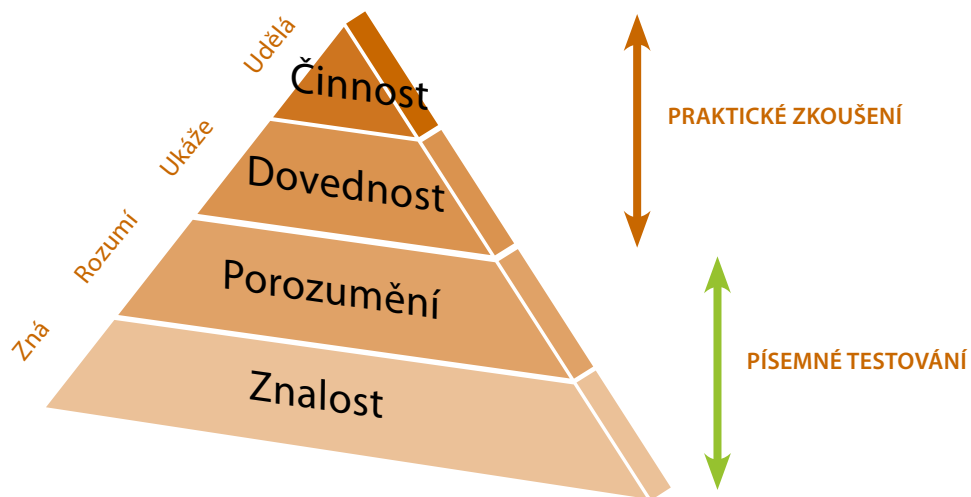




PRACTICUS

pro praktické lékaře zdarma • č.1/2022 • ročník 21



TÉMA:

O specializační přípravě ve všeobecném praktickém lékařství



Léčivý přípravek obsahuje účinnou látku mikronizovaný diosmin¹ v lékopisné čistotě² a další flavonoidy hesperidin, isorhoifolin, linarin a diosmetin!^{3,*}

Zkrácená informace o přípravku Diozen 500 mg potahované tablety

Léčivá látka: Diosminum micronisatum 500 mg v jedné tabletě. **Indikace:** Léčba příznaků a projevů chronické žilní insuficience dolních končetin, funkčních nebo organických (pocit těžkých nohou, bolest, edém, noční křeče, trofické změny včetně bércevého vředu). Léčba akutní ataky hemoroidálního onemocnění, základní léčba subjektivních příznaků a funkčních objektivních projevů hemoroidálního onemocnění. **Dávkování:** *Venolymfatická insuficience:* Obvyklá dávka: 2 tablety denně podané v jedné dávce nebo ve dvou dílčích dávkách. *Hemoroidální onemocnění:* Doporučená dávka je 2 tablety 3x denně během prvních 4 dní, poté 2 tablety 2x denně během následujících 3 dní. Udržovací dávka je 2 tablety denně podané v jedné dávce nebo ve dvou dílčích dávkách. *Pediatrická populace:* Nejsou dostupné žádné údaje. **Způsob podání:** Tablety se užívají celé během jídla a zapíjejí se tekutinou. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku. **Zvláštní upozornění a opatření pro použití:** Podávání diosminu u symptomatické léčby akutních hemoroidů nevylučuje léčbu dalších onemocnění konečníku. Pokud symptomy brzy neodezní, je nutné provést proktologické vyšetření a léčba by měla být přehodnocena. **Interakce:** Nebyly provedeny studie interakcí. Z velkého množství post-marketingových zkušeností nebyly dosud žádné lékové interakce hlášeny. **Těhotenství a kojení:** Limitované údaje o použití diosminu u těhotných žen nenaznačují malformační či fetální/neonatální toxicitu diosminu. Není známo, zda se diosmin vylučuje do mateřského mléka. Zapotřebí pečlivě zvážit nutnost podání u kojící ženy. **Účinky na schopnost řídit a obsluhovat stroje:** Žádný nebo zanedbatelný vliv. **Nežádoucí účinky:** Časté: průjem, dyspepsie, nauzea, zvracení. **Uchovávání:** Žádné zvláštní podmínky uchovávání. **Balení:** 30, 60, 120 nebo 180 potahovaných tablet. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Zentiva, k.s., U Kabelovny 130, 102 37 Praha 10, Česká republika. **Registrační číslo:** 85/426/16-C. **Datum revize textu:** 17. 9. 2019. Výdej balení 30, 60, 120 tablet není vázán na lékařský předpis a balení nejsou hrazena z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Výdej balení 180 tablet je vázán na lékařský předpis a není hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Před použitím přípravku se seznamte s úplnou informací o přípravku, kterou obdržíte na adrese: Zentiva, k.s., U Kabelovny 130, 102 37 Praha 10, Česká republika.

Určeno pro odbornou veřejnost.

REFERENCE: 1. SPC přípravku Diozen, datum revize textu 17. 9. 2019. 2. Diosmin. In: European Pharmacopoeia (Ph. Eur.). 10th Edition. European Directorate for the Quality of Medicines & HealthCare (EDQM), 2020:2433-2435. 3. ZENTIVA data on file based on ANALYTICAL STUDY REPORT ASR-R-ZEN-GEN-021A-20.01, QUINTA - ANALYTICA s.r.o., 12/2020.

* Látky jsou povolenými nečistotami účinné látky diosmin dle lékopisu

Síla diosminu pro pevné a pružné žíly!

ZENTIVA

Zentiva, k.s., marketingové oddělení
U Kabelovny 130, 102 37 Praha 10, tel.: (+420) 267 241 111, www.zentiva.cz

30, 60 a 120 tablet
volně prodejný lék

180 tablet
lék na předpis

ID14307/07/2021



OBSAH

PRACTICUS

odborný časopis SVL ČLS JEP
1/2022, ročník 21

INFO SVL

- 04 **EDITORIAL**
MUDr. Stanislav Konšťacký, CSc.
- 05 **VOLBY DO VÝBORU A REVIZNÍ KOMISE SVL ČLS JEP**

ODBORNÝ ČLÁNEK

- 07 **O SPECIALIZAČNÍ PŘÍPRAVĚ VE VŠEOBECNÉM PRAKTICKÉM LÉKAŘSTVÍ**
MUDr. Jáchym Bednář
- 12 **SOUČASNÝ VZDĚLÁVACÍ PROGRAM V OBORU VPL (ČÁST 1.)**
MUDr. Jaroslava Urbančíková
- 14 **OMRZLINY - PREVENCE, KLASIFIKACE A LÉČBA**
MUDr. Kristina Höschlová
- 18 **LÉČBA OBĚZŇNÍ PACIENTKY S PREDIABETEM POMOCÍ ÚČINNÉ LÁTKY LIRAGLUTIDU S INDIKACÍ LÉČBY OBEZITY**
MUDr. Katarína Halčiaková

KAZUISTIKY

- 22 **ÚSPĚŠNÁ KOMPENZACE KARDIOVASKULÁRNÍCH RIZIKOVÝCH FAKTORŮ U 45LETÉHO MUŽE S VYUŽITÍM CÉVNÍHO VĚKU: KAZUISTIKA**
MUDr. Jiří Machů

PR ČLÁNEK

- 25 **CYTISIN: NOVÝ NÁSTROJ V LÉČBĚ ZÁVISLOSTI NA NIKOTINU**
doc. MUDr. Jiří Slíva, Ph.D.

ZPRÁVY Z KONFERENCE

- 27 **CO OČEKÁVÁ PACIENT OD LÉČBY ANTIDEPRESIVY**
- 28 **NEUROLOGICKÉ KOMPLIKACE COVID-19 V ORDINACI PRAKTICKÉHO LÉKAŘE**
MUDr. Ondřej Strýček, Ph.D., MUDr. Pavel Rössner, Ph.D.

ZÚČASTNILY JSME SE

- 30 **NA NÁVŠTĚVĚ U SLOVINSKÝCH PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ**
doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D.
- 32 **CO COVID DAL A VZAL ANEB VÁNOCE 2021 V NAŠÍ ORDINACI**

Vydavatel:

Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP

Adresa redakce:

Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP
Sokolská 31, 120 00 Praha 2
tel.: 267 184 064
e-mail: practicus.svl@cls.cz
www.practicus.eu

Redakce:

Šéfredaktor:

MUDr. Stanislav Konšťacký, CSc.,
konstackys@seznam.cz

Zástupci šéfredaktora:

MUDr. Dana Moravčíková
dana.moravcikova@medicina.cz,

MUDr. Jana Vojtíšková
janav.doktor@volny.cz

Manažerka časopisu:

Hana Čížková
practicus.svl@cls.cz

Redakční rada: doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc., MUDr. Otto Herber, doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D., MUDr. Pavel Brejník, MUDr. Josef Štolfa, MUDr. Igor Karen, MUDr. Jozef Čupka, MPH, MUDr. David Halata, MUDr. Toman Horáček, MUDr. Kateřina Javorská, MUDr. Stanislav Konšťacký, CSc., MUDr. Jan Kovář, MUDr. Dana Moravčíková, MUDr. Cyril Mucha, MUDr. Josef Olšr, MUDr. Bohumil Skála, Ph.D., MUDr. Boris Šťastný, MUDr. Jana Vojtíšková, MUDr. Lenka Bilková, MUDr. Miloš Ponižil, MUDr. Bergmann David, MUDr. Červený Rudolf, Ph.D., MUDr. Drbalová Šárka, MUDr. Havránek Jiří, MUDr. Homola Ambrož, Ph.D., MUDr. Horký Jiří, MUDr. Marek Vladimír, MUDr. Mestická Petra, MUDr. Matějková Astrid, MUDr. Stárková Helena, MUDr. Šindelář Jan,

Spolupracovnice časopisu:

Andrea Vrbová

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

Pro praktické lékaře v ČR zdarma.

Roční předplatné pro ostatní zájemce **610 Kč.** • • • Přihlášky přijímá redakce.

Toto číslo bylo dáno do tisku 21. 1. 2022 MK ČR E13477, ISSN 1213-8711.

Vydavatel a redakční rada upozorňují, že za obsah a jazykové zpracování inzerátů a reklam odpovídá výhradně inzerent. Redakce neodpovídá za správnost údajů uvedených autory v odborných článcích. Texty neprochází jazykovými korekturami. Přetisk a jakékoliv šíření je povoleno pouze se souhlasem vydavatele. © SVL ČLS JEP, 2022

EDITORIAL



MUDr. Stanislav Konštacký, CSc.
Šéfredaktor časopisu Practicus

Vážené kolegyně, vážení kolegové,

vstupujeme do nového roku - již třetího postiženého pandemií. I přes to, že Omikron by měl mít lehčí příznaky a měl by také proběhnout rychleji, s postižením především neočkované populace, dle předsedy Světové zdravotnické organizace Tedros Adhanom Ghebreyesus ještě nejsme u konce pandemie a lze předpokládat vznik dalších mutací tohoto nebezpečného viru.

Čili pro nás to znamená opět plno práce s očkováním a plněním měnících se opatření pro zvládnutí situace. A to jsem chtěl zahájit dnes optimisticky - jistě k tomu lze počítat to, že si pomalu na tyto stále se měnící pokyny počínáme zvykat.

Naše dnešní jednička časopisu Practicus je opět naplněna zajímavými články, a na některé bych rád upozornil. O tom, že tento rok je rokem volebním, hovoří předsedkyně volební komise dr. Vojtíšková. Věřím, že se najde dostatečné množství kolegů, kteří budou ochotni po svém zvolení pro naši společnost pracovat ve výboru nebo revizní komisi.

O specializační přípravě a také o Evropské společnosti učitelů praktického lékařství se zmiňuje náš

zástupce v radě EURACT, Dr. Jáchym Bednář. Doplněním problematiky vzdělávání ve VPL se věnuje článek Dr. J. Urbančíkové, která vysvětluje některé pojmy ve Vzdělávacím programu a jistě je v příštím čísle ještě rozšíří.

I když v posledních letech v našich krajích nedochází k omrznutí, i s tímto poraněním se můžeme setkat, a to nejen u vysokohorských turistů. Velmi pěkně zpracované a dokumentované sdělení je od dr. Höshlové na toto téma.

O zkušenosti při léčbě obezity Saxendou se podělila v zajímavé informaci dr. Halčiaková.

Dr. Machů píše o tom, jak zvládl kompenzovat rizikové faktory u mladého muže za pomoci využití cévního věku.

V každodenní praxi bychom měli bojovat proti kouření; o tom, jak nám v tom může pomoci Cytisin, informuje doc. Slíva.

Léčbou deprese se zabývá doc. Končelíková a o neurologických komplikacích infekce COVID-19 v ordinaci praktického lékaře nás informují dr. Strýček a dr. Ressler. Jistě nám pomohou pacienti s těmito příznaky odhalit a včas je léčit, případně dispenzarizovat.

O práci praktických lékařů ve Slovinsku se zajímavě zmiňuje vědecký sekretář naší společnosti, doc. Seifert, a přibližuje problematiku všeobecného lékařství v této krásné zemi.

Nezbývá, než vám ještě jednou popřát hodně zdraví, štěstí a sil do nového roku a věřit, že to opět zvládneme.

V Hradci Králové 19. 1. 2022



Volby do výboru a revizní komise Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP

Vážené kolegyně, vážení kolegové!

V souladu se stanovami, jednacím řádem a volebním řádem České lékařské společnosti J. E. Purkyně výbor Společnosti všeobecného lékařství České lékařské společnosti J. E. Purkyně (SVL ČLS JEP) vyhlašuje volby do výboru a revizní komise SVL ČLS JEP. Počet volených členů výboru SVL je 17 a členů revizní komise 3. Právo volit a být zvoleni mají všichni řádní členové. Proto, aby uvedené právo bylo naplněno, výbor zvolil v souladu s volebním řádem korespondenční způsob voleb. Aby bylo možné sestavit kandidátku, volební komise Vás žádá, pokud máte zájem aktivně pracovat ve výboru nebo v revizní komisi SVL ČLS JEP, abyste pečlivě sledovali Vaši lednovou korespondenci. Všem členům SVL ČLS JEP budou v průběhu ledna 2022 rozeslány kandidátky, jejichž vyplněním se můžete ucházet o funkce ve výboru nebo v revizní komisi SVL ČLS JEP.

Vyplněnou kandidátku je potřeba zaslat **DOPORUČENĚ** zpět volební komisi (dle pokynů uvedených na kandidátce) nejpozději do 18. 2. 2022 (razítko pošty).

MUDr. Jana Vojtíšková
předsedkyně volební komise



Vážené kolegyně, vážení kolegové,

po 2 letech se snad konečně uskuteční setkání evropských praktických lékařů v prezenční formě.

Příležitost bude na konferenci WONCA v Londýnském centru Excel, ve dnech 28. 6.–1. 7. 2022.

Uzávěrka příjmu abstrakt je 17. 1. 2022 (nejspíš bude prodloužena).

Early bird registrační poplatek 685 liber platí do 28. 2. , normální poplatek 735 liber pak do 20. května 2022.

Tak jak je pravidlem v posledních letech, Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP podpoří své členy v účasti na konferenci, a to až do částky 20 000 Kč, pokud splňují některou z podmínek:

- mají aktivní účast na konferenci (přijatý abstrakt)
- mají aktivní účast v některé z kongresových aktivit (workshopech, pracovních skupinách)
- zastupují SVL ČLS JEP na jednání některé z pracovních skupin nebo sítí

Žádosti je třeba zaslat do konce března 2022.

