincio, využila řada z nás. Navzdory jazykové bariéře při komunikaci s pacienty jsme díky velké ochotě italských kolegů byli schopni s nemocnými nejen komunikovat, ale následně si odnést i odborně zajímavá fakta. Některé poznatky mohou být pro naši budoucí práci inspirativní, jiná naopak potvrdila dobrou kvalitu naší primární péče.

Práce lékaře v Itálii má oproti naší praxi jisté rozdílnosti. Například pracovní doba činí průměrně 30 h týdně a je výrazně individuální. Zákonně má probíhat v rozmezí

mezi osmou hodinou ranní až dvacátou hodinou večerní, často se ale začíná pracovat až od ranní deváté. Dále jsme se dozvěděli, že praktičtí lékaři se v Itálii rádi sdružují do menších center, čímž si snižují jejich náklady na provoz ordinací. Dohromady sice mají delší pohotovostní služby, ale je zde vypracovaný kvalitní systém, včetně zástupů a nesmíme opomenout i čas na privátní osobní schůzky mezi lékaři jednotlivých profesí i praktiky u šálku dobré kávy, kde se diskutuje opravdu o všem možném.

Dalším zajímavým zjištěním bylo, že k provozu ambulance nepotřebují lékaři zdravotní sestry. Například VPL na vesnici žádný střední zdravotní personál nezaměstnávají a ve městech lékařům stačí např. 2 sestry na jedno menší „společné“ centrum. Zdravotní sestry dělají pouze zdravotnickou práci, ale velkým trendem je zaměstnávání sekretářek, které vykonávají veškerou administrativní činnost. Samotní lékaři jsou částečně oprostěni od objemné administrativy, nemusí povinně vést papírovou dokumentaci a tím pádem nemají žádné kartotéky. Veškerou práci zvládají na PC, kde i samotné zápisy jsou velmi stručné a při akutních obtížích pacienta obsahují pouze diagnózu bez subjektivního či objektivního nálezu nebo doporučení.

Italští pacienti jsou osobně velmi vděční za jakoukoli konzultaci, což rezultuje z místní kultury a větší úcty k profesi lékaře a zdravotníků v Itálii. Obecně můžeme říci, že oboustranný přístup v ordinaci se nám zdál přívětivější a kladnější než u nás. I když průměrný čas na vyšetření jednoho pacienta je podobný jako v naší ordinaci, cca 5-15 min, díky téměř nulové administrativě je čas pacienta u lékaře mnohem efektivněji strávený.

Nemocnice v Trevisu



Velmi překvapující pro nás byla absence POCT přístrojů, včetně EKG. Dozvěděli jsme se, že větší místní polikliniky mají zajištěny smluvní laboratoře s potřebným technickým vybavením a lékaři v příměstských oblastech jsou odkázáni prakticky jen na své klinické zkušenosti.

Finanční ohodnocení se zdá být u lékařů výrazně lepší v porovnání s naší situací. Ale i zde se potýkají s odlivem mladých lékařů do Německa, byť ne tak výrazným jako u nás. Je to možné i proto, že zde mají pro mladé lékaře lukrativnější uplatnění a lepší finanční motivaci. Částečně i díky pohotovostním službám, které atestovaní praktičtí lékaři v Itálii nechtějí sloužit, neboť to nemají zapotřebí. Zpravidla tedy pohotovost (u nás LSPP) slouží mladí lékaři, kteří jsou si schopni díky nim přivydělat dalších tisíc eur ke stávajícímu platu.



Náš další program pokračoval v romantické atmosféře již zmíněného města Romea a Julie ve Veroně, kde se všichni účastníci sjeli z jednotlivých částí Itálie na finální kongres. Tady jsme v rámci prezentací, workshopů a diskuzí postupně rozebírali klady a zápory zdravotnických systémů, primární péče a vzdělávacího procesu v jednotlivých zemích.

Myslíme, že všeobecný přehled o zdravotních systémech v Evropě je všem dobře znám, nicméně rádi bychom vyzdvihli některé zásadní věci brané u nás jako standard, které v ostatních zemích zdaleka tak samozřejmé nejsou. Začneme tedy systémem v Itálii, kde je úroveň zdravotnictví celkem srovnatelná s ČR, bohužel pouze na severu země, na jihu je primární péče špatně dostupná, a tak je majoritně poskytována ve větších městech a nemocnicích. Obdobně palčivá situace stran dostupnosti primární péče panuje ve Španělsku a Portugalsku. V těchto zemích je všeobecné praktické lékařství vnímáno jako velmi prestižní obor, a k tomu vysoce ceněno mezi občany například i proto, že v příměstských oblastech zajišťují VPL veškerou primární péči včetně pediatrie a gynekologie. Dle slov řeckého kolegy nemají v jeho rodné zemi ucelený systém primární péče. Pacienti nejsou u VPL registrovaní a dochází pouze při obtížích a častěji do nemocnic. Obdobná situace je i v Litvě. V obou zemích je velký zájem vytvořit kompaktní síť praktických lékařů. Situace ve Velké Británii je všeobecně známa a fakt, že se pacient musí ke svému praktickému lékaři objednat, a objednávací doby jsou někdy hodně dlouhé, není pro pacienta ideální.

Na závěr bychom chtěli podotknout, že naše společné setkání bylo nejen přínosem pro nás ze střední Evropy, ale rovněž pro kolegy z ostatních zúčastněných zemí. Víme, že mnohé získané informace jsou pouze neoficiální, vyplývající z praxe lékařů a z prezentací, rozhovorů a diskuzí s ostatními účastníky konference. No a pokud bychom si měli položit otázku, který ze zdravotních systémů je při všech nedostatcích neoptimálnější, zvolili bychom jako pacienti rozhodně péči v České republice. A my lékaři...?

