



PRACTICUS

pro praktické lékaře zdarma • č.7/2017 • ročník 16



TÉMA:

Zprávy z konference WONCA 2017, Praha

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

INFO SVL

04 EDITORIAL

WONCA 2017

10–41 ZPRÁVY O PROBĚHLÉ EVROPSKÉ KONFERENCI
WONCA 2017 PRAHA

ZPRÁVY WONCA

43 DVĚ TVÁŘE HYPERTENZE

49 OČKOVÁNÍ DOPORUČENÉ PRO DOSPĚLÝ VĚK V ORDINACÍCH
PRIMÁRNÍ PÉČE53 ZÁVISLOST NA TABÁKU A JEJÍ LÉČBA. POMOZTE KUŘÁKŮM,
KTEŘÍ ZBYTEČNĚ TRPÍ PŘI ODVYKÁNÍ KOUŘENÍ.57 ANTITROMBOTICKÁ LÉČBA U FIBRILACE SÍNÍ: ZAMĚŘENO NA
APIXABAN

ROZHOVOR

61 CO JE NOVÉHO V OČKOVÁNÍ PROTI CHŘIPCE?

AKTUALITY

63 ČASNÁ MENOPAUAZA A BEZDĚTNOST MOHOU VÉST K SRDEČ-
NÍMU SELHÁNÍ

PC A DOKTOR

64 CO VŠE JE TŘEBA UDĚLAT PŘED ZAHÁJENÍM EVIDENCE TRŽEB

65 DŮLEŽITÉ UPOZORNĚNÍ VÝBORU SVL ČLS JEP K ERECEPTŮM

KAZUISTIKA

66 VYUŽITÍ COSYRELU V LÉČBĚ ARTERIÁLNÍ HYPERTENZE

Vydavatel:

Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP

Adresa redakce:Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP
Sokolská 31, 120 00 Praha 2
tel.: 267 184 064
e-mail: practicus.svl@cls.cz
www.practicus.eu**Redakce:****Šéfredaktor:**MUDr. Stanislav Konštacký, CSc.,
konstackys@seznam.cz**Zástupci šéfredaktora:**MUDr. Dana Moravčíková
dana.moravcikova@medicina.cz,
MUDr. Jana Vojtíšková
janav.doktor@volny.cz**Manažerka časopisu:**Hana Čížková
practicus.svl@cls.cz**Redakční rada:** MUDr. Kamil Běský,
MUDr. Pavel Brejtník, MUDr. Jiří Burda,
doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc., MUDr. Ru-
dolf Červený, Ph.D., MUDr. Eva Grzegoro-
vá, MUDr. David Halata, MUDr. Alice Hav-
lová, MUDr. Jiří Havránek, MUDr. Otto Her-
ber, MUDr. Petr Herle, MUDr. Ambrož Homo-
la, Ph.D., MUDr. Toman Horáček, MUDr. Jiří
Horký, MUDr. Igor Karen, MUDr. Mgr. Jo-
sef Kořenek, CSc., MUDr. Vladimír Ma-
rek, 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. Hele-
na Stárková, MUDr. Jan Šindelář, MUDr. Jo-
sef 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 21. 8. 2017 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 úda-
jů uvedených autory v odborných člancích.
Texty neprochází jazykovými korekturami.
Přetisk a jakékoliv šíření je povoleno pouze se
souhlasem vydavatele. © SVL ČLS JEP, 2017

EDITORIAL



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

Evropa je úžasný kontinent. Jsem šťastný, že jsem se narodil a žiji právě tady. Evropa je krásná díky rozmanitosti přírody, je bohatá díky pestrosti kultur, je náročná vzhledem k odlišnostem jazyků a je komplikovaná rozdílností zdravotních systémů a postavením praktických lékařů v nich. Rozdílnosti v organizaci primární péče, kompetencích a způsobu odměňování praktických lékařů jsou významné, nicméně charakteristiky a principy praktického lékařství jsou všude stejné. Proto jsme zvolili slogan GROWING TOGETHER IN DIVERSITY jako nosné téma Evropské konference praktických lékařů WONCA 2017, které je věnované toto číslo našeho časopisu.

Od klíčových řečníků konference se očekává, že si s hlavním tématem ve své prezentaci pohrají. Netušili jsme ale, jak nadšeně bude toto téma uchopeno dalšími kolegy a skupinami a jak bude dále rozpracováno ve workshopech a prezentacích. Pro některé to byla příležitost pochlubit se úspěchem jedinečného výzkumu, klinické práce nebo organizační činnosti, pro jiné porovnat své zvláštnosti s Evropou, pro jiné třeba ukázat slepé

cesty, které není radno následovat. Skutečně bylo možné se poučit z rozmanitosti a snad i společně růst. Jako organizátoři můžeme být pyšní, že jsme takovou platformu pro výměnu zkušeností evropským kolegům připravili.

Otázka je, jestli ji umíme taky připravit a využít sami pro sebe u nás doma. I v rámci naší malé země najdeme velké rozdíly mezi způsobem, jak praktičtí lékaři pracují. A teď nemám na mysli, jestli dobře nebo špatně. Mám na mysli rozmanitost v práci ve městě a na venkově, na poliklinikách a v sólo praxích, samostatně nebo v řetězcích, rozmanitost ve vybavení, kompetencích a rozsahem výkonů, organizaci činností v ordinaci, dělbou práce mezi lékařem a sestrou, způsobem školení rezidentů. Málo ale o té diverzitě mluvíme, málo se z ní učíme, málo si předáváme zkušenosti a taky pak málo společně rosteme. Konference WONCA nám profesionální život nezmění, ale může nás motivovat ke změnám v myšlení. Možná, až projdete toto vydání časopisu Practicus, povznesete se na evropskou dimenzi, podíváte se na svou práci s nadhledem a budete mít chuť něco změnit a svoje rozmanité pocity sdílet.

Naše snahy mají ovšem limity dané chybným nastavením našeho zdravotnictví, zejména s ohledem na primární péči. Podzimní volby mohou přinést politiky, kteří prosadí potřebné změny. Můžeme jim napovědět vloženým plakátem, vyvěšeným v našich čekárnách.



22nd WONCA Europe Conference

June 28 – July 1, 2017 | Prague, Czech Republic

Význam Evropské konference WONCA 2017 v Praze pro SVL ČLS JEP a primární péči v ČR



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

Již v roce 1978 bylo deklarácí WHO zahájeno hnutí za zdraví pro všechny, které bylo založeno na primární zdravotní péči. Deklarace formulovala soubor hlavních zásad a etických hodnot, a to včetně práva na spravedlnost, solidaritu a potřebu spravedlivého přístupu ke zdravotní péči. Dalším impulzem byla Světová konference praktických lékařů v Praze v roce 2013, kde vystoupila generální ředitelka WHO M.Chan, která konstatovala, že zdravotní systém, jehož páteří je primární péče a jehož základnou jsou praktičtí lékaři, přináší nejlepší výsledky zdravotní péče s těmi nejnižšími náklady a maximální spokojeností uživatelů. Letošní Evropská konference praktických lékařů v Praze potvrdila univerzální a stálou platnost uvedených tezí.

Ve všech státech Evropy populace stárne. U pacientů se objevuje řada komorbidit, které vyžadují složitou léčbu. Praktičtí lékaři by měli být strážci celého člověka, pomáhat lidem stárnout ve zdraví, pomáhat zůstat v domácím prostředí co nejdéle, a v případě potřeby zabezpečit příslušnou léčebnou péči.

Jaké jsou hlavní změny, které pro nás vyplývají z výsledků Pražské konference v rámci připravované koncepce primární péče v ČR?

Hlavním cílem oboru všeobecné praktické lékařství, který trvale platí, je zajistit občanům lékařskou a zdravotní péči, odpovídající v praxi dosažitelným současným poznatkům vědy, poskytovanou způsobem, který odpovídá kulturní vyspělosti společnosti, a to vlastními silami na úrovni primární péče nebo prostřednictvím efektivního využívání specializovaných služeb. K uvedenému je potřebné se zaměřit v ČR s mnohem větší intenzitou na odstraňování zbytečných bariér v oblasti preskripce a výkonů. Také role všeobecného praktického lékařství musí být celkově posílena na úroveň vyspělých západních států, a to ve smyslu chronic disease management jako je arteriální hypertenze, diabetes mellitus druhého typu, dyslipidemie, prevence onkologických onemocnění apod. Vzhledem k rostoucím nárokům na kvalitu a rozsah služeb, poskytovaných všeobecnými praktickými lékaři, bude třeba do budoucna optimalizovat počet registrovaných osob na jednoho lékaře, zvýšit denzitu sítě v některých oblastech ČR a tam, kde pro to jsou vhodné podmínky, jít cestou sdružených praxí tvořených vlastníky praxí (nikoli ambulantních řetězců), které mohou zabezpečovat mnohem širší spektrum služeb pro svoje pacienty.

V ČR také stále nejsou respektovány trendy, které jsou ve vyspělých státech západní Evropy, kde se část péče nemocniční přesouvá do péče ambulantní, narůstá objem chronické péče, péče o starou populaci a péče paliativní. V této souvislosti se i rozšiřuje spektrum služeb a zároveň se zvyšují nároky na kompetence lékařů primární péče. Je potřebné se v ČR tomuto trendu přizpůsobit v oblasti vzdělávání, ale i zvýšit prostředky na financování primární péče ve výši odpovídající zvýšení a rozšíření objemu poskytované péče VPL. Dle získaných poznatků a doporučení je tento přesun

nezbytný a musí odpovídat aspoň průměru ve vyspělých státech EU.

Aby zdravotnický systém mohl plnit svoje poslání, je potřebné připravovat uchazeče o naši specializaci v dostatečném počtu na evropsky srovnatelnou úroveň kompetencí VPL. I když celkové počty nově atestujících VPL jsou již dostatečné, neustále se potýkáme s regionálními disproporcemi, které je potřeba ve spolupráci s místními orgány, ZP a MZ ČR intenzivně řešit.

Na co můžeme být právem hrdí, je systém celoživotního vzdělávání VPL v ČR, který je v našem oboru realizován cestou odborných aktivit převážně pořádaných Společností všeobecného lékařství České lékařské společnosti JEP a dalšími akreditovanými subjekty. Aktuální náměty pro celoživotní vzdělávání z oblasti léčby i prevence jsou náplní pravidelných a systematicky organizovaných celostátních a regionálních akcí po celé republice. Jen na akcích SVL ČLS JEP zaznamenáváme ročně okolo 15 000 kontaktů s VPL.

Jak vyplývá z přednesených příspěvků na konferenci je potřeba, aby byl v ČR lépe podporován výzkum v primární péči, který ovlivňuje kvalitu poskytované péče mj. i v oblastech interních a externích kontrol LPP. V procesu zvyšování kvality poskytované péče se uplatňují pozitivně i doporučené diagnostické a léčebné postupy. Tyto jsou již v ČR od roku 2004 vytvářeny SVL ČLS JEP za spoluúčasti ostatních odborných společností.

Jak nám ukázala tato konference, je přímo životní

nutností pro rozvoj oboru v ČR napojení na mezinárodní aktivity. Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP a ústavy (oddělení) všeobecného praktického lékařství na LF jsou zapojeny do mezinárodních organizací rodinných/praktických lékařů. SVL ČLS JEP má zástupce v orgánech WONCA a v hlavních zájmových sítích v rámci WONCA, zabývajících se vzděláváním, kvalitou, výzkumem, prevencí, klinickými oblastmi, atd. SVL ČLS JEP podporuje zastoupení českých lékařů v programu Vasco de Gama, určenému pro lékaře v předatestační přípravě. SPL ČR je členem Unie evropských praktických/rodinných lékařů (UEMO).

Závěrem je možné konstatovat, že přes mnohá pozitiva, některé zásadní problémy v primární péči mají v ČR zatím i přes naši snahu trvalý ráz. Důvodem je zejména neochota politických reprezentací přistoupit k nezbytným změnám v organizaci zdravotní péče v ČR. Prioritně je potřebné odstranit omezení v rozsahu poskytované LPP, stagnaci poměru primární péče na zdravotních výdajích a kompenzovat výpadky v příjmech ordinací VPL týkajících se ceny jejich práce. Tyto a další úkoly, které nás čekají, spočívají v prosazování myšlenek připravované koncepce oboru ve spolupráci s MZ ČR, se zdravotními pojišťovnami, a dalšími institucemi k vyššímu systémovému využití potenciálu primární péče na úrovni vyspělých států EU.



Konference WONCA – milníky na cestě českých praktických lékařů do Evropy

Konference WONCA nemění svět. Pořadatelské organizaci ale přináší individuální i kolektivní zkušenost, podněty k rozvoji a obvykle ekonomický profit. Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP (SVL) má v Evropě jedinečnou bilanci, protože organizovala tři konference WONCA během posledních dvaceti let. Pro tuto generaci je tím nejspíš příděl vyčerpán. Co konference znamenaly pro praktické lékařství v České republice?

Devadesátá léta minulého století byla dynamická, vzrušující a nadějná, jak pro českou společnost, tak pro české praktické lékařství. Obor, který sice získal svou identitu koncem 80. let, ale dále ztrácel své kompetence, uznání jiných odborností a image u veřejnosti, se stal najednou atraktivním díky příslibům rozvoje primární péče a zejména možnosti privatizace. Na cestě zpět do Evropy ale chyběly mezinárodní kontakty, zkušenosti a jazyková výbava. Zato bylo hodně nadšení pro obor a také nadšení do světa za poznáním vyrazit. Libuše Válková, Václav Beneš a Květoslav Šípr jsou naši pionýři, kteří jako první v Evropě prezentovali náš obor. Václav Beneš, již jako člen exekutivy WONCA Europe, pak přivezl jako první do postkomunistické Evropy **Evropskou konferenci WONCA**, když ji zorganizoval v roce 1997 v Praze. Konference tehdy sklídila velké uznání na mezinárodní scéně a vynesla Václava do pozice viceprezidenta evropské WONCA. Organizaci zajistila společnost Garant, ale na přípravě programu se podílelo skutečně jen pár kolegů a kolegů okolo Václava. Domácí impakt byl nízký. Následnou nabídku různých grantů a podpory účastí na mezinárodních kurzech pro české praktické lékaře, kterou poskytli kolegové ze západní Evropy, ale využili je jen jednotlivci. Přitom z vlastní zkušenosti vím, že Češi byli v každé odborné evropské komunitě a pracovní skupině přijímáni s respektem a uznáním.



Václav Beneš
prezident Evropské konference WONCA
1997 v Praze



Golem
symbol WONCA 1997



Exekutiva WONCA Europe 1997:
V dolní řadě vlevo Igor Šváb,
Slovinsko, a zcela vpravo Václav
Beneš první zleva Igor Šváb

Mezitím rostla a sílila SVL. Pro mnoho aspektů svého rozvoje ale nemohla nalézt inspiraci v domácím prostředí, kde žádná teorie oboru neexistovala. V posledních 20 letech načerpala mnoho z know how klíčových pracovních skupin WONCA: EURACT (Akademie učitelů praktického lékařství), EQuIP (Evropská společnost pro kvalitu a bezpečí primární péče) a EGPRN (Pracovní skupina pro výzkum v primární péči). Tak bylo ovlivňováno kurikulum specializačního vzdělávání v oboru, formy celoživotního vzdělávání, vznikla metodika doporučených postupů, projekty hodnocení spokojenosti pacientů v primární péči a řada projektů na podporu kvality. Náš Ústav všeobecného lékařství 1. LF UK se stal partnerem mnoha mezinárodních výzkumných projektů.

Z již zmiňovaného regionu střední a východní Evropy patřili k neaktivnějším na mezinárodním poli Slovinci a Poláci. Dnes už k nim patří i Rumuni, Chorvati, Estonci a další. Mezi těmito zeměmi vysoko stojí Česká republika, a to především díky silné a jednotné odborné organizaci s propracovanou informační infrastrukturou, byť ne zcela dotaženou po stránce elektronizace.

S ambicemi stát se regionálním lídrem jsme v roce 2006 uspořádali v Praze mezinárodní symposium praktického lékařství (ISGP) pro země střední a východní Evropy. Akce měla dobrou účast a dobrý ohlas. Zároveň mám dodala sílu a odvalu jet v roce 2007 do Singapuru bojovat o **Světovou konferenci WONCA v roce 2013**.

O velkém vítězství a šesti letech příprav konference jste si již mohli přečíst jinde. Také o konferenci, na kterou přijelo 3700 lékařů z celého světa, kterou památným projevem otevřela Margaret Chan a na které vystoupil jako klíčový řečník např. ředitel firmy Intel ze Santa Clary v Pasadeně. Akce měla úspěch odborný, organizační i ekonomický. SVL umožnila v následujícím období zcela nezávisle podporovat účast praktických lékařů na mezinárodních akcích, podporu mladých praktiků v jejich zahraničních aktivitách a realizaci různých projektů SVL na podporu rozvoje oboru. Výbor SVL začal uvažovat v mezinárodní dimenzi. Do mezinárodních sítí a pracovních skupin WONCA se zapojili noví lékaři. Jejich působení začalo ovlivňovat i domácí dění; příkladem je vznik Sekce venkovského lékařství SVL, iniciovaný zástupcem ve skupině EURIPA, Davidem Halatou, nebo projekty na podporu kvality (EQuIP- Jan Kovář). SVL začala také navrhovat své zástupce do komisí a orgánů WONCA. I tento-

krát byl vlastní přípravný tým konference 2013 malý a účast českých lékařů se podařilo navýšit až v souvislosti s nápadem uspořádat Československý den.



logo konference WONCA World 2013



generální ředitelka WHO
Margaret Chan (Hong Kong)



Michael Kid (Austrálie), prezident
Světové organizace WONCA

Spíše překvapením byl úspěch kandidatury Prahy pro Evropskou konferenci WONCA 2017, která byla prezentována v Lisabonu v roce 2014, opět s agenturou Guarantint. O co byla na přípravu konference kratší doba, o to více profesionálně bylo k ní třeba přistoupit. Jádro přípravného týmu bylo podobné tomu z roku 2013, ale tým byl obohacen o řadu mladých kolegů s nápady a invencí. Bylo skvělé, jak přispěli nápady a jak dokázali v rozhodujících chvílích převzít nové role a odpovědnost, jako např. moderovat nové prezentační formáty, společenský večer nebo Závěrečný ceremoniál.



Anna Stavdal, Norsko

Současná exekutiva WONCA Europe: sedící past-prezident a čestný člen SVL prof. Job Metsemaker, Holandsko, stojící uprostřed: současná prezidentka

Zahraniční ohlasy nasvědčují tomu, že se podařilo úspěch z roku 2013 zopakovat. Konference měla nesporně vyšší odbornou úroveň, než ta v roce 2013, organizačně neměla chyby, byla přátelská a společenská a přinesla i významné odborně-politické závěry. Snili jsme o vyšším počtu účastníků, ale číslo 2600 není špatné. Ekonomicky netratíme.

Zůstává otázka, jaký dopad bude mít WONCA 2017 na náš obor v České republice. V roce 2013 konferenci mediálně zastínil pád vlády, tentokrát byla v akci v den zahájení divoká prasata. Nicméně tisková konference, pořádaná 1. den konference, měla dobré ohlasy v tisku a umožnila medializovat naše prioritní témata. Účast českých lékařů na konferenci byla zhruba stejná jako před 4 lety. Navíc přišlo více jak 50 studentů lékařských škol. K dispozici máme video nahrávku klíčových prezentací v hlavním sále a celého ČS dne k dalšímu využití. Některá odborná témata inspirují k zařazení do programu budoucích domácích konferencí. Věřím, že ekonomický profit umožní i do budoucna podporovat české praktické lékaře v zapojení do mezinárodních aktivit a vychovávat budoucí lídry. Na nich pak bude záležet, jak budou obor posouvat kupředu.



doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D.

Jak připravit konferenci WONCA - pohled předsedy organizačního výboru

Východiska pro pořádání Evropské konference WONCA byly příznivé, ale zavazující. Vysoký kredit, získaný organizací světové akce v roce 2013 bylo třeba potvrdit a nejlépe překonat. Ve srovnání se světovou konferencí, kde je kladen větší důraz na společenskou stránku akce, od evropské konference se očekává vysoká odborná úroveň programu a zásadní výstupy.

Měli jsme tým z roku 2013 a jeho zkušenosti, Guarant int. jako profesionálního organizátora nejvyšší úrovně v zemi a důvěru, ale také vysoká očekávání celé Evropy. Uvědomovali jsme si, že pro SVL je to další šance, jak získat mezinárodní prestiž.

Bylo třeba uzavřít smlouvy s organizací WONCA a s organizační agenturou. Musel jsem vést obtížná diplomatická jednání s exekutivou WONCA o výši konferenčních poplatků. Ty původně vycházely z vysokého kurzu koruny a pro ekonomické zabezpečení konference bylo potřeba je zvýšit. Museli jsme také hledat shodu v definici kategorie mladý lékař (junior doctor); zatímco WONCA trvala na 5 letech po kvalifikaci bez ohledu na věk, my jsme trvali na 35-leté věkové hranici. Přišlo nám nemístné slevit 50letému lékaři v přípravě nebo po atestaci, třeba z Holandska, jehož příjem převyšuje příjem českého lékaře. Dodržení tohoto postoje se ukázalo důležité vzhledem k tomu, že čtvrtina účastníků byla pak v této kategorii.

Současné konference WONCA jsou z hlediska programu i organizace plně v rukou hostitelské země, která jen odvádí podíl z poplatků, tzv. levý; 50 € za účastníka resp. 25 € za lékaře se slevou na poplatku. V Evropské Radě WONCA jsme součástí iniciativy, která prosazuje výběr stálé organizační agentury konferencí (tzv. Core PCO), která by zajistila větší kontinuitu akcí, udržování databází a zásadnější vliv evropské organizace na konferenci. Jako vstřícný krok v tomto duchu jsme nabídli Truly European Conference, opravdu evropskou konferenci, s velkým prostorem pro mezinárodní spolupráci na její přípravě. Proto jsme také pozvali pět zahraničních kolegů do přípravného výboru.

Termín musí být vhodný pro praktické lékaře, pokud možno bez kolize s jinými akcemi, pro Prahu turisticky atraktivní a musí být volné kongresové centrum. Nakonec jsme se nevyhnuli kolizi s Nordickým kongresem, který je jednou za dva roky a tentokrát byl v atraktivním Reykjavíku. Dva týdny byl příliš krátký odstup a my jsme tak přišli o stovky Skandinávců. Zachovali jsme tradiční strukturu 4-denního kongresu. Shodli jsme se na harmonogramu příprav se základními termíny, zahrnující: spuštění webu, zahájení registrace, spuštění a ukončení příjmu abstrakt, jejich vyhodnocení, vytvoření a zveřejnění odborného programu, klíčové marketingové aktivity, rozhodnutí o společenském programu, atd.

Brzy po Lisabonu 2014 jsme spustili webové stránky a programově je postupně plnili. Později jsme vsadili na sociální sítě a využívali Twitter, Instagram a Facebook. Prezentovali jsme naši konferenci na předcházejících kongresech v Istanbulu, Riu de Janeiro a v Kodani. V posledně zmiňované destinaci jsme zanechali výraznou stopu naivním sborovým zpěvem dvou českých lidových písní. V posledním roce jsme šestkrát vydali newsletter s informacemi o Praze a připravované akci. Naším úkolem bylo také zvolit hlavní téma konference, které by bylo dostatečně nosné a přitom neomezovalo zájemce o prezentaci v odborném programu. Jak se později ukázalo, volba byla dobrá a udala konferenci základní tón, jak se píše v kapitole Odkaz konference.

Zadání nám bylo jasné; chtěli jsme uspořádat konferenci:

- **organizačně** perfektní, přátelskou a osobní
- **programově** vyváženou, zahrnující témata teoretická i praktická, odborná i profesní, individuální i skupinová
- **kulturně** bohatou, reflektující českou přítomnost i evropskou diverzitu
- **politicky** významnou, pro SVL i pro WONCA
- **ekonomicky** přínosnou.

Od začátku jsme věděli, že se můžeme spolehnout na vysokou organizační profesionalitu Guarantu, ale zároveň, že bez vlastní invence konference nepřesvědčí. Prostor je pro ni jak v marketingu akce, tak v odborném i společenském programu. O tvorbě odborného programu pojednává jiná kapitola. Klíčem k úspěchu konference je dobrý zahajovací ceremoniál, kterého se obvykle účastní všichni přítomní delegáti i s doprovodnými osobami. Dábel je v detailech, jak se říká, a ty vyladit potřebuje spoustu hodin přemýšlení a diskuzí. Stejně tak nám záleželo na společenském večeru v nádherném Obecním domě.

Hodně času jsme strávili přemýšlením o tom, jak motivovat k účasti české lékaře, kromě uspořádání Česko-slovenského dne. Pro drtivou většinu ze 160 lékařů se podařilo zajistit podporu účasti z fondu partnerských farmaceutických společností. Ovšem úsilí, které jsme museli věnovat tomu, aby se individuálně potkal zájem lékařů s podporou konferenčního poplatku a aby proběhla řádná registrace, bylo enormní. Kromě informací v Practicusu a na webových stránkách SVL, znamenalo stovky mailů, telefonátů a hodin administrativy. Za tuto agendu patří obrovské poděkování dr. Janě Vojtiškové a našemu sekretariátu.

doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D.

Předseda organizačního výboru WONCA Europe 2017

Výbory konference

Předseda organizačního výboru mezinárodní konference je odpovědný za komunikaci s evropskou organizací, s pořadající agenturou a výborem pořadající organizace. S mandátem výboru SVL také vybírá spolupracovníky do přípravného výboru. Stanovuje harmonogram příprav a podle něj organizuje jednotlivé kroky, je odpovědný za rozpočet a koordinuje přípravu vědeckého i společenského programu. Řídí vlastní konferenci. Takto také vypadaly mé činnosti v souvislosti s konferencí WONCA 2017.

Vycházel jsem z týmu WONCA 2013 a další kolegy jsem zapojoval postupně, jak přibývaly úkoly. Až později se členové přípravného výboru profilovali do organizačního a vědeckého výboru.

O vedení vědeckého výboru jsem požádal **Jáchyma Bednáře**, kolegu z fakulty, skvělého učitele a našeho zástupce v Akademii evropských učitelů praktického lékařství (EURACT). Jáchym ve své pozici rostl s novými úkoly. Podílel se na výběru klíčových řečníků, komunikoval s nimi a s představiteli sítí WONCA, dohlížel nad hodnocením abstrakt a měl hlavní podíl na vytváření odborného programu. Převzal také odpovědnost za přípravu odborně politického prohlášení konference („Legacy“) ve spolupráci s exekutivou WONCA, které bylo nakonec jednomyslně přijato Radou WONCA. Byl také oporou našeho kodaňského sboru, v Obec-

ním domě zahrál k tanci na klavír a doprovodil zpěvy českých delegátů.

Po celou dobu příprav byl stínovým prezidentem kongresu a spoluodpovědnou osobou **Norbert Král**, bývalý předseda Mladých praktiků. Podílel se na všech klíčových rozhodnutích v přípravě i během konference. Spoluorganizoval návštěvy praxí a prekonferenci Vasco de gama. Spolu se **Zuzanou Švadlenkovou**, přijali nevšední výzvu, moderovat společenský večer v Obecním domě. Byl to nelehký a nezáviděníhodný úkol, jehož se skvěle ujali; byli krásní a mladí, zábavní i důstojní, rozmarní i přesvědčiví. Podobně skvěle zvládla **Petra Kánská** (také spoluorganizovala prekonferenci Vasco da Gama) moderovat závěrečný slavnostní ceremoniál. Zvláštní dík patří těmto třem za tento velmi osobní příspěvek, vyžadující odvahu a poctivou přípravu.

Koordinace účasti a spolupráce studentů pražských lékařských fakult se zhostila čerstvá absolventka 1. lékařské fakulty UK **Marika Dědinová**.

Na jiném místě si přečtete o společenském a kulturním programu při slavnostním zahájení, následném koktailu, při slavnostním večeru a slavnostním zakončení. Je pod ním především podepsaná Jana Vojtíšková. Investovala čas, energii a svou kreativitu do výběru a složení



programu, ale taky osobně dokázala oslovit a motivovat umělce, aby právě pro nás se vydali z nejlepšího. **Jana Vojtíšková** věnovala také enormní úsilí zajištění účasti českých lékařů na konferenci a získání pražských kolegů pro návštěvy zahraničních kolegů v praxích. Patří jí i dík za získání klíčového partnera konference.

