



Odborný časopis Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP

practicus

tip tohoto čísla

č. 4/2011

ročník 10

pro
praktické
lékaře
zdarma

Vkladem tohoto čísla
je doporučený
postup

NESPAVOST

Vydává
Společnost
všeobecného
lékařství ČLS JEP

www.practicus.eu

Diagnostika a terapie tyreoidálních uzlů

str. 13



Z OBSAHU

INFO SVL

WONCA 2013 v Praze láká praktické lékaře z celého světa
Nový kód pro stanovení glykovaného hemoglobinu v ordinaci

Cílený screening celiakie, Metodický pokyn MZ ČR

Na asymptomatickou bakteriurii nic nepředepisujme (rozhovor)

Diagnostika a terapie tyreoidálních uzlů

Novinky v diabetologii pro VPL 2011

Možnosti prevence kognitivní poruchy a demence

Účinnost a bezpečnost preparátu Klacid®SR
v léčbě zánětů horních a dolních dýchacích cest

Závodní preventivní péče

Novinky v zákoníku práce a v nemocenském pojištění

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

Obsah

Info SVL	5
WONCA 2013 v Praze láká praktické lékaře z celého světa	5
Nový kód pro stanovení glykovaného hemoglobinu v ordinaci	5
Cílený screening celiakie	9
Metodický pokyn MZ ČR	
Na asymptomatickou bakteriurii nic nepředepisujeme	11
Rozhovor s MUDr. J. Klečkou	
Diagnostika a terapie tyreoidálních uzlů	13
MUDr. Jan Jiskra, Ph.D.	
Novinky v diabetologii pro VPL 2011	19
MUDr. Igor Karen	
Možnosti prevence kognitivní poruchy a demence	21
Doc. MUDr. Iva Holmerová, Ph.D.	
Účinnost a bezpečnost preparátu Klacid®SR v léčbě zánětů horních a dolních dýchacích cest	27
Prof. MUDr. Jana Skříčková, CSc.	



...Dotazy a odpovědi	31
Závodní preventivní péče	
MUDr. Věra Žídková	



...Ze světa mladých praktiků	34
-------------------------------------	-----------



...POEM: Patient oriented evidence that matters	36
--	-----------



...zdravotnické zařízení a aktuální legislativa	38
Novinky v zákoníku práce a v nemocenském pojištění	



...znalostní test	42
--------------------------	-----------

practicus

odborný časopis SVL ČLS JEP
4/2011, ročník 10

Vydavatel:

Společnost všeobecného lékařství
ČLS JEP

Adresa redakce:

Společnost všeobecného lékařství
ČLS JEP

U Hranic 16, 100 00 Praha 10

tel.: 267 184 064

fax: 267 184 041

e-mail: practicus.svl@cls.cz

www.practicus.eu

Redakce:

Šéfredaktorka: MUDr. Jaroslava
Laňková, lankova@svl.cz

Odborní redaktoři: MUDr. Marce-
la Bradáčová, MUDr. Jozef Čupka,
MUDr. Alice Havlová, MUDr. Mila-
da Kratochvílová, MUDr. Marie Ma-
noušková, MUDr. Dana Moravčíková,
MUDr. Cyril Mucha, MUDr. Anna Rich-
terová, MUDr. Alexandra Sochorová,
MUDr. Helena Stárková, MUDr. Jana
Vojtišková, MUDr. Michaela Jirků

Poradci redakce: MUDr. Pavel Brej-
ník, MUDr. Jiří Burda, doc. MUDr. Svato-
pluk Býma, CSc., MUDr. Rudolf Červe-
ný, Ph.D., MUDr. Eva Grzegorzová,
MUDr. Jiří Havránek, MUDr. Otto
Herber, MUDr. Ambrož Homola, Ph.D.,
MUDr. Toman Horáček, MUDr. Jiří
Horký, MUDr. Karel Janík, MUDr. Igor
Karen, MUDr. Stanislav Konštacký, CSc.,
MUDr. Josef Kořenek, CSc., MUDr. Zuzana
Miškovská, Ph.D., doc. MUDr. Bohu-
mil Seifert, Ph.D., MUDr. Bohumil
Skála, Ph.D., MUDr. Alena Šimurdová,
MUDr. Jan Šindelář

Manažerka časopisu: Hana Čížková

Spolupracovnice časopisu: Andrea
Vrbová, Romana Hlaváčková

Náklad 6 000 ks. ••• Vychází 10×
ročně. ••• **Pro praktické lékaře
v ČR zdarma.** ••• Roční předplat-
né pro ostatní zájemce **610 Kč.** •••
Přihlášky přijímá redakce. ••• Toto
číslo bylo dáno do tisku **10.4. 2011.** MK
ČR E13477, ISSN 1213-8711.

Vydavatel a redakční rada upozorňují, že
za obsah a jazykové zpracování inzerátů
a reklam odpovídá výhradně inzerent.
••• Redakce neodpovídá za správnost
údajů uvedených autory v odborných
článcích. ••• Texty neprocházejí jazyko-
vými korekturami. ••• Přetisk a jakéko-
liv šíření je povoleno pouze se souhla-
sou vydavatele. ••• © **SVL ČLS JEP,
2011**



MUDr. Jaroslava Laňková

K tomuto číslu

Vážení, kolegyně a kolegové,

tento editoriál píše v závěru právě proběhlé V. jarní interaktivní konference SVL ČLS JEP v Praze. I když výstupy z této konference přineseme až v příštím čísle, dovolím si uvést několik čerstvých reflexí z této události. Zdá se, že tato poměrně nedávno vzniklá tradice jarních konferencí si získává mezi kolegy stále větší oblibu. Po celé tři dny byl přednáškový sál doslova "vyprodán". Kontinuální vzdělávání s pravidelnou aktualizací znalostí je pro moderního lékaře nezbytné. Rozvoj výzkumu v medicíně je obrovský a nese sebou časté změny v diagnostických a terapeutických přístupech. Pacienti nás sice posuzují hlavně podle toho, jak se chováme, chválí nás, když jsme laskaví, hodní a pokud možno jim vyhovíme v jejich požadavcích. Ovšem z pohledu medicínské etiky dobrý lékař musí

mít také dobré znalosti, aby mohl poskytovat tu nejlepší péči podle dostupných možností a nejnovějších poznatků. To už pacient obvykle posoudit neumí a musí spoléhat, že jeho lékař je i profesně zodpovědný. Rozmach nových poznatků zaznamenáváme v posledních letech zejména v prevenci kardiovaskulárních onemocnění, včetně nových léčebných přístupů u hypertenze (kombinační léčba, radikální změna výběru antihypertenziv první volby), u hyperlipidemií (kombinovaná léčba, měnící se cílové hodnoty), v léčbě poruchy glycidového metabolismu a diabetu 2 (metformin jako první volba), včetně nových diagnostických přístupů pro včasné odhalení rizikových pacientů. Tyto intervence mohou vést k významnému prodloužení kvalitního života našich pacientů a je naprosto zásadní si tyto nové strategie osvojit. Kvalitní a důkladná péče vyžaduje i delší čas na pacienta, což je velký problém a znám to dobře ze své praxe. Chce to jediné - menší počet registrovaných pacientů a změnu v systému financování - od levné kvantity k dražší kvalitě. Naším pacientům a celé společnosti se to jen vyplatí.

V tomto čísle přinášíme informace o **novém kódu pro vyšetření glykovaného hemoglobinu** v ordinaci a jeho podmínkách. V rámci rozhovorů o **rezistenci na antibiotika** publikujeme tentokrát rozhovor s urologem. Těž otiskujeme nový metodický pokyn pro **screening a vyšetření celiakie**. Dále v tomto čísle najdete článek o **současných možnostech prevence demence** z pera předsedkyně Alzheimerovské společnosti doc. Ivy Holmerové; článek na aktuální endokrinologické téma - **Diagnostika a léčba tyreoidálních uzlů**, kde došlo ke změně léčebného přístupu a opuštění dříve hojně indikované supresní léčby levotyroxinem. Do rubriky dotazy a odpovědi jsme jako souhrnnou odpověď na dotazy týkající se této problematiky zařadili velmi pěkně a přehledně zpracovaný článek kolegyně Věry Žídkové na téma **Závodní preventivní péče**.

Věřím, že i v tomto čísle najdete mnohé zajímavé a inspirující informace pro Vaši praxi.

za redakci

Jaroslava Laňková
šéfredaktorka

WONCA 2013 v Praze láká praktické lékaře z celého světa

Zpráva z WONCA Asia Pacific, Filipíny, 21.-24. 2. 2011

Světová konference praktických a rodinných lékařů (RL) WONCA v Praze 2013 se rychle blíží. Naším zájmem je přilákat co nejvíce účastníků, reprezentujících různé oblasti světa a kultury. V marketingovém plánu Organizačního výboru konference je kromě využívání informačních medií zahrnuta také osobní účast na některých klíčových konferencích WONCA. Zvýšená aktivita korejských, čínských, tajvanských a japonských lékařů, a také očekávaný zájem lékařů z Austrálie, byly v pozadí volby našeho zastoupení na regionální konferenci WONCA Asia Pacific, která se konala 21.-24. února 2011 na Filipínách. Pokud Vás v tuto chvíli napadla především turistická atraktivita posláni, tak věřte, že tato odměna, pokud je na ni čas, je vyvážena usilovnou prací.

Filipíny se skládají ze 4 000 ostrovů, na nichž žije bezmála 90 milionů obyvatel. Na největším ostrově Luzon leží tepoucí megapolis Manila, ale také vysoké hory, na kterých domorodci po tisíciletí budují známé terasy rýžových polí. Zemi si zamiluje každý, komu nevádí tropické klima, střídání horka a vlhka s mrazivými interiéry, šílený dopravní ruch v přelidněných městech, trochu nezvyklá bezpečnostní opatření, intimní blízkost jiné kultury, nezvyklé pachy a méně okázalé nakládání s odpady. Lidé jsou milí, přátelští a nesmírně pracovití. Jak jsem pochopil, práce jim ale bohatství nepřináší; kapitál drží Číňané, Tajvanci, Japonci, Korejci a další ekonomicky silné země. Pro našince jsou zde ceny příznivé. Vše zjednodušuje arabská abeceda a možnost komunikace v angličtině, prakticky všude.



Terasy rýžových polí na severu Luzonu

Filipínci dobře věděli, proč konferenci neuspořádali v Manile, ale na klidnějším, turisticky přátelském ostrově Cebu, v místním luxusním hotelu Waterfront. Název mate; hotel byl od pláže vzdálen téměř hodinu taxíkem. Hostitelem 18té konference



Kongresový hotel Waterfront na ostrově Cebu

WONCA Region Asia Pacific byla Filipínská akademie rodinných lékařů (PAFP). PAFP patří na světě mezi největší a také nejstarší národní odborné společnosti RL a konferenci slavila své zlaté, 50té výročí. Celá konference byla vlastně oslavou plnou ceremoniálů, během kterých bylo uděleno více různých ocenění zasloužilým praktikům, než v celé historii naší SVL. Mezi ohlášenými 2 000 účastníky byli kromě Filipínců, dalších Asiatů, Australanů a Novozélandanů, také tři stovky lékařů z Evropy a dalších kontinentů. Přítomna byla celá exekutiva světové organizace WONCA.

Nosným tématem konference bylo „**Paradigma rodinného lékařství: Mosty mezi tradicí a novými koncepty**“. Téma dobře charakterizuje klíčovou roli a odpovědnost oboru v zemích třetího světa, rozvoj infrastruktury primární péče a vědeckosti rodinného lékařství. V odborném programu převažovaly spíše náměty z oblasti veřejného zdraví, globální problémy lidstva, organizace péče, otázky vzdělávání a profesionálního rozvoje rodinných lékařů, než témata klinická. Organizátoři se spolehli na osvědčené plenární řečníky; prof. Haines (VB, Medicína a životní prostředí), Dr. Wesley Schmidt (Paraguay, Medicína a klimatické změny), prof. Lionis (Řecko, Výzkum v primární péči), Dr. Walters (Austrálie, Primární péče v odlehlých oblastech), Dr. Larkins (Austrálie, Získávání lékařů pro práci v odlehlých oblastech). Hvězdou programu a konference byla již legendární prof. Barbara Starfield (USA), autorka nejznámějších publikací na téma Efektivita systémů založených na primární péči, které mají tisíce citací. Nenechal jsem si ujít vystoupení současného prezidenta WONCA, Dr. Robertse (USA) na téma Kvalita a bezpečnost v primární péči. Richard Roberts je skvělý řečník a má vzácnou schopnost jednoduše a atraktivně podat složité věci. Dr. Roberts přislíbil již dříve maximální podporu naší konferenci a bude

na amerických kongresech dělat Praze reklamu. Podobnou podporu jsem získal pro kanadské kongresy od Dr. Strassera, aktivisty Společnosti pro medicínu v odlehlých oblastech. Z paralelních sekcí jsem si vybral workshop na téma Sdělování špatných zpráv, kde účastníci ze čtyř kontinentů diskutovali otázku sdělení či nesdělení fatální diagnózy (rakoviny) pacientovi. Zatímco u nás, stejně jako v zemích EU a USA má individuální pacient plné právo diagnózu vědět, případně při dříve projeveném přání nevědět, v asijském světě hraje daleko větší roli rodina, nejbližší příbuzní. Filipínský lékař se např. často rozhoduje na základě toho, kdo bude léčení platit, příp. zařizovat, a tomu pak sdělí informaci. Někteří kolegové doporučovali strategii „zpožděné špatné zprávy“, kdy RL hraje s časem, nebo „částečné špatné zprávy“, kdy lékař pacienta informuje ve smyslu: „Není to rakovina, ale pokud nepodstoupíte léčbu, tak se z toho rakovina může vyvinout“. Austrálská lékařka, pečující o místní domorodce (aboriginals), vyprávěla o tom, jak v případě úmrtí nesmí rodina ani okolí rok vyslovit přijetí zemřelého a jaké to působí administrativní problémy. Můj diskusní příspěvek zdůraznil potřebu mezioborové komunikace v otázce informace pacienta o špatné diagnóze, aby se předcházelo bolestným komunikačním chybám. Z diskuze nevyplývalo ani nemohlo vyplynout jednotné doporučení, ale účastníci se bez ohledu na kulturní odlišnosti, pravidla a legislativu, shodli, že praktický lékař vždy přizpůsobuje svoje rozhodování kontextu individuální situace pacienta a jeho rodiny a v tom je také nenahraditelný.

Doprovodný kulturní program byl převážně hudební a taneční



Krásné tanečnice v kulturním programu

a vycházel z tradic různých oblastí Filipín. Tanečníci obou pohlaví byli krásní a úžasně barevní. Bufet byl bohatý. Vůbec konference byla štedrá vůči účastníkům; jídla bylo dosti, káva a voda stále k dispozici. Selátko na rožni, navíc v blízkosti stánku, propagujícím statiny, jsem na konferenci opravdu nečekal. Během plenárních sekcí měl hlavní sál stolové uspořádání a obsluha přinášela kávu a sendviče. Výstava firem byla překvapivě bohatá, jakou jsem ještě na akci WONCA nezažil. Filipínští kolegové jsou nesmírně hraví a milují nejrůznější hry a soutěže, které pro ně firmy připravily; točení kola štěstí, výběr klíčů k otevírání truhly, různá losování, atd. Každý účastník měl list se seznamem stánků, kde dostával potvrzení o návštěvě. Prostě proto, aby nešel dvakrát. V rámci odborného programu proběhlo něko-

lik (zřetelně oddělených) firemních sympozií. Hlavní sál ale nejvíce zaplnilo Bingo...

Odborného programu jsem si tolik neužil, protože moje místo bylo u stánku WONCA Prague 2013. Zájem byl veliký; materiály, které se vešly do kufru, byly za jeden den pryč. Nadšení nám přes noc dokonce odlepili plakáty Prahy. Nejvíce dotazů bylo na víza a letecké spojení, což je v obou případech pro Prahu příznivé. Navštívilo mne i několik Filipínců, kteří už v Praze byli. Při závěrečném ceremoniálu jsem měl možnost



Vystoupení na závěrečném ceremoniálu konference

vystoupit, ukázat obrázky krásné Prahy a všechny srdečně pozvat. V tu chvíli se zdálo, že všichni by přijeli nejraději už zítra.

V mém hodnocení byla výprava do pacifické Asie přínosná; byla to zkušenost a věřím, že přinese očekávané výstupy. Budu si zejména pamatovat, že i naše konference musí mít prvky hravosti, aby se nám kolegové z východu nenudili. Kdyby Vás něco skvělého napadlo...

Doc. MUDr. Bohumil Seifert, CSc.
předseda organizačního výboru
světové konference WONCA
v Praze 2013



Ordinace venkovského praktického lékaře

Nový kód pro stanovení glykovaného hemoglobinu v ordinaci

Začátkem letošního roku jsme byli jako Společnost všeobecného lékařství vyzváni k jednání ohledně realizace nasmlouvání kódu VZP: **01445 STANOVENÍ GLYKOVANÉHO HEMOGLOBINU HbA_{1c} V AMBULANCI LÉKAŘEM.**

Na tomto jednání, kterého se zúčastnili předseda SVL doc. MUDr. Svatopluk Býma, místopředseda pro profesní záležitosti SVL MUDr. Igor Karen a místopředsedkyně SPL ČR MUDr. Jana Uhrová. Za Diabetologickou společnost prof. MUDr. Milan Kvapil a za VZP ředitel odboru smluvních vztahů dr. Pokorný a dr. Švecová. Byly domluveny podmínky nutné k nasmlouvání kódu tohoto vyšetření:

- doložení přístrojového vybavení k analýze glykovaného Hb (buď zakoupení, či pronájem přístroje),
- certifikát o zaškolení obsluhujícího personálu tohoto přístroje (provede a proškolí firma při zakoupení tohoto přístroje)

- certifikát o absolvování školení ohledně klinické interpretace výsledků glykovaného Hb. V tomto bodu jsme se s VZP a Diabetologickou společností shodli na několika možnostech provedení formou kurzů v IPVZ, či kurzů pořádaných lékařskými fakultami, či pomocí e-learningových kurzů, které budou připraveny ve spolupráci SVL, SPL a Diabetologickou společností. E-learningové kurzy jsou nyní ve fázi přípravy.

Bližší informace k provádění, obsahu a finančního ohodnocení kódu naleznete v článku Novinky v diabetologii uvnitř tohoto čísla.

MUDr. Igor Karen,
Odborný garant pro diabetologii SVL ČLS JEP,
předseda pro profesní záležitosti SVL

Vzdělávací semináře SVL ČLS JEP v květnu 2011

Hlavní téma:

Trendy v léčbě dyspepsie horního typu, aktuality pro praktické lékaře 2011

Sobota	2.5. 2011	9:00 - 13:00	Brno, Kancelář veřejného ochránce práv, Údolní 39
Pondělí	2.5. 2011	16:30 - 20:30	Zlín, Aula SZŠ, Příluky 372
Čtvrtek	5.5. 2011	16:00 - 20:00	Ústí nad Labem, Best Western Hotel Vladimír, Masarykova 36
Čtvrtek	5.5. 2011	16:00 - 20:00	Liberec, Clarion Grandhotel Zlatý Lev, Gutenbergova 3
Sobota	7.5. 2011	9:00 - 13:00	Plzeň, Šafránkův pavilon, Alej svobody 31
Středa	10.5. 2011	16:00 - 20:00	Pardubice, Hotel EURO, Jiráskova 2781
Středa	11.5. 2011	17:00 - 21:00	Jihlava, presbytář Hotelu Gustav Mahler, Křížová
Čtvrtek	12.5.2011	16:00 - 20:00	Ostrava, Hotel Imperial, Tyršova 6
Sobota	14.5.2011	9:00 - 13:00	Praha, Lék. dům, Sokolská 31
Sobota	14.5.2011	9:00 - 13:00	Karlovy Vary - Březová, Hotel Starý mlýn, Staromlýnská 26/8
Čtvrtek	19.5.2011	16:00 - 20:00	Praha, Lék. dům, Sokolská 31
Středa	25.5.2011	16:00 - 20:00	Praha, Lék. dům, Sokolská 31
Středa	25.5. 2011	16:00 - 20:00	České Budějovice, budova Medipont s.r.o., Matice Školské 17
Čtvrtek	26.5. 2011	16:00 - 20:00	Hradec Králové, Nové Adalbertinum, Velké náměstí 32
Sobota	28.5. 2011	9:00 - 13:00	Olomouc, Aula Právnické fakulty UP Olomouc , tř. 17. listopadu 8



Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP
Vás zve na víkendový vzdělávací seminář:



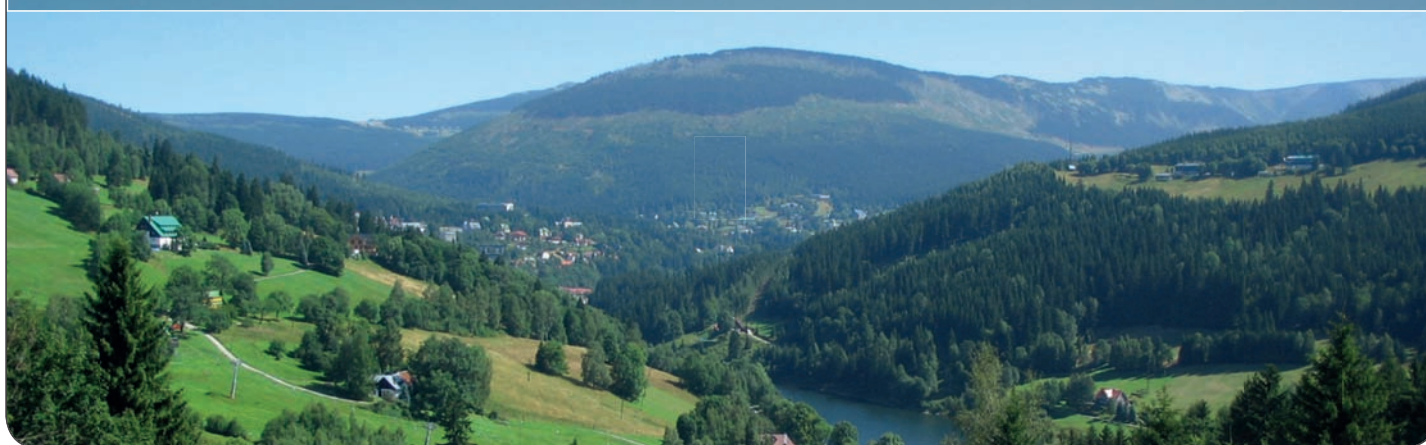
LUHAČOVICE

13.–15. května 2011



ŠPINDLERŮV MLÝN

10.–12. června 2011



Jak se můžete zaregistrovat?

1. Zasláním závazné přihlášky na adresu:
TARGET - MD s.r.o., Na Štáhlavce 7, 160 00 Praha 6
2. Odfaxováním vyplněné přihlášky na číslo: 233 321 748
3. E-mailem: sekretariat@target-md.com
4. Na webu na stránkách www.target-md.com

Program má postgraduální charakter a je garantován Českou lékařskou komorou jako akce kontinuálního vzdělávání. Účastníci obdrží potvrzení o účasti s kredity ČLK. Podmínkou pro získání kreditů je osobní účast na přednáškách.

CÍLENÝ SCREENING CELIAKIE (METODICKÝ POKYN MZ ČR)

Věstník MZ ČR, částka 3, 2011

Čl. 1

Obecná ustanovení

1. Celiakie je hereditární autoimunitní onemocnění dětí a dospělých s celosvětovým výskytem způsobené celoživotní nesnášenlivostí lepku (glutenu), jehož jedinou současnou kauzální terapií je bezlepková dieta. Celiakie je velmi častá autoimunitní choroba s prevalencí 0,5-2 % ve vyspělých zemích. Kvalifikovaný odhad prevalence v ČR je 1:200-1:250, tj. 40 000-50 000 nemocných, ale v současné době je diagnostikováno a dispenzarizováno jen 10-15 % celiaků.

2. Záměrem screeningu je identifikace velké populace dosud nediodagnostikovaných celiaků vzhledem k tomu, že celiakie se nadále diagnostikuje v české populaci buď nedostatečně často nebo naopak pozdě. Příčinou je změněný fenotyp nemoci. V současné době převládají střevní příznaky jen u malých dětí, kdežto u ostatních populačních skupin a zejména u dospělých převládají mimostřevní (atypické) příznaky. Další příčinou jsou nestandardní a chybné diagnostické postupy.