Bohumil Seifert
Vědecký sekretář a místopředseda pro zahraniční záležitosti.



O specializační přípravě ve všeobecném praktickém lékařství



MUDr. Jáchym Bednář

všeobecný praktický lékař, Ordinance JACH-TA, s. r. o. školitel, učitel/asistent 1. LF UK, reprezentant v Radě Euract za ČR, IPVZ

důkazech a klinickou činností orientovanou na poskytování primární péče o pacienta.

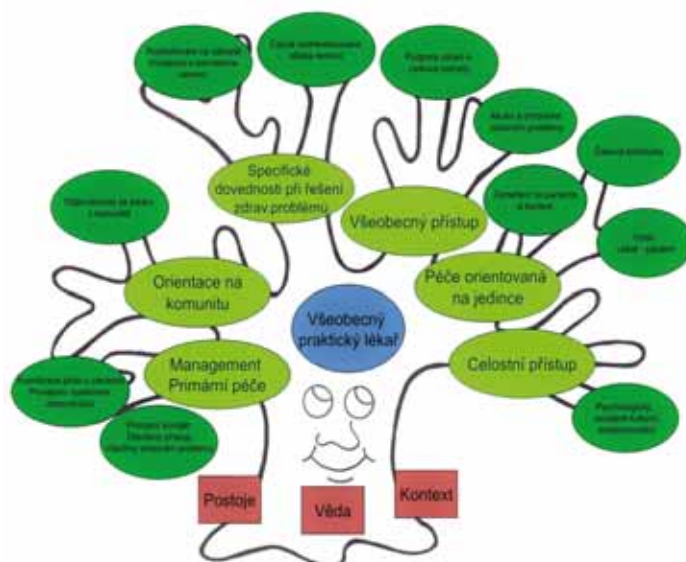
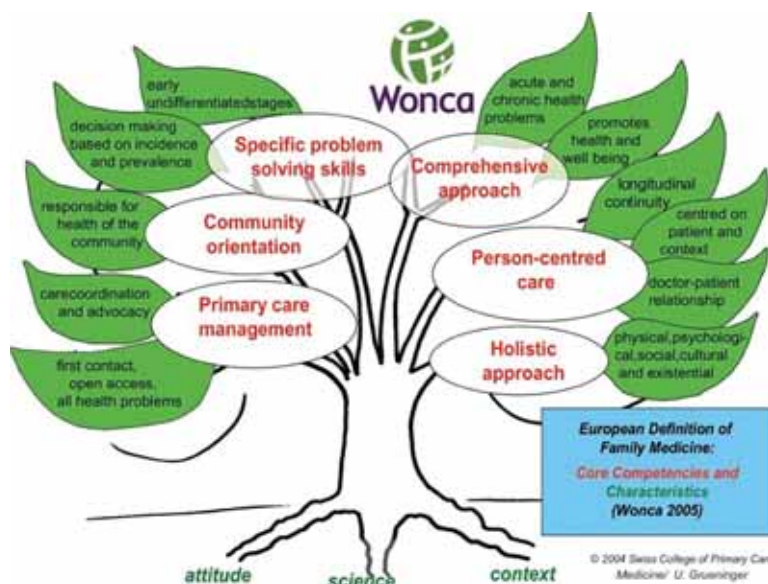
Dokument (viz link výše) podrobně popisuje 11 základních charakteristik našeho oboru (ty jsou též na obrázcích, viz níže anglická a česká verze, které jsou současně platnou obrazovou definicí našeho oboru). Obrázku se říká WONCA tree, strom WONCA. 11 typických charakteristik našeho oboru je zde zobrazeno jako lístky stromu s textem. 6 oválných bublin na stromu WONCA ukazuje 6 základních kompetencí, které má všeobecný praktický lékař zvládat, protože tyto kompetence jsou esencí či podstatou našeho oboru.

Primární péče a všeobecné praktické/rodinné lékařství je základní léčebně-preventivní obor, který je „páteří“ medicíny a všech zdravotnických systémů v civilizovaných zemích. Čím je systém zdravotní péče rozvinutější, tam více je tento obor jeho páteří. Všeobecné praktické lékařství je nejbližší pacientům ve smyslu místní, časové, ekonomické i kulturní dostupnosti a je otevřeno všem kategoriím problémů, které souvisejí se zdravím, se zřetelem na prostředí, ve kterém člověk žije a pracuje.

Primární péče zajištěná všeobecnými praktickými lékaři (VPL) je základem fungujícího zdravotnictví ve všech vyspělých zemích. Má zásadní vliv na zdravotní stav celé populace a dlouhodobou ekonomickou udržitelnost celého zdravotního systému. Dobře pracující, motivovaný a maximem možných kompetencí vybavený VPL je jeho základním kamenem. Je schopen velmi efektivně poskytovat kvalitní a přitom dostupnou péči (ve smyslu geografickém, časovém, ekonomickém i sociálním).

V celém světě byla přijata a všeobecně platí definice našeho oboru z roku 2002. Tato definice není jedinou možnou definicí, popsána a rozvedena do mnoha stran je v níže uvedeném dokumentu WONCA - World Organization of Family Doctors: <https://www.woncaeurope.org/file/bae1def1-c0b9-47ef-8a3f-5a9a334ba25a/Definition%20EURACTshort%20version.pdf>

Všeobecné praktické/rodinné lékařství je akademická a vědecká disciplína s vlastním vzděláváním, programem, obsahem, výzkumem, aktivitami založenými na vědeckých





Existují i jiné definice oboru, za prozkoumání stojí Konceptce oboru všeobecné praktické lékařství z roku 2018 na stánkách SVL, kde je definice našeho oboru podrobně popsána (<https://www.svl.cz/o-nas/koncepce-oboru-vseobecne-prakticke-lekarstvi-2018/>).

Samostatný obor všeobecné praktické lékařství se svou specializační přípravou byl v České republice ustanoven v roce 1978, náplň vzdělávání a jeho délka se vyvíjela, prošla mnoha peripetemi a dramatickými okamžiky do současné podoby, kdy je délka specializačního vzdělávání 3 roky. Cílem přípravy je vychovat vzdělaného samostatně pracujícího VPL, schopného řešit či aspoň umět se postavit ke každému pacientem předloženému problému v oblasti akutní i chronické péče, prevence, diagnostiky i terapie. Posílení primární péče skrze vzdělávání většího počtu nových mladých lékařů je klíčem k řešení nejpálčivějších aktuálních problémů společnosti; udržení zdravého životního stylu, stárnutí populace, přibývání chronicky nemocných a polymorbidity.

Specializační vzdělávání (ST / specialty training) navazuje na základní vzdělávání na fakultách medicíny (BME / basic medical education), a na něj navazuje celoživotní či kontinuální vzdělávání lékaře (CME / continuing medical education). Spolu tvoří tato trojice (BME, ST, CME) celek.

V obecném modelu pro vzdělávání – na Millerově pyramidě (viz obrázek na obálce) – se studenti zapojení do specializační přípravy věnují kromě získávání znalostí a porozumění již stále více praxi, tedy konkrétním dovednostem a dennodenní lékařské činnosti. Proto je zcela zásadní kvalitní praktická příprava v ordinaci praktického lékaře pod odborným dozorem a posléze dohledem zkušeného lékaře – školitele.

Jaké jsou nezbytné podmínky pro proces a jaký samotný obsah výuky u nás či v Evropě? U nás je dán vzdělávacími

programy. Program pro základní kmeny a vlastní specializační výcvik je předepsán, jednotlivé stáže je potřeba absolvovat.

Délka, rozsah a obsah možných vzdělávacích programů je dána několika normami, které platí současně. Není zcela jednoduché se v tom orientovat, protože současně pro různé lékaře v různé fázi specializační přípravy platí jiné legislativní normy a jiné formy programů pro základní kmeny a vlastní specializační výcvik (z let 2011–2020). Podrobnější sdělení o legislativě v specializační přípravě pro toto číslo časopisu *Practicus* připravila MUDr. Jaroslava Urbančíková v příspěvku na straně 12.

Minimální možná délka vzdělávání stanovená Evropskou legislativou je 3 roky (Direktiva 93/16/EEC and Directive 2005/36/CE), kdy 6 měsíců je v Evropě stanoveno jako minimální čas nutný pro přípravu v samotné ordinaci praktického lékaře. Mnoho států ale zavedlo specializační přípravu delší, některé i na 6 let, např. Norsko, které má v rámci těchto 6 let dobu nutné praxe v ordinaci 4 roky.

Zásadní pro vzdělání mladého adepta v našem oboru je kvalitní příprava v ordinaci samotné a pravidelný kontakt se školitelem a jeho odborné vedení v průběhu 30 měsíců přípravy. Kvalitní příprava se nedá nahradit délkou přípravy. V rámci přípravy jsou kromě povinných stáží pro adepta předepsány povinné kurzy, existují též kurzy volitelné, které jsou velmi užitečné (např. kurz EKG), každý rok je v rámci přípravy povinné absolvovat kurz Novinek ve VPL.

V něčem je dobré se nechat inspirovat i v Evropě. Nad rámec povinných programů a vzdělávacích plánů. Student v přípravě tak může získat lepší rozhled a kontext. To, jak má či může vypadat vzdělávání a specializační příprava ve VPL v představě na evropské úrovni, se pokouší definovat Euract - European Academy of Teachers in General Practice. Euract je oficiální a orga-

nizovaná skupina lékařů – učitelů, která pracuje v rámci WONCA. Každý evropský stát má či může mít svého zástupce v Radě Euractu a každý praktický lékař může být členem Euractu a absolvovat jeho kurzy, konference či workshopy v rámci konferencí WONCA. Euract byl založen v roce 1992 a cílem této organizace je navrhovat, udržovat a prosazovat standardy ve výuce praktického lékařství napříč Evropou, vést výzkum v primární péči, vytvářet souhrny, vědecké články, dokumenty, přehledy, databáze, aktualizovat je dle vývoje v našem oboru. EURACT prošel vývojem, datujícím se do doby před více než 50 lety, kdy se nejdříve méně formálně jmenoval „The Leeuwenhorst Group“ - 1970, postupně „new Leeuwenhorst Group“ (1982), jeho integrace do WONCA proběhla v roce 1999 a nyní je jedním ze stěžejních odborných těles v rámci WONCA.

Jeho příspěvek ke specializační přípravě budoucích VPL shrnují tyto dva jeho dokumenty:

<https://euract.woncaeurope.org/sites/euractdev/files/documents/publications/official-documents/european-training-requirements-gp-fm-specialist-training-euract-2018.pdf?fbclid=IwAR3KmFPoCUyfbf-7UmJXFvMdqKVEkr-5hkEE-uYy2mr5t5l2YgUr01OmmR8Q>

<https://euract.woncaeurope.org/sites/euractdev/files/documents/publications/official-documents/euract-educationalagenda.pdf>

Doporučuji oba dokumenty podrobně prostudovat jak školitelům, tak lékařům v přípravě. Základní sdělení

obou dokumentů se dá zobecnit a formulovat zhruba takto:

- Celá příprava by měla být zaměřena na cíle, výsledky a kompetence a způsoby, jak jich dosáhnout.
- Zaměření na cíle by mělo převážít zaměření na časové rámce přípravy.
- Příprava by měla být zaměřena na studenta/ku a mělo by být nasloucháno jeho/jejím potřebám ve výuce.
- Mělo by se vycházet z individuálních cílů učení podle posouzení vzdělávacích potřeb ve vzájemném dialogu mezi školencem a školitelem.
- Školenc by měl mít svůj individuální výukový plán, který by se měl snažit systematicky plnit, znát již na začátku studia okruhy atestačních otázek a snažit se porozumět celku v nadhledu.

<https://www.ipvz.cz/o-ipvz/kontakty/pedagogicka-pracoviste/vseobecne-prakticke-lekarstvi/>

atestacni-otazky-okruhy

<https://www.stefajir.cz/atestacni-otazky-2019>

- Zásadní pro přípravu je stáž v ordinaci samotné, na evropské úrovni je její délka stanovena arbitrárně na minimálně 6 měsíců.
- Školenci by měli mít kromě času stráveného v ordinaci dost chráněného času i na studium a teoretickou přípravu.
- Mělo by být podporováno samostatné učení, reflexe různých odborných problémů v dialogu a sebereflexe přístupů, které školenc zažil a praktikoval, důležitá je diskuze a reflexe v malých skupinách, v praxi se



dle zkušenosti mnoha kolegů zdá být užitečné vést si svůj výukový deník (výukové portfolio), ve kterém lékař sleduje svůj výukový plán, eviduje svůj odborný progres a kurzy, které absolvoval, zapisuje si poznámky, poznatky, myšlenky, zkušenosti, ale i chyby, které udělal, a ze kterých se může poučit on či jiní. Vedení deníku vychází z principů sebereflexe, upřímnosti k sobě, auditu a kritického hodnocení vlastních činností. Dnes jsou na internetu k dispozici návody, šablony či aplikace umožňující elektronické vedení takového portfolio (<https://www.bradfordvts.co.uk/mrcgp/eportfolio/>).

Proces sebeučení bývá při zapisování si a evidenci osobních zkušeností více vědomý, tím podporuje růst kvality a vede rychleji k zavádění nových návyků a postupů tam, kde jich je potřeba.

Výukové prostředí by mělo být bezpečné a přátelské, zdravé pro vývoj školenec. Důležité a zásadní je správné a konstruktivní poskytování zpětné vazby školenci, probíhající průběžně, které studenta formuje a nesráží. Ke školenci by jeho školitel měl přistupovat s úctou a tolerancí. A stejně tak školenc ke školiteli.

Na evropské úrovni existují specializované kurzy pro školitele, které provádí budoucího školitele různými situacemi a připraví jej na budoucí roli školitele. Organizuje je již výše zmíněný Euract. Tyto kurzy mají za cíl dlouhodobě a systematicky zlepšovat kvalitu výuky v praktickém lékařství a postupně předat odpovědnost za pořádání kurzů a výuky učitelů do jednotlivých zemí, podporovat profesní vývoj školitele.

Euract garantuje standard kvality kurzu a poskytuje podporu - know-how, materiály, značku, své školitele. Kurzy probíhají v angličtině a nesou název Leonardo kurzy. Mají 3 stupně, pro zahájení praxe školitele je nejdůležitější kurz č. 1. V některých evropských zemích je jeho absolvování podmínkou k zahájení praxe školitele. Podrobněji o kurzu a systematické přípravě školitelů na svou roli:

<https://euract.woncaeurope.org/leonardo-teachers-courses>
<https://euract.woncaeurope.org/sites/euractdev/files/docu->

[ments/publications/official-documents/euractframeworkforcontinuingeducationaldevelopmentoftrainersingeneralpracticeineuropecedingp.pdf](https://euract.woncaeurope.org/sites/euractdev/files/documents/publications/official-documents/euractframeworkforcontinuingeducationaldevelopmentoftrainersingeneralpracticeineuropecedingp.pdf)

První Leonardo kurz pro české školitele či budoucí školitele proběhl v ČR v květnu 2021, byly v plánu další kurzy, ale přišel covid, a tak byly kurzy zrušeny. Další kurzy pro školitele budou po covidové pauze následovat, v plánu je příprava národních českých verzí kurzů.