Svatopluk Býma byl skvělým předsedou SVL v konferenčním roce; jak osobní podporou přípravnému výboru, tak svým jednáním v oblasti marketingu konference. Během konference dokázal vystoupit nejen na podiu Kongresového centra, ale také v České televizi.

Cyril Mucha s Nelou Šrámkovou přetvořili skromný nápad prezentace několika POCT metod pro praxi ve veleúspěšný projekt laboratoře klinických dovedností a přístrojových technik v ordinaci praktického lékaře, absolutně vyprodanou na oba dny, s vysokým hodnocením účastníků a hořkými vzkazy těch, na které se nedostalo!

Otto Herber byl, stejně jako v roce 2013, hlavním organizátorem a odborným garantem Česko-slovenského dne. Podařilo se mu překonat příznačnou diverzitu českého a slovenského praktického lékařství a vytvořit prostředí potřebné výměny zkušeností.

V přípravných výborech vůbec tentokrát dominovali lékařky a lékaři mladší 35 let. Podíleli se na strate-

gii příprav, především na tvorbě odborného programu konference, někteří navíc přispívali podle své specifické agendy zájmu a na vlastní konferenci moderovali sekce; (podle abecedy, bez dříve jmenovaných): **David Halata** (člen EURIPA, problematika venkovského lékařství), **Kateřina Javorská** (venkovské lékařství), **Markéta Korcová** (předsedkyně Mladých praktiků), **Jan Kovář** (člen EQIP, kvalita a bezpečí), **Kristýna Kožoušková** (předsedkyně české sekce Vasco da Gama, prekonference), **Vojtěch Mucha** (člen Rady mladých praktiků, fotodokumentace), **Martin Seifert** (člen Rady mladých praktiků, Běh Vyšehradem).

Cenné rady k tvorbě odborného programu poskytli **Václav Beneš**, který za něj nesl odpovědnost v roce 2013 a k organizaci **Stanislav Konšacký**.

Byl to skvělý tým a je škoda, že konferenci jeho působení skončilo. Podle mého názoru mají všichni předpoklady se prosadit v domácích i mezinárodních aktivitách ve prospěch oboru a stát se budoucími lídry.

doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D.

Předseda organizačního výboru WONCA Europe 2017



Odborný program Evropské konference WONCA 2017

Mezinárodní konference WONCA, které se konají každý jeden rok, jsou vždy společenskou a odbornou událostí, příležitostí k setkáním, šíření a výměně informací a zkušeností mezi kolegy či k prezentaci dosažených výsledků a navázání nových přátelství, vztahů a oborové spolupráce.

Pražská konference splnila očekávání, jak lze soudit s četných ohlasů během ní i po ní, z kladných reakcí mnoha členů exekutivy WONCA, ale i z milých slov a e-mailů řadových účastníků.

Do Prahy přijelo celé představenstvo evropské organizace praktických lékařů WONCA a mnoho dalších zajímavých hostů. Nejvýznamnějšími byli prezidentka světové organizace WONCA, Dr. Amanda Howe, která byla jedním z 6 hlavních řečníků, a Dr. Hans Kluge, nejvyšší představitel evropské kanceláře WHO. V Praze promluvil při zahájení konference a přednesl přednášku o zdravotní péči, která je orientovaná na pacienta místo na diagnózu či nemoc. Zdůraznil postoj WHO, která podporuje názor, že role praktického lékaře v moderní medicíně je v tomto aspektu nezastupitelná a klíčová.

V Praze se potkali lékaři ze všech koutů světa, kterým



není lhostejné, kam a jak se náš obor vyvíjí, ať jsou to praktičtí a rodinní lékaři, kteří vyučují mladé lékaře, provádějí výzkum či kolegové pracující v sítích WONCA a v neposlední řadě též všichni, kteří se chtěli podělit se svou jedinečnou pracovní zkušeností s ostatními kolegy z celého světa. Potkali se zde lékaři z měst, z venkova, mladí a nadšení, starší, moudří a zkušení, kolegové vyrůstající v různých kulturách, vyznávající rozličná přesvědčení a náboženství, profesionálové z jihu, severu, východu či západu.

Konference ve velkém měřítku využívala moderních technologií a proběhla s podporou na sociálních sítích Facebook, Twitter, Instagram.

Uvítala téměř 2600 účastníků z 62 zemí, kteří prezentovali přibližně 1400 sdělení v 39 odborně - tematických okruzích. Účastníci vyslechli 6 skvělých klíčových řečníků, kteří do jednoho sklidili velký aplaus.



Prof. Wolfgang Mastnak, světový uznávaný muzikoterapeut, mluvil o svých zkušenostech s léčbou hudbou u psychiatrických pacientů a pacientů s interními nemocemi. Svoje sdělení proložil hudbou na klavír.

Profesor Niek de Wit promluvil na téma „Jak poskytovat komplexní péči seniorům“. Velký odborný ohlas sklidil profesor Hoschl se svým vtipným a erudovaným sdělením na téma „Placebo jako nástroj lékaře“.

Prof. Amanda Howe ve své řeči rozvedla motto konference sdělením o dosahování jednoty v různosti. Nejmladším plenárním přednášejícím byl Dr. Harris Lygidakis, který načrtl vizi moderního lékařství v době digitální. Posledním hlavním řečníkem byl profesor Anthony Heyman. Zamyslel se nad tím, jak péče, původně zaměřená na pacienty, se posunuje v prostředí vyžadujícím splňování indikátorů kvality a zatíženém byrokracií.

Je velkým příslibem do budoucna, že zhruba 1/3 účastníků konference byli mladí lékaři do 5 let po atestaci a že konference se zúčastnilo velké množství mladých českých praktiků, kteří navíc ještě zvládli zorganizovat svou prekonferenci na Malé Straně pro více než 120 mladých zahraničních kolegů.

Nejčastější formou prezentace vědeckých prací na konferenci WONCA byly tzv. **postery / plakáty**. **Přijali jsme jich 900**. Každý vystavující měl možnost vystavit na 1 den svůj plakát a zájemcům o své sdělení uvedené na posteru jej přiblížit i v osobním rozhovoru v přiděleném čase.



2. nejčastější formou byly tzv. ústní prezentace: 272 abstrakt bylo takto přijato k 15 min přednáškám, kdy přednášející 10 minut přednášel a poté 5 minut o svém tématu diskutoval.

Dále jsme **mohli navštívit 111 Workshopů**, interaktivních sdělení, připravených a vedených jednotlivcem nebo několika odborníky, s cílem vyvolat a dát prostor intenzivní diskusi na dané téma skupině účastníků, kterou dané téma zajímá.

Poslední formou byly „1 slide 5 minutes“ prezentace: tento nový a neobvyklý formát se těší stále větší oblibě mezi účastníky konferencí. Jedná se o stručnou prezentaci posteru obvykle v délce 3 minut s prostorem pro 1–2 otázky. Těchto krátkých prezentací jsme na naší konferenci přivítali 118.

Velký úspěch sklidila **laboratoř klinických dovedností** pod vedením kolegy Cyrila Muchy a jeho týmu. Na 8 trenažérech si praktici zkusili své praktické dovednosti. Zájem byl veliký, bylo stále plno.

Významnou částí odborného programu bylo čtvrtěční plenární zasedání o spolupráci WONCA a WHO a dále páteční setkání ve velkém sále, kde se potkal a diskutoval východ se západem a sever s jihem Evropy. Hovořilo se o rozdílech v poskytování péče v různých evropských regionech. V této sekci vystoupili vždy zástupci dvou regionů se sdělením, co se jim v daném regionu daří a co naopak u nich není optimální.

Dále byla do programu konference zařazena tři satelitní symposia. Společnost Pfizer pořádala svůj přednáškový program o vakcinaci, společnost Servier diskutovala problematiku kardiovaskulárních chorob. Třetí symposium bylo věnováno problematice poruch výživy, intolerance a alergií na potraviny, včetně celiakie.

Na tvorbě vědeckého programu se ve velké míře podílely odborné sítě WONCA: EURACT, EQuiP, EGPRN, EURIPA, EUROPREV a další. Tyto sítě jsou mezinárodními sdruženími praktiků v rámci organizace WONCA, jejichž členové se pravidelně setkávají a dlouhodobě a systematicky se zabývají např. výukou v našem oboru, vědou a výzkumem, kvalitou a bezpečností poskytování lékařské péče a mnoha dalšími odbornými tématy.

V pátek 30. 6. proběhl v jedné ze 17 konferenčních místností **Česko-slovenský den**. Odborný program byl v českém a slovenském jazyce a ukázal, že česko-slovenská spolupráce je plodná a česko-slovenské vztahy jsou dlouhodobě rozvíjeny k užitku obou stran.

Motto letošní konference bylo „**Growing together in diversity - společný růst v různosti**“. Domníváme se, že takto zvolené téma bylo živé, aktuální a nosné, jelikož dnešní občané Evropy řeší otázky o smyslu jednoty a bytí pospolu v různosti. V Evropě nyní čelíme náladě, která chce spíše dělit než spojovat, zároveň žijeme v době, kdy se rozhoduje, které hodnoty chceme jako občané nadále zastávat a ctít.

Mnoho sdělení účastníků konference se tomuto tématu věnovalo a ve svých přednáškách jej rozvíjelo. V jedné prezentaci klíčové řečnice mě zaujal názor, že naše schopnost dosáhnout a žít v jednotě pospolu je a bude krásou a zároveň testem naší moderní civilizace.

Evropa je báječné místo k životu, diverzita byla a je v jejím genetickém kódu. Lidé Evropy žijí v zemích s rozdílnými zdravotními systémy a také s mírně odlišnými rolami praktických a rodinných lékařů v jejich rámci. Věřím, že je možné se z našich odlišností poučit a že rozdílily nás nerozdělují, ale spojují a obohacují nejen jako lékaře, ale i jako občany Evropy.

Organizace WONCA se ve svém poselství konference, které bylo publikováno při závěrečném ceremoniálu, hlásí k závazku podporovat a rozvíjet diverzitu, podporovat vzdělávání a primární péči založené na respektu k různosti.

za vědecký výbor WONCA konference
MUDr. Jáchym Bednář



VdGM Pre-conference Wonca Prague 2017, Let's grow together in...



Ve dnech 27.–28. 6. 2017 se konala v prostorách Kaisers-
tejnského paláce v Praze VdGM Prekonference, které
se zúčastnilo 130 mladých praktických lékařů ze 30
zemí z celého světa. Konference přilákala i zástup-
ce z Číny, Brazílie a Austrálie. Motto konference bylo
„Let's grow together in...“, vycházející z hlavního tématu
22nd Wonca Europe Conference Prague 2017 „Growing
together in diversity“. Jako tradičně i letos byla součás-



tí prekonference jednodenní návštěva ordinací českých
praktických lékařů, VdGM Pre-conference Exchange, 18
zájemců dne 26. 7. 2017 navštívilo naše kolegy v Praze
a Brně. Na konci dne se konala první neoficiální večer-
e za účelem seznámení se a sdělení si prvních dojmů
a zkušeností z praxi.

V úterý 27. 6. po více než roce příprav vše vypuklo, náš
program byl velmi nabitý. V průběhu zahajovacího cere-
moniálu nás poctila návštěvou a krátkým proslovem
prezidentka Wonca Europe Anna Stavdal, keynote na
téma *Growing together in diversity* si pro nás připravila
prezidentka Euractu Jo Buchanan. Poté odstartovala
samotná prekonference. Tento rok jsme chtěli pojmout
prekonferenci odlišným způsobem, než bylo doposud
obvyklé. Cílem bylo, aby si naši zahraniční kolegové, jak
se lidově říká, z toho něco odnesli. „Let's grow together
in...“ přeneseně „be a better doctor“!

Připravili jsme 4 workshopy, 2 praktické a 2 teoretické.
Všichni účastníci byli rozděleni do 8 skupin, každou



skupinu vedl jeden facilitátor (facilitátor – moderá-
tor skupiny, diskuze). Těchto 8 skupin bylo pak rozdě-
leno tak, aby každá skupina absolvovala jeden praktic-
ký a jeden teoretický workshop. První praktický work-
shop, „*Focused on the prevention*“, byl připraven nezis-
kovou ordinací Loono zastoupenou Lucíí Hoznauerou
a Maximem Sirotinem. Loono se zabývá vzděláváním
v oblasti prevence onkologických a kardiovaskulár-
ních onemocnění. Účastníci workshopu si mohli vyzkou-
šet správnou techniku samovyšetřování na speciálních
modelech prsou a varlat, kde byly ukryty různé nádory.
Cílem workshopu bylo naučit se, jak efektivně předat
pacientovi informace o samovyšetřování v rámci běžné
konzultace. Diskutovala se také otázka výtěžnosti samo-
vyšetření a názory na tuto problematiku napříč jednot-
livými evropskými zeměmi. Druhý praktický workshop
pod vedením Pavla Kellnera a Emmanuely Fernandové,
„*Personal experience as a motivational tool for long
living prevention*“, byl zaměřen na starší pacienty a pato-
logie staršího věku. Byly zde připraveny modely, které
simulovaly, jak se cítí člověk ve vyšším věku. Účastníci
workshopu si mohli modely obléci a projít se v nich po



budově. Jednalo se zejména o speciálně upravené brýle,
sluchátka, rukavice a další pomůcky omezující hybnost
velkých kloubů a páteře. Poslední dva workshopy byly
zaměřeny na paliativní péči a psychosomatiku. První,
„*Delivering serious news in palliative care*“, byl pod vede-
ním Adama Housky z Cesty domů/Centra paliativní péče
a jeho kolegy Martina Loučky z Centra paliativní péče.
Sehráli modelovou situaci kardiologicky nemocného
pacienta v terminálním stádiu onemocnění a s našimi
kolegy řešili, jak by s pacientem v terapii postupovali, jak
by komunikovali s jeho rodinou apod. Poskytování seri-
ózních zpráv pacientům, zejména informací o diagnó-
ze a špatné prognóze, je jednou z nejobtížnějších oblas-
tí medicíny. Každý praktický lékař by měl být schopen
čelit takovým situacím a mluvit s pacienty o jejich prefe-
rencích a prioritách na konci života. Cílem worksho-

pu bylo sdílení praktických doporučení pro komunikaci v takových situacích na základě mezinárodních pokynů a vědeckých důkazů. Druhý workshop „Drawing family circles“, byl veden naším německým kolegou panem doktorem Panhoferem za asistence Martina Seiferta.



Metoda kreslení rodinných kruhů patří do rodinné diagnostiky a má také terapeutický přínos, je psychosomatickým nástrojem. Indikace: Kdykoliv se lékař dozví, že problém pacienta má něco společného s jeho rodinou nebo není jasný důvod pro konzultaci, vyzve pacienta, aby kreslil rodinné kruhy. Pacient je požádán, aby kreslil sebe a členy své rodiny, skupiny vrstevníků atd. Jako menší nebo větší kruhy uvnitř, nebo vně velkého kruhu. Také přátelé, nepřátelé, práce, koníčky atd. mohou najít místo. Pacient je následně vyzván, aby mluvil o své interpretaci a popisoval své pocity. Důležité je přijmout všechna vysvětlení pacienta, i když se zdají být zvláštní. Poté je důležité o nápadech a úvahách s pacientem diskutovat. Pacient je sám sobě odborníkem. Člověk vidí a cítí víc, než o čem dokáže mluvit.

Celý den byl pak zakončen společenskou večerí s živým hudebním doprovodem našeho kolegy Vojtěcha Muchy a jejich kapely The D E Am, která se konala v nádherných prostorech Kaiserštejnského paláce, v Křišťálovém sálu. Následující den, středa 28. 6. , program prekonference pokračoval. Přišel čas facilitátorů, jejich úkolem bylo, aby každý facilitátor se svou skupinou vytvořil z proběh-



lých workshopů tzv. „take home message“, forma pojetí již byla na nich, většinou se jednalo o krátké scénky a krátké powerpointové prezentace, které se prezentovaly v průběhu závěrečného ceremoniálu. Během ceremoniálu vystoupila se svou motivační prezentací směřovanou na mladé praktické lékaře i prezidentka světové

Woncy Amanda Howe. Celou konferenci uzavřela prezidentka Vasco da Gama Movement Claire Marie Thomas se svým sdělením „Rosteme společně v empatii/Growing together in empathy“. Hovořila zde o rozdílu mezi empatií a sympatií - zmiňovala, že empatie nesoudí, zatímco sympatie vynáší mnoho soudů. Při projevu empatie se cítíme tak, jak se cítí ten druhý, naopak při projevu sympatie jen víme nebo si myslíme, jak se druhý cítí. Zmínila problém v deficitu empatie, který zdůraznil již prezident Barack Obama jako jeden z morálních testů naší doby - chybí schopnost obout se do bot druhého, vidět svět očima někoho jiného. Vztah empatie a léčení ve své prezentaci ozřejmila slovy prezidenta Americké asociace lékařských fakult: „Každý pacient chce dobře akademicky připraveného lékaře, ovšem stejnou měrou si přeje lékaře s personálními atributy odpovídajícími jeho profesionalitě.“ Marcel Proust kdysi řekl „Skutečný akt



objevu nespočívá v hledání nové země, ale v pozorování novými očima.“ Měli bychom pracovat na empatických rozhovorech, vytvářet empatické týmy tvořící empatické systémy na národní úrovni. Neměli bychom zapomenout, že je rozdíl mezi pasivní a aktivní empatií. Je snadné se v empatii ztratit a těžké růst, ale měli bychom o to



společně usilovat.

Na závěr bychom moc rádi poděkovali všem, kteří se na organizaci prekonference podíleli: Norbert Král, Petra Kánská, Ivana Franková z Kaiserštejnského paláce, společnost GUARANT International, spol., s. r. o. Děkujeme také SVL ČLS JEP za vložnou důvěru v Mladé praktiky tuto událost pořádat.

MUDr. Kristýna Kožoušková
MUDr. Markéta Pfeiferová
VPL Praha, Mladí praktici z.s.
HOC VdGM Preconference

Tisková konference



pluk Býma, pak popsal situaci v české zdravotnictví, která je důsledkem zdravotní politiky státu. Omezování kompetencí praktických lékařů vede ke zbytečným nákladům, zdravotní turistice pacientů a zbytečným návštěvám specialistů. Připomněl neexistenci koncepce primární péče v ČR.

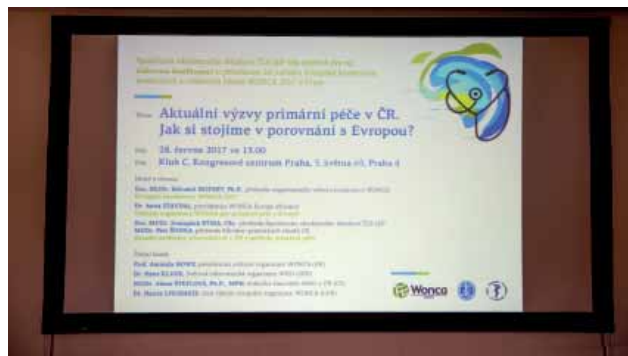
Předseda SPL ČR, Petr Šonka, pak prezentoval konkrétní zkušenosti s jednáním s autoritami o možných změnách. Dr. Hans Kluge, z evropské úřadovny WHO, vysvětlil, jak současná rozvinutá medicína potřebuje praktické lékaře, kteří jsou nejbližší pacientům a jsou schopni poskytovat péči skutečně orientovanou na člověka.

Na závěr vystoupila Dr. Alena Šteflová, ředitelka pražské

Několik hodin před slavnostním zahájením konference proběhla v prostorách Kongresového centra Tisková konference. Cílem organizátorů bylo využít přítomnosti významných osobností evropského praktického lékařství a hostů a atmosféry konference k prezentaci některých našich klíčových problémů. Informační materiály pro novináře ve spolupráci s námi připravila profesionální agentura Media Healthwork. Účast novinářů byla uspokojivá; byli zastoupeni jak žurnalisté laických, tak odborných periodik.

Role moderátorky se ujala paní Retková. V úvodním příspěvku prezidentka evropské WONCA Dr. Anna Stavdal zdůraznila význam praktického lékařství pro stále nákladnější a pro občana složitější evropské zdravotnictví a roli organizace WONCA. Ocenila přínos SVL jako spolehlivého organizátora mezinárodních akcí a její reprezentanty v pracovních skupinách a orgánech WONCA.

Prezident konference Bohumil Seifert vysvětlil význam konference WONCA pro české praktické lékaře a upozornil na trendy v Evropě, které přikládají praktickým lékařům zásadní roli v udržitelnosti péče o zdraví. Uvedl příklady některých bolavých srovnání rozvoje primární péče v České republice a v jiných evropských zemích. Předseda SVL, Svato-



kanceláře WHO a podpořila argumenty předčedníků ve smyslu potřeby rozvoje praktického lékařství v ČR a nabídla pomoc s prací na koncepci.

redakce



Slavnostní zahájení

Středa, 28. 6. 17 hodin, velký sál Kongresového centra v Praze

Zkušení účastníci lékařských konferencí WONCA, ať už světových či evropských, často říkají:

„Jaký bude zahajovací ceremoniál – taková bude i konference“. V posledních letech se proto organizátoři předhánějí, aby slavnostní ceremonie nebyly nudné, vyplněné hlavně řečením, ale aby byly zajímavé, originální a nalákaly co nejvíce účastníků. Také je zde zjevná snaha ukázat, že ta či ona země má tvůrčího ducha a schopné organizátory snažící se předvést svou zemi a kulturu v co možná nejlepším světle. Často tak na zahajovacích ceremoniálech můžeme vidět známá místní hudební tělesa a taneční uskupení střídající se s projevy významných představitelů WONCY a organizátorů. Obvykle zahajovací ceremoniál bývá navečer v den příjezdu účastníků konference, takže téměř vždy panuje napětí kolik jich do sálu vlastně dorazí... Kdo má zpoždění a nestihá, kolik z nich ani nemá o zahájení zájem a jiné další příčiny. Zrovna tak je prakticky nemožné odhadnout kolik lékařů zůstane na občerstvení které po zahajovacím ceremoniálu následuje. Řada zahraničních lékařů totiž často bezprostředně po registraci vyrazí tak říkajíc „do šumu velkoměsta“. Důvodů bývá hned celá řada - prostě hlad a žízeň, únava po náročném cestování nebo dychtivost poznat nové město a nasát atmosféru. My organizátoři tak máme vždy nervy napjaté do poslední minuty a očekáváme, jak to vlastně dopadne. Nejinak tomu bylo i letos při zahájení evropské konference WONCA EUROPE Praha 2017. Po zkušenosti z konference světové (WONCA WORLD 2013), která se mimořádně vydařila, jsme od svých zahraničních kolegů cítili velká očekávání. Řada kolegů, s kterými jsme se setkali na konferenci

v Kodani či v Riu, se do Prahy velmi těšila.

My jsme chtěli překvapit, zaujmout a být co nejvíce kreativní, více než na všech přechozích konferencích. Zároveň jsme se tak trochu báli, jak bude naše zahájení přijato...

Jak tedy zahájení proběhlo?

Jako obvykle to byl od rána chaotický a vypjatý den. Zatímco probíhala tisková konference s novináři a zahraničními hosty, registrace v Kongresovém centru běžela již naplno. Ve velkém sále se zkoušel večerní program. Byla jsem napjatá kolik lékařů na zahájení dorazí; bylo by mi moc líto, kdyby tak velký sál zel prázdnotou. Mnozí zahraniční kolegové jeli do Kongresového centra rovnou z letiště. Sál se s pokračujícím časem začal pomalu plnit. Pak se objevil charismatický profesor Wolfgang Mastnak, kterého jsme do té doby znali jen z mailů. Pan profesor byl náš první odborný řečník, který měl přednést první odbornou lekci již v průběhu slavnostního večera na téma muzikoterapie. Vzhledem k tomu, že doprovází svá slova vlastním klavírním doprovodem, vyžádal si předem (a také dostal) na podium koncertní klavír.

Milým překvapením pro nás bylo, že pan profesor Mastnak mluvil docela dobře „a s radostí“ i česky, kromě dalších 11 jazyků. Později mi





objasnil, že má českou maminku z Vodňan, zatímco otec pochází z Birminghamu a rodina žije v Rakousku. On sám působí na Univerzitě v Mnichově a v Šanghaji a vůbec se netajil s tím, jak ho potěšilo pozvání na kongres do Prahy.

Jako moderátorku zahájení jsme vybrali Báru Klárovou, která pro nás úspěšně moderovala Žofín 2013. Věděli jsme, že zhruba 6 týdnů před konferencí očekává narození dítěte, což bylo trochu napínavé. Vše dopadlo dobře a její malou Jasmínku během zahájení opatrovala v zákulisí babička.

V 17 hodin byl sál již převážně naplněn, zahájení se přesto zpozdilo o 15 minut na žádost vedoucích představitelů WONCY. Důvodem byla registrace velké skupiny lékařů, která přímo z letiště spěchala do hlavního sálu. Také jsme napjatě očekávali příjezd paní primátorky hlavního města Prahy paní Mgr. Adriany Krnáčové, která přijela účastníky kongresu přivítat a pozdravit.

Poslední dobíhající... Dveře se definitivně zavírají... Tma a ticho v sále. Začíná neobyčejně atraktivní podívaná - kreslená laserová show Alexandra Doviše. Na základě naší předlohy připravil pan Doviš jedinečné představení, kdy hlavním motivem je praktický lékař, cesta do Prahy, Evropa (letadlo a naznačené letecké linky, motivy evropských měst, kde se konference v minulosti pořáda-

la např. Kodaň, Istanbul) a práce v ordinaci – měření TK, EKG, optotyp apod. Celá show je podbarvena působivou hudbou. Pan Doviš sklídl v sále velké ovace vestoje.

Následoval kaleidoskop pozdravů a představení. Všechny lékaře na konferenci v Praze přivítal prezident organizačního výboru docent MUDr. Bohumil Seifert Ph.D. a předseda vědeckého výboru MUDr. Jáchym Bednář. Dále promluvili: docent Svatopluk Býma, předseda SVL ČLS JEP a profesor Škrha, jménem předsednictva ČLS JEP. Pak moderátorka pozvala na pódium paní primátorku Mgr. Adriánu Krnáčovou, která zvolila neformální a přátelskou zdravici a perfektní angličtinou pozvala kolegy k návštěvě památek a zajímavých pražských míst.

Dále patřilo pódium prezentaci evropské WONCA, kterou řídila její prezidentka Dr. Anna Staval. Mimo jiné vyzvala ke zdravici i prezidentku Wonca World, prof. Amanda Howe, a Dr. Hanse Kluge, z evropské kanceláře WHO.



Součástí úvodního ceremoniálu byla i první plenární přednáška, kterou přednesl prof. Wolfgang Mastnak. Přednáška přinesla odbornou informaci, nicméně byla odlehčená a zpříjemněná klavírními kousky pana profesora. Byla přijata s velkým ohlasem a pan profesor se stal velkou hvězdou celého kongresu.



A pak, se objevila naše Bára v úžasné róbě hvězdy, aby zpívala píseň, která se stala dávno evergreenem a opakovaně zní po celém světě... *Lennonova Imagine*. Mnoho přítomných neodolalo a zpívalo s ní. Střídala ji píseň *Besame mucho* určená speciálně pro naše španělsky mluvící kolegy, kterých bylo v sále velké



množství. Malá vzpomínka na světový kongres Wonca World v Riu 2016 byla Sinatrova *Girl from Ipanema*. Paní Báru doprovázeli dva skvělí hudebníci – klavírista, který často koncertuje se skupinou ABBA a vynikající basista. Když zaznělo nadčasové a davy spojující Cohenovo *Hallelujah*, byl už sál krásně naladěný a my jsme věděli,

že máme vyhráno. Závěrečná píseň Glorie Gaynor *I will survive* pak zvedla lékaře ze židlí; zpívali a tančili v uličkách a mezi sedadly. Pravdou je, že k tanci strhly celý sál svým nadšením a neuvěřitelnou energií dvě první dámy WONCA paní Amanda Howe a paní Anna Stavdal.

Ceremoniál tak za všeobecné pohody skončil a pokračoval občerstvením v prostorách kongresového centra. Dostatek dobrého vína, piva, různých malých dobrot a všude hloučky dobře naladěných debatujících lékařů se sklenkou v ruce. K tomu malá hudební produkce; housle pana Vlčka s dívčím

zpěvem pro potěšení.