3. Cílem screeningu je časná diagnostika celiakie s následnou časnou terapií (zavedení bezlepkové diety), odhalení atypických forem celiakie, zjištění skutečné prevalence celiakie v České republice, prevence komplikací celiakie, omezení a lepší kontrola přidružených autoimunitních chorob, jakož i zlepšení kvality života celiaků.

4. U osob indikovaných ke screeningu se doporučuje dvoustupňové vyšetření. V prvním stupni se doporučuje **stanovení sérových autoprotilátek k tkáňové transglutamináze (AtTGA)** v třídě IgA a stanovení celkového IgA. Asi u 3 % celiaků je přítomen izolovaný deficit IgA a v těchto případech je třeba vyšetřit autoprotilátky v třídě IgG. Pozitivní výsledek AtTGA indikuje druhý stupeň screeningu, tj. **perorální biopsii aborálního duodena** (pod Vaterovou papilou) na gastroenterologickém pracovišti pediatrickém nebo pro dospělé. Při vysoce rizikových symptomech (anémie, úbytek tělesné hmotnosti a průjem, tj. tři a více řídkých stolic denně) se doporučuje odeslat probanda na gastroenterologické pracoviště i při negativní sérologii.

5. Cílený screening celiakie se provádí u přesně definovaných cílových skupin, u nichž lze předpokládat vyšší výskyt jedinců s nepoznanou celiakií.

6. Ke screeningu jsou indikovány:

A. Rizikové choroby a skupiny

- příbuzní celiaků 1. stupně (rodiče, sourozenci, děti), při jejich pozitivitě také 2. stupně (prarodiče, strýčkové, tety), zejména při výskytu podezřelého symptomu nebo jiné autoimunitní choroby
- dermatitis herpetiformis (Duhring)
- mikrocytová anemie nereagující na léčbu preparáty železa
- předčasná osteoporóza
- terapeuticky rezistentní průjmová forma syndromu dráždivého střeva

- polyneuropatie a myopatie nejasné etiologie
- ataxie nejasné etiologie
- deprese a poruchy chování
- amenorhea, pozdní menarche
- infertilita a poruchy reprodukce
- Downův a Turnerův syndrom

B. Podezřelé symptomy

- opožděný psychosomatický vývoj
- nevysvětlený úbytek tělesné hmotnosti
- nízké sérové železo
- výrazné izolované zvýšení sérových aminotransferáz (AST, ALT)
- izolovaný deficit IgA
- recidivující aftózní stomatitida
- hypoplázie zubní skloviny

C. Přidružené autoimunitní choroby

- diabetes mellitus 1. typu
- autoimunitní tyreoiditida a jiné autoimunitní endokrinopatie
- autoimunitní hepatitida
- systémový lupus erythematos
- primární sklerózuující cholangitida
- primární biliární cirhóza
- Sjögrenův syndrom
- choroby pojiva
- IgA nefropatie

Čl. 2

Metodika programu cíleného screeningu celiakie

Cílený screening celiakie se provádí u jedinců uvedených tří indikačních skupin, kteří konzumují stravu s obsahem lepku, a to v následujícím postupu:

1. Vytipování možného nositele onemocnění a odeslání probanda k sérologickému vyšetření autoprotilátek k tkáňové transglutamináze (AtTGA-IgA) a celkového IgA provádějí:

- praktičtí lékaři
- praktičtí lékaři pro děti a dorost
- ambulantní specialisté oborů:
- dermatovenerologie
- dětská dermatovenerologie
- diabetologie a endokrinologie
- gastroenterologie
- dětská gastroenterologie a hepatologie
- gynekologie a porodnictví
- hematologie a transfúzní lékařství
- alergologie a imunologie
- vnitřní lékařství

- neurologie
- klinická osteologie
- dětské lékařství
- psychiatrie
- dětská a dorostová psychiatrie
- revmatologie
- dětská revmatologie

2. Při selektivním deficitu IgA (u 1- 3 % celiaků) se žádá laboratoř o automatické doplnění vyšetření stanovením auto-protilátek k tkáňové transglutamináze ve třídě IgG (AtTGA-IgG)

- základním požadavkem je stanovení AtTGA kvantitativní metodou s udáním rozmezí normálních hodnot příslušné laboratoře
- vyšetření provádějí:
 - oddělení klinické biochemie a laboratorní diagnostiky
 - alergologická a imunologická laboratoř

3. Perorální biopsie aborálního duodena (pod Vaterovou papilou, D2 a nižší oddíly duodena)

- následuje při zjištění pozitivivity AtTGA-IgA, popř. AtTGA-IgG
- při vysoce rizikových symptomech (anemie, úbytek tělesné hmotnosti a průjem, tj. tři a více řídkých stolic denně) se doporučuje i při negativní sérologii
- vyšetření provádějí:
 - gastroenterologické oddělení pro dospělé
 - gastroenterologické oddělení pro děti a dorost

Postup vyšetření:

Při vyšetření se odebírá 4-5 vzorků, které je třeba orientovat před vložením do fixačního roztoku klky nahoru, což je předpoklad k nakrájení histologických řezů kolmo k slizničnímu povrchu a správnému hodnocení architektiky střevních klků.

Detailní popis metody: Frič P. Endoskopická diagnostika celiakální sprue. Endoskopie 2002, 11: 69-73.

Vyšetření u dětí

- u malých dětí je preferován odběr enterobiopickou kapslí
- u starších dětí (obvykle nad 12 let) se provádí endoskopické vyšetření s odběrem sliznice aborálního duodena s použitím endoskopů vhodných pro dětský věk
- endoskopické vyšetření v dorostovém věku, kde není možné zajistit vyšetření na gastroenterologickém pracovišti pro děti, je možné provádět toto vyšetření na gastroenterologickém pracovišti pro dospělé

4. Histopatologické vyšetření vzorku sliznice tenkého střeva

- je vyšetřovací metoda, při které se pomocí světelného mikroskopu hodnotí tkáňové řezy získané z formolem fixovaných tkáňových vzorků zalitých do parafínu. Základní barvení: hematoxylin-eosin. Imunohistologické vyšetření znaků CD3 a CD8 intraepiteliálních lymfocytů se provádí při podezření na refrakterní celiakii.
- vyšetření provádějí: všechna oddělení oboru patologické anatomie, provádějící rutinní biopická vyšetření endoskopicky získaných tkáňových vzorků z gastrointestinálního traktu

Provedení vyšetření:

Histopatologické hodnocení preparátů je vždy prováděno patologem se specializovanou způsobilostí a zahrnuje popis základního uspořádání střevní sliznice, vzhledu klků a krypt a jejich případných změn, určení přítomnosti zánětlivého infiltrátu v lamina propria a jednotlivých buněčných typů v tomto infiltrátu zastoupených, stanovení přítomnosti intraepiteliálních lymfocytů a jejich kvantitativní zastoupení. Závěr histologického vyšetření obsahuje grading zjištěných změn podle modifikované Marsho-

vy klasifikace:

Typ	IEL/100 povrchových epitelových buněk	Krypty	Klky
Typ 0 (normální)	<30-40	normální	normální
Typ I (infiltrativní)	>40	normální	normální
Typ II (hyperplastický)	>40	hyperplastické	normální
Typ IIIA (částečná atrofie klků)	>40	hyperplastické	mírná atrofie
Typ IIIB (subtotální atrofie klků)	>40	hyperplastické	výrazná atrofie
Typ IIIC (totální atrofie klků)	>40	hyperplastické	vymizení
Typ IV (hypoplastický)	>40	hypoplastické	vymizení

Kvalitativní kontrola nálezů

- Minimálně 10 % náhodně vybraných případů je podrobeno druhému čtení patologem se specializovanou způsobilostí (bez znalosti závěru původního výsledku). O výsledku tohoto druhého čtení je proveden písemný záznam.
- Preparáty jsou zpětně kontrolovány ve všech případech, kdy se objeví rozdílné výsledky histopatologického a klinického (laboratorního) nálezu.
- Nález je zaznamenán do zdravotnické dokumentace. Při nakládání se zdravotnickou dokumentací se postupuje v souladu se zákonem č. 20/1966Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů a vyhláškou č. 385/2006Sb., o zdravotnické dokumentaci, ve znění pozdějších předpisů. **Nález je předán zpět příslušnému klinickému pracovišti, které provedlo odběr tkáňových vzorků** na papírové průvodce nebo na magnetickém médiu, případně elektronicky.

5. Zdravotní péče o nově diagnostikované celiaky v rámci screeningu

Tito nemocní se odesílají podle věku k zahájení léčby a dlouhodobé dispenzarizaci na gastroenterologické pracoviště pro děti a dorost nebo na gastroenterologické pracoviště pro dospělé.

Metodický pokyn pro cílený screening celiakie vyšel ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví České republiky dne 28. února 2011.

Expertní skupina MZ ČR pro vytvoření tohoto metodického postupu byla ustanovena v roce 2004. Členové pracovali zcela zdarma, přesto práci expertní skupiny zrušil MUDr. David Ráth, krátce po nástupu do funkce ministra zdravotnictví. Většina členů skupiny ale svou snahu o prosazení cíleného screeningu nevzdala. Velkou zásluhu na prosazení cíleného screeningu celiakální sprue do praxe má zejména prof. MUDr. Přemysl Frič, DrSc.

*Předseda expertní skupiny: Prof. MUDr. P. Frič, DrSc.,
 Členové skupiny: Prof. MUDr. P. Dítě, Dr.Sc. (za Českou gastroenterologickou společností), Doc. MUDr. M. Dvořák, CSc. (za Českou gastroenterologickou společností), Doc. MUDr. P. Kohout, PhD (za Českou gastroenterologickou společností), Prim. MUDr. P. Frühauf, CSc. (za Českou pediatričskou společností), Doc. MUDr. J. Nevořal, CSc. (za Českou pediatričskou společností), Doc. MUDr. O. Pozler, CSc. (za Českou pediatričskou společností), MUDr. J. Utěšený, CSc. (za Českou pediatričskou společností), MUDr. P. Kocna, CSc. (za Společnost klinické biochemie a laboratorní diagnostiky), Prof. MUDr. H. Tlaskalová-Hogenová, DrSc. (za Českou společnost pro alergologii a klinickou imunologii), Ing. D. Gabrovská (za Výzkumný ústav potravinářský Praha), Ing. I. Bušínová (za organizace pacientů).*

Na asymptomatickou bakteriurii nic nepředepisujeme

Rozhovor s MUDr. J. Klečkou



Největší chybou při předepisování antibiotik je podle MUDr. Jiřího Klečky, Ph.D., urologa z Fakultní nemocnice Plzeň, nasazení neadekvátní antibiotické léčby u běžně se vyskytujících nekomplikovaných infekcí močových cest. To se týká i takzvané asymptomatické bakteriurie. Žádný bezpříznakový pacient, který má pozitivní nález běžných bakterií v moči, by neměl dlouhodobě dostávat antibiotika. Pokud je takto zbytečně léčen, významně se tím zvyšuje hrozba antibiotické rezistence není ani vyloučeno, že takového nemocného čekají mnohem závažnější problémy v budoucnosti.

Kazuistika

49letá žena byla poprvé vyšetřena na Urologické klinice FN v Plzni v roce 2007 pro kolikovitě bolesti v oblasti levé ledviny s nálezem odlitkové litiázy levé ledviny. Pacientka byla indikována k perkutánní extrakci litiázy (PEK). Z blíže neudaných důvodů zvolila jiné pracoviště, kde bylo odstraněno cca 80 % litiázy s ponecháním reziduí v dolním a středním kalichu. Následně byla provedena extrakorporální litotrypse opět ve FN Plzni, avšak bez výraznějšího efektu. Nemocná byla indikována ke konzervativní léčbě, resp. k pouhému sledování. V průběhu let 2008-2010 byla pacientka vyšetřována pro chronický únavový syndrom. Po stránce urologické a mikční byla bez výraznějších potíží. V rámci vyšetření pro výše uvedenou diagnózu byla nemocná opakovaně přeléčena praktickým lékařem pro pozitivní G- nález v moči perorálním antibiotikem, nejčastěji z chinolonového spektra. Na jaře 2010 byla odeslána praktickým lékařem k urologickému vyšetření pro nález rezistentní klebsielové infekce. Patogen byl citlivý pouze na imipenem a kolimycin. Nemocná byla přeléčena parenterálně imipenem po dobu sedmi dnů. Kultivace moči byla sice bezprostředně po léčbě negativní, ale kontrolní kultivace po 3 týdnech po ukončení terapie opět prokázala rezistentní klebsielovou infekci. Byla doplněna další vyšetření, která prokázala nejen reziduální litiázu, ale také nízkou funkci postižené levé ledviny (20 %). S ohledem na infekční fokus v reziduální litiáze levé ledviny a nízkou funkci levé ledviny nebyla další antibiotická léčba indikována. Pacientka byla indikována k levostranné laparoskopické nefrektomii. Měsíc po výkonu byla provedena kontrolní kultivace moči, která byla zcela negativní.

Výše prezentovaná kazuistika je typickým příkladem neuvážlivé antibiotické léčby namísto terapie chirurgické.

Opakované podávání antibiotik vedlo pouze ke vzniku rezistentního kmene, jehož eradikace byla konzervativně nemožná.

Setkáváte se během své praxe s pacienty, kteří vykazují jasné známky rezistence na antibiotika?

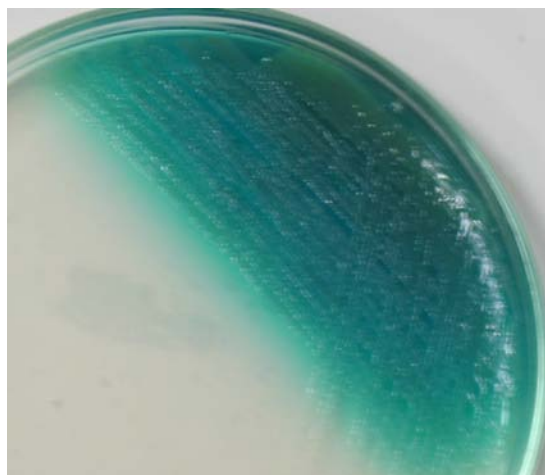
V oblasti infekcí močových cest půjde s převahou o gramnegativní bakteriální kmeny (nejčastěji E. coli, pseudomonáda, proteus). Z klinického hlediska je ale třeba jakékoliv infekční stavy v urologii dělit na infekce horních a dolních cest močových. V případě dolních cest močových se můžeme s rezistentními nemocnými setkat velmi často, obvykle si bakterii odolnou na běžná antibiotika jednoduše „vypěstují“, protože jim byla opakovaně předepsána léčiva, která vůbec neměli dostat. Typickým příkladem je asymptomatická bakteriurie. Pokud nalézáme bakterie v moči u jinak bezpříznakového pacienta, například při běžné observaci pro litiázu, rozhodně nepředepisujeme antibiotika, tím si zaděláváme na nemalé problémy v budoucnosti. Jinou situací je vzestup infekce směrem do horních močových cest. Pyelonefritidy se dělí na nekomplikované (s horečkou kolem 38 °C, lze je zvládnout ambulantně), anebo komplikované, které jsou charakterizované těžkým, schváceným stavem vyžadujícím hospitalizaci a intenzivní antibiotickou terapii. Největším problémem je příchod nemocného, který má nekomplikovanou pyelonefritidu a je rezistentní na



MUDr. Jiří Klečka, Ph.D.

nález bakterií v moči u jinak bezpříznakového pacienta rozhodně není indikací k podání antibiotika

bakteriální kmeny napadající močové cesty jsou v současnosti nejvíce rezistentní vůči chinolonům a aminopenicilinům



s ohledem na antibiotická centra patříme mezi „nejosvícenější“ země unie

experti ze 16 států EU pracují na první verzi evropských guidelineů pro antibiotickou politiku

klíčovou sférou, kde jsou antibiotika více než z 80 % předepisována, je primární péče

na opakované podání antibiotik mohou ženy zareagovat vaginální dysmikrobií

cystitis u žen je nejběžnější urologickou komplikací systémového podávání antibiotik

antibiotika první volby v urologii jsou nitrofurantoin, cotrimoxazol a trimetoprim, ve druhé volbě jsou nejčastější aminopeniciliny a až po nich chinolony

u žen s nekomplikovanou uroinfekcí není kultivační vyšetření nutné, u mužů by ale mělo být provedeno vždy

běžná antibiotika. Ambulantní urolog pak v zásadě „nemá kam sáhnout“, nemá k dispozici účinné a dostupné léčivo - bakteriální kmeny napadající močové cesty jsou v současnosti nejvíce rezistentní vůči chinolonům a aminopenicilinům. Takoví nemocní musejí být hospitalizováni, vyžadují drahá, nemocniční antibiotika a výsledek může být nejistý. Samozřejmě - tento postup znamená pro náš zdravotní systém nemalou a hlavně zbytečnou zátěž. Ekonomický parametr je vůbec alfou a omegou všech rezistencí, stojí jednoduše nezanedbatelné peníze.

Lze toto tvrzení podložit relevantními daty?

Ano, například ve Spojených státech bylo provedeno šetření mezi privátními univerzitními nemocnicemi. Bylo zjištěno, že asi 70 % z nich nemá kvůli úsporám nákladů adekvátní mikrobiologický dohled ani „antibiotickou koncepci“ - na rozdíl od nás, kde známá antibiotická centra zahájila činnost už v 70. letech minulého století. V USA byly hodnoceny různé náklady spojené se zbytečnou preskripcí, včetně personálních. Bylo potvrzeno, že na řešení komplikací spojených s antibiotickou rezistencí vydala tato privátní nemocniční zařízení trojnásobek finančních prostředků ve srovnání s částkou, kterou by jinak museli vynaložit na adekvátní antibiotický dohled.

Jak je na tom Evropská unie?

Na tento problém můžeme jen těžko nahlížet pouze prizmatem České republiky. Unie se začala antibiotickou rezistencí systematicky zabývat počátkem 90. let, Dnes ale žijeme v éře globalizace a pohyb osob v rámci unijního prostoru je tak masivní a rychlý, že se z problému zpočátku okrajového stalo velké téma. V současné době pracují v rámci programu ESAC (European Surveillance of Antimicrobial Consumption) experti ze 16 států unie na první verzi evropských guidelineů pro antibiotickou politiku, do kterých by měla být zapracována specifika zúčastněných zemí, každý stát má ale zároveň i svá doporučení. V České republice mají dlouhou tradici zmiňovaná antibiotická centra, v tomto ohledu patříme mezi „nejosvícenější“ země unie, a je zde dobrým zvykem, především v nemocnicích, názorům jejich expertů naslouchat. Klíčovou sférou, kde jsou antibiotika více než z 80 % předepisována, ale zůstává primární péče - tedy praktičtí lékaři a ambulantní pediatri.

Tito lékaři řeší především respirační infekce. Mají v této oblasti nevhodně předepisovaná antibiotika vliv na úspěšnost léčby infekcí močových cest?

Určitě. Kromě zmiňovaného „pěstování“ rezistentních kmenů je zde ještě jeden důležitý aspekt. Na opakované podání antibiotik mohou ženy zareagovat dysmikrobií. Změní se především spektrum běžné poševní flóry, která bývá nahrazena kvasinami. Infekce rychle přestoupí na močové cesty,

kde se změní pH a výsledkem jsou infekce, které by se za normálních podmínek nerozběhly. Typickým příkladem je žena, která přichází do ambulance urologa s tím, že dostala „virózu“ a bylo jí předepsáno antibiotikum, velmi často makrolidové. Následně vznikl zánět pochvy (kolpitida) do 24 hodin přestoupí na močové cesty a ona si stěžuje na nepříjemné pálení a řezání při močení, respektive vznik zánětu močového měchýře. To je úplně nejběžnější urologická komplikace při systémovém podávání antibiotik.

Co by tedy mělo být s ohledem na rezistenci v urologii předepisováno?

Pokud se jedná o bakterii, která má zachovalou citlivost na nitrofurantoin, pak je to právě tento suverénně nejúčinnější lék v urologické indikaci, na který si bakterie dosud nedokázaly vytvořit stálou rezistenci. Podobný případ je kotrimoxazol nebo kombinace sulfametoxazol a trimetoprim. Tato močová chemoterapeutika by měla být u nekomplikovaných infekcí dolních močových cest předepisována v první linii, s výjimkou gravidity, zde je lékem volby aminopenicilin. Mohou být nasazována i empiricky - pokud se jedná o jinak nekomplikovanou mladší pacientku s „klasickými“ příznaky, není ani nutné provádět kultivační vyšetření moči a je možné rovnou předepsat léky, rozhodně ale ne chinolony, makrolidy a tetracykliny. Je důležité vědět, že podávání chinolonů (nikoliv methicilinu) k potlačení nejen stafylokokové infekce, způsobuje zkříženou rezistenci vůči methicilin-rezistentním stafylokokům (MRSA). Dalším podobným příkladem je vznik vankomycin-rezistentních koků, které se v komunitě neobjevují na základě podávání vankomycinu, ale především cefalosporinů a klindamycinu.

Co když u zdánlivě nekomplikované infekce nastane recidiva?

Pokud nezaberou chemoterapeutika první linie a nemocná se opětovně navrací do urologické ambulance s recidivami, pak je na místě kultivační vyšetření moči a snaha o vypátrání skutečného původce infekce, včetně určení citlivosti na daná antibiotika. Díky tomu je možné cíleně podat vhodné antibiotikum, nejčastěji to ve druhé linii bývají aminopeniciliny a až po nich chinolony. Obecně platí, že pokud do 24 až 48 hodin nenastane adekvátní odezva na nasazené léčivo, pak je na místě jeho záměna za jiné na základě kultivačního vyšetření. Recidiva močové infekce může mít v takovém případě organický podklad, například obstrukci dolních močových cest. K jejímu potvrzení jsou indikovány další vyšetření, většinou ultrazvuk a vylučovací urografie. U mužů je situace naprosto odlišná. Zde by měla být vždy provedena kultura a žádné léky by neměly být podány „naslepo“.

*rozhovor připravil Martin Vaněk
převzato ze ZN, Lékařské listy, 12/2011*

MUDr. Jan Jiskra, PhD.

3. Interní klinika 1. LF UK a VFN, Praha

Diagnostika a terapie tyreoidálních uzlů

Souhrn: Článek podává přehled současných poznatků o racionální diagnostice a léčbě tyreoidálních uzlů. **Naprostá většina (90-95 %) tyreoidálních uzlů je benigní.** Základní vyšetřovací metodou v diagnostice je ultrazvuk a ultrazvukem řízená aspirační biopsie tenkou jehlou (FNAB), které mohou s vysokou pravděpodobností vyloučit malignitu. **Většina uzlů je jen dispenzarizována, pokud je podezření z malignity, je indikována operace.** Supresní léčba tyreoidálními hormony byla až na výjimky opuštěna.

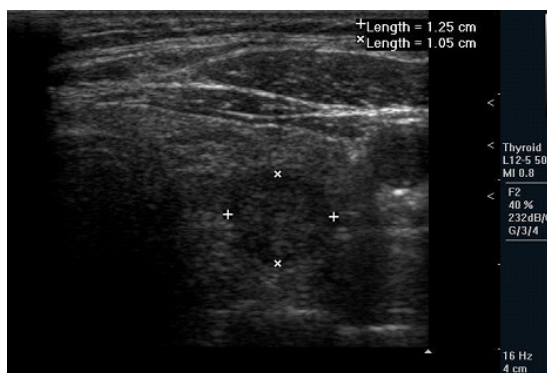
Definice pojmů

Tyreoidálním uzlem se rozumí jakékoliv ložisko ve štítné žláze bez ohledu na jeho biologickou povahu či etiologii. Uzel může být **solidní** (obrázek 1) nebo má částečně **pseudocystickou složku** (je částečně vyplněn tekutinou) - (obrázek 2). **Cystoid** nemá žádnou solidní složku a jde jen o dutinu vyplněnou tekutinou. Většina cystoidů jsou **pseudocysty** (obrázek 3) - nepravé cysty bez vlastní epitelální výstelky vzniklé rozpadem uzlu nebo krvácením. Je-li uzel jeden, jde o **solitární uzel**, pokud je jich více, jde o **polynodózní přestavbu** (štítná žláza není celkově zvětšená) - (obrázek 4), nebo **polynodózní strumu** (štítná žláza je zvětšená) - (obrázek 5). Z hlediska biologické povahy převažují **hyperplastické a koloidní uzly** (nepravé nádory). Z pravých nádorů jsou nečastější **diferencované karcinomy** (85-90 %) - papilární a folikulární (obrázek 6 a 7), vzácné jsou **karcinomy nediferencované** (medulární a anaplastický), lymfomy a metastázy, a raritní jsou sarkomy. Z funkčního hlediska a podle zobrazení při scintigrafii štítné žlázy rozlišujeme tyreoidální uzly **horké** (hyperfunkční vzhledem k okolní tyreoidální tkáni), **teplé** (izofunkční s okolní tyreoidální tkáni) a **studené** (hypofunkční vzhledem k okolní tyreoidální tkáni). Riziko malignity v horkém uzlu je velmi nízké a je mnohem nižší než v uzlech teplých a studených.