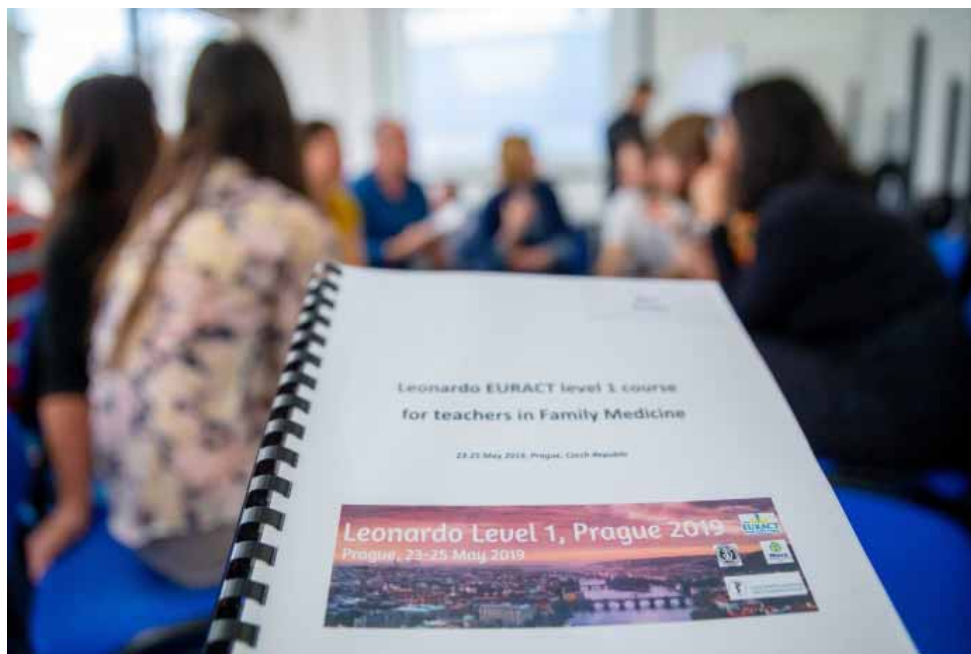
Zde jsou některé zkušenosti absolventů kurzu:

„Po absolvování Leonardo kurzu se cítím o dost kompetentnější a jistější.“

„Zároveň však cítím mnohem silnější potřebu si výuku či stáž pečlivě připravit, strukturovat a dbát na individuální potřeby školenec.“

„Byl jsem přesvědčen, jak důležité je si na začátku stáže, ale také opakovaně v jejím průběhu, si společně se školencem ověřovat, jaké jsou jeho aktuální potřeby, na co je potřeba dát důraz.“

„Jeden z hlavních přínosů kurzu pro mě tedy byl pochopit, co to znamená v praxi „formative assessment“, a jak



je toto „formativní hodnocení“ možné využívat k motivační školenec a k exploraci jeho potřeb.“

Report z Leonardo kurzu v 5/2019 byl zpracován pro časopis Practicus 01/2020 zde: <http://www.practicus.eu/file/a7bd5175cca6e18027b5574d266fb763/65/Practicus-01-2020.pdf>

Možnosti a metody hodnocení profesního vývoje školence byly zpracovány pro Practicus 9/2019 na základě kurzu od Euractu, jak hodnotit a dávat zpětnou vazbu školenci - ZPRÁVA Z KURZU, POŘADANÉHO EURACTEM: ASSESSMENT COURSE, LISABON – 10.–12. 10. 2019 <http://www.practicus.eu/file/98340551d-1f8e8d7b921833a1793b1c4/64/Practicus-09-2019.pdf>
Do specializační přípravy v našem oboru může vstoupit lékař, který je dle zákona tzv. odborně způsobilý, a jejím zakončením se stává lékařem se specializovanou způsobilostí. Doporučuji v této souvislosti navštívit web IPVZ, kde je v šezplatné legislativě potřebné vysvětleno (<https://www.ipvz.cz/lekari-zubni-lekari-farmaceuti/ziskavani-specializace/jak-ziskat-specializovanou-zpusobilost>). Ten již může pracovat bez odborného dozoru či dohledu zcela samostatně (dle § 5 zákona č. 95/2004 Sb.).

Zdroje:

<https://www.ipvz.cz/o-ipvz/kontakty/pedagogicka-pracoviste/vseobecne-prakticke-lekarstvi/kontakty-pracoviste>
<https://www.ipvz.cz/o-ipvz/kontakty/pedagogicka-pracoviste/vseobecne-prakticke-lekarstvi/vzdelavaci-programy>
<https://www.svl.cz/o-nas/koncepce-oboru-vseobecne-prakticke-lekarstvi-2018/>
<https://www.woncaeurope.org/file/bae1def1-c0b9-47ef-8a3f-5a9a-334ba25a/Definition%20EURACTshort%20version.pdf>
<https://euract.woncaeurope.org/sites/euractdev/files/documents/archive/publications/euractconsensusdocumentteachersandtrainersingeneral-practice-attributesandlearningareas1995.pdf>
<https://euract.woncaeurope.org/sites/euractdev/files/documents/publications/official-documents/european-training-requirements-gp-fm-specialist-training-euract-2018.pdf?fbclid=IwAR3KrmFPoCUyfbf-7UmJXFvMdqKVEkr-5hkEEuYy2mrt-t5I2YgUr01OmmR8Q>
<https://euract.woncaeurope.org/sites/euractdev/files/documents/publications/official-documents/euract-educationalagenda.pdf>
https://www.researchgate.net/publication/230780179_Educational_expectations_of_GP_trainers_A_EURACT_needs_analysis

Výkonem povolání pod odborným dozorem se rozumí výkon činností lékaře s odbornou způsobilostí před získáním certifikátu o absolvování základního kmene. Výkonem povolání lékaře pod odborným dohledem se rozumí výkon činností lékaře s odbornou způsobilostí po získání certifikátu o absolvování základního kmene. Žádné základní ani specializační vzdělávání není schopné vybavit budoucího lékaře všemi potřebnými vědomostmi, schopnostmi a dovednostmi k datu promoce či atestace jednou provždy, a proto se každý lékař musí vzdělávat celý svůj profesní život, systematicky se udržovat, zlepšovat a upevňovat své umění léčit, a tak se postupně stávat větším profesionálem a mistrem ve svém oboru. Nejsme nikdo se vzděláním hotovi. Učíme se pořád a nejlépe, když nás to těší a baví.

<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/13814788.2012.712958>
<https://kuleuvencongres.be/EURACT2018/presentations/jochemsen.pdf>
https://www.lf3.cuni.cz/3LF-1807-version1-euract_leonardo_kurzy_3lf.pdf

<https://www.um.edu.mt/library/oar/bitstream/123456789/4407/1/A%20concept%20analysis%20of%20GP%20trainer%20-%20a%20misnomer.pdf>
<https://cejph.szu.cz/pdfs/cjp/2009/03/06.pdf>
<https://euract.woncaeurope.org/resources>
<https://euract.woncaeurope.org/sites/euractdev/files/documents/resources/education-training-presentations/what-future-general-practice-family-medicine-and-how-do-we-prepare-and-educate-doctors-it-amanda.pdf>
<https://euract.woncaeurope.org/sites/euractdev/files/documents/resources/education-training-presentations/development-family-medicine-education-eastern-europe-%E2%80%93-igor-svab-10sep2016.pdf>
<https://www.amazon.com/Family-Medicine-Milica-Katic/dp/B06X9LTPYF>
[http://www.galen.cz/idistrik/vydav/?page\[book\]=5783](http://www.galen.cz/idistrik/vydav/?page[book]=5783)
<https://euract.woncaeurope.org/leonardo-teachers-courses>

Současný vzdělávací program v oboru VPL (část 1.)



MUDr. Jaroslava Urbančíková
Odborný konzultant KVL IPVZ

Geneze tzv. nového vzdělávacího programu (dále jen VP 2018) a jeho legislativní ukotvení

Na úvod bych se pokusila vysvětlit, proč máme téměř všichni v souvislosti s tzv. novým vzdělávacím programem (dále jen VP 2018) stále nejasnosti.

Do nového **VP 2018** se zařazují lékaři zapsaní do oboru VPL od **1. 7. 2017**, protože v tento den vešel v platnost **Zákon č. 67 ze dne 31. 1. 2017** (jako novela Zákona č. 95/2004 Sb.) o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů. Nicméně prováděcí vyhlášky vydalo MZČR o dost později, a ještě v opačném pořadí než by bylo logické. Nejdříve vyšel totiž ve Věstníku MZČR Vzdělávací program specializačního oboru všeobecné praktické lékařství – vlastní specializovaný výcvik (dále jen VSV), a sice dne **28. 3. 2018** jako **částka 3/2018**, a až následně byla dne **9. 10. 2018** ve Sbírce zákonů uveřejněna **Vyhláška č. 221/2018 Sb., o vzdělávání v základních kmenech lékařů**. A legislativa ke VP 2018 byla „zkompletována“ až **6. 11. 2019**, kdy vyšla **Vyhláška MZČR č. 282/2019 o zkouškách lékařů, zubních lékařů a farmaceutů**, a **o změně vyhlášky č. 188/2009 Sb., o atestační zkoušce**, závěrečné zkoušce certifikovaného kurzu a o postupu ověření znalosti českého jazyka pohovorem lékařů, zubních lékařů a farmaceutů (o zkouškách lékařů, zubních lékařů a farmaceutů), ve znění vyhlášky č. 118/2018 Sb. – de facto tedy až koncem roku 2019 jsme se oficiálně dozvěděli, jak má probíhat zkouška po ukončení vzdělávání v jednotlivých základních kmenech. Na realizaci prvních zkoušek po ukončení vzdělávání ve kmeni musela být Katedra všeobecného praktického lékařství IPVZ připravena už od 1. 1. 2020. A v našem oboru VPL se jednalo o dva základní kmene – a sice základní kmen VPL (jehož náplň byla specifikována v Příloze č. 19 Vyhlášky č. 221/2018 Sb.) a základní kmen interní **b) pro lékaře zařazené do**

oboru VPL (jehož náplň byla specifikována v Příloze č. 6 stejné vyhlášky). Vyhláška č. 221/2018 Sb. o vzdělávání v základních kmenech lékařů pak byla **dne 2. 10. 2020 zrušena** a nahrazena **Vyhláškou č. 397 ze dne 2. 10. 2020 o vzdělávání v základních kmenech lékařů**, která přinesla zjednodušení zejména v požadavcích na akreditaci hlavně lůžkových zařízení, která se podílejí na vzdělávání budoucích VPL, ale ponechala beze změny výše uvedené přílohy upřesňující obsah a rozsah vzdělávání v jednotlivých základních kmenech, tedy požadavky na praktické dovednosti a teoretické znalosti, které by měly být předmětem prověřování při zkoušce po ukončení vzdělávání v příslušném základním kmeni.

O zřehlednění požadavků na specializační vzdělávání v základním kmeni VPL v oboru VPL i v základním kmeni interním b) v oboru VPL a o přehledně zpracování náplně specializačního vzdělávání v rámci VSV v oboru VPL pro šest základních skupin školenců (tj. absolventů základního kmene VPL, absolventů základního interního kmene b) v oboru VPL, absolventů základního interního kmene a) v oboru vnitřního lékařství, rekvalifikujících se lékařů do našeho oboru VPL po atestaci z vnitřního lékařství, po atestaci z anesteziologie a intenzivní medicíny nebo urgentní medicíny, a po atestaci z chirurgie) se pokusil MUDr. Josef Štolfa vydáním **logbooku 2018**, který ale slouží primárně k záznamu provedených výkonů ve specializačním vzdělávání.

Z výše uvedeného vyplývá, proč logbook 2018 vydalo IPVZ s podporou MZČR „tak pozdě“ pro školence, kteří měli postupovat podle pokynů uvedených v logbooku již od 1. 7. 2017.

Proto na všechna možná úskalí v rámci specializačního vzdělávání v našem oboru upozorňujeme na povinném kurzu Novinky ve VPL v jeho části věnované specializačnímu vzdělávání a také na seminářích pro školitele. Na oba kurzy je možno se přihlásit na webu IPVZ. Oba tyto kurzy budou minimálně 1x za semestr formou on-line webináře s možností diskuse na závěr semináře. Logbook 2018 je možné získat pouze v listinné podobě na studijním odd. IPVZ, Ruská 85, 100 05. Plný text výše uvedených zákonů a Vyhlášek je uveden na webu IPVZ pod pedagogickým pracovištěm VPL pod záložkou „vzdělávací programy“. Zde jsou uvedeny i starší vzdělávací programy pro lékaře, kteří dokončují specializační vzdělávání v některém z původních vzdělávacích programů. Pro vaši základní orientaci v novém vzdělávacím programu pak doporučuji na webových stránkách KVL IPVZ si prostudovat shrnutí toho nejpodstatnějšího v odkazech:

Specializační příprava v oboru VPL, popř.

Upozornění pro školitele oboru VPL, ev.**Upozornění pro rekvalifikující se lékaře do oboru VPL.**

A pokud bych vás měla upozornit na nejdůležitější pojmy ze [Zákona č. 67/2017](#), pak doporučuji vaši pozornosti:

- rozdíl mezi *lékařem s odbornou způsobilostí a lékařem se specializovanou způsobilostí*,
- rozdíl mezi *odborným dohledem a odborným dozorem*, který vykonává akreditovaný školitel nad činností svého školence v té které fázi specializačního výcviku (a seznámit se s nedávno schválenými kompetencemi lékařů po úspěšně absolvované zkoušce po ukončení vzdělávání v základním kmeni),
- že specializační vzdělávání se uskutečňuje při výkonu lékařského povolání v akreditovaných zařízeních *v základním pracovněprávním vztahu nebo ve služebním poměru* v úvazku 40 hodin týdně (výjimečně nižším, ale min. 20 hodin týdně – s odpovídajícím prodloužením specializační přípravy),
- rozdíl mezi *zvyšováním si kvalifikace a prohlubováním si kvalifikace* (a s tím související „nárok“ školence na RM),
- že *vzdělávání v základním kmeni se ukončuje v rámci VP 2018 zkouškou*, ale ne všichni školenci zapsaní do našeho oboru VPL musí před atestační zkouškou z VPL skládat zkoušku po ukončení vzdělávání ve kmeni.
- Tolik tedy základní informace o současné situaci ve specializačním vzdělávání v našem oboru. V dalších číslech Practicusu bych se věnovala podrobněji předepsaným stážím ve kmeni VPL v našem oboru, poté ve kmeni interním v oboru VPL, posléze ve VSV v oboru VPL, a konečně povinným kurzům v oboru VPL. Na základě vašeho zájmu bych přidala eventuální odpovědi na vaše dotazy, které, prosím, pošlete na adresu redake - practicus.svl@cls.cz

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

OMRZLINY

prevence, klasifikace a léčba



MUDr. Kristina Höschlová
Mezinárodní kurz horské medicíny
www.KurzHorskeMediciny.cz

Omrzlina je chladový úraz. Je to termické poškození tkáně, které se může rozvinout za určitých okolností při vystavení organismu teplotám pod bodem mrazu. Nejčastěji omrzají periferní oblasti těla: prsty rukou i nohou, popřípadě nos a uši.