Tímto podvečerem začal náš dlouho očekávaný evropský kongres... Bude vydařený?

MUDr. Jana Vojtíšková



Hlavní přednášky a klíčoví řečníci

Klíčoví řečníci jsou odborným klenotem velkých konferencí, jako byla Wonca Europe 2017. Lékařské veřejnosti jsou obvykle známí a dávají jistou záruku, že jejich vystoupení bude přínosné. Na naší konferenci se tento úkol organizačnímu výboru plně zdařil. Oslovení byli opravdu odborníci a jejich přednášky přitáhly do sálu velké množství posluchačů.



Niek de Wit, *profesor primární péče z holandského Utrechtu* hovořil o **Primární péči pro staré, jako nejdůležitější činnosti všeobecných praktických lékařů**. V současné době se prodlužuje věk pacientů a v roce 2040 lze odhadnout, že 25 % evropské populace bude starší 65 let. Mnoho občanů bude stárnout v dobrém zdra-

votním stavu, bohužel s fyziologickými limitacemi, ale i s chronickými nemocemi, psychosociálními problémy omezujícími jejich samostatnost v souladu se zvyšujícím věkem. Velká část starých občanů zůstane nezávislých na pomoci ostatních s dobrou kvalitou života, proto je velmi důležité zachování kvalitní sebeobsluhy po co nejdelší dobu. Senioři chtějí „**přidat život k rokům spíše než rokům k životu**“ Evidence based medicine často selhává při hledání správné odpovědi pro individuálního seniora, protože doporučené postupy jsou často zaměřené na mladšího pacienta s jedinou nemocí a ne na polymorbidního seniora. Navíc životní perspektiva se mění s tím jak lidé stárnou, potenciál zisku lékařských intervencí, nesplňuje vždy kýžené očekávání. Rozhodnutí o upuštění od léčby se stává stejně důležité, jako rozhodnutí o jeho zahájení. Pro personalizovanou medicínu a sdílené rozhodnutí senioři potřebují podporu od důvěryhodných zdravotnických profesionálů. Všeobecný lékař je optimálně vybaven ke splnění těchto úkolů, do budoucna ale bude třeba, aby sehrál aktivnější roli v péči o seniory. Časná identifikace medicínských a psychologických problémů je požadovaná k prevenci před zhoršováním potíží a snižováním funkční schopnosti. Senioři potřebují vedení v komplexu zdravotnických a sociálních rozhodnutí. Klíčovou výzvou pro seniory bude diskuse v kontextu stárnutí a přístupů praktických lékařů k tomuto problému.



Prof. Cyril Höschl
mezinárodně uznávaný český psychiatr.
Je placebo podvod nebo užitečný nástroj?

Placebo je lékem, který obsahuje nefarmakologické užitečné látky. Jeho účinek se odráží v mozkových aktivitách a lze jej zobrazit při magnetické rezonanci. Použití placebo v klinickém výzkumu je diskutováno z metodologického, etického i technického pohledu. Vždyť bez placebem kontrolované studie k prokázání účinnosti nových molekul není možné zavádět žádné nové léčivé přípravky. Velmi často je potřebné přímé porovnání s placebem. Podle Helsinských dohod je nutné, že risk, zátěž a účinnost nových postupů se musí testovat proti již vyzkoušeným postupům. Užití placebo, nebo neléčení je přijatelné ve studiích, kde neexistuje prokázaná intervence, nebo kde z metodologického důvodu je naopak jeho použití nutné. Největší problém klinické farmakologie je signifikantní vzestup placebo efektu v posledních desetiletích a nalezení skutečného signálního placebo. Výsledky studie mohou ovlivňovat nejrůznější faktory jako: designe studie, typ instituce, kde k ní dochází, charakteristiky pacienta, hodnotící prvky, výsledky měření, typy symptomů nebo nemocí, typy léčiv a dávkovací plán, rozměry výsledků, randomizace, kulturní kontext, kvalifikace hodnotitelů a mnoho dalších. Přednáška zajímavým způsobem probrala všechny stránky placebo, které v jednom případě vede ve vědecké práci k pozitivním výsledkům.

Dr. Harris Lygidakis
akademický praktický lékař z Luxembourg, člen exekutivy WONCA

Přijetí rozmanitostí v digitální transformaci primární péče.

Používání informatiky a komunikačních technologií pro zdravotnická zařízení se stává strategickým spojením pro udržitelný rozvoj cílů a dosažení kompletního pokrytí zdravotní péče. Umožňuje rovný přístup ke zdravotnickým službám. Všude přítomné mobilní přístroje a senzory, zvyšující se dostupnost dat a zvyšující se



výkony počítačů, pokroky ve znázorňování a genomice vytvářejí bouři, která přeměňuje zdravotnictví od základů. V rovině populace je to koordinace léčby nemocí a v preventivních programech pak dochází k podstatnému zjednodušení, součástí se stává *cost-effectiveness* a rovněž kvalita života v našich komunitách. E-Health hraje významnou roli v zajišťování integrované a na pacienty orientované zdravotní péči. Posiluje ho a zmocňuje jednotlivce činit informovaná rozhodnutí při řízení jejich zdravotních potřeb. Poprvé v historii je individuum umístěno do středu zájmu, má včas a cenově dostupný přístup k údajům, potřebné znalosti a nástroje k jejich získání. Zdravotní péče je na míru pro jeho/její různorodé zázemí a jejich potřeby. Tyto technologie jsou katalyzátorem pro široké sociální změny. Zdravotnictví má příležitost investovat do mezioborové profesionální spolupráce. K lepšímu využívání finančních zdrojů, rozšíření obzorů a řešení starých i budoucích výzev.



Amanda Howe
prezidentka světové organizace WONCA, Londýn, Velká Británie

Budme jednotní a hovořme stejnou řečí, abychom byli slyšet.

Tak bych přeložil název přednášky britské profesorky, jinak představitelky Wonca World.



Separatistické síly působících přes náš dnešní svět jsou zdrojem úzkosti, hrozeb a konfliktu. Pojetí kmen a národ může být zdrojem hrdosti, ale také rozdílnosti. Podobně též odborné skupiny, jako jsou WONCA, stojí před výzvou pokusit se najít sdílené hodnoty a prostředky pro zlepšení našeho profesionálního postavení a zároveň respektovat odlišné nastavení a prostředí našich členů a pacientů. Tato přednáška měla ukázat způsoby, kterými WONCA rozvíjí své sdílené poslání a priority, přičemž nadále poukazovat na odlišnosti a autonomii. Těmito vzletnými slovy zahájila přednášející svoji řeč. Celým svým vystoupením hájila zájmy praktických lékařů a povzbuzovala k další činnosti a spolupráci.

Wolfgang Mastnak

světznámý muzikoterapeut, předseda Rakouské kardiologické společnosti, profesor univerzity v Mnichově a Šanghaji.

Je muzikoterapie přidanou hodnotou nebo rozhodujícím prostředkem?

Muzikoterapie se datuje od starověkého Řecka a má rozsáhlé kulturní kořeny například v tradiční čínské a staré turecké medicíně. Dynamika oživení muzikoterapie v polovině 20. století šla ruku v ruce s výsledky v pediatrii, především při léčbě autismu a také v psychiatrii. Současná muzikoterapie kombinuje umělecké přístupy, důkazy založené na klinických výsledcích, neuroopsychologických a neurofyziologických. Tento kontext vstupuje do rozhraní mezi sluchovou etáží, neuro - kognitivním zpracováním hudby, a neuro - endokrinními obvody. Působí esteticky a umělecky přes hypocam-

pus, bazální ganglia a další struktury. Ovlivňuje arteriální tlak, různé psychiatrické choroby jako depresi, schizofrenii, neurodegenerativní nemoci, jako Alzheimerovu chorobu, Parkinsonismus a je rovněž účinná v perinatální medicíně, kdy ovlivňuje růst nervové tkáně plodu. Vzhledem ke složitosti hudebních postupů je působení mnohooborové a je vhodné posoudit možné interakce s jinými terapeutickými prostředky a posoudit případné kontraindikace.

Antony Heymann

profesor na univerzitě v Tel Avivu, Izrael

Paradigma od lékaře k pacientovi a vztah pacienta k plátc

Ukazatelé kvality začínají i v komunitní péči převažovat nad individuální lékařskou péčí. Pod praporem kvality zdravotní péče, vyhlášené plátcem či Ministerstvem zdravotnictví, se lékař dostává do nebezpečí, že usiluje o naplnění indikátorů kvality, více než o prospěch pacienta. A to vede k narušení základního vztahu lékař - pacient. Lékař se dostává do vlivu kolegiálního tlaku a finančních pobídek. Klinická data, lékařské záznamy, se stávají hlavním zdrojem informací o kvalitě poskytované péče. Plátc si myslí, že mají dostatek informací, ale rozhodující informace jim často chybí. Praktický lékař se tak dostává do dilematu, co chce zdravotnický systém a co pacient. Každá ordinace je v něčem jedinečná a rovněž každý pacient / pacientka mají nejrůznější potřeby, které by měl praktický lékař splnit. Přednášející ve svém vystoupení navrhoval, jak zachovat či obnovit vztah mezi lékařem a pacientem.

Hlavní referáty zaplnily přednáškové sály a zaujaly jednak tématicky, ale mnohdy i stylem podání přednášejících. Výběr přednášejících byl skutečně trefou do černého.

volně přeložil
MUDr. Stanislav Konštacký, CSc.

WONCA 2017 Skills lab, aneb škola hrou pro evropské lékaře

Znáte to také? Chodíte po odborné konferenci, proplétáte se mezi stánky firem, nahlížíte, co je nového, je vám tak trochu žinantní se zeptat (co když mě poté budou lákat na neodmítnutelné nabídky), ale i nezeptat, („vždyť by mě ty novinky zajímaly“). A přesně pro tyto důvody vznikla idea místnosti „skills lab“ na konferenci WONCA 2017. Rozhodli jsme se umožnit lékařům vyzkoušet si „nové“ metody POCT (point of care testing), které jsou nebo mohou být vybavením ordinací bez vazby na firmy. Na daném stanovišti šlo tedy o *metodu*, nikoli *firmu* nebo konkrétní přístroj. **Cílem bylo, aby si lékař vyzkoušel samostatně, bez jakéhokoli nátlaku danou metodu** a odcházel s pocitem: to je zajímavé, jednoduché a hlavně přínosné, to bych do ordinace chtěl (nebo také ne).

Jak „to“ bylo organizováno?

Zájemci se na přihlašovací arších předem přihlašovali na konkrétní čas. Každý přihlášený obdržel brožurku „Průvodce skills lab“ (ve třech jazykových mutacích: angličtina, čeština, španělština), která kromě úvodu do konkrétní metody, obsahovala též úkol, který měl účastník splnit.

Jak „to“ tedy vlastně vypadalo?

V sále bylo celkem 8 stanovišť:

1. Měření C- reaktivního proteinu (CRP)
2. Tlakový monitor
3. Automatický rhb přístroj
4. Spirometrie
5. Měření indexu kotníků/paže - ankle brachiale indexu ABI

6. Práce s automatickým externím defibrilátorem AED
7. Kufříkový diagnostický sonograf
8. EKG přístroj s modulem odhalení rizika náhlého úmrtí (u sportovců)

Na každé stanoviště bylo rezervováno 5 minut. Čas hlídala centrální časomíra. Pokud měl někdo nějaké nejasnosti či dotazy, byl mu k dispozici školený personál.

Jak „to“ vlastně probíhalo?

Po počátečních rozpacích, se rychle začaly plnit přihlašovací archy a během několika hodin bylo „vyprodáno“. Z nedostatku místa jsme museli nakonec přidávat další časy, někdy absolvovali stanoviště účastníci ve dvojicích i trojicích, někteří zájemci přicházeli navíc před začátkem brzy ráno nebo v polední přestávce. Cestu po stanovištích nakonec absolvovalo celkem asi 180 lékařů.

Jaké byly ohlasy?

Účastníci hlasovali zejm. nohami. Nezaznamenali jsme snad žádnou opravdu negativní reakci, snad kromě připomínek na nedostatek účastnických míst. Nakonec i „skills lab personál“, přestože strávil mnoho času uvnitř místnosti a na konci byl zcela vyčerpán, si akci chválil, neboť s tolika lékaři z celé Evropy si nikdo tak nepopovídal...

Co říci závěrem?

Chtěl bych poděkovat zejm. organizačnímu výboru WONCA za odvahu jít do nového projektu, dále firmám, které po počáteční nedůvěře byly ochotné nekomerčně zapůjčit své

přístroje (BTL, Compek, Medicton, Orion), ale hlavně naprosto skvělému týmu, který strávil na přípravě a nakonec i v „skills lab“ mnoho hodin. Jsou to zejména: lékaři Nela Šrámková, Vojtěch Mucha, Šárka Hrušáková, Terezie Mannová, Ludmila Bezdíčková, Hana Příbylová, Martina Křehnáčová, sestra Magdalena Nikodýmová hovořící snad všemi jazyky a MUC. Marika Dědinová, která zorganizovala pomoc studentů 1. LF UK.

MUDr. Cyril Mucha



Stánek SVL ČLS JEP

Obvyklým místem na konferencích, kde se lékaři setkávají a mají příležitost diskutovat o různých problémech bývá vždy stánek odborné společnosti. I na této konferenci stánek SVL ČLS JEP nechyběl. Byl umístěn na docela frekventovaném místě nedaleko Skills lab, takže byl nepřehlédnutelný.

Vyzdoben byl kopiemi českých konferenčních posterů a výmluvnou fotokoláží z fotografií kolegy MUDr. Vojty Muchy. Návštěvníkům nabízel mimo jiné naše Doporučené postupy a některá čísla časopisu Practicus. O DP a časopis měli velký zájem zejména slovenští kolegové. Velkou pozornost účastníků vzbuzovala tzv. MEMORY BOOK – opravdu masivní kniha s logem konference, kam lékaři mohli zaznamenávat svoje postřehy, dojmy, komentáře a hodnocení. Několik příspěvků si můžete přečíst také vy v tomto čísle. Informace návštěvníkům podávaly na stánku krásné mladé hostesky.

Za zajištění a provoz stánku SVL na evropské konferenci patří velký dík **MUDr. Martinu Doležalovi a jeho agentuře Target.**



Návštěvy českých praxí

V rámci konference WONCA Europe Prague 2017 měli účastníci kongresu možnost navštívit ordinace českých praktických lékařů. O tuto možnost byl ze strany účastníků velký zájem. Předem byla oslovena celá řada praktických lékařů, bohužel našla se pouze hrstka těch, kteří byli opravdu ochotní přivítat ve své praxi zahraniční kolegy, celkově 12 statečných. Nutno podotknout, že na tento popud jedna kolegyně provedla generální úklid své ordinace a následně čelila kontrole ze SÚKL velmi dobře připravená. Moc si to chválila.

Návštěva praxe trvala přibližně 75 minut, probíhala většinou mimo ordinaci hodiny a zahraniční kolegové byli rozděleni do skupin po pěti až sedmi. Cílem bylo vysvětlit fungování ordinace, systém, jakým pracujeme, co všechno můžeme pacientům poskytnout, v čem jsme naopak omezení. Konkrétně se čeští kolegové setkávali často s otázkami ohledně finančního ohodnocení, zda máme objednávací systém, kolik máme času na pacienty a kolik jich denně vyšetříme, jaká je politika očkování, elektronický způsob komunikace s pacienty, atd. Zahraniční kolegy zajímalo také, proč vše tiskneme, když máme vše v počítači. Ptali se, jaké kompetence má zdravotní sestra, jaké úkoly v ordinaci zastává, zaujalo je, že naše ordinace nemají recepční. Často padaly dotazy, proč nemáme ve své péči dětské pacienty, jak je tomu v mnoha zemích běžné. Zaujala je téměř bezproblémová dostupnost specialistů, někteří se podívovali nad tím, že pacient může být specialistou vyšetřen bez doporučení.

Cizinci jsou velmi zvědaví a většinou živě diskutují i sami mezi sebou a porovnávají tak fungování svých praxí s kolegy ve skupině, kteří většinou pocházeli z jiných zemí. Pro představu: v jedné skupině byli například lékaři ze Španělska, Turecka, Francie, Irska, Norska, Polska a Austrálie. A to je zárukou, že se dozvíte plno zajímavostí při vzájemných konfrontacích. Celá návštěva se většinou nesla v příjemném společenském duchu. Čeští praktici byli sdílní, pohostinní a nechybělo ani občerstvení. Většina lékařů, kteří otevřeli návštěvníkům svou praxi, hodnotili tuto zkušenost jako pozitivní a i přes počáteční ostych si návštěvu náležitě užili. Rozšířili si obzory o fungování praxí v jiných zemích.

Těšilo nás, že velmi pozitivní zpětná vazba byla i od zahraničních účastníků; pochvalovali si vřelé přijetí, mnohdy byli překvapeni přístrojovou vybaveností českých praxí (především POCT) a rozsahem preventivních programů v České republice. Byli vděční za možnost poznat zblízka české praktické lékařství z osobního kontaktu. Přece jen z přednášek a článků to nemůže být nikdy tak autentické. Závěrem snad dodat, že české praxe navštívilo téměř 80 zájemců, kteří hodnotili práci českých kolegů velmi kladně.

Všichni se shodli, že neexistuje dokonalý systém v žádné zemi, vždy jsou nějaká pozitiva a negativa.

- *Thank you very much for arranging a great congress! The practice visit was one of the highlights. It was a great introduction to the international exchange of experience. It was most useful to see the many similarities to the daily challenges in general practice. Thank you, Grete Wold*
- *Thank you for getting the opportunity to visit a GP clinic. Our host, Veronica, did a great job giving us an overview over the czech health system and her work system. We had a very pleasurable and at the same time informative chat about our respective working conditions, challenges and strongholds. It was also very interesting meeting 2 of the other colleagues at the clinic. We were shown around the policlinic and that was very interesting too.*
- *The whole WONCA conference was inspiring but the visit to the clinic was the very best and most interesting part! Best wishes, Anne Laue*
- *I enjoy the visit a lot. It was very interesting, the doctor was very kind and she explained us all we asked her. Unfortunately she couldn't speak English very well but she invited two young doctor that could translate for us. They combined a private meeting too with a Czech Doctor that speaks Italian very well so we could have two practice visit in the same day! Every things were ok, thank you*

MUDr. Norbert Král



1 Slide 5 Minutes

Jedním z velmi populárních formátů, který se objevuje na konferencích v posledních letech, je 1 Slide 5 Minutes (1S5M), ne jinak tomu bylo na konferenci WONCA Europe Prague 2017. 1S5M se skládá ze tří minutové prezentace a dvou minutové diskuze. Přednášející, jak už vyplývá z názvu, má k dispozici pouze jeden slide. Musí tak sdělit pouze základní, ale nosné informace ve velmi krátké době a stručně a rychle reagovat na případné dotazy. Vítáno je to často mezi mladými lékaři, kteří si mohou třeba poprvé vyzkoušet prezentovat pro auditorium, mají i větší šanci, že jim bude abstrakt přijat na rozdíl od klasického ústního sdělení. Naopak pro účastníky konference spočívá atraktivita v tom, že během krátké doby je jim odprezentovaná celá řada sdělení, sviž-

né tempo, většinou v blocích, které jsou zaměřeny na stejnou problematiku. Prezentovány byly nejen výsledky různých průzkumů či studií, ale i celá řada kazuistik z ordinací praktických lékařů. Celkově bylo přijato 58 sdělení, která probíhala ve dvou paralelních sekcích, dva po sobě jdoucí dny. 1S5M probíhaly v otevřených prostorech Kongresového centra, kdy zpočátku panovala obava, zda nebudou rušeny kolemjdoucími účastníky, což se nenaplnilo, a nutno podotknout, že naopak pro účastníky byly tyto 1S5M velmi atraktivní právě tím, že nemuseli do uzavřené přednáškové místnosti a mohli si je tak užít třeba s šálkem kávy a to i zcela neplánovaně.

MUDr. Norbert Král



WONCA Run for Health

To že lékaři sportují je všeobecně známý fakt. Mimo jiné proto, aby poskytli svým pacientům příklad. Stalo se již téměř tradicí zpestřit vědeckou konferenci sportovní akcí. Tentokrát to byl Běh pro zdraví při příležitosti evropské Woncy 2017 v Praze, který proběhl za laskavé podpory firmy Krka ČR, s. r. o.



30. června 2017, třetí konferenční den, se v časných ranních hodinách sešla v krásném prostředí historické lokality Vyšehrad více jak stovka sportovních nadšenců z řad účastníků konference. Jak můžete vidět z fotografií, zastoupeny byly různé věkové kategorie mužů a žen. Trať, dlouhá zhruba dva a půl kilometru, vedla po ochozech Vyšehradu, které nabídlly úchvatné pohledy na Prahu. Někteří z běžců závodili a vyrazili ostrým tempem. Bylo vidět, že mají dost natrénováno. Jiní akcí pojali jako příležitost k pohybové aktivitě v průběhu kongresu, takže vyrazili svým vlastním volným tempem, někteří spíše vyhlíželi a dokonce i fotili. Mezi lékaři z mnoha evropských zemí samozřejmě nechyběli ani zástupci exekutivy evropské a světové WONCY, v čele

s prezidentkou světové WONCA.

V cíli běžce očekával a pozdravil docent MUDr. Svato-
pluk Býma, CSc., předseda SVL ČLS JEP. Vítězům předal na místě symbolické odměny.

Následně rychlá sprcha, převlečení a v půl deváté již odborný program konference.

Pátek 30. června byl pro evropské praktické lékaře mimořádně nabitý, přesto se ranní běh setkal s velkým ohlase-
sem a zájmem. Pro komunitu českých praktických lékařů bylo příjemné zjištění, že mladí čeští praktici jsou schopni nejen skvěle zorganizovat konferenci, ale i vítězit ve sportovní disciplíně.



MUDr. Jana Vojtíšková



Česko-slovenský den

Již podruhé v krátké době jsme při příležitosti pořádání konference WONCA zařadili do programu Česko-slovenský den. Historicky první setkání českých a slovenských lékařů se konalo v roce 2013 v rámci pořádání světové konference v Praze (WONCA WORLD Praha 2013). Setkání tak dalo vznik tradici, kterou se snažíme nejen zachovat, ale i dále rozvíjet. Při další vrcholné konferenci v Praze (WONCA EUROPE Praha 2017) byla připravě programu Česko-slovenského dne věnována velká pozornost. Vzhledem ke stejným kořenům všeobecného praktického lékařství v Čechách a na Slovensku je výměna zkušeností pro obě strany zajímavá a inspirující. Praktičtí lékaři mohou porovnat výsledky své práce, aktuální vědecké poznatky, provozní zkušenosti a jejich dopad na management praxe. Vzhledem k tomu, že se zástupci českých a slovenských odborných společností vzájemně navštěvují a přijíždějí na kongresy odborných společností, mohou také navazovat spolupráci v rámci různých projektů. I druhý Česko-slovenský den byl z tohoto hlediska významným setkáním. V zaplněném sále bylo v téměř celodenním maratonu předneseno přes 20 odborných sdělení, a jak uvedeno níže, s dosti aktuálními tématy:

- Specializační příprava ve všeobecném praktickém lékařství v ČR a vybraných státech EU.
- Quo vadis, všeobecné lékařství na Slovensku 2013–2017?
- Komplexný pohľad na reformu primárnej zdravotnej





- Od projektu k realitě – využití ABI ve všeobecných praxích.
- Modul v PC praktického lékaře pro záchyt familiární hypercholesterolemie.
- Srovnání stavu eHealth v ČR a SROV.
- Spolupráce všeobecných lékařů s asistentami osvěty zdraví v Rómských komunitách.
- Venkovské lékařství v ČR.
- Nové kompetence všeobecných lékařů na Slovensku.
- Nové kompetence všeobecných praktických lékařů v ČR.
- Vzdelávanie v odbore všeobecnej lekárskeho na Slovensku.
- Multioborový portál pro lékaře – www.kapitoly-online.cz
- Srovnání péče o pacienty závislých na opiátech včetně infekčních komplikací.
- Zdravotná starostlivosť o marginalizované skupiny obyvateľstva - očakávania a realita
- Mladí praktici a jejich role ve VPL.
- Kto sú slovenskí Mladí praktici.
- Brugadov syndróm u mladého študenta -kazuistika.

Poděkování patří všem zástupcům odborných společností ČR a SR za spolupráci na odborném programu a všem přednášejícím.

S. Býmovi, J. Štolfovi, S. Konštickému, M. Paluškové, Š. Laššánovi, O. Herberovi

I. Karenovi, K. Dostálové, L. Kukučkové, J. Vojtíškové, D. Moravčíkové, P. Makarovi,

J. Hencelovi, C. Muchovi, P. Markovi, T. Hrustičovi, M. Kubovi, D. Halatovi, I. Vaverkové, R. Červenému, K. Gazdíkové, M. Holendové, M. Pfeiferové a L. Resutíkové.

Pracovní setkání českých a slovenských lékařů proběhlo ve velmi přátelské pracovní a kolegiální atmosféře. Jako spoluorganizátor a odborný garant Česko-slovenského dne si dovoluji vyslovit to, co na konferenci opakovaně zaznělo. Je důležité, aby se podobná setkání se slovenskými kolegy opakovala a setkávali jsme se co možná nejčastěji.

Všechna abstrakta z Česko-Slovenského dne najdete na www.svl.cz

MUDr. Otto Herber
odborný garant Česko-Slovenského dne

starostlivosti v SR vrátane rezidentského programu.

- Vývoj personální situace ve všeobecném praktickém lékařství a jeho perspektivy v ČR.
- Péče o pacienty s DM v ČR v primární péči.
- Meranie členkovo-brachiálneho indexu – súčasť preventívnej prehliadky.
- Klostrídiová kolitída – častá a nebezpečná nozokomiálna nákaza.

Galadinner 30. června 2017

Nejznámější secesní stavbou v Praze je Obecní dům. Patří také k nejnavštěvovanějším a nejobdivovanějším budovám. Odehrávají se zde mnohé významné společenské akce, včetně slavnostních koncertů ve Smetanově síni a zdejší Francouzská restaurace je vyhlášena. Přestože jsme téměř rok avizovali tuto vrcholnou událost v našem časopise i na seminářích, účast českých praktických lékařů na závěrečném společenském večeru byla minimální, vpravdě až zarážející. Organizační výbor konference měl mylně za to, že české praktické léka-



ře naplní hrdostí, že Obecní dům bude hostit výhradně nás české praktiky a naše zahraniční hosty a že prožijeme událost, ve společenském životě naší profese zcela jedinečnou. Ale nebylo tomu tak. Můžeme hledat různé příčiny nezájmu kolegů, ale výsledek z hlediska české účasti byl zklamáním, tím spíše, že příprava společenského večera byla náročná.

Naštěstí velký zájem projevili lékaři ze zahraničí a tak byla kapacita Smetanovy síně při stolovém uspořádání naplněna. Sešlo se zde 400 praktických lékařů ze všech

končin světa. A večer nikoho skutečně nezklamal. Při vstupu do budovy, na schodišti vedoucí do sálů Obecního domu, vítali organizátoři příchozí podáním ruky a popřáním krásně prožitého večera. Zahraniční lékaře to příjemně překvapilo a cítili se naším zájmem velmi poctěni. Přicházející měli společenské oblečení a shodli jsme se, že mladé české praktické lékařky, které se dostavily v dlouhých róbách, byly nekrásnější. Se sklenkou šampaňského na uvítanou jsme se pak mohli kochat nádherným prostředím. Slavnostně připravené stolová-



ni u kulatých stolů ve Smetanově síni se pomalu zaplnilo, na podiu zatím preludoval pianista... a večer mohl začít.

Profesor Mastnak, muzikoterapeut a jeden z našich klíčových řečníků, okamžitě projevil přání, zahrát si na koncertní křídlo v proslulé Smetanově síni. A tak ve Smetanově síni zazněla i hudba, která právě sem patří, symfonická báseň Vltava v podání pana profesora. A to jsme ještě netušili, že v průběhu večera na křídlo zahraje i náš kolega Jáchym Bednář.



Bufet by plný skvělého jídla, salátů, sýrů, fantastických lahodných zákusků, samozřejmě bylo v nabídce dobré víno a pivo. Hosté si užili i slavného balkónu Obecního domu, ze kterého T. G. Masaryk vyhlásil Československou republiku. O foto z tohoto balkónu byl také největší zájem.