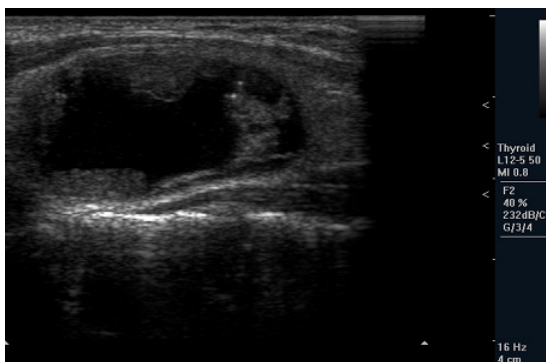
Pojem **struma** znamená zvětšení štítné žlázy nad udávanou normu (dle WHO u dospělých žen do 18 ml, u dospělých mužů do 22 ml) bez ohledu na etiologii a charakter onemocnění.

Prevalence

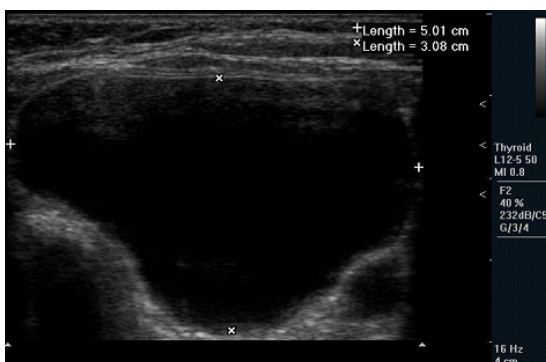
Prevalence tyreoidálních uzlů je sice vysoká, **90-95 % z nich je však benigních.** Při vyšetření ultrazvukem jsou uzly nalézány u **19-76 % neselektované populace.** Prevalence je vyšší u žen a stoupá s věkem. Méně je uzlů palpačně hmatných (odhaduje se asi 3-7 % v neselektované populaci). Karcinom štítné žlázy představuje pouhé 1 % všech maligních tumorů, přesto je nejčastějším maligním nádorem v endokrinologii (90 % všech



Obr. 1: Solidní benigní uzel v terénu chronické lymfocytární tyreoiditidy



Obr. 2: Benigní uzel s pseudocystickou složkou



Obr. 3: Posthemoragická pseudocysta



MUDr. Jan Jiskra, Ph.D.

struma = zvětšení štítné žlázy nad udávanou normu, bez ohledu na etiologii a charakter onemocnění

riziko malignity v horkém uzlu je velmi nízké a je mnohem nižší než v uzlech teplých a studených

jak studené tak teplé uzly = potenciální malignita

anamnéza - osoby se zvýšeným rizikem maligního uzlu (tab. 1)

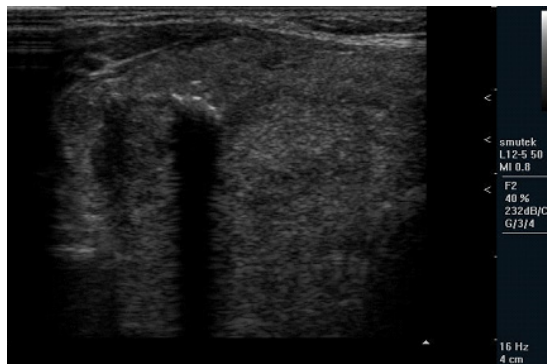
subjektivní obtíže s přítomností uzlů korelují málo:
 - většina asympt.
 - tlak na krku,
 - dysfagie
 - chrapot a kašel
 - sy hor. hrudní apertury

palpace štítné žlázy:
 - velikost
 - přítomnost uzlů
 - zvětšení lymf. uzlin

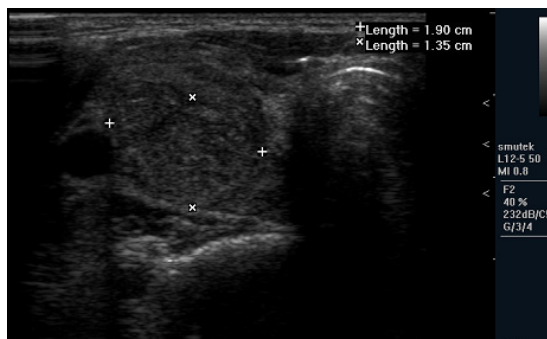
celkové projevy tyreoidální funkce



Obr. 4: Polynodózní přestavba v nezvětšené štítné žláze



Obr. 5: Polynodózní struma s makrokalciifikací



Obr. 6: Papilární karcinom v terénu chronické lymfocytární tyreoiditidy



Obr. 7: Folikulárního karcinom se satelitní metastázou

endokrinních malignit). V České republice je popisováno až 600 nově zachycených případů karcinomu štítné žlázy ročně. Proto je strategie péče o pacienty s tyreoidálními uzly zaměřena hlavně na včasný záchyt malignity.

Anamnéza a klinické vyšetření

Podrobná **anamnéza** pomáhá vyhledat osoby s vyšším rizikem maligního uzlu (tabulka 1), naopak **subjektivní obtíže** pacientů s biologickou povahou uzlů příliš nekorelují. Většina uzlů v nezvětšené štítné žláze (včetně karcinomů) je asymptomatických, asymptomatická může být i uzlová struma, včetně retrosternální. Struma, velké uzly a velké pseudocysty se mohou projevit tlakem na krku, pocitem škrčení a dysfagií. Tyto příznaky jsou však nespecifické a mohou se objevit i u jiných chorob nebo i v rámci neurastenie. Často si pacient uzlu na krku sám nahmatá, což je vždy důvodem k podrobnému vyšetření. Krvácení do štítné žlázy se vznikem posthemoragické pseudocysty se může projevit náhlou spontánní a palpační bolestivostí. Karcinomy se naopak bolestí projeví zřídka – obvykle až v pokročilém stadiu. Pokud není přítomna struma, pak chronický chrapot a kašel mohou být příznaky invazivního růstu karcinomu. Když při retrosternální propagaci uzlu či strumy dochází k syndromu horní hrudní apertury (útlak horní duté žíly, dysfagie, stenóza trachey, paréza zvrtného nervu nebo plexus brachialis, Hornerova trias) je vždy podezření z malignity.

Tab. 1: Klinické faktory zvyšující pravděpodobnost, že tyreoidální uzel je maligní

- Medulární karcinom nebo MEN2* v rodinné anamnéze
- Karcinom štítné žlázy u příbuzných 1. stupně
- Ozáření horní poloviny těla nebo celotělové ozáření v osobní anamnéze
- Hematologická či jiná malignita v osobní anamnéze
- Dlouhodobá léčba tyreostatiky v anamnéze
- Mužské pohlaví
- Věk <20 let nebo >70 let
- Přetrvávající chrapot, kašel, dysfagie, dušnost
- Tvrdý až kamenný uzel
- Fixace uzlu k okolí
- Zvětšené lymfatické uzliny na krku
- Růst uzlu
- Dostatečný přísun jódu

Vysvětlivky:

* MEN2 - mnohočetná endokrinní neoplázie typ 2

Důležité je **palpační vyšetření štítné žlázy a krku**. Velká struma, uzel, event. zvětšené lymfatické uzliny mohou být na krku i viditelné. Při palpaci hodnotíme, zda je přítomen jeden či více uzlů, nebo zda je štítná žláza zvětšená difúzně. Velmi tuhý až kamenný uzel, fixovaný k okolí, event. v přítomnosti zvětšených lymfatických uzlin, je vždy podezřelý z malignity. Vyšetření regionálních lymfatických uzlin (pretracheální, prelaryngeální, paratracheální, podél cévního svazku a supraklavikulárních) nesmí být u pacienta s tyreoidálním uzlem nikdy opomenuto. Hmatné uzliny v těchto oblastech jsou vždy patologické a je nutno je dále vyšetřit ultrazvukem. Naopak submandibulární uzliny mohou být hmatné i fyziologicky a nejsou spádovou oblastí štítné žlázy. Klinické faktory, které zvyšují pravděpodobnost, že tyreoidální uzel je maligní, jsou v tabulce 1.

Kromě palpce hodnotíme také celkové **projevy tyreoidální hyper- či hypofunkce**.

U hyperfunkčního uzlu (což je třeba ověřit scintigrafií a laboratorně), je pravděpodobnost malignity sice minimální, je však třeba varovat před mylnou představou, že přítomnost hyperfunkce automaticky vylučuje malignitu. U polynodózní přestavby mohou být vedle sebe přítomny uzly studené, teplé (obojí potenciálně maligní) i horké (pravděpodobně benigní). Rovněž je třeba mít na paměti, že projevy hyperfunkce může způsobit Gravesova-Basedowova nemoc, a v jejím terénu se může nacházet potenciálně maligní uzel (studený či teplý).

Ultrasonografie a aspirační biopsie tenkou jehlou (FNAB)

Ultrasonografie (USG) je základní vyšetřovací metoda tyreoidálních uzlů. USG sama o sobě sice neurčí biologickou povahu uzlu, může však významně přispět k vyhledání uzlů suspektních z malignity. Riziko malignity není nižší u mnohočetných uzlů oproti solitárnímu ani u uzlů menších než 1 cm oproti velkým uzlům, jak se dříve předpokládalo. Naopak i některé mikrokarcinomy mohou mít i velmi agresivní průběh. Proto má zhodnocení určitých USG charakteristik význam pro indikaci FNAB. USG známky suspektní z malignity jsou v tabulce 2.

Tab. 2: Sonografické známky svědčící pro maligní potenciál tyreoidálního uzlu

- Mikrokalcifikace v uzlu (nikoliv makrokalcifikace)
- Nepravidelný tvar uzlu
- Nepravidelná hypervaskularizace v uzlu (nikoliv na periférii uzlu)
- Hypoechogenita uzlu
- Větší podélný rozměr než příčné rozměry uzlu
- Invaze skrze pouzdro štítné žlázy
- Patologické (infiltrované) regionální lymfatické uzliny

FNAB je v kombinaci USG suverénní metoda, která umožní s dostatečnou senzitivitou i specificitou vyhledat pacienty s potenciálně maligními uzly. FNAB významně redukuje počet zbytečných chirurgických výkonů u benigních asymptomatických stacionárních uzlů a na druhou stranu umožní - především u papilárního karcinomu - indikovat radikální oboustranný výkon a tím se vyhnout následným reoperacím, které mají vysoké riziko komplikací. Používá se již 50 let, dnes převážně pod USG kontrolou, protože tak má lepší výtěžnost. FNAB je téměř nebolestivá (provádí se tenkou jehlou průměru 0,6-0,7 mm) a prakticky nemá kontraindikace. Opatrnost je třeba u warfarinizovaných pacientů (FNAB lze provést, pokud pacient není předávkovaný a INR je do 3). Pokud pacienti nemají koronární či jiné stenty, je vhodné vysadit antiagregační léky včetně nesteroidních antirevmatik alespoň 7 dní před.

K FNAB jsou indikovány solitární uzly velikostí nad 10 mm (alespoň v jednom rozměru), solitár-

ní uzly do 10 mm USG suspektní, USG suspektní uzly v terénu polynodózní přestavby/strumy, všechny uzly se signifikantním růstem a uzly, u kterých je jakékoliv podezření z malignity (např. v terénu zvětšených lymfatických uzlin na krku, u pacienta s nádorovým onemocněním v osobní anamnéze atp.). Růst uzlu je sice indikací k FNAB, neznamená však automaticky, že jde o malignitu. I benigní uzel se může někdy zvětšit zmnožením tekutiny a naopak papilární mikrokarcinom může růst velmi pomalu. Za signifikantní růst se považuje zvětšení o více než 15 % objemu nebo zvětšení o více než 20 % nejméně ve 2 rovinách (nejméně však o 2 mm) v odstupu 6 měsíců. Porovnání velikosti uzlu by měl provádět stejný vyšetřující, protože interindividuální variabilita měření je vysoká. Podmínkou dobré diagnostické výtěžnosti FNAB (především u uzlů do 10 mm) je nejen zručnost a zkušenost vyšetřujícího, který provádí FNAB, a patologa, který odečítá cytologické nátěry, ale také správná interpretace výsledku. Od r. 2010 máme k dispozici jednotnou mezinárodní klasifikaci cytologických nálezů z FNAB (tzv. **Bethesda klasifikace 2010**), která sjednocuje další postup (tabulka 3).

Uzly klasifikované jako Bethesda IV-IV jsou indikovány k operaci, Bethesda III znamená atypie nejasného významu a postup je individuální (buď operace, nebo časný kontrolní USG a FNAB). Uzly Bethesda II jsou s vysokou pravděpodobností benigní, přesto je nutné kontrolovat je ultrazvukem (za 3, 6, 12, 24 měsíců). Výsledek FNAB klasifikova-

Tab. 3: Bethesda klasifikace cytologických nálezů z aspirační biopsie štítné žlázy tenkou jehlou

I. Nediagnostický nebo nedostatečný vzorek

- Pouze cystická tekutina
- Bezbuňččný vzorek
- Jiné (překryto krví, sraženinami, artefakty, atd.)

II. Benigní

- Nejspíše benignímu folikulárnímu uzlu (zahrnuje adenomatoidní uzel, koloidní uzel atd.)
- Nejspíše lymfocytární (Hashimotově) tyreoiditidě v příslušném klinické kontextu
- Nejspíše granulomatózní (subakutní) tyreoiditidě
- Jiné

III. Atypie nejistého významu nebo folikulární léze nejistého významu

IV. Folikulární neoplazie nebo podezření z folikulární neoplazie

- Uvést, zda z Hürthleho buněk (onkocytární)

V. Podezření z malignity

- Podezření z papilárního karcinomu
- Podezření z medulárního karcinomu
- Podezření z metastatického karcinomu
- Podezření z lymfomu
- Jiné

VI. Maligní

- Papilární karcinom
- Málo diferencovaný karcinom
- Medulární karcinom
- Nediferencovaný (anaplastický) karcinom
- Spinocelulární karcinom
- Smíšený karcinom (specifikujte)
- Metastatický karcinom
- Non-Hodgkinův lymfom

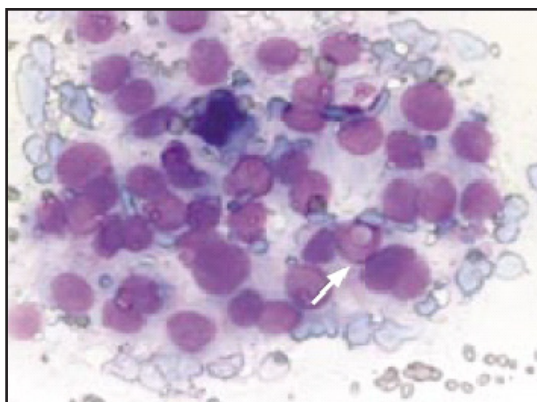
hyperfunkční uzel - scintigrafická a laboratorní verifikace

přítomnost hyperfunkce nevylučuje malignitu

FNAB u warfarinizovaných pacientů možno, pokud pacient není předávkovaný a INR je do 3,0

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

ný jako I je nedignostický a FNAB je třeba opakovat. V případě opakovaně nedignostické FNAB je nutná operace. Operace je nutná i při benigním výsledku FNAB, pokud je jakékoliv jiné podezření z malignity uzlu (např. zvětšené lymfatické uzliny na krku). Typický cytologický obraz papilárního karcinomu je na obrázku 8. Součástí USG štítné žlázy by mělo vždy být i vyšetření regionálních lymfatických uzlin (pretracheálních, prelaryngeálních, paratracheálních, krčních podél cévního svazku a supraklavikulárních).



Obr. 8: Cytologický obraz papilárního karcinomu

Scintigrafie, CT a MR

Subklinická či manifestní hyperfunkce štítné žlázy v přítomnosti solitárního či mnohočetných uzlů je indikací k scintigrafii technecianem (^{99m}Tc). Hyperfunkční uzel (toxický adenom) se klinicky projeví od velikosti cca 3 cm v průměru. Počítačová tomografie (CT) event. magnetická rezonance (MR) se využívá hlavně k vyšetření retrosternální strumy, kde nelze použít ani USG ani scintigrafii. U strumy bez retrosternální propagace nemá CT výhodu oproti sonografii.

Jeden z možných vyšetřovacích algoritmů u tyreoidálních uzlů je na obrázku 9.

Terapie

V terapii tyreoidálních uzlů byla **opuštěna dříve paušálně užívaná supresní terapie levotyroxinem**. Důvodem je fakt, že suprese TSH pod 0,1 IU/l prokazatelně zvyšuje riziko osteoporózy, fibrilace síní a kardiovaskulárních příhod a efekt na zmenšení uzlů je jen malý nebo dokonce žádný. Riziko tedy jednoznačně převyšuje benefit. Výjimkou je supresní léčba u pacientů po operaci pro diferencované tyreoidální karcinomy, substituční léčba u uzlů v terénu hypotyreózy a v oblastech se zřejmým jódovým deficitem, tzv. izohormonální léčba u uzlů v terénu chronické lymfocytární tyreoiditidy a izohormonální léčba drobných koloidních uzlů u dětí, dospívajících a mladších dospělých. Dávky levotyroxinu v těchto případech však nejsou tak vysoké, aby TSH bylo suprimované. **Tyreoidální uzly tedy převážně jen sledujeme, nebo je indikujeme k operaci**. Z praktického hlediska není možné (ani nutné) všechny tyreoidální uzly vyřešit chirurgickou cestou. Důležité je identifikovat včas ty pacienty, kteří jsou indikováni k operaci a paci-

enty dispenzarizovat. Klinické vyšetření s palpačním vyšetřením štítné žlázy a krku by mělo být prováděno 1x za 6-12 měsíců a USG zpočátku 1x za 3-6 měsíců, později u stacionárních uzlů stačí USG kontroly 1x za 1-2 roky. V případě jakéhokoliv podezření z malignity je indikováno opakování FNAB a event. operace. Jednostranná lobektomie (odstranění celého jednoho laloku) je indikována u solitárního uzlu či jednostranné polynodózní přestavby/strumy, pokud není cytologický nález hodnocen jako maligní a současně je normální druhý lalok a není ani klinické podezření z malignity. Spolu s jednostranným výkonem je možné odstranit i istmus, což značně zjednoduší případnou reoperaci (totalizaci výkonu při maligní histologii). V ostatních případech je indikována totální tyreoidektomie. Při operaci, která je indikována z důvodu podezření z malignity, je nutná peroperační revize event. exstirpace postižených lymfatických uzlin.

Léčbu radiojódem lze využít u hyperfunkčních uzlů a polynodózní toxické přestavby/strumy a v individuálních případech také jako zmenšovací léčbu u eufunkční polynodózní strumy. U nás se provádí léčba radiojódem převážně za hospitalizace, i když aktivitu do 550 MBq lze za dodržení určitých podmínek podat i u nás ambulantně.

V některých zemích se zkoušela perkutánní injekce ethanolu do uzlu, metoda však není příliš rozšířena - důvodem jsou především hrozící komplikace (bolestivost a nekróza v okolí, včetně parézy rekurentu), pokud dojde k aplikaci mimo uzlu. Nově se v některých centrech experimentálně zkouší laserová ablace uzlu.

Shrnutí pro praxi

Tyreoidální uzly jsou v populaci časté, většina z nich je však benigních. Suverénní diagnostickou metodou je ultrazvuk a ultrazvukem řízená aspirační biopsie tenkou jehlou (FNAB), které mohou s vysokou pravděpodobností vyloučit malignitu. Většina uzlů je jen dispenzarizována, pokud je podezření z malignity, je indikována operace. Supresní léčba tyreoidálními hormony byla až na výjimky opuštěna.

Literatura:

- Jiskra J. Struma a tyreoidální uzly, lekce EUNI
 The American Thyroid Association Guidelines Taskforce. Management Guidelines for Patients with Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer. *Thyroid*, Volume 16, No. 2, 2006
 The American Thyroid Association (ATA) Guidelines Taskforce on Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer. Revised American Thyroid Association Management Guidelines for Patients with Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer. *Thyroid*, Volume 19, No. 11, 2009
 Gharib H, Papini E, Paschke R. Thyroid nodules: a review of current guidelines, practices, and prospects. *Eur J Endocrinol*, 2008, 5: 493-505

As. MUDr. Jan Jiskra Ph.D. pracuje na 3. Interní klinice 1. LF UK a VFN v Praze. Specializuje se na endokrinologii a intenzivní medicínu. Vyučuje mediky, je řešitelem grantových projektů, pravidelně publikuje a je členem několika odborných společností.

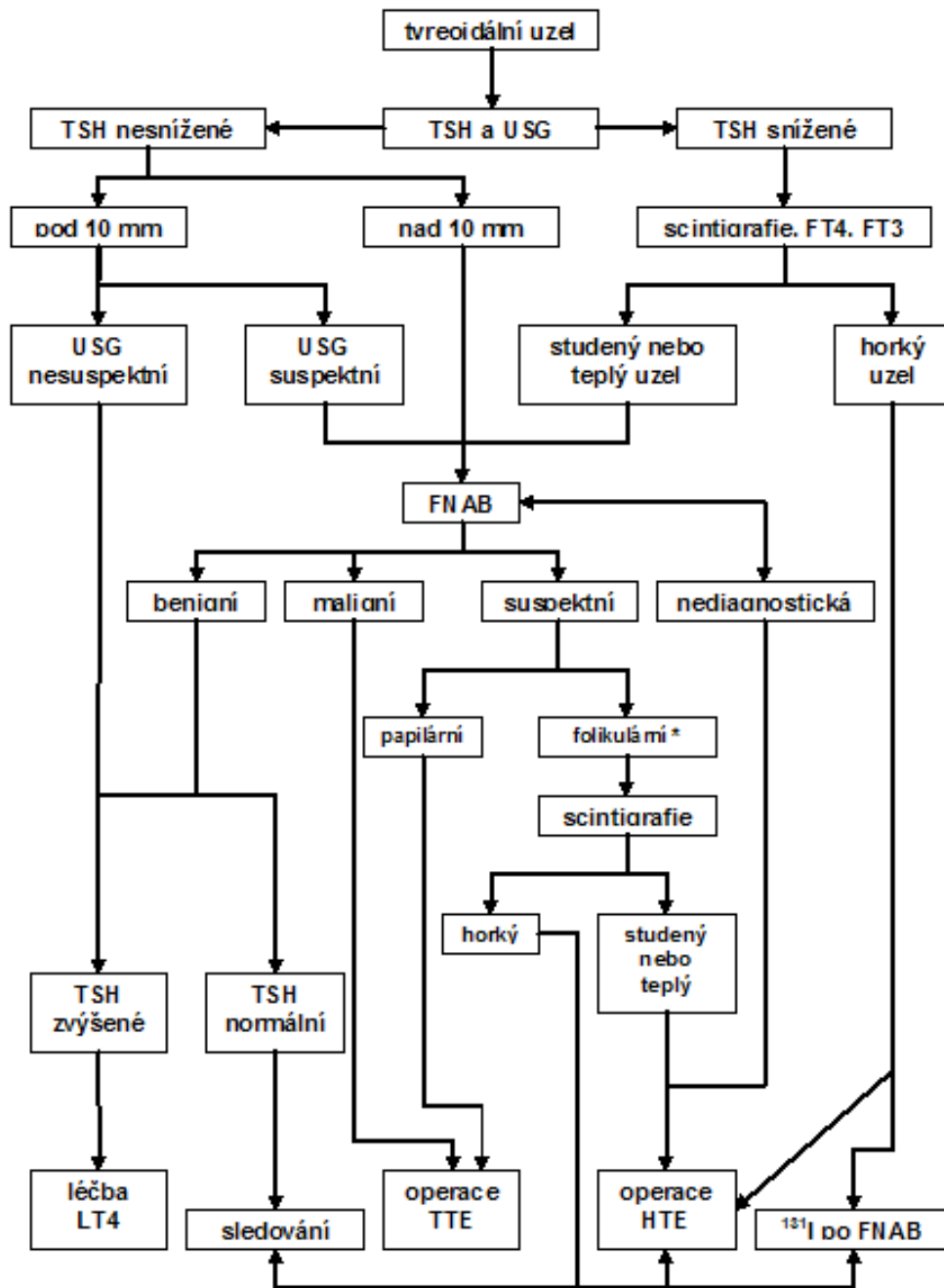
hyperfunkční uzel (toxický adenom) se klinicky projeví od velikosti cca 3 cm

k vyšetření retrosternální strumy nelze použít ani USG ani scintigrafii

supresní léčba uzlů byla až na výjimky opuštěna

suprese TSH pod 0,1 IU/l prokazatelně zvyšuje riziko osteoporózy, fibrilace síní a kardiovaskulárních příhod

Obr. 9: Algoritmus vyšetření a terapie tyreoidálního uzlu



MUDr. Igor Karen

Odborný garant pro diabetologii SVL ČLS JEP

Novinky v diabetologii pro VPL 2011

Vzhledem k opakovaným stejným dotazům na seminářích SVL či SPL ČR jsem se rozhodl napsat shrnutí dosavadních aktivit a možností VPL ohledně péče o pacienty s DM.