(1) Faktory, které vedou ke vzniku omrzliny

- mrazivé teploty, jejichž efekt násobí vítr a/nebo vlhkost
- snížený objem cirkulující krve (dehydratace)
- zvýšená hustota krve (dehydratace a vysoká hustota červených krvinek při pobytu ve vysokých nadmořských výškách)
- snížené prokrvení (stahující oděv/obuv, otoky)
- snížené okysličení organismu (vysoká nadmořská výška)
- nedostatečné oblečení (zejména provlhlé oblečení/obuv)

První příznaky omrzlin:

Necitlivost, změna zbarvení od konečků prstů – bledá barva, později fialová/šedá barva.

(2) Omrzlina se vyvíjí v několika fázích

- fáze 1, den omrznutí: mechanické poškození tkáně mrazem, periferní vasokonstrikce, primární ischemie
- fáze 2, následuje po ohřevu, trvá 2 dny: prosak, aseptický zánět, mikrotrombózy, které způsobují sekundární ischemii hlubokých tkání. Po 48 h je ischemie nezvratná
- fáze 3, trvá do 30. až 45. dne – nekrotisace, mumifikace, revaskularisace přeživší tkáně, demarkace mrtvé tkáně. Amputace by se proto neměla provádět dříve, než 30 dní od omrznutí, aby došlo k dostatečné reorganizaci tkáně

(3) Prevence a první pomoc

Prevence hraje u omrzlin významnou roli:

- suchý a dostatečně volný oděv/obuv

- dostatečný přísun tekutin (ne alkohol)
- pohyb zajišťující dobré prokrvení

PRVNÍ POMOC

- Klíčové pro prognosu je správně rozehrát končetiny ve vodní lázni.

Stále přepisovaná stará doporučení o ohřevu ve vlažné vodě jsou chybná. Postupné přehřívání lázně způsobuje agregaci mikrokystalů. Omrzliny je nutné rozehrát v dostatečně teplé vodě, která krystaly naráz rozpustí.

40 °C teplotu vodu je třeba udržovat po celou dobu lázně (tj. 40–60 minut). Do teplé vody se hodí přidat desinfekci (např. Betadine).

Obr 1: Ohřev omrzlé končetiny



- Podpůrné léky: Acylpyrin 250 mg nebo Ibuprofen 400 mg 1x denně.

(4) Klasifikace omrzlin a doporučená léčba

Stará klasifikace dle přítomnosti puchýřů je nahrazena současným hodnocením, které vychází z anatomického rozsahu omrzlé části končetiny. Tato klasifikace má význam zejména pro prognosu nutnosti amputace. Závažnost omrzliny hodnotíme po ohřevu ve vodní lázni.

- 1. stupeň:** postižen je distální článek prstu, vrací se mu růžová až rudá barva. Citlivost se obnovuje do 10 dní.)

Obr 2: 1. stupeň omrzliny



Léčba: zvláštní opatření netřeba, po návratu citlivosti lze pokračovat ve všech aktivitách.

2. stupeň: rudé zbarvení zasahuje do mediálního článku a distální článek zůstává fialový a necitlivý. Později se vyvine puchýř a následně dojde k nekrose tkáně. Zhojení bývá během 4–6 týdnů.

Obr 3: 2. stupeň omrzliny



Léčba: prsty je třeba udržovat v aseptickém prostředí, sterilně převazovat a hojení podporovat bylinnými mastmi a koupelemi. V prvním týdnu lze podávat Acylpyrin nebo Ibuprofen.

Protože 2. stupeň odpovídá poškození měkkých tkání, amputace není nutná, nedojde-li ke komplikaci.

3. stupeň: fialové zbarvení zasahuje do mediálních – proximálních článků. (Obr 4)

Obr 4: 3. stupeň omrzliny



Léčba: nutná je hospitalisace. Pro prognosu a snížení rizika amputace je klíčové časné podání prostacyklinu i.v. do 48 h od omrznutí.

Iloprost má vasodilatační, antiagregační, rheologický a fibrinolytický efekt. Jeho alternativou je prostaglandin alprostadil, který se aplikuje ve dvouhodinové infuzi dvakrát za den v celkové denní dávce (0,5–2 µg/kg) po dobu 3 – max. 5 dní.

Dále jsou indikovaná antibiotika k prevenci infekce a nízkomolekulární hepariny k prevenci trombos.

Pro určení prognosu a pravděpodobnosti amputace se provádí scintigrafie po 3. dnu od omrznutí, kdy je již zřetelná nezvratná nekrosa.

Léčba probíhá mnoho týdnů, lze ji podpořit např. Wobenzymem či seancemi v barokomoře. Amputace je pravděpodobná.

4. stupeň: fialové zbarvení zasahuje do záprstí končetiny. Amputace je takřka jistá, přesto lze její rozsah ovlivnit časným podáním iloprostu (popř. alprostadilu) a eventuálně provedením trombolýzy. Jsou popsány výjimečné případy zhojení bez nutnosti amputace v případě aplikace iloprostu a trombolýzy do 6–12 hodin od omrznutí. Léčba: jako u 3. stupně a dále zvažování časné trombolýzy rtPA, nejpozději 12 h po úraze.

(5) Poznámky k léčbě omrzlin

- Ke sterilním převazům jsou vhodné mastné hydrokoloidní čtverce (Betadine, Jelonet), končetina se dále obalí natřepanými fáci, které vytvoří jakýsi vzdušný polštář. (Obr 5) I zevní obvaz musí vždy být volný, aby neutlačil prokrvení končetiny.

Obr 5: vzdušné obvazy



- Elevace končetiny.
- Dostatečná hydratace.
- Acylpyrin 250 mg nebo Ibuprofen 400 mg 1× denně po dobu 3–5 dní.
- Po zacelení vlhké rány možno končetinu udržovat bez obvazů, doporučuje se i koupel v mořské vodě.
- Chirurgická amputace odumřelé tkáně je doporučena 30. až 45. den od omrznutí. (Obr. 6) Její rozsah lze celkem přesně předpovědět scintigrafií již 3. den.

Obr 6: demarkace odumřelé tkáně



- Je známo, že vysokohorské prostředí (nad 4500 m n. m.) zhoršuje průběh omrznutí a zvyšuje tak riziko amputace. Proto je při omrznutí ve vysokých výškách

důležitý rychlý sestup, popř. použití hyperbarické komory (Gamow bag).

- Jelikož jsou omrzlinami nezdědka postiženi horolezci, kteří jsou zvyklí aktivně sportovat, je dobré je podporovat v pohybu i během léčení. Vhodná je například cyklistika v sandálech nebo plavání v moři.

Závěr

Důležitým faktorem předznamenávajícím rozsah omrzlin je prevence: dostatečná hydratace a suchý a volný oděv a obuv.

První pomoc spočívá v ohřevu ve 40 °C teplé vodě po dobu 1 hodiny. Vodu je třeba průběžně dohřívát.

Závažnost omrzliny se klasifikuje po ohřevu dle anatomického rozsahu: 1. st. – červené zbarvení distálního

článku, 2. st. – fialové zbarvení distálního článku bez citlivosti, 3. st. zasahuje do mediálního až proximálního článku a 4. st. až do záprstí.

Riziko amputace je u 3. a 4. stupně a lze jej významně snížit časným podáním iloprostu, popř. alprostadilu, do 48 h od omrznutí. U 4. stupně lze zvážit trombolysu do 12 h od omrznutí.

Amputaci se nedoporučuje provádět dříve než 30.–45. den z důvodu nutnosti restrukturalisace a revascularisace přeživší tkáně. Její rozsah lze však celkem spolehlivě predikovat již po 48 hodinách od úrazu scintigrafickým vyšetřením.

Literatura:

- Průvodce horskou a cestovní medicínou, Cauchy E, překlad Höschlová K, Cohen Property & Development 2013
- Cauchy E: A controlled trial of a prostacyclin and rt-PA in the treatment of severe frostbite. N Engl J Med 364(2): 189-190
- Cauchy E et al.: Portable hyperbaric chamber and management of hypo-

thermia and frostbite: an evident utilization. High Alt Med Biol 2014 Apr;15(1):95-6.

- Mohr J et al: Cold Injury. Hand Clin. 2009 Nov;25(4):481-96.

• Cauchy E: Les pathologies liées au froid. ISBN: 978-2-294-75484-5; PII: B978-2-294-75484-5.00008-9; Auteur: RICHALET475484; Document ID: 00008; Chapitre ID: c0040

Jihlava

Město Jihlava hledá pediatry Nabízí jim vybavené byty a ordinace



Město Jihlava hledá **dětské lékaře** a nabízí byty v centru města i vybavenou ordinaci v zavedeném lékařském domě.

O dalších výhodách a benefitech pro lékaře je možné dále jednat. **Kontakt: 565 591 812, primator@jihlava-city.cz**

Byty:

Masarykovo nám. 23	2+1	77,03 m ²
Masarykovo nám. 22	2+1	112,39 m ²
Matky Boží 5	1+1	42,10 m ²
Matky Boží 36	2+1	40,10 m ²

Nebytové prostory:

1. NP ulice 5. května 4	88,55 m ²
1. PP ulice 5. května 4	88,63 m ²



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

Léčba obézní pacientky s prediabetem pomocí účinné látky liraglutidu s indikací léčby obezity



MUDr. Katarína Halčiaková

Diabetologie, EUC Klinika Praha, a.s.

Úvod

V posledních letech dochází k nárůstu počtu osob s nadváhou a obezitou. V České republice má zhruba 66 % dospělé populace nadváhu nebo trpí obezitou.

Obezita není jen estetická záležitost, ale je významným rizikovým faktorem rozvoje metabolických onemocnění jako arteriální hypertenze, diabetes mellitus 2. typu, ischemická choroba srdce, cerebrovaskulárních nemocí a je zátěží pro kloubní systém. Obezita také zvyšuje riziko nádorových onemocnění, a to především karcinomu kolorekta, endometria, mammy, ledvin.

Přípravek Saxenda je indikován jako doplňková léčba k režimovým opatřením u obézních pacientů, a to pacientů s BMI > 30 kg/m² nebo > 27 kg/m² za přítomnosti alespoň jedné komorbidity (prediabetes nebo diabetes mellitus 2. typ, hypertenze, dyslipidémie, obstrukční spánková apnoe). Preskripce preparátu Saxenda není vázána na specializaci lékaře.

Léčba se zahajuje dávkou 0,6 mg liraglutidu jednou denně s postupnou titrací s rozestupem titrace v alespoň týdenním intervalu do maximální dávky 3 mg subkutánně jednou denně. Pokud u pacientů při dávce 3 mg/den nedojde po 12 týdnech k poklesu počáteční hmotnosti alespoň o 5 %, léčba přípravkem Saxenda by měla být ukončena.

Kazuistika

Kazuistika popisuje 48letou obézní pacientku, které byl v březnu 2021 diagnostikován prediabetes. V osobní anamnéze je dále přítomna alergická sinusitida a hyperlipidémie.

Pacientce byl v březnu 2021 diagnostikován prediabetes, vstupním glykovaným hemoglobinem 40 mmol/mol. To, co ale pacientku trápilo více, byla obezita, se kterou bojuje již několik let. Pacientka výrazně přibrala po dvou graviditách. Od té doby se jí nedaří hmotnost trvale redukovat. Necítila se psychicky dobře, váha ji trápila a byla sama se sebou nespokojená. Zkoušela

různé diety, pomocí kterých se jí přechodně podařilo zredukovat hmotnost o 15 kg, ale po několika měsících došlo k nárůstu hmotnosti o 20 kg. Vrátila se nespokojenost sama se sebou, bývala smutná a neúspěšné pokusy o redukci hmotnosti brala jako vlastní selhání.

S ohledem na metabolické komplikace a neúspěšné pokusy o redukci hmotnosti byla pacientka odeslána do diabetologické ambulance.

Při vstupním vyšetření pacientka při výšce 160 cm vážila 93 kg (BMI 36,33 kg/m²), s obvodem pasu 93 cm. Laboratorně jsme prokázali známky prediabetu s HbA1c 40 mmol/mol, glykemií nalačno 6,5 mmol/l a s přítomnou hyperlipidémií (LDL 4,09 mmol/l při normální hypertriglycerolémii).

Pacientka byla v rámci diabetologické ambulance edukována ohledně stravy a fyzické aktivity. Zdravotní sestra pacientku poučila o nutnosti redukce tučných jídel, redukce příloh a ovoce, s doporučením vynechání slazených a energetických nápojů. Dále byla pacientka edukována o nutnosti pravidelného jídelního režimu (vynechávala snídaně a jedla především na noc) a pohybových aktivitách, kdy by měla zvládnout alespoň 4–10 000 kroků denně nebo obden.

S ohledem na neúspěšné pokusy o redukci hmotnosti v minulosti jsem kromě výše uvedené režimové edukace pacientku informovala o možnosti zahájení terapie subkutánně podávaným liraglutidem. Pacientce jsem vysvětlila účinek liraglutidu na pokles hmotnosti a další metabolické parametry, poučila jsem ji o subkutánní aplikaci a o postupné titraci liraglutidu. Pacientka s aplikací liraglutidu souhlasila a první týden zahájila léčbu počáteční dávkou 0,6 mg jednou denně, s postupnou titrací na dávku 1,2 mg.

Při kontrole po 3 měsících od zahájení terapie přípravkem Saxenda se pacientce podařilo zredukovat hmotnost o 9 kg na 84 kg (BMI 32,81 kg/m²). Laboratorně došlo ke zlepšení kompenzace prediabetu s HbA1c 36 mmol/mol a zlepšením lipidogramu (LDL 3,26 mmol/l). Kromě mírných dyspeptických potíží v úvodu se jiné potíže neobjevily, a proto jsem pacientce doporučila, aby postupně navýšila dávku dle tolerance na 1,8 mg.

Po 6 měsících od zahájení terapie přípravkem Saxenda došlo u pacientky k poklesu hmotnosti o další 2 kg na hmotnost 82 kg (BMI 32,03 kg/m²) a dalšímu laboratornímu zlepšení s HbA1c 35 mmol/mol a zlepšením lipidogramu (LDL 3,01 mmol/l).

Pacientka upravila jídelníček, snaží se jíst pravidelně, zařadila pohybovou aktivitu. Problémem je ovoce,

kterému nedokáže odolat (občas zkonzumuje více než 3 ks ovoce/den).

Na začátku jsem trochu bojovala s očekáváním pacientky, která chtěla redukovat hmotnost rychle. S pacientkou jsme probraly reálné cíle a především výhodu postupné redukce hmotnosti a současně pochopení principů racionální stravy a pohybu. Pacientka je s léčbou spokojena, motivuje ji, že hmotnost klesá, i když není vždy ukázněná. Pochopila, že nejde jen o redukci „kil“, ale především o to, naučit se stravovat racionálně, dostatečně se hybat a redukovanou hmotnost si udržet.

Pacientce byla doporučena další titrace dávky Saxenda. Při poslední kontrole v prosinci 2021 pacientka zredukovala hmotnost o další 3 kg na 79 kg (BMI 30,85 kg/m²).

Diskuze

Účinnost a bezpečnost liraglutidu byla hodnocena v klinických studiích SCALE. Ve skupině pacientů léčených liraglutidem došlo k významnějšímu poklesu hmotnosti (v případě liraglutidu - 8,4 kg vs placebo - 2,8 kg). Liraglutid byl ve srovnání s placebem účinnější ve zlepšení glykemického a lipidového profilu, ve zlepšení hodnot krevního tlaku. Liraglutid normalizuje glukózovou homeostázu u prediabetu a může snižovat riziko rozvoje diabetes mellitus 2. typu až o 80 %.