V průběhu večera nás zdařilým a vtipným způsobem provázela originální moderátorská dvojice mladých lékařů, Zuzka Švadlenková a Norbert Král.

V hlavní hudební produkci zářila skvělá Dasha a kapela Pajky pajk, známí z účinkování ve Star Dance.

Příležitost k pozdravu dostala samozřejmě prezidentka evropské WONCY paní Anna Stavdal a ta vše opět rozparádila. Vyzvala zahraniční kolegy přímo k hudební produkci na pódiu a s mikrofonem a tak jsme měli možnost znovu si zazpívat španělskou Besame mucho v podání kolegyně Villaseca z Madridu. Na jeho produkci navázal Jáchym Bednář, který se projevil

jako výborný pianista. To v sále už vládlo veselí a hlavně tanec. Všichni si užívali krásný večer, když do sálu přišli kuchaři s překvapením. Byl to obrovský dort s ohňostrojem a svíčkami pro organizační výbor, dar od organizační agentury Garant. Nastalo sfoukávání svíček, legrace, potlesk přítomných, ale i dojetí v očích.

Večer pomalu končil, ale nám se domů nechtělo. Čeští lékaři se nakonec na podiu slavně Smetanovy síně shlukli kolem klavíru a Jáchyma. Začali jsme lidovkami, které jsme zpívali v Kodani (když jsme zvali na konferenci do Prahy), pak ale české hity, od Ježka, přes Semafor až k Olympicu. Bohužel zasáhla ochranka, zhasla světla a ze sálu nás prostě vykázala. Ale večer to byl vydařený, výjimečný.

Zítra konference končí. Dort se rozkrájel druhý den dopoledne na stánku SVL v kongresovém centru a pochutnali si na něm všichni, kdo na stánek náhodně přišli.

MUDr. Jana Vojtíšková



Závěrečný ceremoniál 1. července 2017

Poslední přednášky... Mnozí zahraniční lékaři již s cestovními zavazadly.

Blíží se poledne, sobota 1. 7. 2017, když hlášení trubačů zve přítomné do sálu, kde začíná závěrečný ceremoniál Evropské konference WONCA 2017. Oproti našemu očekávání je sál téměř zaplněn i když víme, že všichni budou spěchat. Kongres, trvající od středy večer, byl opravdu náročný, vyplněný spoustou práce a poznatků - a vydařil se. Při závěrečném ceremoniálu byla v sále přítomna exekutiva Wonce a představitelé všech organizací, které se na evropském kongresu nějakým způsobem podílely. Prezident konference, docent MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D., poděkoval všem přítomným za návštěvu kongresu a Prahy a uvedl 7 minutový film, natočený v průběhu kongresu. Film připomněl významné a nezapomenutelné okamžiky letošní pražské konference a sklídl v sále velký aplaus. Postupně zazněly obvyklé informace o průběhu konference, počtech účastníků, zemí, přednášek atd. a následně projevy členů exekutivy WONCA.

Prezidentka organizace mladých praktiků, Vasco da Gama, Marie Claire připomněla, roli mladých praktiků pro budoucnost oboru a kteří tvořili na pražské konferenci téměř třetinu účastníků. Je zřejmé, že praktické lékařství v Evropě má budoucnost. Stále aktivnější organizace mladých praktiků ústy své prezidentky poděkovala za podporu a předala ocenění za práci mladým kolegům. Své pozdravy a poděkování českému organizačnímu výboru v čele s doc. MUDr. Seifertem přednesly prezidentky evropské a světové WONCA, paní Anna Stavdal a paní Amanda Howe.

Ocenění ČLS JEP

V rámci předávání mezinárodních cen WONCA jsme našli mimořádnou příležitost také předat ocenění. Slavnostní medaili České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně

naším dvěma kolegům, kteří se o rozvoj a pověst českého praktického lékařství v Evropě významně zasloužili. Prvním oceněným byl MUDr. Václav Beneš, pořadatel historicky první pražské konference WONCA v roce 1997 a viceprezident WONCA v letech 1997–2000. Druhým oceněným byl docent MUDr. Svatopluk Býma, dlouholetý předseda SVL ČLS JEP, který zásadně přispěl k rozvoji odborné společnosti a oboru v současném století. Ocenění spolu s diplomem, malým dárkem a velkou gratulací předala jménem předsednictva ČLS JEP ředitelka české kanceláře WHO, paní MUDr. Alena Šteflová.





A pak nastala chvíle pro vystoupení korejských, polských a slovenských kolegů, kteří přítomné pozvali na světovou konferenci WONCA 2018 do Soulu, krakovský drak zval na evropskou WONCU 2018 do Krakova a na evropskou WONCU 2019 do Bratislavy pozvala kolegyně MUDr. Jana Bendová.

A je tady finále. Docent Seifert poděkoval všem členům organizačního výboru WONCA Praha 2017, pozval je na pódium, rozdaly se kytice a symbolické porcelánové

šálky s logem konference a opět zní trubači... WONCA EUROPE PRAHA 2017 je u konce. Podle reakcí již tady v sále skončila úspěšně.

MUDr. Jana Vojtíšková

Fakta o konferenci

Pražské konference WONCA se zúčastnilo 2374 lékařů ze 72 zemí. Byly zastoupeny všechny evropské země. Nejvíce delegátů přijelo z Portugalska (327), Španělska (318), a Holandska (231). Z České republiky bylo registrováno 209 lékařů, kolegů ze Slovenska přijelo 45. Konference přilákala 283 kolegů mimoevropských; nejvíce z Thajska, Jižní Koreje, Brazílie a Spojených emirátů. Zhruba polovina delegátů se registrovala do půli dubna 2017.

Více než čtvrtina lékařů (650) se registrovala v kategorii „junior doctor“ nebo lékař ve specializační přípravě. Nejvíce mladých přijelo z Portugalska (214), Holandska (95), Španělska (87) a Velké Británie (48). SVL podpořila grantem ve výši 500 € účast deseti mladých lékařů z ekonomicky slabších zemí.

Konference se zúčastnilo 100 studentů, z nichž více jak polovina byla z našich lékařských škol. Někteří naši studenti se aktivně zapojili do konferenčních činností; doprovázeli delegáty a tlumočili při návštěvách praxí nebo byli k ruce dr. Muchovi v laboratoři klinických dovedností.

Poměr mužských a ženských delegátů byl 43%: 57%.

Vědecký výbor konference obdržel 1443 abstrakt, z nichž bylo přijato 95%. Autorsky se na nich podílelo více jak 3000 kolegů. Polovina z nich byla z Pyrenejského ostrova. Kromě Britů a Holanďanů poslali 95 abstrakt Turci. Čeští lékaři zaslali 20 abstrakt, na kterých se podílelo 38 autorů.

V třídním vědeckém programu konference, který kromě plenárních sekcí probíhal v 17 paralelních proudech, se aktivně prezentovalo během 220 hodin 576



řečníků nebo předsedajících. V plenárních sekcích vystoupilo 6 pozvaných klíčových řečníků. Kromě dalších dvou plenárních sekcí, WONCA-WHO a WONCA Diversity session, se uskutečnilo 111 workshopů, 255 orálních prezentací v tématických sekcích, 113 krátkých prezentací s jedním slajdem a bylo vystaveno 884 posterů ve dvou dnech.

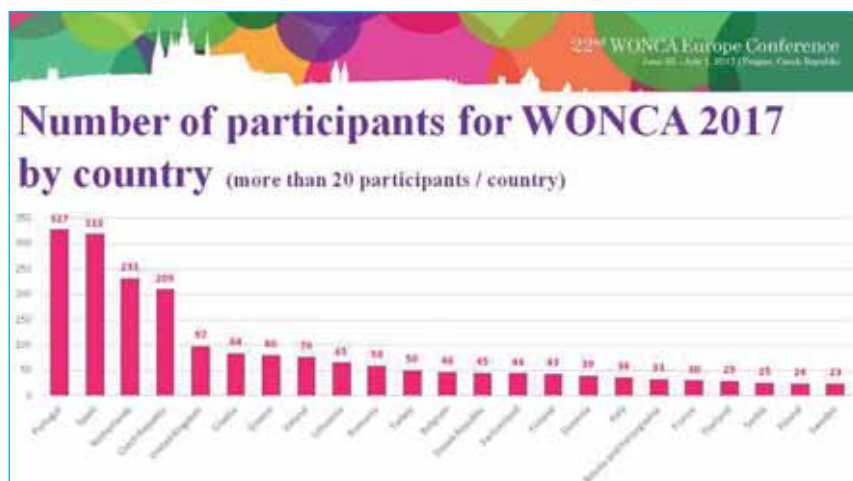
Český příspěvek do odborného programu byl významný; 1 plenární přednáška, 2 satelitní symposia, 12 orálních prezentací a 9 posterů. Nejsou zde započítány příspěvky z Česko-slovenského dne.

Na řízení sekcí se podílelo 142 předsedajících s tím, že téměř vždy byl jeden z dvojice Čech, případně Slovák. Přednášky zajišťovalo 20 techniků. Kromě desetičlenného produktového týmu Garantů a 20 dívek na registraci, bylo na konferenci k dispozici dalších 20 hostesek.

Konference neměla papírový program, pouze stručnou kapesní verzi. Program a mnoho dalších údajů, včetně např. možnosti diskutovat při plenárních sekcích prostřednictvím mobilu, bylo dostupných ve speciální mobilní aplikaci. Certifikáty byly k dispozici pouze elektronicky.

Na konferenci byla permanentně dostupná káva, které se odhadem vypilo asi 400 litrů. Ve dvou dnech se rozdalo 3100 obědových balíčků. Pivo a víno při úvodním koktailu tradičně nezklamalo, ale veliký úspěch zaznamenal ledový Míša ve čtvrtek a pátek odpoledne, kterého se rozdalo více jak 1000 kusů. Ďábel je v detailech, a to byl jeden z nich.

doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D.
Předseda organizačního výboru
WONCA Europe 2017





THANK YOU

PRESENTATIONS 546
SLIDES 9785
OF TOTAL SIZE 9,7Gb

Splnila WONCA Europe 2017 naše očekávání?

Tento článek je krátkým zamyšlením nad vrcholnou odbornou akcí praktických lékařů, která se konala ve dnech 28. 6. – 1. 7. 2017 v Praze.

Pořadatelství se vrátilo do České republiky po 22 letech, ale tým organizátorů měl zkušenosti s pořádáním WONCA World v roce 2013, tedy mohl navázat na minulé skutečnosti. Relativně krátký interval mezi konferencemi mohl způsobit určité problémy s dostatečným počtem účastníků a tím postavení odborného programu konference a zajištění ekonomické prosperity. I když mi v době psaní článku nejsou známy počty účastníků, vzhledem k plné obsazenosti hlavního sálu při zahájení, hlavních přednáškách i závěrečném ceremoniálu lze konstatovat, že počet účastníků byl dostatečný, že program zaujal a že účastníci byli spokojeni a vytrvali.

Hlavním kritériem úspěchu konference je přínos informací a poznatků z hlediska odborného programu a tím samozřejmě pocit vlastního uspokojení z účasti na konferenci.

Směr je dán výběrem a účastí osobností z organizace zdravotní péče a hlavními přednášejícími.

Konference se konala pod záštitou primátorky Prahy paní Adriany Krnáčové, která v úvodu popřála zdar jednání konference a zdůraznila význam praktického lékařství a jen tak mimochodem zmínila, že jejím praktickým lékařem je doc. Seifert. Sdělení stručné, zpatra a v angličtině navodilo pozitivní atmosféru.

Vážnosti přispěla i účast ředitele odboru pro zdravotnické systémy a veřejné zdravotnictví WHO pro Evropu Hanse Klugeho se stručným sdělením, to kontrastovalo s hodinovým projevem mexického ředitele sekce WHO na loňské konferenci Wonca World v Brazílii či stejně dlouhým sdělením španělského ministra zdravotnictví při konferenci Wonca Europe v Malaze.

Hlavními přednášejícími byly osobnosti medicíny. Jejich výběr hodnotím jako šťastný.

Na úvod hovořil Wolfgang Mastnak, Rakušan s českými kořeny, převážně působící v Šanghaji, dle kuloárních zpráv hovořící 12 jazyky. Zabýval se úlohou hudební terapie, která má kořeny v Řecku i v dalších kulturách, tradiční čínské medicíně, turecké medicíně.

Vyzdvihl význam v současném používání hudby v pediatrii, psychiatrii, např. u autistických poruch. Přitom současná terapie v oblasti hudby spojuje umělecké postupy, klinické výsledky založené na důkazech. Zmínil se o muzikoterapii při léčbě arteriální hypertenze, deprese, schizofrenie, Alzheimerovy nemoci. Svá vystoupení prokládal hudební produkcí.

V mém okolí zazněla poznámka anglického účastníka:

„Divím se, jmenuje se Wolfgang, je Rakušan, ale hraje Beethovena.“

Česká osobnost Cyril Höschl se zamýšlela nad rolí placeba v klinických studiích; jde o podvod či užitečný nástroj? Konstatoval, že bez studií kontrolovaných placebem je důkaz účinnosti nového léčiva téměř nemožný a přímé srovnání s placebem je často nutné. V helsinské deklaraci se uvádí, že přínosy, rizika, zátěž a účinnost nového zásahu musí být testovány již na osvědčeném zásahu. Tato podmínka není splněna u placebo. Tento paradox je řešen zmírněním příslušného znění, že použití placeba nebo žádná léčba jsou přijatelné ve studiích, kde neexistuje ověřený zásah nebo z metodologických důvodů je jeho použití nezbytné. V klinické farmakologii hrají roli i přesný návrh studie, typ pacienta, instituce provádějící studii, typ léku, hodnocení symptomů, velikost vzorku, kulturní zvyklosti ve společnosti a kvalifikace hodnotitelů. To vše může přispět ke snížení rizika použití placeba.

Nizozemec Niek de Wit hovořil o základech obecné praxe v péči o seniory. Populace stárne a v roce 2040 bude v Evropě 25 % populace starší 65 let. Starší lidé považují za stěžejní nezávislost, kterou může narušit fyziologické stárnutí, chronické nemoci, psychosociální problémy, proto je důležité zachování každodenního fungování. Léčba založená na důkazech často nedává správnou odpověď. Do budoucna bude nutný aktivnější přístup praktických lékařů k řešení těchto problémů, aby včasná identifikace a intervence lékařských a psychosociálních problémů zabránila jejich eskalaci a funkčnímu poklesu u seniorů. Stěžejní úlohu v tom hraje důvěryhodný praktický lékař.

Charilaos Lygidakis hovořil o změnách v primární péči v souvislosti s přijetím informačních technologií. Využití telekomunikačních a informačních technologií nazýval strategickým spojencem k udržení rozvoje, dosažení všeobecného pokrytí a cenově dostupných služeb. Využití výpočetní techniky umožňuje koordinaci programů kontroly, lepší organizaci preventivních programů, nákladově efektivní intervence a zlepšení kvality života komunit.

Antony Heymann z Izraele se zamýšlel nad úlohou ukazatelů kvality v péči, které mohou vést lékařskou péči na úkor individuálně přizpůsobené péče. Plátcí, tj. ministerstva či pojišťovny vycházejí z epidemiologických ukazatelů. Nebezpečí spočívá v tom, že lékař pod tlakem může pracovat na ukazatelích kvality, nikoli na potřebách pacienta, což může narušit vztah lékaře a pacienta. Úřady změnily chování lékaře pomocí finančních pobídek, zpětné vazby, ale často chybí informace, co pacienti vlastně chtějí a potřebují. Praktický lékař pak

řeší dilema mezi potřebami systému, vlastního fungování a potřebami pacienta.

Vlastní odborný program poskytl stovky přednášek, workshopů, posterů (těch jsem napočítal v jednom dni 430), které zahrnuly prakticky všechny oblasti všeobecné praktické medicíny. Nenašel jsem obor, který by nebyl zmíněn. Myslím si, že to byla obvyklá a očekávaná témata, prezentovaná na všech konferencích.

Byla zde témata méně obvyklá pro naše jednotlivé praxe, jako medicína katastrof a konfliktů, problematika běženců, péče v uprchlických táborech. Sdělení pocházela od praktiků, kteří tyto problémy řeší. Velká část byla věnovaná i gynekologické a pediatrické problematice, protože v četných zemích není oddělena od všeobecného praktického lékařství a je nedílnou součástí rodinného lékařství.

Zajímavá byla sdělení o násilí, např. waleského účastníka o násilí na mužích, španělské lékařky, zda anogenitální bradavice jsou příznakem sexuálního násilí na dětech, násilí řešená francouzskými rodinnými lékaři, otázka homosexuality, zákonného partnerství a osvojení dětí v Holandsku.

Četné přednášky, workshopy i postery se týkaly diabetu, jeho diagnostiky, léčení, ukazatelů kvality péče o diabetiky. Lze konstatovat, že v této oblasti patříme k evropskému průměru.

Jedna příhoda z workshopu o diabetu, moderovaného lékařkami z Nizozemí a Litvy. Při části věnované léčbě si četní účastníci stěžovali na nemožnost preskripce moderních antidiabetik typu gliptinů, glitazonů. Vystoupil starší lékař snědého koloritu, který řekl, že žádné problémy nemá, že vše může normálně předepisovat. Na dotaz odkud je, pravil že z Iránu.

60 účastníků workshopu / z toho jen 4 muži/ příliš jeho slovům nevěřilo. Na závěr dodal, že po mnoho let žije v Norsku a praxi má v Oslu...

Velká část byla věnovaná preventivním programům – prevence karcinomu mammy, kolorektálního karcinomu, kardiovaskulárních chorob, velké bloky řešily očkování proti chřipce, klíšťové encefalitidě, HPV. Zde bohužel významně zaostáváme v proočkovanosti zejména proti chřipce a KME.

Španělští a portugalští účastníci vyplnili blok k problematice těhotenství, péče o rizikové těhotné, vliv věku na otěhotnění a průběh těhotenství a vliv na novorozence, vegetariánská strava v těhotenství, problematika kojení,

deprese po porodu, cvičení v těhotenství a po porodu.

Organizace zdravotnictví, hodnocení kvality, výuka lékařů i školitelů byla další témata.

Jaká byla konference? Mám názor, že jednoznačně úspěšná. Bylo to zřejmě z vysoké účasti na přednáškách, seminářích a workshopech, kde byly vždy stovky či desítky účastníků. Při té příležitosti jsem si vzpomněl na konferenci ve Vídni, kdy na sdělení moderovaná francouzským a ruským předsedajícím byli 2 účastníci.

Konference potvrdila, že ženy mají v našem oboru převahu, neznám statistiku, ale opticky dámy převládaly. Proti minulým konferencím byl patrně i vyšší podíl mladých lékařů nebo je dán tento dojem tím, že stárnu. Při rozhovorech s účastníky jsem si potvrdil názor, že roste podíl účastníků konference s aktivní praxí všeobecného či rodinného lékaře, zdálo se mi, že bylo méně organizátorů zdravotnictví, školských pracovníků či pracovníků veřejného zdravotnictví (naše hygiena) a lékařů z klinik nebo jsem s těmito nehovořil.

S velkým zájmem se setkala možnost navštívit ordinace českých praktiků účastníky konference. To jsem si potvrdil s rozhovoru s holandskými účastnicemi, které jednu ordinaci navštívily. Protože byla výluka metra, tyto tři lékařky jsem vzal cestou domů z kongresového centra na Hrad, aby také poznaly Prahu. Cestou kvitovali dobrou organizaci, keynote- speakers i společenský večer. Děšť jim nevalil, protože u nich prší často.

K zamyšlení je účast praktických lékařů z České republiky, kterých bylo asi 200. Je to málo nebo hodně. Na světové Wonce loni v Rio de Janeiru bylo 5,5 tisíce účastníků z toho 3 tisíce brazilských účastníků, ale při počtu 170 milionů je poměr příznivější pro nás. Je škodou pro lékaře, že účasti nevyužili, podobná akce se v Praze patrně dlouho konat nebude.

Co říci závěrem? Můj obdiv patří doc. Seifertovi za organizaci celé akce, schopnosti sehnat přednášející, schopnosti vybrat si spolupracovníky, nakazit je svým entuziasmem, aby podávali ve volném čase při své práci heroické výkony při zajištění odborného programu, doprovodných akcí. Samozřejmě by to nebylo možné s podporou silné a finančně stabilní organizace, tedy ČLS JEP a zejména Společnosti všeobecného lékařství vedené doc. Býmou.

MUDr. Pavel Brejník



22nd WONCA Europe Conference

June 28 – July 1, 2017 | Prague, Czech Republic

Odkaz evropské konference WONCA 2017

Evropu vždy charakterizovala různorodost. Rozpor mezi odlišností a snahou o uniformitu byl zdrojem mnoha evropských úspěchů, ale zároveň, pokud byl nesprávně uchopen, sehrál roli v největších evropských selháních.

Je-li různorodost uznávána a akceptována, země a regiony z ní mohou prospívat. Při narůstajících roznostech je úkolem státu, aby základní služby jako zdravotnictví a vzdělávání přizpůsobil měnícím se potřebám a zajistil, aby byly dostupné a spravedlivé pro všechny.

Prohlášení přijaté účastníky konference WONCA Europe 2017:

SPOLEČNÝ RŮST V RŮZNOSTI PRO DOBRO VŠECH EVROPANŮ.

Konference WONCA jsou jedinečnou platformou pro vyjadřování, sdílení a propagaci společných hodnot. Během letošní pražské konference jsme se soustředili na zkoumání aspektů různorodosti v našich profesionálních životech; vyměňovali zkušenosti a znalosti. Zdůraznili jsme potřebu neustálé výměny odborných znalostí na národní i mezinárodní úrovni, jako klíč ke společnému růstu v rozmanitosti. Řešili jsme současné problémy, jako je zvyšování nerovností v oblasti zdraví, demografické změny, stárnutí a multimorbidita.

Dospěli jsme k závěru, že občané a politické vedení Evropy musí přijmout různorodou identitu všech lidských bytostí a podporovat tradiční a osvědčené evropské hodnoty, jako je svoboda, demokracie, respekt k pravdě a právu, volný přístup ke vzdělání, rovnost pohlaví, respekt k individualitě, svoboda

náboženství, spolupráce a otevřená komunikace. Členské organizace WONCA Europe se zavázaly zvýšit povědomí a podporovat vzdělávání o rozmanitosti, začlenit je do svého programu a zapojit se do spolupráce s univerzitami a dalšími institucemi pro vývoj vhodných programů.

Vyzýváme

- **praktické lékaře** v celé Evropě, aby si byli vědomi heterogenity svých komunit a poskytovali pro všechny udržitelnou, spravedlivou, bezpečnou, cenově dostupnou a na pacienta orientovanou péči;
- **členské organizace WONCA** a další organizace praktických lékařů v Evropě, aby využily zkušeností a odborných znalostí v oblasti rozmanitosti, které poskytují mezinárodní síť WONCA, instituce a komunity, ke zlepšení kvality poskytované péče;
- **členské organizace WONCA Europe**, aby rozvinuly vhodné vysokoškolské, postgraduální a další vzdělávání pro praktické lékaře v oblasti rozmanitosti, s přihlédnutím k souvisejícím potřebám pacientů a roli, kterou by praktičtí lékaři měli hrát v rozvíjejících se systémech primární péče;
- **politiky, organizátory zdravotní péče, plátce** a další zainteresované strany, aby vytvořily takové podmínky pro primární péči, aby mohla plnit výše uvedené úkoly.

(volně přeložil z AJ Bohumil Seifert)



22nd WONCA Europe Conference

June 28 – July 1, 2017 | Prague, Czech Republic

Jak hodnotili účastníci konferenci WONCA 2017



MUDr. Alena Šteflová, Ph.D., MPH
ředitelka Kanceláře WHO v České republice

Vážení přátelé,

dovolte mi vám s krátkým odstupem poblahopřát k velmi zdařilému setkání praktických lékařů. Ocenila jsem ho jak po stránce odborné tak společenské.

Jsem přesvědčena, že i tato „Evropská WONCA“ se zapíše mezi nejlépe organizované akce konané v tomto roce v Praze.

Prezentace Všeobecného lékařství a primární péče v České republice v mezinárodním měřítku více než obstály a jsem přesvědčena, že akce přispěje k dalšímu rozvoji a zviditelnění oboru.

Máte na tomto mezinárodním úspěchu ohromný podíl a já jsem ráda, že jsem mohla být při tom.

Vnímám, že největší hodnotou pro obor jsou jeho mladí pokračovatelé. Všichni jste mne nadchli. Nejen svým entusiasmem pro profesi ale záro-

veň i svým nadhledem, krásným vystupováním a smyslem pro humor. Vůbec se o rozvoj všeobecného lékařství a jeho emancipaci neobávám a moc vám všem fandím.

Víte, že jsem velkým zastáncem stanoviska WHO, které klade důraz na budování silné primární péče jako základů kvalitně a efektivně poskytované zdravotní péče.

Společně jsme se podíleli na řadě projektů, především v úzké návaznosti na činnost SVL ČLS JEP. Tematicky zajímavých možností se i dnes nabízí celá řada.

Jako nejaktuálnější a přínosná se jeví spolupráci nejen se Světovou zdravotnickou organizací na prosazování nástrojů vedoucích k výše uvedené silné primární péči, ale i provázanost s Ústavem pro zdravotní gramotnost s cílem ovlivnit postoje a chování pacientů. Určitě o této možnosti budeme společně prostřednictvím vedení společnosti jednat.

Dovolím si popřát příjemné léto a těším se na další možnosti společné práce a setkávání i po velmi zdařilé mezinárodní akci.

Srdečně,
MUDr. Alena Šteflová, Ph.D., MPH

Jak hodnotili účastníci konferenci WONCA 2017

Prague WONCA Conference is a perfect bridge between medicine and music

Wolfgang Mastnak, Rakousko, klíčový řečník

Thank you for inviting us to your beautiful city
Nina Gobat z Jihoafrické republiky

Gracias por todo!

Maria, Španělsko, Albacete

Za Ostravu a Frýdek-Místek: Skvělé, mladé a krásné!

Janča a Peťa, Česká republika

Happy to be here at the WONCA Prague 2017. Beautiful city and people

Praktičtí lékaři z Chorvatska

We had a very good scientific and academic exposure. Thanks for all!..

Praktická lékařka ze Singapuru.

I do thank to SVL. This congress is SVL's third success. Good luck in future.

Olgun Goktas, Bursa, Turecko

Děkujeme, že jsme se mohli zapojit a zúčastnit se této skvělé conference. Je tu skvělá atmosféra.

Medici 1. LF UK

Thanks for many ideas and a lot of passion! Nice very nice!

Praktická lékařka z Brazílie

Great conference, my 25th! Big surprise all the time. Congratulations.

Eva Jurgová, Slovensko

Thanks for fantastic experience. Gratuluji k úspěšné organizaci a programu WONCA kongresu!

Petra Zimolová, Česká republika

I studied medicine in Karlova Univerzita 1996 – 2002. Since that I wanted to come back. I am here and the conference is excellent.

Dr. Tinaye, Myanmar

Beautiful city, kind people, wonderful conference. Thanks!

Dr. Sonmoon, Jižní Korea

Amazing conference

Tým lékařů ze Sintry, Portugalsko

I had a wonderful time in Prague. The visit to practices was informative and useful. I would recommend that it continued.

Veline Lesperance, Velká Británie

Thank you very much for arranging a great congress! The practice visit was one of the highlights. It was a great introduction to the international exchange of experience. It was most useful to see the many similarities to the daily challenges in general practice.

Grete Wold, Velká Británie

Thank you for getting the opportunity to visit a GP clinic. Our host, Veronica, did a great job giving us an overview over the czech health system and her work system. We had a very pleasurable and at the same time informative chat about our respective working conditions, challenges and strongholds. It was also very interesting meeting 2 of the other colleagues at the clinic. We were shown around the policlinic and that was very interesting too. The whole WONCA conference was inspiring but the visit to the clinic was the very best and most interesting part!

Anne Laue, Norsko

My name is Gonçalo, I attended your conference this last week and, as requested by your President in the closing ceremony, I wanted to give you feedback regarding the conference. I'm also speaking on behalf of 5 more portuguese colleagues who also attended the conference.

First of all we would like to congratulate the entire organization for the well organized conference. In our point of view everything runned smoothly, without any agenda setbacks.