Dispenzarizace diabetiků

V ordinacích VPL je možné od **1. 1. 2010** léčit pacienty s nekomplikovaným DM. Je nutné v tomto případě si nasmlouvat **kód 01201: PÉČE O STABILIZOVANÉHO NEKOMPLIKOVANÉHO DIABETIKA 2. TYPU VŠEOBECNÝM PRAKTICKÝM LÉKAŘEM**, který není v pravidelné péči diabetologa a je dispenzarizován u PL.

- Frekvenčně je výkon omezen á 3 měsíce
 - čas výkonu 30 minut
 - bodové ohodnocení 233 bodů (bod 1,10 Kč)
- Finančně vychází tento kód na cca 320,- Kč za jedno vyšetření.

Dále je nutné současně vykázat i kód dispenzarizovaného pacienta **09532**, který je ohodnocen 10 body.

Při každé kontrole pacienta s DM nepodkročitelně musí být vyšetřeny následující parametry:

hmotnost, výška, BMI, TK, pulz, glykémie nalačno či postprandiální a v neposlední řadě aspekce DK,

poté vše zapsat do dokumentace pacienta.

K tomu je žádoucí zapsat medikaci ohledně diabetu a všechny další parametry do průkazky diabetika, včetně další plánované kontroly.

Nedílnou součástí je léčba všech přidružených onemocnění, včetně preskripce pro tyto diagnózy.

Stanovení glykovaného hemoglobinu v ordinaci

Od **1. 1. 2011** byl vyhláškou MZ ČR vydán kód 01445, což znamená: **STANOVENÍ GLYKOVANÉHO HEMOGLOBINU HbA_{1c} V AMBULANCI LÉKAŘEM**, který dispenzarizuje pacienta s DM.

- Frekvenčně je výkon omezen á 3 měsíce do kompenzace hodnot HbA_{1c}, dále již 1x za 6 měsíců dle DP
- Čas výkonu 2 minuty a bodové ohodnocení 122 bodů.
- **CAVE:** při „velkých odběrech u dispenzarizovaného pacienta s DM“ je nutné poslat i HbA_{1c} do spádové laboratoře k vyšetření.

K tomuto vyšetření je nutné podotknout, že je nutné k nasmlouvání tohoto výkonu doložení přístrojového vybavení k analýze HbA_{1c} (buď zakoupení, či pronájem přístroje), dále certifikát o zaškolení obsluhujícího personálu tohoto přístroje (provede a proškolí firma při zakoupení toho-

to přístroje) a dále je nutný certifikát o absolvování školení ohledně klinické interpretace výsledků HbA_{1c}. V tomto bodu jsme se s VZP a Diabetologickou společností shodli na několika možnostech provedení formou kurzů v IPVZ, SPL seminářů, víkendových seminářů SVL, seminářích LF, či e-learningových kurzů, které budou připraveny ve spolupráci SVL, SPL a Diabetologickou společností.

E-learningové kurzy jsou nyní ve fázi přípravy.

Další povolené odbornosti 101 - interna, 103 - diabetologie, 104 - endokrinologie.

Stanovení glykémie v ordinaci

Od **1. 1. 2011** byl vyhláškou MZ ČR vydán **kód 01441: STANOVENÍ GLUKÓZY GLUKOMETREM, JAK NALAČNO, TAK I POSTPRANDIÁLNĚ V AMBULANCI LÉKAŘEM**, který dispenzarizuje pacienta s DM.

- Frekvenčně je výkon ZÁVISLÝ na kompenzaci DM a tudíž lze jej vykazovat do KOMPENZACE DM, dále již 1x za 3 měsíce dle DP při dispenzárních prohlídkách.
- Čas výkonu 2 minuty a bodové ohodnocení 25 bodů.
- **CAVE:** při „velkých odběrech u dispenzarizovaného pacienta s DM“ je nutné poslat i glykémii do spádové laboratoře k vyšetření.

Ambulantní přístroje pro vyšetření HbA_{1c}

Obecně obsluha všech ambulantních přístrojů pro vyšetření glykovaného Hb je velmi jednoduchá a pro vykázání tohoto vyšetření je nutné dodržet obecný postup.

Provedení: Výkon zahajujeme odběrem žilní či kapilární krve. Pomocí mikropipety se vloží vyšetřovaný vzorek do automatizovaného přístroje, který ve velmi krátké době vyhodnotí glykovaný hemoglobin. Výsledek glykovaného Hb se zobrazí na display přístroje. Výkon končí vyhodnocením výsledku tohoto vyšetření a následně zápisem do zdravotnické dokumentace pacienta. Vyhodnocení tohoto parametru, glykovaného hemoglobinu (HbA_{1c}) ukazuje kvalitu péče a kompenzaci pacienta s diagnózou DM.

Co se týká přístrojového vybavení v ambulancích pro uvedené vyšetření glykovaného hemoglobinu, který je jedním ze zásadních markerů kompenzace či naopak dekompenzace léčeného DM existuje na našem trhu několik firem a tudíž i přístrojů



MUDr. Igor Karen

a já jsem měl možnost jejich představení, čili je „vidět v akci“. Jedná se o přístroje od firmy QuickSeal: přístroj SMART 700/340 či od firmy Medial: analyzátor na vyšetření glykovaného hemoglobinu, který ovšem má další možnost i pro vyšetření parametru CRP.

SMART 700/340

Jedná se multifunkční analyzátor SMART na vyšetření CRP a dalších parametrů, kde obsluha je velice jednoduchá.

- Po odebrání kapilární krve pacienta, vzorek krve vložíte do kvety, a tu pak vložíte do přístroje.
- Nepřidává se žádná reagentie, nic se nemíchá.
- Výsledek je stanoven do 3 minut. Není zde zapotřebí asistence obsluhy jako u ostatních přístrojů.

Přístroj zůstává stejný, jen si dokupujete různé kity, podle toho jaká vyšetření potřebujete.



Přístroj SMART 700/340 měří: CRP, hsCRP, D-dimer, mikroalbumin, HbA_{1c} (glykovaný hemoglobin) INR a FOB - okulní krvácení.

Cena se pohybuje kolem 60 000,- Kč.

Odkaz: www.QuickSeal.eu

NycoCard Reader II

Druhým přístrojem, který jsem měl možnost poznat, je analyzátor NycoCard Reader II, který stanovuje CRP, HbA_{1c} (glykovaný hemoglobin), mikroalbumin a ještě i D-Dimer.



Cena se pohybuje kolem 26.000 Kč.

Přístroj zůstává také stejný, jen si dokupujete různé kity, podle toho jaká vyšetření potřebujete. Výsledek je stanoven do 3-5ti minut. Přístroj je cenově dostupnější než předchozí přístroj, ale bohužel nemá software na vyšetření INR. Toto vyšetření lze provádět na dalším přístroji,

které má zmíněná firma ve svém portfoliu.

Pokud je mi známo, tak přístroj NycoCard Reader II (v současné době již na trhu používán k měření CRP) a ještě budoucí novinka na našem trhu nový přístroj s názvem **Afinion** od stejné firmy Medial s. r. o. jsou v současné době spolu s dalšími přístroji testovány, ve spolupráci se SEKK (Společnost Externí Kontroly Kvality). Testování prověřuje použití přístrojů pro měření HbA_{1c} v podmínkách ambulantních lékařů a možnost provádění povinných externích kontrol na těchto přístrojích. Výsledky testování by měly být známy v průběhu dubna 2011. Budu Vás o tomto průběžně informovat, jak o výsledcích testování stávajícího přístroje, tak i o budoucí novince na našem trhu přístroji Afinion, který mám slíbený k představení v naší ordinaci.

Odkaz: www.medial.cz

O dalších přístrojích na našem trhu vás budu informovat až po jejich event. vyzkoušení či představení v mé ordinaci.

Softwarový Dia modul

Další pomocí v našich ambulancích je možnost využití softwarového Dia modulu u uživatelů programu PC Doktor, Medicus.

Jedná se o rozšíření dvou nejrozšířenějších programů pro PL v ČR (odkazy: www.muipcdoctor.cz a www.medicus.cz).

Charakteristika Dia modulu:

- Všechna vyšetření vychází z Doporučeného postupu SVL ČLS JEP
- Kontrola rozsah prováděných prohlídek – minimalizace rizika krácení úhrad od ZP
- Minimální náklady na provoz modulu v porovnání s úhradami péče o diabetiky od všech ZP, navíc zakoupení licence je za pouhou 1 Kč a roční udržovací poplatky jsou 1 800 Kč, což odpovídá nákladově za péči o 1-2 diabetiky v registru.
- Automatická detekce diabetických pacientů a jejich zařazení do dispenzárních skupin
- Předvyplnění souvisejících aktuálních hodnot pacienta
- Kontrola úplnosti provedení dispenzární prohlídky
- Kontrola hodnoty klíčových ukazatelů v čase
- Příprava signálních výkonů k vyúčtování pro VZP

Z mé vlastní zkušenosti toto mohu jen doporučit, neboť tento modul pamatuje na všechna požadovaná vyšetření v rámci dispenzarizace ohledně péče o pacienta s DM a zároveň v rámci účtování pro ZP je zde již přednastaven i formulář na účtování. Jak výše uvádím, naopak nás informuje i o nutnosti doplnění dalších požadovaných vyšetření, které jsou nedílnou součástí při léčbě a dispenzarizaci pacienta s DM.

Co mne velmi zaujalo, je systémová funkce, která po její aktivaci sama nám vyhledá další potencionální diabetiky v našem registru na podkladě buď zaznamenané glykémie, HbA_{1c}, či zaznamenaných léků v dokumentaci (metformin, gliimepirid, gliklazid, aj.)

Odkaz: <http://www.muipcdoctor.cz/>

SW modul pro péči o diabetika 2. typu v ordinaci PL

The screenshot shows a software interface for diabetes care. At the top, it displays patient information: DČ: E11.9, Jazyk: Čeština, and a red 'Cena' label. Below this, there are several rows of data for various tests, including Hmotnost [55], Výška [170], BMI [23.15], Tlak [120/65], Puls [70], Glykémie na lačno [5.5], and HbA1c [5.3]. A section titled 'Každých 8 měsíců' shows cholesterol values: Cholesterol celkový [5.2], HDL [4.2], LDL [3.6], and Třída [3]. There is also a section for 'Iz ročně' with fields for K, Cl, Kreatinin, and Ekv. močovník. The bottom part of the interface shows a list of tests with checkboxes, including 'Moč. chemikálie + vst.', 'Mikroalbuminurie/Sproteinurie', 'Moč. biologie/cytologie', 'Interní vst.', 'EKG', 'Neurolog vst.', and 'Oční vst.'. A 'Dependencej postup' section is also visible at the bottom right.

MUDr. Igor Karen je odborným garantem pro diabetologii SVL ČLS JEP, dále místopředsedou pro profesní záležitosti SVL ČLS JEP. Pracuje jako všeobecný praktický lékař v Benátkách nad Jizerou. Publikuje, přednáší a podílí se na výzkumu a tvorbě doporučených postupů v oblastech týkajících se arteriální hypertenze, diabetu mellitu a metabolického syndromu v primární péči.

Doc. MUDr. Iva Holmerová, PhD.

Ředitelka a primářka Gerontologického centra, Praha 8

Předsedkyně ČGGS

Možnosti prevence kognitivní poruchy a demence

Alzheimerova choroba a další neurodegenerativní onemocnění jsou nejčastějšími příčinami syndromu demence, který představuje v současné době jeden z nejzávažnějších problémů zdravotnické a sociální politiky. Významná je také ekonomická zátěž těchto onemocnění. Projekt EuroCoDe (European Collaboration on Dementia) uskutečněný Alzheimer Europe (1) prokázal, že počet lidí s demencí v zemích Evropské unie byl v roce 2007 celkem 6, 1 milionu. V roce 2010 to bylo již 7,3 milionu (2). Celkové náklady na demenci v zemích evropské sedmadvacítky byly odhadnuty na 130 miliard euro. Z toho byla více než polovina (56 %) vynaložena na neformální, rodinnou péči. Náklady na péči o lidi s demencí byly v zemích EU v průměru 21 000 euro za rok, nejvyšší v zemích „staré“ EU, nižší v zemích po rozšíření a dalších evropských zemích). Zátěž Alzheimerovou chorobou a jinými onemocněními způsobujícími demenci představovala 350 DALY na 100 tisíc lidí (srovnejme například s 247 DALY způsobenými diabetem).⁽¹⁾

V České republice 110–130 000 lidí postižených syndromem demence, z nichž asi dvě třetiny trpí Alzheimerovou chorobou. Na základě demografických prognóz lze předpokládat, že se tento počet do roku 2040 zdvojnásobí, takže se bude jednat téměř o čtvrt milionu nemocných.⁽³⁾ Na základě epidemiologických studií je patrné, že prevalence onemocnění se s věkem zvyšuje (každých 5 let na dvojnásobek). Kdyby se tedy hypoteticky podařilo rozvoj onemocnění u každého jedince oddálit o pět let, klesl by celkový počet nemocných na polovinu⁽³⁾.

Význam prevence

Možnost prevence demencí se stává v současné době stále větší výzvou, protože v celém světě narůstá počet lidí trpících demencí a dále zejména proto, že v současné době máme k dispozici pouze malou skupinu léků s prokázaným symptomatickým efektem (inhibitory acetylcholinesterázy a memantin) u Alzheimerovy choroby, ale dosud neexistuje kauzální léčba této nejčastější příčiny demence. Ve výzkumu tohoto onemocnění došlo v poslední době k mnoha zklamáním a zdá se, že ani žádná ze současných výzkumných cest nepovede k objevení skutečně účinného léku u všech pacientů. U některých příčin demence (frontotemporální lobární degenerace) není známa ani symptomatická léčba. Pozornost se tak obrací k dalším souvislostem demence, a to zejména k možné vaskulární etiologii, která je pravděpodobně nejen příčinou druhé největší skupiny demencí, tzv. vaskulárních demencí, ale která se významným způsobem podílí také na manifestaci demence u neurodegenerativních onemocnění.

Současné možnosti léčby

Profesor Bengt Winblad z Karolinska Institutet

Alzheimer Disease Research Center, Centra pro výzkum Alzheimerovy choroby Karolinska Institutet ve Švédsku hovořil na kongresu o klinických studiích Alzheimerovy choroby, který se v závěru loňského roku uskutečnil ve francouzském Toulouse o „re-thinking“ (přehodnocení) terapie Alzheimerovy choroby, ve své přednášce nazvané „Čemu se učíme z probíhajících klinických studií“. Jeho přednáška byla neobvykle emotivní, sám upozornil na to, že bude prezentovat v podstatě velice negativní informace. Je tomu totiž již dlouho, co není v terapii Alzheimerovy choroby nic nového. Od roku 2002 (od doby, kdy byl do praxe zaveden memantin) nebyl vyvinut žádný nový lék. Pro léčbu Alzheimerovy choroby je dosud schválena a široce užívána **léčba kognitiv, inhibitory cholinesteráz a memantin**. Studie s těmito léky prokázaly další pozitivní efekty těchto léků v procesu modifikujícím průběh onemocnění. V současné době existuje mnoho molekul, které jsou zkoumány, o některých z nich se ví, že ovlivňují produkci, agregaci nebo štěpení beta amyloidu, dále se jedná o očkovací látky, další látky ovlivňují tau protein a jeho fosforylaci, dále se jedná o ovlivnění neurotransmiterů a dalších působků, o cholesterol ovlivňující léky, antioxidanty, léky působící na mitochondrie a dále o léky s mnohočetnými efekty. Jaké jsou problémy ve vývoji nových léků Alzheimerovy choroby? Bengt Winblad je nazval doslova nebezpečími pro vývoj nových léků.

U mnoha skupin léků, které ve své přednášce vyjmenoval, existovaly pozitivní výsledky druhé fáze, ale třetí fáze výzkumu léčiva přinesla výsledky negativní. Je tedy zapotřebí zvážit nová pravidla a guidelines preklinických a klinických fází, validovat nové biomarkery stejně tak jako podrobnější klinická kritéria pro výzkum, protože některé dosud používané škály (například ADAS cog) jsou



Doc. MUDr. Iva Holmerová

Je tomu již dlouho, co není v terapii Alzheimerovy choroby nic nového

u Alzheimerovy choroby dosud neexistuje kauzální léčba

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

již pro výzkumné účely překonané. Je možné, že došlo k chybám ve všech následujících oblastech, a to jak při výběru adekvátních kandidátních léků, tak ve strategii léčby, dávkování a době podávání léčiva, ve výběru a správném definování probandů, včetně podrobného definování neuropatologie a stádia onemocnění, kdy zejména časná (preklinická) stádia onemocnění budou pro vývoj léčiva modifikujícího průběh onemocnění či dokonce kauzálně působícího nejdůležitější. Dále je zapotřebí přesně definovat výsledky a účinky, které by daný lék měl mít. K úspěšnému vývoji nového léku je tedy podle prof. Winblada zapotřebí rozklíčování komplexnosti patogeneze onemocnění, multidisciplinární a mezinárodní spolupráce, rychlé informace o negativních efektech. Je více než pravděpodobné, že současné zaměření výzkumu Alzheimerovy choroby téměř výhradně na problematiku beta amyloidu a tau proteinu bude brzy překonáno a bude zapotřebí zkoumat mechanismy daleko komplexnější, zejména pak neuronální regeneraci, funkci buněčných organel a na metabolické faktory, včetně souvislostí s diabetem a metabolickým syndromem. Význam budou mít pravděpodobně neuronální růstové faktory, existuje také dostatečné poznání o tom, že buněčné organely mají zásadní význam pro etiopatogenezi. Synaptická funkce přímo souvisí s funkcí mitochondrií, jejichž funkčnost může být jedním z klíčů k etiopatogenezi onemocnění. V závěru své prezentace shrnul, že v současné době máme lepší znalosti o rizicích a preventivních faktorech, a to zejména z epidemiologických studií, víme, jak je možné ovlivnit rizikové faktory.

Možnosti prevence

Data z epidemiologických studií naznačují některé možnosti prevence demencí, jedná se zejména o některé **faktory životního stylu, sociální kontakty, duševní a fyzickou aktivitu, ovlivnění diety** stejně tak jako některé možné **preventivní farmakologické intervence**, z nichž byla nejčastěji zvažována možnost **hormonální substituční terapie u žen, nesteroidní antirevmatika, hypolipidemia, antihypertenziva či preparáty ginkgo biloba**.⁽⁴⁾ Metaanalýzy dostupných studií například prokázaly, že existují některé důkazy pro účinnost antioxidantů, omega-3 mastných kyselin, vitaminů ovlivňujících hladinu homocysteinu atd. v prevenci demence, nicméně tyto důkazy nebylo možné zobecnit do doporučení prevence demence, neboť se nejednalo o důkazy dostatečné, tedy takové, které by byly založeny na správně provedených a dostatečně velkých observačních studiích či randomizovaných kontrolovaných studiích.⁽⁴⁾ Další přehledová studie v roce 2007 dospěla k závěru, že přes určité rozporuplné výsledky je velmi pravděpodobné, že folát či vitamin B12 mohou mít určitou ochrannou roli v prevenci kognitivního deficitu či demence a také kombinace antioxidantů může působit obdobně.⁽⁵⁾ Na rozdíl od toho dvě Cochrane reviews nepotvrdily předpoklad ani příznivého působení kyseliny listové ani vitaminu B12 stejně tak jako vitaminu B6.^(6,7) Další metaanalýza zkoumala působení vysokých dávek betakarotenu,

vitaminu E a vitaminu A, příznivý efekt nejenže nebyl potvrzen, ale bylo zjištěno, že jejich podávání způsobuje zvýšení mortality.⁽⁸⁾ Stejně tak bylo jednoznačně prokázáno, že hormonální substituční terapie nemá pozitivní vliv na oddálení kognitivního deficitu. Nesplnila se ani velká očekávání, která byla na základě některých observačních studií vkládána do preventivního působení nesteroidních antirevmatik.⁽⁴⁾

Ginkgo biloba

V loňském roce byly prezentovány výsledky studie GuidAge (prof. Bruno Vellas na konferenci o klinických studiích Alzheimerovy choroby, Toulouse) zkoumající vliv standardizovaného preparátu EGB 761 z ginkgo biloba, studie prokázala, že tento preparát působí preventivně proti zhoršení kognitivních funkcí u lidí se subjektivními stesky na poruchy paměti (na rozdíl od preparátů nestandardizovaných, u kterých tento efekt prokázán nebyl).

Metabolická kontrola u DM a MS

Mezi rizikové faktory demence patří metabolický syndrom (MS) a diabetes mellitus (DM). Dosud však není dostatek důkazů k tomu, aby bylo zřejmé, jak důsledná metabolická kontrola je v tomto případě s ohledem na kognitivní funkce nejpříznivější, a to zejména s ohledem na pacienty vyšších decenií, kde mohou škodlivě působit zejména hypoglykémie.

Flavonoidy

V poslední době se prokazuje příznivý vliv flavonoidů obsažených v kávě a zejména v čaji, důraz je dále kladen na vyváženou, čerstvou a pestrou stravu respektující zásady prevence kardiovaskulárních onemocnění.⁽¹⁰⁾

Fyzická a duševní aktivita

Studie zkoumající vliv různých aktivit jakožto preventivního faktoru působícího oddálení kognitivního deficitu či rozvoje demence jsou naopak velmi slibné, protože shrnutí jejich výsledků ukazuje, že nejen fyzická a duševní aktivita, ale zejména tvořivá činnost a čilé sociální kontakty působí proti rozvoji demence.^(4,11)

Na loňském kongresu ICAD, jednom z největších světových kongresů o problematice Alzheimerovy choroby, kde jsou každoročně prezentovány zásadní práce z této oblasti výzkumu, prezentovala Sherry Willis z University of Washington studii téměř tří tisíc probandů, kteří podstoupili kognitivní trénink (ACTIVE STUDY) tato studie prokázala, že zlepšení jednotlivých kognitivních domén, které byly v rámci studie trénovány, přetrvávalo i po 5 letech. Carl W Cotman z University of California podal na též kongresu přehled o významu cvičení, a to jak v pokusech na zvířatech tak v klinickém výzkumu. Shrnul, že cvičení působí projektivně proti rozvoji demence tím, že v průběhu cvičení je zvyšována sekrece BDNF (brain derived neurotrophic factor), IGF-1 a VEGF. Carl Cotman popsal pozitivní efekty cvičení a mechanismy pravděpodobného ochranného působení

příznivý vliv flavonoidů obsažených v kávě a zejména v čaji

důraz je kladen na vyváženou, čerstvou a pestrou stravu respektující zásady prevence kardiovaskulárních onemocnění

nejen fyzická a duševní aktivita, ale zejména tvořivá činnost a čilé sociální kontakty působí proti rozvoji demence

mírná až výrazná tělesná zátěž snižuje riziko demence jakékoli etiologie

pravděpodobné ochranné působení pohybu v prevenci demence spočívá v modifikaci zánětlivých a vaskulárních mechanismů a tvorbě neurotrofických působků

nitrendipin prostupuje mozkomíšní bariérou a pravděpodobně tak může působit přímo neuroprotektivně

léčba 1 000 hypertoniků nitrendipinem po dobu 5 let může zabránit 20 případům demence

testování kognitivních funkcí probíhá zdarma na základě objednání v některém z kontaktních míst České Alzheimerovské společnosti

pohybu v prevenci demence, zejména se jedná o modifikaci zánětlivých a vaskulárních mechanismů a tvorbu neurotrofických působků. Obdobné zjištění z kohorty Framinghamské studie publikovala Zaldy S Tan se spoluautory, jejichž zkoumání prokázalo, že mírná až výrazná tělesná zátěž snižuje riziko demence jakékoli etiologie.