Ve všech studiích byly nejčastější nežádoucí účinky dyspeptické potíže, které byly mírné nebo středně závažné a obvykle ustoupily po 4–8 týdnech aplikace liraglutidu.

Závěr

Ve výše uvedené kazuistice byla u 48leté obézní pacientky s prediabetem zahájena terapie liraglutidem (Saxenda). Po 9 měsících od zahájení terapie došlo u pacientky k poklesu hmotnosti o 14 kg a ke zmenšení obvodu pasu o 5 cm na 88 cm.

V úvodu terapie se u pacientky objevily mírné dyspeptické potíže, které byly důvodem pomalejší titrace dávky. Po 3 týdnech tyto potíže ale zcela vymizely a při dávce 2,4 mg jednou denně pacientka dosáhla velice pěkného poklesu hmotnosti o 15 % se současným zlepšením glykemického a lipidového profilu.

Saxenda v kombinaci s režimovými opatřeními je u pacientů s nadváhou nebo obezitou jednoznačně volbou, jak docílit nejen poklesu hmotnosti, ale i zlepšení metabolických parametrů. Pro pacienty je důležitá i psychická složka spojená s poklesem hmotnosti - zlepšení nálady, spokojenosti se sebou, zlepšení pohyblivosti, zvýšení výkonnosti a snížení únavy. Výsledný pokles hmotnosti navíc vede k oddálení četných zdravotních komplikací spojených s nadváhou a obezitou.

Redukce hmotnosti má smysl u všech osob s nadváhou či obezitou bez ohledu na přítomnost diabetu či prediabetu.

	Dávka Saxenda (mg)	Hmotnost (kg)	BMI (kg/m ²)	Obvod pasu (cm)	HbA1c (mmol/mol)	FPG (mmol/l)	LDL cholesterol (mmol/l)
Březen 2021	0,6	93	36,33	93	40	6,5	4,09
Červen 2021	1,2	84	32,81		36		3,26
Září 2021	1,8	82	32,03	1. 89	2. 35		3,01
Prosinec 2021	2,4	79	30,85	88	35	6,0	2,8

Literatura:

1. SPC Saxenda, SÚKL, 12/2021
2. Astrup A, Rossner S, Van Gaal L, et al. Effects of liraglutide in the treatment of obesity: a randomised, double blind, placebo controlled study. *Lancet* 2009; 374: 1606–1616.
3. Astrup A, Carraro R, Finer N, et al. Safety, tolerability, and sustained weight loss over 2 years with the once daily human GLP 1 analog, liraglutide. *Int J Obes (Lond)* 2012; 36: 843–854.
4. Wadden TA, Hollander P, Klein S, et al. Weight maintenance and additional weight loss with liraglutide after low calorie diet induced weight loss: The SCALE Maintenance randomized study. *Int J Obes (Lond)* 2013; 37: 1443–1451.
5. Fujioka K, Greenway FL III, Lau DC, et al. Early weight loss responders to liraglutide 3.0 mg achieved greater weight loss and regression to normoglycemia, and reduced development of T2D, at 3 years versus early non responders in the Scale Obesity and Prediabetes Trial. The 98th Annual Meeting of The Endocrine Society, Boston, April 2, 2016: Abstract No. PP19–24.
6. Davies MJ, Bergenstal R, Bode B, et al. Efficacy of liraglutide for weight loss among patients with type 2 diabetes. The SCALE diabetes randomized clinical trial. *JAMA* 2015; 314: 687–699.
7. le Roux CW, Astrup A, Fujioka K, Greenway F, Lau DCW, Van Gaal L, Ortíz RV, Wilding JPH, Skjøth TV, Manning LS, Pi-Sunyer X; SCALE Obesity Prediabetes NN8022-1839 Study Group. 3 years of liraglutide versus placebo for type 2 diabetes risk reduction and weight management in individuals with prediabetes: a randomised, double-blind trial. *Lancet*. 2017 Apr 8;389(10077):1399-1409.

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

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

Úspěšná kompenzace kardiovaskulárních rizikových faktorů u 45letého muže s využitím cévního věku: kazuistika



MUDr. Jiří Machů

Ordinace praktického lékaře, Vrdy, okres Kutná Hora

Úvod

Přestože bylo v ČR v posledních desetiletích, zejména díky KV revoluci, dosaženo značného prodloužení střední délky života, stále zhruba polovina Čechů umírá na KV onemocnění. Přitom 18 až 20 let svého života stráví v chronické nemoci. V 55 letech má až 30 % populace nějaké omezení aktivit ze zdravotních důvodů.¹ Polovina mužů utrpí infarkt myokardu ještě v produktivním věku.² Plíživý rozvoj asymptomatických KV rizikových faktorů, zejména hypertenze a dyslipidémie, vede k předčasnému stárnutí cév, zvýšení rizika KV příhod, invalidizaci a úmrtí. KV onemocnění nepředstavuje zátěž jen pro samotného pacienta, ale i pro celou společnost. Chronické onemocnění znamená omezení nebo ztrátu pracovní produktivity, což má ekonomický dopad na celou společnost. Cestou k řešení tohoto problému je včasné zahájení intervence KV rizikových faktorů ještě v době, kdy je pacient asymptomatický a nedošlo u něj k nevratnému cévnímu poškození či dokonce invalidizujícím komplikacím.

Kazuistika

Muž narozený v roce 1976 je pravidelně sledován u praktického lékaře. Jedná se o obézního jedince s hyperurikémií (410–490 $\mu\text{mol/l}$), který pracuje jako operátor v lihovaru a své zaměstnání popisuje jako sedavé s 12hodinovými směny. Pacient je ženatý, má 2 děti školního věku, nekouří a uvádí konzumaci 3 piv za týden. V osobní anamnéze se objevuje obezita a hypertenze u matky. V letech 2012 až 2021 se s ničím neléčil s výjimkou 1 infekce přeléčené antibiotiky. Užívání statinů odmítal, sliboval úpravu stravy i z důvodu redukce tělesné hmotnosti. Tabulka 1 uvádí vývoj jeho hraničních hodnot krevního tlaku, zvýšené hladiny LDL cholesterolu, hladiny glykovaného hemoglobinu (HbA1c) a tělesné hmotnosti v letech 2013–2021.

V březnu 2021 tedy již výsledky svědčily nejen pro přítomnost izolované hypercholesterolemie, ale také hypertenze, a diabetu. Při tělesné výšce 178 cm činil

Tab. 1. Hodnoty laboratorních parametrů u muže narozeného v roce 1976 při jednotlivých vyšetřeních u praktického lékaře před zahájením léčby.

Rok	Krevní tlak (mm Hg)	LDL cholesterol (mmol/l)	HbA1c (mmol/mol)	Tělesná hmotnost (kg)
2013	140/90	3,2	35	131
2016	140/90	3,4	40	135
2019	135/90	3,4	43	140
2020	135/90	4,3	44	141
3/2021	155/95	4,7	62	145

BMI tohoto muže 46 kg/m^2 . Dále byly zjištěny zvýšené hodnoty glykémie nalačno (7,5 mmol/l), kyseliny močové (499 $\mu\text{mol/l}$) a celkového cholesterolu (6,0 mmol/l), normální byla hladina HDL cholesterolu (1,2 mmol/l) a triglyceridů (1,4 mmol/l). Cévní věk odpovídal 50letému muži, tedy byl o 5 let vyšší než pacientův aktuální věk kalendářní. Pacient byl odeslán na rentgen srdce a plic, ultrasonografii ledvin, echokardiografii a vyšetření k vyloučení sekundární hypertenze. Výsledky byly v normě. Dále podstoupil holterovské monitorování krevního tlaku.

Na základě zjištěných výsledků byla zahájena léčba dvojkombinací antihypertenziv perindopilem (5 mg) + amlodipinem (5 mg), atorvastatinem (20 mg) a metforminem (500 mg), vše 1× denně. Pacient byl poučen o svém KV riziku s využitím informace o cévním věku. Kromě pravidelného užívání medikace mu byla doporučena režimová opatření zahrnující 3× týdně pohybovou aktivitu, omezení solení, příloh a sladkých nápojů. Do léčby byla zapojena celá rodina. Kromě toho měl pacient provádět pravidelné domácí měření krevního tlaku.

Na první kontrolu se pacient dostavil řádně v červnu 2021. Podařilo se mu za 3 měsíce zredukovat tělesnou hmotnost o 13 kg, vážil nyní 132 kg. Zlepšily se i další parametry, glykémie nalačno činila 6,2 mmol/l a ostatní hodnoty byly v normálním rozmezí: krevní tlak 130/80 mm Hg, HbA1c 39 mmol/mol , LDL cholesterol 1,6 mmol/l a hladina kyseliny močové 404 $\mu\text{mol/l}$.

V září 2021 bylo při další naplánované kontrole zjištěno další zlepšení kompenzace. Pacient vážil 125 kg, což znamená celkovou redukci hmotnosti o 20 kg, 3 měření krevního tlaku ukázala hodnoty 110/70, 105/60 a 100/65 mm Hg, což odpovídalo hodnotám při self-monitoringu. HbA1c přetrvával na hodnotě 39 mmol/mol a glykémie nalačno klesla na 5,6 mmol/l . Lékař proto přistoupil k úpravě medikace. Dvojkombinace antihypertenziv byla nahrazena samotným perindopilem (5 mg), který byl nyní předepsán ve fixní kombinaci s atorvastatinem (20 mg) (Euvacor®). Metformin byl ponechán v nezměněné dávce. U pacienta jsou pláno-

vány další pravidelné kontroly tělesné hmotnosti a krevního tlaku, 1× ročně laboratorní vyšetření a EKG a pokračující edukace a motivace.

Diskuse

Současný výskyt hypertenze, dyslipidémie, diabetu, obezity a hyperurikémie vystavoval tohoto 45letého muže vysokému KV riziku. Tento relativně mladý muž byl díky vhodné edukaci a argumentu cévního věku odpovídajícího staršímu muži motivován k dodržování léčby a režimových opatření, které vedly k nezanedbatelnému poklesu tělesné hmotnosti a kompenzaci KV rizikových faktorů. Postupné zlepšování bylo pozorováno při kontrole po 3 a po 6 měsících, kdy bylo možné na základě dosažených hodnot dále optimalizovat medikaci.

Závěr

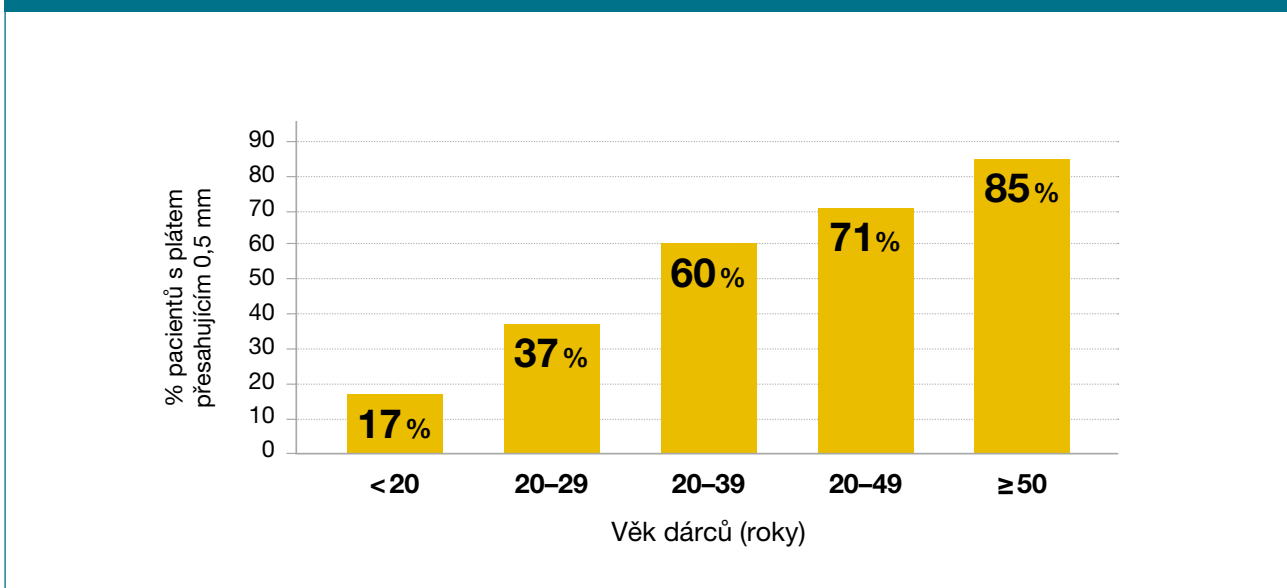
Na prognózu tohoto mladého muže měl zásadní vliv časný záchyt hypertenze, dyslipidémie a dalších KV rizikových faktorů. Praktický lékař zde sehrál zásadní roli také v edukaci a motivaci tohoto pacienta k režimovým opatřením spolu s okamžitým zahájením farmakoterapie. Pacient byl zapojen do rozhodovacího procesu a aktivně se na léčbě podílí. Tento případ zdůrazňuje

potřebu časného zahájení léčby KV rizikových faktorů již u mladších pacientů. Nelze se spoléhat na to, že k aterosklerotickému poškození cév dochází až u osob vyššího věku. Vždyť podle studie z roku 2001 zahrnující 262 dárců srdce byly aterosklerotické pláty přesahující 0,5 mm zjištěny v koronárních tepnách u 17 % jedinců mladších 20 let. U osob ve věku 40–49 let byly tyto léze nalezeny v 71 % případů (obr. 1).³ Časnou intervencí KV rizikových faktorů lze předejít výskytu KV příhod, které pacienta invalidizují a ohrožují na životě, a zkrátit tak dobu života strávenou v nemoci.

Literatura:

1. Vrabcová J, Daňová Š, Faltysová K. Healthy life years in the Czech republic: different data sources, different figures. *Demografie*, 2017, 59: 315–331.
2. Zafarová Z. Aktuální témata kardiovaskulární prevence. *Vnitř Lék* 2021; 67(6): 372–377.
3. Tuzcu EM, Kapadia SR, Tutar E, Ziada KM, Hobbs RE, McCarthy PM, Young JB, Nissen SE. High prevalence of coronary atherosclerosis in asymptomatic teenagers and young adults: evidence from intravascular ultrasound. *Circulation*. 2001 Jun 5; 103(22): 2705-2710.

Obr. 1. Ateroskleróza koronárních tepen u 262 dárců srdce pro transplantaci.³



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

Cytisin: nový nástroj v léčbě závislosti na nikotinu



doc. MUDr. Jiří Slíva, Ph.D.

Ústav farmakologie, 3. LF UK, Praha

Historické ohlédnutí

Cytisin je hlavním alkaloidem v rostlinách podčeledi Faboideae z čeledi Bobovité (Fabaceae), kam patří mimo jiné okrasná dřevina štědřence odvislého známá spíše jako zlatý déšť (lat. *Laburnum anagyroides* či *Cytisus laburnum*). Gaius Plinius Secundus ve své knize *Naturalis Historia vol XIII, 73* uvádí, že *Cytisus* byl dobře znám již ve starověku a pěstován v Řecku pro svou krásu a farmakotoxikologické vlastnosti. Dnes je pěstován prakticky po celé střední a severní Evropě pro svůj květ, avšak známé jsou též toxické účinky jeho semen, která jsou považována za jedovatá.