As for the conferences highlights, we would like to remark the excellent keynote speakers and program. We would also like to point out the great presentation software and speaker's room, together with the indication in every room of what was happening at that time specifically. Also the double sided identification cards were a great idea.

We valued greatly the free public transportation pass, and we think it should be thought of in future WONCA conferences.

As for the downsides, the coffeebreaks could have a little bit more variety (except the one on the last day which was great) and the skills lab could have been planned in order to be able to reach out to more colleagues.

Overall we found the conference to be outstanding and thank you for welcoming us so well in your wonderful city.

Best regards, Gonçalo Envia, Portugalsko

Poděkování

SVL ČLS JEP velmi oceňuje podporu společností, které si považují spolupráce s praktickými lékaři a rozhodly se partnersky podpořit naši mezinárodní akci, a to zejména společností SERVIER, s. r. o., Pfizer spol. s s.o. a sanofi-aventis, s. r. o., Zentiva N.V. a dále společností Mylan Pharmaceuticals s.r. o, KRKA ČR, s. r. o. a TEVA Pharmaceuticals ČR, s. r. o.

Poděkování patří firmám, které přispěly k realizaci úspěšné laboratoře klinických dovedností a jsou zmíněny v příslušné stati.

Výbor SVL děkuje za podporu České lékařské společnosti JEP, jmenovitě panu prof. Štěpánu Svačinovi, prof. Jaroslavu Škrhovi, paní MUDr. Aleně Šteflové, paní ředitelce sekretariátu ČLS JEP Evě Ponocné a hlavní účetní ČLS JEP

paní Magdaléně Menclové.

Výbor SVL si je vědom, jakou roli v přípravách a realizaci konference se hrála profesionalita pracovníků firmy GUARANT International, spol. s r. o. a vyjadřuje poděkování paní Renatě Somolové a členům jejího realizačního týmu, zejména pak Martině Srencové, Kláře Pechalové a Kristýně Somolové.

Další poděkování patří magistrátu hl. m. Prahy, jmenovitě paní primátorce Adrianě Krnáčové za podporu kongresu a zajištění volného jízdného na MHD Praha pro účastníky konference.

Výbor společnosti též děkuje děvčatům ze sekretariátu SVL za pomoc při organizaci konference.



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

Dvě tváře hypertenze



Na 22. evropské konferenci praktických lékařů (WONCA), která proběhla v pražském Kongresovém centru na přelomu června a července 2017, zazněly v rámci symposia nazvaného *Dvě tváře hypertenze* přednášky věnované vysokému arteriálnímu a žilnímu tlaku. Oba tyto stavy patří mezi nejčastější chronická onemocnění, se kterými se praktičtí lékaři setkávají v každodenní praxi, a oba postihují mikrocirkulaci. Společnými aspekty patofyziologie arteriální a žilní hypertenze a možnostmi časného terapeutického zpomalení jejich progresu se ve svých přednáškách zabývaly prof. MUDr. Hana Rosolová, DrSc. (2. interní klinika FN a LF UK Plzeň) a MUDr. Petra Zimolová (Kardiologická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha) pod předsednictvím doc. MUDr. Bohumila Seiferta, Ph.D. (Ústav všeobecného lékařství, 1. LF UK, Praha).

Arteriální hypertenze

Arteriální hypertenze je nejčastěji se vyskytujícím rizikovým faktorem aterosklerózy a je také spojena s nejvyšší mortalitou ze všech těchto rizikových faktorů. Je definována jako tlak krve (TK) $\geq 140/90$ mm Hg při měření v ordinaci lékaře nebo průměrný TK během 24hodinového ambulantního monitorování (ABPM) $\geq 130/80$ mm Hg.

Měření krevního tlaku

Přísná pravidla pro měření TK (měření po 5–10 min v klidu, na dominantní paži, ve správné poloze, se správnou velikostí manžety, opakované 3x) lze jen obtížně dodržet v každodenní klinické praxi. ABPM má své indikace a není reálné jej používat u každého pacienta. Proto se začíná uplatňovat metoda tzv. skutečného krevního tlaku (Blood Pressure true), který se měří v izolované místnosti, kde je pacient sám bez přítomnosti zdravotníků, po 5 minutách klidného sezení automatickým oscilometrem na dominantní paži, a to 6x s minutovými intervaly. Skutečný TK se pak určí jako průměrná hodnota 2.–6. měření. Výsledky ukazují, že skutečný TK

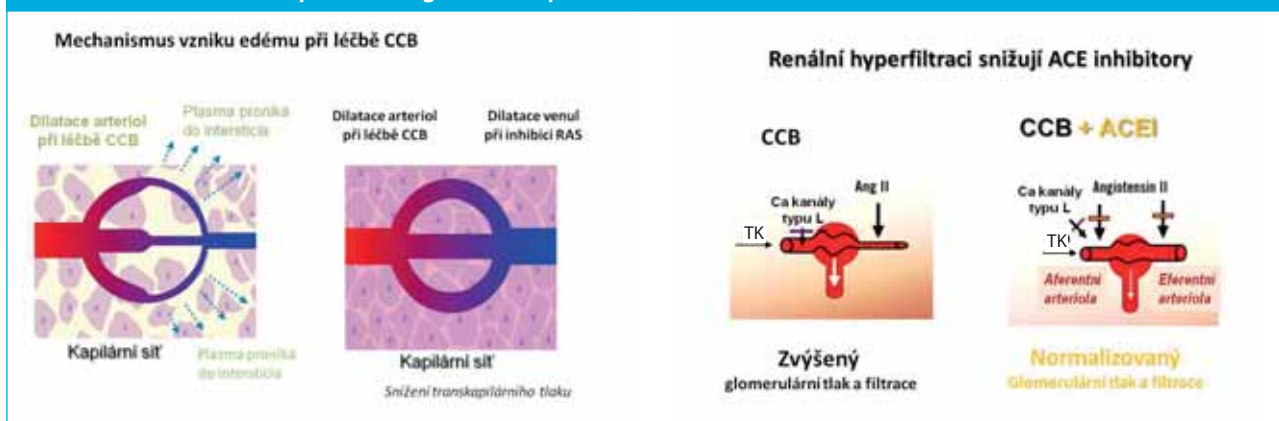
je významně nižší než TK naměřený v ordinaci manuálně (o 15/8 mm Hg) i automaticky (o 8/2 mm Hg), ale i než TK naměřený při ABPM (o 4,2/0,6 mm Hg).

Výběr antihypertenziv

Přes 70 % pacientů s hypertenzí potřebuje ke kompenzaci TK více než 1 antihypertenzivum. Podle aktuálních evropských doporučení jsou nejvhodnější kombinací antihypertenziv inhibitory angiotensin konvertujícího enzymu (ACEI) a blokátory kalciových kanálů (CCB). Kombinace antihypertenziv je přínosem dokonce již při zahájení léčby hypertenze. Bylo prokázáno, že kombinace 2 léků je při iniciální léčbě 5x účinnější z hlediska snížení systolického TK než dvojnásobná dávka 1 antihypertenziva.¹

Je známo, že s rostoucím věkem klesá elasticita arterií. Zvýšená rezistence způsobuje předčasný návrat odražené pulzové vlny v pozdní systole, čímž stoupá systolický tlak krve. Vzestup TK vede nejen k postižení velkých a středních arterií, ale také ke změnám v mikrocirkulaci, jako je remodelace arteriol, dysfunkce endotelu a destrukce kapilár. V důsledku řídnutí kapilární sítě roste periferní rezistence, což dále zvyšuje TK, ale také dochází k poruše funkce orgánů, zejména srdce (predispozice k ischemii, selhávání), ledvin (hyperfiltrace, albuminurie, destrukce glomerulů), mozku (lakunární infarkty, demence), svalů (snížení inzulínové senzitivity, diabetes 2. typu). Léčba hypertenze CCB vede k dilataci arterií a arteriol, nikoliv k dilataci vén. Tu navozují inhibitory systému renin-angiotenzin (RAAS). Proto ACEI snižují např. zvýšený tlak a hyperfiltraci v glomerulech a mají renoprotektivní účinky (obr. 1).² Studie ASCOT u téměř 20 000 pacientů s arteriální hypertenzí a zvýšeným kardiovaskulárním (KV) rizikem ukázala významné snížení KV mortality (o 24 %) při léčbě kombinací amlodipin + perindopril v porovnání s kombinací atenolol + thiazid, a to při stejném poklesu TK.³ Podstudie CAFE pak prokázala větší

Obr. 1: Prevence otoků a poškození glomerulů při kombinaci CCB s ACEI.²

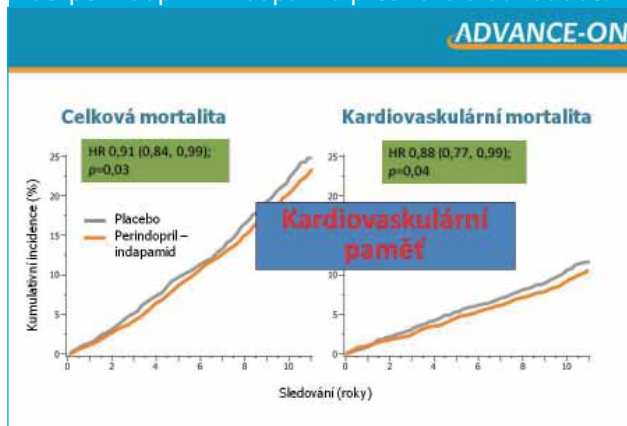


snížení centrálního TK při léčbě amlodipinem + perindopilem. Tato kombinace antihypertenziv vykázala navíc lepší efekt i na další parametry, jako je aterogenní dyslipidémie, glykémie, tělesná hmotnost či hladina kreatininu.

Mezi další vhodné strategie léčby hypertenze patří kombinace ACEI s metabolicky neutrálními diuretiky, jako je indapamid či chlorthalidon. Studie ADVANCE hodnotila vliv kombinace perindoprilu s indapamidem v porovnání s placebem na výskyt hlavních makrovaskulárních a mikrovaskulárních komplikací u diabetiků 2. typu. Během 5 let sledování prokázala významné snížení relativního rizika KV a renálních příhod o 9 % a pokles celkové mortality o 14 %.⁴ Celková i KV mortalita byla u pacientů léčených perindopilem + indapamidem nižší i za 10 let po zahájení studie, což dokládá přetrvávající účinek této terapie zprostředkovaný pravděpodobně tzv. KV pamětí (obr. 2).⁵

Asi 20–30 % hypertoniků potřebuje ke kompenzaci TK kombinací tří antihypertenziv. Metabolicky neutrální kombinace perindoprilu, amlodipinu a indapamidu prokázala ve studii PIANIST u téměř 5000 hypertoniků během 4 měsíců léčby významné snížení STK o 28,3 mm Hg a DTK o 13,8 mm Hg.⁶ Tato studie potvrdila i optimální snášenlivost uvedené trojkombinace antihypertenziv: amlodipin snižuje výskyt kašle spojeného s podáváním ACEI, perindopril brání vzniku otoků souvisejících s léčbou CCB a indapamid na rozdíl od thiazidových diuretik nenarušuje metabolický profil.

Obr. 2: Snížení celkové i KV mortality díky léčbě kombinací perindopril + indapamid přetrvává dlouhodobě.⁵

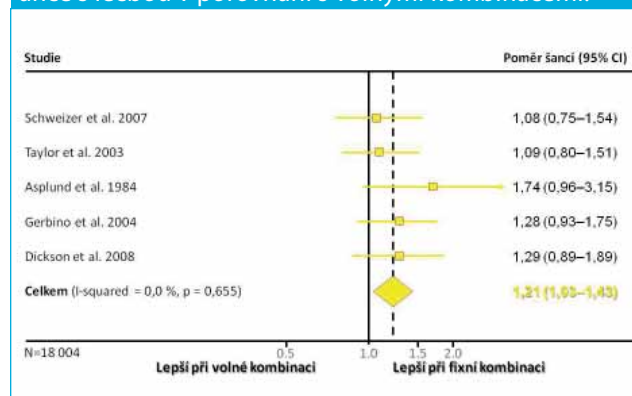


Compliance s antihypertenzí léčbou

Compliance s léčbou zahrnuje adherenci, tedy počet dávek užitých za dané časové období, a perzistenci neboli pokračování v léčbě. Compliance s léčbou hypertenze je vzhledem k asymptomatické povaze tohoto onemocnění velmi nízká. Holandská databáze 950 000 pacientů

s arteriální hypertenzí ukázala, že nejnižší je compliance u mladých hypertoniků, u nichž po 10 měsících od zahájení terapie užívá antihypertenzní léčbu jen lehce přes 20%.⁷ Je přitom prokázáno, že velmi uspokojivá adhirence ($\geq 80\%$) snižuje riziko KV příhod o polovinu.⁸ Zvýšení compliance s antihypertenzní léčbou je proto zásadním předpokladem snížení KV rizika. Vyžaduje partnerský vztah mezi lékařem a pacientem, vzájemnou diskusi, opakovanou edukaci a motivaci pacienta s vysvětlením důvodů a způsobu užívání antihypertenzní terapie. Tato léčba je vzhledem k dostupnosti řady kvalitních antihypertenziv velmi snadná. Komfort pacienta kromě účinnosti a bezpečnosti zvyšuje i jednoduché dávkování 1x denně, nejlépe ráno. Compliance stoupá také při podávání fixních kombinací antihypertenziv v jedné tabletě. Metaanalýza klinických studií prokázala o 21 % vyšší compliance při použití fixní kombinace v porovnání s volnou kombinací léků v terapii hypertenze (obr. 3). Dostupná je široká nabídka fixních dvoj- i trojkombinací antihypertenziv v různých variantách dávek. Jednou z nejpřínosnějších kombinací je perindopril s amlodipinem a indapamidem v jediné tabletě podávané 1x denně.

Obr. 3: Fixní kombinace antihypertenziv zvyšují compliance s léčbou v porovnání s volnými kombinacemi.¹³



Závěr

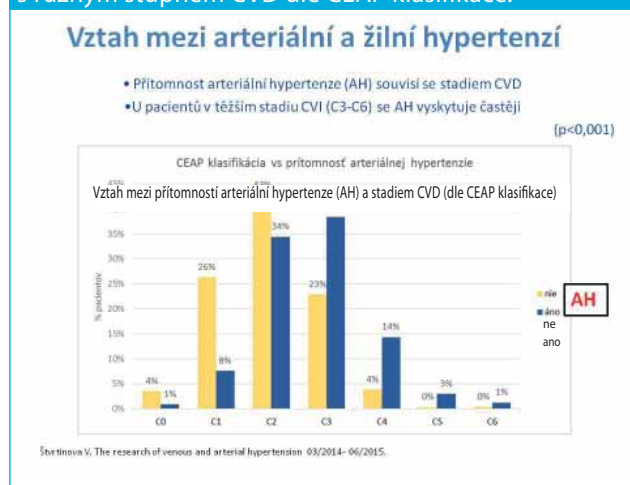
Arteriální hypertenze je spojena s nejvyšší mortalitou ze všech rizikových faktorů aterosklerózy. Vyžaduje přesnou diagnostiku a účinnou léčbu. Slibnou možnost přesného měření TK nabízí tzv. skutečný TK. V terapii hypertenze je často nutné využívat kombinace antihypertenziv. Kombinace ACEI + CCB + diuretika zajišťují prevenci makrovaskulárních a mikrovaskulárních komplikací. Nedostatečnou adherenci k antihypertenzní léčbě zlepšuje edukace a motivace, ale také využití fixních kombinací léčiv s dávkováním 1x denně. Zmírnění aterosklerotického poškození cév brání orgánovému poškození a vede ke snížení celkové mortality.

Žilní hypertenze

Mikrocirkulace – místo, kde se setkává arteriální a žilní hypertenze

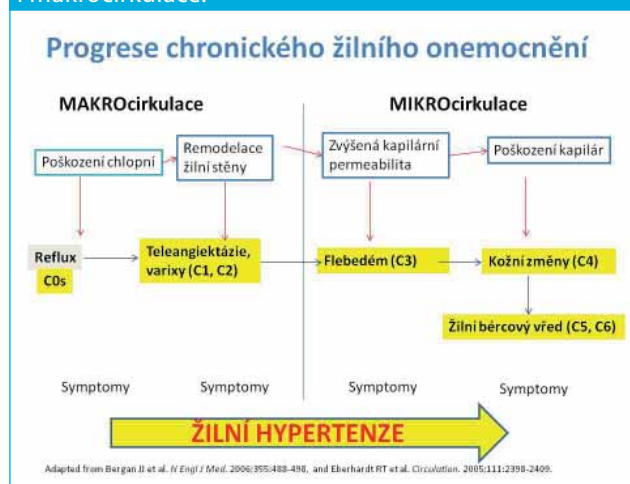
Mikrocirkulace je místo, kde se projevuje nepříznivý vliv arteriální i žilní hypertenze. Pacienti s žilní hypertenzí mají často také arteriální hypertenzi. Nejčastěji se vyskytuje u pacientů se stadiem chronické žilní nemoci (chronic venous disease; CVD) C2 a C3 dle klasifikace CEAP. Dosud nepublikovaná slovenská studie u více než 5000 pacientů prokazuje častý výskyt arteriální hypertenze u pacientů s chronickým žilním onemocněním (obr. 4).

Obr. 4: Přítomnost arteriální hypertenze u pacientů s různým stupněm CVD dle CEAP klasifikace.



Poruchy mikrocirkulace se uplatňují jak v patofyziologii arteriální hypertenze (viz výše), tak žilní hypertenze. Poškození žilních chlopní vede k refluxu a následná remodelace žilní stěny k vytvoření varixů. Následkem postupně narůstajícího žilního tlaku se zvyšuje permeabilita kapilár, dochází k flebedému a poškození kapilární sítě, které vyústí v trofické kožní změny (obr. 5). Chronická žilní nemoc je progredující celoživotní onemocnění.¹⁰

Obr. 5: V progresi CVD hraje roli poškození mikro- i makrocirkulace.



Příčiny a projevy chronického žilního onemocnění

Základní faktory, které vedou k rozvoji chronického žilního onemocnění (CVD), jsou tři. Jde jednak o primární inkompetenci chlopní s následným refluxem, se zvýšením žilního tlaku a zánětlivým procesem v žilní stěně. Druhou možnou příčinou je obstrukce žilního systému. Posttrombotický syndrom představuje nejobtížnější formu CVD. Třetí příčinou CVD je selhání svalové pumpy při omezené pohyblivosti zejména v oblasti kotníku.

CVD představuje funkční selhání žilního systému, které vede k organickým změnám a rozvoji klinických příznaků známých jako chronická žilní insuficience (CVI). Již od vzniku prvních příznaků CVD je přítomen zánět.¹¹ Je důsledkem interakce leukocytů s endotelem a vyplavení zánětlivých mediátorů. Rozbíhá se bludný kruh CVD (obr. 6).

Obr. 6. Bludný kruh chronického žilního onemocnění.



Toto onemocnění má nízkou mortalitu, ale vysokou morbiditu a nepříznivě ovlivňuje kvalitu života nemocných. Příznaky CVD jsou různorodé a často se kombinují. Zahrnují bolest nohou, pocit těžkých či oteklých nohou, pálení, křeče, svědění, neklid nohou či únavu. Jejich intenzita nekoreluje se závažností onemocnění a obtíže jsou typicky horší v letních měsících. Viditelnými projevy CVD jsou pak teleangiektázie, varixy, otoky, kožní změny a bérčové vředy.

Klasifikace CEAP

Od roku 1994 je zavedena klasifikace CEAP, podle níž lze CVD popsat podle 4 kritérií (klinického, etiologického, anatomického a patofyziologického).¹² Má 7 tříd:

C0 – Žilní bolest bez objektivních projevů. Žilní bolest vzniká drážděním nociceptorů v žilní stěně,¹¹ bolest je atypická, těžko lokalizovatelná a její intenzita neodpovídá závažnosti postižení.

C1 – Intradermální teleangiektázie (do 1 mm v průměru) a subdermální metličkové žíly (do 3 mm v průměru). Častým nálezem v oblasti kotníku bývá corona phlebectatica.

C2 – Varixy. Dilatované podkožní žíly o průměru > 3 mm. C3 – Otok (flebedém). Je dán zvýšením objemu tekutiny v kůži a podkoží. Obvykle začíná v oblasti kotníku,

ale může se šířit směrem kraniálním. Pro flebedém je typický pozitivní pitting test - po tlaku na kůži prstem po dobu 1 minuty zůstává viditelný důlek. Flebedém může být akutní nebo chronický.

C4 – Kožní změny: erytém, ukládání hemosiderinu, dermatitida, lipodermatoskleróza, atrophia blanche, xeróza, hyperkeratóza.

C5/6 – Zhojený/otevřený bérkový vřed. Jedná se o defekt celé tloušťky kůže. Délka léčby u většiny pacientů přesahuje 1 rok.

Chronické žilní onemocnění je pojem zahrnující úplné spektrum morfologických a funkčních poruch žilního systému. Chronická žilní insuficience je pojem rezervovaný pro stadia C3–C6 dle klasifikace CEAP, tedy pro pacienty s otokem, kožními změnami a bérkovými vředy.

Diagnostika a léčba

Neexistuje jedno vyšetření, které by poskytlo všechny informace potřebné pro klinické rozhodnutí o strategii léčby. Klíčem k výběru vhodných vyšetření je znalost patofyziologie onemocnění. Duplexní ultrasonografie je považována za zlatý standard pro detekci refluxu v jakémkoliv segmentu žilního řečiště. Ukáže přítomnost refluxu, jeho lokalizaci i hemodynamický význam. Rozlišujeme permanentní reflux a transientní (tranzitorní, přechodný) reflux, který je přítomný později odpoledne

či večer po celodenní námaze.¹⁴

Terapii lze rozdělit na konzervativní a chirurgickou. Konzervativní léčba zahrnuje režimová opatření, kompresivní léčbu, podávání venofarmak a případně lokální léčbu defektů. Kompresivní léčba představuje základní součást terapie CVD.¹³ Lze využít kompresivní obinadla nebo punčochy. Ve flebologii se využívají krátkotažná obinadla. Kompresivní punčochy existují v různých délkách a jsou určeny pro chronické používání. Je nutné je používat pravidelně, řádně nasadit, nejlépe hned ráno a nosit po celý den.

Venofarmaka zmírňují žilní hypertenzi, zlepšují reologické vlastnosti krve, zvyšují tonus žilní stěny a působí také na mikrocirkulaci. Podle aktuálních doporučení má nejvyšší kvalitu důkazů mikronizovaná purifikovaná flavonoidní frakce (MPFF)¹³ obsahující 90 % mikronizovaného diosminu přírodního původu a 10 % dalších flavonoidů (např. hesperidin, isorhoifolin, linarin, diosmetin), které mají synergický efekt a prokazatelně zvyšují účinnost samotného diosminu. MPFF je jediné venofarmakum s nejsilnějším doporučením č. 1 B pro zmírnění příznaků a projevů CVD u pacientů s třídou C0–C6 a jako doplněk kompresivní a lokální léčby bérkových vředů. (obr. 7). V léčbě bérkových vředů je vůbec jediným doporučovaným venofarmakem.

Obr. 7. Současné doporučené postupy pro užívání venofarmak u pacientů s CVD.

Mezinárodní DP pro užívání venofarmak v léčbě CVD 2014



TABLE VI.—Summary of the present guideline recommendations for the use of venoactive drugs, according to the GRADE system.

Indication	Veno-active drug	Recommendation for use	Quality of evidence	Code
Relief of symptoms associated with CVD in patients in CEAP classes C0s to C6s and those with venous edema (CEAP class C ₃)	Micronized purified flavonoid fraction	Strong	Moderate	1B
	Nonmicronized diosmins or synthetic diosmins	Weak	Poor	2C
	Rutosides (O-betahydroxyethyl)	Weak	Moderate	2B
	Red-vine-leaf extracts (Vitis vinifera)	Weak	Moderate	2B
	Calcium dobesilate	Weak	Moderate	2B
	Horse chestnut seed extract	Weak	Moderate	2B
	Ruscus extracts	Weak	Moderate	2B
	Gingko biloba	Weak	Poor	2C
	Other VADs	Weak	Poor	2C
Healing of primary venous ulcer (CEAP class C ₆), as an adjunct to compressive and local therapy	Micronized purified flavonoid fraction	Strong	Moderate	1B

CEAP: clinical, etiological, anatomical, and pathophysiological classification; CVDs: chronic venous disorders; GRADE: Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation; VADs: venoactive drugs.

MPFF® – mikronizovaná purifikovaná flavonoidní frakce (90 % přírodního mikronizovaného diosminu + 10 % hesperidinové frakce se synergicky působícími flavonoidy)



Nicolaidis AN, Perin M. Management of chronic venous disorders of the lower limbs. Guidelines according to scientific evidence. *Int Angiology*. 2014;33(2):126-139.

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

Již po 2 měsících léčby MPFF prokazatelně snižuje žilní reflux o 85 % (obr. 8).¹⁴ Díky potlačení zánětu na chlopních i žilní stěně účinně snižuje žilní bolest a další příznaky v každém stadiu CVD,¹⁵ zmírňuje otok bez ohledu na přítomnost refluxu,¹⁶ urychluje hojení bérčových vředů,¹⁷ zmírňuje bolest¹⁸ a snižuje spotřebu analgetik po chirurgické léčbě CVD.¹⁹

Terapii CVD je třeba zahájit co nejdříve. Důvodem je chronicita a progresivní charakter onemocnění, související morbidita a značný socioekonomický dopad včetně snížené průčeschnosti pacientů.

Obr. 8. MPFF významně zmírňuje žilní reflux u chronického žilního onemocnění.¹⁴



Literatura

- Wald DS, Law M, Morris JK, et al. Combination therapy versus monotherapy in reducing blood pressure: meta-analysis on 11,000 participants from 42 trials. *Am J Med.* 2009 Mar; 122(3): 290-300.
- Bakris GL, Weir MR, Secic M, et al. Differential effects of calcium antagonist subclasses on markers of nephropathy progression. *Kidney Int.* 2004 Jun; 65(6): 1991-2002.
- Sever PS. The Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial: implications and further outcomes. *Hypertension.* 2012 Aug; 60(2): 248-259.
- Simon R, Heller DM, FRCP and on behalf of the ADVANCE Collaborative Group. A Summary of the ADVANCE Trial. *Diabetes Care.* 2009 Nov; 32(Suppl 2): S357-S361.
- Mohammedi K, Woodward M, et al; ADVANCE Collaborative Group. Presentations of major peripheral arterial disease and risk of major outcomes in patients with type 2 diabetes: results from the ADVANCE-ON study. *Cardiovasc Diabetol.* 2016 Sep 2;15(1):129.
- Tóth K; PIANIST Investigators. Antihypertensive efficacy of triple combination perindopril/indapamide plus amlodipine in high-risk hypertensives: results of the PIANIST study (Perindopril-Indapamide plus Amlodipine in high risk hypertensive patients). *Am J Cardiovasc Drugs.* 2014 Apr; 14(2): 137-145.
- Van Wijk BLG, Klungel OH, Heerdink ER. Rate and determinants of 10-year persistence with antihypertensive drugs. *Journal of Hypertension.* 2005; 23: 2101-2107.
- Mazzaglia G, et al. Adherence to antihypertensive medications and cardiovascular morbidity among newly diagnosed hypertensive patients. *Circulation.* 2009 Oct 20; 120(16): 1598-1605.
- Gupta AK, Arshad S, Poulter NR. Compliance, safety, and effectiveness of fixed-dose combinations of antihypertensive agents: a meta-analysis. *Hypertension.* 2010 Feb; 55(2): 399-407.
- Bergan JJ, Schmid-Schönbein GW, Smith PD, et al. Chronic venous disease. *N Engl J Med.* 2006 Aug 3; 355(5): 488-498.

Závěr

CVD je progresivní onemocnění vyvolané přetrvávající žilní hypertenzí, která vyvolává chronický zánět. Postihuje i mikrocirkulaci, což vede k rozvoji otoků a kožních změn. Klinické příznaky a projevy jsou různé (od žilní bolesti po bérčové vředy), často se kombinují a nekorelují se závažností postižení. Jednotné stanovení stadia CVD umožňuje klasifikace CEAP. Progresi CVD je třeba terapeuticky brzdít v co nejčasnějších stadiích. Kromě kompresivní terapie lze využít venotonika, z nichž má nejrozsáhlejší a nejkvalitnější důkazy mikronizovaná purifikovaná flavonoidní frakce. Vede k významnému zmírnění bolesti, redukuje otok nezávisle na stadiu onemocnění, urychluje hojení bérčových vředů a snižuje spotřebu analgetik po chirurgické léčbě CVD.