Antihypertenziva

Z pěti randomizovaných kontrolovaných studií zabývajících se působením antihypertenziv a kognitivní poruchou potvrdily preventivní efekt antihypertenzní terapie pouze dvě studie, a to studie PROGRESS (Perindopril Protection against Recurrent Stroke Study), který prokázal snížení kognitivního deficitu v důsledku opakujících se mozkových příhod (respektive jejich redukce) a pozoruhodné byly výsledky studie Syst-Eur (Systolic Hypertension in Europe), která prokázala snížení rizika rozvoje kognitivního deficitu a demence o 55 % (ze 7,4 na 3,3 případu na 1 000 pacientů za rok).⁽⁴⁾

Nitrendipin

Na základě těchto studií lze předpokládat, že některé skupiny léků (zejména blokátory kalciového kanálu a pravděpodobně i ACE inhibitory) mohou působit preventivně proti rozvoji kognitivní poruchy a demenci pravděpodobně i jiným mechanismem, než je vlastní snížení krevního tlaku. Takovýto mechanismus se nabízí například u nitrendipinu (viz studie Syst-Eur), který prostupuje mozkomíšní bariérou a pravděpodobně tak může působit přímo neuroprotektivně. Nitrendipin zabraňuje protražovanému vstupu kalcia do buňky a zabraňuje tak procesu, který ve svých důsledcích vede k poškození kapacity neuronálních organel v udržení kalciové homeostázy, k jejich poškození v důsledku toho k apoptotickému procesu vedoucímu k zániku neuronu. Na krysím modelu bylo navíc potvrzeno, že nitrendipin v mozku blokuje kalciové kanály preferenčně v oblastech primárně poškozených při ad (kortex, hippokampus).

Do studie SYST-EUR, jejíž pokračování bylo vyhodnoceno v roce 2002, byli původně zařazeni nemocných starší 60 let se systolickou hypertenzí. Studie byla primárně zaměřena na vyhodnocení účinnosti farmakologické léčby systolické hypertenze ve vyšším věku. Pacienti s kognitivní poruchou či demencí do studie zařazeni nebyli. Ve dvojité slepé fázi, která trvala cca dva roky, byli nemocní randomizováni k aktivní léčbě (nitrendipin) a placebem v kontrolní skupině. Pokračování studie se zúčastnilo celkem 2 902 pacientů, z nichž 1 417 bylo v původní placebové skupině a 1 485 ve skupině léčené nitrendipinem. Kognitivní porucha event. demence byla v rámci studie SYST-EUR zjišťována pomocí testů MMSE (Mini Mental State Examination). Ti nemocní, u kterých bylo vysloveno podezření na demenci, pak byli dále vyšetřeni podrobněji (včetně CT mozku). Celkem bylo zaznamenáno 64 případů nově vzniklé demence, z toho 41 případů Alzheimerovy choroby, 19 případů smíšené či vaskulární demence, 4 případy zůstaly neobjasněny. 43 případů demence vzniklo v kontrolní

skupině (která užívala původně placebo), zatímco ve skupině, která byla původně randomizována k aktivní terapii nitrendipinem vzniklo pouze 21 případů demence.

Výskyt demence byl tedy aktivní terapií snížen, jak je výše uvedeno, o více než polovinu - o 55 %, tyto výsledky jsou statisticky významné. Zároveň bylo propočítáno, že léčba 1 000 hypertoniků nitrendipinem po dobu 5 let může zabránit 20 případům demence. Původně se předpokládalo, že antihypertenzní léčba v této studii může snížit incidence vaskulární demence, významné snížení incidence Alzheimerovy choroby bylo do jisté míry překvapujícím zjištěním, protože hypotézy studie předpokládala pouze snížení prevalence vaskulární demence. Lze předpokládat dle uvedených výsledků, že nitrendipin je v prevenci demence u pacientů s hypertenzí účinnější než jiné skupiny léků (betablokátory a diuretika).⁽¹²⁾

Současná doporučení pro prevenci

Jaké je tedy doporučení týkající se prevence a včasného managementu kognitivní poruchy či demence (na základě dostupných vědeckých důkazů)? V první řadě se jedná o **přiměřenou a dostatečnou aktivitu, jak fyzickou tak duševní**. Dále doporučujeme **zdravou stravu** tak, jak ji známe z preventivních doporučení kardiologů – snad jen s poznámkou, že by se mělo jednat o stravu dostatečně pestrou, která obsahuje dostatek přirozených vitaminů a antioxidantů stejně tak jako flavonoidů. Klademe tedy důraz na kvalitu a čerstvost stravy, dostatek čerstvého ovoce a zeleniny. Nemusí se však jednat o ovoce či zeleniny exotické, naopak.

Z preventivní medicíny máme k dispozici v rámci léčby hypertenze **nitrendipin**. Pokud se vyskytují poruchy paměti (či tzv. mírná kognitivní porucha) pak je lékem volby **Egb 761**.

Projekt Dny paměti

Poruchám paměti je zapotřebí věnovat dostatečnou pozornost a v případě subjektivních poruch paměti vyšetřit kognitivní funkce alespoň pomocí MMSE (Mini Mental State Examination). Vzhledem k tomu, že Česká Alzheimerovská společnost pokračuje v projektu Dny paměti i v tomto roce, je možné otestovat paměť a další kognitivní funkce (včetně testu depresivity) pomocí Adenbrookské baterie i v rámci tohoto projektu. Testování probíhá zdarma na základě objednání v některém z kontaktních míst České Alzheimerovské společnosti, která jsou ve všech regionech. Pokud je vyšetření pozitivní, je zapotřebí dokončit vyšetření a v případě Alzheimerovy choroby zahájit léčbu kognitivity, popřípadě memantinem. Častým „vedlejším“ výstupem orientačního vyšetření je depresivní porucha, kde jsou ve vyšším věku léčbou volby escitalopram, citalopram a sertralin, jejichž efekt je velmi dobrý, nastupuje relativně rychle a nežádoucí účinky jsou minimální.

Literatura:

1. Georges J, Jansen S, Jackson J, Meyrieux A, Sadowska A, Selmes M: Alzheimer's disease in real life – the dementia carer's survey. *International Journal of Geriatric Psychiatry*,

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

- 23, 2008, 546-551.
2. Ferri CP, Prince M, Brayne C, et al.; Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. *Lancet* 2005; 366:2112-2117
3. Holmerová I, Mátlová M, Vaňková H, Jurašková B.: Demence. *Med. Pro Praxi* 2010; 7(3): 139-144
4. Coley V, Andrieu V, Gardette V et al: Dementia Prevention: Methodological Explanations for Inconsistent Results. *Epidemiol Rev* 2008;30:35-66
5. Clarke R, Birks J, Nexo E, et al. Low vitamin B-12 status and risk of cognitive decline in older adults. *Am J Clin Nutr* 2007;86:1384-91.
6. Malouf M, Grimley EJ, Areosa SA. Folic acid with or without vitamin B12 for cognition and dementia. *Cochrane Database Syst Rev* 2003;(4):CD004514.
7. Malouf R, Grimley Evans J. The effect of vitamin B6 on cognition. *Cochrane Database Syst Rev* 2003;(4):CD004393
8. Bjelakovic G, Nikolova D, Gluud LL, et al. Mortality in randomized trials of anti-oxidant supplements for primary and secondary prevention: systematic review and meta-analysis. *JAMA* 2007;297:842-57.
9. Gillette Guyonnet S, Abellan Van Kan G, Andrieu S, et al. IANA task force on nutrition and cognitive decline with aging. *J Nutr Health Aging* 2007;11:132-52.

10. Letenneur L, Proust-Lima C, Le Gouge A, et al. Flavonoid intake and cognitive decline over a 10-year period. *Am J Epidemiol* 2007;165:1364-71.
11. Gleib DA, Landau DA, Goldman N, et al. Participating in social activities helps preserve cognitive function: an analysis of a longitudinal, population-based study of the elderly. *Int J Epidemiol* 2005;34:864-71
12. Forette F et al: The Prevention of Dementia With Antihypertensive Treatment New Evidence From the Systolic Hypertension in Europe (Syst-Eur) Study. *Arch Intern Med*, 162, Oct 16, 2002, 2046-2052

Doc. MUDr. Iva Holmerová, PhD. je ředitelkou a primářkou Gerontologického centra, Praha 8, je předsedkyní České geriatrické a gerontologické společnosti a předsedkyní České Alzheimerové společnosti.

Kontaktní místa České Alzheimerové společnosti v ČR

kraj: Hlavní město Praha

Gerontologické centrum, Šimůnkova 1600, 182 00 Praha 8, tel: 286 883 676, 283 880 346 - poradenská linka (PO-NE 8:00-20:00), fax: 286 882 788, e-mail: iva.holmerova@gerontocentrum.cz, web: www.gerontocentrum.cz

kraj: Jihomoravský

Diakonie ČCE – středisko v Brně, Hrnčířská 27, 602 00 Brno, kontaktní osoba: JANA GOMOLOVÁ, tel: 549 242 279 - poradenská linka (PO - PÁ 9:00 - 15:30), fax: 549 242 279, e-mail: ps.brno@diakoniece.cz, cds.brno@diakoniece.cz

kraj: Ústecký

Domov důchodců, Pražská 236, 417 61 Bystřany, kontaktní osoba: KATEŘINA ŠAFRÁNKOVÁ, tel: 732 305 538 - poradenská linka (PO-PÁ 7:00 - 15:00), fax: 417 536 063, e-mail: dd.bystrany@volny.cz, metodicka@dd-bystrany.cz, web: www.dd-bystrany.cz

Domov důchodců, Na Výšině 494, 417 01 Dubí 1, kontaktní osoba: IVANA HOLÁ, ALENA HÁJKOVÁ, tel: 417 571 102, fax: 417 571 993,

Domov odpočinku ve stáří (Diakonie ČCE), Rovně 58, 411 87 Krabčice, kontaktní osoba: MONIKA KYZLÍKOVÁ, tel: 417 639 687, 603 480 526 - poradenská linka, e-mail: kyzlikova.krabcice@diakoniece.cz

Domov pro seniory, Klášterní 2, 403 23 Velké Březno, kontaktní osoba: PAVLÍNA KUČEROVÁ, ředitelka, tel: 475 317 171, fax: 475 317 177, e-mail: domov.brezno@centrum.cz, info@domov-brezno.cz, web: www.domov-brezno.cz

kraj: Jihočeský

Univerzitní centrum pro seniory „PATUP“, Ústav sociální práce při Zdravotně sociální fakultě JU, Jírovcova 24, 370 01 České Budějovice, kontaktní osoba: Mgr. LENKA MOTLOVÁ, tel: 389 037 664 - poradenská linka (pouze ÚT 13:00-15:00), fax: 387 318 776, e-mail: motlova@zsf.jcu.cz, web: www.zsf.jcu.cz

Domov důchodců, Zámecká 1, 391 55 Chýnov, kontaktní osoba: MAGDA DRBALOVÁ, e-mail: magda.drbalova@volny.cz, tel: 381 406 217

Blanka - středisko Diakonie ČCE, Jiráskovo nábřeží 2443, 397 01 Písek, kontaktní osoba: Bc. DANA VLÁŠKOVÁ, tel: 382 219 057, fax: 382 219 122, e-mail: vlaskova@diakoniepisek.cz

Prácheňské sanatorium, o.p.s., 17. Listopadu 2444, 397 01 Písek, tel/ fax: 382 217 777 - poradenská linka (PO-PÁ 7:00-15:30), 774 774 085 web: www.alzheimercentrum.cz, e-mail: sanatorium@alzheimercentrum.cz, metodik@alzheimercentrum.cz

Loucký mlýn, Radčice 58, 389 01 Vodňany, kontaktní osoba: metodik oš. péče PETRA TESAŘOVÁ - 774 774 085

kraj: Královéhradecký

Středisko diakonie ČCE, Benešovo nábřeží 1067, 544 01 Dvůr Král. n. Labem, kontaktní osoba: ZDENĚK HOJNÝ, tel: 499 621 094, fax: 499 621 296, e-mail: dvur.kralove@diakoniece.cz, web: www.dvur-kralove.diakonie.cz

Geriatrické centrum, Turkova 785, 517 21 Týniště n. Orlicí, kontaktní osoba: JITKA HEJNOVÁ, tel: 494 371 380 - poradenská linka (PO - PÁ 7:00-16:00), e-mail: geriacentrum@tiscali.cz

kraj: Karlovarský

Farní Charita, Svobodova 743/12, 360 17 Karlovy Vary, kontaktní osoba: DITA MATOUŠOVÁ, JUDr. JANA KLIMEŠOVÁ, tel: 353 434 230, 731 433 036, fax: 353 434 213, e-mail: poradna@charitakv.cz, web: www.charitakv.cz

kraj: Liberecký

Oddělení geriatry a následné péče, Krajská nemocnice Liberec, a.s., Husova 10, 460 01 Liberec 1, kontaktní osoba: Prim. MUDr. ALENA JIROUDKOVÁ, Mgr. LUCIE PTÁČKOVÁ, tel: 604 759 779 - 24 hodin denně, e-mail: alena.jiroudkova@nemlib.cz, francu.lucie@seznam.cz

kraj: Středočeský

Středisko Diakonie ČCE, Husova 2, 289 07 Libice nad Cidlinou, kontaktní osoba: DANA PETRŽELKOVÁ, tel: 325 637 304 - poradenská linka (PO - PÁ 8:00 -16:00), fax:325 637450

Centrum seniorů Mělník, Domov Vážka, Fügnerova 3523, 276 01 Mělník, kontaktní osoba: RENATA SVOBODOVÁ, tel.: 605 231 904, e-mail: r.svobodova@ssmm.cz, web: www.ssmm.cz

SANCO - Sdružení domácí péče, Čechovská 57, 291 05 Příbram 8, kontaktní osoba: MARIE BLATOŇOVÁ, tel: 318 427 424, 736 611 680, e-mail: blatonovam@seznam.cz, kancelar.sancopece@seznam.cz

kraj: Vysočina

Středisko Diakonie ČCE, Myslibořice 1, 675 60 kontaktní osoba: ILONA PELÁNOVÁ, VLADIMÍRA RŮŽIČKOVÁ, tel: 568 834 947, 568 834 948, fax: 568 834 930, e-mail: socialni@domovmysliborice.cz, web: www.domovmysliborice.cz

kraj: Olomoucký

Občanské sdružení Pamatováček ČALS Olomouc, Karafiátova 5, 779 00 Olomouc, kontaktní osoba: EVA KLEVAROVÁ, Mgr. IVANA ŠTĚPÁNOVÁ, tel: 585 426 110, 732 452 596, e-mail: pamatovacek@pamatovacek.cz

Středisko Diakonie ČCE, Petrov nad Desnou 203, 788 16 Sobotín, kontaktní osoba: PETRA PŘÍKOPOVÁ, tel: 583 237 176, 583 237 293 - poradenská linka (PO- PÁ 8:00-14:00), fax: 583 237 17, e-mail: sobotin@diakoniece-sobotin.cz, web: www.diakoniece.cz/sobotin.html

kraj: Moravskoslezský

Slezská Diakonie Centrum denních služeb - Domovinka Siloe, Rolnická 55, 709 00 Ostrava, kontaktní osoba: Bc. MARTA MACHOVÁ, tel: 596 617 581, 733 142 425, e-mail: siloe@slezskadiakonie.cz

kraj: Pardubický

kraj: Plzeňský

Středisko Městské charity Plzeň, Polední 11, 312 00 Plzeň, kontaktní osoba: ALICE PRŮCHOVÁ, tel: 377 459 157, 731 433 116, web: www.mchp.cz

kraj: Zlínský

Denní stacionář Domovinka (Oblastní charita), Pod Valy 664, 688 01 Uherský Brod, kontaktní osoba: ING. PETR HOUŠŤ, tel: 572 631 388, 724 651 272, e-mail: domovinka@uhbrod.charita.cz, web: www.uhbrod.caritas.cz

Letokruhy, o.s., Tyršova 1271, 755 01 Vsetín, kontaktní osoba: Mgr. HELENA PETROUŠKOVÁ, tel: 571 999 225, 777 565 030 (poradní linka - nepřetržitě), e-mail: helena.petrouskova@letokruhy-vs.cz, web: www.letokruhy-vs.cz

Prof. MUDr. Jana Skříčková, CSc.

Klinika nemocí plicních a tuberkulózy LF MU, FN Brno

Účinnost a bezpečnost preparátu Klacid®SR v léčbě zánětů i horních a dolních dýchacích cest

Souhrn: Údaje o účinnosti a snášenlivosti léčby přípravkem Klacid®SR v běžné klinické praxi v České republice nejsou dostupné. Cílem práce bylo popsat ústup příznaků, snášenlivost a spolupráci v průběhu léčby tímto přípravkem v dávce 1 000 mg jednou denně u pacientů s akutní tracheitidou, akutní tracheobronchitidou nebo akutní bronchitidou nebo u pacientů s akutní exacerbací chronické bronchitidy (AEGB) či lehkou komunitní pneumonií (community-acquired pneumonia, CAP). Léčba byla účinná s velmi dobrou snášenlivostí. Dle závěrečného hodnocení došlo ke zlepšení při léčbě u 97,83 % nemocných, pouze u 2,17 % nedošlo k ústupu příznaků. Předností této antibiotické léčby je jednoduchost užívání (perorálně 1x za den), což zvyšuje pravděpodobnost dodržení léčebného schématu.

Úvod

Akutní tracheobronchitida je charakterizována zánětem sliznice trachey a bronchů. Akutní záněty dýchacího ústrojí tvoří přibližně 20 % náplně činnosti praktických lékařů a v době epidemií ještě více. S onemocněním se setkáváme nejčastěji v chladných ročních obdobích.

Akutní tracheobronchitida vzniká po překonání obranných mechanismů dýchacího systému masivním proniknutím patogenních mikroorganismů inhalací, dále aspirací, těžkým postižením sliznice dýchacích cest inhalací toxických látek nebo proniknutím patogenních mikroorganismů při chronicky porušené lokální obranyschopnosti sliznice. Akutní tracheobronchitida je onemocnění způsobené nejčastěji virem (adenoviry, echoviry, rinoviry), a to asi v 50 %. Z dalších patogenů jsou to zejména *Mycoplasma pneumoniae* a *Chlamydia pneumoniae*. Méně často jsou příčinou vzniku *Haemophilus influenzae* nebo *Streptococcus pyogenes* (beta-hemolytický streptokok). Často se stává, že bakteriální infekce nasedne na infekci virovou. ⁽¹⁾

Onemocnění začíná obvykle dráždivým kašlem s chrapotem, pocitem pálení až bolesti za hrudní kostí, zvýšenou teplotou. Až po několika dnech se může dostavit vykašlávání hlenohnisavého sputa. V důsledku infekcí navozeného bronchospazmu mohou být poslechově přítomny spastické fenomény (pískoty, vrzoty), někdy můžeme zachytit i přízvukně chrůpky. V některých případech může být přítomna i dušnost. Z laboratorních vyšetření se nejčastěji setkáváme se zvýšením leukocytů a zvýšenou sedimentací. ⁽¹⁾

Diagnostika je postavena především na příznacích

(dráždivém kašli s chrapotem a pálením za hrudní kostí). Při nekomplikovaném průběhu není třeba provádět žádná laboratorní ani zobrazovací vyšetření. V případě hnisavé expektorace odebereme sputum k mikroskopickému a kulturačnímu vyšetření. Při podezření na virovou etiologii lze odebrat krev na sérologické vyšetření. ⁽¹⁾

U části nemocných vystačíme s léčbou symptomatickou. To znamená klid na lůžku, dostatečnou hydrataci, podávání mukolytik, expektorancií nebo antitusik (dle charakteru kašle). Pokud je přítomna hnisavá expektorace a zvýšená teplota, je indikována léčba antibiotická. Při podezření nebo při průkazu *Mycoplasma pneumoniae* byla dříve doporučována tetracyklinová antibiotika, ale vzhledem k jejich horší snášenlivosti jsou nyní doporučována a účinná makrolidová antibiotika, která podáváme také při chlamydiové infekci. Při podezření na jinou bakteriální etiologii podáváme aminopeniciliny, obvykle s inhibitory betalaktamáz. Některé prameny doporučují cefalosporiny 2. generace. ^(2,3)

Akutní příznaky u nekomplikované tracheobronchitidy ustupují do 1 jednoho týdne a do 2 týdnů obvykle ustupuje i produktivní kašel. Úmrtnost na akutní tracheobronchitidu je v České republice 0,7/100 000 obyvatel, což je 20x nižší než úmrtnost na pneumonii. V případě nekomplikovaného průběhu můžeme ukončit pracovní neschopnost za 3 dny od poklesu teploty a ústupu vysilujícího dráždivého kašle. ⁽¹⁾

CHOPN (chronická obstrukční plicní nemoc) je léčitelné onemocnění, kterému lze předcházet. CHOPN má významné mimoplicní účinky, které



Prof. MUDr. Jana Skříčková, CSc.

mohou přispívat k celkové závažnosti onemocnění u jednotlivých nemocných. Její plicní složka je charakterizována omezeným průtokem vzduchu v průduškách (dále bude používán vžitý název bronchiální obstrukce), který není úplně reverzibilní. Chronická bronchitida je definována jako kašel s vykašláváním ve 3 měsících ve 2 po sobě následujících letech. Emfyzém je definován anatomicky jako trvalé zvětšení dechových cest distálně od terminálního bronchiolu spojené s destrukcí jejich stěn bez zřetelné fibrózy. Exacerbace CHOPN je příhoda v průběhu nemoci, která je charakterizována změnou obvyklé dušnosti, kašlem a/ nebo vykašláváním nad obvyklé každodenní kolísání těchto potíží, která začíná náhle a může zdůvodňovat změnu v zavedené léčbě nemocného s CHOPN. V léčbě infekční exacerbace CHOPN jsou doporučován amoxicilin, doxycyklin, makrolidy.^(1,2,3)

Zánět plic (pneumonie) je akutní zánětlivé onemocnění, které postihuje plicní alveoly, respirační bronchioly a plicní intersticiu. Patří mezi nejčastější plicní onemocnění. Hospitalizaci vyžaduje pouze 20-30 % nemocných s pneumonií, u starších nemocných až 50 %. Podle literárních údajů z roku 1993 onemocní v České republice pneumonií 100 000 osob.^(1,4)

I v době účinné antimikrobiální léčby jsou záněty plic nejzávažnější ze všech respiračních infekcí. Celosvětově na záněty plic umírá asi 3 až 5 milionů osob. Především nepříznivý průběh této choroby u nemocných starších 75 let je příčinou toho, že zatím nedochází k poklesu úmrtnosti na záněty plic.⁽⁴⁾

V předchozích letech bylo uplatňováno dělení podle klinického průběhu na typické a atypické pneumonie. Počátkem třetího tisíciletí bylo v řadě prací ukázáno, že klinický obraz není zdaleka tak jednoznačný, jak je uvedeno v tomto dělení, proto se v dnešní době používá dělení na pneumonie vyvolané „typickým agens“ a pneumonie vyvolané „atypickým agens“. Určitou část pneumonií představují pneumonie smíšené, to je vyvolané „typickým“ i „atypickým mikroorganismem“.^(1,4)

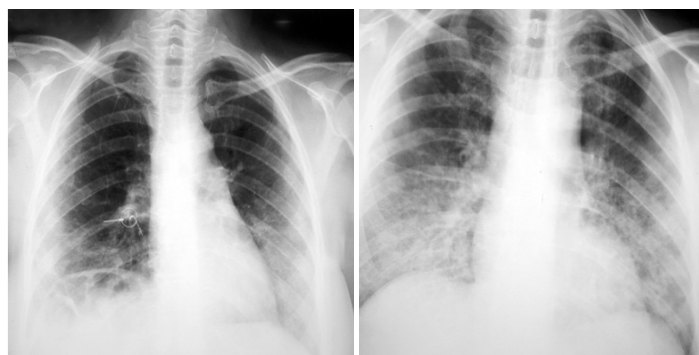
Nejčastěji udávaná vyvolávající „typická agens“ dle literárních údajů jsou *Streptococcus pneumoniae* (15-35 %), *Haemophilus influenzae* (5-10 %), *Klebsiella pneumoniae* (5-10 %), *Pseudomonas aeruginosa* (5-10 %), *Staphylococcus aureus* (5-10 %) a mezi „atypickými agens“ jsou nejčastější vyvolávající agens - *Mycoplasma pneumoniae* (2-15 %), *Chlamydia pneumoniae* (2-10 %). Studie posledních 5 let ukazují, že podíl atypických agens bude vyšší, než jsou v literatuře tradované údaje.^(2,4,5)