MUDr. Oldřich Masný
Praktický lékař Olomouc

I N Z E R C E

Akreditovaná, moderně přístrojově vybavená, ordinace praktického lékaře v Ostravě přijme lékaře na částečný nebo plný pracovní úvazek, vhodné pro lékaře v před atestační přípravě - možnost získání i rezidenčního místa, nebo lékařku na MD či lékaře důchodce s atestací v oboru. Pracovní doba a finanční ohodnocení po vzájemné domluvě.

Kontakt: tel.: 602 647 044, **email:** info@lekar-vitkovice.cz

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. 10. 2016**.

Písemné odpovědi zasílejte na adresu: Oddělení vzdělávání SVL ČLS JEP, U Hranic 16, 100 00 Praha 10.

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 06/2016: 1ac, 2bc, 3c, 4ab, 5c, 6 b, 7a, 8a, 9abc, 10 b

ZNALOSTNÍ TEST JE HODNOCEN 2 KREDITY ČLK

1. Je výskyt kognitivních poruch u diabetiků 2. typu jiný než u nediabetiků?

- a) Ano, je významně nižší
- b) Ano, je významně vyšší
- c) Ano, je významně vyšší u predisponovaných jedinců

2. Hyperglykemie kognitivní funkce

- a) Neovlivňuje
- b) Ovlivňuje
- c) Vztah není dosud prozkoumán

3. Výhodou nových skupin antidiabetik je

- a) Pouze mírné, případně žádné riziko hypoglykemie
- b) Neovlivnění nebo snižování hmotnosti
- c) Jen mírné snížení hyperglykemie

4. Indikace hypolipidemické terapie je závislá na

- a) Hodnotě celkového cholesterolu
- b) Výši kardiovaskulárního rizika
- c) Výši kardiovaskulárního rizika a hodnotě LDL cholesterolu

5. Primárním cílem hypolipidemické terapie je:

- a) LDL cholesterol < 1,8 mmol/l u pacienta ve velmi vysokém kardiovaskulárním riziku
- b) LDL cholesterol < 2,5 mmol/l u pacienta ve vysokém kardiovaskulárním riziku
- c) Snižování LDL cholesterolu alespoň o 50 % z výchozí hodnoty u pacienta ve velmi vysokém kardiovaskulárním riziku

6. Fixní kombinace statinu a antihypertenziva

- a) Má stejnou účinnost jako volná kombinace
- b) Vede k vyšší redukci LDL cholesterolu ve srovnání s volnou kombinací
- c) Lze podávat i ráno

7. V domácím CRP testu je práh positivity (tzv. cut-off) stanoven na

- a) 30 mg/l
- b) 60 mg/l
- c) 90 mg/l

8. Při domácím testu na boreliózu (Veroyal) lze prokázat

- a) Protilátky IgM v plné krvi, vyvolané přísátým klíštětem
- b) Borelii v odstraněném klíštěti
- c) Borelii v plné krvi, přenesenou přísátým klíštětem

9. Akutní bolest v krku je nejčastěji způsobena

- a) Virovou infekcí
- b) Bakteriální infekcí
- c) Kombinací virové a bakteriální infekce

10. Pro lokální anestetika platí

- a) Účinek trvá několik desítek minut
- b) Neovlivňují vědomí
- c) Nedráždí žaludeční sliznici

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. 7/2016

Jméno a příjmení _____

Adresa pracoviště _____

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

Zakroužkujte 1–3
správné odpovědi:

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

Vzdělávací semináře

v říjnu 2016



SVL ČLS JEP

Hlavní témata

Aktualizace " Doporučených postupů pro léčbu chronického žilního onemocnění dolních končetin". Možná úskalí používání potravinových doplňků v léčbě onemocnění.

den	datum	čas	město a místo konání
pondělí	3. 10.	16.30–20.30	Aula SZŠ, Příluky 372, Zlín
čtvrtek	6. 10.	16.30–20.30	Hotel "U Šimla", Závodní 1, Karlovy Vary
čtvrtek	6. 10.	16.00–20.00	Clarion Grandhotel Zlatý Lev, Gutenbergova 3, Liberec 1
čtvrtek	6. 10.	16.00–20.00	Clarion Congres Hotel, Špitálské náměstí 3517, Ústí nad Labem
sobota	8. 10.	9.00–13.00	Kancelář veřejného ochránce práv, Údolní 39, Brno
sobota	8. 10.	9.00–13.00	Aula Právnické fakulty UP Olomouc, tř. 17. listopadu 8, Olomouc
středa	12. 10.	17.00–21.00	presbytář Hotelu Gustav Mahler, Křížová 4, Jihlava
středa	12. 10.	16.00–20.00	Hotel Zlatá Hvězda, Smetanovo nám. 84, Litomyšl
čtvrtek	13. 10.	16.00–20.00	Lék.dům, Sokolská 31, Praha 2
sobota	15. 10.	9.00–13.00	Šafránkův pavilon, alej Svobody č. 31, Plzeň
středa	19. 10.	16.00–20.00	Lék.dům, Sokolská 31, Praha 2
středa	19. 10.	16.00–20.00	Clarion Congress Hotel, Pražská třída 2306/14, České Budějovice
čtvrtek	20. 10.	16.00–20.00	Nové Adalbertinum, Velké náměstí 32, Hradec Králové
čtvrtek	20. 10.	16.00–20.00	Hotel Imperial, Tyršova č. 6, Ostrava