Připravila
MUDr. Zuzana Zafarová

- Vital A, Carles D, Serise JM, Boisseau MR. Evidence for unmyelinated C fibers and inflammatory cells in human varicose saphenous. *Int J Angiol.* 2010; 19: 73-77.
- Allegra C, Antignani PL, Bergan JJ, et al; International Union of Phlebology Working Group. The „C“ of CEAP: suggested definitions and refinements: an International Union of Phlebology conference of experts. *J Vasc Surg.* 2003 Jan; 37(1): 129-131.
- Nicolaides A, Kakkos S, Eklof B, et al. Management of chronic venous disorders of the lower limbs - guidelines according to scientific evidence. *Int Angiol.* 2014 Apr; 33(2): 87-208.
- Tsoukanov YT, Tsoukanov AY, Nikolaychuk A. Great saphenous vein transitory reflux in patients with symptoms related to chronic venous disorders but without visible signs (COs), and its correction with MPFF treatment. *Phlebology.* 2015; 22(1): 18-24.
- Lenkovic M, Stanic-Zgombic Z, Manestar-Blazic T, et al. Benefit of Daflon 500 mg in the reduction of chronic venous disease-related symptoms. *Phlebology.* 2012; 19(2): 79-83.
- Jantet G. Chronic venous insufficiency: worldwide results of the RELIEF study. Reflux assessment and quality of life improvement with micronized flavonoids. *Angiology.* 2002; 53: 245-256.
- Coleridge-Smith PD, Lok C, Ramelet AA. Venous leg ulcer: a meta-analysis of adjunctive therapy with micronized purified flavonoid fraction. *Eur J Vasc Endovasc Surg.* 2005; 30: 198-208.
- Pokrovsky AV, VS Saveljev, Kirienko AI, et al. Stripping of the great saphenous vein under micronized purified flavonoid fraction (MPFF) protection (results of the Russian multicenter controlled trial DEFANCE). *Phlebology.* 2008; 15: 45-51.
- Veverkova L, Kalac J, Jedlicka V, et al. Analysis of surgical procedures on the vena saphena magna in the Czech Republic and an effect of Detralex during its stripping. *Rozhl Chir.* 2005; 84: 410-412.

Očkování doporučené pro dospělé věk v ordinacích primární péče

Česká republika patří v celosvětových statistikách na přední místa v rámci nejnižší mortality dětské populace. Je to nepochybně i zásluhou vysoké proočkovanosti dětí proti základním nemocem, která, ač klesá, nadále převyšuje většinu zemí světa. Proočkovanost dospělé populace má v naší zemi naopak nemalé rezervy, které je však možné systematickým přístupem zredukovat.

Česká republika je na čele žebříčku v počtu případů klíšťové encefalitidy v Evropě, a to dokonce za několik posledních dekád. Vysoký počet nemocných a následně postižených trvalými následky se dlouhodobě nedaří snížit, i když proočkovanost postupem času dosáhla úrovně 24 %. Je zřejmé, že tento rozsah protekce nestačí a plošná ochrana populace vakcínami by se měla ještě zvýšit. I když o existenci klíšťové encefalitidy je podle průzkumů informováno až 95 % obyvatel ČR a 86 % dokonce ví o možnosti její prevence očkováním, tuto možnost využívá jen necelá čtvrtina z nich¹. Zvýšení proočkovanosti je nutné zejména ve věkové skupině nad 50 let, kde je nejčastější výskyt těžkých průběhů nemoci. Zatímco v dětském věku dominuje při infekci CNS virová meningitida, u starších věkových kategorií přibývá případů encefalitidy a myelitidy s významně horší prognózou. Nad 75 let věku může být podíl nejzávažnější myelitidy až více než pětina². Přehledy proočkovanosti podle věkových skupin ukazují, že ve věkové kohortě 0–17 let má alespoň jednu dávku vakcíny proti KE nadstandardních 29 % a od 18 do 24 let až 36 %, dál však s postupujícím věkem proočkovanost klesá, a to až na 15 % ve skupině 55–64 let s mírným nárůstem na stále podprůměrných 22 % v kategorii 65 let a více¹. Zatímco v 80. letech 20. století představovaly dvě hlavní endemické oblasti jižní Čechy a Jeseníky, dnes se již infekční klíšťata vyskytují ve všech krajích ČR³, a dokonce jsou nalézána i v městských parcích a v řadové zástavbě v blízkosti center větších měst. Důvody nedostatečné proočkovanosti populace proti tomuto významnému zdravotnímu riziku na našem území jsou početné a komplexní. Zajímavé výsledky přinesl multicentrický průzkum Center očkování a cestovní medicíny Avenir, který v rámci analýzy motivačních faktorů ukázal, že jen 2,4 % očkovaných proti klíšťové encefalitidě se rozhodlo podstoupit tuto vakcinaci na základě aktivního doporučení (radu) svého praktického lékaře. U letáků umístěných v čekárně byla úspěšnost jen nevýznamných 0,5 %. Naopak nejvyšší úspěšnost mělo doporučení rodinného příslušníka (29,2 %) a výskyt nemoci v blízkém okolí (12,5 %). Stejný průzkum provedený formou osobního rozhovoru s 1532 subjekty ukázal, že jen 14,9 % z nich bylo očkování proti klíšťové encefalitidě aktivně doporučeno jejich praktickým lékařem, i když oni samotní se za rizikové považovali. Dalším problémem je návrat-

nost očkovaných na následující dávku vakcíny v pořadí. Z těch, kteří zahájili očkování první dávkou, se postupem času až desítky procent nedostaví na posilující booster. Zkušenosti ze sousedního Rakouska s nejvyšší proočkovaností proti KE (přes 80 % alespoň jednou dávkou) přitom jasně ukazují, že signifikantní pokles výskytu klíšťové encefalitidy přinese jen očkování větší části populace. Vakcinace výlučně rizikových skupin je sice důležitá, ale na významnější pokles incidence nestačí.

Dalším, do značné míry preventabilním problémem u dospělé populace v ČR, jsou pneumokokové infekce. Jsou odpovědné za 30 % komunitních pneumonií vyžadujících hospitalizace ve vyspělých zemích a za ještě větší část závažných nozokomiálních pneumonií^{4,5}. Infekce dolních dýchacích cest jsou podle WHO čtvrtou nejčastější globální příčinou úmrtí na naší planetě a mezi nimi mají nejvýznamnější postavení právě pneumokokové nákazy^{6,7}. Jejich morbidita stoupá již od 40ti let věku, nejvýznamnější nárůst ale zaznamenávají statistiky od věku 65 let. I když fatální případy se vyskytují i u mladších věkových kategorií, právě u kohorty 65+ let může letalita přesahovat 30%⁸. Za pozornost stojí skutečnost, že v období 2010–2016 dosáhla letalita invazivních pneumokokových onemocnění (IPO) v ČR ve věkové kategorii 20–34 let až 28,6 %⁹. V roce 2016 byly nejčastějšími serotypy pneumokoků způsobujícími IPO v ČR serotyp 3 a 19 A⁹, které se vyskytují v 13valentní konjugované pneumokokové vakcíně indikované pro dospělou populaci. Ta se při avizované absenci polysacharidové pneumokokové vakcíny stane v budoucnu jediným specifickým nástrojem v prevenci IPO očkováním. Nejčastější příčinou úmrtí mezi pneumokoky byl vakcinační serotyp 3, těmto letálním případům tedy bylo možné do značné míry zabránit⁹. V rámci sezónnosti IPO můžeme pozorovat vrchol v chladnějších měsících roku a koincidenci s výskytem akutních respiračních infekcí, období kulminace chřipky a IPO se téměř překrývají^{10,11}. Influenza oslabí obranyschopnost dýchacích cest, a následná pneumokoková superinfekce má tak otevřenou cestu do dolních partií dýchacího traktu, které již specifickou protekcí postrádají. Proočkovanost proti chřipce v ČR patří k nejnižším v Evropě, celkově nepřesahuje hranici 5–8 %, u rizikových částí populace 65letých a starších se pohybuje v rozmezí 20 a 30 %. Cílem, stanoveným v EU kvůli zamezení zbytečným lidským i finančním ztrátám, je proočkovanost seniorů na úrovni alespoň 75 %, již v Evropě dosahují již teď např. Holandsko, Irsko nebo Skotsko¹². Globálně tuto hranici některé země dokonce přesahují, např. Mexiko a Jižní Korea¹³. Jejich příklad poukazuje na velké rezervy v proočkovanosti v naší zemi, a navíc potvrzuje skutečnost, že obavy týkající se bezpečnostního profilu vakcinace nejsou na místě.

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

Významnou možností ochrany zdraví a života naší populace představuje i očkování proti invazivním meningokokovým infekcím. Zavedení plošného očkování ve Velké Británii konjugovanou vakcínou Men C vedlo k výraznému poklesu počtu nemocí způsobených serogrupinou C meningokoků až o 97 % v průběhu 12 let^{14,15}. Prokázal se i pozitivní vliv konjugovaných vakcín na imunitu neočkovaných osob. Pokles nosičů meningokoků znamenal redukcí jejich přenosu do dalších věkových skupin, což vedlo k poklesu incidence i u neočkovaných kohort populace¹⁶. Podobný efekt se ukázal i u konjugovaných pneumokokových vakcín, když očkování dětí vedlo k poklesu výskytu infekcí způsobených vakcinačními serotypy i u seniorů, prarodičů, kteří se s nimi stýkali. Pozitivní zkušenosti s plošným očkováním konjugovanou vakcínou Men C vedlo před nedávnem Velkou Británii k zahájení plošné očkovací kampaně i proti serogrupině B meningokoků v prvním roce života ve schématu 2+1.

Relativně novou možností prevence formou vakcinace je očkování osob od 50 let věku proti herpes zoster. V Anglii a Walesu se počet případů hlášených za rok pohybuje na úrovni 225 000, ve Francii až 350 000, v ČR je ročně hlášených mezi 6 000 a 7 000 epizod, což signalizuje značnou podhlášenost. Výskyt tohoto stavu stoupá od 50 let věku a obávaná je zejména post-herpetická neuralgie, která signifikantně snižuje kvalitu života. V těžších případech může trvat i několik měsíců. Postižení přirovnávají bolest k zásahu elektrickým proudem, která jim dokonce může znemožňovat osobní hygienu

nebo nošení oblečení. Existující živá vakcína se aplikuje v jedné dávce a je unikátní tím, že brání endogenní reaktivaci viru již perzistujícího ve spinálních gangliích. Ve studiích byla popsána post-vakcinační redukce nejtěžších případů post-herpetické neuralgie až o 73 %. Výskyt herpes zoster se snížil ve věkové kategorii 50–59 let o 70 % a ve věku 60–69 let o 64 %¹⁷.

Dalšími vakcínami, které je možné i vhodné aplikovat v dospělém věku, jsou očkovací látky proti virové hepatitidě A/B, pertusi (dTap), HPV, proti varicelle (zejména seronegativní osoby nebo bez známého stavu seroprotekce) a rovněž cestovatelské vakcíny s výjimkou očkování proti žluté zimnici, které vyžaduje speciální oprávnění a kulaté razítko.

Ochrana dospělé populace v ČR dostupnými vakcínami má stále značný potenciál ke zlepšení. Zvýšení proočkovatosti by přineslo pokles morbidity i mortality stejně jako úsporu přímých i nepřímých finančních nákladů, které si tyto nemoci každoročně vyžádají. Tato úloha je především v rukou praktických lékařů a je dosažitelná jejich zvýšeným zájmem a aktivním přístupem. Lékař primární péče by měl svým rizikovým pacientům aktivní imunizaci doporučovat a současně jim srozumitelně vysvětlit důvody pro takový krok ze strany pacienta.

doc. MUDr. Rastislav Maďar, Ph.D., MBA, FRCPS.
Centra očkování a cestovní medicíny Avenir

Literatura:

1. GfK Report – TBE Coverage and Compliance, Europe, 2015
2. Kaiser R. Tick-borne encephalitis. *Infect Dis Clin North Am* 2008;22:561-575
3. Jilkova E, Vaverkova R. TBE epidemiology in the Czech Republic 2013. Poster presented at 16th Annual Meeting of the International Scientific Working Group on TBE, Vienna January, 2014.
4. Welte T, et al. *Thorax* 2012;67:71–9
5. Kolek V. Komunitní pneumonie. *Postgraduální medicína* 12/2006.
6. World Health Organization. Media Centre Fact Sheets. The top 10 causes of death <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/>. Updated May 2014. Accessed January 23, 2015.
7. Lozano R, et al. *Lancet*. 2012;380(9859):2095-2128
8. Kozáková J., et al. *Zprávy CEM (SZÚ, Praha)* 2015; 24(3): 96-101
9. Kozáková J, Vacková Z, Šebestová H, Křížová P. Invazivní pneumokokové onemocnění v České republice v roce 2016. *Zprávy CEM, SZÚ Praha*, 2017. 21-28.
10. Kozáková J, Šebestová H, Křížová P. *Zprávy CEM (SZÚ, Praha)* 2014; 23(3): 89–97
11. Grabowska K., et al. *BMC Infect, Dis*. 2006 Mar 20;6:58
12. ECDC. Seasonal influenza vaccination coverage rates in older age groups in EU/EEA Member states. National seasonal influenza vaccination survey. March 2014.
13. OECD. Influenza vaccination rates. 2014.
14. Gray SJ, et al. *J Med Microbiol*. 2006;55:887-896;
15. Meningococcal Reference Unit isolates of *Neisseria meningitidis*: England and Wales, by serogroup & epidemiological year, 1998/99-2011/12. Health Protection Agency website. http://www.hpa.org.uk/webc/HPAwebFile/HPAweb_C/1317136087064.
16. Trotter CL, et al. *Lancet*. 2004;364(9431):365-367.
17. SmPC Zostavax, ZEST study, SPS study.

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

Závislost na tabáku a její léčba. Pomozte kuřákům, kteří zbytečně trpí při odvykání kouření.

Úvod

Většina z nás se bojíme utrpení. A naši pacienti kuřáci se oprávněně bojí utrpení při odvykání kouření. Abstinenci příznaky skutečně pro řadu z nich představují příčinu, proč se ke kouření dříve nebo později vracejí. Přítom účinná a dostupná pomoc je pro ně k dispozici. Musí jim ji někdo z nás podat, předepsat, vysvětlit. Pochopitelně do ambulance praktického lékaře nebo specialisty nevstupuje kuřák se samotným problémem kouření. Často ale přichází pro potíže spojené s jeho kuřáctvím. Nakonec každý druhý kuřák však zemře v důsledku své závislosti na tabáku¹. Ale pokud se podaří kuřákově přestat kouřit, pak je prognóza jeho onemocnění až na naprosté výjimky lepší a délka jeho života se prodlužuje². Navíc i z pohledu praktického lékaře s kapitační platbou představuje léčba stopkuřáka menší náklady než léčba pacienta kuřáka. Jejich aktivní vyhledávání a léčení je tedy nejen povinné dle zákona (zákon 379/2005 sb.), ale také výhodné pro pacienta i jeho ošetřujícího lékaře. Jak to však zvládnout v co nejkratší době a s co nejlepším výsledkem v prostředí českých ambulancí?

V běžném provozu ambulance je adekvátní si pomáhat jednoduchým principem Krátké intervence. Proto s ní musíme také začít. Následně stručně popíšeme princip kognitivně-behaviorální terapie. Poté si vysvětlíme principy zvládnutí fyzické závislosti na tabáku pomocí farmakoterapie.

Krátká intervence jako základ

„5 A“ nebo česká verze „5 P“ (ptej se, poraď, posuzuj, pomoc, sleduj) je doporučeným schématem pro řešení abúzu tabáku^{3,4}.

- Ptej se:** Je vhodné se ptát při první návštěvě na kuřácký status a kuřáctví také zaznamenat do dokumentace. Pro evidentní kuřáky, ale i stopkuřáky je spíše doporučováno se ptát: „zkoušel jste už přestat kouřit?“ – tedy otázka, která umožňuje a otevírá další rozhovor.
- Poraď:** vždy je dobré asociovat dobrou prognózu onemocnění se zanecháním kouření (naopak strašení negativním dopadem kouření se většinou nesetká s kýženou odezvou).
- Posud'** posud' ochotu přestat. Pokud není zájem, pak zde intervence končí. Je třeba však zmínit, že se k tématu vrátíte při příští návštěvě a také to splnit.
- Pomoc:** poskytnout možnou medikaci. Lze akceptovat i jednoduché vysvětlení užívání medikace, s vysvětlením účinku medikace a eventuálních (většinou život neohrožujících) nežádoucích účinků.
- Sleduj:** je dobré vždy domluvit kontrolu, nebo odesláni na specializované pracoviště. Pacient není ponechán ve „vzduchoprázdnu“, ale naopak je domluveno časové ohraničení pro jeho úkoly.

Behaviorální terapie:

Pro kognitivně-behaviorální terapii je typická kombinace behaviorální terapie⁵ (poruchy chování jsou chápány jako naučené reakce) a kognitivní terapie (se zaměřením na poznávací procesy). Vychází z předpokladu, že u většiny psychických problémů dojde ke zlepšení tím, že se identifikují a změny chybné a porušené představy, myšlenky a chování. Klient zvládnutím kritických situací zvyšuje pocit vlastní zdatnosti i své sebevědomí (self-efficacy; respektive „Já to dokážu.“).

S klientem je důležité projít jeho typický den: při kterých příležitostech kouří, za jak dlouho po probuzení si dá první cigaretu, vidět typické asociace (káva, pracovní pauza, auto, zahrádka restaurace). Umožniť to i ozřejmit, jak velký podíl je spíše psychická závislost (relaxační rituály, reakce na rozčilení) a jak velký podíl fyzická závislost (cigaretu po probuzení, po vystoupení z vlaku apod.). Psychická závislost trvá déle při odvykání kouření než fyzická, trvá až 12 měsíců. V běžné ambulanci praktického lékaře bude jen vzácně čas povídat o motivaci či sebevědomí pacienta. Ale pokud se na ně zeptáme na škále od 0 do 10, ozřejmíme sobě i klientovi situaci (nedostatečná motivace, nebo nedostatek sebevědomí) – a můžeme se věnovat motivaci nebo sebevědomí/ či ještě lépe self-efficacy podle toho, kde je nižší skóre.

Cílem je umožnit pochopit rozpor mezi obecnými prohlášeními pacienta a jeho skutečným chováním, vždy nekonfrontačně a bez jakéhokoliv posuzování. Za pomoci vhodných otázek je možné pacientovi pomoci, aby si uvědomil rozpor mezi vlastními proklamacemi a svým chováním (příklad u diabetičky: „Na jednu stranu vidím, že Vám skutečně záleží na hodnotě glykovaného hemoglobinu při kontrole, tedy abyste měla co nejméně komplikací cukrovky. Na druhé straně je pořád čokoláda navečer silnější než jakákoliv Vaše rozhodnutí.“). Práce s motivací bývá nejdůležitější v situaci, kdy pacient váhá. Podle názoru odborníků teprve až dojde k rozhodnutí pro změnu, pak teprve je vhodná rada, jak této změny dosáhnout. Na druhou stranu při naznačení optimálního postupu podle lékaře může klient použít tento postup i později, až bude motivován. Efektivita motivačního rozhovoru je vyšší při zvolení motivace (motivací), které jsou pro klienta podstatné – typicky vrásky nebo zápach u žen, péče o osobu blízkou (děti, manžel) nebo například nutnost získání nové práce v nekuřáckém kolektivu. Jaké jsou nejčastější motivace v České republice – viz příložený graf 01 (Pfizer 2006, výzkum STEM/Mark).

Farmakoterapie závislosti na tabáku:

Vareniklin (Champix) (6) je jediným perorálním lékem, který byl vynalezen a je používán pouze k odvykání kouření u dospělých. Obvyklá délka léčby přípravkem Champix je 12 týdnů s možností prodloužení o dalších 12 týdnů. Výhodou je flexibilní den D v průběhu druhého až pátého týdne (7). Vareniklin se užívá v prvním týdnu ve formě 0,5 mg tablety: první tři dny jen jedna tableta ráno, od 4. do 7. dne 0,5 mg ráno i večer. V tuto dobu může klient kouřit, byť jeho chuťový zážitek z cigarety je již menší (může pozorovat spontánní pokles spotřeby cigaret např. z 20 na 15 cigaret). Od 8. dne se pak doporučuje užívat 1 mg ráno i večer. 8. dne by měl (ale nemusí ihned) být i den D. Je dobré doporučit pacientům užít tabletu po jídle (kuřáci často nesnídají, a začít znovu snídat je pozitivní změna životního stylu i kvůli menšímu váhovému přírůstku). Není námitek ani k pozdějšímu užívání medikace, např. po svačině, vždy však dostatečně zapít. Jinak může vareniklin dělat pocit těžkého žaludku až lehké nauzeu (přítomno až u 30% klientů s vareniklinem vs. 10% u placebo) (Gonzalez D et al. *JAMA*. 2006;296:47-55. Jorenby DE et al. *JAMA*. 2006;296:56-63). Druhou denní dávku je vhodné užít večer, ne však pozdě

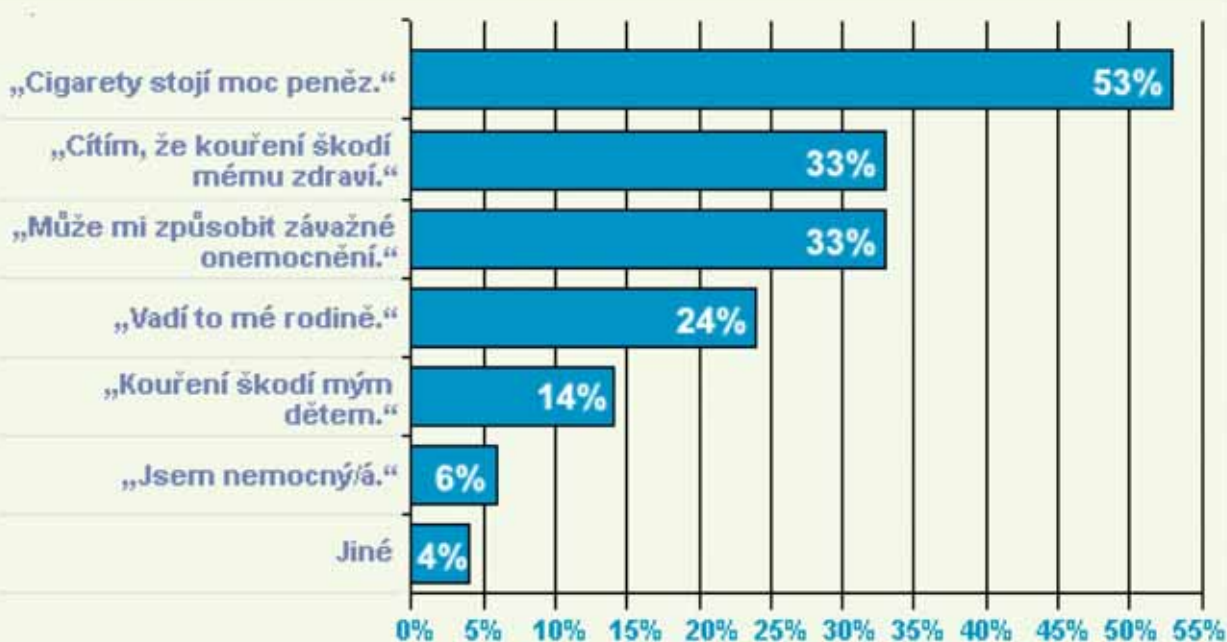
v noci: vareniklin může způsobit živé sny (13% vs. 5%), avšak pacientům tyto sny v naprosté většině nevadí.

Vareniklin je v zásadě dobře tolerovaný kuřáky (Williams et al. *Curr Med Res Opin*. 2007; 23: 793-801.) Biologická dostupnost (tedy rychlost a rozsah, v nichž je léčivá látka absorbována, + kdy dosáhne místa svého účinku) není ovlivněna žádným jídlem ani časem podávání. V minulosti byly u uživatelů vareniklinu reportovány sebevražedné myšlenky a pokusy, toto však nebylo pozorováno v klinických studiích (Stapleton et al. *Addiction*. 2008; 103: 146-154). Tato epizodická hlášení vedla k provedení studie EAGLES (Anthenelli RM, et al. *Lancet* 2016) na 8144 pacientech. **Studie neprokázala signifikantní zvýšení neuropsychiatrických příhod, které by byly spojené s užíváním vareniklinu nebo bupropionu ve srovnání s placebem nebo nikotinovými náplastmi (jak ve větvi psychiatrických pacientů, tak ve větvi kuřáků, kteří neměli psychiatrická onemocnění). Vareniklin byl významně účinnější než zbylé terapie.**

Léčba vareniklinem je stejně tak bezpečná bezprostředně po infarktu myokardu či jiných vaskulárních příhodách, nebo jakémkoliv nádorovém onemocnění.

Graf 01

Důvody, proč kuřáci chtějí přestat kouřit



Říjen 2006 / Závěrečná zpráva z exkluzivního výzkumu pro PFIZER spol. s r.o./
Client Service Manager: Jan LAJKA / Senior Analyst: Petr BŮHM / STEM/MARK, a.s.

Bupropion hydrochlorid (Welbutrin, Zyban) nemá v České republice dle SPC indikaci na odvykání kouření, v zahraničí (a off-label i v ČR) je takto používán. Toto antidepresivum se ve studiích jako jediné ukázalo coby účinný lék na deprese i na odvykání kouření s nejnižším váhovým přírůstkem (při cold-turkey pokusu, tedy pokusu bez jakékoliv medikace je naopak váhový nárůst největší). Bývá často užíván jako lék 2. volby, nejčastěji v kombinaci s náhradní nikotinovou terapií, a lze jej také užívat společně s vareniklinem.

Začátek jeho užívání je po dobu prvního týdne 1-0-0, od druhého týdne (dne D) pak 1-0-1. Pacienti se závažným jaterním onemocněním nebo epilepsií tento lék nemohou užívat, snižuje práh pro vznik epileptických záchvatů.

Náhradní nikotinová terapie (NRT)

Náhradní nikotinová terapie je bezpečná prakticky při všech onemocněních u dospělých.

Náplasti s nikotinem (NiQuitin, Nicorette) jsou na trhu v různých silách s podobnou cenou. Proto je s výhodou vysvětlit klientům, že si mohou nakoupit větší počet balení na začátku, po cca 6 týdnech (NiQuitin) až 8 týdnech (Nicorette) lze snižovat dávku na další 2 a 2 týdny slabší gramáže.

Žvýkačky s nikotinem (NiQuitin, Nicorette) se doporučují užívat v počtu 8-12 žvýkaček vhodné síly (2 nebo 4 mg) denně, nejméně po dobu 3 měsíců. Silně závislí kuřáci (Fagerströmův test nikotinové závislosti s výsledkem 6 bodů a více nebo kouření alespoň 20 cigaret denně) nebo pacienti, kterým se nepodařilo přestat kouřit po používání žvýkaček s obsahem 2 mg nikotinu, by měli zahájit léčbu žvýkačkou s obsahem 4 mg nikotinu. Denně by se nemělo použít více než 24 žvýkaček (pozn. takovou dávkou u klientů téměř nikdy nepozorujeme: problém je naopak v poddávkování a předčasném ukončování medikace).

Pastilky s nikotinem (Nicorette, NiQuitin Mini) jsou společensky velmi dobře vyhovující pro klienty. Kuřák může aplikovat 8-12, nejvýše 15 pastilek denně. Pastilka se v ústech nechá rozpouštět, rozpustí se do 10 minut a nezapíjí se (zejména ne kávou nebo ovocnými džusy) ani se nezajídá.

Sprej s nikotinem (Nicorette) představuje nejrychlejší způsob administrace náhradního nikotinu (inhalace cigaretového kouře je však rychlejší). Snižuje chuť kouřit již po 60 sekundách. Stačí 1 nebo 2 dávky tehdy, kdy má kuřák chuť na cigaretu. Nepřekračovat 64 vstří-

ků za den (odpovídá 4 vstříkům za hodinu po dobu 16 hodin).