Podle amerických doporučení by pacient s komunitní pneumonií a akutní exacerbací CHOPN měl být léčen antibiotiky, která pokryjí typické i atypické patogeny.⁽⁶⁾ Podle britské strategie je léčba v první linii zaměřena na *S. pneumoniae* s běžnou citlivostí a teprve při selhání se doporučují přidat antibiotika vhodná v léčbě atypických patogenů.⁽⁷⁾

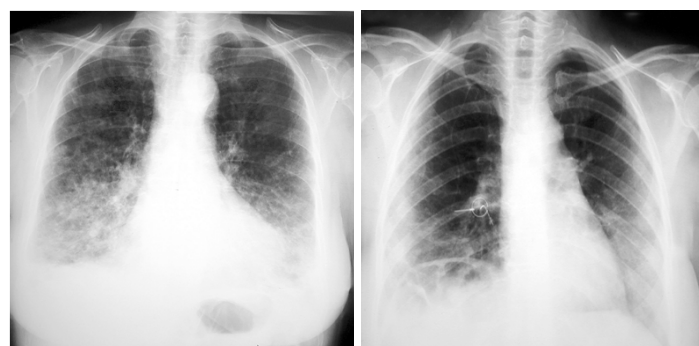
Antibiotická léčba pneumonií vyvolaných *Mycoplasma pneumoniae* a *Chlamydia pneumoniae* je založena na použití vhodného léku ze tří následujících skupin, a to makrolidů, tetracyklinů (doxycyklin), eventuálně některých fluorochinolonů. Všechna tato antibiotika splňují kritéria antimikrobiální účinnosti a dobrého intracelulárního průniku, který je nezbytný hlavně pro léčbu chlamydiové infekce. Podle současných doporučení jsou za léky první volby při pneumonii způsobené mykoplazmaty a chlamydiemi považovány makrolidy, případně tetracykliny.^(6, 8, 9)

V ambulantní léčbě komunitní pneumonie Americká hrudní společnost (ATS) doporučuje u pacientů bez komorbidit a rizikových faktorů podat perorálně nové makrolidy (azitro- a klaritromycin) nebo tetracykliny.^(6, 9) V České republice se jako antibiotika první volby v ambulantní terapii pneumonie doporučují aminopeniciliny. Makrolidy se doporučují v případě podezření na atypické agens nebo u pacientů alergických na betalaktamy. České směrnice se blíží britským.^(5, 9, 10, 11)

ZP skiagramy hrudníku nemocných s komunitní pneumonií vyvolanou *M. pneumoniae*



ZP skiagramy hrudníku oboustranné pneumonie vyvolané *M. pneumoniae* před léčbou (vlevo) a po léčbě klaritromycinem



Klaritromycin působí antibakteriálně vazbou na 50S ribozomální podjednotky citlivých bakterií a inhibuje jejich proteosyntézu. Studie prokázaly, že klaritromycin má také mukolytický efekt. Je také vysoce účinný proti širokému spektru aerobních a anaerobních gram-pozitivních i gram-negativních mikroorganismů. Z výsledků in vitro vyšetření je vidět, že klaritromycin má velmi vynikající účinek proti *Legionella pneumophila* a *Mycoplasma pneumoniae*. In vitro rezistentní ke klaritromycinu jsou enterobakterie, *Pseudomonas* sp. a ostatní gram-negativní laktózu nefermentující tyčinky. Bylo prokázáno, že klaritromycin je účinný vůči většině kmenů níže uvedených mikroorganismů: Aerobní gram-pozitivní mikroorganismy - *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pneumoniae*, *Streptococcus pyogenes*, *Listeria monocytogenes*, aerobní gram-negativní mikroorganismy - *Haemophilus influenzae*, *Haemophilus parainfluenzae*, *Moraxella catarrhalis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Legionella pneumophila*.⁽¹²⁾ Místní české údaje o účinnosti a snášenlivosti léčby pomocí přípravku Klacid®SR v běžné klinické praxi nejsou dostupné.

Cíle práce

Údaje o účinnosti a snášenlivosti léčby přípravkem Klacid®SR v běžné klinické praxi v České republice nejsou dostupné. Cílem práce bylo popsat ústup příznaků, snášenlivost a spolupráci v průběhu léčby přípravkem Klacid®SR v dávce 1 000 mg jednou denně u pacientů s akutní tracheitidou, akutní tracheobronchitidou nebo akutní bronchitidou nebo u pacientů s akutní exacerbací chronické bronchitidy (AECB) či lehkou komunitní pneumonií (community-acquired pneumonia, CAP).

Rozhodli jsme se popsat klinické výsledky léčby přípravkem Klacid®SR 1 000 mg jednou denně v běžné klinické praxi hodnocením:

1. Tělesné teploty (nejvyšší teplota; počet dní, kdy teplota přesahuje 37,0 stupňů Celsia)
2. Kašle a jeho charakteru (přítomen nebo ne; typ kašle: produktivní, dráždivý; trvání; vše hlášeno pacientem)

3. Dušnosti (druh dušnosti: po námaze, v klidu; trvání; hlášeno pacientem)
4. Poslechového nálezu (normální, abnormální: pískoty, chrůpky; trvání; zaznamenáváno lékařem)
5. Léků podávaných jako první, druhá antibiotika (ano, ne); předchozí medikace
6. Léčebné odpovědi (ano nebo ne – vymizení nebo významný ústup příznaků a regrese nálezů na RTG hrudníku; hlášeno pacientem; zaznamenáváno lékařem); potřeba podávání jiného antibiotika (ano nebo ne)
7. Nežádoucích účinků (pouze hodnocení ano, ne; gastrointestinální poruchy – nevolnost, dyspepsie, bolest břicha, zvracení a průjem, pachuť v ústech; bolest hlavy; jiné)
8. Compliance (bylo dodržováno dávkování – ano, ne; trvání léčby ve dnech)
10. Ukončení léčby (plánované, předčasné - non-compliance, nedostatečný účinek)

Soubor nemocných a metodika

Do sledování byli zařazeni pacienti s akutní tracheitidou, akutní tracheobronchitidou, akutní bronchitidou, lehkou CAP a akutní exacerbací chronické bronchitidy infekční etiologie, způsobenou pravděpodobně atypickým agens.

Kritéria pro zařazení byla následující: Muži, ženy ve věku ≥ 18 let s akutní tracheitidou, akutní tracheobronchitidou, akutní bronchitidou, lehkou komunitní pneumonií nebo akutní exacerbací chronické bronchitidy. Vyřazení byli nemocní se známou přecitlivělostí k makrolidovým antibiotikům, pacienti s dokumentovaným selháním ledvin (kreatininová clearance pod 30 ml/min), pacienti s dokumentovaným poškozením jaterního parenchymu (hladina AST, ALT a GMT ≥ 3 x vyšší než norma), nemocní současně léčení astemizolem, cisapridem, kolchicinem, pimozidem, terfenadinem a ergotaminem nebo dihydroergotaminem, těhot-

né, kojící matky.

Charakteristiky pacientů zařazených do sledování popisovala statistická analýza. Popis byl založen na klasických parametrech: hodnoty průměru a standardní odchylky u kvantitativních proměnných a frekvence a histogramy u kvalitativních proměnných.

Bezpečnost se hodnotila posuzováním nežádoucích příhod, závažných nežádoucích příhod i klinických a funkčních změn.

Sledování bylo zahájeno 15. ledna 2009 a poslední návštěva posledního pacienta proběhla 31. května 2009. Praktičtí lékaři, pneumologové a alergologové sledovali léčené nemocné v následujícím časovém rozvrhu: První návštěva – zahájení léčby přípravkem Klacid®SR 500 mg v dávce 2 tablety jednou denně, další návštěva byla po 10-16 dnech od zahájení. V případě, že se příznaky nezlepšily, mohla být dřívější návštěva. Hodnocení probíhalo ve 160 centrech České republiky a 20 pacientů bylo léčeno v jednom z nich. Do studie bylo zařazeno 2 906 pacientů s akutní tracheitidou, akutní tracheobronchitidou nebo akutní bronchitidou nebo pacientů s akutní exacerbací chronické bronchitidy (AECB) či lehkou komunitní pneumonií (community-acquired pneumonia, CAP). Údaje však byly analyzovány od 2 146 nemocných, kteří sledování dokončili. Ve věku 18-50 let bylo 1 125 nemocných a starších 50 let 1 073.

Výsledky

Při zahájení léčby Klacidem®SR bylo 92 nemocných léčeno amoxicilinem s kyselinou klavulanovou, 42 amoxicilinem a 25 doxycyklinem. Klacid®SR byl podáván jako antibiotikum první volby u 1 970 nemocných, jako druhé antibiotikum u 77 a jako třetí u 15 nemocných.

Teplotu vyšší než 37 °C mělo v době zařazení 1 688 (78,66 % z celkového počtu 2 146) nemocných. Nejvyšší teplota byla 40,5° C. V době kontroly přetrvávala teplota pouze u 302

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

(7,91 %) z 1 688 s teplotou v úvodu léčby. Dráždivý kašel byl přítomen v době zahájení léčby u 1 004 (46,78 %) nemocných. Při kontrole byl přítomen pouze u 230 (10,71 %) nemocných. Produktivní kašel byl pozorován u 849 nemocných (35,56 %) a při kontrole jen u 304 (14,16 %) nemocných. Námahová dušnost byla přítomna u 449 (20,92 %) nemocných. Při kontrole ji udávalo pouze 107 (4,98 %). Klidová dušnost byla při zahájení léčby přítomna u 226 (10,53 %) pacientů a při kontrole pouze u 14 (0,65 %). Patologický poslechový nález byl přítomen u 1296 (60,39 %) pacientů a při kontrole pouze u 60 (2,79 %) nemocných. Nežádoucí účinky léčby se objevily pouze u 27 nemocných a u 2 byly závažné (závratě, dehydratace). Léčba byla ukončena pro nežádoucí účinky u 7 nemocných, u 2 pro nutnost hospitalizace, u jednoho pro špatnou spolupráci, jedenkrát pro neúčinnost a u 5 nemocných nebyl důvod uveden. Dle závěrečného hodnocení došlo ke zlepšení při léčbě u 97,83 % nemocných, pouze u 2,17 % nedošlo k ústupu příznaků.

Závěr (Shrnutí pro praxi)

Léčba přípravkem Klacid®SR v dávce 1 000 mg jednou denně je účinná s velmi dobrou snášenlivostí u pacientů s akutní tracheitidou, akutní tracheobronchitidou, akutní bronchitidou a u pacientů s akutní exacerbací chronické bronchitidy či lehkou komunitní pneumonií. Ve skupině do 50 let byla pozorováno zlepšení při léčbě u 1 117 nemocných (99,29 %, ve skupině starších než 50 let u 1 053 (98,14 %). Předností této antibiotické léčby je jednoduchost užívání (perorálně 1x za den), což zvyšuje pravděpodobnost dodržení léčebného schématu.

Literatura:

1. Kolek V, Kašák V. a spol. *Pneumologie: Vybrané kapitoly pro praxi*, Maxdorf, Praha, 2010, 420 s.

2. Woodhew M, Blasi F, Swing S. et al. ERS task force in collaboration with ESCMID. *Guidelines for management of adult respiratory tract infection*. *Eur Respir J*, 2005, 26, 1138-1180
3. Urbánková P, Marešová V, Jindrák V. et al. (Subcommittee for antibiotic politics, Committee for drug politics and drug categorization executed by Czech Society for Physicians). *Guidelines for antibiotic treatment of community respiratory infections in primary care*. *Farmacotherapeutic information*, 2003,9, 1-4
4. Kolek V.: *Pneumonie – diagnostika a léčba*. Praha, TRITON, 2003, 155 s.
5. Kolář, M.: *Komunitní pneumonie z pohledu mikrobiologa*. *Stud Pneumol Phthiseol*, 2003, 63, p. 164-167.
6. Mandell L.A., Wunderink RG., Anzueto A., et al. *Infections Society of America. American Thoracic Society Consensus Guidelines on the Management of Community-Acquired Pneumonia in Adults*. *CID*, 2007, 44, Suppl. 2, S 27-72.
7. Marcfalane JT., Boldy D.. *2004 update of BTS pneumonia guidelines: What's new?* *Thorax*, 2004, 59, 364-366
8. File TM Jr, Tan JS. *International guidelines for the treatment of community pneumonia in adults. The role of macrolides*. *Drugs*, 2003, 63, 181-205
9. Kolek V: *Diagnostika a léčba komunitě získané pneumonie dospělých. Standard léčebného postupu*. In: Korytková L, Bourek a: *Program kvality a standardy léčebných postupů*. *RESP*, 2006, 2, 1-16
10. Běbrová E, Beneš J et al. *Consensus for use of antibiotics II - Macrolide antibiotics*. http://www.medlin.cz/graphics/dp_infekce_hcd.pdf. SPC Klacid®SR Czech Republic
11. Marešová V., Urbáňková P. *Účinné a bezpečné používání antibiotik u komunitních pneumonií*. *Farmakoterapie*, 2010, 6, 98-103

Prof. MUDr. Jana Skříčková, CSc. je přednostkou Kliniky nemocí plicních a tuberkulózy LF MU a FNB, Bohunice, kromě toho působí jako členka redakční rady *Studia pneumologica et phthiseologica*, členka výboru České pneumologické a ftizeologické společnosti, členka výboru České společnosti paliativní medicíny, členka Vědecké rady LF MU, členka Oborové rady pro klinickou onkologii, členka Oborové rady pro vnitřní lékařství, členka Akreditační komise MZ ČR pro obor Pneumologie a ftizeologie, Komise pro státní závěrečné zkoušky z vnitřního lékařství, členka Atestační komise oboru tuberkulóza a respirační nemoci.

Recenze

Ortopedie pro VPL

Doc. MUDr. Ivan Müller, CSc.
MUDr. Petr Herle

Jsem velmi rád, že MUDr. Herle sebral odvahu a prolomil určitou bariéru, přes kterou se praktičtí lékaři báli přejít. Tou pomyslnou bariérou jsou „krvavé výkony“, často brané jako něco nepatřičného v ruce praktického lékaře. Přitom obstřík anestetikem nebo ještě lépe kombinací anestetika s lokálním kortikoidem je nesmírně efektivní s brzkým účinkem a je nákladově laciný. Již přerušení dráhy bolesti vede k úlevě. Při splnění základních kautel (koncentrace roztoku, limitované opakování aplikace do jedné



lokalizace, odstup mezi jednotlivými aplikacemi a zklidnění místa aplikace) je i relativně bezpečný.

V knize je množství instruktivních, srozumitelných obrázků u jednotlivých indikací, podle kterých lze postupovat, text je stručně, přitom však jasně doplňuje. První část knihy je výborně didakticky postavená, jde po jednotlivých topografických lokalizacích, bez zbytečné „omáčky“, s vypíchnutím důležitých věcí. Trochu jsem postrádal zmínku o blokádách sakroiliakálních kloubů, častých a znepríjemňujících život zejména ženám.

Velmi rád jsem recenzoval publikaci sepsanou doc. MUDr. Ivanem Müllerem, CSc. a MUDr. Petrem Herlem a blahopřeji. Věřím, že se publikace stane rukověť pro praktické lékaře a umožní jim rozšíření spektra výkonů v ordinaci. Také věřím, že se objeví další knihy z jiných oborů, které praktickým způsobem pomohou lékařům ke stejnému cíli.

Podrobnější informace naleznete na www.raabe.cz

MUDr. Jiří Konáš

Řádková inzerce...

VÝHODNÁ NABÍDKA

Nabízím ordinaci privátního praktického lékaře pro dospělé ve Zlíně. Praxe v centru města, v rekonstruované budově nemocnice, s veškerou navazující odbornou péčí. Kontakt: marjan55@centrum.cz, tel. 732 651 981



Vážené kolegyně a kolegové,

na četné dotazy k závodní preventivní péči, které dochází do naší redakce, zveřejňujeme na toto téma přehledný článek naší kolegyně, která se touto problematikou úzce zabývá.

Přivítáme od Vás další doplňující dotazy, které se pokusíme s pomocí paní kolegyně uspokojivě zodpovědět.

Závodní preventivní péče

MUDr. Věra Žídková

Všeobecná praktická lékařka, Paskov

Závodní preventivní péče ZPP (lépe pracovnělékařské služby) jsou nedílnou součástí práce praktického lékaře. Tato péče je specifická, vychází ze znalostí pracovní činnosti, pracovního prostředí, pracovních podmínek, rizik dané práce, faktorů ovlivňujících zdravotní stav, platné legislativy a znalostí lékaře. Toto téma je velmi široké a jistě si zaslouží více naší pozornosti. Tento článek nabízí jen stručný přehled, který může motivovat k hlubšímu studiu této problematiky.

Pracovní lékařství

Pracovní lékařství se zabývá vztahem práce a zdraví s cílem odstranit z práce složky škodlivé pro zdraví a přizpůsobit práci schopnostem člověka. Ve starověku a středověku nebyla zdraví a bezpečnosti věnována téměř žádná pozornost. Podnětem pro začátky pracovního lékařství byly pracovní úrazy v hornictví a metalurgii. Zakladatelem oboru je považován B. Ramazzini, který v r. 1700 vydal „De morbis artificum diatriba“ (Úvahy o chorobách řemeslníků). V Československu se pracovní lékařství rozmáhá od 40. let 20. století.

Pracovnělékařské služby je nutno zajišťovat komplexně a multidisciplinárně, úměrně rizikovitosti v podnicích. Specializovanou zdravotní péči poskytuje lékař s atestací v oboru pracovní lékařství. Základní pracovnělékařskou péči poskytuje všeobecný praktický lékař, pro lepší orientaci je výhodou absolvování kurzu pracovního lékařství.

Rizikovitost práce

Základem pro poskytování pracovnělékařské služby je znalost pracovní činnosti, výrobního procesu, pracovního prostředí, pracovních podmínek, rizik přítomných na pracovišti. Dle platné legislativy (vyhl. 432/2003Sb.) je hodnocena rizikovitost těchto faktorů: **prach, chemické látky, hluk, vibrace, neionizující záření a elektromagnetické pole, fyzická zátěž, pracovní poloha, zátěž teplem, zátěž chladem, psychická zátěž, zraková zátěž, práce s biologickými činiteli a práce ve zvýšeném tlaku vzduchu.** Tato rizika dle závažnosti dělíme do 4 kategorií (ne všechny faktory ale mají kategorii IV určenou, např. psychická zátěž nebo pracovní poloha).

Obecně lze říci, že **stupeň zátěže I** (kategorie I) představuje minimální zdravotní riziko – faktor

se při výkonu práce nevyskytuje nebo je zdravotní riziko minimální i pro handycapované osoby, vliv faktoru je ze zdravotního hlediska nevýznamný.

Stupeň zátěže II (kategorie II) – únosná míra zdravotního rizika, úroveň zátěže nepřekračuje limity stanovené předpisy, nicméně nelze vyloučit nepříznivý účinek faktoru na zdraví u vnímavých jedinců. Kategorie I a II se obecně berou jako nerizikové.

Stupeň zátěže III (kategorie III) – významná míra zdravotního rizika, úroveň zátěže překračuje stanovené limitní hodnoty, nelze vyloučit negativní vliv na zdraví pracovníků. Na pracovištích jsou nutná náhradní technická a organizační opatření.

Stupeň zátěže IV (kategorie IV) – vysoká míra zdravotního rizika – úroveň zátěže vysoce překračuje stanovené limitní hodnoty expozice, na pracovištích musí být dodržován soubor preventivních opatření.

Orgán ochrany veřejného zdraví (hygienická stanice) ve většině případů nařizuje u prací zařazených do kategorie III a IV doplňující vyšetření se zaměřením na danou problematiku (např. u práce s rizikem hluku kategorie III a IV se nařizuje vyšetření sluchu šepem a normální řečí, dále otoskopické vyšetření a vyšetření sluchu audiometricky dle Fowlera v pravidelných intervalech).

Analýzu rizik práce, jejich měření (ve spolupráci s akreditovanými pracovišti jako jsou zdravotní ústavy), kategorizaci těchto faktorů, **si je povinen každý podnik zajistit sám.** V každém podniku má být tedy známo, jaká rizika jsou na pracovištích přítomna a v jakých kategoriích. Podklady pak schvaluje orgán ochrany veřejného zdraví (hygienická stanice). Tento orgán pak dává oficiální požadavky na minimální náplně vstupních, periodických, výstupních event. následných prohlídek a jejich četnost.

Typy prohlídek

Vstupní lékařská prohlídka zkoumá u jedince možné kontraindikace k pracovnímu zařazení, k používání ochranných pracovních pomůcek, má v maximální možné míře vyloučit předpoklad, že výkonem dané profese a prací na daném pracovišti dojde k negativnímu vývoji zdravotního stavu, nebo že v souvislosti se zdravotním stavem zaměstnance dojde k poškození zdraví dalších občanů.



MUDr. Věra Žídková

základem pro poskytování ZPP je znalost pracovní činnosti, výrobního procesu, pracovního prostředí, pracovních podmínek, rizik na pracovišti

specializovaná ZPP - lékař s atestací v oboru prac. lékařství

základní ZPP - poskytuje VPL

možnost absolvování kurzu pracovního lékařství



posudkový závěr musí být jednoznačný:
 - **způsobilá,**
 - **způsobilá s podmínkou,**
 - **zdravotně nezpůsobilá,**
 - **osoba pozbyla dlouhodobě zdravotní způsobilost**

poučení o možnosti podat návrh na přezkoumání

kontrola pracoviště nejméně 1x ročně

dohled na zdraví nesmí být dle Úmluvy o závodních zdravotních službách spojen se ztrátou na výdělku, musí být bezplatný a pokud možno v pracovní době

kód 01193 preventivní prohlídka závodní preventivní péče typ I

kód 01195 preventivní prohlídka závodní preventivní péče typ II

Periodická prohlídka se provádí za účelem posouzení vývoje zdravotního stavu v průběhu výkonu práce na konkrétním pracovišti. Cílenými dotazy a vyšetřeními pátráme po včasném zachytu poškození zdraví z práce, zjištění nových kontraindikací k vykonávání práce. Má být uskutečněna před uplynutím platnosti lékařského posudku vydaného u předešlé lékařské prohlídky.

Mimořádná lékařská prohlídka se provádí, když lze důvodně předpokládat změnu zdravotního stavu a tím způsobilosti k práci, při podezření na možné negativní vlivy pracovních podmínek, po zavedení nové technologie nebo při změně ochranných pracovních pomůcek. Tuto prohlídku může nařídit orgán ochrany veřejného zdraví, Státní úřad pro jadernou bezpečnost, zaměstnavatel při podezření na změnu zdravotního stavu zaměstnance, na žádost zaměstnance, pokud má důvodné podezření na ztrátu zdravotní způsobilosti nebo nabude přesvědčení, že jeho zdravotní obtíže souvisejí s výkonem práce, po pracovní neschopnosti trvající déle než 8 týdnů, po těžkém úrazu zaměstnance, na žádost ošetřujícího lékaře, atd.

Výstupní lékařská prohlídka má za účel zjistit takové změny zdravotního stavu, u kterých lze předpokládat, že se na jejich vzniku podílel vliv pracovních podmínek. Provádí se vždy před ukončením práce u daného zaměstnavatele a před ukončením práce z důvodu převedení na jinou práci pokud má tato práce nižší zdravotní náročnost, než práce dosud vykonávaná.

Následná prohlídka se provádí za účelem včasného zachytu onemocnění souvisejícího s prací i po delším časovém období po ukončení pracovní činnosti (např. oxid křemičitý, azbest, karcinogenní faktory, apod.). Obsah a četnost nařizuje orgán ochrany veřejného zdraví, většinou je provádějí oddělení chorob z povolání.

Kontrola pracoviště

K provádění pracovnělékařských služeb je nezbytná dokonalá znalost pracoviště, pracovních podmínek a vykonávané činnosti (lékař má provést kontrolu pracoviště **nejméně 1x ročně**). Nutná je znalost všech rizik přítomných na pracovišti, jejich kategorizace a znalost rozhodnutí hygienické stanice o minimálních náplních a četnosti prohlídek. Tyto informace musí zaměstnavatel lékaři vždy poskytnout, bez nich se nelze k pracovnímu zařazení zaměstnance vyjádřit a vydat posudek.