Alkaloid cytisin byl používán v zemích bývalého Sovětského svazu jako respirační stimulant podobný lobelinu a od roku 1960 se používá k léčbě nikotinismu v Bulharsku a dalších zemích východní a střední Evropy. V tradiční čínské medicíně se používá k léčbě hepatitidy a rakoviny jater s využitím malého, ale slibného účinku cytisinu na růst buněk². Největší zájem však aktuálně vzbuzuje možnost jeho využití při odvykání kouření.

Farmakologické účinky cytisinu na kosterní svaly, dýchání, srdce a krevní oběh, trávicí trakt, slinné žlázy, oči, dělohu a močový měchýř různých živočišných druhů byly poprvé podrobně popsány již v roce 1912 Dalem a Laidlawem, kterými byl přirovnáván k účinkům nikotinu³. Tato klíčová práce jasně stanovila dva důležité body: 1) účinky cytisinu a nikotinu jsou velmi podobné, pokud jde o kvalitu získaných odpovědí, i když s určitými rozdíly v dávkách a mezi živočišnými druhy; a 2) tyto dvě látky vzájemně kompetují a mají různé účinnosti v různých orgánech a/nebo v různých experimentálních podmínkách. Tyto první experimentální poznatky rozšířené a racionalizované později různými autory jasně prokázaly zvláštní citlivost gangliových buněk na cytisin a předpokládaly zjištění, že působí prostřednictvím nikotinových receptorů, které byly objeveny o více než 80 let později.

Kromě působení na nikotinové cholinergní receptory může cytisin také interferovat s neuronálními funkcemi

tím, že modifikuje pro nervový systém méně typické aktivity, jako jsou zánět, imunita a neuroprotektce.

Cytisin a nikotinismus

Kouření tabáku je nejdůležitější a nejnebezpečnější patologií, která je preventabilní a která si v celosvětovém měřítku každoročně vyžádá více než 6 milionů obětí^{5,6}. Karcinogenní potenciál tabákového kouře je způsoben přítomností různých karcinogenů a dalších sloučenin, jejichž vysoce návykové vlastnosti podporují závislost. Nikotin spouští neurobiologické a psychologické účinky spojené se závislostí na kouření interakcí s nikotinovými receptory v mezolimbické dráze⁷, a přestože neinicuje tumorigenezi u lidí nebo hlodavců, podporuje růst tumoru a metastázy indukci progresu buněčného cyklu, přechod z epitelu na mezenchym, migraci a invazi buněk, angiogenezi a narušení apoptózy v řadě systémů⁸. Tyto účinky mohou usnadnit karcinogenní potenciál tabákového kouře a představují hlavní omezení dlouhodobého užívání nikotinu v substituční terapii. Kromě toho má nikotin četné účinky na kardiovaskulární systém, hovoří se dokonce o kardiovaskulární toxicitě. Mimoto nikotin má návykové vlastnosti, které mohou také interferovat s mozkovými aktivitami. Vyhnout se všem těmto účinkům nikotinové substituční terapie, tedy široce přijímaného a využívaného terapeutického přístupu v boji se závislostí na tabáku^{9,10}, lze využívat látky, jako jsou cytisin a analogy cytisinu, které interagují s cílovými nikotinovými receptory¹¹.

Jak již bylo uvedeno, cytisin se za tímto účelem ve východní a střední Evropě používá od roku 1960 a od loňského roku je dostupný i v České republice v léčivém přípravku Defumoxan. Cytisin působí jako parciální agonista $\alpha 4\beta 2$ nikotinových receptorů a téměř jako plný agonista receptorů $\alpha 6\beta 2$; v nízkých dávkách tak může aktivovat nikotinové v mezolimbických drahách odměny a současně inhibovat senzoricou stimulaci nikotinem za absence abstinčních příznaků. Preklinické experimenty modelů závislosti na kouření naznačují, že napomáhá odvykání kouření¹². To potvrzují i závěry klinických studií, ve kterých se ukázal být účinnější než placebo a řada klinických studií zjistila, že je účinnější než placebo¹³, a dokonce lepší než nikotinová substituční terapie¹⁴. Přitom jedna nedávná metaanalýza ukázala, že celkové relativní riziko úspěšné kontinuální abstinence při nejdelším sledování oproti placebo bylo 1,74 (95% interval spolehlivosti [CI] 1,38–2,19) a že nejčastějšími nežádoucími účinky jsou mírná nebo středně závažná nauzea, zvracení, dyspepsie, bolesti v horní části břicha a sucho v ústech, s relativním rizikem oproti placebo 1,10 (95 % CI 0,95–1,28)⁵.

Závěr

Každý rok jsou vynakládány miliardy dolarů na léčbu kouření a souvisejících onemocnění. I přesto nemocnost a úmrtnost související s kouřením stále rostou. Možnosti efektivní a dlouhodobě působící léčby jsou i dnes stále velmi omezené, přičemž naprosto klíčová stále zůstává dostatečná motivace kuřáka s tímto zlovykem skoncovat. Cytisin lze v tomto kontextu chápat jako velmi užitečný nástroj, který může nemocným velmi pomoci za předpokladu, že budou dodržována další obecně známá podpůrná opatření. Ostatně připomeňme, že od 1. února 2022 je oficiálně uznán kód pojišťovny k vykazání konzultace s pacientem, kterého lékař bude edukovat a směřovat k tomu, aby se své závislosti na nikotinu zbavil. Současně je v lednu tohoto roku plánováno spuštění nového organizovaného „Programu časného záchytu rakoviny plic“. Již nyní se připravují na jeho spuštění odborníci z řad praktických a plicních lékařů a radiologů. Cílem programu časného záchytu rakoviny plic je aktivně vyhledávat rizikové pacienty, u kterých se provede screeningové vyšetření

pomocí výpočetní tomografie s nízkou dávkou záření. Praktičtí lékaři budou oslovovat současné nebo bývalé kuřáky od 55 do 74 let. V České republice se předpokládá přibližně 500 tisíc osob, které jsou vhodnými kandidáty na zapojení do programu. Více např. zde: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=aktuality&aid=8517>.

(Reklamní sdělení společnosti Aflofarm)



Cytisus laburnum

Literatura:

1. Etter JF. Cytisine for smoking cessation: a literature review and a meta-analysis. *Arch Intern Med.* 2006 Aug 14-28;166(15):1553-9.
2. Yu L, Jiang B, Chen Z et al. Cytisine induces endoplasmic reticulum stress caused by calcium overload in HepG2 cells. *Oncol Rep.* 2018 Mar;39(3):1475-1484.
3. Dale HH, Laidlaw PP. The physiological action of cytisine, the active alkaloid of laburnum (*cytius-laburnum*). *J. Physiol. Exp. Ther.* 1912; 3:205-221.
4. Alzarea S, Rahman S. Alpha-7 nicotinic receptor allosteric modulator PNU120596 prevents lipopolysaccharide-induced anxiety, cognitive deficit, and depression-like behaviors in mice. *Behav Brain Res.* 2019 Jul 2;366:19-28.
5. Tutka P, Vinnikov D, Courtney RJ, Benowitz NL. Cytisine for nicotine addiction treatment: a review of pharmacology, therapeutics, and an update of clinical trial evidence for smoking cessation. *Addiction.* 2019 Nov;114(11):1951-1969.
6. Thun MJ, Carter BD, Feskanich D et al. 50-year trends in smoking-related mortality in the United States. *N Engl J Med.* 2013 Jan 24;368(4):351-64.
7. Pistillo F, Clementi F, Zoli M, Gotti C. Nicotinic, glutamatergic, and dopaminergic synaptic transmission and plasticity in the mesocorticolimbic system: focus on nicotine effects. *Prog Neurobiol.* 2015 Jan;124:1-27.
8. Grando SA. Connections of nicotine to cancer. *Nat Rev Cancer.* 2014 Jun;14(6):419-29.
9. Prochaska JJ, Benowitz NL. The Past, Present, and Future of Nicotine Addiction Therapy. *Annu Rev Med.* 2016;67:467-86.
10. Gendy MNS, Ibrahim C, Sloan ME, Le Foll B. Randomized Clinical Trials Investigating Innovative Interventions for Smoking Cessation in the Last Decade. *Handb Exp Pharmacol.* 2020;258:395-420.
11. Rollema H, Shrikhande A, Ward KM et al. Pre-clinical properties of the alpha4beta2 nicotinic acetylcholine receptor partial agonists varenicline, cytisine and dianicline translate to clinical efficacy for nicotine dependence. *Br J Pharmacol.* 2010 May;160(2):334-45.
12. Etter JF, Lukas RJ, Benowitz NL, West R, Dresler CM. Cytisine for smoking cessation: a research agenda. *Drug Alcohol Depend.* 2008 Jan 1;92(1-3):3-8.
13. West R, Zatonski W, Cedzynska M. Placebo-controlled trial of cytisine for smoking cessation. *N Engl J Med.* 2011 Sep 29;365(13):1193-200.
14. Walker N, Howe C, Glover M et al. Cytisine versus nicotine for smoking cessation. *N Engl J Med.* 2014 Dec 18;371(25):2353-62.

Co očekává pacient od léčby antidepresivy

doc. MUDr. Dana Končelíková, Ph.D.

Klinika psychiatrie, FNOL a LF UPOL

Antidepresiva patří v současné době mezi jedny z nejčastěji předepisovaných preparátů. Dříve, než byla dostatečná klinická zkušenost, mohli tyto preparáty předepisovat pouze specialisté. V letech 2004 – 2005 však došlo k rozšíření preskribce nejčastěji používaných preparátů ze skupiny SSRI (selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu) i na praktické lékaře. Toto rozvolnění otevřelo cestu k těmto účinným lékům celé řadě pacientů, kteří by se do ordinace psychiatra, ať už z důvodu sebestigmatizace nebo nedostupnosti psychiatrické péče, nikdy nedostali. Zároveň se ovšem pro praktické lékaře objevila nová výzva, jak správně s pacienty užívání antidepresiv komunikovat.

Zjednodušeně lze pacienty podle míry očekávání rozdělit na dvě skupiny. První má od antidepresiv očekávání nadměrně vysoká a druhá se jich nadměrně obává. Základním úkolem lékaře je tato očekávání normalizovat a seznámit pacienta s výhodami i nevýhodami.

První co obvykle pacienti od antidepresiv očekávají je okamžitý účinek, ideálně v řádu desítek minut po požití první tablety. Toto přání (pokud pomineme placebo efekt) bohužel žádné z nabízených antidepresiv nemůže splnit. První efekt se obvykle objevuje v řádu týdnů, plný v řádu měsíců.

Dalším nadměrně pozitivním očekáváním je efekt na celé spektrum obtíží, zejména apel na přítomnost „dobré nálady“, popř. „aby mi to bylo všechno jedno“. Ač je rozsah působení některých antidepresiv široký a kromě návratu energie, apetitu a poklesu úzkosti dokáží např. i upravit kvalitu spánku, rozhodně nedokážou „dodat pacientovi dobrou náladu“. Stejně tak

nedokáží pacientovi pomoci „zapomenout“ na nepříjemné životní události.

Druhá skupina pacientů mívá naopak z užívání antidepresiv obavy. Asi nejčastěji se setkáváme s tím, že se pacienti bojí, že budou na antidepresivech závislí. Antidepresiva patří mezi látky nevyvolávající závislost, jejich vysazení má probíhat postupně z důvodu prevence syndromu z vysazení (zejména při dlouhodobém užívání vysokých dávek) a také z důvodu rizika relapsu základního onemocnění. Část pacientů také chybně očekává, že antidepresiva změní jejich osobnost, což samozřejmě možné není. Ostatně jako i u dalších farmak se pacienti často obávají nežádoucích účinků antidepresiv. Je pravdou, že zejména při rychlé titraci nebo nevhodné volbě antidepresiva je možné se s nežádoucími účinky potkat. Mezi nejčastější patří nevolnost, bolesti hlavy, vnitřní napětí, neklid, ale i apatie, závrať, sucho v ústech. Z dlouhodobějšího hlediska se můžeme setkat s nárůstem hmotnosti, emočním oploštěním, narušením spánku a ztrátou libida. Většina těchto nežádoucích účinků se objevuje na počátku léčby a má tendenci k ústupu, proto je nezbytné o nich pacienta na počátku léčby informovat. Zároveň se mezi jednotlivými antidepresivy

vyskytují rozdíly ve spektru nežádoucích účinků a v rámci personalizované medicíny je možno najít ten nejvhodnější preparát.

Preskribce antidepresiv v ambulanci praktického lékaře není třeba se obávat. Obecně se jedná o bezpečné, dobře tolerované preparáty s vysokou

účinností. S tím, jak se zlepšuje informovanost populace o duševních chorobách a jejich léčbě, se mění i postoj pacientů k užívání antidepresiv. Před zahájením léčby pomocí antidepresiv je vhodné zjistit, co pacient od jejich užívání očekává, toto očekávání případně normalizovat a vybrat správný preparát, který má největší potenciál jej naplnit.



Neurologické komplikace COVID-19 v ordinaci praktického lékaře

MUDr. Ondřej Strýček, Ph.D.

neurolog, I. neurologická klinika FN u sv. Anny v Brně,
a odborný asistent na Lékařské fakul-
tě Masarykovy univerzity

MUDr. Pavel Ressler, Ph.D.

neurolog, I. neurologická klinika FN u sv. Anny v Brně,
a odborný asistent na Lékařské fakul-
tě Masarykovy univerzity

Onemocnění COVID-19, způsobené virem SARS-CoV-2, je primárně především respirační onemocnění, ale postihuje i většinu ostatních systémů, včetně nervového. Virus SARS-CoV-2 působí na nervový systém multifaktoriálně, a to především nepřímo (více než přímou invazí). V tomto nepřímém vlivu se uplatňuje jednak systémový zánět (neboli prozánětlivý stav organismu) a dále vliv hypoxémie a hypoperfúze. Hypoxémie a hypoperfúze souvisejí s hypoxií organismu, dysfunkcí renin-angiotensin systému a s narušenou cirkulací.

Onemocnění COVID-19 má variabilní průběh. Neurologické komplikace se u symptomatického COVID-19 objevují ve více jak polovině.¹ Infekce působí jak na centrální, tak periferní nervový systém (CNS a PNS). Komplikace mohou být akutní (provázející infekci), subakutní (trvajících 4–12 týdnů po nemoci), či dokonce pozdní (tzv. post-COVID syndrom, trvajících 12 týdnů po onemocnění). Akutními jsou typicky encefalopatie, cerebrovaskulární komplikace, zánětlivé CNS komplikace. Do akutních sice patří i bolesti hlavy, poruchy spánku, neuropsychiatrické poruchy, nervosvalové komplikace, poruchy čichu a chutě, ty ale typicky perzistují i po prodělaném onemocnění, tedy všechny se řadí do subakutních potíží či dokonce do post-COVID syndromu.