Závěr

Je jedním z mnoha úkolů zdravotníků, aby naši kuřáci pochopili, že oni nejsou neschopní, ale závislí. A že se mohou vyhnout řadě utrpení, pokud přestanou kouřit. Také se mohou vyhnout trápení abstinencními příznaky, pokud to udělají s adekvátní farmakoterapií. Pokud jako lékař neposkytnu pacientovi závislému na nikotinu farmakoterapii, pak jej vystavuji nejen abstinencními příznakům, ale i vysoké pravděpodobnosti relapsu. Průběh procesu odvykání i finální úspěch koreluje s používanou medikací a délkou jejího užívání.

Závislost na tabáku vyžaduje často opakovanou léčbu, ale účinná léčba je nyní v naší zemi volně dostupná, a většinou zdravotních pojišťoven zpětně proplácená. Kuřáci chtějí přestat kouřit. Řada z nich to dokáže. Již dnes v ČR žije kolem 17,2 % stopkuřáků (10). Pokud kuřák přestane kouřit, pak se výrazně sníží riziko rozvoje onemocnění spojených s kouřením, zejména onemocnění srdce a cév, následovaná onemocněními plic a naprostou většinou nádorových onemocnění. Pokud kuřák vnímá ze strany praktického lékaře důležitost nekuřáctví či ještě správněji podporu v pokusech přestat kouřit včetně medikamentózní podpory, jeho délka a kvalita života se zvyšují. To je nakonec důvod, proč k lékaři chodíme.

Souhrn nejdůležitějších fakt

Vareniklin (Champix) má obvyklou délku léčby 12 týdnů, která může být ještě dále prodloužena o dalších 12 týdnů. Výhodou je flexibilní den D v průběhu druhého až pátého týdne. Vareniklin se užívá v prvním týdnu ve formě 0,5 mg tablety: první tři dny jen jedna tableta ráno, od 4. do 7. dne 0,5 mg ráno i večer. Od 8. dne se pak doporučuje užívat 1 mg ráno i večer. Jeho účinnost je nejvyšší ve srovnání s ostatní farmakoterapií.

Bupropion hydrochlorid (Welbutrin, Zyban) nemá v České republice dle SPC indikaci na odvykání kouření, v zahraničí (a off-label i v ČR) je takto používán po dobu prvního týdne 1-0-0, od druhého týdne (dne D) pak 1-0-1 po dobu dvou měsíců. Pacienti se závažným jaterním onemocněním nebo epilepsií tento lék nemohou užívat, snižuje práh pro vznik epileptických záchvatů.

Náplasti s nikotinem (NiQuitin, Nicorette) se lepí jedna denně na neochlupené místo, na 16 nebo 24 hodin. Doba užívání největší gramáže minimálně 6 (lépe 8) týdnů, pak 2 a 2 týdny slabší náplasti.

Žvýkačky s nikotinem (NiQuitin, Nicorette) se doporučuje užívat 8–12 žvýkaček (2 nebo 4 mg) denně nejméně po 3 měsíce.

Pastilky s nikotinem (Nicorette, NiQuitin Mini) se užívají 8–12x denně, nejvýše 15 pastilek denně. Pastilka se v ústech nechá rozpouštět.

Sprej s nikotinem (Nicorette) představuje nejrychlejší způsob administrace náhradního nikotinu (inhala-

ce cigaretového kouře je však rychlejší). Stačí 1 nebo 2 dávky tehdy, kdy má kuřák chuť na cigaretu.

MUDr. Ondřej Sochor, Ph.D.

AngioclinicBrno, s. r. o., Brno

Fakultní nemocnice u svaté Anny, Brno

Cévní ambulance AngioClinic Brno, Lazaretní 7, Brno,

Zpětné hrazení farmakoterapie odvykání kouření z veřejného zdravotního pojištění (platí pro klienty, kteří s zakoupení medikací ve vybraných lékárnách s vyškolenými lékárníky (lekarnici.cz) nebo klienty Center pro závislé na tabáku).

Nyní zdravotní pojišťovny přispívají:

207/ OZP	4.000 Kč
111/ VZP	2.500 Kč
209/ Škoda	500 Kč
201/ VoZP	400 Kč

Najdi pacientovu „Bessynku“

62letá pacientka V.S. po cévní mozkové příhodě s diabetem společně se svou nejlepší kamarádkou přišly na odvykání kouření. Při první kontrole kamarádka už nekouřila, zato V.S. kouřila nadále. Při rozhovoru jsme se dostali k časté pohybové aktivitě V.S., a ona to zdůvodňovala procházkami se psem. „Jakého máte psa?“ zajímalo mne. „Yorkshirku, nádhernou“. „No, to ale od Vašich cigaret dostávají hodně zabrat i její plíce. Víte, že s malými psy vůbec nesmíte do jeskyní, proto-

že tam ty těžké plyny jsou hlavně u země, zatímco nám to nemusí vadit?“ „No, to jsem slyšela. A jak to vadí na ty plíce? Jako rakovina?“ „To nemusí mít až rakovinu, i jen rozedma plic je strašně omezující“, a názorně jsem předvedl yorkshirku s prodlouženým usilovným expi-riem. V očích klientky bylo poznat, že něco pochopila. Přistě při další návštěvě pacientka odhodila berle a objala mě: „Musím Vám dát pusinku, protože Bessynka mně dala taky pusinku“. Najít „Bessynku“ našich pacientů je klíčem k jakémoliv změně životního stylu.

Nemám silnou vůli

67letý pacient O.S. s metastazujícím karcinomem prostaty odvykal kouření. Jeho motivací nebyla špatná finanční situace, ani závažná onkologická diagnóza. „Víte, já jsem celý život neměl dost silnou vůli,“ povídá klient. „To Vám věřím. Co Vás tedy donutilo přijít až

k nám a řešit to teď?“ „Víte, já jsem byl na srazu 50 let po maturitě. A z mojí školní lásky vypadlo, že jí už tehdy ty moje cigarety strašně smrděly. A ona ovdověla. My si Vám i po těch letech tak neskutečně rozumíme...“ To, co potřeboval, byla motivace. Nic míň, nic víc.

Reference:

1. CDC. Projected smoking-related deaths among youth – United States. MMWR 1996;45(44):971-974
2. U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Smoking—50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2014 (přístup 24. července 2017)
3. Býma S et al. Prevence kardiovaskulárních onemocnění. Doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné lékaře 2004. SVL ČLS JEP, Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře: www.svl.cz.
4. Nešpor K. Postupy používané při krátké intervenci www.drnespor.eu, otevřeno 14. 7. 2017
5. https://cs.wikipedia.org/wiki/Kognitivn%C4%9B_behavior%C3%A1l-n%C3%AD_terapie, přístup 27. července 2017

n%C3%AD_terapie, přístup 27. července 2017

6. SPC Champix, www.sukl.cz, http://www.ema.europa.eu/docs/cs_CZ/document_library/EPAR_-_Product_Information/human/000699/WC500025251.pdf
7. Rennard S, Hughes J, Cinciripini PM, Kralikova E, Raupach T, Arteaga C, St Aubin LB, Russ C; Flexible Quit Date Study Group. A randomized placebo-controlled trial of varenicline for smoking cessation allowing flexible quit dates. Nicotine Tob Res. 2012 Mar;14(3):343-50.
8. SPC Nicorette, sukl.cz, <http://www.sukl.cz/modules/medication/download.php?file=SPC109607.pdf&type=spc&as=nicorette-classic-gum-spc>
9. SPC Wellbutrin, www.sukl.cz <http://www.sukl.cz/modules/medication/download.php?file=SPC109738.pdf&type=spc&as=wellbutrin-sr-spc>
10. Sovinová H., Csémy L. Užívání tabáku v České republice v 2015, http://www.szu.cz/uploads/documents/czzp/zavislosti/Uzivani_tabaku2015.pdf, přístup 2. srpna 2017

Antitrombotická léčba u fibrilace síní: zaměřeno na apixaban

- přednáška prof. MUDr. Josefa Kautznera

V nabitém programu mezinárodní konference WONCA Europe 2017 v Praze zaznělo z úst prof. Josefa Kautznera sdělení na téma Antitrombotická léčba u fibrilace síní: zaměřeno na apixaban.

Fibrilace síní (FS) je celosvětově nejčastější srdeční arytmií, jejíž prevalence roste s věkem. FS je spojena s řadou komplikací a ovlivňuje nepříznivě prognózu nemocných. Jedním z nejvýznamnějších rizik je vznik trombu v srdci a jeho následná embolizace. Tyto kardiembolické příhody zodpovídají zhruba za 20 % všech mozkových příhod. Nicméně, symptomatické cévní mozkové příhody a TIA tvoří zřejmě jen špičku ledovce. Velké množství asymptomatických pacientů prodělá tzv. „tiché mozkové příhody“ (silent cerebral infarctions), některé studie ukázaly, že 50–80 % pacientů s FS může mít při vyšetření pomocí MRI drobná embolická ložiska v bílé nebo šedé hmotě mozku. Četnost jejich výskytu přitom koresponduje s CHA2DS2VASc skóre (či jinými skórovacími systémy). Antikoagulační léčba prokazatelně snižuje výskyt tromboembolismu při FS. Nicméně, dle údajů z registru GARFIELD-AF bohužel stále až 28 % vysoce rizikových pacientů není antikoagulováno vůbec a 51% velmi málo rizikových je léčeno zbytečně. Z toho vyplývá, že skórování a strategie léčby podle aktuálních guidelines zatím nejsou správně využívány.

Jaké antikoagulans v indikovaných případech použít?

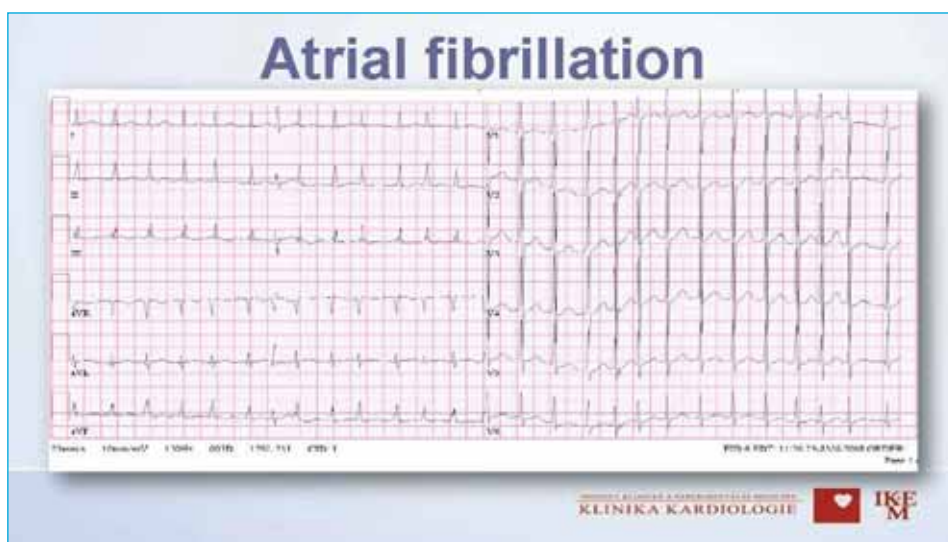
Donedávna byly hlavními léky antagonisté vitamínu K. V řadě studií bylo prokázáno, že snižují výskyt tromboembolických příhod o 64 % (Hart et al, 1999). Bohužel, dlouhodobá léčba VKA je zatížena mnoha komplikacemi. V posledních letech se objevila na trhu nová antikoagulantia (NOAC) - přímé inhibitory trombinu (dabigatran) a přímé inhibitory aktivovaného faktoru X (xabany). Jedním z posledně jmenovaných je apixaban. Na sympozium byly mimo jiných zmíněny výsledky studie ARISTOTLE (Granger et al., 2011), kde apixaban oproti warfarinu zaznamenal o 21% významně lepší prevenci cévních mozkových příhod, pokles závažných krvácení o 31% a snížení celkové mortality o 11 %. Subanalýza stejné studie prokázala také účinnost a bezpečnost použití apixabanu u pacien-

tů s renálním postižením (Honloser et al., 2012). Z registračních studií NOACs a jedné z jejich četných metaanalýz (Ruff et al., 2014) lze shrnout, že účinnost léčby NOACs v prevenci cévních mozkových příhod je víceméně srovnatelná s warfarinem, vykazuje však méně závažných krvácení, včetně intrakraniálních.

Ve studii AVERROES (Connolly et al., 2011) – srovnání apixabanu s kyselinou acetylsalicylovou (ASA) u pacientů, kteří z různých důvodů nemohli být léčeni warfarinem, prokázal apixaban v prevenci cévních mozkových příhod oproti ASA významně lepší efekt (o 55 %), a to za srovnatelného rizika závažného krvácení. Tento výsledek je v souladu s daty z jiných studií a registrů, které prokázaly, že ASA nemá významný účinek na prevenci tromboembolismu u fibrilace síní. V přednášce zaznělo doslova: "Treating with ASA is doing nothing, but increasing risk of bleeding. Don't prescribe AF patients Aspirine in stroke prevention anymore!"

Zajímavá z pohledu praktických lékařů byla ale i **prezentace výsledků analýz dat z reálné klinické praxe.** Jednalo se o 2 retrospektivní studie. První proběhla v Německu (Hohnloser et al., 2017) srovnání bezpečnosti rivaroxabanu, dabigatranu a apixabanu s antagonistou vitamínu K - phenprocoumonem. **Apixaban byl spojen s nižším rizikem závažného krvácení (adjustovaný poměr rizik – hazard ratio - HR 0.68), krvácení do gastrointestinálního traktu (adj. HR 0.53) i jakýchkoli krvácení (adj. HR 0.80).**

Druhá studie pochází z USA z dat vykazovaných zdravotním pojišťovněm (Yao et al., 2016) a porovnává účinnost a bezpečnost NOACs s warfarinem. **Analýza ukázala významně lepší účinnost apixabanu v prevenci cévních mozkových příhod nebo systémových embolizací (adj. HR 0,67), zvláště pak hemoragických (adj. HR 0.35), při**



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

srovnatelné účinnosti v prevenci ischemických cévních mozkových příhod (adj. HR 0,83). Velkým přínosem této práce byl průkaz signifikantně vyšší bezpečnosti apixabanu oproti warfarinu ve všech analyzovaných parametrech: závažná krvácení (adj. HR 0.45), intrakraniální krvácení (adj. HR 0.24) a krvácení do gastrointestinálního traktu (adj. HR 0.51). Podobné studie mají sice řadu omezení, ale na druhé straně mohou podporovat údaje z randomizovaných studií a rozšířit je na všeobecnou populaci nemocných. Tak tomu je v případě dat o apixabanu.

Souhrnem lze konstatovat, že každý pacient s FS a rizikovými faktory by měl být léčen antikoagulační léčbou. Pokud by neexistovala preskripční omezení, byla by indikována u naprosté většiny nemocných léčba NOAC. Jejich účinnost je minimálně srovnatelná s warfarinem a bezpečnost u některých z nich dokonce významně

vyšší. Analýzy dat z reálné praxe navíc naznačují, že při individualizaci léčby a výběru vhodného antikoagulan-
cia, včetně použití správné dávky, se rizika výskytu jak tromboembolických příhod, tak krvácivých příhod dále snižují. Apixaban vykazuje v klinických studiích i běžné praxi konzistentně příznivé výsledky, a to napříč klinickými parametry a pacientskými skupinami.

Celé sdělení končilo slovy: „If you could, you should prescribe NOACs!“

To bude asi hlavním omezením pro plošné užívání NOACs praktickými lékaři v České republice, neboť jsou preskripčně vázána na specialisty, spojena s vyššími náklady a jen málo pacientů si je bude ochotno zaplatit (=„we couldn't“).

red.

Thrombus in situ in the left atrial appendage



INSTITUT KLINICKÉ A EXPERIMENTÁLNÍ MEDICíny
KLINIKA KARDIOLOGIE



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

Co je nového v očkování proti chřipce?



Rozhovor s praktickým lékařem MUDr. Cyrilem Muchou

1) Chřipka je každoročním tématem. Očkování proti chřipce patří k důležitým úkonům praktických lékařů. Vidíte nějaký rozdíl mezi loňskou a letošní sezónou?

Epidemiologická situace se očekává podobná jako v minulých letech, nicméně novinkou letošní sezóny je, že na český trh přichází nová tetraivalentní vakcína (Vaxigrip Tetra), která obsahuje čtyři typy chřipkových virů. Ve srovnání s trivalentními vakcínami, které se u nás užívaly v minulých letech, by měla nová vakcína poskytnout širší ochranu proti chřipce.

2) Co je hlavním přínosem tetraivalentní vakcíny?

Tím, že vakcína osahuje o jeden typ viru více, zvyšuje pravděpodobnost, že se „trefí“ do letošní typologie viru, který bude způsobovat chřipkovou epidemii. V populaci se vyskytují viry typu A, B a C, přičemž proti typu C se vůbec neočkuje, protože nezpůsobuje epidemie. Zatímco trivalentní vakcíny obsahují vždy dva kmeny A a jeden kmen B, nová tetraivalentní vakcína obsáhne kmeny čtyři (2x A, 2x B). Pokud by se tato tetraivalentní vakcína používala v Evropě v posledních deseti letech namísto stávající trivalentní vakcíny, mohl se snížit počet onemocnění chřipkou až o 1,6 milionu, počet hospitalizací o cca 37 tisíc a počet úmrtí o téměř 15 tisíc.

3) Proč se přechází k tetraivalentní vakcíně, co může chřipka typu B způsobit?

Současné cirkulace linií chřipky typu B jsou velmi variabilní a nepředvídatelné a je to globální fenomén. Chřipka typu B představuje přibližně 20 % všech cirkulujících chřipkových kmenů. Chřipka celkově – jako jediná současná choroba – ovlivňuje a způsobuje zvýšení úmrtnosti ve všech věkových skupinách – například v USA souvisí s chřipkou typu B 25 % úmrtí způsobených chřipkou. V celosvětovém měřítku má chřipka typu B na svědomí až 34 % všech hospitalizací způsobených chřipkou. A právě z těchto důvodů vznikla potřeba rozšířit složení vakcíny o další kmen B.

4) Vy sám jste velkým propagátorem očkování proti chřipce. Jak se Vám daří přesvědčit pacienty, aby se nechali očkovat?

Je to dlouhodobá práce. Mám tu zkušenost, že proti očkování bojují hlavně ti, kteří se sami očkovat nikdy nenechali. Většinou platí, že kdo se nechá naočkovat, tak příští rok přichází znovu. Již v průběhu září lidé telefonují a ptají se, zda je již vakcína k dispozici. V ordinaci navíc pacientům očkování aktivně nabízíme, včetně osob nad 65 let. Skvělou pomůckou je hromadné zasílání mailů

s pozvánkou na očkování cílové skupině osob. Těm, kteří nemají mail, zasíláme SMS zprávy. Zpočátku jsme se báli negativních reakcí, ale byli jsme překvapeni, jak pozitivně tuto aktivitu pacienti přijímají. Užitečnou pomůckou jsou také naše vlastní materiály na nástěnkách v čekárně, na vstupních dveřích, které pacienta informují, že očkujeme. Osvědčil se nám spíše osobní přístup, firemní plakáty propagující očkování obvykle tak dobře nezapůsobí. Přímo v ordinaci je dle mého názoru neúčinnější tzv. „tůknutí“ (vznosně se tomu říká minimální intervence). Žádný praktický lékař totiž nemůže mít půlhodinovou přednášku pro každého pacienta o tom, jak je očkování prospěšné, stačí ale „tůknout“ např. upozorněním: „víte, že vám pojišťovna na očkování proti chřipce přispívá?“, nebo „víte, že pro vás jako diabetika /astmatika je onemocnění chřipkou nebezpečné?“. Asi neúčinnější je ovšem argument: „i já jsem očkován“. Důležité je, aby se stát/pojišťovny postaraly o to, aby pacienti měli alespoň základní informace o výhodnosti očkování.

5) Víme, že i letos pojišťovny proplácí vakcínu proti chřipce i samoplátcům z různých programů. Myslíte, že tento krok motivuje samoplátce, aby se nechali naočkovat? Nebo hlavní skupinou, která se nechá očkovat, jsou senioři a chronicky nemocní, které chřipka ohrožuje nejvíce?

Očkovat se bohužel nechávají výrazně více lidé z rizikových skupin. Bohužel v tom smyslu, že právě mladí a produktivní lidé jsou ti, co případnou chřipku šíří mnohem více, neboť jsou v kontaktu s větším počtem lidí. Je také velká škoda, že mnoho věcí ohledně očkování proti chřipce je nesystémových. Jeden rok je vakcinace zdarma, druhý ne, jednou se musí kupovat od distributora, jednou nesmí. Jedna pojišťovna hradí očkování všem z nerizikových skupin bez problémů, druhá vůbec nebo po složitém „administrativním boji“. Myslím, že to proočkování v ČR velmi škodí. Stabilní a přehledné prostředí by naopak ke zvýšení proočkování určitě přispělo.

6) Je známo, že státu se vyplatí investovat do prevence. Jak motivují pojišťovny v ČR praktické lékaře, aby se prevenci, mezi níž patří i očkování proti chřipce, věnovali?

Tvrzení, že stát nebo zdravotní pojišťovny podporují očkování proti chřipce, je bohužel spíše proklamace. Všichni o podpoře mluví, ale moc nekonají. Nicméně v posledních letech se pojišťovny přece jen snaží. Například VZP ČR v rámci programu Akord mírně zvýší příplatek tehdy, je-li proti chřipce proočkováno více než 10 % lidí. Nicméně i za aplikaci vakcíny je 183 bodů, nejde tedy o zanedbatelné ohodnocení. Když například lékař

naočkuje proti chřipce 400 pacientů (což je v běžné ordinaci přibližně počet pacientů ve skupině s nárokem na očkování), dostane navíc ke kapitaci cca 80 tisíc korun, což již není nezajímavé (jedinou podmínkou je správné vykazání vakcíny a výkonu pojišťovně).

7) V mnoha západních zemích je zavedeno povinné očkování zdravotnického personálu proti chřipce. Jako pacient bych vyžadoval, aby můj ošetřující lékař byl očkován proti chřipce. Jaká je situace mezi praktickými lékaři v ČR?

Být očkován proti chřipce by měla být stavovská čest zdravotníků, nejen nemocničních, tedy těch, co pracují například s onkologickými pacienty, na JIPkách, s pacienty se selháním ledvin, obecně s osobami, které mají sníženou imunitu apod. Běžnou normou by mělo být očkování i u zaměstnanců v domovech seniorů, LDN apod. I praktičtí lékaři mohou přenést chřipku z jedné osoby na druhou. Bohužel, přesné údaje o proočkovanosti zdravotníků v ČR nemáme a je velmi složité je získat.

8) Kdy je nejlepší očkovat proti chřipce?

S očkovaním proti chřipce se může začít v okamžiku, kdy se očkovací látka objeví na trhu, což je začátkem září. Tento termín je nejvhodnější i z toho důvodu, že ještě není tolik různých viróz, a hrozí tedy menší riziko, že by člověk kvůli nemoci nemohl být naočkován. Očkování je možné provést kdykoli na podzim i v zimě, většinou se dá očkovat i po Vánocích. Nicméně čím dříve, tím lépe. Navíc v období zvýšeného výskytu viróz se může stát, že člověk po očkování dostane virózu. Přestože to samozřejmě nemá s očkovaním nic společného (dostal by ji stejně), podporuje to asi nejčastější pověru šířenou mezi lidmi: „znám paní XY, která z očkování onemocněla, proto se raději očkovat nenechám.“ Těžko se pak lidem vysvětluje, že je to mýtus.

9) V souvislosti s novou vakcínou Vaxigrip Tetra se nabízí otázka, zda se nějak změnila kritéria pro hrazení vakcíny zdravotními pojišťovnami?



V případě dosavadních trivalentních vakcín Vaxigrip se nic nemění a budou stejně jako v minulých letech plně hrazeny osobám nad 65 let, pacientům po splenektomii, s chorobami srdce, cév, astmatikům a diabetikům, nejen těm na inzulinu, ale jakkoli farmakologicky léčeným. U nové čtyřvalentní vakcíny Vaxigrip Tetra se očekává doplatek maximálně do 100 Kč.

10) Jak reagovat na pověstné mýty a pověry?

Nejčastější mýtus je právě ten, že někdo dostal přímo z očkování proti chřipce chřipku – ale to není možné. Vakcína obsahuje vlastně jen zlomek bílkovin z viru, který způsobí imunitní odpověď, nemůže ale způsobit chorobu. S mýty lze bojovat jediné neustálou edukací.

11) Jak vakcíny vykazovat?

Je důležité, aby byl uveden nejen kód očkování, ale ZULP, tedy kód příslušné vakcíny, jinak nemusí zdravotní pojišťovna úkon proplatit. Pokud obsahuje balení více dávek, je důležité, aby u kódu byl napsán zlomek, který vyjadřuje, kolik injekcí bylo pacientovi z balení aplikováno: například u balení 20 ks, že byla aplikována 1/20 balení, tj. 0,05. Pokud je vakcína aplikována pacientovi mladšímu 65 let z důvodu diagnózy, je nutné, aby na místě vedlejší diagnózy byl uveden příslušný kód onemocnění, který opravňuje lékaře aplikovat vakcínu zdarma, resp. na účet pojišťovny (tedy např. E119, J449, D730 apod.)

12) Co s nespoteřovanými vakcínami?

Je třeba odhadnout, kolik vakcín mohu naočkovat, distributoři jsou ochotni dodat i jedno balení, proto by neměl být problém vyočkovat vše, co si objednáme.

Časná menopauza a bezdětnost mohou vést k srdečnímu selhání

Srdeční onemocnění nejsou pouze problémem mužů. Hlavní příčinu smrti představují u obou pohlaví. Vědci nyní objevili souvislost mezi reprodukčním obdobím ženy a rizikem srdečního selhání.

Předchozí výzkum zkoumal souvislost mezi reprodukční anamnézou žen a rizikem kardiovaskulárních onemocnění (CVD). Některé studie prokázaly spojitost mezi věkem matky a různými formami CVD od arytmie po srdeční selhání (SS).

Během gravidity se koncentrace ženských pohlavních hormonů – jako progesteron, estrogeny a také kortizolu – zvýší na stonásobek normální úrovně. Vědci se proto domnívali, že tyto hormony mohou ovlivnit riziko vzniku srdečních onemocnění, ať už přímo nebo nepřímo, přes další změny metabolismu, spojené s těhotenstvím. Další studie naznačovaly, že časný nástup menopauzy může rovněž představovat zvýšenou pravděpodobnost CVD.

Nový výzkum, jehož závěry byly publikovány v Journal of the American College of Cardiology – dále podporuje uvedené důkazy tím, že objevil souvislost mezi časným nástupem menopauzy a rizikem SS.

Vědci prozkoumali 28 516 postmenopauzálních žen bez CVD, které byly zahrnuty do americké dlouhodobé studie Women's Health Initiative. Účastnice byly klinicky sledovány průměrně po dobu 13,1 let, během níž byly hospitalizovány pro SS. Předmětem zkoumání byla souvislost mezi celkovým počtem živě narozených dětí, věkem matky při prvním těhotenství i celkovou dobou reprodukčního období, což je doba mezi první menstruací a menopauzou.

Krátkost reprodukčního období korelovala se zvýšenou pravděpodobností srdečního selhání. Riziko je spojeno s

dosažením menopauzy v mladším věku a je vyšší u žen, kdy menopauza byla přirozená, nikoli po chirurgickém výkonu. Dr. Nisha I. Parikh, odborný asistent z University of California – San Francisco School of Medicine a seniorní autor studie, k tomu říká: „Naše zjištění, že kratší celková doba fertlního (reprodukčního) věku souvisí s mírně zvýšeným rizikem SS, které může být způsobené zvýšenou pravděpodobností srdečního onemocnění, jež doprovází časnou menopauzu. Tyto výsledky podporují dosavadní poznatky o potenciálním kardioprotektivním



mechanismu pohlavních hormonů u žen.“

Studie navíc zjistila, že ženy, které nikdy nerodily, mají vyšší pravděpodobnost diastolického SS. Tento typ SS se vyznačuje nepřítomností dilatace levé komory srdeční (nebo jen minimálním stupněm dilatace), koncentrickou hypertrofií levé komory a její diastolickou dysfunkcí.