Obsah prohlídek

Posuzující lékař nemusí být registrujícím lékařem zaměstnance, proto je **nutný výpis ze zdravotní dokumentace** k upřesnění všech nutných údajů. Nutnou součástí každé pracovnělékařské prohlídky je pečlivý **rozbor anamnestických dat** se zaměřením na prodělaná onemocnění, úrazy, hereditární zátěž, abúzy, farmakologickou anamnézu a důsledné rozebrání pracovní anamnézy se zaměřením na rizika, se kterými se klient v dřívějších zaměstnáních případně setkal. Prohlídka dále obsahuje **komplexní fyzikální vyšetření** vč. orientačního vyšetření sluchu, zraku, kůže, orientačního neurologického vyšetření, základního ortope-

dického vyšetření, s důrazem na posouzení stavu a funkce orgánů a systémů, které mohou být nepříznivě ovlivněny danou prací nebo pracovními podmínkami. Vyšetření nutná k vyloučení kontraindikací. Součástí prohlídky je **základní chemické vyšetření moče**.

Další **doplňková vyšetření** jsou buď nařízena orgánem ochrany veřejného zdraví v minimálních náplních lékařských prohlídek, nebo jsou indikována posuzujícím lékařem individuálně.

Zjištění a závěry pracovnělékařské prohlídky jsou součástí zdravotní dokumentace vedené pracovním lékařem, pro praktického lékaře se zpracovává lékařská zpráva.

Výstupem pracovnělékařské prohlídky pro zaměstnavatele je **lékařský posudek o zdravotní způsobilosti**. Posudek je vydáván v písemné formě, nabývá účinnosti dnem prokazatelného seznámení zaměstnance s posudkovým závěrem, předává se zaměstnavateli nejpozději do týdne od provedení vyšetření a obdržení všech potřebných podkladů. Posudek má své formální náležitosti (dle vyhlášky č. 385/2006 Sb.) a vždy obsahuje identifikační údaje zaměstnavatele (název, adresu sídla, IČO), údaje o pracovním zařazení posuzované osoby, druhu práce, režim práce, zdravotních a bezpečnostních rizicích a míře (kategorii) těchto rizik. Identifikační údaje osoby (jméno, příjmení, datum narození), zdravotnického zařízení (název, IČO, adresa sídla, razítko zdravotnického zařízení) a lékaře, který posudek jménem zdravotnického zařízení vydal (jméno, příjmení, podpis). Účel vydání posudku. Posudkový závěr (musí být jednoznačný: posuzovaná osoba je k dané práci způsobilá, způsobilá s podmínkou, zdravotně nezpůsobilá, osoba pozbyla dlouhodobě zdravotní způsobilost). Poučení o možnosti podat návrh na přezkoumání. Datum vydání posudku.

Povinnosti zaměstnavatelů

Každý zaměstnavatel je podle zákoníku práce povinen mít lékaře závodní preventivní péče, musí zaměstnancům sdělit, které zdravotnické zařízení jim tuto péči poskytuje, jakým druhům očkování a jakým prohlídkám a vyšetřením souvisejícím s výkonem práce jsou povinni se podrobit. Dohled na zdraví nesmí být dle Úmluvy o závodních zdravotních službách spojen se ztrátou na výdělku, musí být bezplatný a pokud možno v pracovní době.

ZPP hrazená ze zdravotního pojištění

Závodní preventivní péče hrazená z veřejného zdravotního pojištění zahrnuje:

- zdravotní výkony rámci první pomoci;
- periodické preventivní prohlídky zaměstnanců vykonávající epidemiologicky závažnou činnost, zaměstnanců na rizikových pracovištích, zaměstnanců, jejichž činnost může ohrozit zdravotní stav ostatních zaměstnanců nebo jiných osob a zaměstnanců, u kterých je vyžadována zvláštní zdravotní způsobilost (periodické preventivní prohlídky do zaměstnání není možné zaměnit za preventivní lékařské prohlídky prováděné registrujícími praktickými lékaři);



- c) mimořádné prohlídky nařízené ze zdravotních důvodů;
 d) dispenzární prohlídky osob s hlášenou nemocí z povolání a osob, u kterých vlivy pracovních rizik působí i po ukončení expozice riziku.

Praktický lékař vykazuje pracovnělékařskou prohlídku pojišťovně **kódy 01193** (preventivní prohlídka závodní preventivní péče typ I) a **01195** (preventivní prohlídka závodní preventivní péče typ II). Podmínkou úhrady uvedených kódů není smlouva ani jiná forma dohody praktického lékaře se závodem, ale jejich nasmlouvání s pojišťovnou. Podrobný výpis ze zdravotní dokumentace pro závodního lékaře není hrazen z veřejného zdravotního pojištění, a pokud jej pracovní lékař vyžaduje, pak se jedná o péči placenou zaměstnavatelem. Zákon o veřejném zdravotním pojištění neupravuje, kdy je lékař závodní preventivní péče (ZPP) povinen požadovat informace od praktického lékaře, pouze konstatuje povinnost poskytování informací mezi registrujícím lékařem a lékařem ZPP o zjištěných skutečnostech důležitých pro posouzení zdravotní způsobilosti k práci a o epidemiologické situaci. Pozn. kód 01040 je hrazen pouze při předání podrobného výpisu jinému registrujícímu lékaři.

Zaměstnanci pracující v noci

Veškerá vyšetření zaměstnanců pracujících v noci (tedy mezi 22. a 6. hodinou) jsou nad rámec ZPP a **nehradí se z veřejného zdravotního pojištění**. Zákoník práce nařizuje povinnost vyšetřit zaměstnance před zařazením na noční práci a pak pravidelně dle potřeby, **minimálně však jednou ročně**. Pokud zaměstnanec požádá, má nárok na vyšetření kdykoli. **Všechna tato vyšetření platí zaměstnavatel.**

Mladiství zaměstnanci (15-18 let)

U mladistvých (15-18let) je zaměstnavatel povinen na své náklady zabezpečit vyšetření lékařem ZPP před vznikem pracovního poměru, před převe-

dením na jinou práci a pak pravidelně dle potřeby, nejméně však jednou ročně.

Pokud se jedná o rizikovou práci, pak jsou periodické prohlídky hrazeny z prostředků veřejného zdravotního pojištění, včetně doplňujících vyšetření nařízených hygienickou stanicí.

Regulační poplatky

U všech prohlídek v rámci závodní preventivní péče se regulační poplatky neplatí. Pokud ale lékař ZPP při vyšetření zjistí potřebu dalšího vyšetření, která však již nejsou nařízena (nejsou součástí ZPP), ale vyplývají ze zdravotního stavu zaměstnance, pak tato podléhají regulačnímu poplatku 30 Kč.

Závěr

Závěrem lze říci, že pracovnělékařské služby jsou v České republice zatím ještě nedostatečně vnímány jak lékaři, tak zejména zaměstnavateli. Eliminace poškození zdraví z práce by mělo být prioritou zaměstnavatelů. Cílem je zdravý a spokojený zaměstnanec.

Použitá literatura:

- Tuček M., Cikrt M., Pelcová D.: *Pracovní lékařství pro praxi*. Grada Publishing, a.s., 2005.
 Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, kolektiv autorů: *Vybrané kapitoly z pracovního lékařství 2006*. Infoservis VZP, číslo 3, ročník 2, 31. ledna 2011
 Legislativa
 Zákon č. 262/2006 Sb. Zákoník práce
 Zákon č. 258/2000 Sb. O ochraně veřejného zdraví
 Zákon č. 20/1966 Sb. O péči o zdraví lidu
 Zákon č. 48/1997 Sb. O veřejném zdravotním pojištění
 Směrnice MZ č. 49/1967 O posuzování zdravotní způsobilosti k práci
 Vyhláška č. 385/2006 Sb. O zdravotnické dokumentaci

MUDr. Věra Židková, pracuje jako všeobecný praktický lékař v Paskově (okres Frýdek-Místek), a blíže se zabývá i závodní preventivní péčí. Kromě samostudia v této problematice absolvovala v r. 2009 kurz Základy pracovního lékařství.

podrobný výpis ze zdravotní dokumentace pro ZPP je placen zaměstnavatelem

kód 01040 je hrazen pouze při předání podrobného výpisu jinému registrujícímu lékaři

zákon o veřejném zdravotním pojištění:
 - neupravuje, kdy je lékař ZPP povinen požadovat informace od praktického lékaře
 - stanovuje povinnost poskytování informací mezi registrujícím lékařem a lékařem ZPP

žádná vyšetření ZPP u zaměstnanců pracujících v noci nejsou z veřejného zdravotního pojištění hrazena





1. ROK od založení organizace Mladí praktici - ohlédnutí za činností Mladých praktiků



MUDr. Michaela Jirků

Od té doby, co se Mladí praktici 27. ledna 2010 poprvé sešli na Ustavujícím setkání v Burianově posluchárně na půdě 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze, za sebou máme **řadu úspěchů, ale i výzev do budoucna**. Naše sdružení zde již bylo podrobněji představeno. Sdružuje lékaře ve specializační přípravě a studenty medicíny se zájmem o obor praktického lékařství a lékaře do 5ti let po složení atestační zkoušky z všeobecného praktického lékařství. Toto vymezení je inspirováno jinými organizacemi mladých praktiků v Evropě, kde je definice stejná.

Počet členů stále průběžně narůstá (z cca 35 členů při založení na nynějších cca 125 členů), což svědčí o zájmu mladých lékařů a potřebě sdílet aktuální informace o dění ve specializační přípravě a organizaci oboru v našem prostředí. **V prvním volebním období** Mladé praktiky zastupovali: Pavel Vychytil jako předseda, David Macharáček jako místopředseda a Kateřina Javorská, Gabriela Mazurová a Norbert Král jako další členové Rady. Vytvořili jsme také 3 zvláštní sekce: **1. Sekce pro vzdělávání, 2. Sekce zahraničních aktivit, 3. Sekce pro získání a vedení praxe**, kam se mohou členové volně hlásit.

O našem vzniku jsme informovali **organizace spojené se všeobecným praktickým lékařstvím** jako SVL ČLS JEP a SPL ČR, evropskou organizaci mladých praktických lékařů Vasco da Gama Movement (VdGM), WONCA, a vzhledem k našemu zájmu o dění ve specializační přípravě a o podmínky kvalifikace také MZ ČR a zástupce IPVZ. Snažíme se přispět k větší informovanosti o možnostech uplatnění v oboru VPL mezi studenty lékařství a k zpřehlednění informovanosti o specializační přípravě mezi školenci v oboru. Byla zahájena **spolupráce se SVL a redakcí časopisu Practicus**, kde nám byla umožněna pravidelná prezentace našich příspěvků.

Naši kandidáti Gabriela Mazurová a David Halata se v minulém roce poprvé zúčastnili voleb do



Ustavující schůze mladých praktiků, 27.1. 2010

SVL a i když počet hlasů nakonec k jejich zvolení nestačil, přesto vzhledem k získanému počtu hlasů jistě oslovili svým programem a vizí i voliče z řad mimo naše sdružení, tedy nejen Mladé praktiky.

Představili jsme Mladé praktiky zástupcům SPL na 4. Kongresu primární péče v únoru 2010 a měli jsme své zastoupení i rok poté na **5. Kongresu primární péče SPL** v únoru 2011, kde jsme předběžně vyjednali prostor pro účast Mladých praktiků na kongrese v roce 2012 a podali návrh na snížení kongresového poplatku pro lékaře v přípravě ve VPL. Při příležitosti **XXIX. výroční konference SVL v Karlových Varech** náš zástupce Jan Kovář připravil a uspořádal první českou **prekonferenci Mladých praktiků**. Chystáme se zúčastnit i očekávané letošní jarní a podzimní konference SVL.

Jako informační kanály pro zájemce o naši činnost s bližšími informacemi vznikly jednak průběžně aktualizované **webové stránky www.mladipraktici.cz** se vznikajícím fórem Mladých praktiků, jednak provozujeme původní **diskusní fórum atespacepraktici@googlegroups.com**. Máme i svou skupinu **Mladí praktici na Facebooku** s odkazy na aktuální akce ve všeobecném lékařství.

Na našich stránkách je pro přihlášené členy v systému Capsa dostupná většina předvypracovaných **atestačních otázek** a ve WikiSkriptech se pomalu rozvíjí portál Všeobecné praktické lékařství. Materiály jsou v obou zdrojích dále postupně doplňovány a přepracovávány do aktuálnější a kompletnější podoby. V přehledné tabulce sbíráme své **zkušenosti ze stáží** dle našeho vzdělávacího programu a sdílíme s kolegy informace o jejich kvalitě, náplni, přínosu a ceně. Máme zájem na informovanosti školenců o **předatestačních kurzech**, které v minulém roce probíhaly už nejen na IPVZ, ale i ve Fakultní nemocnici v Brně, a je plánováno jejich rozšíření i na další pořadatele včetně e-learningu. Tyto možnosti budou mít platnost pro účely předatestační přípravy po plánovaném schválení akreditace. Sledujeme také možnosti dalšího vzdělávání v rámci celoživotního vzdělávání.

Provádíme zprostředkování **inzerce** nabídek a hledání pracovních příležitostí v oboru na našich webových stránkách.

V rámci **ceny mladých vědců** Vasco da Gama Movement (VdGM) mohli mladí praktici přihlásit do soutěže své výzkumné projekty. Bohužel výzkumná práce ve všeobecném praktickém lékařství není v našich podmínkách rozšířená. Rádi bychom pomohli navázat kontakt mladým praktikům s kolegy ze zahraničí, kde je výzkum v



... ze setkání Mladých praktiků

primární péči standardní součástí nejen předatestační přípravy, ale také běžné denní praxe.

Na VIII. kongresu praktických lékařů a sester – Medicína pro praxi v Praze (6.-7. 10. 2011) budeme pořádat **výherní blok kazuistik Mladých praktiků**, do kterého se mohou zájemci hlásit zasláním abstraktu kazuistiky na e-mail Pavel.Vychytil@lf3.cuni.cz **do konce května 2011**.

Secke zabývající se **tematikou předávání praxí** má v plánu vytvoření pilotního projektu, metodického postupu či doporučení, jak právně správně zajistit celý proces předání a převzetí praxe k celkové spokojenosti obou zúčastněných stran.

Získali jsme v minulém roce místo pro **svého zástupce v akreditační komisi pro obor VPL**, kde probíhala příprava nové metodiky pro přidělování rezidenčních míst pro další rok a pro kontrolu průběhu školení a pracovních podmínek, kde může zastupovat zájmy Mladých praktiků.

Secke zahraničních aktivit se zabývala jednak **realizací výměnných stáží v rámci Programu Hippokrates**, který by měl fungovat na principu 14denní stáže lékaře z ČR v zahraničí a reciprocní návštěvy lékaře ze zahraničí v ČR (zatím nabízené stáže jsou v Portugalsku, Polsku a Velké Británii), v minulém roce zatím ještě bez úspěchu grantu. Prvním českým účastníkem se stal David Macharáček, který navštívil praxi praktického lékaře v Londýně (článek viz Practicus č. 1/2011 a prezentace na stránce www.vdgm.eu). Evidujeme také zahraniční zájemce o stáže u našich školitelů v Čechách. Pro letošní rok byla zatím podána žádost o grant ze zdrojů **fondy Leonardo da Vinci**, který podporuje mobilitu v zemích Evropy, dále zjišťujeme možnosti grantů či případných příspěvků nadací či jiných možností finanční-



... po setkání neformální zakončení - rozhovor s dr. Šťolfou

ho krytí pro tyto účely. O přijetí či odmítnutí grantu Leonardo da Vinci budeme informováni v květnu 2011.

V roce 2010 jsme se v květnu účastnili **výměnného programu v Holandsku a 4. kongresu LOVAH** (holandských praktických lékařů v přípravě), o kterém jste si již mohli zde přečíst (viz Practicus č. 10/2010), dále **Prekonference VdGM 2010 a konference WONCA Europe 2010 v Malaze** (Practicus č. 9/2010), **konference Royal College of GP's v Harrogate, UK**, a **XXXI. Výroční konference VPL v Bojnicih na Slovensku** v říjnu 2010, kde jsme v příjemném prostředí tohoto městečka navázali spolupráci se slovenskými mladými kolegy díky workshopu „Všeobecné lékařstvo je sexi“. Stručně jsme představili naši práci a snažili jsme se Slováky motivovat pro to, aby založili podobnou organizaci i u nich na Slovensku. Jsme v úzkém kontaktu s jejich předsedkyní Lenkou Bachratou, kterou jsme jako zástupkyni za Slovensko představili organizaci VdGM a která je jako vážný host srdečně zvána na dubnovou Valnou hromadu do Prahy, kde nás seznámí s pokrokem dění ohledně mladých praktiků na Slovensku.

Chtěli bychom vytvořit a prezentovat společný česko-slovenský projekt na příští konferenci SVL v Brně.

V roce 2011 jsme měli své zástupce na **semináři pro lékaře v Salzburgu** (Practicus č. 2/2011).

Plánujeme naši účast na **prekonferenci a konferenci WONCA 2011 v polské Varšavě v září 2011**. Rádi bychom, aby se našla finanční podpora pro účast více než dvou mladých praktiků na letošní konferenci WONCA, protože účast každého českého zástupce pomůže rozšířit povědomí o zahraničních aktivitách organizace VdGM nejen v Čechách, ale také o aktivitách Čechů v zahraničí. Na WONCU 2011 jsme podali abstrakt se žádostí o workshop na téma „jak založit organizaci mladých praktických lékařů a jak ji dále rozvíjet“ a pevně věříme v přijetí abstraktu. Dále doufáme, že získáme spoustu podnětných komentářů od zahraničních účastníků, které třeba pomohou fungování organizace zlepšit.

Letos jsme byli pozváni na setkání **SAPC (The Society for Academic Primary Care) - Annual Scientific meeting 2011**, který se koná v červenci v anglickém Bristolu.

Informovali jsme také i o dalším ročníku projektu **Iuventus Medica** v minulém roce.

To byl stručný souhrn našich aktivit za uplynulý rok. O dubnové Valné hromadě, která je pomyslným předělem v našem působení a odkud pokračují naše snahy dále do následujícího období, a o volbách zástupců do Rady Mladých praktiků, které se podle stanov konají jednou ročně, budeme informovat na našich stránkách www.mladipraktici.cz. Rádi bychom touto cestou oslovili potenciálně mladší a perspektivní Mladé praktiky, aby v případě zájmu o činnost v jedné ze tří sekcí této organizace, zvážili svou kandidaturu a neváhali nás kontaktovat na níže uvedené emailové adrese.

Nová síla a energie jistě popožene naše aktivity správným směrem.

Za Mladé praktiky sestavila Michaela Jirků ve spolupráci s členy Rady Mladých praktiků

Korespondenční adresa:

Mladí praktici, o.s., Vřesovická 430/2, Praha 5, 155 00.

E-mail: mladi.praktici@centrum.cz

Redakce Mladých praktiků: Michaela Jirků, jirkumichaela@centrum.cz

POEM: Patient oriented evidence that matters

Vědecké důkazy aplikovatelné v každodenní péči o pacienta

výsledky automatizovaného měření TK v ordinaci byly blíže výsledkům 24hodinového ambulantního monitoringu než výsledky z manuálního měření

problémem je přítomnost lékaře při měření tlaku, hodnoty se u automatizovaného měření signifikantně snížily poté, co lékař opustil místnost

zdá se, že testování na hsCRP nepřináší informaci o tom, zda-li pacient s vysokým rizikem KV příhod ale normální hladinou lipidů bude mít užitek z léčby statiny

Automatizované vyšetření krevního tlaku je v ordinaci přesnější

Klinická otázka:

Má automatizované měření systolického krevního tlaku lepší výpovědní hodnotu o domácím tlaku než manuální měření?

Závěr:

Použití automatizovaného měření krevního tlaku u pacienta, který je v ordinaci sám, poskytuje výsledky bližší domácím hodnotám a eliminuje „hypertenzi bílého pláště“, která se objevuje, když lékař sám měří krevní tlak pacienta. (LOE = 1b)

Reference:

Myers MG, Godwin M, Dawes M, et al. Conventional versus automated measurement of blood pressure in primary care patients with systolic hypertension: randomised parallel design controlled trial. *BMJ* 2011;342:d286.

Typ studie:

Randomizovaná kontrolovaná studie (nezaslepená)

Financování:

Vláda

Prováděcí prostředí studie:

Ambulantní (primární péče)

Synopse:

Měření krevního tlaku, je-li provedeno exaktně správně, trvá 14 minut – mnohem déle, než trvá jeho typické měření v ordinaci. V této souvislosti je často krevní tlak naměřený v ordinaci falešně zvýšený a nereprezentuje pacientův tlak v dalších 23,95 hodinách dne. Kanadští výzkumníci, kteří vedli tuto studii, zapojili 555 pacientů ze 67 praxí rodinných lékařů. Praxe, ne pacienti, byly randomizovány do skupin, které používaly buď automatizované měření krevního tlaku, nebo typické manuální měření krevního tlaku, a to u pacientů s dříve zjištěnou systolickou hypertenzí, léčenou i neléčenou. Lékaři ve skupině s manuálním měřením krevního tlaku neobdrželi žádné specifické instrukce k technice měření. Výsledky z obou skupin byly porovnány s hodnotami krevního tlaku během bdění, měřeného pomocí 24hodinového monitoru TK. Výsledky automatizovaného měření byly blíže výsledkům 24hodinového ambulantního měření u systolického tlaku (ale ne u diastolického tlaku) tím, že nadhodnocovaly krevní tlaky průměrně o 2,3 mmHg oproti 6,5 mmHg u manuálního měření ($P=0,006$). Rozdíly u diastolického krevního tlaku byly podobné u obou skupin. Součástí problému je přítomnost lékaře: průměrné hodnoty se u automatizovaného měření signifikantně snížily poté, co lékař opustil místnost.

HsCRP není užitečný pro stratifikaci prospěchu z léčby statiny (MRC HPC)

Klinická otázka:

Má vysoce senzitivní C- reaktivní protein (hsCRP) potenciál předurčit, jak budou pacienti s vysokým rizikem vaskulárních příhod odpovídat na léčbu statiny?

Závěr:

V rozporu k nálezům ve studii JUPITER tato druhotná analýza vzorků ze studie „Medical Research Council/British Heart Foundation Heart Protection Study“ zjistila, že hladiny hsCRP neurčí, zdali pacienti s vysokým rizikem vaskulárních příhod budou mít užitek z léčby statiny. (LOE = 1b)

Reference:

Heart Protection Study Collaborative Group. C-reactive protein concentration and the vascular benefits of statin therapy: an analysis of 20,536 patients in the Heart Protection Study. *Lancet* 2011;377(9764):469-476.

Study Design:

Randomizovaná kontrolovaná studie (dvojitě zaslepená)

Financování:

Průmysl + vláda

Prováděcí prostředí studie:

Populace

Rozdělení:

Tajné

Synopse:

Ve studii JUPITER měli pacienti ve vysokém riziku vaskulárních příhod s normálními hladinami lipidů a vysokými hladinami hsCRP méně příhod, když byli léčeni statiny oproti placebo. Přibližně po dvou letech sledování byla mortalita ze všech příčin nižší ve skupině s rosuvastatinem (1,0 vs 1,25 na 100 patientských let, $P = 0,0002$). Nicméně, protože studie byla ukončena časně, vzniklo znepokojení, že získaná data mohla nadhodnotit skutečný výskyt příhod.

Proto autoři této studie provedli druhou analýzu dat od více než 20 000 mužů a žen, kteří se účastnili ve studii „Heart Protection Study“ (<http://www.essentialevidenceplus.com/content/poem/41063>).

Ve studii „Heart Protection Study“ byli pacienti s vysokým rizikem vaskulárních příhod randomizovaně rozděleni do skupiny se 40 mg simvastatinu denně a do skupiny s placebem a byli sledováni průměrně po dobu 5 let.

Pacienti užívající simvastatin měli o 1,8 % méně úmrtí ze všech příčin a o 1,5 % méně kardiova-

skulárních úmrtí, bez ohledu na iniciační hladinu lipidů. Tito výzkumníci se vrátili zpět k původním krevním vzorkům a zhodnotili hladiny hsCRP u každého pacienta. Kategorizovali každého pacienta do jedné ze 6 skupin podle jeho hladiny hsCRP a znovu analyzovali výsledky. Ve výsledcích se hsCRP hladiny nezdály být relevantní k určení benefitu z léčby statinů s ohledem na velké vaskulární příhody, velké koronární příhody, CMP, revaskularizaci nebo úmrtí.