Typickou akutní komplikací je encefalopatie, projevující se poruchou vědomí (kvalitativní či kvantitativní). Provází většinou již plně rozvinutý středně těžký a těžký obraz onemocnění (u hospitalizovaných se vyskytuje téměř v polovině případů) a může být spojena se strukturálními změnami mozku.² Velmi závažná bývá u starší populace, kdy provází i lehký průběh. V tom případě se může projevat jako nově vzniklá zmatenost až delirium, a může být dokonce iniciálním symptomem, rozvinutým ještě před rozvojem klasických příznaků infektu jako horečka a dušnost. Dalšími komplikacemi jsou cerebrovaskulární (v těžkém průběhu se objevují až u 6 % nemocných).³ Při COVID-19 se častěji vyskytují mozkové příhody jak ischemické, tak hemorhagické. Při onemocnění byl zaznamenán vyšší výskyt především ischemických cévních mozkových příhod u mladších nemocných (do 50 let) a příhod kryptogenní (blíže

neznámé) etiologie.⁴ Narostl i počet mozkových krvácení, což bylo však do značné míry způsobeno iatrogeně, masivním podáváním antikoagulační terapie u kriticky nemocných.⁵ Ze závažnějších CNS komplikací je dále nutné zmínit zánětlivé. Ty nesouvisí s tíží onemocnění a doprovázejí i lehké průběhy. Samotná virem přímo způsobená encefalitida je extrémně vzácná. Zvýšeně se ale u pacientů COVID-19 vyskytují virem (nepřímo) mediované autoimunitní záněty CNS, a to jak ve smyslu encefalitid, tak demyelinizačních encefalo-myelitid. Terapie těchto komplikací spočívá v imunosupresi (včetně kortikoidů), stejně jak u ostatních autoimunně mediovaných zánětů.

Naštěstí se praktický lékař setkává s méně závažnými komplikacemi, které provázejí i lehké průběhy. Tyto charakteristicky perzistují po prodělaném onemocnění, a řadíme je proto taktéž do subakutních obtíží či přímo do post-COVID syndromu. Typickými zástupci jsou porucha čichu a chuti, která je často iniciálním symptomem. Porucha nesouvisí s tíží COVID-19 a u části pacientů trvá ještě několik týdnů po nemoci.⁶ Neexistuje žádná její cílená terapie a jediným doporučeným postupem je olfaktorní trénink (posilování čichu pravidelným čicháním typických vůní, např. aromatických silic). Onemocnění taktéž časné provázejí nervosvalové komplikace. Jedná se především o myalgie, trvajících i týdny a provázené elevací kreatin-kinázy. Neuropatie a neuropatická bolest jsou typické více pro těžší průběhy. V léčbě myalgií a neuropatické bolesti se uplatňují nesteroidní antirevmatika (NSA) a klasická analgetika (paracetamol, metamizol); kortikoidy v jejich léčbě nedoporučujeme. V případě perzistující neuropatické bolesti můžeme s úspěchem uplatnit koanalgetika (některá antidepresiva, gabapentin, pregabalin apod.).

Charakteristickou méně závažnou, ale někdy velmi obtěžující komplikací je bolest hlavy. Společně s poruchou čichu se jedná o nejčastější neurologickou komplikaci COVID-19. Vyvíjí se při rozvoji klasických symptomů infektu a perzistuje týdny. Typicky je bilaterální, tlakového charakteru, výrazné intenzity, ale může mít i migrenozní charakter.⁷ Její terapie je svízelná. Sice ji bezpečně můžeme léčit jakýmkoli analgetiky (NSA, paracetamolem aj.), ale často je refrakterní k léčbě.

Pro COVID-19 je dále příznačná porucha spánku, především insomnie. Ta souvisí s mnohými faktory jako např. zhoršená kvalita během lockdownu, sociální deprivace a úzkost. Je taktéž poměrně perzistující. V terapii využíváme hypnotika a velmi se osvědčuje melatonin. Z nefarmakologických postupů je zásadní spánková hygiena a aerobní cvičení. Velmi často se setkáváme i s neuropsychiatrickými komplikacemi. Výrazně pacienti limitují v běžném životě (návrat do práce atd.).

Sice jsou příznačné pro starší populaci, ale vyskytují se i u mladých nemocných. V jejich genezi hrají významnou roli i sociální faktory (odloučení, existenční obtíže atd.). Jedná se buď o potíže nově vzniklé, či onemocněním jen prohloubené. Těmito poruchami myslíme poruchy kognitivní či přímo psychiatrické. Z psychiatrických poruch se nejčastěji setkáváme s anxiétou či přímo s post-traumatickou stresovou poruchou (PTSP) a depresí. Tyto obtíže mohou v části pacientů přetrvávat ještě týdny i měsíce po prodělaném COVID-19.⁸ Jejich léčba se v zásadě neliší od standardní léčby těchto poruch. Zaměřit bychom se měli na ovlivnění přidružených aspektů, které tyto poruchy zhoršují – typicky již zmíněná porucha spánku a nedostatečná socializace. V některých případech je však nutné doporučit psychotherapeutickou léčbu (typicky u PTSP), psychiatrickou konzultaci či farmakologickou léčbu. Velkým terapeutickým problémem je post-COVID neurokognitivní porucha. Ta zahrnuje různé vyjádřené poruchy pozornosti, paměti, psychomotorického tempa nebo verbální fluence (hledání slov).⁸ Jejich léčba je velmi obtížná a doporučujeme aerobní cvičení, postupně dávkovanou zátěž (psychickou i fyzickou), aktivizaci s dostatkem nových podnětů a taktéž socializaci a kvalitní spánek.

Na léčbu mnohých post-covidových obtíží se objevuje velké množství názorů, nicméně jen zlomek z nich má zatím evidenci. Například se v praxi často setkáváme s léčebným použitím kortikoidů při léčbě neurologických post-covidových příznaků. Je prokázáno, že pacienti, kteří užívali kortikoidy v akutní léčbě COVID-19, mají menší incidenci některých post-covidových obtíží jako např. deprese a bolesti hlavy.⁹ To nás ale neopravňuje k používání kortikoidů v léčbě neurologických následků

COVID-19. Mnohé obtíže (typicky psychiatrické) můžeme použitím kortikoidů zhoršit či dokonce vyvolat. Zajímavou možností je použití EGB731 jako adjuvantní terapie v léčbě některých lehkých neurologických komplikací COVID-19, pro jeho schopnost suprimovat projevy cytokinové bouře a pozitivně ovlivňovat mikrocirkulaci nervového systému, ale i tento empirický odhad bude třeba doplnit evidencí.¹⁰

Léčba většiny neurologických komplikací se nijak zásadně neliší od stejných poruch, které nejsou svázané s COVID-19. Přestože se nám podobají mnohé doporučené postupy (někdy i o studie opřené), ne vždy jsou tyto ku prospěchu pacienta. I když prožíváme pandemii již 2 roky, víme zatím o léčbě komplikací málo, a proto bychom k jejich léčbě měli přistupovat o to více racionálně.

Shrnutí pro praxi

Plejáda neurologických komplikací COVID-19 je velmi široká od velmi závažných až po lehké.

Mnohé jsou neléčitelné, často perzistují, ale přece jenom je naprostá většina jen přechodných. V každodenní praxi se setkáme především s poruchou čichu, bolestí hlavy, poruchou spánku a neuropsychiatrickými poruchami. V léčbě nám chybí evidence-based postupy a spoléháme na empirii. V terapii je obecně velmi důležité uvažovat racionálně a zbytečně nevystavovat pacienta riziku nežádoucích účinků některých léčiv (například kortikoidů). Dále pak mít na paměti, že mnohdy COVID-19 jen demaskuje do té doby skryté probíhající onemocnění (například neurodegenerativní onemocnění, polyneuropatie, jiné etiologie apod.), a zavčas pacienta odeslat za příslušným specialistou.

Přehled literatury:

- Romero-Sánchez CM, Díaz-Maroto I, Fernández-Díaz E et al. Neurologic manifestations in hospitalized patients with COVID-19: The ALBACOVID registry. *Neurology*. 2020 Aug 25; 95(8):e1060-e1070.
- Chou SH, Beghi E, Helbok R et al. GCS-NeuroCOVID Consortium and ENERGY Consortium. Global Incidence of Neurological Manifestations Among Patients Hospitalized With COVID-19-A Report for the GCS-NeuroCOVID Consortium and the ENERGY Consortium. *JAMA Netw Open*. 2021 May 3;4(5):e2112131.
- Chang J, Hong C, Zhou Y et al. Neurologic Manifestations of Hospitalized Patients With Coronavirus Disease 2019 in Wuhan, China. *JAMA Neurol*. 2020 Jun 1;77(6):683-690.
- Yaghi S, Ishida K, Torres J et al. SARS-CoV-2 and Stroke in a New York Healthcare System. *Stroke*. 2020 Jul;51(7):2002-2011.
- Benger M, Williams O, Siddiqui J, Sztrihá L. Intracerebral haemorrhage and COVID-19: Clinical characteristics from a case series. *Brain Behav Immun*. 2020;88:940-944.
- D,Ascanio L, Pandolfini M, Cingolani C et al. Olfactory Dysfunction in COVID-19 Patients: Prevalence and Prognosis for Recovering Sense of Smell. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2021 Jan;164(1):82-86.
- García-Azorín D, Sierra Á, Trigo J, Alberdi A et al. Frequency and phenotype of headache in covid-19: a study of 2194 patients. *Sci Rep*. 2021 Jul 19;11(1):14674.
- Daroische R, Hemminghyth MS, Eilertsen TH et al. Cognitive Impairment After COVID-19-A Review on Objective Test Data. *Front Neurol*. 2021;12:699582. 2021 Jul 29.
- Catalán IP, Martí CR, Sota DP et al. Corticosteroids for COVID-19 symptoms and quality of life at 1 year from admission. *J Med Virol*. 2022 Jan;94(1):205-210.
- Gargouri B, Carstensen J, Bhatia HS et al. Anti-neuroinflammatory effects of Ginkgo biloba extract EGB761 in LPS-activated primary microglial cells. *Phytomedicine*. 2018;44:45-55.

Na návštěvě u slovinských praktických lékařů



doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D.
Ústav všeobecného lékařství 1. LF UK

V říjnu 2021 jsem na pozvání kolegů ze slovinských univerzit navštívil akademická pracoviště praktického lékařství v Lublani a Mariboru.

Těšil jsem se na Slovinsko jako na krásnou zemi a na kolegy, které znám z kongresů a z mezinárodních pracovních skupin. Především jsem se ale chtěl poučit. Kolegové ze Slovinska byli z hlediska mezinárodních aktivit vždy o krok před námi. Ve srovnání s námi nebo Poláky byli v devadesátých letech lépe jazykově vybavení a byli mezinárodně zkušenější. Rychle přebírali poznatky ze západu a doma je dále rozvíjeli. Například se proslavili dnes již legendárním mezinárodním kurzem pro učitele a školitele v praktickém lékařství, organizovaným na břehu jezera Bled. Slovínští praktici se také prosadili ve vedení organizace WONCA a dostali se do čela různých pracovních skupin.

Praktické lékařství na slovinských univerzitách

Věděl jsem, že katedry/ústavy praktického lékařství hrají zásadní roli v kurikulu lékařského vzdělání na obou slovinských univerzitách i ve vědecko-výzkumné činnosti. Dozvěděl jsem se, že katedry jsou odpovědné za výuku primárního kontaktu s pacientem již v 1. ročníku studia, za výuku praktického lékařství ve 4. a 6. ročníku a za předměty komunikační dovednosti a paliativní medicíny v 6. ročníku. Výuka je strukturovaná a hodně orientovaná na základní hodnoty praktického/rodinného lékařství, jako jsou komplexnost, orientace na pacienta a jeho rodinu, kontinuita péče atd. Klade důraz také na komplexní management pacientů a nové technologie využívané v praktickém lékařství. Obě katedry rozvíjejí vlastní i mezinárodní výzkum, řeší projekty a nabízejí témata pro doktorandské studium. Za poslední léta si vydobily mezinárodní uznání a jsou atraktivním partnerem pro velké mezinárodní projekty. S vědecko-výzkumnými a publikačními aktivitami slovinských praktiků se nemůžeme srovnávat. Jen katedra univerzity v Mariboru produkuje v průměru 10 impaktovaných publikací ročně.

O získání akademických a vědeckých titulů je mezi praktiky ve Slovinsku o poznání větší zájem než u nás. V současné době působí ve dvoumilionovém Slovinsku čtyři profesori primární péče a 6 docentů. Titulem Ph.D. se mohou pochlubit desítky praktických lékařů. Nezřídka lékaře k všeobecné praxi přivede až úvodní doktorandské studium. To je obvyklé v Holandsku a Velké Británii, ale u nás je to raritní.

Své tu sehrála i role mimořádné osobnosti, profesora Igora Švába, kterého si někteří z vás pamatují z jeho návštěvy na konferenci v Praze. Byl prezidentem WONCA Europe, na Univerzitě v Lublani vybudoval a rozvinul Katedru praktického lékařství a dosáhl až na pozici děkana. Ovlivnil celou generaci svých kolegů a stovky mladých lékařů na Slovinsku.

Jak je praktickým lékařům na Slovinsku

S akademickými úspěchy oboru kontrastuje atmosféra nespokojenosti mezi praktickými lékaři v terénu, alespoň tak, jak jsem ji během své návštěvy vnímal. Je vhodné připomenout, že ve Slovinsku neproběhla taková privatizace ve zdravotnictví jako u nás. Většina (70–80 %) z více než 1100 praktických lékařů pracuje zaměstnaneckou formou, na jedné ze šedesáti státních poliklinik/komunitních center nebo v jednotlivých praxích. Výrazná feminizace oboru (tři čtvrtiny žen) dále pokračuje. Jako závan starých časů pak na našince zapůsobí existence vedoucích lékařů v systému primární péče, hierarchie na různých pozicích a úrovních, která je vnímána velmi vážně. Jen malá část lékařů má licenci k provozování privátní praxe. Pochopil jsem, že za pravicových vlád se více lékařů privatizuje, za těch levicových si privatizaci spíše rozmyslí.

Platy slovinských praktických lékařů jsou slušné, i když nižší, než platy lékařů v nemocnici.

Jsou srovnatelné s našimi výdělky. V období pandemie si zdravotníci kompenzacemi hodně přilepšili. Nicméně jsou přetížení, zneuznaní a nespokojení. Nespokojenost se prohloubila v období pandemie. Praktičtí lékaři a jejich sestry museli jako zaměstnanci plnit různá zadání od státu; například se zapojit do očkování na poliklinikách od jeho začátku, pracovat v odběrových centrech a navýšit služby mimo ordinaci dobu. A to vedle stejné administrativní zátěže, jakou máme my. Burn out syndrom je mezi praktiky častý, někteří dokonce práci opustili. To ještě zvyšuje zátěž pro ty, kteří zůstávají. A mladé zálohy nejsou. Přestože Slovinci mají velmi propracované a kvalitní specializační vzdělávání, zájem o obor je malý a zdaleka nestačí na generační výměnu. To platilo i před pandemií.

Slovínští praktici jsou dobrovolně organizovaní odborně a profesně, ale organizace zdaleka nehrají takovou

roli a nemají takový význam jako u nás. Roli odbornou do vysoké míry přebírají univerzitní pracoviště, roli politicko-organizační Lékařská komora.

E-health se v ordinacích rozvíjí jednodušeji než u nás, a to vzhledem k tomu, že IT jako jednotnou zakázku zajišťuje stát. Elektronický recept a elektronická žádanka na vyšetření jsou standardem, e-komunikační portály se právě připravují ke spuštění.