Tento vztah však nijak nesouvisí s neplodností, upozorňují autoři. Riziko SS nijak nezvyšuje ani vyšší počet porodů. Mnohé otázky ohledně kardioprotektivního mechanismu estrogenů přitom stále zůstávají nedořešené.

Zdroj:

<https://www.tevapoint.cz/casna-menopauza-a-bezdetnost-mohou-vest-k-srdecnimu-selhani/#>

I N Z E R C E

„NZZ Remedis, s. r. o., se sídlem na Praze 4,
hledá do svého týmu všeobecného praktického lékaře/ku
na plný či částečný úvazek (možno i ve spec. přípravě).
Nabízíme motivující finanční ohodnocení, 5 týdnů dovolené a další benefity.
Nástup možný dle dohody.

Životopis zasílejte na email: hola@remedis.cz.

Pro více informací volejte Mgr. Evu Holou na: 727 859 939.“

Co vše je třeba udělat před zahájením evidence tržeb

Lékaři budou muset evidovat své tržby již od 1. března 2018. Ještě před tímto datem ale musí splnit několik povinností. Pro jejich splnění je zapotřebí nejdříve si vyžádat tzv. autentizační údaje. Těmi se rozumí v podstatě přístupový kód a heslo, pomocí kterých se poplatník může přihlásit na speciální internetový server Finanční správy.

O vydání autentizačních údajů lze požádat dvojím způsobem. Prvním z nich je osobní návštěva libovolného finančního úřadu. V takovém případě se uskuteční ústní jednání v kanceláři správce daně, v rámci kterého jsou autentizační údaje předány lékaři v obálce. O předání těchto údajů se sepisuje písemný protokol.

Druhým způsobem, jak může lékař požádat o vydání autentizačních údajů, je podání elektronické žádosti na již zmiňovaném speciálním serveru Finanční správy. To však mohou učinit jen ti lékaři, kteří mají zpřístupněnou datovou schránku. Pro podání elektronické žádosti jsou totiž zapotřebí přístupové údaje do datové schránky. Do této datové schránky potom budou autentizační údaje správcem daně zaslány.

Po prvním přihlášení pomocí získaných autentizačních údajů je nutno nastavit si nové heslo. V dalším kroku musí lékař prostřednictvím elektronického formuláře oznámit všechny své provozovny (ordinace). A to bez ohledu na to, zda tyto provozovny má u správce daně nahlášený v rámci obecné registrační povinnosti. Rozlišují se tři typy provozoven – pevné, mobilní a virtuální. Pevnou provozovnou je typicky např. budova ambulance. Mobilní provozovnou může být pojízdný obchod nebo stánek. Virtuální provozovnou je např. e-shop. V případě lékařů připadají v úvahu pouze pevné provozovny, popř. e-shop na prodej zdravotních pomůcek.

Po nahlášení provozoven si každý lékař musí vygenerovat alespoň jeden certifikát. Bez něj totiž nelze tržby evidovat. Certifikát totiž slouží k jednoznačné identifikaci poplatníka. Bez něj by systém nepoznal, který poplatník hlásí své tržby. De facto se jedná o takovou „elektronickou občanku“ poplatníka.

Certifikátů si lékař může vygenerovat libovolné množství. Mít více certifikátů je vhodné z bezpečnostního hlediska. Pokud totiž dojde ke ztrátě, zcizení či jiné kompromitaci certifikátu, musí jej poplatník zneplatnit a poté si vygenerovat nový. Což může být v případě více ordinací problém. Proto je vhodné mít pro každou ordinaci samostatný certifikát.

Při generování certifikátu se ke každému zadává heslo. Certifikát je potom nutno nainstalovat do každého pokladního zařízení.

O autentizační údaje je možno žádat již nyní. Doporučuji nenechávat to na poslední chvíli. Získání autentizačních údajů, nahlášení provozoven, vygenerování certifikátu a jeho instalace do pokladního zařízení vyžaduje pokročilé znalosti práce s počítačem. Lékař, který takové znalosti nemá, se může obrátit na specializované firmy, které na základě plné moci tohle všechno zařídí za něj.

Další povinností, kterou musí poplatník splnit před zahájením evidence tržeb, je umístění na místě, kde dochází k přijímání tržeb, informační oznámení s tímto textem: „Podle zákona o evidenci tržeb je prodávající povinen vystavit kupujícímu účtenku. Zároveň je povinen zaevidovat přijatou tržbu u správce daně online; v případě technického výpadku pak nejpozději do 48 hodin.“, eviduje-li poplatník v daném pokladním místě tržby v běžném režimu.“

Poplatníkovi, který zachází s autentizačními údaji nebo certifikátem pro evidenci tržeb tak, že může dojít k jejich zneužití nebo ve své ordinaci neumístí shora popsané informační údaje, může být udělena pokuta až do výše 50 tisíc korun.

Tomáš Hajdušek
daňový poradce

Důležité upozornění výboru SVL ČLS JEP k eReceptům

Kolem elektronické preskripce je mnoho mýtů a nejasností, nicméně datum 1. 1. 2018 se neúprosně blíží. Jedním ze základních mýtů je: „mám lékařský software, který má modul eRecept, tedy jsem připraven“. **Ale pozor: Nestací pouze vlastnit příslušný lékařský SW s rozšiřujícím modulem.** V řetězci požadavků pro úspěšné používání e-Receptu se tento předpoklad řadí vlastně až na poslední místo.

Základní předpoklady k eRp:

- 1) Prvním předpokladem je vlastnit kvalifikovaný certifikát (elektronický podpis). Pokud lékař využívá přístupy na portály zdravotních pojišťoven, je velká pravděpodobnost, že správný certifikát už vlastní. SÚKL uznává pro elektronickou preskripci certifikáty vydané společností První certifikační autorita, Post-Signum a elidentity. Jak získat certifikát je možné zjistit na webových stránkách zmíněných organizací.
- 2) Dalším krokem je registrace do Centrálního uložště

zdrné provedení registrace je důležité mít aktuální verzi programu Java. Na základě výše uvedené registrace obdrží lékař poštou doporučený dopis s dodejkou, která se musí vrátit nazpět na SÚKL. Pokud by se takto nestalo, nebude možné provést následnou aktivaci účtu. Aktivace účtu se provede na webové stránce <https://identity.sukl.cz> na základě údajů uvedených v dopise.

- 3) Jako poslední bod se nastaví lékařský program.

Veškerá nutná výše popsaná administrativa může být pro lékaře obtížná. Proto výbor SVL ČLS hledá firmy, které by s tímto procesem lékařům pomohli. Na podzim bude na vybrané odborné semináře zvat společnosti, která nabízí zajištění všeho potřebného včetně zaškolení. V tuto chvíli je vyzkoušena firma Myhory, která již na Jarní interaktivní konferenci 2017 v rámci workshopů pomohla mnoha lékařům se v dané problematice zorientovat. Pokud se podaří sehnat další firmy, budeme lékaře informovat.

Využití Cosyrelu v léčbě arteriální hypertenze

Souhrn

Od roku 2017 je v České republice pro pacienty k dispozici první (a dosud jediná) fixní kombinace betablokátoru s ACE-inhibitorem. Konkrétně se jedná o bisoprolol fumarát s perindopril argininem (Cosyrel, Servier). Tato dvojkombinace je ideální pro pacienty s ischemickou chorobou srdeční nebo se srdečním selháním. Další možností využití Cosyrelu je léčba arteriální hypertenze, a to zejména u mladých hypertoniků se zachovalou elasticitou cév s hyperkinetickou cirkulací. Kombinace bisoprololu a perindoprilu zajistí dostatečnou kontrolu krevního tlaku i tepové frekvence na více jak 24 hodin a zároveň poskytne dlouhodobou kardiovaskulární ochranu. Při spojení obou účinných látek do fixní kombinace lze navíc očekávat vyšší adherenci pacientů k léčbě, než při užití volné kombinace léčiv.

Klíčová slova: arteriální hypertenze, ACE-inhibitory v léčbě hypertenze, betablokátor v léčbě hypertenze, kombinace betablokátoru a ACE-inhibitoru

Úvod

Vlivem moderní doby a uspěchaného životního tempa přibývá pacientů s arteriální hypertenzí v mladém věku. Obvykle se jedná o primární arteriální hypertenzi se zachovalou elasticitou cév a hyperkinetickou cirkulací s tachykardií. U těchto pacientů bývá zvýšená sympatoadrenální aktivace, a to vlivem stresu, nebo vlivem termogeneze (z přejídání).¹ Následující kazuistika ukazuje náhodný záchyt a následnou léčbu hypertenze u mladého muže, který je psychicky vyčerpaný ze zaměstnání a má nevhodnou životosprávu.

Kazuistika

27letý muž přišel po delší době do ordinace praktického lékaře. Požadoval výpis ze zdravotní dokumentace pro závodního lékaře. Při té příležitosti mu byla nabídnuta preventivní prohlídka, se kterou po chvíli váhání souhlasil. Pacient se cítil zdravý, žádné potíže neudával a neužíval žádné léky. V osobní anamnéze se vyskytovaly jen běžné dětské nemoci, v dospělosti také závažně nestonal. V rodinné anamnéze bylo ze stran obou rodičů patrné kardiovaskulární stonání. Pacient žil sám, pracoval jako policista ve směnném provozu, udával velkou míru stresu v zaměstnání.

Při vyšetření byla zjištěna obezita, BMI 31, krevní tlak byl 155/95 mm Hg a tepová frekvence 88/min. Další somatický nález byl normální. Bylo doplněno EKG, které bylo v normě, a vyšetření oční-

ho pozadí, kde již byly patrné počínající hypertenzní změny. Dále byl proveden krevní rozbor, kde byla mírně zvýšená hladina celkového a LDL cholesterolu, a mírně zvýšené jaterní testy. Dle pozdějšího USG břicha se jednalo o jaterní steatózu. Dále byla zvýšená hladina kyseliny močové. Pacient dodatečně popsal potíže z minulosti, které odpovídaly dnavému záchvatu. Pacient byl dále dotazován na svůj životní styl. Stravoval se nepravidelně 2–3x denně, sám si nevařil, kupoval polotovary a konzervy či jedl v závodní jídelně. Alkohol pil příležitostně, nekouřil, závislost na návykových látkách negoval. Na pohybové aktivity neměl kvůli pracovnímu vytížení čas. Dovolenu míval jednou do roka a byl při ní pracovně k dispozici na telefonu. Byla provedena edukace o pravidelném racionálním stravování a o vhodných pohybových a relaxačních aktivitách. Pacient souhlasil s naplánováním dalších kontrol a s dovyšetřením zdravotního stavu.

Při dalších návštěvách pacienta v ordinaci se krevní tlak pohyboval v rozmezí 150–160/95–100 mm Hg. Klidová tepová frekvence, kterou si již kontroloval i sám pacient, se pohybovala mezi 75–90 tepy za minutu. Laboratorně byla vyloučena sekundární etiologie hypertenze. Byla zahájena antihypertenzní terapie přípravkem obsahujícím perindopril 5 mg v dávkování jedna tableta denně. Při dobré snášenlivosti bylo po 14 dnech přidáno do léčby druhé antihypertenzivum obsahující bisoprolol 5 mg v dávce jedna tableta denně. Pacient oba léky dobře toleroval. Za měsíc po zahájení antihypertenzní léčby se podařilo stabilizovat krevní tlak na hodnotách okolo 125/70 mm Hg, klidová tepová frekvence se pohybovala okolo 60 tepů za minutu. Pro zjednodušení terapie byl pacient při dalším kontrolním vyšetření převeden z volné dvojkombinace léků na kombinaci fixní - Cosyrel 5/5 mg (fixní kombinace bisoprololu a perindoprilu) v dávce 1 tableta denně. Pacient se rozhodl zkusit začít dodržovat racionální životosprávu a redukovat hmotnost. Bude dále sledován lipidogram, urikémie a jaterní testy.

Diskuze

Záchyt arteriální hypertenze u mladých dospělých bývá náhodný. Tito pacienti přicházejí do ordinace praktického lékaře obvykle z jiných důvodů. Je zapotřebí myslet na možnost hypertenze i u této věkové skupiny a krevní tlak měřit nejlépe při každé návštěvě ambulance. Při podezření na hypertenzi je nutné provést soubor dalších vyšetření. Kvalitní a přehledný souhrn poskytují Doporučené postupy pro praktické

lékaře.² V mladé věkové skupině je také nutné vyloučit sekundární etiologii hypertenze, zejména renoparenchymatózní, a čím dál častěji i hypertenzi z drogové závislosti.¹

Výběr léčivého přípravku pro zahájení terapie je přísně individuální a je zapotřebí brát v potaz věk nemocného, komorbiditu, kardiovaskulární riziko, rodinnou anamnézu, u žen pak i případné kojení, těhotenství či jeho plánování.^{2,3} V případě pacienta z kazuistiky je vhodné ovlivnit tonus sympatiky a zajistit maximální kardioprotekci. Proto byla zvolena dvojkombinační terapie betablokátoru a ACE-inhibitoru.

Betablokátor (BB) se objevily v léčbě hypertenze před více jak padesáti lety.⁴ V současnosti podle České společnosti pro hypertenzi tvoří jedny z pěti hlavních antihypertenzních léčiv spolu s inhibitory ACE, AT1-blokátory (sartany), blokátory kalciových kanálů a diuretiky.^{2,3} V léčbě hypertenze mají BB řadu předností, zejména schopnost bránit emočně či stresově indukovanému zvýšení krevního tlaku a tepové frekvence. Dále BB výrazně zmenšují hypertenzní reakci při svalové práci a nevedou k ortostatické hypotenzi.⁵ BB jsou nesmírně heterogenní skupinou léků a rozdíly mezi jednotlivými zástupci jsou veliké. O BB kolují různé mýty, které se týkají terapeutických i nežádoucích účinků. Každá účinná látka je však jiná.⁶

Bisoprolol je moderní BB s vysokou kardioselektivitou. Je silně účinným antihypertenzivem. Konkrétně ve studii GENRES získal nejlepší výsledek ve snížení krevního tlaku, systolického i diastolického, během 24 hodinové monitorace. Až za ním se umístil losartan, třetí amlodipin a nakonec hydrochlorthiazid.⁷ Bisoprolol má dlouhý poločas účinku, je možné ho podávat v jedné denní dávce. Navíc je pacienty velmi dobře snášen. Moderní BB obecně mají míru tolerance srovnatelnou s ACE-inhibitory, sartany či blokátory kalciových kanálů, procento vysazování terapie pro nežádoucí účinky je s těmito léky srovnatelné. Bisoprolol má minimum kontraindikací oproti starším a neselektivním BB, je však třeba na ně myslet. Bisoprolol je kontraindikován u závažného astma bronchiale, A-V bloku 2. nebo 3. stupně bez kardiostimulace a některých dalších poruch srdeční činnosti.⁸

ACE-inhibitory (ACEi) se objevily v léčbě hypertenze o deset let později po BB.⁴ Jeden z prvních ACEi – captopril – je dosud stále využíván pro svůj rychlý nástup účinku při akutní potřebě snížení krevního tlaku. Modernější ACEi mají oproti němu delší dobu

účinku a další benefity. Aktuálně jsou ACEi lékem první volby při zahájení léčby hypertenze.⁹ Jsou výhodné vždy, když je třeba zajistit kvalitní kontrolu krevního tlaku, maximální kardioprotekci, cévní a srdeční remodelaci a když je třeba nezhoršit metabolické poměry (diabetes mellitus, dyslipidémie, obezita). I u ACEi platí, že každá účinná látka je jiná a nelze brát všechny jako jeden celek.¹⁰

Perindopril je považován za lék první volby mezi ACEi.^{9,10} Má nejdelší biologický poločas, 1 tableta denně bezpečně kontroluje krevní tlak na více jak 24 hodin. Velké mortalitní studie jako EUROPA a PROGRESS prokázaly, že perindopril snižuje výskyt kardiovaskulárních příhod u širokého spektra nemocných s vaskulárním onemocněním, a to bez závislosti na poklesu krevního tlaku.^{11,12} Perindopril je pacienty velmi dobře snášen.⁹ Suchý kašel, jako běžně zmiňovaný nežádoucí účinek ACEi, se při užívání perindoprilu neobjevuje příliš často. Pokud se již objeví, bývá mírné intenzity, či je pouze přechodný a nemusí vést k nutnosti vysazení léku. Naopak se začíná usuzovat, že zvýšená hladina bradykininu při užívání ACEi, která tento kašel způsobuje, může být přínosná. Může být totiž právě tím důvodem, proč mají ACEi pozitivní vliv na kardiovaskulární morbiditu a mortalitu a látky jim podobné (AT1-inhibitory čili sartany) tuto vlastnost postrádají.^{13,14} Užití perindoprilu je kontraindikováno u těhotných žen ve 2. a 3. trimestru a u pacientů s angioneurotickým edémem. (8) Užití perindoprilu u pacientů s astmatem či chronickou obstrukční plicní nemocí kontraindikováno není, záleží individuálně na stavu pacienta, tíži plicní choroby. Vždy je třeba porovnat rizika s profitem z léčby.

Podávání BB a ACE-inhibitorů v léčbě hypertenze podporují americké i evropské guidelines.^{2,3} Dlouholeté zkušenosti a robustní data prokazují, že obě léčivé skupiny mají v terapii těchto pacientů své neodiskutovatelné a dobře podložené místo. Mají kardioprotektivní účinek a statisticky významně snižují mortalitu i výskyt ostatních kardiovaskulárních komplikací.¹⁵

Blokáda betareceptorů a inhibice angiotenzin konvertujícího enzymu (ACE) dohromady funguje synergicky. Zablokování ACE příznivě ovlivní základní patogenetické mechanismy aterosklerózy a její progresu. Sníží se tak dysfunkce endotelu a zánětlivé procesy. Zároveň se zvýší diuréza a vazodilatace a redukuje se periferní cévní rezistence. Současná inhibice betareceptorů napomůže podobnému

cílí, což vede ke kardioprotektivě a kontrole krevního tlaku. BB mají díky ovlivnění sympatiku nejen anti-hypertenzní, antiarytmické a antiaterogenní účinky, ale současně snižují plazmatickou aktivitu reninu. Tím synergicky doplňují mechanismus účinku látek, které cílí na aktivitu systému renin-angiotensin-aldosteron (RAAS). Toto synergické působení patrně způsobuje, že pacienti s hypertenzí léčení kombinací BB s ACEi vykazují statisticky signifikantně nižší riziko vzniku diabetu než při podávání kombinace BB s diuretiky či blokátory kalciových kanálů.¹⁶

Závěr

V léčbě primární arteriální hypertenze u mladých pacientů s hyperkinetickou cirkulací lze s výhodou použít fixní kombinaci Cosyrel.^{10,17,18} U pacientů s metabolick-

kým syndromem (tudíž i u muže v kazuistice), se jeví jako metabolicky výhodná a lze ji doporučit.¹⁶ Fixní kombinace antihypertenziv jsou oproti kombinacím volným asociovány s lepší compliancí nemocného. Tím přináší vyšší účinnost a pravděpodobnost dosažení dobré kontroly krevního tlaku, méně kardiovaskulárních příhod a lepší prognózu pacienta.¹⁸ Užitím bisoprololu a perindoprilu ve fixní kombinaci Cosyrel je možné očekávat dobrou kontrolu krevního tlaku a kardioprotektivitu a mimo to i dobrou adherenci pacienta k léčbě.

Zpracovala:

MUDr. Kateřina Študentová,
všeobecná praktická lékařka, Plzeň

Literatura:

1. Štejfá, M. et al.: Kardiologie 3, 2006, Grada.
2. Karen. I.; Filipovský, J. et al.: Arteriální hypertenze. Novelizace 2014. Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře.
3. Filipovský, J.; Widimský, J. jr.; Špinar, J.: Doporučení ESH/ESC pro diagnostiku a léčbu hypertenze – verze 2013. Zkrácený překlad. Česká společnost pro hypertenzi.
4. Widimský, J.: Historie České kardiologické společnosti a hlavní mezníky kardiologie. Cor et Vasa.
5. Widimský, J.: Současné postavení beta-blokátorů v léčbě hypertenze. Postgraduální medicína 12(8) 2010; 929-933.
6. Mayer, O., jr.: Fakta a mýty v současném pohledu na beta-blokátory. Medicína a umění, 2017.
7. Hiltunen, TP; Suonsyrjä, T; Hannila-Handelberg, T. et al: Predictors of Antihypertensive Drug Responses: Initial Data from a Placebo-Controlled, Randomized, Cross-Over Study With Four Antihypertensive Drugs (The GENRES Study).
8. SPC léčivého přípravku Cosyrel.
9. Špinar, J.; Vítkovec, J.: Perindoprilum. Remedia 5,2,2005.
10. Di Nicolantonio, JJ; Lavie, CJ; O'Keefe, JH.: Ne všechny inhibitory angiotenzin-konvertujícího enzymu jsou stejné: zaměřeno na ramipril a perindopril. Postgraduate Medicine, Volume 125, Issue 4, July 2013, ISSN – 0032-5481, e-ISSN – 1941-9260.
11. Fox, KM.: Efficacy of perindopril in reduction of cardiovascular events among patients with stable coronary artery disease: randomised, doubleblind, placebo-controlled, multicentre trial (the EUROPA study). Lancet. 2003;362(9386):782–788.
12. PROGRESS Collaborative Group. Randomised trial of a perindopril based blood-pressure-lowering regimen among 6,105 individual with previous stroke or transient ischaemic attack. Lancet. 2001;358(9287):1033–1041
13. Ferrari, R; Boersma, E.: Vliv ACE inhibice na celkovou a kardiovaskulární mortalitu v nově publikovaných studiích hypertenze: přehled. Reprint Expert Rev. Cardiovasc. Ther. 11(6), 705-717 (2013)
14. Ferrari, R; Rosano, GM: Nejen čísla, ale roky vědecké práce: meta-analýzy porovnání ACE inhibitorů a AT1-blokátorů v kontextu. Reprint. International Journal of Cardiology 2013 June 20, Volume 166, Issue 2, Pages 286–288.
15. Bertrand, ME; Ferrari, R; Remme WJ. et al: Perindopril a beta-blokátor v prevenci srdeční příhod a mortality u pacientů se stabilní ischemickou chorobou srdeční: sub-analýza údajů studie EUROPA. American Heart Journal 2015, 170 (6).
16. První fixní kombinace BB + ACEi = léty ověřená účinnost směřující k lepší complianci. Souhrn odborného semináře. Med. po promoci 1/2017, s. 99-102.
17. Špác, J.: Betablokátory u kardiovaskulárních onemocnění na počátku 21. století. Med. po promoci 18(1) 2017; 30-34.
18. Bangalore, S; Kamalakkannan, G; Parkar, S. et al.: Fixed-dose combination improve medication compliance: a meta-analysis. Am J Med 2007; 120: 713-719.

PLNOU VERZI ČASOPISU
VČETNĚ INZERCE
NALEZNETE V INTERNÍ SEKCI
WWW.SVL.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 odpovědí v písemné podobě na odpovědním lístku nebo elektronicky na www.svl.cz, a to **nejpozději do 5. 10. 2017**.

Písemné odpovědi zasílejte na adresu: Oddělení vzdělávání SVL ČLS JEP, Sokolovská 31, 120 00 Praha 2.

Získané kredity budou úspěšným řešitelům připočítány k ročnímu souhrnnému certifikátu člena SVL ČLS JEP.

Lékařům, kteří se nemohou prokázat číslem člena SVL ČLS JEP, kredity bohužel přiděleny nebudou.

Správné odpovědi z čísla 6/2017: 1b, 2a, 3c, 4ac, 5bc, 6c, 7b, 8abc, 9a, 10abc

ZNALOSTNÍ TEST JE HODNOCEN 2 KREDITY ČLK

1. Jakým způsobem je potřeba začít užívat medikaci vareniklinu (Champix)?

- a) První týden 1-0-0, od 8. dne 1-0-1
- b) První 3 dny 0,5mg-0-0, od 4. do 7. dne 0,5mg-0-0,5mg, od 8. dne 1mg-0-1mg
- c) Od prvního dne 1-0-1

2. Na WONCA 2017 na skills lab nebylo?

- a) Spirometrie
- b) Poly Watch - přenosný diagnostický spánkový monitor
- c) Měření indexu kotníků/paže

3. Léčba blokátory kalciových kanálů

- a) Vede k dilataci arterií a arteriol, ne ven
- b) Snižuje zvýšený tlak a hyperfiltraci v glomerulech
- c) Působí přes CNS

4. Při odvykání závislosti na nikotinu je obvyklá léčba Vareniklinem

- a) 8 týdnů
- b) 20 týdnů
- c) 12 týdnů

5. Z registračních studií NOACs lze shrnout:

- a) V prevenci cévních mozkových příhod prokázal Apixaban oproti ASA významně lepší efekt (o 55%)
- b) V prevenci cévních mozkových příhod prokázal Apixaban stejný efekt jako u ASA
- c) V prevenci cévních mozkových příhod je účinnost léčby NOACs víceméně srovnatelná s warfarinem

6. Kdy je nejlepší očkovat proti chřipce?

- a) Kdykoliv v průběhu celého roku
- b) Začátkem zří
- c) Kdykoliv na podzim i v zimě, většinou se dá očkovat i po vánocích

7. Jaké jsou základní faktory, které vedou k rozvoji chronického žilního onemocnění?

- a) Primární inkopetence chlopní s následných refluxem, se zvýšením žilního tlaku a zánětlivým procesem v žilní stěně
- b) Obstrukce žilního systému
- c) Selhání svalové pumpy při omezené pohyblivosti zejména v oblasti kotníku

8. Konzervativní léčba chronického žilního onemocnění zahrnuje

- a) Režimová opatření, kompresivní léčbu
- b) Polohování dolních končetin v sedu na židli se svěšenými nohama
- c) Podávání venofarmak a případně lokální léčba de-fektů

9. U kterých pacientů je ideální nasadit léčbu fixní kombinací betablokátor (bisoprolol fumarát) a ACEi (perindopril arginin)?

- a) U pacientů s ischemickou chorobou srdeční nebo u pacientů se srdečním selháváním
- b) U mladých hypertoniků se zachovalou elasticitou cév s hyperkinetickou cirkulací
- c) Tato kombinace není vhodná v léčbě pacientů s arteriální hypertenzí, protože nezajistí vyšší adherenci k léčbě a lepší compliance nemocného

10. Studie ADVANCE řešila problematiku léčby hypertenze

- a) ACEI a metabolický neutrálními diuretiky
- b) ACEI a blokátory kalciových kanálů
- c) Prokázala snížení rizika kardiovaskulárních onemocnění a renálních

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. 7/2017

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 srpnu 2017



SVL ČLS JEP

Hlavní témata

Deprese. Nový standard v očkování chřipky.

den	datum	čas	město a místo konání
sobota	9. 9.	9.00–13.00	Kancelář veřejného ochránce práv, Údolní 39, Brno
sobota	9. 9.	9.00–13.00	Aula Právnické fakulty UP Olomouc, tř. 17. listopadu 8, Olomouc
pondělí	11. 9.	16.30 - 20.30	Aula SZŠ, Příluky 372, Zlín
úterý	12. 9.	16.00–20.00	Clarion Congres Hotel, Špitálské náměstí 3517, Ústí nad Labem
úterý	12. 9.	16.00–20.00	Hotel Zlatá Štika, Štrossova 127, Pardubice
středa	13. 9.	17.00–21.00	presbytář Hotelu Gustav Mahler, Křížová 4, Jihlava
středa	13. 9.	16.00–20.00	Lék.dům, Sokolská 31, Praha 2
středa	13. 9.	16.00–20.00	Clarion Congress Hotel, Pražská třída 2306/14, České Budějovice
čtvrtek	14. 9.	16.30 - 20.30	Hotel "U Šimla", Závodní 1, Karlovy Vary
čtvrtek	14. 9.	16.00–20.00	Clarion Grandhotel Zlatý Lev, Gutenbergova 3, Liberec 1
čtvrtek	14. 9.	16.00–20.00	Nové Adalbertinum, Velké náměstí 32, Hradec Králové
sobota	16. 9.	9.00–13.00	Šafránkův pavilon, alej Svobody č. 31, Plzeň
čtvrtek	21. 9.	16.00–20.00	Lék.dům, Sokolská 31, Praha 2
úterý	26. 9.	16.00–20.00	Hotel Imperial, Tyršova č. 6, Ostrava

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