Nákladová efektivita u strategií léčby hyperlipidémie

Klinická otázka:

Jaký je nákladově nepříznivější přístup ke kardiovaskulární prevenci u osob s normální hladinou lipidů?

Závěr:

Skríníng s pomocí vysoce senzitivního C- reaktivního proteinu (hsCRP) je nákladově efektivní pouze v určitých případech. U většiny pacientů a ve většině situací byla nákladově nejefektivnější léčba, která byla indikovaná na základě standardního stanovení rizika bez zjišťování hladiny hsCRP. (LOE = 2c)

Reference:

Lee KK, Cipriano LE, Owens DK, Go AS, Hlatky MA. Cost-effectiveness of using high-sensitivity C-reactive protein to identify intermediate- and low-cardiovascular risk individuals for statin therapy. *Circulation* 2010;122(5):1478-1487.

Typ studie:

Analýza efektivity nákladů

Financování:

Vláda

Prováděcí prostředí studie:

Populace

Synopse:

Mnoho kardiovaskulárních příhod se objeví u pacientů s normální hladinou lipidů. Nedávná studie JUPITER hodnotila použití hsCRP jako způsobu stratifikace rizika u pacientů s LDL hladinou nižší než 130 mg/dl (3,33 mol/l). Autoři této studie vyvinuli sofistikovaný model nákladové efektivity (model Markov), aby ohodnotili 3 strategie: (1) aktuální doporučení Národního cholesterolového edukačního programu pro léčbu dospělých Panel III, (2) přidání testování hsCRP do skríníngu a léčba pacientů u hladiny hsCRP vyšší nebo rovné 2,0 mg/l, a (3) započítání léčby statiny u všech osob v určitém věku, které překročí specifikovanou hranici rizika. Model Markov simuluje, co se stane v kohortě osob během časového období, ve kterém osoby přecházejí ze stádia „zdraví“ do „infarktu myokardu“, dále do „vyléčení“ (nebo úmrtí). Strategie 1 byla nejlevnější a nejméně efektivní (měřeno podle let kvalitního života – „quality-adjusted life years- QALY“), strategie 3 byla nejdražší a nejefektivnější, a strategie 2 uprostřed. Za předpokladu, že statiny mají stejný účinek na pacienty s normální hladinou lipidů bez ohledu na hladinu hsCRP, by strategie 3 byla nákladově nejefektivnější. Pokud by pacienti s normální hladinou hsCRP a normální hladinou LDL neměli žádný užitek ze statinů, potom by nákladově nejefektivnější byla léčba indikovaná podle hsCRP.

Výsledky jsou také senzitivní k ceně statinů: při současné ceně rosuvastatinu by skríníng na základě hsCRP nákladově efektivní nebyl; kdyby cena statinů byla nižší než 60 dolarů (\$60) za měsíc (např. generické statiny), pak by nákladově nejefektivnější byla strategie 3.

Autoři poskytují kalkulátor pro výpočet rizika na stránkách <http://med.stanford.edu/hsr/crp-screening>.

Copyright © 2010 by Wiley Subscription Services, Inc. All rights reserved.

Z angličtiny přeložila J. Laňková

Pozvánka na vzdělávací akci

Léčba závislosti na tabáku v ambulantní péči

Kurs je určen pro lékaře v ambulantních praxích, zejména praktické lékaře. Náplní semináře v rámci postgraduálního vzdělávání je edukace ambulantních lékařů v léčbě závislosti na tabáku a management péče o pacienty – kuřáky tabáku v ambulancích.

Místo a čas: BRNO NCO-NZO, Vinařská 6, **pátek 6. května 2011, 9-17 hod**

Program: Lékové interakce kouření

Role ambulantního lékaře v léčbě závislosti na tabáku

Farmakoterapeutické a psychobehaviorální intervence v léčbě závislosti na tabáku

Individuální a skupinová psychoterapie závislosti na tabáku

Rizika psychiatrické komorbidity kuřáků

Nekuřácký podnik - firma a Linka pro odvykání kouření

Poradna odvykání kouření v ordinaci – „know how“ a management

Zkušenosti z Mayo Clinic – management léčby závislosti na tabáku

Účastníci kursu obdrží certifikát o absolvování kursu umožňující otevření poradny intervenční preventivní medicíny-odvykání kouření.

Kurs je pořádán ve spolupráci s Ústavem všeobecného lékařství 1. LF UK Praha, ČLK a NCONZO-Brno.

Účastnický poplatek 900 Kč za celodenní kurz - pro členy SVL ČLS JEP - 50% sleva.

Příhlášky a informace: Ing. Richtrová, Ústav všeobecného lékařství 1. LF UK, Albertov 7, Praha 2, tel/fax 224 917 479, vselek@lf1.cuni.cz, <http://www.vselek.cz> (aktuální informace),

Preferujeme přihlašování elektronickou formou. Přesné číslo místnosti pro konání kurzu obdržíte po přihlášení.

Novinky v zákoníku práce a v nemocenském pojištění



MUDr. Jozef Čupka

Vážené kolegyně a kolegové,
v následujícím textu přinášíme aktuální informace o legislativních změnách v **zákoně č. 262/2006 Sb. zákoník práce** dle aktuálního znění **zákona č. 347/2010 Sb. a zákoně č. 187/2006 Sb. o nemocenském pojištění**

BAREVNĚ JSOU NOVINKY PLATNÉ OD 1. 1. 2011

Zákon č. 347/2010 Sb., kterým se mění některé zákony v souvislosti s úspornými opatřeními v působnosti Ministerstva práce a sociálních věcí

Díl 7

Další případy skončení pracovního poměru

§ 65

Skončení pracovního poměru na dobu určitou

- (1) Pracovní poměr na dobu určitou může skončit také ostatními způsoby uvedenými v § 48 odst. 1, 3 a 4. Byla-li doba trvání tohoto pracovního poměru omezena na dobu konání určitých prací, upozorní zaměstnavatel zaměstnance na skončení těchto prací včas, zpravidla alespoň 3 dny předem.
- (2) Pokračuje-li zaměstnanec po uplynutí sjednané doby (§ 48 odst. 2) s vědomím zaměstnavatele dále v konání prací, platí, že se jedná o pracovní poměr na dobu neurčitou.

§ 66

Zrušení pracovního poměru ve zkušební době

- (1) Zaměstnavatel i zaměstnanec mohou zrušit pracovní poměr ve zkušební době z jakéhokoliv důvodu nebo bez uvedení důvodu. Zaměstnavatel však nemůže ve zkušební době zrušit pracovní poměr v době prvních 14 kalendářních dnů a v období od 1. ledna 2011 do 31. prosince 2013 v době prvních 21 kalendářních dnů trvání dočasné pracovní neschopnosti (karantény) zaměstnance.
- (2) Písemné oznámení o zrušení pracovního poměru podle odstavce 1 má být doručeno druhému účastníku zpravidla alespoň 3 dny předem dnem, kdy má pracovní poměr skončit.

DOHODY O PRACÍCH KONANÝCH MIMO PRACOVNÍ POMĚR

§ 74

Obecné ustanovení

- (1) Zaměstnavatel má zajišťovat plnění svých úkolů především zaměstnanci v pracovním poměru.
- (2) V dohodách o pracích konaných mimo pracovní poměr není zaměstnavatel povinen rozvrhnout zaměstnanci pracovní dobu.

§ 75

Dohoda o provedení práce

Rozsah práce, na který se dohoda o provedení práce uzavírá, nesmí být větší než 150 hodin v kalendářním roce. Do rozsahu práce se započítává také doba práce konaná zaměstnancem pro zaměstnavatele v témže kalendářním roce na základě jiné dohody o provedení práce.

§ 76

Dohoda o pracovní činnosti

- (1) Dohodu o pracovní činnosti může zaměstnavatel s fyzickou osobou uzavřít, i když rozsah práce nebude přesahovat v témže kalendářním roce 150 hodin.
- (2) Na základě dohody o pracovní činnosti není možné vykonávat práci v rozsahu překračujícím v průměru polovinu stanovené týdenní pracovní doby.
- (3) Dodržování sjednaného a nejvýše přípustného rozsahu poloviny stanovené týdenní pracovní doby se posuzuje za celou dobu, na kterou byla dohoda o pracovní činnosti uzavřena, nejdéle však za období 52 týdnů.
- (4) V dohodě o pracovní činnosti musí být uvedeny sjednané práce, sjednaný rozsah pracovní doby a doba, na kterou se dohoda uzavírá.
- (5) Není-li sjednán způsob zrušení dohody o pracovní činnosti, je možné ji zrušit dohodou účastníků ke sjednanému dni; jednostranně může být zrušena z jakéhokoliv důvodu nebo bez uvedení důvodu s 15denní výpovědní dobou, která začíná dnem, v němž byla výpověď doručena druhému účastníku. Okamžité zrušení dohody o pracovní činnosti může být však sjednáno jen pro případy, kdy je možné okamžitě zrušit pracovní poměr.

§ 77

Společné ustanovení

- (1) Dohodu o provedení práce nebo dohodu o pracovní činnosti je zaměstnavatel povinen uzavřít písemně, jinak jsou neplatné; jedno vyhotovení této dohody zaměstnavatel vydá zaměstnanci.
- (2) Není-li v tomto zákoně dále stanoveno jinak, vztahuje se na práci konanou na základě dohod o pracích konaných mimo pracovní poměr úprava pro výkon práce v pracovním poměru; to však neplatí, pokud jde o
 - a) odstupné podle § 67 a 68,
 - b) pracovní dobu a dobu odpočinku,
 - c) překážky v práci na straně zaměstnance,
 - d) skončení pracovního poměru a
 - e) odměnu z dohody o práci konané mimo pracovní poměr (dále jen „odměna z dohody“).
- (3) Právo zaměstnance činného na základě doho-

zaměstnavatel nově nemůže ve zkušební době zrušit pracovní poměr v době prvních 21 kalendářních dnů (namísto původních 14 dnů)

dy o pracovní činnosti na jiné důležité osobní překážky v práci a na dovolenou je možné sjednat, popřípadě stanovit vnitřním předpisem, a to za podmínek uvedených v § 199, 206 a v části deváté. U dohody o pracovní činnosti musí však být vždy dodržena úprava podle § 191 až 198 a § 206.

Náhrada mzdy, platu nebo odměny z dohody o pracovní činnosti při dočasné pracovní neschopnosti (karanténě)

§ 192

- (1) Zaměstnanci, který byl uznán dočasně práce neschopným nebo kterému byla nařízena karanténa, přísluší v době prvních 14 kalendářních dnů a v období od 1. ledna 2011 do 31. prosince 2013 v době prvních 21 kalendářních dnů trvání dočasné pracovní neschopnosti nebo karantény náhrada mzdy nebo platu ve dnech podle věty druhé a ve výši podle odstavce 2, pokud ke dni vzniku dočasné pracovní neschopnosti nebo karantény zaměstnanec splňuje podmínky nároku na nemocenské podle předpisů o nemocenském pojištění. V mezích období uvedeného ve větě první přísluší tato náhrada mzdy nebo platu za dny, které jsou pro zaměstnance pracovními dny, a za svátky, za které jinak přísluší zaměstnanci náhrada mzdy nebo se mu plat nebo mzda nekrátí, pokud v těchto jednotlivých dnech splňuje podmínky nároku na výplatu nemocenského podle předpisů o nemocenském pojištění, a pokud pracovní poměr trvá, ne však déle než do dne vyčerpání podpůrné doby určené pro výplatu nemocenského; náhrada mzdy nebo platu nepřisluší za první 3 takovéto dny dočasné pracovní neschopnosti, nejvýše však za prvních 24 neodpracovaných hodin z rozvržených směn. Vznikla-li dočasná pracovní neschopnost ode dne, v němž má zaměstnanec směnu již odpracovanou, počíná období 14 kalendářních dnů a v období od 1. ledna 2011 do 31. prosince 2013 období 21 kalendářních dnů dočasné pracovní neschopnosti pro účely poskytování náhrady mzdy nebo platu následujícím kalendářním dnem. Jestliže v období prvních 14 kalendářních dnů a v období od 1. ledna 2011 do 31. prosince 2013 v období prvních 21 kalendářních dnů trvání dočasné pracovní neschopnosti nebo karantény náleží nemocenské nebo peněžitá pomoc v mateřství, náhrada mzdy nebo platu nepřisluší. Vznikne-li zaměstnanci v době dočasné pracovní neschopnosti nebo karantény právo na náhradu mzdy nebo platu podle věty první až třetí, nepřisluší mu současně náhrada mzdy nebo platu z důvodu jiné překážky v práci.
- (2) Náhrada mzdy nebo platu podle odstavce 1 přísluší ve výši 60 % průměrného výdělku. Pro účely stanovení náhrady mzdy nebo platu se zjištěný průměrný výdělek upraví stejným způsobem, jakým se upravuje denní vyměřovací základ pro výpočet nemocenského z nemocenského pojištění, s tím, že pro účely této

úpravy se příslušná redukční hranice stanovena pro účely nemocenského pojištění vynásobí koeficientem 0,175 a poté zaokrouhlí na haléře směrem nahoru. Má-li zaměstnanec za pracovní den, v němž mu vzniklo nebo zaniklo právo na náhradu mzdy nebo platu podle odstavce 1, také právo na mzdu nebo plat za část pracovní doby, náleží mu za tento den jen poměrný díl náhrady mzdy nebo platu připadající na tu část pracovní doby, za kterou mu nenáleží mzda nebo plat.

- (3) Dohodnutá nebo vnitřním předpisem stanovená výše náhrady mzdy nebo platu i za dobu uvedenou v odstavci 1 části věty druhé za středníkem nebo nad výši uvedenou v odstavci 2 větě první nesmí převýšit průměrný výdělek (§ 356 odst. 1).
- (4) Náhrada mzdy nebo platu stanovená podle odstavců 2 a 3 se snižuje o 50 %, jde-li o případy, kdy je podle předpisů o nemocenském pojištění nárok na nemocenské v poloviční výši.
- (5) Porušil-li zaměstnanec v období prvních 14 kalendářních dnů a v období od 1. ledna 2011 do 31. prosince 2013 v období prvních 21 kalendářních dnů dočasné pracovní neschopnosti povinnosti uvedené v odstavci 6 větě první, které jsou součástí režimu dočasně práce neschopného pojištěnce, může zaměstnavatel se zřetelem na závažnost porušení těchto povinností náhradu mzdy nebo platu snížit nebo neposkytnout.
- (6) Zaměstnavatel je oprávněn kontrolovat, zda zaměstnanec, který byl uznán dočasně práce neschopným, dodržuje v období prvních 14 kalendářních dnů a v období od 1. ledna 2011 do 31. prosince 2013 v období prvních 21 kalendářních dnů dočasné pracovní neschopnosti stanovený režim dočasně práce neschopného pojištěnce, pokud jde o povinnost stanovenou zvláštním právním předpisem⁽⁶⁶⁾ zdržovat se v místě pobytu a dodržovat dobu a rozsah povolených vycházek. Zaměstnavatel je povinen v případě zjištění porušení povinností uvedených ve větě první zaměstnancem vyhotovit o kontrole písemný záznam s uvedením skutečností, které znamenají porušení tohoto režimu; stejnopis tohoto záznamu je zaměstnavatel povinen doručit zaměstnanci, který tento režim porušil, okresní správě sociálního zabezpečení příslušné podle místa pobytu zaměstnance v době dočasné pracovní neschopnosti⁽⁶⁷⁾ a ošetřujícímu lékaři dočasně práce neschopného zaměstnance. Zaměstnavatel je oprávněn požádat ošetřujícího lékaře, který stanovil zaměstnanci režim dočasně práce neschopného pojištěnce, o sdělení tohoto režimu v rozsahu, který je zaměstnavatel oprávněn kontrolovat, a o zhodnocení zaměstnavatelem zjištěných případů porušení tohoto režimu. Zaměstnanec je povinen umožnit zaměstnavateli kontrolu dodržování svých povinností uvedených ve větě první.

§ 193

Náhrada mzdy nebo platu se poskytuje na základě dokladů stanovených pro uplatnění nároku na

náhrady mzdy dočasně práce neschopnému zaměstnavatelem trvá nově po dobu 21 kalendářních dnů (namísto původních 14 dnů)

nemocenské, a to v nejbližším pravidelném termínu výplaty mzdy nebo platu po předložení těchto dokladů. Zaměstnavatel je povinen vyhlásit, do kdy nejpozději před výplatním termínem je třeba předložit doklady pro poskytnutí náhrady mzdy nebo platu, aby tato náhrada mohla být v tomto výplatním termínu vyplacena.

§ 194

Zaměstnanci, který pracuje na základě dohody o pracovní činnosti, přísluší v době prvních 14 kalendářních dnů a v období od 1. ledna 2011 do 31. prosince 2013 v době prvních 21 kalendářních dnů trvání dočasné pracovní neschopnosti (karantény) náhrada odměny z dohody za podmínek stanovených v § 192 a 193. Pro účely poskytování této náhrady platí pro zaměstnance, který pracuje na základě dohody o pracovní činnosti, zaměstnavatelem stanovené rozvržení týdenní pracovní doby do směn, které je zaměstnavatel povinen pro tyto účely předem určit.

Čl. VI

Přechodná ustanovení

1. Jestliže dočasná pracovní neschopnost vznikla nebo karanténa byla nařízena před 1. lednem 2011 a trvá ještě v roce 2011,

- přísluší náhrada mzdy nebo platu nebo náhrada odměny z dohody o pracovní činnosti podle § 192 nebo 194 zákona č. 262/2006 Sb., ve znění účinném do dne nabytí účinnosti tohoto zákona, a
- délka doby nebo období 14 kalendářních dnů uvedená v § 66 odst. 1 větě druhé a § 192 odst. 1 větě třetí a čtvrté, odst. 5 a odst. 6 větě první zákona č. 262/2006 Sb., ve znění účinném do dne nabytí účinnosti tohoto zákona, zůstává zachována.

Zákon č. 187/2006 Sb. o nemocenském pojištění ve znění pozdějších předpisů

Podmínky nároku na nemocenské

§ 23

Nárok na nemocenské má pojištěnec, který byl uznán dočasně práce neschopným nebo kterému byla nařízena karanténa podle zvláštního právního předpisu⁽²¹⁾, trvá-li dočasná pracovní neschopnost nebo nařízená karanténa déle než 14 kalendářních dní a v období od 1. ledna 2011 do 31. prosince 2013 déle než 21 kalendářních dní.

§ 24

Podmínkou nároku na nemocenské z pojištěné činnosti, která je samostatnou výdělečnou činností, je dále účast na pojištění jako osoby samostatně výdělečně činné podle § 11 alespoň po dobu 3 měsíců bezprostředně předcházející dni vzniku dočasné pracovní neschopnosti nebo dni, od něhož je nařízena karanténa. Ustanovení **věty první** platí přiměřeně pro zahraničního zaměstnance.

§ 25

- Nárok na nemocenské nemá pojištěnec,
- a) který si úmyslně přivodil dočasnou pracovní neschopnost,
 - b) kterému v době dočasné pracovní neschopnosti nebo nařízené karantény vznikl nárok na výplatu starobního důchodu, pokud pojištěná činnost skončila přede dnem, od něhož mu vznikl nárok na výplatu starobního důchodu; nárok na nemocenské v tomto případě zaniká posledním dnem přede dnem, od něhož mu vznikl nárok na výplatu starobního důchodu,
 - c) u něhož vznikla dočasná pracovní neschopnost nebo byla nařízena karanténa v době útěku z místa vazby nebo v době útěku odsouzeného z místa výkonu trestu odnětí svobody nebo v době útěku osoby ve výkonu zabezpečovací detence z místa výkonu zabezpečovací detence.

Výše nemocenského

§ 29

Výše nemocenského za kalendářní den činí 60 % denního vyměřovacího základu.

§ 30

Odvedl-li domácí zaměstnanec práci za odváděcí období, ve kterém trvala jeho dočasná pracovní neschopnost nebo nařízená karanténa alespoň po jeho část, omezí se výše jeho nemocenského za kalendářní dny, které z doby dočasné pracovní neschopnosti nebo nařízené karantény připadají na období nároku na výplatu nemocenského, tak, aby úhrn nemocenského a započitatelného příjmu za toto období nepřevyšil součin denního vyměřovacího základu uvedeného v § 21 odst. 4 a počtu kalendářních dnů připadajících na toto období, přičemž do tohoto počtu kalendářních dnů se nezahrnují kalendářní dny připadající na období prvních 14 kalendářních dnů dočasné pracovní neschopnosti nebo nařízené karantény a v období od 1. ledna 2011 do 31. prosince 2013 kalendářní dny připadající na období prvních 21 kalendářních dnů dočasné pracovní neschopnosti nebo nařízené karantény.

§ 31

Výše nemocenského za kalendářní den činí 50 % výše nemocenského stanoveného podle § 29 nebo 30, jestliže si pojištěnec přivodil dočasnou pracovní neschopnost

- a) zaviněnou účastí ve rvačce; rvačkou se zde rozumí vzájemné napadení či fyzický střet dvou nebo více osob, nejde-li o sebeobranu nebo pomoc napadenému, pokud se nejedná o případ uvedený v písmenu c),
- b) jako bezprostřední následek své opilosti nebo zneužití omamných prostředků nebo psychotropních látek, nebo
- c) při spáchání úmyslného trestného činu nebo úmyslně zaviněného přestupku.

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



Tento test je zařazen do kontinuálního vzdělávání ČLK a za správné vyřešení testu bude řešitelům přiděleno 9 kreditů 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 14. 5. 2011**. Písemné odpovědi zasílejte na adresu: Oddělení vzdělávání SVL ČLS JEP, U Hranic 16, 100 00 Praha 10.

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

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.

**test
4/2011**

**Správné
odpovědi
testu
č. 3/2011:**

1c

2c

3b

4c

5bc

**6c (uznána bude
i odpověď abc)**

7b

8c

9b

10c

Cíleý screening celiakie

1. V prvním stupni screeningu celiakie se doporučuje:

- a) stanovení sérových autoprotilátek k tkáňové transglutamináze
- b) stanovení sérových autoprotilátek k endomysiu
- c) stanovení sérových autoprotilátek ke gliadinu

Na asymptomatickou bakteriurii nic nepředepisujeme

2. Systémové podání antibiotik (např. na respirační infekci) může u žen způsobit poševní dysmikrobii a následně

- a) kolpitudu
- b) zánět močového měchýře
- c) appendicitidu

3. Bakteriální kmeny napadající močové cesty jsou v současnosti nejvíce rezistentní k:

- a) aminopenicilinům
- b) makrolidům
- c) chinolonům

Diagnostika a terapie tyreoidálních uzlů

4. Prevalence tyreoidálních uzlů v neselektované populaci je:

- a) 1-2 %
- b) 19-76 %
- c) 95-98 %

5. Základní diagnostickou metodou k vyšetření tyreoidálních uzlů je:

- a) ultrazvuk
- b) scintigrafie
- c) CT krku

6. Supresní léčba tyreoidálních uzlů:

- a) je bezpečná léčebná metoda, která vede k výrazné regresi většiny uzlů
- b) je indikována u všech uzlů nad 10 mm
- c) má vyšší rizika než benefit, proto s výjimkou léčby diferencovaných karcinomů byla opuštěna

Možnosti prevence kognitivní poruchy a demence

7. Mírná až výrazná tělesná zátěž

- a) nemá vliv na rozvoj demence
- b) urychluje rozvoj demence v pozdějších stádiích
- c) snižuje riziko demence jakékoli etiologie

8. Léčba 1 000 hypertoniků nitrendipinem po dobu 5 let může zabránit

- a) 1 případu demence
- b) 5 případům demence
- c) 20 případům demence

POEM: Patient oriented evidence that matters

9. Při automatizovaném měření krevního tlaku v ordinaci lékaře:

- a) jsou naměřené hodnoty tlaku nižší, je-li pacient v ordinaci sám (lékař odejde)
- b) naměřené hodnoty lépe reprezentují tlak pacienta mimo ordinaci, v porovnání s manuálním měřením, který provádí lékař sám
- c) dochází k častějšímu zkreslení a falešnému nadhodnocení výše tlaku, zejména systolického

Závodní preventivní péče

10. Zaměstnanci pracující v noci (mezi 22. a 6. hod)

- a) mají veškerá vyšetření ZPP hrazena ze zdravotního pojištění
- b) musí se podrobit pravidelným lékařským prohlídkám v rámci ZPP minimálně 1x ročně
- c) při každé prohlídce ZPP jim musí být provedeno i EKG vyšetření

Správné mohou být všechny tři možnosti.

odpovědní lístek - test č. 4/2011

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 |

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

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