Výuková poliklinika v Lublani a simulační centrum

Největší dojem na mne zanechala návštěva největší slovinské polikliniky v centru Lublaně. Sama o sobě se prostorově, organizačně ani rozsahem poskytovaných služeb neliší od našich větších poliklinik. Aktuálně slouží také jako vakcinační a testovací covidové centrum. Polikliniku vede praktická lékařka a praktické lékařství je zde dominujícím oborem. Poliklinika plní roli výukového pracoviště pro pregraduální i postgraduální výuku. Na poliklinice sídlí **Institut pro výzkum a rozvoj v primární péči**, propojený s akademickými pracovišti praktického lékařství na univerzitách. V suterénu polikliniky se nachází zcela unikátní **Simulační centrum** (SIM Centre). Je to první simulační centrum vybudované na úrovni primární péči a pro potřeby primární péče. Využívá nejmodernějších simulačních technologií a vybavení. Poskytuje výcvik ke zlepšení znalostí a dovedností praktických lékařů a jejich kompetencí při život ohrožujících stavech. Umožňuje i nácvik efektivní týmové práce (lékaře a sestry) při řešení urgentních stavů v ambulantním prostředí. Věrnost modelů, prostředí a klinických situací je až děsivá.

V jedné z místností jsem dostal bez velkého vysvětlování brýle, které mne rázem přenesly do klinické situace vyžadující neodkladné řešení. Viděl jsem ženu s příznaky nastupujícího anafylaktického šoku a po straně projekce hodnoty vitálních funkcí, krevního tlaku, saturace. Musel jsem vydávat rychlé pokyny k postupu, ještě k tomu v angličtině. Bylo to sugestivní, dramatické, navíc provázené úzkostí, abych neudělal mezinárodní ostudu. Tato simulace, využívající technologii rozšířené virtuální reality (*augmented reality*), se v nácviku řešení anafylaktického šoku Slovincům osvědčila a chystají se ji využít i při simulacích jiných klinických stavů.

To ještě není všechno. Před poliklinikou je zaparkovaný mobilní přívěs (**SIM-mobil**), vybavený podobnou simulační technologií, jako má SIM-centrum. Pro kredity za nácvik řešení urgentních situací tak nemusí lékaři z celého Slovinska jezdit do hlavního města. Mohou počkat, až SIM-mobil zaparkuje před jejich poliklinikou. Mobilní simulátor neobjíždí jen Slovinsko, ale využívají ho i lékaři v Chorvatsku a v Rakousku. To považují za velmi inspirativní zkušenost. Zřízení simulačního centra bylo nákladné a vyžadovalo velkou státní podporu. Nicméně na provoz a platy instruktorů je již schopno si svými aktivitami do velké míry vydělat.

Závěrem

Cesta byla inspirativní. Slovinci jsou nám blízcí a spolupráce, kterou nabízejí, by byla přínosem pro rozvoj výuky praktického lékařství na lékařských školách, vědy i výzkumu v primární péči. Cesta byla poučná i v uvědomění si toho, co obor dělá atraktivním u nás a co je třeba udržovat a rozvíjet.

Představování Institutu pro výzkum a rozvoj v primární péči na poliklinice v Lublani. Vpravo prof. Zalika Klemenc-Ketiš.



Chtěl bych poděkovat slovinským kolegům a zejména čerstvě jmenované profesorce Zalice Klemenc-Ketiš, za pozvání a program, který byl pro mne připraven. Prof. Zalika Klemenc-Ketiš působí na univerzitě v Mariboru, vede Institut pro výzkum a rozvoj v primární péči v Lublani, je prezidentkou Evropské společnosti pro kvalitu a bezpečí v primární péči a členkou předsednictva evropské organizace WONCA.

Doporučené odkazy:

- Igor Šváb, Zalika Klemenc-Ketiš, Tonka Poplas Susič, Danica Rotar Pavlič, Marija Petek Šter, Eva Cedilnik Gorup, Marko Kolšek: Family medicine in Slovenia: overview of the state of a affairs and suggestions for improvement, *Zdrav Vestn*, January – February 2021.vol. 90.
DOI: <https://doi.org/10.6016/ZdravVestn.3010>

- Lea Penšek, Polona Selič: Empathy and Burnout in Slovenian Family Medicine Doctors: The first Presentation of Jefferson Scale of Empathy Results. *Zdr Varst*. 2018 Jun; 57(3): 155–165.
DOI: 10.2478/sjph-2018-0020
- SIM centre, Ljubljana Community Health Centre <https://sim-zd.lj.si/index.php/en/>

Co Covid dal a vzal aneb Vánoce 2021 v naší ordinaci

Blíží se druhé výročí začátku nové doby. Covid změnil svět, na který jsme byli zvyklí. Malé děti, které se do této doby narodily, považují přítomnost respirátoru na obličeji za neodmyslitelnou součást oděvu, stejně třeba jako brýle nebo boty.

Řadu z nás infekce i opakovaně upoutala na lůžko, některé blízké nám Covid vzal nadobro. Léčba fyzických i psychických následků covidových a postcovidových stavů je novou výzvou; teprve se jako odborná společnost učíme porozumět tomu, v jaké komplexitě vir lidskému organismu ubližuje.

Covid a s ním související opatření nám ale vzaly i přinesly mnohem víc. Jakousi „collateral damage“ je ztráta jistoty a pocitu bezpečí; přibyla více či méně lidmi vnímaná osamělost.

Podle oficiálních statistik za loňský rok násobně vzrostly depresivní i úzkostné poruchy. Rovněž přibývalo pacientů se sebevražednými myšlenkami, výrazně se navýšila spotřeba alkoholu i případů domácího násilí.



Covidová opatření naprosto zásadním způsobem omezila fyzický kontakt, jeden z úhelných kamenů lidského bytí. Lidé zpočátku nevěděli, jak se v takové nové situaci chovat. A později i těm, kteří se nepovažovali za příliš sociálně založené, začala chybět pracovní setkávání, objetí nebo prosté podání ruky.

Lidské tělo je stvořeno k tomu, aby aktivně interagovalo se svým životním prostředím na základě vjemů z okolí, nejen pasivně své prostředí vnímalo.

Na rozdíl od zraku a sluchu význam dotyků podceňujeme a možná právě pandemie Covidu nás donutí přehodnotit jejich význam. Fyzický kontakt je zásadní pro malé děti, ale svou nezastupitelnou roli má i v dospělosti. Lidé jsou schopni si dotykem sdělit celou řadu různých emocí – hněv, strach, smutek, odpor, ale i štěstí, lásku nebo vděčnost. Z embryologie je známo, že kůže vzniká ze stejného zárodečného listu, ektodermu, jako CNS. C-taktilní vlákna zprostředkovávající emoční signály s časově oddáleným uvědoměním v CNS (inzulární kortex) jsou přítomna v kůži celého těla s výjimkou dlaní a plosek nohou. Tato nervová demyelinizovaná C-vlákna jsou přímo fyziologicky předurčena k tomu, aby zachytila lehký dotek, jemný pohyb a teplotu kolem 32 °C. Tedy přesně to, čím je pohlazení.

Není jistě náhodou, v jak rozsáhlé ploše jsou tyto taktilní receptory rozmístěny. Vede to k myšlence, že teprve všech „pět pohromadě“, tedy pět smyslů včetně fyzického dotyku, činí naši mezilidskou komunikaci kompletní.

Pracuji jako praktická lékařka v rodinné praxi v Praze 7 a se svými pacienty toto období intenzivně prožívám. Po několikaleté pracovní zkušenosti ve Velké Británii jsem po návratu do České republiky přirozeně rozšířila řady svých registrovaných pacientů o pojištěnce mluvící anglicky. Cizinci, kterým covidová opatření znemožnila strávit Vánoce ve svých domovských zemích (a mnozí z nich jsou nadto emočně vyčerpaní již téměř dvouletou prací z domova v izolaci od ostatních), jsou podle mého názoru ohroženou skupinou pro vznik poruch psychického zdraví. Podobně jako ženy na mateřské dovolené, pro které je jejich nová životní role maminky sama o sobě náročnou výzvou, a často jí odolávají samy, bez možnosti se v lockdownu vídat s ostatními. V neposlední řadě jsou to senioři. Mnohé rodiny v dobré víře daly přednost ochraně fyzického zdraví jejich izolací, přičemž jim nevědomky působí hluboké psychické rány.

Vzhledem k tomu, že v naší společnosti stále přežívá přesvědčení, že přiznat, že jsme smutní nebo prožíváme úzkost či samotu, je projevem slabosti, naprostá většina těchto lidí trpí v tichosti a naši lékařskou pozornost pak plně využívají ti, kteří nám ochotně svěřují své obtíže somatické.

Od jara 2020 se snažím tyto ohrožené pacienty aktivně vyhledávat a nabízet jim podporu. Před Vánoci 2021 vznikl nápad tyto pacienty pozvat na vánoční besídku k nám do ordinace na Letné. Díky v tu dobu platným opatřením se nakonec za podpory mých kolegyň, blízkých přátel, milých sousedů z Letné a mé rodiny povedla zorganizovat dne 23. 12. a 30. 12. 2021 série minibesídek, kterých se dohromady zúčastnilo 15 pozvaných pacientů. Hosté byli zváni po jednom či v párech, jedno ze setkání patřilo i mladé česko-francouzské rodině s pětiměsíčním chlapečkem, což byl náš nejmladší účastník. Jednotlivé schůzky trvaly zhruba 70 minut. Cizincům jsme představovali české vánoční zvyky, dokonce jsme zvládli i pouštění lodiček ze skořápek vlašských ořechů v improvizovaném umyvadle. Odměnou nám bylo vypravování pacientů o svátečních tradicích třeba z JAR nebo Belgie, ale i nejružnější osobní vzpomínky na Vánoce v kruhu jejich rodin. Snažili

jsme se, aby setkání přinesla pocit, že hosté nejsou sami, že nám na nich záleží a je naší ctí se o ně starat. S vlhkýma očima neodcházeli jen oni.

Všichni pozvaní dostali na rozloučenou balíček domácího cukroví. Někteří pozvaní senioři nebyli schopni fyzicky dorazit, proto jsme oba dny zakončili jejich návštěvou.

Práce praktické lékařky je v mnoha smyslech velmi odměňující a zážitek z tohoto sdílení lidské blízkosti mě jen utvrdil v tom, že má naše práce hluboký smysl.

MUDr. Eva Kandrnalová
tým MUDr. Marty Wiererové
Ovenecká 15
Praha 7
eva.kandrnalova@centrum.cz

i n z e r c e

Hledáme nové kolegy/kolegyně do našeho týmu lékařů, pečujících o klienty pobytových zařízení sociálních služeb, k návštěvní službě na celém území ČR.

Požadujeme:

Specializaci v oboru psychiatrie nebo všeobecné lékařství

Nabízíme:

zajímavé finanční ohodnocení samozřejmostí

V případě Vašeho zájmu nás kontaktujte:

MUDr. Boris Štastný

Tel.: 732 222 222

Email: boris.stastny@respimed.cz

O M L U V A

Omlouváme se, že v testu 10/2021 v otázce č. 6 bylo omylem uvedeno, že screening CHOPN se provádí u kuřáků 49–69 let. Správně mělo být 40–69 let, správná odpověď tedy platí a, b, c. Kolegům budou připsány dva kredity.

Redakce

Vážení čtenáři a řešitelé testů,

dle nového Stavovského předpisu České lékařské komory č. 16, podle § 5 přílohy č. 1, jsou od 1. 7. 2012 všechny znalostní testy v odborných časopisech hodnoceny jednotně, a to 2 kredity. Za správné vyřešení testu budou řešitelům přiděleny **2 kredity ČLK**. Podmínkou ČLK pro přidělení kreditů je zaslání odpovědí v písemné podobě na odpovědním lístku nebo elektronicky na www.svl.cz, a to **nejpozději do 21. 2. 2022**. Písemné odpovědi zasílejte na adresu: Oddělení vzdělávání SVL ČLS JEP, Sokolská 31, 120 00 Praha 2.

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

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

Správné odpovědi z čísla 10/2021: 1b, 2abc, 3abc, 4c, 5b, 6abc, 7bc, 8ac, 9abc, 10abc

ZNALOSTNÍ TEST JE HODNOCEN 2 KREDITY ČLK

1. V čem spočívá první pomoc při omrzlinách končetin a co je klíčové pro jejich prognózu:

- Správně rozehrát končetiny ve vlažné vodě alespoň 40-60 minut.
- První pomoc spočívá v ohřátí končetin ve vodě o teplotě 40 °C po dobu 1 hodiny. Vodu je nutné průběžně dohřívát.
- První pomoc spočívá v ohřátí končetin ve vodě o teplotě 40 °C po dobu 25 minut, vodu není nutné průběžně dohřívát.

2. U omrzlin je chirurgická amputace odumřelé tkáně doporučena:

- 30.-45. den od omrznutí z důvodu nutnosti restrukturalizace a revaskularizace přeživší tkáně.
3. den od omrznutí, podmínkou je scintigrafické vyšetření.
- Chirurgická amputace odumřelé tkáně se provádí ihned bez ohledu na den omrznutí.

3. Přípravek Saxenda je indikován:

- jako doplňková léčba k režimovým opatřením u obezích pacientů s BMI > 30 kg/m².
- jako doplňková léčba k režimovým opatřením u pacientů s nadváhou s BMI > 27 kg/m² za přítomnosti alespoň jedné komorbidity (prediabetes nebo diabetes mellitus II. typu).
- jako doplňková léčba k režimovým opatřením u pacientů s nadváhou s BMI > 27 kg/m² za přítomnosti alespoň jedné komorbidity (dyslipidémie, hypertenze, obstrukční spánková apnoe).

4. V případě, že zahájíme časně a současně farmakoterapii arteriální hypertenze a dyslipidémie, pak:

- ovlivněním dvou rizikových faktorů časně a současně dojde k významnější redukci kardiovaskulárního rizika.
- pacienta od léčby spíše odradíme, lepší je léky nasazovat postupně.
- ohrožujeme zdraví nemocného častějšími nežádoucími účinky.

5. Co platí pro tzv. cévní věk?

- Lze jej ovlivnit časnou a souběžnou intervencí nejčastějších rizikových faktorů – hypertenze a dyslipidémie.
- Nelze jej jednoduše vypočítat pomocí tabulek SCORE.
- Tento koncept není možné používat k edukaci pacientů a zvýšení jejich motivace k léčbě.

6. Primární péče:

- je základem fungující zdravotní péče ve všech zemích.
- má vliv na ekonomickou udržitelnost zdravotnických systémů.
- má zásadní vliv na zdravotní stav populace.

7. EURACT - European Academy of Teachers in General Practice:

- navrhuje, udržuje a prosazuje standardy ve výuce praktických lékařů.
- vede výzkum v primární péči a vytváří vědecké články.
- členem EURACT mohou být jen praktičtí lékaři-učitelé.

8. Kurzy organizované EURACT:

- jsou v anglickém jazyce.
- se jmenují Da Vinci.
- mají 3 stupně.

9. Mezi časté nežádoucí účinky při léčbě antidepresivy patří:

- bolesti hlavy.
- apatie.
- závratě.

10. Akutní komplikací u onemocnění Covid-19 mohou být:

- zánětlivé CNS komplikace.
- encefalopatie.
- cerebrovaskulární komplikace.

Správné mohou být 1–3 možnosti.

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

ODPOVĚDNÍ LÍSTEK – TEST Č. 1/2022

Jméno a příjmení _____

Adresa pracoviště _____

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

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

Zakroužkujte 1–3
správné odpovědi:

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

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

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